

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science
HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN EMS

UN TABOU DANS LES SOINS : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

RÉALISÉ PAR : Nathalie Borloz

PROMOTION : Bachelor 06

SOUS LA DIRECTION DE : Mme Catherine Fellay Chilinski

Sion, janvier 2010

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Comprendre l'influence de l'institution et des professionnels de la santé sur la sexualité de la personne âgée vivant en EMS.

MÉTHODE : Revue de la littérature scientifique des dix dernières années à partir des bases de données BDSP, Medline PubMed, CAIRN, ScienceDirect, CINAHL et SAPHIR. Lors de cette démarche, les descripteurs français / anglais « personne(s) âgée(s) » / « older person » / « older adults » / « elderly », « sexualité » / « sexuality », « institution » / « nursing home », « soignant(s) » / « health professional », « infirmier (ère) » ont été utilisés.

RÉSULTATS : Après application des critères d'inclusion et d'exclusion définis au préalable huit (8) études et articles de recherche ont été sélectionnés pour la construction de l'analyse. Parmi ces résultats, deux sont des rapports de recherche empirique, trois sont des revues de la littérature, deux sont des articles de revues scientifiques et le dernier est le compte rendu d'un congrès.

CONCLUSIONS : La sexualité des personnes âgées est encore très taboue et entourée de nombreux mythes et stéréotypes. Les résultats de la recherche indiquent que les EMS et les soignants peuvent avoir une importante influence négative sur l'épanouissement sexuel des résidents et sur l'expression de besoins sexuels par les résidents.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE : Les professionnels travaillant auprès de la personne âgée doivent bénéficier de formations afin de connaître et de comprendre les besoins sexuels du sujet âgé pour pouvoir adopter des attitudes positives envers la sexualité des seniors et offrir une prise en charge de qualité.

MOTS-CLÉS : personne âgée ; sexualité ; intimité ; soignants ; EMS ; qualité des soins

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce travail de recherche a été possible grâce à l'aide précieuse de nombreuses personnes qui m'ont entourée durant cette période.

Je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, Madame Catherine Fellay Chilinski, professeur à la HES-SO de Sion pour son aide précieuse et tout le temps qu'elle m'a accordé. Elle m'a guidée tout au long de la réalisation de ce travail par ses fins conseils et ses nombreux encouragements.

Je remercie Madame Chris Schoepf, professeur à la HES-SO de Sion, pour ses intéressants cours de méthodologie, son implication envers les étudiants, ses encouragements et ses sourires lors de chaque rencontre à l'école ou ailleurs. Un merci particulier également à Madame Marie-Nicole Barmaz, directrice de la filière soins infirmiers et professeur à la HES-SO de Sion, pour ses nombreux encouragements lors des rencontres hasardeuses dans les couloirs de l'école.

Je remercie mes collègues de formation : un merci tout particulier à Elodie Dayer pour sa présence et son amitié, à Marie-Noëlle Baudin pour sa générosité et ses messages d'encouragement, à Ana Pires, Mélissa von Arx, Anne Bruchez et Tania Trummer pour leur amitié et leur empathie.

Je remercie mes amis qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce travail. Un merci tout particulier à mes amies Dalia Toutoungi Assoul et Ria Chin Puig pour leur soutien et l'intérêt manifesté envers mon travail. Je remercie du fond du cœur Aude Maret qui m'a gardé maintes fois mon fils Kaya afin de me permettre la réalisation de ce travail, ainsi que Dalia et son ami Adib, Kaya Kolendowski et son ami François.

Je remercie ma famille de Suisse et d'Allemagne : mon Papa et son épouse Brigitte pour l'intérêt porté à mon travail, la lecture de mon projet de recherche et leurs encouragements, mon frère Alain pour avoir régulièrement gardé Kaya, mes grands-parents pour leur présence et tout particulièrement ma Maman pour son attention, ses nombreux messages et ses encouragements malgré les kilomètres qui nous séparent.

Enfin, je remercie mon fils Kaya pour le soleil qu'il apporte dans ma vie de tous les jours et qui m'aide à ne jamais baisser les bras, pour son humour et son intelligence et surtout pour la patience infiniment grande dont il a fait preuve lors des moments longs et difficiles durant lesquels « Maman » devait travailler !

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	3
1.2 MOTIVATIONS	5
1.2.1 MOTIVATIONS PERSONNELLES	5
1.2.2 MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES	6
1.3 LIENS AVEC LE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS.....	7
2. PROJET	12
2.1 QUESTION DE DÉPART	12
2.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	14
2.3 OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	14
2.4 PRINCIPES ÉTHIQUES.....	15
3. PROBLÉMATIQUE	17
3.1 QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE.....	19
3.2 HYPOTHÈSES.....	19
3.2.1 PREMIÈRE HYPOTHÈSE.....	19
3.2.2 DEUXIÈME HYPOTHÈSE.....	19
3.2.3 TROISIÈME HYPOTHÈSE.....	20
4. MÉTHODOLOGIE	21
4.1 SOURCES	21
4.2 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	21
5. CADRE THÉORIQUE	23
5.1 LA SEXUALITÉ.....	23
5.1.2 DIMENSION BIOLOGIQUE DE LA SEXUALITÉ.....	26
5.1.3 DIMENSION PSYCHOSOCIALE DE LA SEXUALITÉ	28
5.2 LA VIEILLESSE	30
5.2.1 LES REPRÉSENTATIONS DE LA PERSONNE ÂGÉE.....	32
5.2.2 LE VIEILLISSEMENT BIOLOGIQUE	34
5.2.3 LE VIEILLISSEMENT DES ORGANES GÉNITAUX.....	37
5.2.3.1 CHANGEMENTS CHEZ LA FEMME	37
5.2.3.2 CHANGEMENTS CHEZ L'HOMME.....	39
5.2.4 SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE	40
5.2.4.1 DÉSIR, ACTIVITÉ ET SATISFACTION SEXUELS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.....	43
5.3 L'ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL (EMS)	46
5.3.1 FONCTIONNEMENT ET RÔLE DE L'EMS	46
5.3.2 LA PERSONNE ÂGÉE ET L'EMS.....	46
5.3.2.1 L'INTÉGRATION À UN NOUVEAU LIEU DE VIE.....	46
5.3.3 RÔLE DU SOIGNANT TRAVAILLANT EN EMS	49
6. ANALYSE	52
6.1 SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE EN EMS	53
6.1.1 INFLUENCES DE L'EMS SUR LA PERSONNE ÂGÉE.....	54
6.1.2 L'INTIMITÉ EN EMS.....	58
6.1.3 CROYANCES SUR LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET INFLUENCES	59
6.2 LES SOIGNANTS EN EMS.....	61
6.2.1 ATTITUDES DES SOIGNANTS FACE À LA NOTION D'INTIMITÉ.....	61
6.2.2 ATTITUDES DES SOIGNANTS FACE À LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES	62
6.2.3 REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS SUR LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES.....	67
6.2.4 SUBJECTIVITÉ DU SOIGNANT.....	70

6.2.4.1 L'IDENTIFICATION À LA PERSONNE ÂGÉE	71
6.2.5 RÔLE DES SOIGNANTS EN EMS : QUELLE PLACE POUR LA SEXUALITÉ ?	73
6.2.5.1 MESURE DE L'AUTONOMIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE	74
6.2.5.2 LA SURVEILLANCE CONTINUE DES RÉSIDANTS EN EMS	75
6.2.6 RÔLE DU SOIGNANT FACE À LA SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE	77
6.2.6.1 ATTITUDES SOIGNANTES FAVORISANT L'EXPRESSION DE LA SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE EN EMS	78
6.2.6.2 LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	83
6.3 L'INSTITUTION	86
6.3.1 STRUCTURES ET VISION DES EMS : QUELLE PLACE POUR LA SEXUALITÉ ?	86
6.3.2 PHILOSOPHIE DE SOINS EN VIGUEUR DANS L'INSTITUTION	88
6.3.3 CONNAISSANCES SUR LA SEXUALITÉ EN EMS	90
6.3.4 RÔLE DE L'INSTITUTION FACE À LA SEXUALITÉ	91
6.4 SYNTHÈSE	93
7. DISCUSSION	96
7.1 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES À LA RECHERCHE	96
7.1.1 LIMITES IMPOSÉES PAR LES MÉDICAMENTS ET LA CHIRURGIE	97
7.1.2 LIMITES IMPOSÉES PAR LES FAMILLES	97
7.1.3 LIMITES IMPOSÉES PAR LA PERSONNE ÂGÉE ELLE-MÊME	99
7.1.4 LIMITES IMPOSÉES PAR LA VIEILLESSE	100
7.2 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES	101
7.2.1 PREMIÈRE HYPOTHÈSE	101
7.2.2 DEUXIÈME HYPOTHÈSE	102
7.2.3 TROISIÈME HYPOTHÈSE	103
7.3 VALIDITÉ INTERNE DE LA RECHERCHE	103
7.4 VALIDITÉ EXTERNE DE LA RECHERCHE	106
8. CONCLUSION	108
8.1 EVALUATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	109
8.2 BILANS PERSONNELS	110
8.3 BILANS PROFESSIONNELS	111
9. BIBLIOGRAPHIE	113
LIVRES ET OUVRAGES	113
ARTICLES	115
INTERNET	116
DOCUMENTS DE COURS	117
DOCUMENTS AUDIOVISUELS	118
ANNEXE A	119
ANNEXE B	133

1. INTRODUCTION

Ce travail d'initiation à la recherche s'inscrit dans le cadre de la « Bachelor Thesis » et vise à l'obtention du diplôme d'infirmière en soins généraux. Il clôt ainsi mes quatre années d'études en soins infirmiers au sein de la HES-SO et révèle les fruits de mon apprentissage et de ma réflexion au sujet de la recherche en soins infirmiers.

J'ai choisi le thème de la sexualité de la personne âgée vivant en EMS¹, car il m'a interpellé à plusieurs reprises lors de stages en home et en hôpital gériatrique. J'ai souvent remarqué que les personnes âgées conservaient des besoins sexuels et que ceux-ci étaient soit mal perçus par les soignants² soit peu pris en compte. Je suis de l'avis que si certaines personnes âgées restent actives sexuellement et/ou qu'elles ont des besoins dans ce domaine, ceux-ci doivent être entendus et comblés dans la mesure du possible. Ces personnes devraient par ailleurs pouvoir en parler librement avec un professionnel de la santé³ si elles en ressentent le désir.

De nos jours, il est plus facile qu'autrefois de parler ouvertement de sexualité sur un plan personnel ou au sein du couple. Les mentalités se sont ouvertes et beaucoup de tabous sont tombés. Nous pouvons plus aisément aborder le sujet sans gêne, en parlant de plaisirs, de découvertes, de difficultés ou de problèmes rencontrés. Cependant, ce n'est pas le cas pour tous les individus sociaux ni pour toutes les cultures, car il faut l'avouer, la sexualité reste un sujet délicat qui fait référence à la sphère privée et intime de toute personne.

La sexualité de la personne âgée, quant à elle, reste encore très difficile à aborder. Beaucoup de préconstruits et de tabous existent et l'on imagine mal la sexualité des plus âgés. Cependant, bon nombre de personnes entre 60 et 90 ans sont sexuellement actives⁴. La sexualité reste un besoin de santé et de bien-être physique et psychique. Il est vrai que de nombreux problèmes de santé peuvent l'entraver et que le désir

¹ Etablissement Médico-Social. Les mots suivants utilisés dans ce travail seront des synonymes du mot EMS : institution, maison de retraite, établissement pour personnes âgées.

² Le mot « soignant(s) » englobe les infirmiers/infirmières, les infirmiers/infirmières assistantes, assistant(e)s en soins en santé communautaire, aides soignant(e)s certifié(e)s ou non. Soignant(s) : lire également soignante(s) ; par commodité, le masculin ou le féminin de ces professions sera librement utilisé dans ce travail.

³ Ce mot est à considérer comme un synonyme du mot « soignants » et englobe les mêmes professions citées en note 2.

⁴ LINDAU S.T., SCHUMM L.P., LAUMANN E.O., LEVINSON W., O'MUIRCHARTAIGH C.A., WAITE L.J. « A study of sexuality and health among older adults in the United States ». *In : Site de PubMed. New England Journal of Medicine*, volume 357, numéro 8, août 2007, pages 762-774

diminue avec l'âge mais cela n'empêche pas à la sexualité de garder une grande importance. A cette diminution du désir s'ajoute le fait que beaucoup de personnes âgées se retrouvent seules. Cependant, nombreuses sont celles qui manifestent encore des besoins sexuels. Si ce n'est pas le cas, il est important de garder des contacts physiques dans les relations, des échanges, du toucher ou de la tendresse et de couvrir ainsi les besoins affectifs.

Le nombre de personnes âgées en institution ne cesse d'augmenter. De plus, la fréquentation des milieux de soins est en hausse avec l'âge. Il paraît donc important pour le personnel soignant⁵ de connaître le sujet de la sexualité des personnes âgées afin d'assurer une prise en charge globale de qualité et de répondre aux besoins des clients. De plus, la vie en institution pouvant manquer d'intimité et empêcher l'épanouissement sexuel⁶, les professionnels de la santé devraient disposer de moyens permettant de développer une attitude limitant les barrières au bien-être.

Les besoins sexuels de la personne âgée seront abordés sous plusieurs dimensions dans ce travail et une investigation plus minutieuse sera faite dans les domaines qui en empêchent l'expression et le vécu naturel et positif. Comme précité, la vie en institution peut être une difficulté à l'épanouissement sexuel ou affectif. Les représentations sociales sur le sujet, ainsi que les tabous et les stéréotypes parfois véhiculés par les professionnels de la santé peuvent également entraver un vécu enrichissant sur le plan sexuel ou encore la simple expression d'un besoin ou d'un problème. Le rôle des soignants semble donc primordial et un intérêt sera porté également à la relation soignant - soigné.

Ce travail s'effectuera dans le cadre d'une recherche dans la revue de la littérature. Il rassemblera de nombreuses études francophones ou anglophones qui existent sur le sujet de la sexualité des personnes âgées. Le concept de la sexualité en général sera abordé, mais aussi : la vieillesse, le vieillissement, les représentations sociales en lien avec la personne âgée et celles reliées à leur sexualité, la vie en EMS et sa place pour la sexualité et le rôle des professionnels de la santé face aux besoins sexuels des seniors. J'espère de cette manière récolter les informations nécessaires permettant de répondre aux différentes questions que je me pose :

⁵ Il convient d'englober les mêmes professions citées en note 2.

⁶ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P.461

- Quels sont les problèmes sexuels rencontrés par les seniors?
- Quels sont les besoins sexuels de la personne âgée en EMS?
- Quel est le regard des soignants sur le sujet? Que peuvent-ils faire pour aider la personne âgée à s'épanouir dans sa sexualité? Quelle attitude doivent-ils adopter pour faire face aux besoins sexuels des seniors?
- Faut-il intégrer la sexualité dans l'anamnèse du client⁷ en EMS?

1.2 MOTIVATIONS

1.2.1 MOTIVATIONS PERSONNELLES

Mes motivations personnelles sont plurifactorielles. Elles ressortiront également dans l'ensemble de ce travail. L'origine de mon intérêt pour la question de la sexualité des seniors vient de mon expérience pratique dans les soins en tant qu'étudiante en soins infirmiers. J'ai à plusieurs reprises constaté des lacunes relationnelles chez les soignants face aux besoins sexuels des personnes âgées. Ces constatations m'ont amenées à des réflexions sur le sujet. En effet, je trouvais que les soignants avaient parfois peu de considération pour les besoins exprimés par les clients âgés. Aucune suite n'était donnée aux différentes demandes et le dialogue ne s'ouvrait que rarement sur le sujet de la sexualité. J'ai même remarqué du mépris et du dégoût dans certains discours de professionnels. Comme nous allons le voir, plusieurs chercheurs ont fait les mêmes constatations. On retrouve ici la présence des tabous et des stéréotypes existant notamment chez les professionnels de la santé. Ainsi, le sujet de la sexualité n'était pas abordé avec la personne âgée et le soignant montrait d'emblée une attitude fermée sur la question. C'était comme s'il considérait que la personne âgée devenait un être asexué une fois la période de sexualité reproductive passée et devait donc se contenter tout au plus de tendresse⁸. Le sujet social, y compris le professionnel de la santé, semble considérer que la sexualité prend fin autour des 60 ans et qu'à partir de cet âge, elle n'a plus d'importance et n'est plus nécessaire à l'individu. Dans ce mode de pensée, j'ai donc également constaté une attitude méprisante condamnant le vieillard ayant encore en lui des besoins et des désirs sexuels. La tendresse semble encore être bien tolérée mais dès que les besoins sexuels y sont liés, elle perd toute

⁷ Le mot « client » est un synonyme du mot « patient ». Il sera fréquemment utilisé dans ce travail comme il est le terme actuel utilisé et enseigné au sein de la HES-SO valaisanne. Il remplace les termes « patient » et « bénéficiaire de soins ».

⁸ WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». *Gériatrie Pratique*. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

crédibilité. Ainsi, un sentiment de dégoût s'installe, probablement lié à l'usure du corps due au vieillissement. Les soignants peuvent avoir alors des visions perverses de la sexualité de la personne âgée.

Ces constatations me laissaient avec un sentiment de tristesse et d'injustice. Je peux comprendre les sentiments des personnes qui sont fermées à la question de la sexualité du sujet âgé car je suis comme eux un être social et je suis aussi entourée des mêmes tabous et des mêmes représentations, mythes et stéréotypes. J'éprouve moi-même un sentiment étrange ou de la surprise lorsque je vois deux personnes âgées échanger des baisers ou de la tendresse, mais je n'en suis pas choquée pour autant. Nous ne sommes pas habitués à de telles situations mais nous sommes capables de nous y adapter et de comprendre le cours naturel de la vie. J'ai été révoltée en assistant au manque de tolérance et de compréhension de la part de certains soignants. Je suis de l'avis que la personne âgée mérite encore d'être considérée comme un être en croissance et en développement qui conserve des besoins sexuels et affectifs, un être à la recherche d'un équilibre physique, psychique et émotionnel.

A travers ce mémoire de fin d'études, j'espère susciter la réflexion et le dialogue sur la sexualité des seniors. Je suis contente de constater que de nombreux chercheurs, médecins, infirmières ou psychologues ont investigué sur le sujet. Cependant, j'ai constaté dans mes lectures, tout comme certains chercheurs, que le sujet mérite encore largement d'être travaillé. En effet, le tabou toujours présent prouve qu'une ouverture supplémentaire est nécessaire dans la société ainsi que dans le milieu des soins.

1.2.2 MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

Mes motivations socioprofessionnelles se résument en un désir d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des clients. Le soignant identifiant chez la personne âgée l'expression d'un besoin sexuel ou affectif doit pouvoir y répondre adéquatement. Pour cela, le soignant doit être ouvert et préparé à répondre aux besoins du client. Un changement de mentalité doit se produire et le professionnel de la santé doit être au clair avec ses propres représentations sur la sexualité ainsi que

celles sur la personne âgée pour pouvoir s'adapter à de telles situations⁹. Si cette démarche est possible, le client peut être pris en charge adéquatement et le soignant peut répondre à ses besoins, lui offrir son écoute et son soutien afin d'améliorer sa qualité de vie. Dans cette optique de prise en charge appropriée de la clientèle, la qualité des soins offerts se trouve augmentée. Et n'est-ce pas ce qu'un professionnel de la santé doit viser dans tout acte et dans toute offre en soins? En tant qu'étudiante en soins infirmiers et future infirmière diplômée, le client est au centre de mes préoccupations dans toute démarche professionnelle. Je désire dans ce sens satisfaire le client et mettre en œuvre toutes mes compétences professionnelles, personnelles et humaines pour répondre à ses besoins et l'aider à les couvrir.

1.3 LIENS AVEC LE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS

J'ai choisi d'utiliser dans ce travail le référentiel de compétences en soins infirmiers de la HES-SO, outil qui accompagne l'étudiant en soins infirmiers lors de sa formation pratique. Comme son nom l'indique ce support a pour but de guider l'étudiant afin qu'il aie une référence des compétences qu'il doit s'efforcer d'atteindre pour devenir un(e) professionnel(le) qualifié(e).

Je souligne dans cette partie quelques attitudes et comportements défavorables à la sexualité du sujet âgé. Il ne s'agit en aucun cas de juger ou d'accuser les soignants mais plutôt de susciter des interrogations afin d'apporter une ouverture au rôle professionnel et à la question de la sexualité des personnes âgées.

Afin d'apporter une argumentation en lien avec ce référentiel, j'ai choisi de retranscrire les compétences qui se rapportent à mon sujet d'étude et d'en développer les sous-compétences :

Compétence 1 : *Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins*

- *construit et confronte son jugement professionnel au sein de l'équipe pour prendre des décisions propres à son domaine*
- *choisit des stratégies d'interventions différenciées et créatives adaptées aux différentes situations rencontrées*

⁹ GAUNTLETT BEARE P., STANLEY M. « Soins infirmiers en gériatrie. Vieillesse normale et pathologique ». Ed. De Boeck. 2005. 544 pages

Cette compétence aborde la notion de partenariat, ce qui inclut pour moi une écoute et une disponibilité de la part du soignant pour son client. Tous les besoins du client doivent être entendus et le professionnel doit trouver des réponses à ceux-ci. Ces réponses peuvent déjà commencer par une simple écoute et une présence qui peuvent être très bénéfiques. Mon expérience dans les soins m'a souvent prouvé des lacunes à ce niveau. Les soignants ne répondaient pas aux demandes des clients qui restaient très certainement insatisfaits voire honteux d'avoir exprimé des besoins sexuels. Cette attitude ne répond pas à l'attente de la compétence 1 qui exige le choix de « stratégies d'intervention différenciées et créatives adaptées aux différentes situations rencontrées ». Ainsi, le soignant lui-même, étant seul confronté à une demande qu'il rejette, ne répond pas à la clientèle mais il ne prend pas non plus l'initiative d'en parler avec l'équipe soignante afin de trouver des solutions.

Compétence 2 : Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

- *offre l'espace et le temps qui permettent la construction du sens de l'expérience vécue par le client*
- *recherche les ressources les plus pertinentes dans la situation*
- *met en place les moyens pertinents en tenant compte du contexte*
- *explícite les critères de qualité des soins auxquels il se réfère*

Mon expérience professionnelle me dit qu'il y a lieu d'améliorer l'offre en soins dans le contexte de la prise en charge des besoins sexuels de la personne âgée. La première sous-compétence est largement en déficit. Elle est à mon sens au centre du problème. En effet, le point le plus lacunaire est celui consistant à offrir au client une présence et une écoute afin de l'aider à améliorer sa qualité de vie, de le comprendre et de lui permettre de donner un sens à ce qu'il vit. Les trois autres sous-compétences englobent à nouveau l'absence de réponse aux demandes du client et la dernière est très importante car elle correspond à la qualité des soins qui doit être au centre de toute intervention soignante et qui est ici ignorée.

Compétence 3 : Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

- *se réfère aux déterminants de la santé pour analyser les besoins de santé et poser les priorités*

- *apprécie les demandes de la clientèle et l'implique dans la recherche de solutions, respecte ses choix*

Ici encore, la notion d'accompagnement de la clientèle est déficiente lorsqu'un soignant ne répond pas aux demandes du client. De plus, la spécificité de cette compétence de promotion de la santé n'est pas non plus respectée. En effet, si l'on considère la sexualité comme déterminante d'un bon état de santé et de contribution au bien-être physique, psychologique et émotionnel, la promotion de la santé est ici négligée.

Compétence 4 : Evaluer ses prestations professionnelles

- *se réfère explicitement, dans son auto-évaluation, à des connaissances actualisées et à des critères de qualité*
- *recourt systématiquement à la réflexion dans l'action et en tient compte dans ses prestations*
- *fait le lien entre l'appréciation de ses clients et l'auto-évaluation de ses prestations*
- *intègre les résultats de son auto-évaluation et de l'évaluation des professionnels en vue de l'amélioration de ses propres prestations*

On peut ici se poser la question de la présence ou non de l'auto-évaluation chez les soignants au sujet de la sexualité de leurs clients. Ont-ils conscience de la légitimité de leurs besoins sexuels ? Existe-t-il chez eux un manque de connaissances vis-à-vis des besoins sexuels de la personne âgée ? Ont-ils conscience que l'ignorance de ces besoins peut être néfaste pour les clients ? Y a-t-il un malaise qui les empêche d'être compétents dans ce domaine et donc de promouvoir la qualité dans la prise en charge ? Je me pose également la question de la dynamique ou de l'interaction et du dialogue au sein de l'équipe soignante. Les soignants en parlent-ils entre eux ? Si c'est le cas, comment en parlent-ils ? Mon expérience m'a appris que le tabou sur la sexualité des seniors était généralement omniprésent chez les soignants. Il semblerait qu'il n'y a pas assez de prise d'initiative pour opérer à des changements.

Compétence 5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé

- *utilise des résultats de recherche dans sa pratique*
- *participe à des activités de recherche en respectant les principes éthiques*
- *définit des sujets de recherche issus de problématiques de terrain*
- *développe une pratique infirmière basée sur des connaissances fondées scientifiquement*

J'ai constaté dans ma pratique qu'il manquait de l'intérêt vis-à-vis de la sexualité des seniors et c'est ce qui m'amène à réaliser ce travail. Malgré la probable prise de conscience de la part des professionnels d'un manque de qualité dans leur prise en charge, ceux-ci ne se réfèrent pas non plus à la recherche scientifique médicale ou infirmière. De plus, cette problématique est de terrain, mais il y a encore trop peu de professionnels qui s'inquiètent de celle-ci. Les principes éthiques ne sont dans cette perspective pas respectés non plus. Ce point sera développé dans la partie « principes éthiques ».

Compétence 7 : Coopérer son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

- *partage ses valeurs professionnelles pour contribuer au respect des droits et intérêts de la clientèle*

Mes observations dans la pratique soignante m'ont montré que les valeurs et points de vue des professionnels étaient partagés dans une optique allant à l'encontre des droits et intérêts de la clientèle et manquaient même de respect à celle-ci. Un des droits du client est d'être entendu et respecté dans sa demande dans la mesure où la demande est légitime et justifiée. Mais là est le problème central de ce travail. Pour les soignants qui ont une vision négative de la sexualité des seniors, une demande de besoins sexuel ne peut être que mal appréciée et les intérêts du client seront perçus comme inadéquats. Ainsi en découle le non respect de ses droits. Ce problème peut cependant être résolu en apportant aux soignants une plus grande ouverture d'esprit, des connaissances nouvelles sur le sujet et des outils pour y faire face.

Compétence 8 : Participer aux démarches qualité

- *contribue à l'évaluation de la qualité des soins et de mesure de satisfaction de la clientèle*
- *nomme des outils et procédures d'évaluation de la qualité et les buts recherchés*
- *fait preuve d'esprit critique à l'égard des outils et des résultats*

Compétence 9 : Exercer sa profession de manière responsable et autonome

- *soutient des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité*

Ces compétences et leurs sous-compétences sont négligées dans leur ensemble. A nouveau, les démarches de qualité devraient être respectées en proposant une offre en soins appropriée. Il est permis de se poser les questions suivantes : la qualité des

soins est-elle évaluée ? A quelle fréquence ? Les connaissances des soignants sont-elles suffisantes pour offrir une prise en charge de qualité ?

2. PROJET

2.1 QUESTION DE DÉPART

Ma question de départ touche aux différents thèmes qui gravitent autour du problème de la sexualité des seniors et qui y mettent des barrières au niveau de l'expression des besoins. Les besoins sexuels de la personne âgée sont le point central de la question. Ils englobent la sexualité de la personne âgée en général, les comportements sexuels existants et les problèmes, difficultés et dysfonctions sexuelles rencontrées chez le sujet âgé. La sexualité des seniors reste un grand tabou et ce non-dit fait également partie intégrante du centre de la question. Tous ces éléments seront développés en détails et expliqués dans ce travail dans le chapitre « Cadre théorique ».

L'attitude des professionnels de la santé est aussi un point clé que j'ai choisi d'intégrer à la question de départ car elle semble avoir de l'influence sur les besoins sexuels de la personne âgée. En effet, le soignant est très proche du client lors de ses contacts soignant-soigné. Dans cette relation, il entre obligatoirement dans la sphère privée, et intime souvent, du client. Cela est nécessaire, comme dans une situation de soins, où il doit suppléer aux déficits d'autonomie du client, lors d'une toilette par exemple. Cet aspect des soins et de la sexualité sera développé plus loin dans l'analyse. Puis, le soignant doit récolter toutes sortes d'informations pour construire une anamnèse bio-psycho-sociale et spirituelle afin de bien connaître son client et son histoire de vie. Cela lui permet d'avoir une vision globale et une approche holistique afin de cibler sa prise en charge et de mieux répondre aux besoins spécifiques du client. La qualité de la prise en charge et du projet de soins en est ainsi largement augmentée, ce qui contribue également à une satisfaction de la clientèle. Ainsi, dans cette approche, le soignant peut avoir des discussions intimes avec le client en lui donnant sa confiance et en le respectant dans ce qu'il est. Dans ce sens, le thème de la sexualité peut être abordé et le client peut avoir l'occasion de s'exprimer sur ses besoins ou sur des problèmes rencontrés.

Cependant le professionnel de la santé peut avoir des influences sur son client, qu'elles soient positives ou négatives. Dans le deuxième cas, ce pouvoir du soignant peut être néfaste. En effet, le client peut mettre toute sa confiance dans un soignant, autant dans le corps médical que dans celui des infirmières. Certes, ceux-ci ont des connaissances très approfondies sur le corps humains et tous ses fonctionnements ou dysfonctionnements et cela leur attribue ce pouvoir qui est mis en jeu. Il peut ainsi

influencer positivement le client dans une situation d'enseignement à la clientèle par exemple ou dans un contexte de conseil, de prévention ou de mise en garde. Dans l'autre sens, il peut influencer négativement le client de par son attitude. Prenons donc l'exemple de la sexualité et des tabous qui l'illustrent. Si le soignant est lui-même dans une pensée stéréotypée sur le sujet et qu'il n'en parle pas ouvertement, il fait ressentir au client qu'il y a quelque chose de tabou dans la sexualité des seniors et celui-ci n'osera pas en parler non plus, par peur ou par honte. Ainsi, le rôle du professionnel de la santé est très important car il a le pouvoir de mettre à l'aise son client par une approche de qualité afin d'ouvrir avec lui un dialogue sur la sexualité dans un cadre offrant la confiance et le respect.

Une autre dimension essentielle abordée dans ma question de départ est celle des représentations sociales. Elle comprend les tabous, les stéréotypes et les mythes qui existent sur le sujet de la sexualité des seniors. Ce sont justement tous ces éléments qui sont très présents chez les sujets de la société en général mais également chez les professionnels de la santé qui sont dangereux et néfastes pour le sujet âgé dans son épanouissement sexuel. Comme nous venons de le voir dans la partie « motivations personnelles », cela peut avoir des influences négatives sur le client dans un contexte de soins. Les représentations sociales sont déjà souvent néfastes lorsqu'elles sont encrées dans la pensée sociale en général. Lorsqu'elles touchent le milieu professionnel de la santé, qui est en étroite relation avec le sujet social et qui a le pouvoir de l'aider à améliorer sa qualité de vie, la question devient à mes yeux plus délicate encore.

Pour terminer, la dimension de l'EMS sera également intégrée dans cette recherche. J'ai choisi de préciser ma question sur ce milieu de soins en particulier car c'est un lieu de vie dans lequel le client reste définitivement et dans lequel il doit pouvoir s'épanouir. Il peut être intéressant de faire ses preuves pour un soignant dans ce milieu car il y a du temps à disposition, une nécessité toujours existante d'améliorer la qualité de vie des clients et des occasions qui s'ouvrent plus souvent qu'on ne le pense à aborder le thème de la sexualité.

Ainsi, ma question de départ est : « Quelles sont les difficultés sexuelles rencontrées par les personnes âgées vivant en EMS et comment le soignant peut-il aider la personne âgée ? »

2.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les objectifs de cette recherche se rapportent aux différentes questions posées dans l'introduction et la question de départ. D'une manière générale, je désire comprendre les besoins sexuels des personnes âgées en EMS et identifier le rôle soignant et infirmier en lien avec la sexualité des résidents.

Ainsi mes objectifs sont les suivants :

- identifier les besoins et les comportements sexuels de la personne âgée en EMS et les problèmes ou dysfonctions qui y sont liés,
- identifier les représentations présentes chez les professionnels de la santé vis-à-vis des besoins sexuels des seniors et comprendre leur origine et leur signification,
- démontrer et comprendre l'influence des représentations chez les soignants sur l'expression de besoins ou de problèmes sexuels par la personne âgée,
- cerner et lister les moyens dont disposent les soignants pour répondre aux besoins des seniors ainsi que des attitudes les aidant à être à l'aise afin de permettre l'expression de ces besoins,
- évaluer la nécessité d'intégrer la sexualité dans l'anamnèse infirmière et/ou médicale ainsi que celle de l'intégrer dans la prise en charge quotidienne.

J'ai fait le choix d'intégrer à cette recherche les soignants en général et non uniquement les infirmiers et infirmières. Le but premier de ce travail est naturellement de faire ressortir le rôle infirmier, la démarche de soins infirmière avec l'utilisation des théories de soins et des diagnostics infirmiers. Cependant, mon désir est de m'adresser également aux différents soignants travaillant en EMS comme les aides-soignants, les infirmiers assistants, les assistants en soins ou même les médecins. Ce choix n'a donc pas pour objectif de délaisser l'aspect infirmier des soins, mais d'apporter une ouverture plus large quant à l'utilisation des résultats de recherche.

2.3 OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE

En tant que future professionnelle, je serai amenée à intégrer la recherche dans ma pratique quotidienne en utilisant des résultats d'études pour guider mes actions, en évaluant des travaux publiés ou même en participant à une étude. Ce travail va me permettre principalement d'acquérir des compétences méthodologiques, mais aussi

d'intégrer et de synthétiser des connaissances scientifiques préexistantes en lien avec un questionnement professionnel pertinent issu du « terrain » et permettant de déboucher sur des perspectives réalistes pour la pratique. Les objectifs présentés dans cette partie du travail vont me permettre de développer les compétences 5 et 9 du référentiel de compétences¹⁰ de la filière en soins infirmiers de la HES-SO.

Pour la construction de ce travail de recherche, je me suis fixé divers objectifs d'apprentissage qui devraient me permettre d'acquérir des compétences professionnelles de base dans le domaine de la recherche :

- acquérir des connaissances professionnelles en lien avec mon sujet de recherche,
- identifier les concepts cibles, les définir et les développer,
- maîtriser la recherche d'informations sur Internet et l'utilisation des outils de recherche professionnels et fiables, notamment la recherche en ligne sur les bases de données,
- savoir critiquer les résultats obtenus,
- acquérir des capacités d'analyse et de synthèse, savoir comparer les résultats afin de les mettre en relation ou de les différencier,
- garder un esprit critique sur ma recherche et être capable de l'évaluer objectivement.

2.4 PRINCIPES ÉTHIQUES

Cette partie concerne les principes éthiques mis en cause dans la réflexion en lien avec ce travail et ceux qui émergent de la problématique. J'ai choisi d'utiliser les six principes présents dans le cahier de l'ASI¹¹ que j'ai eu l'occasion d'utiliser au cours de ma formation en soins infirmiers.

L'AUTONOMIE : dans une situation où le soignant et son client abordent le sujet de la sexualité, l'autonomie des deux sujets doit être respectée. Ils ont chacun le droit de choisir de quoi ils désirent parler ou non et de poser leurs propres limites.

¹⁰ Compétence 5 : contribuer à la recherche en soins et en santé ; compétence 9 : exercer sa profession de manière responsable et autonome.

¹¹ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « L'éthique dans la pratique des soins ». Berne. 2008. 40 pages.

LA VÉRACITÉ : dans une relation soignant - soigné, le professionnel de la santé se doit impérativement de donner à son client une information claire et complète, ceci dans toute situation d'enseignement ou d'offre en soins. Le client est lui aussi tenu d'informer le soignant de la même manière concernant sa santé afin d'assurer une relation de confiance et de respect mutuel. Pour un besoin sexuel, le soignant peut apporter au client les connaissances nécessaires à la compréhension de son besoin ou de son problème. Ceci aidera le client à mieux identifier ce qu'il est en train de vivre et à mieux accepter sa situation.

LA FIDÉLITÉ : Ce principe doit être respecté des deux côtés dans la relation soignant-soigné afin que les promesses faites soient tenues.

LA CONFIDENTIALITÉ : Comme dans toute prise en charge de la clientèle dans les milieux de soins, les informations confidentielles ne peuvent être divulguées à un tiers sans l'accord de la personne concernée et cela est valable évidemment pour les données sur la sexualité.

LA BIENFAISANCE ET LA NON MALFAISANCE : Le professionnel de la santé doit dans toute démarche de soins s'assurer de la bienfaisance de ses actes. Ainsi, son offre en soins doit être bénéfique au client et ne pas lui nuire. Il doit donc répondre aux demandes de celui-ci concernant la sexualité et ne pas les ignorer. S'il ne se sent pas à l'aise dans cette situation, il peut demander de l'aide et du soutien auprès de ses collègues ou auprès de l'institution.

LA JUSTICE : Le client a le droit d'être entendu et pris en charge concernant sa sexualité. Le soignant a le droit de se retirer si la situation le met mal à l'aise ou ne correspond pas à ses valeurs.

3. PROBLÉMATIQUE

Le problème central de cette recherche est la non prise en compte des besoins sexuels de la personne âgée en milieu institutionnel. Autour de cette question existent d'autres difficultés en lien avec la sexualité de la personne âgée, le vieillissement, les représentations sociales et les tabous présents chez les professionnels de la santé, ainsi que dans la vie en EMS. Ces éléments qui nourrissent la problématique sont tous en relation et influent les uns sur les autres.

L'ampleur du problème est considérable car elle a des répercussions importantes sur la qualité des soins offerts et sur la qualité de vie de la personne âgée. Il est aujourd'hui encore nécessaire d'attendre un changement de mentalité de la part des soignants et de briser les mythes existant sur la sexualité des seniors. Une étude de Mc Auliffe et al.¹² insiste sur le fait que des recherches supplémentaires sont nécessaires sur l'attitude des professionnels de la santé en matière de sexualité du 3ème et 4ème âge. La problématique est donc totalement d'actualité.

Les recherches actuelles montrent toutes que la sexualité des seniors reste encore un grand tabou et celui-ci empêche l'évolution et le changement vers une vision plus ouverte sur le sujet. Un article du périodique « Gériatrie Pratique »¹³ parle même de « tabous profanes et obscènes », ce qui montre un aspect délicat du problème. Ces non-dits sont très ancrés dans la société et comme nous le montre Guimelli¹⁴, les représentations sociales sont difficiles à changer car elles reflètent souvent des postulats inébranlables pour les individus et la force du groupe est prédominante. De plus, il existe encore peu d'information sur le sujet, même si les comportements sexuels de la personne âgée sont étudiés de plus en plus¹⁵.

Il convient également de prendre en considération les dysfonctions sexuelles rencontrées par la personne âgée. Ce sont elles aussi qui empêchent l'épanouissement dans la sexualité. Le soignant devrait s'en inquiéter si le client n'en

¹² MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol.2. N°1. Mars 2007. P. 69-75.

¹³ WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». *Gériatrie Pratique*. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

¹⁴ GUIMELLI C. « La pensée sociale ». Ed. Que sais-je ? Paris. 1999. 127 pages

¹⁵ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. « Psychologie gérontologique ». Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

parle pas spontanément, ce qui est souvent le cas. En effet, une grande minorité de la clientèle n'aborde pas le sujet par lui-même. Mais les soignants eux aussi ne s'expriment pas assez sur la question. C'est ainsi qu'on peut attendre de la part des professionnels de s'inquiéter de la santé sexuelle de leurs clients, car cet aspect fait partie de leur rôle également.

La iatrogénie est aussi en cause dans les dysfonctions sexuelles et elle peut être de deux types : médicamenteuse ou induite par la chirurgie¹⁶. Ces difficultés sont souvent mal vécues par les clients et les soignants ont ici encore un rôle dans l'ouverture du dialogue sur la question. On parle actuellement de iatrogénie sexuelle. Chez la personne âgée, la polymédication est largement mise en cause et représente un grand problème. Les médicaments peuvent induire notamment des troubles sexuels tels que la baisse de désir, les troubles de l'excitation ou l'anorgasmie. La iatrogénie sexuelle induite par la chirurgie marque, elle, une atteinte à l'image corporelle très forte et la continuation des relations sexuelles est difficile.

Puis, les chercheurs parlent aussi de « iatrogénie environnementale ». On entend par là les contraintes qui peuvent exister en lien avec la vie en institution. En effet, la vie intime peut être gênée par des obstacles. Elle n'est pas toujours prévue et souvent mal vue dans les maisons de retraite. La vision du vieillissement est elle aussi problématique. Le sujet social en a généralement une perception négative et asexuée.

On peut en déduire qu'il y a lieu de s'inquiéter premièrement des tabous, mythes et stéréotypes, car ce sont eux qui sont à l'origine de tous les déficits en communication entre le soignant et le soigné. Les autres problèmes liés à la sexualité de la personne âgée développés dans ce chapitre ne peuvent être que mieux résolus s'il y a un dialogue qui s'ouvre sur la question.

¹⁶ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P.
« Iatrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : *Site de la BDSP : Banque de Donnée en Santé Publique*. La revue de gériatrie, volume 27, numéro 6, 2002, pages 405-414.

3.1 QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE

La problématique étant posée, j'en arrive à ma question centrale de recherche :

« En quoi l'institution et les soignants peuvent-ils influencer l'épanouissement sexuel de la personne âgée vivant en EMS ? »

3.2 HYPOTHÈSES

3.2.1 PREMIÈRE HYPOTHÈSE

« Un milieu de soins favorisant le dialogue aide le client dans son épanouissement sexuel. »

Il me semble que la communication et le dialogue sont des clés ayant le pouvoir de défaire les problèmes liés à une situation. Ouvrir la discussion sur la sexualité entre le soignant et la personne âgée permet au résidant qui le souhaite d'exprimer au mieux ses difficultés et ses inquiétudes. L'échange entre soignants dans l'équipe est également important afin qu'ils se soutiennent, s'aident et se conseillent entre eux. De cette manière, chacun peut être à l'aise avec la question de la sexualité. Le soignant peut offrir son soutien au senior, partager avec lui ses connaissances et son expérience, dans le but de lui apporter une aide et un accompagnement.

3.2.2 DEUXIÈME HYPOTHÈSE

« Les représentations des soignants sur la sexualité des personnes âgées influencent les attitudes et les comportements sexuels des résidants »

Les représentations que véhiculent les soignants semblent influencer les résidants dans l'expression de leur sexualité. Si la personne âgée entend ou ressent chez le professionnel qui l'accompagne et le soigne une perception négative de sa sexualité, elle peut ressentir de la honte, de la culpabilité, de la gêne ou de la peur à l'exprimer. Elle n'a pas envie d'être jugée ou mal vue et préfère s'inhiber sexuellement. Elle peut penser qu'avoir des désirs sexuels n'est plus de son âge et que son rôle est d'oublier cette dimension de son existence une fois passé l'âge de la retraite, ou une fois son entrée en institution.

3.2.3 TROISIÈME HYPOTHÈSE

« La philosophie de soins ou le type d'EMS influence les attitudes et les comportements sexuels des résidents »

Il semble que l'établissement accueillant les personnes âgées peut lui aussi influencer l'expression sexuelle des résidents par son ouverture ou non à la question de la sexualité. Même si le senior vivant en EMS conserve une relative autonomie et continue à prendre des décisions le concernant, il doit inévitablement se plier aux règles de l'institution. Ainsi, s'il ressent l'interdit sexuel dans son milieu de vie, il risque de s'inhiber et de mettre fin à sa vie sexuelle.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 SOURCES

Lors de cette revue de la littérature, les outils suivants ont été utilisés pour la collecte des données : livres et ouvrages, articles de revues scientifiques infirmières, médicales, psychologiques et sexologiques, Internet et documents audiovisuels. Les informations recueillies ont été mises en commun, comparées et analysées afin de répondre à la question centrale de recherche.

Internet est un outil très large et offre de nombreuses réponses à la recherche. Cependant, il convient de tenir compte de ses limites et d'être ainsi très rigoureux dans l'évaluation des données recueillies. Tous les résultats ne sont pas fiables et il est donc important d'être attentif aux sources des études trouvées. Les niveaux de preuves, la fiabilité et la pertinence des études retenues ont été évalués scrupuleusement.

La recherche d'études et d'articles scientifiques s'est effectuée en français et en anglais à partir de six bases de données reconnues répertoriant des publications de revues scientifiques : la BDSP, Medline PubMed, CAIRN, ScienceDirect, CINAHL et SAPHIR. Lors de cette récolte des données, les descripteurs suivants, français et anglais, ont été utilisés : « personne(s) âgée(s) » / « older person » / « older adults » / « elderly » ; « sexualité » / « sexuality » ; « institution » / « nursing home » ; « soignant(s) » / « health professional » et « infirmier (ère) ». Ils ont été associés de différentes manières afin d'obtenir des résultats pertinents : « personne âgée » et « sexualité » et « institution » ou « soignant(s) ». La même démarche a été faite pour les descripteurs en anglais. Des limites ont été intégrées lors de la recherche dans les bases de données. Les études parues lors des dix dernières années au maximum ont été retenues. La mention « nursing and health professions » a été introduite également.

4.2 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les articles à retenir pour cette recherche devaient inclure naturellement la sexualité de la personne âgée comme premier critère d'inclusion. Dans un deuxième temps, ils devaient traiter soit des personnes âgées en institution, critère qui définit le contexte de cette recherche, soit du rôle professionnel soignant, soit des représentations sur la

sexualité des seniors. Il n'a en effet pas été possible de s'appuyer uniquement sur le critère du contexte, les recherches étant limitées. Ainsi le rôle des professionnels de la santé en lien avec la sexualité des sujets âgés et les représentations sur la sexualité des seniors représentaient deux critères supplémentaires très pertinents pour répondre à la question de recherche.

De plus, les articles devaient concerner les hommes et les femmes en âge de retraite (de 65 à 90 ans et plus) et étant en bonne santé psychique. Les articles traitant des questions de genre, c'est-à-dire concernant uniquement les hommes âgés ou les femmes âgées, ceux faisant référence aux pathologies urologiques ou gynécologiques et ceux traitant de la sexualité des personnes âgées souffrant de troubles démentiels ont été exclus.

L'application de ces différents critères s'est faite dans un premier temps à partir des titres des articles, puis selon les résumés et parfois une lecture plus approfondie a été nécessaire.

5. CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique guidant cette recherche est composé de trois concepts principaux interreliés en regard à la question centrale de recherche¹⁷ : la sexualité, la vieillesse et l'EMS en tant que lieu de vie pour la personne âgée. Ce cadre servira de guide tout au long du travail afin de délimiter les thèmes abordés dans celui-ci. L'explication détaillée des principaux concepts permettra de mieux situer le but de la recherche, de la préciser et d'en comprendre les éléments de façon détaillée.

Afin de définir au mieux les différents concepts, il convient de préciser les dimensions qui les caractérisent. Ainsi, leurs composantes seront aussi expliquées dans ce chapitre. Des liens entre les concepts seront faits et le lecteur pourra comprendre les relations entre ceux-ci.

5.1 LA SEXUALITÉ

La sexualité étant le thème central de cette recherche, il est évident qu'il fasse partie des principaux concepts du cadre théorique. Elle concerne la personne âgée uniquement dans le cadre de ce travail, mais il est nécessaire dans un premier temps de la définir de manière générale afin de comprendre ce qu'elle représente pour l'être humain et quels sont ses fonctions et ses rôles. Il est important également de comprendre la physiologie sexuelle normale de la personne jeune et adulte afin de la comparer avec celle de la personne âgée pour saisir les impacts du vieillissement sur la sexualité. Ces éléments de connaissance permettront de situer le contexte et la problématique avec précision.

Selon la définition d'Alexandre Manoukian « le (mot) latin *sexus* vient de *sectus* qui signifie séparation. La sexualité est ce qui distingue les hommes et les femmes ». Cette distinction se fait dans différents domaines : « génétique, gonadique, organique, social, culturel. La sexualité est un comportement qui rassemble un faisceau d'énergies et de moyens. C'est un comportement de communication dont un des bénéfices avoués est le plaisir. Le désir sexuel est inhérent à la vie humaine bien que ses manifestations soient quant à elles très variables. Nous le rencontrons donc, sous une forme ou une autre, à tous les âges de la vie ».

¹⁷ Chapitre 3 : Problématique. Page 19

5.1.1 RÔLES ET FONCTIONS DE LA SEXUALITÉ

La sexualité fait partie intégrante de la vie humaine et « s'exprime tout au long de la vie : nous naissons et nous mourrons sexués »¹⁸. Elle est essentielle à la survie de l'espèce mais est aussi une composante fondamentale de l'expérience humaine¹⁹. On retrouve ici la double fonction de la sexualité, à savoir la fonction reproductrice et la fonction non reproductrice. La première se rapporte à la survie de l'espèce et la deuxième est reliée aux notions de plaisir et d'identité sexuelle.

Nous savons aujourd'hui grâce aux recherches faites dans le domaine de la psychanalyse que la sexualité ne commence pas seulement à l'adolescence, qu'elle n'est pas statique et ne relève pas d'un fait totalement indépendant²⁰. En effet, elle a sa place dès le début de la maturation de la personnalité globale de la naissance à l'âge adulte. Les stades oral, anal et génital plongent l'individu dans un contexte de sexualité dès la prime enfance et durant toutes les années de développement de l'enfance à l'adolescence. La pulsion sexuelle est essentiellement une recherche de plaisir et ce principe de plaisir est la première caractéristique de la notion de libido. Cette recherche de plaisir pour soi s'associe avec la recherche de la jouissance de l'autre auquel l'individu procure de la joie avec plaisir. Pour illustrer ces explications, la première phase serait celle de l'enfant attaché au sein maternel qui avale simultanément lait et plaisir. La deuxième phase est celle de l'enfant qui apprend à contrôler ses sphincters ce qui lui procure du plaisir mais en apporte aussi à sa mère. La propre gratification de l'individu se réalise ainsi aussi par la gratification de l'autre, processus qui se précise jusqu'à la maturité génitale à l'âge adulte. La sexualité et la personnalité se développent comme recherche de plaisir en lien avec un objet d'amour. L'intuition amène le sujet à penser que l'on aime seulement si l'on éprouve de la joie et que l'on éprouve de la joie seulement si l'on aime. La sexualité dépasse ainsi le but de fécondité et devient une rencontre avec l'autre remplie d'amour véritable et donne un sens à la vie humaine en tant que moyen d'expression et d'existence. L'union sexuelle est un « don des âmes qui se manifeste dans le don des corps », un « désir conjoint de joie, que le plaisir rallume chaque fois mais ne satisfait jamais »,

¹⁸ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». Revue Soins. N°652. Février 2001. P. 40-43

¹⁹ VEZINA J., CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P. Psychologie gériatrique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

²⁰ FREUD S. « Trois essais sur la théorie de la sexualité ».

une « certitude de soi » et une « confirmation de l'autre », une « approche mutuelle dans le présent » et une « projection unanime dans le futur »²¹.

L'OMS²² a défini la sexualité ainsi que la santé sexuelle et les droits sexuels²³. La sexualité est identifiée comme un aspect central de l'être humain et cela tout au long de sa vie. Elle comporte la reproduction, le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, le plaisir, l'intimité et l'érotisme. Elle 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. Elle peut comprendre toutes ces dimensions, mais elles ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. De plus, des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels influencent la sexualité. C'est après la définition du concept de la santé en 1946, l'apparition d'une sexualité récréative et libérée de la reproduction avec l'apparition de la pilule contraceptive et la révolution sexuelle des années 60 que l'OMS commence à décrire le concept de « santé sexuelle » entre 1972 et 1975. C'est ainsi que la libération des mœurs mais aussi les problèmes de santé publique comme le SIDA, on fait prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle, des comportements et des attitudes qui permettent de la conserver ou de l'améliorer. En 1975, la santé sexuelle était ainsi définie : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour. » En 2002, l'OMS a donné une nouvelle définition de la santé sexuelle, plus précise et intégrant de nouvelles dimensions : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » On constate facilement l'évolution de la réflexion autour de la santé sexuelle et l'adaptation nécessaire de celle-ci.

²¹ ABRAHAM G., PASINI W. « Introduction à la sexologie médicale ». Ed. Payot. Paris. 1975. 385 pages

²² Organisation Mondiale de la Santé

²³ CAMPANA Aldo. Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS. Formation continue en sexologie clinique, Genève, 2006, En ligne. Adresse URL : http://www.gfmer.ch/Chalumeau_Presentations_Fr/Pdf/Sante_sexuelle_OMS_Campana_2006.pdf

Aussi, dans la société, la tendance est en général de ramener la sexualité au coût uniquement. Mais « le désir et la communion sont présents et sont alimentés dans d'autres formes, intensément sexuelles, d'approche et de gratification réciproque »²⁴. La sexualité va donc bien au-delà de l'acte sexuel en soi. Elle comprend notamment plusieurs dimensions, à savoir : la dimension biologique, la dimension comportementale et la dimension psychosociale²⁵. Je choisis ainsi dans cette partie de diviser le concept de sexualité en ses différentes dimensions afin de les détailler et d'en avoir une bonne compréhension.

5.1.2 DIMENSION BIOLOGIQUE DE LA SEXUALITÉ

Cette dimension de la sexualité concerne les manifestations physiologiques et corporelles qui sont naturellement reliées au fonctionnement sexuel. Il faut savoir que la sexualité est avant tout une expérience sensorielle²⁶. Lors de tout contact sexuel entre deux individus, leurs cinq sens sont stimulés de différentes manières. La vision est impliquée dans le regard de l'autre, la rencontre, l'apparence physique, la nudité des corps, les regards et les expressions. L'odorat se rapporte aux odeurs naturelles et sexuelles de l'autre, aux parfums artificiels ou odeurs dans l'environnement. L'expérience du goût est vécue à travers les baisers et les caresses avec la bouche. L'audition est impliquée dans les paroles de l'autre, la musique, les bruits environnants. Puis, le toucher se vit à travers les caresses échangées avec le partenaire qui varient en rythme et en intensité. Toutes ces sensations sont étroitement liées au psychisme, mais j'ai choisi de les énumérer ici car elles sont d'abord physiques avant d'être vécues psychiquement. Il faut également savoir que ces sensations participent à l'excitation et à la réaction sexuelle.

Abordons maintenant la physiologie pure de la sexualité. On parle de réaction sexuelle pour expliquer les réactions des organes génitaux lors de l'activité sexuelle chez l'homme comme chez la femme. La réaction sexuelle est divisée en quatre phases : la

²⁴ ABRAHAM G., PASINI W. « Introduction à la sexologie médicale ». Ed. Payot. Paris. 1975. 385 pages

²⁵ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gérontologique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

²⁶ TRENBLY Serge. <http://www.objectif-couple.com/texte-thematique/001-sexualite-humaine.php>

phase d'excitation, la phase de plateau, la phase orgasmique et la phase de résolution²⁷.

Chez la femme, la phase d'excitation est caractérisée par différentes réactions de l'organe génital comme la tumescence du clitoris, la lubrification vaginale, l'extension et la distension du vagin ainsi qu'une élévation partielle de l'utérus. Ces réactions vont s'intensifier si la stimulation sexuelle est maintenue et vont atteindre un niveau stable qui caractérise la phase de plateau. La phase orgasmique correspond au plus haut niveau de la réaction sexuelle. Elle se manifeste par des contractions situées dans le tiers inférieur du canal vaginal ainsi que dans l'utérus qui se produisent à des intervalles de huit dixièmes de seconde. Il s'en produit un certain nombre et par la suite les intervalles deviennent plus grands et l'intensité des contractions diminue. Lors de la phase de résolution, on remarque un retour à la norme de la pression artérielle et des rythmes cardiaque et respiratoire. Les organes génitaux ainsi que les autres parties du corps qui participent à la réaction sexuelle retournent également à un état normal. Le vagin retrouve un volume et une coloration normale et le clitoris retourne à sa position initiale, c'est-à-dire normalement exposé et non sous son capuchon comme il l'est durant les phases précédentes.

Chez l'homme, les chercheurs ont observé les réactions suivantes lors de la phase d'excitation : érection du pénis, c'est-à-dire engorgement de sang des corps spongieux et caverneux, augmentation de la tension et épaissement du tégument du scrotum et élévation des testicules. Lors de la phase de plateau, la circonférence du pénis au niveau de la couronne du gland s'accroît et les testicules s'élargissent et continuent de s'élever dans le scrotum jusqu'à ce qu'ils soient collés au corps. La phase orgasmique est précédée par une sensation d'impuissance à contrôler l'éjaculation durant un instant juste avant qu'elle se produise et juste à son début. A ce moment précis, l'homme a la sensation d'être sur le point d'éjaculer. Lors de la phase orgasmique, les premières contractions débutent dans les testicules et se propagent dans le pénis pour amener à l'expulsion du sperme par le méat urétral. Les deux à trois premières contractions éjaculatoires peuvent expulser de leur pression le sperme à une distance de 30 à 60 centimètres depuis l'extrémité du pénis. Les contractions de l'orgasme masculin se produisent à huit dixièmes de seconde d'intervalle et diminuent graduellement en force expulsive et en fréquence. Vient alors la phase de résolution

²⁷ MASTERS W.H., JOHNSON V.E. « Les réactions sexuelles ». Ed. Robert Laffont. Paris. 1968.

durant laquelle le pénis retourne progressivement à son état de flaccidité, cela en deux étapes, dont la deuxième est la plus longue. Les testicules redescendent dans le scrotum et retournent à leur taille normale. La plupart des hommes passent ensuite par une période réfractaire durant laquelle ils n'ont plus de réaction à la stimulation sexuelle.

Il convient de noter que les réactions physiologiques décrites dans les phases de la réaction sexuelle s'accompagnent également d'autres modifications physiologiques qui ne concernent pas l'appareil génital. Lors de l'excitation sexuelle, un état de tension est provoqué par les stimulations sensorielles, ce qui provoque des réactions physiologiques telles que l'accélération des rythmes cardiaques et respiratoires et la contraction de certains muscles.

5.1.3 DIMENSION PSYCHOSOCIALE DE LA SEXUALITÉ

Le concept de sexualité recouvre l'ensemble des comportements, attitudes, systèmes de valeurs et de représentations propres à une culture, à une époque donnée et à la subjectivité de chacun. De manière générale, à travers l'histoire et toutes régions de la planète confondues, la sexualité est reliée à la reproduction, au coït, aux sensations érotiques, à la jouissance, aux plaisirs physiques et érotiques. Etant donné l'inévitable subjectivité humaine ainsi que les fonctions culturelles et l'époque à laquelle elle est reliée, la sexualité est sujette à de grandes variations en qualité et en quantité.

La sexualité humaine comporte plusieurs axes importants influençant la santé psychique et émotionnelle. On y retrouve les notions suivantes : le rôle d'insertion sociale, le renforcement du lien dans le couple, l'entretien de l'intimité, la procuration de plaisir et le rôle de soutien à la confiance en soi, la réduction de l'anxiété et de la tension émotionnelle²⁸. Il s'agit donc ici de la fonction sexuelle non reproductrice et c'est cette fonction qui reste dominante dans la vieillesse et y conserve toute son importance.

La dimension psychologique de la sexualité est reliée aux activités psychiques en lien avec la sexualité. Dit simplement, elle se rapporte à ce qui se passe dans la tête et

²⁸ WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». *Gériatrie Pratique*. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

dans le « cœur » des partenaires sexuels. Cette composante de la sexualité comprend le plaisir sexuel, les fantasmes sexuels et l'orgasme²⁹. Le plaisir sexuel se rapporte aux expériences agréables, plaisantes et excitantes reliées aux stimulations physiques et psychologiques. Il varie en fonction de l'intensité et de la fréquence de la stimulation. De plus, chaque individu n'associe pas le plaisir sexuel aux mêmes objets, idées ou stimulations. Selon l'expérience vécue, une personne peut y associer une valeur érotique, non érotique ou même anti-érotique. Les fantasmes sexuels représentent des souvenirs, des rêves, des désirs, des images fixes ou impliquant un mouvement. Ils sont fabriqués par l'esprit, jouent un rôle de stimulation et peuvent provoquer à eux seuls une excitation sexuelle. Enfin, l'orgasme sexuel représente le plaisir relié à la décharge ou l'explosion de la tension sexuelle. Le plaisir qui y est relié peut varier en intensité et en fréquence d'une rencontre sexuelle à une autre selon l'expérience subjective vécue par la personne.

Pour la femme comme pour l'homme, une expérience très intense en plaisir semblable à l'orgasme peut être vécue même sans décharge orgasmique. De même, l'orgasme ou la décharge orgasmique ne sont pas indispensables pour une pleine satisfaction de l'expérience sexuelle³⁰. Il est possible de vivre des expériences sexuelles sans qu'il y ait pénétration ou éjaculation. Par exemple, des échanges de caresses peuvent être vécus comme une expérience sexuelle, ou même le fait d'écouter de la musique avec son partenaire peut générer un plaisir qui constitue une expérience d'ordre sexuel. Ainsi, toutes les dimensions des composantes physiques ou psychiques de la sexualité ne sont pas nécessaires pour qu'une expérience sexuelle soit vécue.

Il est important de noter également que les différentes dimensions de la sexualité humaine en font incontestablement sa richesse. En effet, si une dimension est touchée par une défaillance quelconque, elle peut être compensée par d'autres dimensions et permettre ainsi l'expression d'autres formes de la sexualité. Cependant, cette compensation peut être perturbée si un individu est centré sur la recherche de l'orgasme à tout prix. Avec le temps, il risque de vivre des insatisfactions ou même des difficultés sexuelles. De plus, si sa capacité à avoir des orgasmes devait être atteinte par une maladie, il lui sera plus difficile qu'une autre personne à faire appel aux autres dimensions de sa sexualité et d'éprouver du plaisir.

²⁹ TRENBLAY S. <http://www.objectif-couple.com/texte-thematique/001-sexualite-humaine.php>

³⁰ Ibid.

5.2 LA VIEILLESSE

La vieillesse fait référence à la dernière phase de la vie de l'être humain. On considère une personne âgée dès l'âge de 65 ans et cela jusqu'à la fin de la vie. La délimitation de la vieillesse à l'âge de 65 ans est étroitement liée à l'âge de la retraite, mais il faut savoir que cette limite est purement fixée par convention sociale afin de poser des repères³¹. Elle ne donne pas d'information sur l'état physique ou psychique d'une personne, états totalement variables d'un individu à l'autre. Cependant cette limite fait référence et est unanimement utilisée. On parle aussi de 3^{ème} et de 4^{ème} âge. Ces classifications ne sont pas admises et répertoriées unanimement et diffèrent selon les disciplines qui les définissent. Les sociologues classent le 3^{ème} âge de 65 à 74 ans et les personnes de 75 ans et plus font partie du 4^{ème} âge. Les gérontologues, eux, parlent même d'un 5^{ème} âge. Ils délimitent le 3^{ème} âge de 60 à 75 ans, le 4^{ème} âge de 75 à 85 ans et le 5^{ème} âge comprend les personnes de 85 ans et plus³². Mais tous les médecins ne sont pas du même avis et certains sont contre l'idée reçue d'identifier les personnes âgées à l'âge de la retraite. Cette manière de penser est issue de l'explication qu'il n'existe pas de lien entre l'âge biologique d'une personne et son degré de sénescence biologique et physiologique. C'est une vision très positive de la personne âgée car elle prône la poursuite de la vie active au-delà de l'âge de la retraite et ainsi l'intégration sociale des personnes âgées. La vieillesse est définie comme étant plusieurs périodes de la vie qui se suivent à des rythmes différents selon les individus. Ainsi parler de 3^{ème} ou de 4^{ème} âge n'a plus de sens³³.

Rappelons que l'espérance de vie à la naissance en Suisse se situe actuellement à 79.7 ans pour les hommes et 84.4 ans pour les femmes³⁴. L'espérance de vie à 65 ans est de 18.7 ans pour les hommes et 22.0 pour les femmes. On constate ainsi que les sexes ne sont pas égaux face à la mort : les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes. On sait qu'il y a plus de veuves que de veufs comme la femme vit plus longtemps que l'homme et qu'elle survit au décès de son mari. Aussi, l'homme est généralement plus âgé que sa femme et risque de mourir avant elle. Puis, les veufs se remarient plus souvent que les veuves comme il y a plus de femmes âgées

³¹ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gérontologique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

³² BEE H., BOYD D. « Psychologie du développement : les âges de la vie ». Ed. De Boeck Université. 2003. 568 pages.

³³ PELLERIN D. « Le nouvel aspect de l'âge ». 2007. In : <http://www.canalacademie.com/Le-nouvel-aspect-de-l-age.html>

³⁴ Confédération Suisse, Office Fédéral de la Statistique. « Evolution démographique : indicateurs. Décès, mortalité et espérance de vie ». Neuchâtel. 2009. In : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04.html>

que d'hommes âgés. Il y donc moins de chances pour une femme âgée de trouver un partenaire. De plus, l'homme, mis à part une plus grande disponibilité, cherche aussi plus à retrouver une partenaire car il est moins apte à se débrouiller seul que la femme. La femme, elle, a souvent un meilleur réseau social et subvient seule aux besoins logistiques et émotionnels.

Le vieillissement fait souvent référence à l'usure, à la perte et à la mort³⁵. Le corps change, les maladies augmentent. Un sentiment d'inutilité peut également être attribué au sujet âgé car le rôle de celui-ci dans la société diminue ou devient nul aux yeux de certains. Sur le plan sexuel, on imagine le vide. Nous connaissons tous l'image du vieillard abîmé se promenant avec sa canne et sa position courbée. Le concept de personne âgée est très stéréotypé dans notre société. Nous imaginons souvent d'abord « le vieux » fatigué, sans énergie, attendant la mort. L'image d'une personne âgée active et en bonne santé viendra à l'esprit seulement dans un deuxième temps. Dans ce sens, il paraît difficile d'imaginer la sexualité d'une personne âgée.

Notons que le vieillissement de la population et l'avancée de la médecine peuvent faire penser à une vieillesse plus active et en bonne santé. Cependant, même si la durée de vie augmente depuis plusieurs années déjà, il faut savoir que la qualité de vie dans la vieillesse, elle, n'a pas subi d'augmentation. Bon nombre de personnes âgées de plus de 65 ans vivent avec des limitations fonctionnelles et le chiffre ne cesse d'augmenter avec l'âge pour atteindre la moitié des personnes de 85 ans et plus. Il semblerait donc que seulement la moitié de la vieillesse soit libre d'incapacités et que passé un certain âge celles-ci augmentent passablement. L'être humain vit donc plus longtemps aujourd'hui que dans le passé, mais il vit avec plus de problèmes de santé.

Les démographes l'ont constaté : la société actuelle est de plus en plus vieillissante. Le taux de natalité est à son plus bas et le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter. En Suisse, depuis 1972, le nombre des naissances ne compense plus celui des décès³⁶. Depuis 1998, le nombre de décès de citoyens suisses est supérieur au nombre de naissances et c'est la première fois qu'une telle constatation est faite depuis le début de l'enregistrement de la population dans le registre officiel en 1871. Les personnes âgées représentent donc déjà une fraction très importante de la

³⁵ WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». *Gériatrie Pratique*. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

³⁶ Swissworld, portail officiel d'informations sur la Suisse. « Population suisse, évolution démographique ». In : http://www.swissworld.org/fr/population/la_population_de_la_suisse/evolution_demographique/

population et celle-ci ne cesse d'augmenter. En 2006, en Suisse, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16% de la population. Ainsi, on peut comprendre qu'il existe des inquiétudes face à cette question d'augmentation en nombre des personnes âgées, car elle a une grande influence sur les politiques sociales, sanitaires et économiques. On peut se poser la question du coût d'une telle augmentation de la population vieillissante en regard à des demandes concernant les incapacités ou les maladies chroniques qui y sont reliées. Il existe aussi le souci de voir apparaître une société moins productive et donc moins rentable ou celui d'une mise en péril des caisses de retraite ou encore d'une surtaxation des travailleurs. Ces changements dans la population touchent donc les acteurs de la société à un niveau interdisciplinaire, à savoir les politiciens, les actuaires, les économistes, les gestionnaires, les services sociaux, les professionnels de la santé, les psychologues, les citoyens, etc. Il devient ainsi de plus en plus important de s'intéresser à la personne âgée afin de répondre aux besoins de la société.

5.2.1 LES REPRÉSENTATIONS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Malgré l'existence d'une large connaissance dans le domaine scientifique, de nombreux mythes, stéréotypes et fausses croyances existent encore sur la personne âgée et le vieillissement. La liste est longue et riche en idées erronées. De nombreux individus pensent que les troubles de mémoire ou la sénilité sont inévitables et touchent les personnes âgées de manière égale. De même, certaines personnes imaginent qu'un mauvais état de santé ou les maladies chroniques, ainsi que la fatigue touchent les seniors unanimement. Ces mêmes individus pensent que les personnes âgées vivent en EMS, qu'elles n'ont pas de vie sexuelle, qu'elles se plaignent constamment et qu'elles sont facilement irritables. D'autres encore pensent « qu'elles ne peuvent plus apprendre, s'adapter à de nouvelles situations, qu'elles sont inflexibles et font preuve de conservatisme, qu'elles ne s'intéressent à rien sauf à elles-mêmes, n'écoutent pas ce que les autres ont à dire, parlent constamment de leurs vieux souvenirs et rappellent sans cesse comment la vie était différente³⁷ » à leur époque.

La psychologie sociale explique la fonction de ces stéréotypes fortement ancrés dans l'esprit des personnes en général. Ils servent en fait à « acquérir sans effort une

³⁷ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gérontologique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p

connaissance de quelqu'un que nous ne connaissons pas suffisamment »³⁸. Ainsi ces personnes confèrent aux autres des caractéristiques pour diminuer le malaise provoqué par leur manque de connaissance et cela augmente leur estime de soi ou leur contrôle social. Comme ces stéréotypes sont formés de croyances très généralisées sur les membres d'un même groupe, ils ne tiennent pas compte des différences individuelles et considèrent les membres du groupe de façon identique. Ainsi, les personnes âgées sont toutes considérées de la même manière, c'est-à-dire fatiguées, en mauvaise santé, etc. Mais la réalité est bien différente car les personnes âgées se différencient largement entre elles. De plus, les stéréotypes sont très résistants aux contradictions, car les personnes qui les entretiennent sont convaincues de leur bien-fondé³⁹. Une caractéristique nouvelle qui ne correspond pas au stéréotype connu sera automatiquement ignorée et seules celles qui le confirment seront retenues. Par exemple, un individu convaincu que les personnes âgées sont toutes fatiguées et inactives qui rencontre un senior actif pratiquant un sport sera en contradiction avec sa croyance. Plutôt que de changer d'avis, cette personne percevra le senior sportif comme une exception et ne la considérera pas comme représentative de l'ensemble des personnes âgées tout en maintenant son idée de base.

Outre les mythes et stéréotypes concernant le vieillissement et la personne âgée, il existe aussi des attitudes négatives envers cette tranche d'âge. Elles concernent une minorité de la population car la majorité garde une attitude neutre ou positive à l'égard du vieillissement et de la personne âgée⁴⁰. Mais il faut savoir que les professionnels ou para-professionnels du domaine de la santé et du social ne sont toutefois pas épargnés par les attitudes négatives. Elles seraient dues à un déficit de connaissance et de formation concernant la personne âgée et le processus du vieillissement. Heureusement, il semble que les professionnels travaillant auprès des personnes âgées en ont une image plus positive que ceux qui ne côtoient pas cette population. En revanche, il peut être possible que les professionnels travaillant avec des personnes âgées en EMS considèrent leurs caractéristiques spécifiques comme étant représentatives de l'ensemble de la population âgée.

Les attitudes négatives ne sont pas sans conséquences et peuvent nuire aux personnes âgées en influençant leur estime et leur concept d'elles-mêmes⁴¹. Certains seniors qui ont conscience que les personnes jeunes sont plus valorisées feraient tout

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

pour paraître plus jeune et ne pas vieillir. D'autres peuvent adopter des attitudes de résignation en intériorisant ces croyances de dévalorisation. Ainsi une personne âgée avec des problèmes de santé peut croire que son état ne s'améliorera pas en raison de son âge. Elle peut donc renoncer à faire appel à des soins médicaux pensant que son état est normal et inévitable. Il arrive malheureusement aussi que l'entourage de la personne âgée ou les professionnels de la santé soient imprégnés de ces stéréotypes et influencés par ceux-ci. Ils peuvent ainsi renoncer eux aussi à chercher une amélioration de la situation.

Butler⁴² a donné un nom à ces comportements discriminatoires envers la personne âgée et à leurs conséquences, se basant sur le modèle du racisme ou du sexisme : l'« âgisme ». Ce terme regroupe toutes attitudes préjudiciables adoptées envers une personne en raison de son âge. L'auteur intègre dans cette expression les interdictions à une personne de boire de l'alcool, de conduire un véhicule ou de voter parce qu'elle est trop jeune ou l'obligation de prendre sa retraite en raison de son âge. Toute personne dans l'une de ces situations est victime d'âgisme. Ce terme concerne également tout programme basé sur l'âge plutôt que sur les besoins. Aussi, le fait qu'une personne bénéficie de tarifs préférentiels en raison de son âge est discriminatoire envers le reste de la population qui n'y a pas droit et cela est considéré comme de l'âgisme. Les individus imprégnés de cette vision de la vieillesse peuvent par exemple affirmer que les personnes âgées sont un fardeau pour la société, qu'elles profitent de services pour lesquels elles ne payent pas, qu'elles ne sont plus productives, qu'elles sont inutiles et n'attendent que la mort.

5.2.2 LE VIEILLISSEMENT BIOLOGIQUE

Le vieillissement biologique commence dès la naissance mais devient surtout visible avec l'âge mûr. Les rides apparaissent, les cheveux se décolorent et le squelette se tasse. Tous les sens et tous les organes sont touchés par le vieillissement en subissant des diminutions physiques et physiologiques⁴³. Dans l'ensemble, tout diminue avec l'âge. Ce processus est inévitable mais n'est pas fatal ni dramatique

⁴² BUTLER R. « Ageism : Another form of bigotry ». *The Gerontologist*, n°9. 1969. Pages 243-246

⁴³ MARIEB E. « Anatomie et physiologie humaines ». Ed. De Boeck Université. 1999. 1194 pages

dans l'ensemble. Il peut être corrigé par des traitements, des ajustements et peut nécessiter des soins médicaux mais peut aisément être amélioré ou soutenu avec les moyens disponibles de nos jours. Je développerai brièvement dans cette partie le vieillissement des sens et des organes afin d'avoir connaissance des principaux changements chez la personne âgée. Le vieillissement des organes génitaux sera abordé dans la partie suivante et fera l'objet de liens avec la sexualité de la personne âgée.

Les cinq sens ne sont pas touchés par le vieillissement de manière égale. Les plus touchés sont la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat. Le toucher semble ne pas subir de modifications. La vue et l'ouïe sont les deux sens qui sont les plus susceptibles de poser des problèmes lorsqu'ils sont gravement atteints par le vieillissement et qui peuvent être touchés par des pathologies invalidantes pour la personne âgée. L'œil subit avec l'âge des diminutions au niveau de sa structure et de sa fonction. Au cours des années, l'acuité visuelle diminue, le cristallin s'opacifie et se décolore, le réflexe pupillaire devient moins efficace et la capacité de la pupille à se dilater diminue. Les troubles importants pouvant toucher l'œil sont la cataracte, le glaucome ou la cécité. Quand à l'ouïe, on constate une diminution de l'audition et le trouble courant au niveau de ce sens chez la personne âgée est la presbycusie. Le goût et l'odorat, eux, subissent déjà des diminutions dès l'âge de quarante ans et plus de cinquante pourcent des personnes de plus de 65 ans rencontrent beaucoup de difficultés à détecter les saveurs et les odeurs.

Les différents systèmes de l'organisme sont touchés de manière égale par le vieillissement. Les cellules vieillissent et la division cellulaire a tendance à diminuer avec l'âge. Les tissus osseux et musculaires s'atrophient, l'efficacité de réparation des tissus diminue en raison de la diminution de collagène, les épithéliums s'amincissent et se fragilisent. La peau s'amincit en raison d'une diminution du renouvellement des cellules de l'épiderme. Elle devient moins élastique car les fibres de collagène diminuent et les rides apparaissent. Les poils se raréfient, les cheveux deviennent gris ou tombent pour laisser place à la calvitie.

A partir de l'âge de quarante ans, la masse osseuse commence à diminuer et ce processus se poursuit avec le temps. La minéralisation osseuse devient aussi moins complète. Le squelette diminue en épaisseur et en élasticité et l'eau contenue dans les disques se voit réduite. La taille diminue de plusieurs centimètres. La colonne vertébrale reprend peu à peu sa forme arquée d'origine, la cage thoracique devient

plus rigide, moins élastique et la capacité respiratoire diminue. On constate aussi une perte de la matrice osseuse et les os deviennent plus poreux et plus fragiles, ce qui explique l'augmentation du risque de fracture. Les articulations se développent parallèlement aux os et fonctionnent bien jusqu'à la fin de la cinquantaine. Mais l'usure des articulations est inéluctable : les ligaments et les tendons se raccourcissent et s'affaiblissent. L'arthrose touche la plupart des personnes âgées. Au niveau musculaire, les fibres diminuent et le tissu conjonctif augmente ; les muscles deviennent plus fibreux et tendineux. La force musculaire diminue en même temps que la masse corporelle ce qui favorise le risque de chute.

Au niveau du système nerveux central, on constate qu'après l'âge de soixante ans une faible quantité de neurones se détériore et meurt. L'atrophie du cerveau survient normalement et s'accélère avec l'âge. La masse et le volume de l'encéphale diminuent ce qui entraîne une altération de l'habileté spatiale, de la vitesse de perception, du temps de réaction, de la mémoire et de l'aptitude à prendre des décisions. A partir de 80 ans, le cerveau devient de plus en plus fragile et certaines facultés subissent une altération rapide.

Au niveau du système nerveux périphérique, les récepteurs sensoriels s'atrophient et les réflexes deviennent plus lents. Le tonus musculaire du cou et du visage s'affaiblit. Les signes du vieillissement du système nerveux autonome sont la réduction de la motilité gastro-intestinale qui entraîne la constipation, l'hypotension orthostatique, la réduction de sécrétion lacrymale qui entraîne la sécheresse des yeux puis les infections oculaires. Les glandes endocrines fonctionnent jusqu'à la fin de la vie et le vieillissement du système hormonal est variable. La fréquence de la sécrétion hormonale peut être modifiée ainsi que la sensibilité des récepteurs cibles. Par exemple, la sensibilité des reins à la stimulation par l'aldostérone diminue et ils produisent moins de rénine. Les ovaires deviennent moins sensibles aux gonadotrophines et leur taille ainsi que leur masse diminuent. La tolérance au glucose se détériore et la glycémie augmente. Puis la fin de production d'hormones par les ovaires met un terme à la reproduction chez la femme. Au niveau cardiaque, on constate une diminution de la réserve sanguine, la fibrose du myocarde et la sclérose des valves. Les vaisseaux sanguins se sclérosent eux aussi et peuvent engendrer des infarctus du myocarde. Les valves dans les veines diminuent et peuvent causer des varices. Enfin, le système immunitaire de la personne âgée s'affaiblit et elle celle-ci devient plus vulnérable aux infections.

Les changements sont donc multiples chez la personne âgée et tous les systèmes sont touchés. La liste est longue et peut paraître impressionnante et on peut se demander comment un individu peut supporter toutes ces modifications. Notons ainsi que ce processus du vieillissement se fait progressivement et naturellement et qu'il peut évoluer sans causer de difficultés. Si ce n'est pas le cas, il peut causer des troubles ou des pathologies invalidantes.

5.2.3 LE VIEILLISSEMENT DES ORGANES GÉNITAUX

Il s'agit dans cette section d'aborder la dimension biologique de la sexualité de la personne âgée. Il est essentiel de la prendre en compte car elle permet de comprendre la relation entre le vieillissement et la sexualité. Il est ainsi expliqué dans cette partie quels sont les changements au niveau des organes génitaux chez la femme et chez l'homme. Nous verrons que ces changements influencent naturellement la réaction sexuelle des deux sexes. Notons que les difficultés ou problèmes sexuels qui en résultent peuvent être vécus dans le jeune âge ou l'âge adulte également, mais ceux abordés ici sont naturels, non pathologiques et liés au vieillissement, ils touchent indifféremment toute personne âgée et sont inévitables. Toutefois, il faut savoir qu'il est possible de les améliorer par des traitements médicamenteux, même s'ils ne sont pas pathologiques.

5.2.3.1 CHANGEMENTS CHEZ LA FEMME

Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes perdent leur capacité d'enfanter lorsqu'elles atteignent la cinquantaine. C'est notamment la ménopause, qui survient généralement entre 49 et 52 ans, qui marque l'arrêt des menstruations et ainsi la fin de la période de procréation. Cette phase s'étend sur une durée d'environ 10 ans durant laquelle la capacité de reproduction diminue progressivement. Le cycle menstruel se trouve diminué dans sa durée et est marqué par des irrégularités menstruelles. Les changements physiologiques qui caractérisent le passage de la phase féconde à la phase non féconde sont appelés « climatère ».

Lors de la ménopause, la femme subit des modifications au niveau hormonal. Les taux d'oestrogènes et de progestérone baissent et ceux de l'hormone folliculostimulante (FSH) et lutéinisante (LH) augmentent. Toutes ces hormones sont celles impliquées

dans le contrôle et la régulation du cycle menstruel. C'est la diminution d'œstrogène qui a pour cause le déclin progressif puis l'arrêt complet du cycle menstruel et ainsi de la capacité reproductive. La femme d'âge mûr subit également des modifications au niveau de son apparence physique : perte d'élasticité de la peau, diminution de la fermeté des seins et aplatissement de ceux-ci, amincissement des petites et des grandes lèvres de la vulve, amincissement des parois du vagin, sécheresse vaginale. Le vagin devient également plus étroit et plus court.

Ces altérations au niveau de l'organe génital ont aussi des répercussions sur la réaction sexuelle qui se trouve modifiée selon les phases. Selon les observations de Masters et Johnson⁴⁴, l'intensité de la réaction sexuelle est dans l'ensemble diminuée chez la femme âgée et la quantité de lubrifiant est réduite lors de la phase d'excitation. La lubrification vaginale est aussi plus lente, étant d'une à trois minutes chez la femme âgée et de 10 à 30 secondes chez la femme jeune. L'expansion du canal vaginal est également réduite et plus lente chez la femme âgée. Par contre l'allongement de celui-ci continue durant la phase de plateau, alors que chez la femme jeune ce n'est pas le cas. Lors de la phase orgasmique, les contractions sont plus courtes et moins nombreuses chez la femme âgée. Enfin, lors de phase de résolution de la réaction sexuelle, les chercheurs ont observé un retour à la norme du volume et de la coloration du vagin plus rapide chez la femme âgée que chez la femme jeune.

Durant la ménopause, la femme subit aussi des manifestations désagréables. Celles-ci varient dans leur intensité d'une femme à une autre. Parmi ces effets néfastes, on retrouve des sensations d'irritation ou de douleur durant le rapport sexuel. Cela est dû à l'amincissement de la paroi vaginale ainsi qu'à la sécheresse du vagin. L'utilisation d'un lubrifiant peut améliorer ce problème et rendre à nouveau le coït agréable.

La plupart des femmes ménopausées sont touchées par les bouffées de chaleur. Elles sont caractérisées par une sensation de chaleur dans la partie supérieure du corps qui peuvent s'accompagner de rougeurs au niveau de la peau, de sudation et de vertiges. Les sudations nocturnes sont également une manifestation fréquente de la ménopause et sont indépendantes des bouffées de chaleur. Ces dernières peuvent être traitées par hormonothérapie en administrant des oestrogènes et de la progestérone mais il

⁴⁴ MASTERS W.H., JOHNSON V.E. « Les réactions sexuelles ». Ed. Robert Laffont. Paris. 1976. 382 pages

existe une polémique à ce sujet chez les cliniciens et les chercheurs concernant la thérapie supplétive à long terme.

5.2.3.2 CHANGEMENTS CHEZ L'HOMME

L'homme âgé est lui aussi touché par des modifications d'ordre physiologique en ce qui concerne les organes génitaux et la sexualité. Il n'existe cependant pas chez lui d'équivalent à la ménopause, mais on parle aussi chez l'homme de climatère. Celui-ci est associé à la réduction de la quantité de spermatozoïdes qu'il subit avec l'âge, changement qui est observé entre la quarantaine et la cinquantaine. A la grande différence de la femme, l'homme ne subit pas d'arrêt total de la capacité de reproduction, mais seulement une diminution de celle-ci. Il est donc possible pour un homme âgé, même très âgé, de concevoir un enfant avec une femme plus jeune.

Des modifications hormonales ont lieu chez l'homme âgé, comme chez la femme. Le taux de testostérone se voit baisser en raison d'une diminution fonctionnelle des cellules des testicules qui la produisent. L'hormone lutéinisante augmente quant à elle, notamment en réponse à la baisse de testostérone. A savoir que la testostérone, mis à part ses fonctions de développement et de maintien des caractéristiques sexuelles masculines, est aussi l'hormone déterminante du désir sexuel. Cependant, malgré une baisse de cette hormone chez l'homme d'âge mûr, l'activité sexuelle de ce dernier n'en est que faiblement modifiée.

Sur le plan physiologique, quelques changements surviennent chez l'homme vieillissant et ceux-ci peuvent influencer son activité ou ses performances sexuelles. Au niveau du pénis, on peut observer une croissance du tissu conjonctif du corps spongieux ainsi qu'une plus grande rigidité des artères et des veines des corps spongieux et caverneux du pénis. Comme les corps spongieux et caverneux permettent l'érection du pénis en se gorgeant de sang, les changements survenant avec l'âge peuvent causer des problèmes érectiles. Dans la prostate, des changements structuraux amènent à une diminution du volume et de la pression d'expulsion du sperme lors de l'éjaculation.

Au niveau de la réaction sexuelle, les chercheurs ont constaté plusieurs changements chez l'homme vieillissant. Comme chez la femme, on observe une baisse de l'intensité de la réaction sexuelle. Cette diminution s'observe chez l'homme au niveau de

l'appareil génital externe, particulièrement au niveau du pénis. L'homme jeune peut obtenir une érection complète en trois à cinq secondes alors que chez l'homme âgé cette même réaction peut demander deux à trois fois plus de temps et peut même s'étendre jusque durant la phase de plateau. La sensation d'impuissance à contrôler l'éjaculation que l'homme ressent juste avant qu'elle se produise peut être raccourcie chez le sujet vieillissant, voire même être absente ou, au contraire, elle peut être prolongée sans que l'éjaculation ne se produise. La puissance de l'éjaculation est réduite elle aussi avec l'âge et l'expulsion du sperme ne se fait plus qu'à une distance de 15 à 30 centimètres chez l'homme âgé contre 30 à 60 centimètres chez l'homme jeune. Durant la phase d'excitation, l'augmentation de la tension ainsi que l'épaississement du tégument scrotal et l'élévation des testicules sont diminués. Durant la phase de plateau, l'augmentation de la taille des testicules est réduite elle aussi. Le retour du tégument scrotal à son état normal à la phase de résolution est plus lent chez l'homme âgé. Cependant, la détumescence du pénis est si rapide que l'on n'observe plus les deux différentes étapes distinguées chez l'homme plus jeune. La descente testiculaire et l'involution de l'augmentation transitoire de la taille des testicules sont plus rapides également. Puis la période réfractaire durant laquelle l'homme ne réagit plus à la réaction sexuelle est, elle, prolongée chez l'homme d'âge mûr.

5.2.4 SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

Les sciences médicales et la psychologie ont longtemps manqué de données sur la sexualité des personnes âgées. C'est par tabous et ignorance que les scientifiques ne s'y intéressaient pas. C'est dans les années 60 que Masters et Johnson⁴⁵ ont commencé à étudier les spécificités de la réponse sexuelle chez les seniors. Aujourd'hui de nombreux chercheurs s'intéressent à la question et les études à ce sujet se font nombreuses⁴⁶. On s'intéresse depuis plusieurs années déjà aux différentes facettes du problème, notamment aux dimensions psychosociales et comportementales et à la vie sexuelle de la personne âgée dans ses différents contextes, comme par exemple celui d'une institution. Mais notons que les tabous ne sont toujours pas tombés, malgré la richesse actuelle des connaissances sur le sujet.

⁴⁵ MASTERS W.H., JOHNSON V.E. « Human sexual response ». Ed. MA : Little, Brown. Boston. 1966

⁴⁶ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. Numéro 17. 2008. Pages 190-198

Depuis le début des recherches, il est aujourd'hui bien établi qu'une activité sexuelle est conservée chez plusieurs personnes âgées, même au-delà de 80 ans⁴⁷. Malgré une diminution générale de l'activité sexuelle avec l'âge, bon nombre de seniors s'intéressent encore à la sexualité et cela même si des difficultés liées au vieillissement biologique, aux pathologies, à la solitude et aux tabous sont rencontrées. En effet, l'état de santé a une grande influence sur l'activité sexuelle et il peut même amener à l'abandon de la sexualité. De même, les dysfonctions sexuelles augmentent avec l'âge et peuvent engendrer des difficultés notoires quant à l'activité sexuelle et décourager la personne âgée⁴⁸.

La sexualité a un rôle très important au cours de la vieillesse : elle est source d'expression d'une relation personnelle⁴⁹. Ainsi, la fonction reproductrice de la sexualité, celle qui permet d'engendrer des enfants, n'a généralement plus de rôle pour les seniors. La fonction non reproductrice, quant à elle, reste présente chez la personne âgée et peut avoir toute son importance. Cependant, malgré cette deuxième fonction conservée, la sexualité des personnes vieillissantes est entourée de beaucoup de tabous et cela ne la favorise pas⁵⁰.

Le vieillissement du corps semble avoir beaucoup d'impact sur la sexualité de la personne âgée. Les changements physiologiques, hormonaux et génitaux qui surviennent au cours de la vieillesse peuvent entraîner des difficultés sexuelles. Selon Alexandre Manoukian⁵¹, l'importance de ces changements étant souvent exagérée, les difficultés rencontrées par la personne âgée seraient plutôt d'ordre psychologique que physiologique. Au cours du vieillissement, les obstacles à la sexualité pouvant émerger -surtout dans les couples- sont l'installation d'une monotonie, le vécu d'échecs et la peur de les voir se répéter ainsi que l'absence d'informations exactes sur la sexualité, sur le vieillissement ou sur les conséquences d'éventuelles pathologies. Toutes ces expériences négatives peuvent avoir un impact sur le vécu de la sexualité du sujet âgé.

⁴⁷ LINDAU S.T., SCHUMM L.P., LAUMANN E.O., LEVINSON W., O'MUIRCHEARTAIGH C.A., WAITE L.J. « A study of sexuality and health among older adults in the United States ». In : *Site de PubMed*. New England Journal of Medicine, volume 357, numéro 8, août 2007, pages 762-774

⁴⁸ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Introgénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. Pages 405-414. P.406

⁴⁹ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gérontologique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

⁵⁰ WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». *Gériatrie Pratique*. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

⁵¹ MANOUKIAN A. « Les soignants et les personnes âgées ». Ed. Lamarre. Rueil-Malmaison. Collection Pratiquer. 2004. 165 pages.

Il semble alors qu'une relation harmonieuse entre la sexualité, l'affectivité, les émotions, les sentiments et les fantasmes serait la clé de l'accomplissement d'une sexualité satisfaisante.

A. Dupras, sexologue, parle de qualité de vie sexuelle qu'il définit comme « la perception d'une personne de vivre un état de bien-être sexuel qui s'exprime par l'adoption d'un style de vie individuel et relationnel qui permet de satisfaire ses besoins sur les plans physique, mental et social d'une manière épanouissante »⁵². Afin d'atteindre une satisfaction des besoins sexuels, des dispositions psychologiques sont nécessaires. L'ouverture d'esprit et une vision positive de la sexualité semblent contribuer à la qualité de la vie sexuelle. A contrario, des attentes d'efficacité par rapport à la performance sexuelle et au désir sexuel individuel semblent influencer négativement l'expression de la sexualité.

Pour la personne âgée, la qualité de la vie sexuelle est également très liée à l'état de santé physique. Ce dernier influence grandement le désir, l'activité et la satisfaction sexuels. Il semble que les dysfonctions des organes génitaux tels que les problèmes érectiles chez l'homme ou la sécheresse vaginale chez la femme peuvent très souvent être résolues par différents traitements, médicamenteux ou non. Cependant les maladies chroniques telles que les pathologies cardiaques, le diabète, l'arthrite, etc. peuvent avoir un impact négatif à long terme sur la sexualité du sujet âgé. De plus, les médicaments utilisés pour traiter ces maladies peuvent avoir des effets iatrogéniques sur le fonctionnement sexuel. La chirurgie a, elle aussi, des effets nocifs sur la sexualité de la personne âgée. La prostatectomie chez l'homme et l'hystérectomie chez la femme ont par exemple des impacts sur la réponse sexuelle.

Les aspects biomédicaux sont très souvent traités dans la littérature concernant la sexualité des seniors. Dupras et Soucis⁵³ insistent sur l'importance de traiter aussi les composantes psychologiques et sociales de celle-ci sans pour autant laisser de côté cet aspect physiologique essentiel lui aussi. Les travaux sur la sexualité des personnes âgées devraient dans l'idéal être traités selon la vision holistique. Ainsi, outre l'aspect physiologique, les domaines de la sexualité humaine abordés dans la psychologie gériatrique sont les changements dans l'activité et le désir sexuels, les attitudes concernant la sexualité des personnes âgées et la relation entre l'orientation sexuelle

⁵² DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. N° 17. 2008. Pages 190-198.

⁵³ Ibid.

et l'adaptation à la vieillesse⁵⁴. Les deux premiers thèmes retiendront toute mon attention dans ce chapitre. Je vais donc développer ici l'activité et le désir sexuels des personnes âgées ainsi que les attitudes concernant la sexualité du sujet vieillissant.

5.2.4.1 DÉSIR, ACTIVITÉ ET SATISFACTION SEXUELS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Inévitablement, le désir, l'activité et la satisfaction sexuels sont interreliés. En effet, le désir sexuel a une forte influence sur l'activité sexuelle et la satisfaction sexuelle dépend de l'activité et du désir. Les chercheurs savent aujourd'hui que ces notions sont modifiées avec l'âge, au même titre que sont modifiés le physique et la physiologie⁵⁵.

Le désir sexuel subit des diminutions au cours du vieillissement mais celles-ci restent modérées. Les personnes du 3^{ème} âge rendent compte d'une légère baisse du désir alors que celles du 4^{ème} âge semblent subir une baisse plus forte. On observe une baisse très régulière entre 40 et 80 ans allant réellement en crescendo. Cependant, toutes les personnes âgées ne sont pas touchées unanimement car le désir sexuel reste présent chez un bon nombre d'entre elles. A noter que les femmes âgées sont d'avantage touchées par une diminution du désir sexuel que les hommes.

De même que le désir, l'activité sexuelle subit une diminution avec l'âge et les personnes très âgées sont plus touchées que les personnes se situant au début de la vieillesse. L'activité concernée ici est le coït. Naturellement, les personnes mariées ont une activité plus importante que les personnes célibataires ou veuves qui n'ont pas de partenaire régulier. Mais dans l'ensemble, les personnes âgées conservent des activités sexuelles et plusieurs d'entre elles les pratiquent à fréquence hebdomadaire. De plus, les personnes âgées encore actives sexuellement ne sont pour la plupart pas touchées par une baisse des relations avec le temps. Elles conservent un rythme régulier même en prenant de l'âge. Dans le même sens, on sait par exemple que l'activité sexuelle d'une personne âgée est très dépendante de l'activité qu'elle avait dans l'âge adulte. Une personne qui était active sexuellement à l'âge adulte le restera généralement dans sa vieillesse et au contraire une personne qui n'avait pas ou peu

⁵⁴ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gérontologique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

⁵⁵ Ibid.

d'activité sexuelle sera habituellement autant peu active dans son troisième âge⁵⁶. Ce facteur est le plus important déterminant l'activité sexuelle dans la vieillesse. Les autres facteurs déterminants sont l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'état de santé et l'intensité du désir sexuel. Nous l'avons vu, les personnes très âgées sont plus touchées par une diminution du désir et ainsi de l'activité sexuelle. Les femmes sont plus touchées par les hommes par une baisse de l'activité. Cela s'explique surtout par le fait que les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes et qu'elles manquent ainsi d'occasions de trouver un partenaire. Aussi les femmes associent plus facilement le fait d'être marié à une activité sexuelle que les hommes.

L'état de santé a lui aussi une grande influence sur l'activité sexuelle. Certaines pathologies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou des dérèglements hormonaux ainsi que certains médicaments peuvent influencer le fonctionnement sexuel de l'homme âgé et provoquer des dysfonctions érectiles, des difficultés à atteindre l'orgasme ou une baisse du désir sexuel. Des facteurs émotionnels tels que l'anxiété ou la dépression peuvent également avoir des effets néfastes sur l'activité sexuelle. Chez la femme, les dérèglements hormonaux ou les médicaments peuvent aussi influencer l'activité sexuelle. Elle peut éprouver des difficultés à atteindre l'orgasme ou à devenir excitée ainsi que de l'absence de désir. Toutefois, la femme subit moins de dysfonctionnements que l'homme.

Pour aborder l'activité sexuelle de manière complète, il convient de mentionner la masturbation. Elle reste une activité importante au cours de la vieillesse et, comme le coït, elle est généralement plus fréquente chez les personnes qui le pratiquaient déjà dans l'âge adulte. Aussi, les hommes pratiquent d'avantage la masturbation que les femmes. Les personnes âgées veuves, divorcées ou célibataires la pratiquent plus que les personnes mariées et cette activité consiste probablement en une solution de remplacement à des rapports sexuels vécus avec un(e) partenaire dans le passé. La fréquence de la masturbation ne subit qu'une très légère baisse chez les hommes entre le 3^{ème} et le 4^{ème} âge. Chez la femme, la baisse est un peu plus importante mais reste encore faible. Il n'est donc pas rare que les personnes âgées pratiquent la masturbation.

La satisfaction sexuelle, elle, semble au contraire ne pas subir de diminution avec l'âge. Elle reste relativement stable et peut même augmenter. La majorité des

⁵⁶ WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». *Gériatrie Pratique*. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

personnes âgées, hommes et femmes, rapportent que leur vie sexuelle est autant satisfaisante voire plus que lorsqu'elles étaient dans l'âge adulte. Une minorité de personnes considère que leur vie sexuelle est pire dans leur vieillesse que dans leur jeunesse. On note également que la qualité de la relation et de la communication dans le couple est un indicateur de satisfaction sexuelle.

Dans l'ensemble, on peut constater que malgré une diminution du désir sexuel avec l'âge, bon nombre de seniors sont encore sexuellement actifs et que la satisfaction peut même s'améliorer. Le maintien ou l'augmentation du plaisir sexuel amènent à penser que la performance sexuelle n'a pas toute son influence sur la qualité des relations. Les personnes âgées subissent donc des modifications physiques et physiologiques qui peuvent entraver à un épanouissement sexuel, mais elles semblent aussi pouvoir passer au-delà de ces problèmes. On peut même voir un aspect positif dans certains de ces changements liés à l'âge. Le besoin retardé d'éjaculer chez l'homme peut permettre d'allonger la durée de l'acte sexuel et de prolonger ainsi son plaisir et celui de sa partenaire. La ménopause peut aider la femme à avoir une vie sexuelle plus active sans avoir peur de tomber enceinte. Ces changements chez les deux sexes peuvent ainsi être vu différemment et sont indépendants de la satisfaction sexuelle en regard du plaisir qu'ils apportent. Hazif-Thomas et al.⁵⁷ décrivent la possibilité d'une désynchronisation du plaisir dans le couple, l'homme étant plus affecté dans son orgasme que la femme. Cependant une réharmonisation est réalisable par la compréhension de ce mécanisme et par l'amour mutuel.

Il est important de noter que les résultats de recherches dans ces domaines de la sexualité peuvent contenir des biais. En effet les variables sont obtenues pour la plupart en interrogeant les sujet eux-mêmes et il peut ainsi exister un écart entre ce que mentionne le sujet et la réalité objective⁵⁸. Les répondants peuvent par exemple exagérer ou minimiser la fréquence de leur pratique du coït dans l'idée de vouloir correspondre à des normes sociales plus acceptables selon leurs croyances et leurs valeurs. Ces facteurs doivent donc être pris en compte dans l'interprétation des résultats de recherche.

Il convient également de noter que l'homme et la femme ne sont pas égaux concernant la plupart des caractéristiques abordées dans cette partie. La prise en charge des deux

⁵⁷ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P.
« Introgénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la
BDSP. La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. Pages 405-414. P.409

⁵⁸ Ibid Vezina et al.

sexes doit donc être faite de manière spécifique et appropriée afin de répondre aux besoins de chacun. Dans cette démarche, la connaissance de l'histoire psycho-sexuelle du client est fondamentale.

5.3 L'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL (EMS)

La vie en EMS concerne une minorité de personnes âgées, mais reste tout de même une réalité pour un bon nombre d'entre elles. Il semble difficile de dissocier EMS et perte d'autonomie. Les problèmes de santé sont souvent inévitables avec l'âge et peuvent rendre la vie autonome difficile. Les pathologies invalidantes, les accidents ou les risques d'accident comme le danger des chutes, l'incapacité de subvenir à ses besoins ou la solitude peuvent nécessiter un placement. La personne âgée n'étant plus en sécurité à domicile, le choix d'un placement en institution s'impose afin de la protéger.

5.3.1 FONCTIONNEMENT ET RÔLE DE L'EMS

L'Etablissement Médico-Social est un lieu de vie qui a pour but d'accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie pour lesquelles la vie à domicile est devenue difficile ou impossible. Même si un(e) conjoint(e), la famille ou les travailleurs de Centres Médicaux Sociaux (CMS) sont souvent présents pour aider et soutenir la personne âgée à domicile, il peut arriver un moment où la situation devient ingérable ou à risque et un placement en institution devient nécessaire. L'Etablissement Médico-Social est, comme son nom l'indique, un établissement médicalisé qui offre également une vie sociale. Les soins y sont assurés par une équipe soignante composée d'aides et d'infirmières. Une animation y est offerte par des animateurs socioculturels.

5.3.2 LA PERSONNE ÂGÉE ET L'EMS

5.3.2.1 L'INTÉGRATION À UN NOUVEAU LIEU DE VIE

Au moment d'un placement, il est important pour le personnel soignant de connaître les circonstances dans lesquelles la personne âgée fait son entrée dans l'institution. Cela sera utile afin de comprendre les réactions et les comportements de celle-ci et de

l'aider et l'accompagner dans son nouveau lieu de vie. L'objectif premier est de laisser à la personne âgée le choix de son devenir⁵⁹, mais le choix d'un placement n'est malheureusement pas toujours entre ses mains. Ainsi un placement peut avoir été préparé ou peut s'effectuer en urgence, après une chute avec fracture importante par exemple. Il peut être demandé par la personne elle-même ou peut être imposé par la famille de celle-ci, par son médecin traitant, par un médecin à la suite d'une hospitalisation ou par les services sociaux. La personne âgée se trouve le plus souvent confrontée brusquement à un placement. Selon la manière dont cette décision est prise, la personne peut manifester de la satisfaction ou des difficultés. Il est important de noter que chacun vit l'entrée en institution de manière subjective, avec son histoire, son passé, ses limites et ses besoins. De plus, la personne âgée est généralement déjà fragilisée par ses maladies, ses handicaps, ses pertes et ses deuils.

En EMS, le résidant est au centre d'une relation triangulaire : l'institution, les soignants et sa famille⁶⁰. Ces relations peuvent être positives ou négatives selon les conditions du placement, le degré d'intégration de la personne dans son nouveau lieu de vie, son adaptation à celui-ci, sa personnalité, son histoire de vie et ses relations antérieures avec la famille. L'institution impose des règles et des horaires au résidant ; les professionnels de la santé assurent les soins et l'accompagnement au quotidien ; la famille soutient le résidant dans son nouveau lieu de vie, l'accompagne et participe aux décisions selon les relations qui existent.

On retrouve plusieurs effets bénéfiques d'un placement en institution⁶¹. L'EMS peut être perçu comme un endroit procurant la sécurité et peut redonner vie à la personne âgée. Le suivi des soins peut également apporter un sentiment de protection. Pour les personnes ayant souffert de solitude à domicile, ce nouveau lieu de vie communautaire peut leur procurer beaucoup de joie. Elles peuvent faire de nouvelles rencontres, se resocialiser, échanger, redécouvrir l'autre autant avec les pensionnaires qu'avec les professionnels de la santé. Il arrive que des amitiés naissent de ces rencontres ou que des couples se forment d'autant plus si l'établissement favorise ces rapprochements. Au niveau des soins, l'EMS offre les soins adéquats et personnalisés à chacun, la prise des traitements et peut proposer des activités qui vont permettre à la personne âgée d'être stimulée et si possible de récupérer de certaines fonctions en perte d'autonomie auparavant. Pour les personnes en fin de vie, les soins palliatifs auxquels toute son

⁵⁹ HOLSTENSSON L., RIOUFOL M.-O. « Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution. Le savoir et le « comment faire » face à un tabou ». Masson. Paris. 2000. 97 pages.

⁶⁰ Idem note 45

⁶¹ Idem note 42

importance est accordée, permettent de mourir sans souffrance avec l'accompagnement des soignants, dans la paix et la dignité. Même si au départ l'adaptation peut être difficile, à moyen ou long terme la vie en institution peut apporter beaucoup de confort. La personne âgée a la possibilité de se reposer, de retrouver un peu d'énergie et d'exister avec ses plaintes et ses besoins.

Selon les personnes, l'adaptation à la vie en EMS peut prendre du temps. Elle est plus rapide pour certains et prend plus de temps pour d'autres, selon leur histoire et leur personnalité. Tout changement demande à un individu d'augmenter ses capacités d'adaptation et d'apprentissage⁶². L'âge peut réduire ces capacités et la personne peut se trouver en difficulté face aux demandes liées au fonctionnement de l'institution. Ces difficultés d'adaptation peuvent se manifester de manière passive ou active. La personne peut être confuse ou en pleurs, s'ennuyer, se montrer soumise ou dépendante, régresser physiquement ou psychologiquement. Au contraire, elle peut souffrir d'anxiété ou d'angoisse, être révoltée, en colère, agitée, agressive, revendicatrice ou encore fuguer. Toutes ces manifestations sont à prendre en compte par le personnel soignant qui peut accompagner la personne dans sa nouvelle vie. Le rôle de l'accueil ainsi qu'une attitude de respect et d'adaptation à chaque résident sont les bases de la relation soignant - soigné.

La famille peut elle aussi vivre ces changements positivement ou rencontrer des difficultés. C'est souvent parce que la situation était devenue trop difficile que la personne âgée entre en EMS⁶³. Il n'est pas rare que les familles s'épuisent en essayant de maintenir leur parent à domicile. La dépendance peut devenir trop importante et les aidants naturels n'arrivent plus à répondre aux besoins de la personne. Parfois, le conjoint aidant devient trop âgé pour continuer à assumer sa charge ou il décède. Il arrive encore que l'aidant, un membre de la famille ou le conjoint, doive s'absenter pour des vacances ou une hospitalisation. Ainsi l'entrée en institution peut représenter un réel soulagement pour la famille.

Une fois l'épuisement passé, la famille peut aussi se retrouver en situation de crise face au placement. Ayant été longtemps l'aidant naturel de leur parent, attentive à ses besoins, le connaissant mieux que personne d'autre, elle peut vivre un sentiment d'impuissance à le prendre en charge face à l'institution⁶⁴. Les rôles se trouvant

⁶² Idem note 42

⁶³ Idem note 42

⁶⁴ Idem note 42

modifiés, la famille peut ressentir une perte de contrôle de la situation, tant au niveau psychologique que financier. Dans certains cas, la décision du placement ou la répartition inégale de la charge financière au sein de la famille peut entraîner des conflits et un éclatement de la famille. Ces différentes conséquences négatives du placement sur la famille peuvent amener celle-ci à adopter des attitudes inadaptées envers son parent en raison d'un sentiment de culpabilité et d'une angoisse liés à l'abandon. Il arrive qu'elle veuille le surprotéger ou qu'elle l'infantilise pour éviter qu'il ne souffre en refusant par exemple de lui annoncer un décès. Elle peut aussi répondre à ce malaise en s'éloignant de son parent et céder toutes les responsabilités aux soignants. Ces réactions de la famille peuvent avoir différentes conséquences pour la personne âgée. On rencontre généralement des comportements d'indifférence ou d'agressivité. La surprotection peut amener le résidant à s'isoler et rendre ainsi son intégration dans l'EMS plus difficile, autant auprès des soignants que des autres pensionnaires. L'infantilisation peut aller à l'encontre d'une stimulation en tant qu'objectif de soins et peut faire régresser la personne âgée dans son autonomie. L'éloignement psychologique ou physique est vécu par le résidant comme un désinvestissement affectif de la part de sa famille et peut engendrer chez lui un sentiment d'abandon, un repli sur soi, de la dépression ou un rejet de sa famille. Il peut se sentir exclu du groupe familial et perdre son identité, son rôle et son contrôle face à celui-ci.

5.3.3 RÔLE DU SOIGNANT TRAVAILLANT EN EMS

Le soignant travaillant auprès des personnes âgées en EMS a deux rôles principaux et fondamentaux : le suivi des soins infirmiers et l'accompagnement au quotidien des résidents durant leurs activités de la vie quotidienne et leur cheminement dans la vieillesse. Afin d'offrir une prise en charge de qualité, ce rôle doit idéalement être imprégné des normes de qualité en soins infirmiers, notamment celles concernant les soins et l'accompagnement des personnes âgées ainsi que les principes éthiques pour les soins infirmiers. D'une manière générale, les normes et les valeurs suivantes sont préconisées : « respect de la personne, participation de cette dernière aux décisions concernant ses soins, participation des proches, importance donnée à la relation, etc. »⁶⁵.

⁶⁵ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages

Dans un contexte de soins chroniques à la personne âgée tel que l'EMS, le critère de l'autonomie est très fréquemment utilisé afin d'évaluer une situation donnée. Aider le résidant à retrouver ou à conserver au maximum son autonomie est un défi quotidien dans les soins à la personne âgée. Afin de mesurer la qualité de vie globale d'une personne, le critère de l'autonomie est donc un excellent moyen de référence. « L'autonomie reste une donnée constante de la vie »⁶⁶. En effet, celle-ci peut être mesurée à tout moment chez une personne et renvoie une information claire sur la situation et le contexte. Dans les soins, une mesure quantifiable peut être faite en rapport avec la possibilité de la personne d'exercer des choix. Ainsi, on évaluera « si la personne exerce encore des choix, malgré sa dépendance et le contexte, et dans quels domaines »⁶⁷. Comme cette autonomie ne peut être quantifiée à proprement parler, elle est mesurée en terme de minimum et de maximum.

Toujours selon l'ASI, cette autonomie a été classée dans quatre domaines dans lesquels elle peut être exercée : « l'autonomie des sentiments reliée à la liberté, au pouvoir et à la volonté d'avoir ses propres sentiments face aux personnes, aux évènements et aux choses ; l'autonomie de l'esprit, dite aussi autonomie spirituelle qui renvoie à la liberté, au pouvoir et à la volonté de choisir le sens et la valeur que l'on donne aux évènements et à sa vie ; l'autonomie physique ou corporelle reliée à la liberté, au pouvoir et à la volonté de décider de son corps dans les activités de la vie quotidienne ; l'autonomie sociale reliée à la liberté, au pouvoir et à la volonté de choisir son réseau social ». Ce modèle met ainsi l'accent sur l'autonomie et non sur les déficits que peut présenter une personne âgée en situation de dépendance et se base sur la recherche d'autonomie qui est au centre de la vie d'une personne dès son plus jeune âge jusqu'à sa mort. Il est donc demandé aux soignants travaillant auprès de la personne âgée d'identifier, de reconnaître et d'aider à conserver ou à maintenir cette autonomie.

Les critères permettant de mesurer le degré d'autonomie sont de trois types : « les critères ou indicateurs de résultats répondent à la question 'Comment la personne âgée exerce-t-elle son autonomie ?' ; les critères de processus répondent à la question 'Comment l'infirmière ou le soignant peut-il contribuer, favoriser ou ne pas faire obstacle à l'exercice par la personne âgée de son autonomie ?' ; les critères de structures répondent à la question 'Comment les conditions institutionnelles mises à

⁶⁶ Ibid p.3

⁶⁷ Ibid ASI

disposition des personne âgées peuvent-elles contribuer, favoriser ou ne pas faire obstacle à l'exercice de son autonomie par la personne âgée ?' »

6. ANALYSE

La question de recherche étant maintenant posée et le cadre théorique construit, il convient de passer à l'analyse des données récoltées. Dans le cadre de cette revue de la littérature, le contenu à analyser se rapporte aux huit (8) études trouvées sur le thème de la sexualité des personnes âgées en EMS. Les résultats se trouvent en annexe de ce document (annexe A) et sont détaillés afin d'en avoir un bref aperçu. Deux sont des rapports de recherche empirique, trois sont des revues de la littérature, deux sont des articles de revues scientifiques et le dernier est le compte rendu d'un congrès. Deux sont en anglais et les autres sont francophones.

Dès lors, cette partie doit permettre de répondre à la question centrale de recherche en utilisant les huit études et articles retenus ainsi que les éléments théoriques du cadre et les autres résultats de recherche trouvés lors de la revue de la littérature. Rappelons ici la question centrale de recherche afin de resituer le contexte avec précision : « En quoi l'institution et les soignants peuvent-ils influencer l'épanouissement sexuel des personnes âgées en EMS ? ».

Pour procéder à cette analyse, j'ai répertorié les trois concepts principaux inclus dans ma question de recherche, que l'on appellera aussi « thèmes » : l'institution, les soignants et les personnes âgées. Comme ils sont interreliés, il est impossible de les analyser séparément. Ainsi, ceux-ci ont été divisés en « sous thèmes » afin d'être développés et précisés, décortiqués et analysés. Les sous thèmes font donc également les liens entre les thèmes et avec la sexualité. Pour une meilleure compréhension de cette démarche d'analyse, un tableau est présenté dans les annexes du présent document (annexe B).

Les critères de mesure de l'autonomie pour la personne âgée⁶⁸ qui ont été expliqués dans le cadre théorique sont tout à fait adaptés à cette partie du travail également et je les reprends ici car ils englobent les trois thèmes de l'analyse : la personne âgée correspond aux critères de résultats, les soignants correspondent aux critères de processus et l'institution correspond aux critères de structures. Il apparaît également que l'exercice de l'autonomie de la personne âgée dépend des trois critères suivants : la personne âgée elle-même avec son propre pouvoir, ses désirs et ses capacités intellectuelles et physiques, l'attitude relationnelle des soignants et le contexte dans

⁶⁸ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages.

lequel vit la personne âgée⁶⁹. Son autonomie sexuelle semble donc elle aussi être influencée par ces critères.

6.1 SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE EN EMS

Les professionnels et les établissements de santé constituent un des obstacles à l'expression de la sexualité du sujet âgé⁷⁰. Il s'agit dans cette partie de comprendre quelles sont les influences du lieu de vie et des soignants sur la sexualité de la personne âgée en EMS ainsi que sur son expression et son épanouissement.

Nous savons maintenant que la sexualité ne s'arrête pas après soixante ans ni après huitante⁷¹. « La construction de la sexualité est un mécanisme évolutif qui concerne tous les âges »⁷². La sexualité continue d'exister sans limite d'âge mais prend des voies différentes que dans la vie adulte. Elle s'oriente d'avantage vers l'affectivité et la tendresse et moins vers l'acte sexuel en lui-même bien que celui-ci garde sa place également pour bon nombre de personnes. La subjectivité de chacun ainsi que son passé ont aussi leurs influences sur le vécu de la sexualité. L'expression de celle-ci prend donc des chemins différents selon les individus. Ainsi les mêmes pulsions sont conservées de manière générale mais sont investies différemment. Malgré les pertes liées au vieillissement, « la pulsion de vie, l'intime et les besoins fondamentaux perdurent tant que la vie se maintient »⁷³. Dans la vie institutionnelle aussi, même si elle apporte son lot de difficultés, la personne âgée conserve ces besoins.

Dans la société actuelle qui prône le « jeunisme »⁷⁴, la personne âgée affaiblie par les années et dont l'apparence physique se dégrade est souvent mal considérée en raison

⁶⁹ Ibid. P. 6-7

⁷⁰ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Volume 2. Numéro 1. Mars 2007. Pages 69-75

⁷¹ LINDAU S.T., SCHUMM L.P., LAUMANN E.O., LEVINSON W., O'MUIRCHEARTAIGH C.A., WAITE L.J. « A study of sexuality and health among older adults in the United States ». In : *Site de PubMed*. New England Journal of Medicine, volume 357, numéro 8, août 2007, pages 762-774

⁷² RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462.

⁷³ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137.

⁷⁴ Admiration pour les valeurs liées à la jeunesse (beauté, performance, ...). Néologisme généralement péjoratif qui décrit la volonté de donner une place plus importante aux jeunes ou

du déclin que véhicule son image. De plus la mort n'ayant pas de place dans cette même société, elle est naturellement rejetée derrière les murs des établissements pour personnes âgées afin de faire oublier « aux vivants » que celle-ci n'est pas l'aboutissement de toute vie humaine⁷⁵. Il semble dans ce contexte difficile de penser à la personne âgée comme à un être sexué, un être de désir et de pulsions. Cependant « chaque individu est sexué et le reste, quel que soit son âge, quels que soient sa maladie, son handicap, le lieu où elle se trouve. Dénier cette potentialité c'est aller bien au-delà du sexuel. C'est poser la question du respect et de la place de l'intimité de la personne »⁷⁶.

Hazif-Thomas et al. relatent la difficulté du vécu de la sexualité liée aux conséquences de l'institutionnalisation de la personne âgée. Les contraintes qu'inflige la vie en collectivité peuvent représenter un gros obstacle à la sexualité et les auteurs parlent de « iatrogénie environnementale ». Ils ajoutent que tous les lieux où la vie intime est mal vue et non prévue représentent un facteur empêchant la sexualité.

6.1.1 INFLUENCES DE L'EMS SUR LA PERSONNE ÂGÉE

La tendance peut être de penser que la personne âgée n'est plus vraiment maîtresse de ce qui lui arrive et que ce sont la famille, l'institution et les soignants qui ont le contrôle sur sa vie. Il est donc important de relever que même si les capacités physiques et intellectuelles ou la capacité à communiquer sont diminuées chez la personne âgée, elle continue à prendre des décisions concernant sa vie de manière générale et cela jusque dans les détails du quotidien⁷⁷.

Malgré la conservation d'une part d'autonomie et la participation à certaines décisions, les personnes âgées en EMS sont tout de même contraintes à se plier aux règles institutionnelles et à les respecter⁷⁸. Il semble que même la répartition de l'espace soit

aux notions liées à ces derniers. Dictionnaire en ligne. Sensagent. In : <http://dictionnaire.sensagent.com/jeunisme/fr-fr/>

⁷⁵ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

⁷⁶ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Page 458

⁷⁷ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages

⁷⁸ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105.

sous le régime organisationnel de l'institution. Ainsi un résidant souhaitant manger seul n'en aura peut être pas la possibilité si la règle en vigueur est celle de manger en groupe. De même que le choix de la distance entre les lits dans une chambre double est très souvent imposé ou encore celle entre les fauteuils dans le salon. Ces exemples évoquent bien que « la distance interpersonnelle n'est pas ici le fait des occupants »⁷⁹. En sachant que l'intimité ne peut être vécue que si les distances proxémiques entre les individus sont respectées et qu'en institution celles-ci sont pré-établies, il reste peu d'autonomie et de liberté au résidant quant à la création de son propre espace intime. Goffman⁸⁰, cité par Ribes et ses collègues⁸¹, a écrit qu' « en franchissant le seuil de l'établissement, l'individu contracte l'obligation de prendre conscience de la situation, d'en accepter les orientations et de s'y conformer... il fonde de toute évidence son attitude envers l'établissement et implicitement la conception de lui-même que lui offre cet établissement ». La personne âgée en EMS doit donc se conformer au fonctionnement institutionnel et aux règles qui l'entourent et cela concerne toutes les dimensions de la personne dont sa sexualité. Roach⁸² affirme en effet que l'entrée en institution peut marquer la fin de beaucoup de libertés pour les personnes âgées, dont la liberté sexuelle.

Le regard que portent les personnes âgées sur elles-mêmes et sur les soignants ainsi que celui que portent les soignants sur eux-mêmes et sur les seniors semble avoir beaucoup d'importance quant au vécu de l'intimité en EMS. Les résidents se sentent très souvent déconsidérés ou honteux face à la dépendance dont ils sont victimes et au besoin d'être pris en charge par des personnes étrangères à leur cercle familial⁸³. L'entrée en EMS peut être vécue comme un véritable déracinement pour la personne âgée. Elle ne souhaite pas être dépendante ni terminer ses jours en institution. Dans ce contexte, il peut paraître logique que de parler de sexualité avec les soignants peut être difficile pour la personne âgée.

Dans une recherche, Goffman⁸⁴ avait interrogé des personnes âgées en institution quant à la place de la sexualité. La grande majorité des hommes et femmes avaient

⁷⁹ Ibid

⁸⁰ GOFFMAN E. « Stigmates, les usages sociaux du handicap ». Ed. de Minuit. Paris. 1975

⁸¹ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.461

⁸² ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». Journal of Advanced Nursing. 48 (4). Novembre 2004. P. 372

⁸³ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». Gérologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105.

⁸⁴ GOFFMAN E. « Stigmates, les usages sociaux du handicap ». Ed. de Minuit. Paris. 1975

répondu qu'ils considéraient normal que les seniors puissent avoir une sexualité. L'étude de Mc Auliffe et al.⁸⁵ énumère quelques besoins des personnes âgées liés à leur sexualité : le besoin de passer du temps avec le sexe opposé, le besoin de s'habiller joliment, d'être choyé et de plaire. En effet différents éléments sont essentiels pour permettre une sexualité et cela peu importe l'âge⁸⁶. Une bonne estime de soi ainsi qu'une bonne image corporelle sont des éléments nécessaires. Cependant l'EMS peut influencer le bien-être de la personne âgée selon si elle est vit bien son placement et selon la satisfaction de ses besoins par l'offre en soins.

Les personnes âgées en EMS sont fortement menacées d'être mises à nu par des soignants hyper attentifs et bienveillants. En effet les maintes auscultations, les examens, les interrogations et les surveillances qu'elles subissent au quotidien peuvent le leur faire ressentir. Cependant, comme tout être humain, elles ont besoin d'espaces intimes pour vivre de manière saine et épanouie. C'est donc aussi en institution qu'elles doivent pouvoir bénéficier de lieux secrets où le ressourcement est possible. « Il semble que la vie est nourrie de projets à vivre ensemble qui se construisent dans des jeux relationnels complexes où une part de secret existe pour chaque individu impliqué dans cette relation »⁸⁷. Quand le secret ne peut plus trouver sa place par manque d'intimité, il n'est alors plus possible de se créer cette réalité. L'empêchement du vécu de ce processus peut avoir d'importantes conséquences chez la personne âgée qui ne pouvant plus exister dans la reconnaissance de l'autre va se réfugier dans un monde propre à elle-même afin de se protéger. Il peut alors par exemple résulter des comportements de plaintes somatiques multiples, la personne âgée ayant compris qu'elle pouvait ainsi exister et être entendue. D'autres personnes peuvent se plonger en continu dans des souvenirs passés et ne revenir que brièvement à la réalité présente ou encore s'enfermer dans des « comportements autotéliques »⁸⁸ tels que la déambulation.

⁸⁵ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Volume 2. Numéro 1. Mars 2007. Pages 69-75

⁸⁶ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.461

⁸⁷ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105.

⁸⁸ Comportements qui sont centrés sur soi-même, activités qui n'ont pas d'autre but qu'elles-mêmes. Dictionnaire français en ligne. Reverso. In : <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/autot%C3%A9lique>

Selon l'étude de Dupras et Soucis⁸⁹ construite sur le modèle de la qualité de vie sexuelle, un milieu favorable à l'expression de la sexualité est nécessaire afin de satisfaire cette qualité. Ils constatent que « les préjugés et les tabous à l'égard des besoins sexuels des aînés peuvent les décourager à les satisfaire ». Ils citent la recherche de Stryckman⁹⁰ qui avait constaté que certaines personnes âgées ressentent la peur d'être jugés anormaux parce que la sexualité les intéressait encore. Ils citent également l'étude de Pénafiel⁹¹ qui avait révélé que les causes des difficultés sexuelles des sujets âgés étaient surtout reliées à des facteurs culturels tels que le sentiment de culpabilité ou le manque d'intimité. Cette peur d'être jugé anormal ainsi que la honte ressentie par ces personnes âgées sont directement liés aux représentations et aux conditionnements sociaux qui ont une place dominante dans le fonctionnement de tout individu. La société dicte des normes sociales qui permettent de juger si un comportement est normal et attendu⁹². Ne pas s'y conformer peut avoir des conséquences néfastes telles que la mise à l'écart des individus considérés comme « des marginaux, des délinquants ou des malades mentaux ». La plupart des personnes préfèrent donc se taire et se résigner à abandonner la sexualité plutôt que d'être mal vu et/ou rejeté.

Toujours selon les mêmes auteurs, il est précisé que les personnes âgées se différencient d'un sujet à un autre et qu'il n'est pas possible de les réduire à un seul ensemble de caractéristiques. Chaque individu se construit son propre « univers sexuel qui se différencie entre autres, selon le genre, l'orientation sexuelle, l'appartenance culturelle et l'habitat ». Ils ont posés quelques hypothèses à ce sujet : « les facteurs influençant la vie sexuelle des aînés sont vécus différemment selon les femmes et les hommes âgés ; les personnes âgées de diverses cultures conçoivent et expriment différemment leur intimité sexuelle ; les personnes en perte d'autonomie vivant en CHSLD⁹³ ont un vécu sexuel différent de celles qui sont autonomes ». Il serait en effet intéressant de vérifier ces hypothèses qui semblent très proches de la réalité.

⁸⁹ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. N° 17. 2008. Pages 190-198.

⁹⁰ STRYCKMAN J. « Le veuvage, le remariage et la sexualité : une étude dans la région du Québec. » In : Lévy J.J., Dupras A. *La sexualité au Québec. Perspectives contemporaines*. Ed. IRIS. Longueuil. 1981. P. 134-142.

⁹¹ PENAFIEL M. « Vieillesse et difficultés sexuelles ». *Frontières*. N°6 (2). 1993. P. 40-41.

⁹² RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462.

⁹³ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Québec), correspond à l'EMS en Suisse.

Chaque individu n'a donc pas les mêmes besoins et la subjectivité et l'histoire de vie de chacun font qu'ils sont tous différents. Ainsi les personnes âgées peuvent conserver des besoins sexuels à différents degrés, d'autres peuvent ne plus en manifester du tout ou ne faire que des demandes affectives. Le soignant devant faire preuve de sensibilité et de beaucoup de créativité doit pouvoir identifier les besoins du résident et répondre aux différentes demandes de chacun sans discrimination et dans un respect mutuel. En effet la sexualité n'est pas vitale en soi, l'individu pouvant survivre sans elle. Cependant pour une majorité d'individus elle apporte à la vie un élément d'équilibre personnel et relationnel et participe au renforcement de l'image et de l'estime de soi⁹⁴. Ainsi la sexualité n'est pas une obligation mais à l'inverse, elle ne doit pas être empêchée non plus et doit pouvoir exister librement quel que soit l'environnement dans lequel vit la personne.

6.1.2 L'INTIMITÉ EN EMS

L'espace intime inclut les dimensions physiques et psychologiques. La première fait référence à la proximité ou aux distances entre les individus. La deuxième se rapporte aux barrières que déterminent la peau et les vêtements. La peau donne son identité au sujet, fait la différence entre l'intérieur et l'extérieur de celui-ci et les vêtements constituent une seconde peau aux fonctions multiples⁹⁵. En vieillissant, les individus sont tous confrontés à leur intimité, d'abord avec eux-mêmes et ensuite avec les autres⁹⁶. Le besoin de protection de leur intimité devient plus important chez les personnes âgées que chez les adultes. En institution, l'espace intime pouvant être difficilement trouvé, cette capacité de le protéger peut être perturbée elle aussi.

La relation « soignant – soigné » est une relation particulière dans laquelle les protagonistes se retrouvent très rapprochés physiquement et psychologiquement. Les soins d'hygiène procurés par le soignant sont souvent vécus comme une intrusion dans la sphère intime du corps de la personne âgée. Ces soins répétés au quotidien

⁹⁴ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.458

⁹⁵ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

⁹⁶ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462.

peuvent être ressentis par le senior comme un viol de l'intimité⁹⁷. Roach⁹⁸ cite Scott⁹⁹ à ce sujet et ajoute que cet inconfort peut enfreindre également la liberté sexuelle du senior. Ce dernier peut en effet s'inhiber sexuellement en raison du malaise ressenti lors des soins corporels.

L'EMS et les soignants ont la difficile mission de devoir préserver l'intimité des aînés tout en devant constamment l'enfreindre comme lors des toilettes, de la réfection des lit ou du nettoyage des chambres. Le résidant peut vivre cette intrusion dans l'espace intime comme un contrôle des soignants sur les lieux¹⁰⁰. Il peut ainsi s'inquiéter de savoir quelle place lui reste dans cet espace et peut aussi se soucier de l'intrusion d'un soignant dans sa chambre à tout instant. Comment peut-il alors s'approprier des moments d'intimité et à quels moments dans la journée ? Quel contrôle va-t-il garder sur sa chambre ? La chambre servant initialement d'espace privé se retrouve alors partagée. Elle devient à la fois un lieu réservé au résidant et simultanément appartenant à l'institution : « les sphères du public et du privé se confondent »¹⁰¹.

6.1.3 CROYANCES SUR LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET INFLUENCES

Les changements sexuels qui apparaissent avec l'âge sont souvent vus de manière négative et très stéréotypée ce qui rend aussi plus difficile l'idée d'une sexualité active au cours du troisième âge. L'image de la personne âgée asexuée semble en effet très répandue aujourd'hui encore¹⁰². Il y a déjà presque vingt ans, les chercheurs avaient constaté la présence de nombreuses croyances populaires sur la personne âgée et la sexualité¹⁰³. Les résultats étaient les suivants : « les personnes âgées n'ont pas de désirs sexuels ; elles ne pourraient pas faire l'amour même si elles le voulaient ; elles sont trop fragiles physiquement et le sexe peut leur causer de la douleur ; elles ne sont

⁹⁷ Ibid note 37

⁹⁸ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 372

⁹⁹ SCOTT M. « Sexuality and aging – myths, attitudes and barriers ». In : http://socserv2.mcmaster.ca/soc/courses/soc343e/stuweb/scott/scott_4.htm, last access May 2000

¹⁰⁰ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P.459

¹⁰¹ Ibid p.460

¹⁰² VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. *Psychologie gérontologique*. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

¹⁰³ BUTLER R.N., LEWIS M.I., SUNDERLAND T. « Aging and mental health : positive psychological and biomedical approaches. Ed. Macmillan. New York. 1991

pas attirantes physiquement et, par conséquent, elles ne sont pas désirables sur le plan sexuel ; le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers ». Il existe également la croyance que la sexualité n'est plus une priorité chez le sujet âgé, car la perte du conjoint, la maladie et la mort prennent d'avantage de place dans cette période de la vie¹⁰⁴. Il semble que de nos jours ces stéréotypes n'aient que peu ou pas évolués¹⁰⁵. Cependant, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, sexualité et vieillissement ne sont pas à dissocier malgré les modifications sexuelles qui surviennent avec l'âge. La sexualité est normale chez la personne âgée et est même bénéfique pour sa santé et son bien-être¹⁰⁶. Les croyances populaires qui existent autour de cette question sont donc totalement fausses et on parlera plutôt de mythes car ces pensées ne sont pas ancrées dans la réalité¹⁰⁷.

Ces mythes ne sont malheureusement pas sans effets sur les personnes âgées. Ils peuvent notamment influencer leurs croyances et leurs attitudes jusqu'à modifier leur comportement¹⁰⁸. Le désir de se conformer à des normes sociales devient plus fort que le désir sexuel. En effet, la personne âgée peut abandonner une vie sexuelle en croyant que cette conduite n'est plus de son âge, et cela uniquement en raison de ces mythes qui prennent tant de place dans la société. D'autre part, des personnes de l'entourage de la personne âgée qui entretiennent ces mythes peuvent contribuer à les soutenir ou à les renforcer. Des parents proches ou des soignants d'EMS peuvent ainsi décourager des personnes âgées à conserver une vie sexuelle ou leur imposer des limites sur le plan sexuel. Puis, ces mythes maintenus dans la société de manière générale, peuvent également y apporter une image négative et stéréotypée du vieillissement et contribuer à une vision dévalorisante de cette phase de la vie.

Mc Auliffe et ses collègues¹⁰⁹ abordent aussi dans leur étude les mythes touchant la sexualité de la personne âgée en affirmant que la population concernée n'y est pas insensible. Ils expliquent que certains seniors peuvent par exemple abandonner des recherches de traitement en solution à des problèmes sexuels en raison d'une peur,

¹⁰⁴ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Volume 2. Numéro 1. Mars 2007. Pages 69-75

¹⁰⁵ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gériatrique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

¹⁰⁶ Ibid note 96

¹⁰⁷ Ibid note 97

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

d'une gêne ou d'une honte ou par souci d'être mal perçus par les professionnels de la santé. De plus, ces représentations semblent toucher la majorité des personnes âgées.

6.2 LES SOIGNANTS EN EMS

Il semble que les professionnels de la santé en EMS maîtrisent tout à fait le domaine des soins techniques et le savoir-faire nécessaire à une prise en charge de qualité des résidents. Cependant, lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins sexuels ou de réagir avec compétence professionnelle face à des manifestations d'ordre sexuel, les soignants sont très souvent démunis¹¹⁰. Ils ont des difficultés à aborder le sujet, étant aussi sous l'influence de leurs propres mythes et stéréotypes, et peuvent avoir peur de gêner le patient s'ils en parlent¹¹¹. Il paraît également difficile d'en parler en équipe et les professionnels restent seuls avec leurs croyances et leurs représentations face aux problèmes rencontrés. On peut ainsi se demander si les équipes soignantes sont prêtes à entendre les besoins sexuels des résidents et à y répondre et si elles ont été formées pour adopter les attitudes et les réponses adéquates¹¹². Cette partie va permettre de comprendre quels sont la nature et les enjeux des comportements des soignants envers la sexualité des résidents.

6.2.1 ATTITUDES DES SOIGNANTS FACE À LA NOTION D'INTIMITÉ

La notion d'intimité est directement associée à la pratique professionnelle dans le domaine de la santé. Les soins corporels en sont l'exemple le plus courant, mais on retrouve également la notion d'intimité dans le fait d'être seul et de se concentrer sur soi et dans l'espace privé qu'est la chambre ou le lit du patient¹¹³. Elle fait donc référence aux dimensions à la fois psychiques et corporelles mais aussi à la notion de pudeur et d'espace privé. Elle représente un élément fondamental et central de la vie qui renvoie à la dignité humaine et au respect.

¹¹⁰ RIBES G. « Intimité et sexualité en EMS : au-delà des tabous et des préjugés ». Compte-rendu de la Journée inter-EMS. 2007. Genève

¹¹¹ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

¹¹² Ibid note 104.

¹¹³ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137.

Ces justes valeurs de respect de l'intimité sont donc d'importance considérable mais ne sont pas toujours appliquées adéquatement à la réalité des milieux professionnels. Les soignants ont une tâche importante et primordiale à assumer : ils doivent veiller à respecter cette sphère intime du patient en étant le moins intrusif possible et surtout en respectant cet espace propre à la personne nécessitant des soins. L'intrusion dans la sphère intime est obligatoire dans les soins et le soignant doit s'efforcer de la rendre le plus supportable possible en faisant preuve de finesse et de délicatesse. Ainsi, le fait de frapper à la porte d'une chambre et d'attendre une réponse positive avant d'entrer doit être naturel chez le professionnel de la santé, même si la course à la montre semble être souvent un frein à ce geste très simple en soi.

En effet, la plupart des soignants interrogés par Thibaud et Hanicotte¹¹⁴ ont rapporté que l'intimité n'était « pas du tout » ou « pas toujours » respectée. Les raisons évoquées sont le nombre parfois trop important de soignants pour un soin ou une toilette, le maintien des portes ouvertes en continu, le manque de discrétion lors d'informations échangées dans les couloirs ou encore l'« objectalisation »¹¹⁵ des corps des seniors. D'autres soignants pour qui l'intimité semble être respectée relèvent la présence des chambres individuelles qui favorisent le vécu d'une sphère intime.

6.2.2 ATTITUDES DES SOIGNANTS FACE À LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Dans la relation entre le résidant en EMS et le soignant qui l'accompagne au quotidien, la personne âgée est inévitablement dépendante du soignant en raison de son autonomie limitée. Ainsi, le soignant peut avoir de l'influence sur les valeurs et les comportements du résidant. Dans ce sens, le soignant peut également avoir un impact sur sa vie sexuelle. Roach¹¹⁶ explique que les attitudes des professionnels ont une influence considérable sur les croyances et les comportements des résidants. Selon Kassel¹¹⁷ cité par Vézina et al., la personne âgée vivant en EMS est soumise aux mythes, aux jugements moraux, aux valeurs religieuses et à l'anxiété du personnel soignant. Ils citent aussi Hammond¹¹⁸ qui avait constaté l'impact négatif que pouvait

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ L'objectalisation des corps renvoie au fait de traiter un corps comme un objet. Lors de cette démarche, la sphère intime n'est pas respectée par manque de finesse et d'attention.

¹¹⁶ S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 371-379

¹¹⁷ KASSEL V. « Long-term care institutions ». *Sexuality in the later years : Roles and behavior*. Academic Press, New York. 1983. Pages 167-184

¹¹⁸ HAMMOND D.B. « My parents never had sex. Prometheus Books. Buffalo, New York. 1987

avoir la réponse déplacée d'un soignant surprenant un résidant en train de se masturber, les réactions pouvant prendre différentes formes : faire la morale, se mettre en colère, infantiliser la personne ou encore la taquiner. La personne âgée peut, suite à cette expérience négative, ressentir une forte gêne et choisir de s'inhiber sexuellement pour ne plus prendre le risque d'être exposé à une telle situation.

Ces conséquences désavantageuses pour les résidants d'EMS ont donné fruit à des réflexions sur le sujet. En effet, les professionnels de la santé sont souvent seuls et démunis face à la sexualité de la personne âgée. Ils ne savent pas comment répondre à certains comportements ou comment cibler les besoins du client dans la relation de soins. Certaines études ont montré qu'il existait chez les soignants un intérêt pour la sexualité des personnes âgées ainsi qu'une demande de formation sur le sujet. Il ressortait aussi qu'il était plus facile qu'auparavant d'aborder le sujet lors des réunions d'équipe¹¹⁹. Cependant, de nombreuses autres études (Mc Auliffe et al.¹²⁰, Roach¹²¹, Hazif-Thomas et al.¹²², Ribes et al.¹²³ et Darnaud¹²⁴, la liste n'étant de loin pas exhaustive) montrent l'autre facette du problème : la difficulté des professionnels de la santé à faire face à la sexualité des seniors et à répondre adéquatement aux besoins de ces derniers.

Certains soignants travaillant en EMS affirment n'avoir jamais parlé en équipe d'une question d'ordre sexuel, d'autres disent en parler rarement. S'ils en parlent, il ressort que le rire prend très souvent le dessus, attitude dont le but est vraisemblablement de masquer un malaise. « La gêne ou la peur que cela soit divulgué, la possibilité que cela parte sur des dérives personnelles sont des éléments spécifiques » du discours de ces soignants. Aja et Self¹²⁵ ont noté que les craintes du personnel concernant la

¹¹⁹ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137

¹²⁰ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

¹²¹ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 371-379

¹²² HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Introgénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. *La revue de gériatrie*. Volume 27. N° 6. 2002. Pages 405-414. P.406

¹²³ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.459

¹²⁴ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

¹²⁵ AJA A., SELF D. « Alternate methods of changing nursing home staff attitudes toward sexual behavior of the aged ». *Journal of Sex Education and Therapy*, n°12. 1986. Pages 37-41

sexualité des résidants proviennent principalement de la menace que peut représenter la sexualité pour leur réputation et leur intégrité professionnelle.

Les soignants semblent « se sentir très démunis et en proie de manière brutale à des émotions qu'aucun espace ne leur permet actuellement d'exprimer »¹²⁶. La sexualité chez la personne âgée semble les effrayer, provoquer de la honte et les attaquer dans leur rôle professionnel comme si elle ne devait pas exister ni dans les soins ni en dehors des établissements de soins. Elle est très taboue, semble choquer et le dialogue manque sur le sujet, empêchant d'ouvrir des discussions pouvant débloquer les représentations.

Les professionnels de la santé travaillant auprès de la personne âgée sont confrontés de manière très fréquente voire courante à des situations de recherche de contact de la part des résidants envers les soignants. Ce besoin de proximité se manifeste souvent physiquement par un rapprochement corporel ou existe aussi sous forme de langage verbal et non verbal. Il peut contenir une connotation sexuelle ou non. Les manifestations de ce besoin de contact peuvent être les suivantes : caresses, prendre la main, toucher l'épaule, embrasser, séduire, poser une main sur la taille ou les fesses, etc.¹²⁷

Les incidents d'ordre sexuel parfois déclenchés par les résidants peuvent nuire indirectement à leur propre sexualité. Ces comportements inappropriés regroupent le langage sexuel, les actes sexuels et les comportements sexuels implicites¹²⁸. Le langage sexuel peut se manifester par l'utilisation de termes vulgaires, les actes sexuels peuvent prendre la forme d'attouchements envers le personnel soignant et les comportements sexuels implicites peuvent représenter le fait de se faire voir en train de regarder une revue pornographique. Ces incidents vont déranger les soignants et peuvent les amener à devenir moins tolérants face aux résidants et à leur sexualité. Les soignants peuvent perdre le désir de favoriser l'expression des besoins sexuels au sein de l'institution et ces réactions peuvent ainsi nuire aux résidants eux-mêmes.

¹²⁶ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ SZASZ G. « Sexual incidents in an extended care unit for aged men ». *Journal of the American Geriatrics Society*, n°31. 1983. Pages 407-411

Les soignants reconnaissent cette proximité à laquelle ils sont confrontés régulièrement mais les réactions et l'interprétation qu'ils en font sont très subjectives. La moitié des soignants fait part de difficultés et de gêne en lien avec ces situations¹²⁹. La demande de rapprochement de la part de la personne âgée peut être vécue par le soignant comme une agression dans son intimité physique ou psychique. La verbalisation et l'évitement sont alors les deux principales stratégies mises en place par les soignants pour faire face à ces situations. La première se manifeste par l'expression de refus ou par l'utilisation d'un ton ferme et cadrant envers la personne âgée. Béguin et Malaquin-Pavan¹³⁰ donnent l'exemple de la soignante qui voit en la personne âgée en recherche de contact physique un « vieux cochon » à qui elle dit « bas les pattes ! ». Cette réaction montre bien l'absence de dialogue et le manque de tentative de compréhension envers la personne âgée dans un contexte sexuel. Les auteurs ajoutent que « le quotidien gériatrique montre, à travers les sourires, les moqueries des soignants, voire la pudibonderie, que la sexualité en institution n'est pas encore légitimée ».

A l'inverse, les demandes de contact physique sans connotation sexuelle peuvent être acceptées par certains soignants qui interprètent ces gestes comme un besoin d'affection et de tendresse étant rassurants pour les sujets. Certains professionnels vivent ces échanges de manière naturelle et jugent même très important de les préserver¹³¹. La manière de percevoir, de donner et de recevoir cette affectivité de la part des seniors est donc très subjective et est sans doute liée à leurs propres représentations de la sexualité et de la vieillesse.

La majorité des soignants rapporte qu'ils se retrouvent régulièrement ou même quotidiennement face à des situations en lien direct avec la sexualité¹³². Les réactions en réponse à ces situations sont variées : bienveillance, malaise, surprise, choc, effroi, dégoût, attitude moralisatrice ou répressive, demande visant à arrêter la situation, moquerie, plaisanterie, déni, évitement, etc. A savoir que la réaction la plus fréquemment évoquée est l'évitement. Une autre attitude consiste à se représenter le corps de la personne âgée comme une chose afin de la définir comme un être asexué. Le dégoût est si fort d'associer une sexualité au corps vieilli qu'il devient préférable de

¹²⁹ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137

¹³⁰ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». *Revue Soins*. N°652. Février 2001. P. 41

¹³¹ Ibid note 120

¹³² Ibid.

le voir comme un corps vieux et malade qui ne peut plus exprimer de désirs ou d'érotisme¹³³. Certains soignants rapportent un vécu traumatisant lié à la confrontation à une situation d'ordre sexuel. Puis la conception d'une perspective perverse ou exhibitionniste de la sexualité de la personne âgée ressort également dans les propos des soignants interrogés.

Si une rencontre doit avoir lieu entre résidents, les soignants incluent automatiquement l'accord de la famille du senior, attitude qui renvoie à des comportements d'infantilisation¹³⁴. Roach¹³⁵ a interrogé des soignants qui avaient l'habitude de menacer ou de punir les personnes âgées en leur disant : « si vous continuez avec de tels comportements, nous allons appeler votre famille ! ». Des barrières physiques sont parfois aussi mises en place : des changements de chambre ou d'institution sont opérés afin de mettre fin à des comportements sexuels. Les professionnels évoquent un sentiment de culpabilité à permettre à des couples de se créer, comme s'ils ne les avaient pas assez bien surveillés. Ils « s'allient » ainsi aux familles contre le résident ce qui peut tendre à augmenter l'impossibilité de ce dernier à créer des liens affectifs ou amoureux et qui soutient encore une fois le maternage de la personne âgée. Roach¹³⁶ cite Mc Cartney et al.¹³⁷ qui ont constaté que beaucoup d'institutions fonctionnaient comme un rôle parental en instaurant un contrôle sur les comportements des résidents au lieu d'encourager les choix autonomes de ces derniers. L'auteur cite encore Kaplan¹³⁸ qui explique que les institutions qui ne répondent pas aux besoins des résidents sont plutôt focalisées sur leurs propres désirs et/ou sur ceux des familles.

Les différentes réactions des soignants face à la sexualité des seniors, telles que le choc ou le déni, sont vécues comme une intrusion brutale et montrent que l'émotion prend le dessus sur la rationalisation. En d'autres termes, les représentations priment sur la réalité. Cette réaction serait liée à des processus de projection et à des préoccupations personnelles des soignants envers leur propre vieillesse ou celle de leurs parents. Lorsqu'on leur a demandé quelle pourrait être la réaction de la famille de la personne âgée si on l'informait sur des situations d'ordre sexuel, des soignants ont réagi pour la plupart de manière très forte émotionnellement. Une telle situation ne

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 375

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ MC CARTNEY J., ROGERS D., COHEN N. « Sexuality and the institutionalised elderly ». *Journal of the American Geriatrics Society*. N°35. 1987. P. 331-333

¹³⁸ KAPLAN L. « Sexual and institutional issues when one spouse resides in the community and the other lives in a nursing home ». *Sexuality and Disability*. N°14. 1996. P. 281-294

devrait même pas avoir lieu selon un soignant qui explique que le personnel « fait tout pour que cela ne puisse pas arriver »¹³⁹.

L'ambiguïté est aussi fréquemment identifiée chez les soignants. Certains approuvent par exemple la présence de besoins sexuels chez la personne âgée mais attendent que la sexualité prenne une forme plus affective ou autoérotique. D'autres soignants démontrent beaucoup de contradictions en définissant la sexualité de la personne âgée en référence à la tendresse, mais lorsqu'il leur est demandé de relater des situations rencontrées, ils évoquent la masturbation. On peut ainsi comprendre la différence entre la réalité et leurs attentes envers les seniors et que leurs représentations ou stéréotypes priment sur cette réalité. « L'expression sexuelle serait vécue de manière tellement brutale et intrusive par les soignants, qu'ils la nieraient au lieu d'opérer une quelconque modification de leurs représentations »¹⁴⁰.

A l'inverse de tous les comportements restrictifs vus précédemment, des études ont permis de constater chez les professionnels de la santé des attitudes positives et compréhensives envers la sexualité des seniors. Dupras et Soucis¹⁴¹ citent l'étude de Pénaphiel¹⁴² qui rapporte des attitudes permissives chez la grande majorité des soignants interrogés. Il semble que les études apportant de tels résultats soient rares dans la littérature.

6.2.3 REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS SUR LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

L'existence d'une sexualité chez le sujet âgé n'est pas une évidence chez tous les soignants. Des négations telles que « je ne pense pas que la sexualité de la personne âgée existe » sont ressorties dans les entretiens de Thibaud et Hanicotte¹⁴³. Hazif-Thomas et ses collègues¹⁴⁴ ont également identifié chez les professionnels de la santé

¹³⁹ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. N° 17. 2008. Pages 190-198.

¹⁴² PENAPHIEL M. « Attitudes et connaissances des intervenants(es) par rapport à la sexualité des personnes du troisième âge ». In : Plouffe L., Plamondon L. *Sexualité et vieillissement*. Ed. du Méridien. Montréal. 1989. P. 193-205.

¹⁴³ Ibid note 130

¹⁴⁴ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. *La revue de gériatrie*. Volume 27. N° 6. 2002. Pages 405-414. P.406

des représentations sur la sexualité des personnes âgées disant que la sexualité ne concernait plus le sujet âgé. La croyance était que l'insuffisance érectile et/ou l'incontinence urinaire étaient des fatalités dans la vieillesse et que, de ce fait, la sexualité n'était plus possible.

D'autres professionnels de la santé qui reconnaissent l'existence de la sexualité du senior tiennent à nouveau des discours contradictoires. Ainsi, un soignant rapportant que la sexualité a « une place importante » chez le sujet âgé et qu'elle est « le prolongement » de la vie adulte termine en riant et dévalorise le senior en ajoutant : « quand on voit le physique de ces gens-là ! »¹⁴⁵.

Toujours selon Thibaud et Hanicotte, la majorité des soignants interrogés sépare la sexualité des personnes âgées de celle des adultes et cette distinction ressort également au niveau de la forme de sexualité exprimée. Les personnes âgées exprimeraient leur sexualité d'avantage sous forme de tendresse que dans l'acte sexuel. La dimension affective prime ainsi sur la dimension génitale. La sexualité du senior est présentée comme abstraite et mentale, faisant référence aux rêves et aux fantasmes. Elle devient sublimée pour se rapporter plutôt aux lectures et aux films pornographiques ou aux paroles, aux regards, aux sourires et à l'échange.

Certains professionnels de la santé ayant quelques connaissances concernant la sexualité des personnes âgées jugent comme caractéristique principale la baisse du désir ou de la libido. Même si ces affirmations sont vraies en soi, elles ne peuvent pourtant pas être généralisées. La rationalisation permet cependant aux professionnels qui véhiculent ces idées de se construire des défenses et de se cacher derrière un savoir¹⁴⁶. Mis à part les raisons d'ordre physiologique, le veuvage est également évoqué comme facteur principal à la diminution ou à l'arrêt de la sexualité. La grande majorité des soignants associe donc la sexualité au couple. Ils n'évoquent pas la sexualité aut centrée et n'envisagent pour ainsi dire pas de nouvelles rencontres à un âge avancé. Roach¹⁴⁷ a aussi constaté lors de ses entretiens que les professionnels autorisent la sexualité chez les couples mariés. Un soignant explique que les couples «

¹⁴⁵ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 375

ne font rien de mal » et que c'est « normal » chez eux d'avoir des relations intimes. Il ne conçoit donc probablement pas la sexualité entre personnes non mariées.

Il faut expliquer ici le lien entre les croyances populaires sur la sexualité des seniors et la tolérance face aux comportements sexuels des sujets âgés. Les personnes qui entretiennent ces fausses croyances peuvent le faire sous l'influence de la religion ou par manque de connaissances. Certains comportements étant trop choquants ou inacceptables moralement, il est plus facile d'entretenir des mythes à ce sujet afin de se sentir sécurisé. Une recherche montre qui sont les acteurs les plus impliqués dans la croyance en ces mythes à l'égard de la sexualité des personnes âgées¹⁴⁸. Les chercheurs ont déterminé les groupes suivant : « les personnes les plus âgées, les femmes, les personnes qui résident dans de petites villes, les personnes les moins scolarisées et les personnes les plus religieuses ». Aussi surprenant que cela puisse paraître, les personnes âgées elles-mêmes sont le plus souvent impliquées dans les croyances populaires face à leur propre sexualité. Ce sont elles qui sont le plus susceptibles de subir les conséquences de ces mythes et qui expriment le plus d'attitudes répressives envers leur propre sexualité. Cela semble être relié au fait que cette tranche d'âge de la population ait vécu une époque où les mœurs sexuelles étaient très restrictives.

Il apparaît en effet dans l'étude de Thibaud et Hanicotte¹⁴⁹ que les soignants justifient leurs positionnements en déclarant que la génération des seniors d'aujourd'hui est très inhibée et ne peut pas connaître de sexualité épanouie en raison d'une éducation et de valeurs rigides. Cette affirmation offre ainsi une cohérence aux représentations négatives qu'ils ont de la sexualité des sujets âgés et leur permet de diminuer le malaise induit par ce sujet gênant. Ils écartent par des arguments collectivement admis un conflit qui dérange.

¹⁴⁸ DUPRAS A., LEVY J., SAMSON J.-M. « Sexualité et vieillissement. L'opinion des Québécois(es) à l'égard de la sexualité des personnes âgées ». Ed. Méridien. Montréal. 1989. P. 207-223.

¹⁴⁹ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137.

6.2.4 SUBJECTIVITÉ DU SOIGNANT

Avant d'être un professionnel de la santé, chaque soignant est un individu avec sa propre personnalité, son vécu et ses valeurs personnelles. C'est ainsi que les réactions des soignants vis-à-vis de la sexualité des seniors sont très variables d'un sujet à un autre et il semble qu'elles dépendent des représentations que chacun a de sa propre vieillesse ou de celle de ses parents ou grands-parents.

Les travaux de Thibaud et Hanicotte¹⁵⁰ ont révélé que certains soignants essayaient à travers leur accompagnement de la personne âgée de restaurer un lien qu'ils avaient eux-mêmes perdu dans leur propre histoire familiale. Ils tentaient ainsi, par exemple, de rétablir des liens brisés ou des conflits vécus par lesquels ils avaient été très touchés ou qui n'étaient pas encore réglés avec leurs propres parents ou grands-parents. C'est à travers le don ou le maternage envers les personnes âgées dont ils s'occupent que ces soignants comblent leurs souffrances. Certains d'entre eux comparent même directement les seniors à des enfants dans une vision maternante et ces comportements s'accompagnent ainsi de conduites d'infantilisation de la personne âgée. De plus, les sujets âgés dont s'occupent ces soignants sont souvent de la même génération que leurs propres parents et l'inversion des rôles parents – enfants régulièrement observée dans les familles des personnes âgées s'applique donc aussi aux soignants. Dans ce contexte, quelle place pour imaginer la sexualité de ces mêmes seniors ? En effet, « la question de la sexualité de l'âgé renvoie le soignant à des éprouvés de sentiments filiaux et pose la question de l'irreprésentable de la sexualité des parents »¹⁵¹. La grande différence d'âge entre les soignants et les résidents renvoie directement à l'identification aux parents ou aux grands-parents. Il est donc difficile pour les soignants d'en imaginer la sexualité. Le recours à l'infantilisation ou au maternage est très probablement un moyen de défense pour les soignants contre la sexualité de l'âge.

C'est ainsi que l'image de la personne âgée est transformée en « corps – objet » asexué et devient un « objet de soin » dont toute notion de désir est exclue. En somme, le résident est « enfermé dans un univers où le plaisir ne peut passer par son corps »¹⁵². Le plaisir se limite à être autorisé dans le cadre d'une animation ou dans un

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.460

¹⁵² Ibid p.460

moment passé en famille mais il est difficile de le placer dans le contexte de l'épanouissement sexuel. Les représentations à l'égard de la personne âgée en institution se dirigent d'avantage vers la pathologie ou le déficit. La place pour la pulsion de vie voire la pulsion sexuelle est minime voire inexistante.

6.2.4.1 L'IDENTIFICATION À LA PERSONNE ÂGÉE

Il semble souvent difficile pour une personne adulte de s'identifier à la vieillesse ou de s'imaginer être vieux un jour. Les professionnels d'EMS peuvent être très touchés par ce processus d'identification. En côtoyant la personne âgée au quotidien, ils se trouvent naturellement devant un miroir qui les renvoie à leur propre vieillesse et inévitablement à leur propre mort ou à leur corps susceptible de changer. Cela peut provoquer un sentiment de peur qui n'est pas toujours facile à gérer.

La sexualité est beaucoup reliée à la jeunesse, à un corps beau et actif. Avec l'âge, le corps subit de nombreuses modifications physiques et physiologiques. L'apparence corporelle change et la sexualité peut subir des perturbations. Les personnes adultes ont de la difficulté à imaginer les personnes âgées, avec leur corps vieilli, ridé et changé, avoir des activités sexuelles. Cette image semble déranger et perturber la beauté et la fraîcheur de la jeunesse. La société n'y est pas pour rien : elle nous renvoie continuellement à des images de jeunesse et de beauté parfaite, particulièrement dans le domaine de la publicité.

Afin de créer une différence entre ces deux groupes que représentent les soignants et les personnes âgées, ces premiers peuvent instaurer des règles ou des mécanismes de défense. L'exemple de la vaisselle expliqué par Thierry Darnaud¹⁵³ est intéressant. Dans la plupart des institutions pour personnes âgées, il existe deux vaisselles : celle utilisée par les résidents et celle dont se sert le personnel soignant lors des pauses. La première est nettoyée selon des règles d'hygiène assurant une propreté irréprochable et la seconde est souvent lavée de manière rapide sans trop d'attention. Si un soignant est surpris à utiliser la vaisselle des pensionnaires ou inversement, il sera très vite corrigé. Cependant aucun argument logique n'explique les raisons de ces comportements et il devient évident qu'il est question de fantasme : la possible contagion de la vieillesse ou de la mort effraie les soignants. En d'autres termes, ils

¹⁵³ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

essayent ainsi de se protéger contre des « identifications projectives pénibles » à affronter et malgré la profession qu'ils exercent « avec beaucoup d'humanité », les soignants restent des humains avec leurs craintes et leurs moyens de défense.

Thierry Darnaud ajoute que « cet exemple démontre à quel point tous les lieux et les objets présents dans les institutions gérontologiques sont sous le contrôle des professionnels et sont porteurs d'une importante charge fantasmatique. Ainsi, l'utilisation d'un espace ou d'un objet à d'autres fins que celles voulues par les professionnels est difficilement possible. Faire vivre un espace intime quand une partie de la population qui fréquente un lieu est sous le contrôle de la seconde et que cette dernière signifie clairement qu'elle ne partagera que peu de choses avec la première est une réelle gageure »¹⁵⁴.

La question de la mort fait donc également partie des peurs des soignants face auxquelles ils développent des mécanismes de défense. L'exemple de la vaisselle fait tout à fait référence lui aussi à la peur de la mort comme si celle-ci pouvait être contagieuse. Ces mécanismes, conscients ou non, sont néanmoins naturels et humains. Les soignants étant confrontés à cet aspect difficile de la vie, il est normal qu'ils mettent en œuvre de tels comportements dans le but de se protéger. Le danger reste cependant de s'enfermer dans des visions stéréotypées de la personne âgée. Ne voyant en ces personnes que la mort ou le déclin, ils peuvent se les représenter uniquement comme des êtres fragiles ou des corps fragilisés. Ils ne s'occupent plus alors d'êtres faisant partie du commun des mortels mais de personnes malades rejetées par leurs familles qui nécessitent une haute surveillance. Ce processus défensif face à l'angoisse de mort interdit encore une fois le vécu de l'intimité et de la sexualité pour le résident.

Ribes et ses collègues¹⁵⁵ citent l'approche psychanalytique de Laplanche et Pontalis¹⁵⁶ qui explique l'ambivalence des sentiments chez les soignants travaillant auprès des personnes âgées et confrontés quotidiennement aux corps de ces dernières. Ces professionnels ressentent en effet simultanément de l'amour et de la haine envers les seniors. L'amour se rapporte à la fascination de la personne âgée et la haine existe en

¹⁵⁴ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

¹⁵⁵ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P.460

¹⁵⁶ LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. « Vocabulaire de la psychanalyse ». Ed. PUF. Paris. 1967

raison d'un sentiment de rejet de la vieillesse. Ces sentiments sont dus à l'identification du soignant au résidant et la projection du soignant dans son propre futur.

Dans ce contexte de différentes représentations négatives sur la vieillesse véhiculées par les soignants, il paraît difficile d'inclure la sexualité. Comment un corps perçu comme vieux, dégradé, affaibli et déjà à demi mort peut-il être rempli de pulsions de vie ? Il semble que les représentations sociales liées à la sexualité des personnes âgées renvoient souvent à l'image de perversion et à un caractère anormal. Ces idées négatives seraient probablement dues à la peur des conséquences du vieillissement. Une enquête de Colson¹⁵⁷ citée par Ribes et ses collègues¹⁵⁸ s'était intéressée aux craintes de personnes adultes par rapport à leur sexualité dans la vieillesse. Les résultats indiquaient que les inquiétudes n'étaient pas liées à l'apparition de dysfonctions sexuelles mais au vieillissement physique en général, à la peur de ne plus être désirable ou à la perte du partenaire.

La représentation de la personne âgée asexuée présente chez les adultes fait aussi partie des peurs liées au vieillissement. Hazif-Thomas et ses collègues¹⁵⁹ ont cité Simone de Beauvoir¹⁶⁰ qui disait que « le jeune homme hait dans le vieillard l'annonce de la disparition de la vigueur sexuelle annoncée ainsi comme sa future condition ». Et ils ajoutent : « ce qui est dénié, c'est la communauté du destin érotique selon la possibilité de recommencer à vivre des sentiments amoureux tardifs »¹⁶¹. La sexualité dans l'âge avancé est donc difficilement imaginable chez les sujets adultes et la croyance reste qu'elle s'interrompt à l'entrée dans la vieillesse.

6.2.5 RÔLE DES SOIGNANTS EN EMS : QUELLE PLACE POUR LA SEXUALITÉ ?

L'omniprésence des soins peut être un facteur empêchant la place et le vécu naturel de la sexualité en EMS. L'importance donnée aux soins corporels et à ses aspects

¹⁵⁷ COLSON M.-H., LEMAIRE A., PINTON P., HAMIDI K., KLEIN P. « Sexual behaviours and mental perception, satisfaction and expectations of sex Life in men and women in France ». *Journal of Sexual Medicine*. 3 : 12. 2006

¹⁵⁸ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.459

¹⁵⁹ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. *La revue de gériatrie*. Volume 27. N° 6. 2002. Pages 405-414. P.406

¹⁶⁰ DE BEAUVOIR S. « La vieillesse. Le deuxième sexe ». Ed. Gallimard. Paris. 1976

¹⁶¹ Ibid note 150

techniques peut être telle que la notion de lieu de vie se trouve mise de côté. Les soignants semblent ainsi se figer dans leur rôle de surveillance des malades et oublient l'aspect du lieu de vie. Parfois, les soignants « se sentent propriétaires » de l'espace dans lequel ils travaillent et ont de la difficulté à l'attribuer aux résidents comme des « zones privées ». Ils ont aussi du mal à oublier la notion de « collectivité » pour laisser place à celle d' « individu »¹⁶².

6.2.5.1 MESURE DE L'AUTONOMIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Le critère d'autonomie utilisé dans les soins infirmiers a été présenté comme moyen de mesure de la qualité de vie de la personne âgée¹⁶³. Celui-ci est largement utilisé par les soignants pour la prise en charge des résidents en EMS. L'autonomie fait référence à la liberté de disposer de soi, d'avoir la volonté ou le désir de choisir. Même chez une personne dépendante physiquement, psychiquement ou socialement, quel que soit le niveau de cette dépendance, l'autonomie aura toujours une part de pouvoir. Ainsi, une personne âgée vivant en EMS et nécessitant une canne pour se déplacer sera dépendante de son lieu de vie, des soignants et de sa canne, mais elle peut tout à fait conserver des désirs sexuels ainsi que des besoins du même ordre. Il lui reste la liberté de choisir ce qui est important pour elle, ce dont elle a besoin et ce qu'elle aime.

Il arrive couramment que les soignants ne fassent pas la différence entre le « pouvoir être » qui renvoie à l'autonomie comportementale et le « pouvoir faire » qui renvoie à l'autonomie physique¹⁶⁴. En effet, la perte d'autonomie physique étant très fréquente chez la personne âgée et facilement mesurable, il devient plus habituel d'associer cette perte d'autonomie au domaine physique uniquement. Il arrive aussi fréquemment aux soignants de se focaliser uniquement sur les pertes de la personne âgée et d'oublier les ressources qui lui restent. Ainsi, si nous reprenons l'exemple de la personne âgée en EMS dépendante de sa canne pour se déplacer, nous pouvons aisément mesurer sa perte d'autonomie physique. Mais se pose-t-on la question d'une conservation de besoins sexuels ? En fait, l'être humain se trouve constamment dans un rapport d'autonomie et de dépendance. Les deux concepts ne sont pas dissociables :

¹⁶² RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P. 459

¹⁶³ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages

¹⁶⁴ Ibid.

l'autonomie ne peut être conçue sans dépendance¹⁶⁵ ; nous sommes dépendants de l'air que nous respirons mais exerçons sans cesse notre autonomie. Ainsi, le soignant ne doit pas oublier de prendre en compte l'autonomie encore fonctionnelle du résidant malgré la présence plus frappante de la perte de cette même autonomie.

6.2.5.2 LA SURVEILLANCE CONTINUE DES RÉSIDANTS EN EMS

Un autre facteur semblant également affecter l'autonomie du résidant en EMS est celui de la surveillance quasi constante exercée par les soignants sur sa vie. En effet, une des missions des professionnels de la santé travaillant auprès de la personne âgée en EMS est de veiller continuellement sur elle afin de la protéger de tout danger tel que celui de la chute. Même si cette tâche de surveillance constante se révèle en réalité impossible, elle peut cependant empêcher au résidant de préserver son intimité¹⁶⁶. Elle peut ainsi favoriser, limiter ou interdire la place de l'intimité dans l'EMS selon la relation entre les soignants et les personnes âgées. A savoir que lorsque l'on parle d'intimité on fait directement référence à la notion d'espace. Comment se joue alors la relation entre les soignants et les personnes âgées occupant un même espace en regard de leurs représentations ?¹⁶⁷ De plus, il semble que la prévention soit devenue une pratique essentielle et très répandue dans la plupart des EMS. On cherche ainsi à prévenir les chutes, la déshydratation, la dénutrition, les escarres, etc., mais qu'en est-il de la « prévention du manque d'amour » ?¹⁶⁸

Toujours dans le contexte de surveillance continue, il arrive qu'un résidant échappe à cette mesure de protection et se trouve victime d'un accident malgré lui et malgré les soignants. Les familles peuvent exercer une forte pression sur les soignants et ces derniers ne peuvent souvent pas expliquer les circonstances de l'accident. Le risque de se retrouver devant un juge peut faire peur aux professionnels de la santé qui, se sentant soumis à cette pression, tâcheront d'augmenter au maximum la surveillance des pensionnaires. Malheureusement, celle-ci est aussi une barrière au vécu de l'intimité. Les personnes les plus à risque d'accident seront ainsi victimes d'une surveillance d'autant plus particulière et leur intimité s'en verra très limitée. « En acceptant la mission intenable de veille permanente, les professionnels deviennent

¹⁶⁵ Ibid p.4

¹⁶⁶ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Ibid p.103

maltraitants mais par bienveillance !¹⁶⁹ » De plus, ce comportement a une autre conséquence sur le vécu de l'intimité. En voyant certains pensionnaires se faire surveiller en continu, les autres pensionnaires peuvent avoir le sentiment d'appartenir à un autre groupe de personnes âgées, ce qui peut entraîner chez eux l'arrêt d'échanges avec ces derniers. Cette séparation limite la possibilité de créer des liens et ainsi de vivre des moments de partage d'intimité entre résidents. Cette problématique fait directement référence au diagnostic infirmier de l'« isolement social ». Les soignants créent ainsi des climats totalement contradictoires avec leurs objectifs de soins qui devraient comprendre le rapprochement entre les résidents et la favorisation des liens sociaux.

Dans certaines institutions, il arrive que l'accès des chambres soit interdit aux résidents durant la journée pour des mesures de sécurité et de bienveillance. Aussi, la réfection des lits est souvent faite tous les matins avec une hygiène irréprochable. Ces facteurs sont fortement entravant à tout vécu d'intimité, d'appropriation d'une sphère privée ou d'accès à une espace intime et secret. Ces phénomènes qui empêchent le pensionnaire de s'approprier un lieu personnel et privé peuvent même amener à des résultats nuisibles pour la personne âgée telle que la « dépsychisation »¹⁷⁰. On enlève au sujet âgé la possibilité d'exprimer sa personnalité et d'exister pour soi. Si ce lieu ne peut être créé dans sa chambre c'est peut-être parce que les professionnels éprouvent un malaise à l'offrir car il peut servir à l'expression d'une sexualité perçue comme taboue et insupportable à imaginer. « Quand la chambre n'est pas un espace privé, respecté, laissant à penser qu'il peut s'y passer justement ce dont tout le monde serait parfaitement informé mais dont nul ne pourrait parler, le lien entre un sujet et un lieu permettant l'investissement affectif ne peut que très difficilement se tisser. »¹⁷¹

Néanmoins, la chambre ne semble pas être le seul lieu où le vécu de l'intimité peut trouver sa place. « C'est l'investissement d'un lieu par un sujet qui en fait sa qualité »¹⁷². Les animateurs en EMS peuvent en effet permettre aux personnes âgées de construire des lieux secrets où l'intimité peut être vécue en leur faisant vivre des moments différents. C'est ainsi qu'en s'investissant dans une activité dans un espace à soi que la personne âgée peut laisser se révéler un désir et éprouver du plaisir. Les soignants qui doivent faire preuve de créativité peuvent eux aussi prendre le relai au quotidien en faisant vivre aux résidents des moments d'« animation relationnelle ».

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Ibid p.102

¹⁷¹ Ibid p.102

¹⁷² Ibid p.103

Celle-ci a pour but de permettre à la vie de s'imposer en EMS et de faire de l'ensemble de l'établissement un espace où la personne âgée peut éprouver du plaisir. Ainsi, dans une démarche interdisciplinaire dans laquelle l'ensemble du personnel partage cette nécessité, la notion d'intimité peut être prônée comme un principe essentiel de la vie en institution.

6.2.6 RÔLE DU SOIGNANT FACE À LA SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

Dans son rôle professionnel en EMS, travaillant auprès des personnes âgées auxquelles il procure des soins et offre un accompagnement, le soignant a pour but d'aider le résidant à maintenir au mieux l'exercice de son autonomie dans un contexte physique, psychique et social. Son défi quotidien est de « repérer comment l'autonomie est exercée par la personne âgée, de choisir la meilleure manière de la renforcer et de la respecter tout en tenant compte du contexte de vie communautaire. Cela demande aux soignants une grande sensibilité, beaucoup de créativité et de capacités dans l'art de la négociation »¹⁷³.

Toute intervention visant à favoriser l'expression de la sexualité chez la personne âgée en EMS doit tenir compte des trois facteurs suivants : l'établissement, le personnel soignant et les résidants. Il convient également de prêter une attention particulière aux problèmes de santé physique et/ou psychique éventuellement présents chez les résidants. Ces limites peuvent en effet inhiber leur désir sexuel ou entraver l'expression de leur sexualité. Les soignants doivent donc les prendre en compte et avoir des attentes réalistes envers les résidants.

Les soignants peuvent contribuer à faciliter le vécu de la sexualité des résidants. Pour cela, il est évidemment nécessaire qu'ils aient des représentations positives de la personne âgée et de sa sexualité et qu'ils s'intéressent à cette composante essentielle de la vie et de l'individu. Ils doivent comprendre que la sexualité continue d'exister chez le sujet âgé et accepter cette réalité. Hazif-Thomas et al.¹⁷⁴ soulignent qu'« il y aurait lieu de parler de façon plus ouverte de la plainte sexuelle de même que l'on parle de plainte mnésique ». Ils ajoutent qu'il est nécessaire d'apporter un regard

¹⁷³ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages

¹⁷⁴ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. Pages 405-414. P.406

nouveau face à l'évolution des mœurs sexuelles chez les personnes âgées et de soutenir « une approche plus systémique et rigoureuse ». De plus, la prise en compte des dimensions sexuelles dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie devrait conduire à une modification des mentalités et donne l'espoir d'une levée du tabou de la sexualité chez le sujet âgé. Il semble cependant que les changements d'attitude n'impliquent pas forcément les changements de représentation. Il est plus simple de faire évoluer les premières que les secondes. La tâche est donc difficile et délicate.

Béguin et Malaquin-Pavan¹⁷⁵ ont identifié deux situations professionnelles face aux besoins sexuels des personnes âgées nécessitant des réponses de la part des soignants : « les manifestations sexuelles directes à comprendre et à cadrer et l'approche clinique du vécu par la personne soignée de sa sexualité à travers un recueil de données visant à approfondir son projet de vie ».

6.2.6.1 ATTITUDES SOIGNANTES FAVORISANT L'EXPRESSION DE LA SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE EN EMS

Mc Auliffe et al.¹⁷⁶ ont identifié différentes barrières à la sexualité de la personne âgée en milieu de soins qu'ils ont classées en trois catégories. Ces obstacles sont reconnus comme étant bio-psycho-sociaux : les obstacles biologiques se rapportent aux problèmes physiologiques et aux dysfonctions sexuelles, les obstacles psychologiques comportent les mythes sur la sexualité des personnes âgées et sur le vieillissement véhiculés dans la société et dans les milieux de soins et les obstacles sociaux font référence au veuvage, au manque de partenaires et au manque d'intimité dans les institutions. Les auteurs ajoutent que ces difficultés méritent un accompagnement professionnel afin d'offrir des soins de qualité. Une prise de conscience de la part des équipes soignantes est nécessaire afin qu'elles mettent en place des actions favorisant la qualité de vie sexuelle et affective des personnes âgées.

Il est important que les soignants abordent avec les résidents la question de la sexualité, qu'ils prennent en compte leurs besoins et tentent de comprendre leurs

¹⁷⁵ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». Revue Soins. N°652. Février 2001. P. 41

¹⁷⁶ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

comportements sexuels. Dupras et Soucis¹⁷⁷ soulignent dans leur revue de la littérature sur la sexualité des personnes âgées l'importance d'évaluer continuellement les besoins, aspirations et attentes des seniors lors d'interventions sexologiques. Ils précisent que ces démarches devraient être interdisciplinaires et que les différents professionnels devraient adopter une vision partagée des besoins sexuels de la personne âgée afin d'offrir des prestations de qualité et de travailler à la réalisation d'un but commun. Les différentes dimensions de la sexualité peuvent ainsi être considérées selon les différentes disciplines et chacun a son rôle propre dans la démarche. Les auteurs ajoutent qu'il serait nécessaire de construire ou de raffiner des outils d'observation qui permettent une collecte coordonnée de données concernant les composantes physiques, psychologiques et sociologiques de la sexualité des personnes âgées. Pour les soins infirmiers, il semblerait ainsi possible d'imaginer intégrer la sexualité dans l'anamnèse infirmière.

Mc Auliffe et ses collègues¹⁷⁸ proposent dans leur revue de la littérature différentes approches qui favoriseraient le dialogue sur la sexualité des seniors et qui augmenteraient ainsi la compréhension du phénomène et permettraient de briser les mythes. Eux aussi conseillent l'évaluation des besoins de la personne âgée et de la fonction sexuelle. Une considération de la sexualité comme un besoin fondamental de l'humain permet aux soignants d'intégrer cette composante de la vie dans leur pratique quotidienne et de faire de l'EMS un lieu de vie.

Béguin et Malaquin-Pavan¹⁷⁹ expliquent dans leur article la nécessité d'oser aborder le sujet de la sexualité en équipe et avec les résidents. Ainsi, dans le dialogue et l'évaluation des besoins, des temps d'intimité peuvent être accordés aux personnes âgées qui le souhaitent. Le soignant et le résident peuvent discuter des moments et du lieu où l'intimité peut être favorisée. Puis, l'équipe sera informée afin de ne pas déranger. Le vécu de tendresse, de caresses, de confidences et d'échange peut de cette manière devenir possible pour les seniors dans une atmosphère tranquille sans peur d'être dérangé. De plus, ce compromis respecte le confort de tous les acteurs : le ou les résident(s) en question, les autres résidents et les soignants.

¹⁷⁷ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. N° 17. 2008. Pages 190-198.

¹⁷⁸ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

¹⁷⁹ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». *Revue Soins*. N°652. Février 2001. P. 41

Dans une démarche soignante favorisant l'expression de la sexualité des résidents, le recueil des données est un outil primordial. La satisfaction des besoins fondamentaux de la personne âgée, au plus proche possible des demandes, est aussi un but essentiel des soins¹⁸⁰. Le soignant a ainsi la mission d'informer le résident sur le processus physiopathologique du vieillissement ainsi que sur les effets secondaires des médicaments afin que le senior soit également acteur de sa santé. Le soignant doit aussi identifier chez la personne âgée les changements pouvant survenir, repérer quels sont les modes relationnels existants et quels sont les rôles conservés : « rôle de mère/père, d'épouse/époux, de femme/homme, de personne devenue dépendante, institutionnalisée, isolée... »¹⁸¹. Ces informations sur le résident peuvent aider le soignant à identifier et à comprendre des besoins ou des problèmes sexuels présents chez le senior.

Le soignant peut aussi aider la personne âgée à oser se confier, à parler de peines, de hontes, de regrets ou de difficultés. Il arrive parfois que des sujets âgés ne se soient jamais confiés et qu'ils aient gardé en eux des souffrances lourdes à porter. Le thème de l'impuissance peut par exemple être abordé, l'absence de désir, le dégoût de son corps vieilli, les problèmes de couple. Tous ces éléments peuvent entraîner des modifications dans les relations intimes et causer des difficultés rendant la vie pénible. La vie en institution peut également entraîner des conséquences néfastes chez le résident qui peut manifester de l'agressivité, de la frustration, de l'apathie, etc. en raison d'une perte d'espoir ou d'un deuil à faire. « Le soutien infirmier prend ici toute sa dimension, favorisé par la proximité des soins quotidiens.¹⁸² » En osant parler de la sexualité et de la vie affective, le soignant peut ainsi apporter son soutien au résident et lui permettre d'apprécier les années qui restent à vivre avec d'avantage de légèreté. Bien sûr, il convient de respecter les différences de chacun et de savoir laisser certaines personnes âgées se taire et garder leur souffrance pour elles. Le soignant offre un espace au résident « pour dire ou ne pas dire », pour « savoir écouter, respecter, encourager et nourrir les espoirs mesurés du patient »¹⁸³. Afin de créer un climat de confiance, une alliance thérapeutique et une relation de partage, le soignant doit apprendre à respecter les temps de silence lors des entretiens et à livrer un peu de lui-même pour s'ouvrir à l'autre.

¹⁸⁰ Ibid P. 42

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² Ibid.

¹⁸³ Ibid p.42

Roach¹⁸⁴ propose à la fin de sa recherche quelques actions dont le but est de favoriser l'expression de la sexualité en institution en encourageant la liberté et les choix des résidents dans les activités de la vie quotidienne. Ses propositions sont les suivantes : la stimulation tactile thérapeutique (par ex. le massage), la promotion d'un environnement social stimulant facilitant les contacts entre individus, la liberté d'expression sexuelle, l'éducation et la formation, la participation des résidents aux décisions, la recherche des causes des comportements sexuels inappropriés et la reconnaissance des droits des résidents. L'application de ces critères favoriserait un climat positif autant pour les seniors que pour les soignants.

En ce qui concerne les situations d'attouchements ou de manifestations sexuelles de la part du résident envers le soignant, la première réaction des professionnels est souvent la colère, le choc, l'infantilisation, la moquerie, etc. Ces réponses sont dues à l'insécurité que génère la situation et le soignant réagit généralement de manière très émotionnelle. Cependant, le soignant peut apprendre à réagir de manière appropriée et respectueuse en faisant preuve de rationalisation. Ainsi, lors d'une situation d'attouchement, au lieu de voir le résident comme un « vieux cochon », le soignant peut tenter de comprendre ce que cherche la personne âgée. Cette dernière peut être en quête de sécurité, de réconfort, de contact physique, de chaleur ou peut-être essaye-t-elle simplement de s'accrocher à quelque chose lorsqu'elle est installée sur le côté pour un soin et que les soignants la maintiennent¹⁸⁵. Elle exprime peut-être un désir, des frustrations ou de la dépendance. Quoiqu'il en soit, le soignant doit être au clair avec ses propres limites et celles du patient ainsi qu'avec son propre confort face à ces comportements. Il doit savoir imposer ses limites. Il peut parfois accepter de vivre un instant de rapprochement avec un résident qui vient « se nicher dans ses bras » si son confort par rapport à la situation le lui permet.

En somme, les soignants doivent être à l'écoute des demandes d'intimité des résidents et doivent répondre à leurs questions et inquiétudes concernant la sexualité¹⁸⁶. Ils doivent adopter des attitudes professionnelles afin d'avoir une meilleure approche de la

¹⁸⁴ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 378

¹⁸⁵ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». *Revue Soins*. N°652. Février 2001. P. 41

¹⁸⁶ HOSAM K. « Sexuality in aging : focus on institutionalized elderly ». *Annals of long care*. N°9 (5). 2001. Pages 64-72

question et d'aider à réduire l'inconfort¹⁸⁷. En se montrant à l'aise avec le thème de la sexualité, ils mettent aussi à l'aise les seniors et instaurent un rapport de confiance. L'amabilité, la compréhension, l'empathie et le non jugement sont les mots-clés de cette relation. Les questions ouvertes sont les bienvenues et il est préférable de laisser de côté le jargon médical. Le soignant peut aussi donner des conseils selon ses connaissances et son expérience.

L'ASI¹⁸⁸, dans son livret sur les « normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées », donne également des solutions quant aux attitudes positives et professionnelles à avoir envers la personne âgée en général et celle exprimant des besoins sexuels. En effet, la relation est basée sur « l'attention, le respect et l'humanité ». L'infirmière doit s'efforcer d'être à l'écoute du senior, de prendre en considération ses choix et de les respecter, d'être « ouverte à l'expression des sentiments mutuels et à l'intimité, tout en observant la distance nécessaire à la relation professionnelle », d'offrir des « moments et des lieux où la personne peut se retirer », de s'informer sur les désirs et les habitudes de la personne âgée, de soutenir le résidant dans la « manière dont il prend soin de son corps et de son apparence », de respecter la sphère privée de la personne âgée, de prendre au sérieux les besoins sexuels du senior, de reconnaître qu'il y a plusieurs manières de vivre et d'exprimer sa sexualité, etc. La liste n'est pas exhaustive. Ces normes établies prennent en compte la sexualité du résidant et devraient être appliquées d'avantage dans la pratique.

L'utilisation de diagnostics infirmiers contribue à améliorer la prise en compte de la sexualité dans les soins et l'accompagnement de la personne âgée dans son processus¹⁸⁹. Les diagnostics tels que « dysfonctions sexuelles », « baisse de l'estime de soi », « isolement social » sont des exemples qui peuvent être utilisés pour la dimension sexuelle et qui peuvent être intégrés dans la pratique infirmière. De plus, les théories de soins sont aussi des outils applicables à la sexualité. La théorie de Virginia Henderson largement utilisée dans les soins auprès de la personne âgée prend en compte l'aspect sexuel. Le besoin de « communiquer avec ses semblables » englobe la « possibilité d'exprimer ses idées, ses besoins, ses émotions, ses sentiments

¹⁸⁷ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

¹⁸⁸ ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages

¹⁸⁹ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». Revue Soins. N°652. Février 2001.P. 43

(affection) et d'assurer sa sexualité ». Cette démarche de soins permet donc d'identifier les besoins de la personne et de mettre en place des actions¹⁹⁰.

6.2.6.2 LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Dans notre société vieillissante, les besoins de prise en charge de personnes âgées dans les institutions augmentent. Pour assurer la meilleure qualité de vie possible et une offre en soins globale et personnalisée, les EMS doivent pouvoir répondre aux besoins de chaque résidant. Pour ce faire, il est nécessaire d'intégrer la sexualité dans la prise en charge au quotidien et de répondre aux demandes de la personne âgée, même les demandes les plus cachées¹⁹¹. Il est important pour le personnel soignant d'être attentif à ces demandes et de les prendre en compte malgré le malaise qu'elles peuvent provoquer. Pour y arriver et être à l'aise, le soignant doit acquérir lors d'une formation un savoir faire et les connaissances nécessaires sur la sexualité des seniors.

Rappelons que les principaux facteurs en lien aux professionnels et faisant barrière au vécu de la sexualité des résidants sont : le manque d'intimité et l'attitude des soignants.¹⁹² Il est donc nécessaire que les soignants adoptent des attitudes positives face à la sexualité de la personne âgée, qu'ils fassent preuve de compréhension, d'empathie, de respect et de créativité. La tâche semble très difficile en regard de la subjectivité du soignant, de son histoire, de ses valeurs, de ses représentations et de la modification des comportements. Cela suggère une implication et des motivations personnelles et professionnelles. Le soignant doit pouvoir « accepter d'approfondir le sujet, d'augmenter à la fois ses propres connaissances en la matière mais aussi ses habiletés relationnelles (...) c'est remettre en perspective une réalité objectivement réfléchié avant d'en parler avec l'autre ou d'en rendre compte en équipe »¹⁹³. Cette démarche est donc rigoureuse, nécessite de la part du soignant un travail sur soi et suggère de « progresser dans le rapport à autrui, en plein cœur de l'intimité de l'autre et de soi-même »¹⁹⁴.

¹⁹⁰ HOLSTENSSON L., RIOUFOL M.-O. « Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution. Le savoir et le « comment faire » face à un tabou ». Masson. Paris. 2000. 97 pages.

¹⁹¹ Ibid.

¹⁹² RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.459

¹⁹³ BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». Revue Soins. N°652. Février 2001. P. 40

¹⁹⁴ Ibid.

La sexualité de la personne âgée n'est que peu abordée, voire pas du tout, lors des formations alors qu'il paraît essentiel d'apporter l'information et les connaissances nécessaires pour permettre une offre en soins de qualité. Aja et Self¹⁹⁵ avaient mis en place et évalué des programmes d'intervention visant à changer les attitudes des soignants. Les résultats avaient montré que ces interventions étaient efficaces pour modifier les connaissances et réajuster les comportements vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées. Les soignants ayant participé au programme avaient développé de meilleures connaissances et des attitudes plus tolérantes face à la sexualité des seniors.

Mc Auliffe et al.¹⁹⁶ soutiennent également cette approche en insistant sur l'importance de la formation dans le but d'améliorer non seulement les connaissances des professionnels de la santé mais également la compréhension sur la sexualité et le vieillissement. Ils expliquent que l'éducation est la stratégie la plus puissante pour surmonter les mythes, les stéréotypes et pour renforcer le dialogue. Elle ouvre également les débats et incite à la recherche. De plus, les professionnels de la santé semblent être les mieux placés en ce qui concerne l'information et le soutien vis-à-vis des préoccupations sexuelles de la personne âgée, même celles souffrant de maladies ou de iatrogénie médicamenteuse. La prise en charge des aspects sexuels devrait être un élément obligatoire des soins et les professionnels doivent admettre cette responsabilité. Ils doivent prendre conscience de leurs valeurs et de leurs propres préjugés sur la question et comprendre en quoi ceux-ci peuvent faire obstacle à leur offre en soins. En assumant ce rôle, ils doivent aussi accepter d'acquérir des connaissances précises sur la question. En effet, le savoir fondé s'oppose aux mythes et permet de les supprimer.

Ribes et al.¹⁹⁷ citent Wasow et Loeb¹⁹⁸ qui ont expliqué que le manque de formation et d'espaces de parole sont les grandes lacunes présentes chez les soignants et qui les empêchent de répondre adéquatement aux besoins des résidents. Les attitudes

¹⁹⁵ AJA A., SELF D. « Alternate methods of changing nursing home staff attitudes toward sexual behavior of the aged ». *Journal of Sex Education and Therapy*, n°12. 1986. Pages 37-41

¹⁹⁶ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

¹⁹⁷ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P.461

¹⁹⁸ WASOW M., LOEB M.B. « Sexuality in nursing homes ». *Journal of the American Geriatric Society*. N°27. 1979. Pages 73-79

négatives des professionnels semblent être en partie liées à l' « absence quasi-totale de formation sur la sexualité et l'affectivité des personnes âgées ». Face aux attitudes et aux comportements sexuels des résidants, ils se trouvent très souvent en difficulté. « L'absence de lieux de paroles où ils peuvent exprimer leurs questionnements, leurs craintes ou leurs souffrances » ne leur permet pas non plus d'évoluer vers des attitudes professionnelles et une prise en charge de qualité au sein d'un climat agréable.

Pour répondre aux attentes des seniors, il devient ainsi nécessaire d'aider les équipes soignantes. Ribes et al.¹⁹⁹ citent Hosam²⁰⁰ qui explique qu'il convient d'améliorer les connaissances des professionnels sur la sexualité des personnes âgées. Il est également indispensable d'inclure l'histoire sexuelle et les besoins sexuels actuels des résidants dans le plan de soins. Une évaluation des médecins quant aux plaintes sexuelles des seniors doit aussi figurer dans les dossiers. Enfin les équipes doivent pouvoir discuter ouvertement de leurs inquiétudes et attitudes concernant les problèmes sexuels des résidants.

Dupras et Soucis²⁰¹ ont constaté eux aussi un manque de formation auprès des professionnels concernant la sexualité des aînés. Le sujet est rarement abordé en milieu scolaire ou professionnel. Ils soulignent ainsi l'importance de la formation des professionnels et proposent l'élaboration et l'évaluation de programmes de formation afin de pouvoir intervenir auprès des seniors dans ce domaine. Ils expliquent encore l'utilité « de développer des projets en partenariat entre les milieux de formation et les lieux de pratique dans le but d'expérimenter des approches éducatives adaptées aux problématiques particulières rencontrées par les intervenants ». Ces propositions réalistes et adaptées à la problématique de terrain sont tout à fait intéressantes.

Béguin et Malaquin-Pavan terminent leur article en rappelant l'importance pour les soignants d'avoir des connaissances précises et actuelles sur la sexualité des seniors. Elles encouragent les professionnels à donner aux personnes âgées des explications quant à l'anatomie et au fonctionnement physiologique, au vieillissement des organes et d'illustrer les explications avec des schémas. En ayant des connaissances sur le sujet, les soignants peuvent d'avantage être réceptifs aux spécificités de la sexualité

¹⁹⁹ Ibid note 187

²⁰⁰ HOSAM K. « Sexuality in aging : focus on institutionalized elderly ». *Annals of long care*. N°9 (5). 2001. Pages 64-72

²⁰¹ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. N° 17. 2008. P. 196-197

de l'âgé et mieux comprendre les comportements et les besoins de cette population. Ils peuvent ainsi entendre également « les subtilités entre des organes sexuels qui fonctionnent avec une libido diminuée ou, à l'inverse, une libido exacerbée avec des organes sexuels qui ne fonctionnent plus »²⁰².

Roach²⁰³ explique comme Mc Auliffe et al.²⁰⁴ la nécessité pour les professionnels de se former non seulement sur la sexualité humaine mais également sur la compréhension des besoins des résidents. La formation doit aborder aussi les valeurs personnelles et les croyances en lien avec la sexualité. L'auteur cite Smook²⁰⁵ qui affirme que cette approche donne l'occasion aux professionnels d'explorer la sexualité en regard de leur propre identité sexuelle et de la relation soignant – soigné.

Finalement, l'ASI reprend les points essentiels abordés ici et qui concernent la formation. Elle explique que la formation des soignants doit exister et prendre en compte la connaissance et la compréhension des personnes âgées et de la vieillesse.

6.3 L'INSTITUTION

6.3.1 STRUCTURES ET VISION DES EMS : QUELLE PLACE POUR LA SEXUALITÉ ?

En France, le terme de « maison de retraite » est largement utilisé et pose une question importante quant au sens donné à celui-ci. Il représente ainsi une maison destinée à la retraite, mais dans le terme « retraite » il y a « retrait » et ce terme fait référence à l'action de « retirer quelque chose de son milieu ». Il s'agirait ici de retirer la personne âgée de la société²⁰⁶. De plus ces institutions sont souvent construites à l'extérieur des villes. Les établissements pour personnes âgées apparaissent alors comme des lieux fermés et mis à l'écart ce qui est totalement paradoxal avec le but de ces institutions qui est d'offrir un lieu de vie. Ces institutions sont donc confrontées à la

²⁰² BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». Revue Soins. N°652. Février 2001. P. 43

²⁰³ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». Journal of Advanced Nursing. 48 (4). Novembre 2004. P. 378

²⁰⁴ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

²⁰⁵ SMOOK K. « Nursing practice : nurses attitudes towards the sexuality of older people : an investigative study ». Nursing practice. N°6(1). 1992. P. 15-17

²⁰⁶ DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

double mission du devoir organisationnel qui assure la sécurité des résidants et d'offrir simultanément les moyens nécessaires pour faire de ces lieux des lieux de vie. La représentation de retrait étant bien réelle, l'institution devient malgré elle un espace intime au milieu de la ville ou du village. Est-il alors possible de « créer un espace intime au sein d'un espace intime »²⁰⁷ ? Même si le terme de « maison de retraite » semble ne pas être utilisé en Suisse, la connotation du retrait des personnes âgées institutionnalisées semble marquée elle aussi. Cette hypothèse serait à vérifier pour la Suisse.

La question de l'intimité en EMS suggère automatiquement de s'intéresser à l'architecture de ces lieux. Il n'y a apparemment pas d'archétype architectural pour les institutions pour personnes âgées comme celles-ci varient en forme selon leur histoire. Certaines d'entre elles sont le résultat de rénovations d'anciens hôpitaux ou de maisons ou bâtiments ayant servi à un autre but, d'autres ont été construites dans le but d'accueillir des personnes âgées et de leur offrir un lieu de vie. Malgré cela, il semble que l'architecture laisse peu de place au vécu de l'intimité. Darnaud explique que les maisons de retraite sont souvent construites selon les principes de la « vision panoptique »²⁰⁸. Ce principe architectural qui vient d'un modèle inventé pour les prisons laisse toute sa place à la surveillance. De plus, les espaces comme les coins ou les recoins qui pourraient être utilisés comme des lieux intimes sont régulièrement bannis par les directeurs ou les promoteurs. Il serait intéressant de comparer ces résultats avec la Suisse afin de savoir si ceux-ci peuvent être transposés à la Suisse.

Les chambres doubles réunissant deux résidants du même sexe sont encore très nombreuses et constituent aussi un élément faisant barrière à l'espace intime et à la sexualité. Le choix de ces chambres semble pour la plupart du temps ne pas être un choix individuel mais financier, les chambres à deux lits étant moins chères que celles à un lit. Alors comment vivre son intimité ou trouver le temps de se réfugier lorsqu'il est difficile de se retrouver seul ? Le seul espace intime restant disponible est le lit du résidant, mais celui-ci est la plupart du temps exposé au regard des soignants ou du voisin de chambre. Ainsi la généralisation des chambres individuelles devrait favoriser le vécu de l'intimité pour les résidants²⁰⁹.

²⁰⁷ Ibid p.93

²⁰⁸ Ibid p.94

²⁰⁹ Ibid p.102

A l'inverse, les chambres doubles offrant des lits doubles pour les couples n'existe pas ou très rarement. « L'institution est pensée pour des individus isolés »²¹⁰. Les lits sont pour une personne et l'idée de lits à deux places semble déranger. Les soignants et les résidents étant baignés dans un monde pour personnes seules peuvent vivre l'arrivée de couples comme une intrusion ou même une anomalie. De même que la formation de couples au sein de l'institution peut être vécue comme une agression et un ressentiment chez les résidents seuls comme si le couple enfreignait la loi « marquée par l'obligation d'être seul dans cet univers communautaire »²¹¹.

Les institutions gériatriques interdisant la sexualité semblent vouloir maintenir la vision d'une vieillesse sereine, maintenue dans le calme et la paix²¹². Le vécu de la sexualité est vu comme capable de générer des tensions ou de troubler la sérénité du vieil âge. Pour le bien des résidents il est donc préférable de maintenir hors de l'établissement toute « dynamique amoureuse voire, pire encore, sexuelle »²¹³. L'institution et les soignant ont donc appris à ne plus prendre en compte les différents besoins des résidents sous l'omniprésence du contrôle. La personne âgée institutionnalisée renvoyant à l'image de perte d'autonomie et d'incapacité à vivre à domicile est aussi perçue comme étant différente des autres personnes âgées et des adultes, incapable d'être comme tout un chacun. Ainsi perçue comme étant faible et diminuée il paraît difficile de prendre en compte l'aspect sexuel de la personne âgée en institution.

6.3.2 PHILOSOPHIE DE SOINS EN VIGUEUR DANS L'INSTITUTION

Selon Dupras et Soucis²¹⁴, le milieu de vie des personnes âgées ainsi que leur degré d'autonomie sont des facteurs importants qui influencent leur sexualité. Dans les établissements pour personnes âgées, le respect des droits sexuels des résidents semble être variable « selon les orientations idéologiques, les aménagements physiques et les pratiques professionnelles ». Les auteurs citent un sondage mené par

²¹⁰ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.460

²¹¹ Ibid p.460

²¹² Ibid p.460

²¹³ Ibid p.460

²¹⁴ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». Sexologies. N° 17. 2008. Pages 190-198.

Rathé et ses collègues²¹⁵ auprès de l'administration et des professionnels de lieux d'accueil pour personnes âgées. Les résultats ont démontrés l'existence de trois types de catégories : « les conformistes (idées traditionalistes), les progressistes (idées novatrices) et les avant-gardistes (idées audacieuses) ». Les établissements pour personnes âgées ne sont donc pas tous égaux face à la philosophie en vigueur, tout comme les soignants diffèrent de part leurs valeurs. Certains semblent avoir évolués quant aux mentalités et aux pratiques à l'égard de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Dupras²¹⁶ avait cherché à comprendre « la nature et la raison d'être de l'interdit sexuel » en menant une étude dans un établissement traditionaliste. Les résultats indiquaient que l'expression de la sexualité était envisagée comme une menace pour les résidants et l'établissement. Les directeurs et les soignants interdisent ainsi la sexualité en pensant conserver l'intégrité physique et morale qui seraient susceptibles d'être mises en danger.

Nous avons vus dans la partie précédente que les institutions gériatriques semblaient être dans l'ambiguïté de devoir offrir à la fois un lieu de vie, de soins et de mort. Cette tâche peut paraître difficile voire impossible mais elle est réalisable et c'est là l'enjeu de devoir être créatif pour les institutions et les soignants. Mais il semble aussi que selon la nature et l'histoire de l'institution, les trois axes du lieu de vie, de soins et de mort peuvent ne pas avoir la même place²¹⁷. Un bon nombre d'établissements pour personnes âgées étaient à l'origine créés et dirigés par des ordres religieux. La philosophie en vigueur était alors l'abstinence sexuelle et celle-ci ouvrait les portes au droit chemin. Il semble donc que les institutions traditionalistes soient issues de la religion et qu'elles aient conservé l'interdit sexuel sur ce modèle.

²¹⁵ RATHE C., LAUZON J., FILION M. « Rapport d'un sondage mené auprès des administrateurs et du personnel de centre d'accueil ». In Plouffe L., Plamondon L. *Sexualité et vieillissement*. Ed. du Méridien. 1989. P. 111-121.

²¹⁶ DUPRAS A. « Le tabou d'inceste ou la politique de l'interdit sexuel dans un centre hospitalier de soins prolongés ». *Service social*. 35 (3). 1986. P. 457-474.

²¹⁷ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P. 459.

6.3.3 CONNAISSANCES SUR LA SEXUALITÉ EN EMS

La sexualité des personnes vivant en EMS est généralement considérée comme déficiente ou inexistante ; elle est cependant une réalité. Mulligan et Palguta²¹⁸ se sont intéressés à la sexualité du résidant en EMS de sexe masculin. Ils ont constaté que le deux tiers des hommes étaient intéressés par la sexualité et que le coït représentait leur activité sexuelle préférée. La majorité des couples en EMS ne pratiquaient pas le coït mais s'adonnaient aux baisers et aux caresses au moins une fois par mois. De plus, ces derniers ont rapporté que leur satisfaction sexuelle était élevée. Les résidants qui n'avait pas d'activité sexuelle se trouvaient dans cette situation pour deux causes : le manque d'occasions²¹⁹ ou le manque d'intimité²²⁰.

L'activité sexuelle des personnes âgées en EMS dépend de différents facteurs qui l'influencent. Les auteurs de « Psychologie gérontologique »²²¹ en ressortent trois principaux : les caractéristiques de l'établissement, celles du personnel soignant et celles des résidants. La vie en EMS est habituellement considérée comme n'étant pas favorable à l'expression de la sexualité des résidants. L'établissement et les soignants exercent un tel contrôle sur la vie de la personne âgée qu'il est difficile pour elle de trouver les occasions d'avoir une activité sexuelle ou de laisser place à la spontanéité. Les journées sont souvent rythmées par des horaires imposés par les soignants et l'institution, ce qui laisse aussi peu de liberté à la personne âgée de s'organiser des moments d'intimité comme cela lui convient. On peut ainsi imaginer qu'un couple ne trouve pas d'occasions pour faire l'amour la journée et qu'il doit attendre le soir ou la nuit afin d'être au calme sans avoir peur d'être dérangé. Cependant l'homme et la femme risquent d'être fatigué à ce moment-là et pourraient avec le temps se décourager et abandonner toute activité sexuelle. De plus, les portes des chambres en EMS ne peuvent souvent pas être fermées à clé et le personnel doit pouvoir entrer dans les chambres à tout moment pour des raisons de sécurité. Ces situations peuvent amener un bon nombre de résidants à s'inhiber par crainte d'être surpris lors d'activités sexuelles. Avec ces exemples, on comprend bien le problème du manque d'intimité en EMS et l'influence qu'il exerce sur la sexualité des résidants.

²¹⁸ MULLIGAN T., PALGUTA R.F. « Sexual interest, activity and satisfaction among male nursing home residents ». Archives of Sexual Behaviour, n°20, pages 199-204. 1991

²¹⁹ WASOW M., LOEB M.B. « Sexuality in nursing homes ». Journal of the American Geriatrics Society, n°27, pages 73-79. 1979

²²⁰ KAAS M.J. « Sexual expression of the elderly in nursing homes ». The Gerontologist, n°18, pages 372-378. 1978

²²¹ VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. Psychologie gérontologique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 p.

6.3.4 RÔLE DE L'INSTITUTION FACE À LA SEXUALITÉ

Rappelons que les principaux facteurs liés aux EMS et aux professionnels faisant barrière au vécu de la sexualité sont : le manque d'intimité, l'attitude des soignants et la philosophie en vigueur dans l'institution²²². Malgré un début d'ouverture sur la question de la sexualité dans les établissements pour personnes âgées, celle-ci reste encore « une réalité peu prise en compte »²²³. Une réflexion plus large sur la place de l'intimité et de la vie privée dans les institutions gériatriques doit être faite. Il est nécessaire également que les établissements déterminent une attitude générale à avoir envers la sexualité des résidents afin que les équipes soignantes puissent bénéficier d'un soutien dans leurs démarches concernant ce domaine. Mc Auliffe et al.²²⁴ parlent d'une politique des soins à assurer. Les institutions doivent aussi obliger les professionnels à « se former pour la promotion de la santé sexuelle » afin qu'ils puissent offrir des soins et un accompagnement de qualité²²⁵. Le rôle des EMS est donc primordial et les directeurs sont aussi les premiers concernés dans la possibilité d'un changement des valeurs et des attitudes par l'apport de connaissances exactes sur la sexualité dans la vieillesse.

Ribes et al.²²⁶ citent Hosam²²⁷ qui donnent quelques pistes très intéressantes et réalisables quant aux possibilités de l'institution gériatrique à favoriser la sexualité des résidents. On retrouve les recommandations suivantes : « autoriser les visites des conjoints et/ou les visites à domicile, favoriser la présence d'animaux de compagnie dans les parties communes afin d'apporter des stimulations sensorielles aux résidents, encourager les opportunités où les résidents se rencontrent et passent du temps ensemble, favoriser les alternatives à l'expression de la sexualité comme les baisers ou se serrer dans les bras et avoir dans l'institution des salons de coiffure et de beauté ». Mc Auliffe et ses collègues²²⁸ énumèrent également la nécessité de

²²² RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gériologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462. P.459

²²³ Ibid.

²²⁴ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

²²⁵ Ibid note 212

²²⁶ Ibid.

²²⁷ HOSAM K. « Sexuality in aging : focus on institutionalized elderly ». Annals of long care. N°9 (5). 2001. Pages 64-72

²²⁸ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

l'aménagement de l'environnement. Celui-ci est en effet souvent mal adapté dans les établissements pour personnes âgées, comme il a été expliqué précédemment et ne répond pas aux besoins de protection de la vie privée.

Roach²²⁹ cite Mulligan et Palguta²³⁰ qui préconisent les chambres calmes, les chambres d'amour²³¹ et la nécessité de faciliter les visites entre résidents ainsi que les visites entre résidents et personnes de l'extérieur, surtout si le partenaire ou le conjoint vit à l'extérieur de l'établissement. Les institutions doivent autoriser et encourager ces échanges. Roach ajoute que la vie privée doit être un droit pour tout résident indépendamment de son degré d'autonomie.

²²⁹ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 378

²³⁰ MULLIGAN T., PALGUTA R.F. « Sexual interest, activity and satisfaction among male nursing home residents ». *Archives of Sexual Behaviour*, n°20, pages 199-204. 1991

²³¹ Chambre(s) présente(s) dans l'établissement pour personnes âgées disponibles pour accueillir les couples qui souhaitent partager des moments d'intimité.

6.4 SYNTHÈSE

L'analyse des huit études et articles révèle une foule d'informations quant aux différents facteurs pouvant influencer la sexualité de la personne âgée vivant en EMS. Cette partie va permettre de relever les points essentiels de l'analyse.

Il semble que même les personnes ayant été actives sexuellement tout au long de leur vie doivent mettre de côté cet aspect de leur existence et de leur identité lors de l'entrée en institution²³². Les établissements pour personnes âgées font souvent peu de place à la sexualité et l'activité sexuelle du résidant semble être un élément de satisfaction de vie ignoré²³³. Des recherches (Spector et al.²³⁴, White²³⁵, Wasow et Loeb²³⁶) ont montré que les sujets âgés institutionnalisés étaient moins actifs sexuellement que les seniors vivant à domicile.

Roach²³⁷ cite Evans²³⁸ qui avait constaté que même si la sexualité est intégrée dans le plan de soins, cela ne veut pas dire qu'on y prête attention et qu'elle est évaluée. Il avait retrouvé dans les annotations des soignants les items « a ses propres dents », « porte des bijoux » et sous la dimension sexuelle : « pas applicable ». Encore une fois, les personnes âgées conservant des besoins sexuels en institution semble faire partie d'une population « oubliée et négligée »²³⁹.

Roach²⁴⁰ a constaté dans sa recherche qu'un milieu favorisant l'autonomie du résidant, le respect de ses droits et ceux des soignants, le respect de sa dignité, sa prise de décisions, son contrôle sur sa propre vie, sa conscience sexuelle de soi, son besoin d'intimité ainsi que des bonnes relations interpersonnelles engendre le résultat d'une vie remplie, équilibrée et d'un meilleur état de santé pour les résidants. De plus, les

²³² SPECTOR I., FREMETH S. « Sexual behaviours and attitudes of geriatric residents in long term care facilities ». *Journal of Sex and Marital Therapy*. N°22 (4). 1996. P. 235-246

²³³ MULLIGAN T., PALGUTA R.F. « Sexual interest, activity and satisfaction among male nursing home residents ». *Archives of Sexual Behaviour*, n°20, pages 199-204. 1991

²³⁴ SPECTOR I.P., CAREY M.P., STEINBERG L. « The sexual desire inventory : development, factor structure, and evidence of reliability ». *Journal of Sex and Marital Therapy*. N°22(3). 1996. P. 175-190

²³⁵ WHITE C.B. « Sexual interest, attitudes, knowledge and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalised aged. *Archives of Sexual Behavior*. N°11(1). 1982. P. 11-21

²³⁶ WASOW M., LOEB M.B. « Sexuality in nursing homes ». *Journal of the American Geriatrics Society*, n°27, pages 73-79. 1979

²³⁷ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 372

²³⁸ EVANS G. « Sexuality in old age : why it must not be ignored by nurses ». *Nursing Times*. N°95(21). 1999. P. 46-47

²³⁹ Ibid note 226

²⁴⁰ Ibid note 227

soignants qui encouragent les résidents à exprimer leur sexualité, qui considèrent les seniors comme des êtres sexués et qui respectent leurs droits ont une meilleure satisfaction dans leur travail²⁴¹. Les pratiques incluant la promotion de l'autonomie et d'un environnement social stimulant, les politiques consensuelles, la relation empathique et authentique amènent à une satisfaction de la relation soignant – résident. Les seniors peuvent exprimer leur sexualité librement et les professionnels répondent à leurs questions. De tels résultats sont donc positifs pour les résidents et pour les soignants.

Au contraire, un milieu de soins rigide qui isole le résident, ne prend pas en compte ses droits et ses besoins, impose ses propres jugements et dans lequel les soignants et les familles sont inconfortables avec la sexualité peut engendrer chez le senior de la détresse, de la dépression, de l'agressivité, de la solitude, de l'isolement, de l'ennui et peut même amener à augmenter des déficits cognitifs²⁴². Malheureusement, les croyances et les stéréotypes des soignants ne sont pas sans effets sur les comportements des personnes âgées envers leur sexualité. D'une manière générale, ces attitudes peuvent provoquer chez le résident une diminution de la qualité de vie, du bien-être, de l'estime de soi et de l'état de santé.

La vision négative du sujet âgé et de sa sexualité est d'avantage présente dans les pays industrialisés et probablement due aux médias qui favorisent la jeunesse, la beauté et la perfection²⁴³. L'apparence physique des personnes âgées ne correspond pas à cet idéal présent dans les représentations de la société concernant l'attractivité sexuelle et cela contribue à soutenir l'incapacité et l'inutilité attribuées aux seniors. Les raisons de la vision de la vieillesse asexuée sont vraisemblablement aussi historiques : la société chrétienne attribue la sexualité à la procréation et les personnes âgées n'en ont donc plus l'utilité. Les professionnels de la santé sont inévitablement touchés par les mythes et stéréotypes qui existent dans la société. Un soignant interrogé par Roach²⁴⁴ lors de sa recherche affirmait : « les jeunes sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles que les personnes âgées. Le principe est qu'on ne le fait pas une fois qu'on est grand-parent ». Les professionnels de la santé sont le produit de leur éducation, de leurs croyances religieuses et culturelles ainsi que de leur expérience de vie. Pour certains, il est plus facile d'ignorer la sexualité ou d'utiliser des mythes pour

²⁴¹ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004.P. 377

²⁴² Ibid p. 374

²⁴³ Ibid.

²⁴⁴ Ibid.

l'éviter. Y faire face, c'est aussi faire face à leur propre sexualité et cela peut être difficile. Cependant, ces représentations ne devraient idéalement pas exister. Roach²⁴⁵ cite Comfort et Dial²⁴⁶ qui affirment que d'accepter l'idée d'une personne âgée asexuée est « insultant ».

Roach cite Kaplan²⁴⁷ qui explique que les sensations sexuelles sont parmi les dernières à se détériorer avec l'âge et restent une source durable de satisfaction « surtout lorsque les plaisirs se font rares ». Ainsi, les professionnels peuvent promouvoir la compréhension de ce phénomène en donnant la possibilité aux résidents de parler de leur sexualité et en encourageant l'acceptation de la sexualité dans les établissements pour personnes âgées.

Enfin, les soignants et les institutions doivent travailler ensemble pour développer un environnement reconnaissant les droits sexuels des résidents, autorisant l'expression sexuelle et offrant une philosophie selon laquelle tous les sujets peuvent être à l'aise avec la sexualité²⁴⁸.

²⁴⁵ Ibid p. 378

²⁴⁶ COMFORT A., DIAL L.K. « Sexuality and aging. An overview ». Clinics in Geriatric Medicine. N°7(1). P. 1-7

²⁴⁷ KAPLAN L. « Sexual and institutional issues when one spouse resides in the community and the other lives in a nursing home ». Sexuality and Disability. N°14. 1996. P. 281-294

²⁴⁸ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». Journal of Advanced Nursing. 48 (4). Novembre 2004.P. 379

7. DISCUSSION

Suite à la lecture des huit études ayant servi à construire l'analyse et à l'écriture de la synthèse, il s'est avéré que de nombreux autres résultats liés à la sexualité de la personne âgée en EMS avaient leur importance. Ceux-ci ne concernent pas directement la question centrale de la recherche mais sont d'utilité considérable pour compléter les résultats de ce travail. En effet, ils ne concernent pas dans un premier temps les soignants ni les EMS mais sont aussi des facteurs influençant la sexualité du résidant. De ce fait, il m'a paru essentiel de les expliquer dans cette partie du travail. Ils permettent d'apporter des connaissances supplémentaires sur la sexualité du sujet âgé, notamment sur d'autres barrières empêchant l'épanouissement sexuel et ouvrent la réflexion sur une dimension plus large. Les soignants doivent en avoir conscience afin de pouvoir offrir des soins de qualité et une prise en charge globale au résidant.

Par la suite, les hypothèses posées au début de cette étude seront vérifiées. Puis ce chapitre permettra également d'évaluer l'ensemble de ce travail. Il reviendra sur les différentes étapes qui le constituent et la validité de la recherche sera mesurée. L'atteinte des objectifs de la recherche présentés au début de ce mémoire sera également évaluée.

7.1 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES À LA RECHERCHE

Les facteurs influençant la sexualité des résidants en lien avec les professionnels et les EMS ressortis dans l'analyse sont : le manque d'intimité, l'attitude des soignants et la philosophie en vigueur dans l'institution. Cependant, lors de la lecture et de l'analyse des huit études retenues, de nombreux autres facteurs influençant la sexualité des résidants sont ressortis : le manque de partenaire surtout pour les femmes, la pathologie mentale, la pathologie physique, l'attitude des membres de la famille, les effets iatrogènes des médicaments, le sentiment pour la personne âgée de ne pas être attractif physiquement, la dysfonction érectile chez l'homme, la dyspareunie chez la femme²⁴⁹. Ces facteurs sont également à prendre en compte et montrent d'autres aspects influençant la sexualité des personnes âgées.

²⁴⁹ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P. 461

7.1.1 LIMITES IMPOSÉES PAR LES MÉDICAMENTS ET LA CHIRURGIE

Hazif-Thomas et al.²⁵⁰ expliquent les effets iatrogènes des médicaments et de la chirurgie sur la sexualité du sujet âgé. En effet la polymédication de la personne âgée en raison des polyopathologies, les traitements antidépresseurs, les traitements anxiolytiques comme les benzodiazépines, les traitements pour la maladie de Parkinson et les neuroleptiques ont tous des effets secondaires possibles sur le fonctionnement sexuel. Les auteurs disent à ce sujet que « le coup du bien-être psychique n'est pas seulement économique, il est aussi sexuel ». Quant à la iatrogénie chirurgicale, elle implique une atteinte à l'image corporelle qui peut être difficilement vécue. Le corps non identifiable pour la personne comme par exemple lors d'une mastectomie peut engendrer un manque d'amour pour soi, un manque de tendresse, et une baisse du temps consacré à son corps. D'autres chirurgies comme l'hystérectomie ou la prostatectomie peuvent également engendrer des dysfonctions sexuelles comme les douleurs lors du coït chez la femme ou les troubles érectiles chez l'homme. Puis les infarctus myocarde ou les pathologies tumorales peuvent rendre également difficile la continuation des relations sexuelles. Les soignants doivent donc avoir des connaissances précises sur ces types de iatrogénie influant sur la sexualité du sujet âgé et doivent évaluer les situations de soins selon les nécessités, informer les résidents et être à leur écoute.

7.1.2 LIMITES IMPOSÉES PAR LES FAMILLES

Les attitudes des familles des personnes âgées ont la plupart du temps des influences considérables sur la sexualité de leur parent. En effet le résident en EMS est au centre de la triangulation « institution – soignants – famille » abordée dans le cadre théorique. Le déficit du sujet âgé d'assurer sa sexualité et de répondre à ses besoins sexuels est entre ses propres mains, celles de sa famille, des soignants et de l'institution. Cependant les enfants de personnes âgées qui conservent de l'intérêt pour le sexe opposé peuvent manifester des réactions négatives²⁵¹. D'autres semblent permissifs

²⁵⁰ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P.
« Iatrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP.
La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. P.406

²⁵¹ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». Sexologies. N° 17. 2008. P. 195

quant aux comportements sexuels²⁵². Ceux qui acceptent mal la sexualité de leur parent sont les enfants les plus âgés et les plus religieux. La difficulté pour les familles d'accepter la sexualité de leur parent réside beaucoup dans la relation parent - enfant. Il est en effet pénible de penser à la dimension sexuée de son père ou de sa mère ou de ses grands-parents²⁵³. De ce fait, les familles sont facilement fermées aux questions d'ordre sexuel.

Hazif-Thomas et al.²⁵⁴ relatent la surprotection dont font preuve certains enfants de personnes âgées. En effet, il arrive que les enfants refusent à leur parent ou grand-parent la prise de risque dans le but de les protéger et ne leur laissent par exemple pas prendre le train seul. Ils entravent ainsi à leur liberté et ces attitudes renvoient aux comportements d'infantilisation. Les auteurs abordent aussi la difficulté des familles à accepter le divorce et le remariage qui sont vécus comme de réels interdits, comme une « réalité contre nature ». Ribes et al.²⁵⁵ expliquent que souvent les familles attendent de leur parent âgé veuf qu'il se résigne à la solitude. Elles lui demandent de rester « fidèle au passé même si son conjoint est décédé depuis de nombreuses années » et il doit se contenter des relations avec la famille. Le remariage peut être vécu comme une trahison ou une concurrence qui risque de « déstructurer » la famille. Le parent âgé qui recommence une relation nouvelle dans la vieillesse peut être vu comme marginal.

Hazif-Thomas et al.²⁵⁶ ajoutent encore que certains enfants qui ont peur de vieillir, qui n'ont aucune connaissance sur l'évolution de la sexualité et de l'intimité dans la vieillesse et qui la voient comme un tabou croient au « trou représentationnel ». Celui-ci fait référence à la croyance qu'il n'y a plus de sexualité après 50 ans. Il n'y a donc plus de perception complète de l'autre et un manque de compréhension. Ribes et al.²⁵⁷ affirment que fréquemment les enfants sont les « pires censeur » envers la sexualité des parents âgés. Cette censure est cependant à l'origine « de craintes, d'ignorance,

²⁵² POULIN N. « Etude comparative entre l'attitude vis-à-vis la sexualité de leurs parents de plus de 65 ans vivant seul ou mariés et l'attitude de ces parents face à leur propre sexualité ». UQAM. Département de psychologie. Mémoire de maîtrise. Montréal. 1988

²⁵³ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». Sexologies. N° 17. 2008. P. 195

²⁵⁴ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Introgénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. P.409

²⁵⁵ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008.P. 460

²⁵⁶ Ibid note 244, p. 409

²⁵⁷ Ibid note 245, p. 461

de représentations erronées ». Hazif-Thomas et al. rapportent que les personnes âgées qui osent s'opposer et gardent leur autonomie ainsi qu'une adaptation entre « amour de soi » et « amour de l'autre » constituent une projection positive pour les enfants dans leur propre vieillesse et contribuent à une bonne estime de soi et à de la confiance, ce qui représente un besoin positif pour les enfants. Ribes et al. citent Hosam²⁵⁸ qui donnent des pistes pour les soignants et les familles. Les professionnels peuvent en effet aider à enrichir les connaissances des familles en ce qui concerne les attentes sexuelles et affectives des résidents. Ils peuvent également encourager les proches aux contacts physiques comme les caresses, se tenir dans les bras et s'embrasser lors des visites.

7.1.3 LIMITES IMPOSÉES PAR LA PERSONNE ÂGÉE ELLE-MÊME

En s'intéressant aux restrictions à la sexualité du sujet âgé, il convient également de prendre en compte les caractéristiques des résidents eux-mêmes. Dupras²⁵⁹ avait interrogé des personnes âgées vivant en EMS par le biais d'entretiens semi-structurés. Les résultats montraient que les résidents estimaient que l'interdit sexuel dans les institutions résultait d'un sentiment de peur chez les soignants et les résidents eux-mêmes. Certains résidents craignaient que la sexualité entraîne des conflits entre soignants et personnes âgées, entre conjoints ou entre résidents. Ils craignaient aussi que l'activité sexuelle mette en danger leur santé physique souvent déjà fragile. Mis à part les craintes éprouvées à l'égard de la sexualité, d'autres facteurs concernant les résidents peuvent contribuer à limiter leur activité sexuelle. Nous avons vu dans la partie concernant les attitudes vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées que c'était principalement les personnes âgées elles-mêmes qui étaient les plus restrictives envers leur propre sexualité. Ce fait constitue ainsi une autre limite à la sexualité en EMS et les personnes âgées se l'imposent elles-mêmes. Les attitudes de la majorité des seniors sont plus conservatrices que celles des soignants. Cette majorité pense qu'une vie sexuelle active n'est pas correcte à leur âge et une minorité seulement a rapporté des attitudes favorables à l'égard de leur sexualité. Les soignants peuvent

²⁵⁸ HOSAM K. « Sexuality in aging : focus on institutionalized elderly ». *Annals of long care*. N°9 (5). 2001. Pages 64-72

²⁵⁹ DUPRAS A. « Sexualité et vieillissement. L'interdit sexuel dans une institution hospitalière pour personnes âgées ». Ed. Méridien. Montréal. 1989. Pages 225-235

aider la personne âgée à adopter une vision positive de sa sexualité et l'aider à chasser ses peurs et ses idées fausses²⁶⁰.

Hazif-Thomas et ses collègues²⁶¹ ont posé la question suivante : « Comment parler de sexualité et d'amour quand on est âgé et que la maladie ajoute au poids culturel son lot de handicaps et d'atteinte à l'image de soi ? » On comprend au travers de cette interrogation la complexité de la dimension sexuelle chez le senior. Non seulement les soignants et les institutions sont restrictifs envers la sexualité du résidant, mais aussi le vieillissement lui-même, la maladie, les handicaps et le poids des représentations.

La personne âgée est inévitablement touchée par les mythes et les tabous concernant sa sexualité. Ribes et al. citent Felstein²⁶² qui a identifié cinq croyances répandues qui justifient que la sexualité ne concerne plus les sujets âgés : la sexualité sert à la procréation ; la tension sexuelle se manifeste en réponse à l'attrait physique ; la tension sexuelle est maximale chez les jeunes gens et disparaît chez les personnes âgées ; on aime lorsqu'on est jeune ; la vieillesse se réfère au temps des incapacités. Les seniors, qui subissent ces mythes pour la majorité, peuvent être amenés à s'interdire la sexualité. Celle-ci est considérée comme marginale et « les aînés feraient preuve d'autocensure ». La société exerce sur eux une pression suffisamment grande qui les pousse à l'évitement de la sexualité. Mc Auliffe et al.²⁶³ rapportent que non seulement les soignants mais aussi les personnes âgées elles-mêmes ont des connaissances trop faibles sur la sexualité dans l'âge avancé. L'éducation et la formation des seniors sont donc aussi nécessaires.

7.1.4 LIMITES IMPOSÉES PAR LA VIEILLESSE

Les difficultés liées à l'âge et au vieillissement sont également un important facteur ayant un impact sur la sexualité. Elles regroupent l'atteinte à l'image de soi et à l'identité, les deuils, la solitude et le manque de disponibilité de partenaires. Hazif-

²⁶⁰ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. P.412

²⁶¹ Ibid p.406

²⁶² FELSTEIN I. « Sex in later life ». Ed. Penguin Books. Baltimore. 1973. 144 pages

²⁶³ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

Thomas et al.²⁶⁴ expliquent le sentiment d'inutilité attribué au sujet âgé lié à la place de celui-ci dans la société. Les personnes âgées ne retrouvent parfois pas d'identification à la sexualité comme les jeunes et cela peut les décourager. Il peut en résulter un évitement de la sexualité ainsi qu'un repli sur soi, de la démotivation et l'abandon de recours à des modes de défense. Des discours « normatifs et moralisateurs » peuvent apparaître chez le sujet âgé : « il faut se contenter de tendresse (obligatoire) car l'acte sexuel n'est plus réaliste ».

De manière générale, les personnes âgées se plaignent peu de leurs problèmes sexuels et la honte est présente. Elles peuvent ainsi rester seules face à cette impuissance et peuvent tomber dans la dépression. Parfois les troubles sexuels sont vécus avec honte. Ce sentiment peut aussi engendrer de la démotivation, un évitement de l'épreuve sexuelle pour ne pas être face à un échec, à une expérience redoutée. Les auteurs ajoutent que la « règle d'or » face à ces problèmes est de s'exprimer au lieu de souffrir en silence. Il faut sortir la personne âgée de sa résignation et de son indifférence. Les soignants en institution peuvent aider des résidents en difficulté. Les craintes de nombreux seniors sont l'isolement et l'appauvrissement de la vie relationnelle. Les couples mariés ont en effet une espérance de vie plus longue que les personnes seules ainsi qu'une meilleure qualité de vie. Il est donc important de valoriser le couple dans la vieillesse et de favoriser la stimulation des vieux jours affectivement, intellectuellement et sexuellement. Les soignants peuvent encourager les rapprochements entre résidents dans les EMS afin de leur permettre l'accès au plaisir.

7.2 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Il s'agit ici de vérifier les hypothèses posées en début de travail et de savoir si elles correspondent aux résultats trouvés lors de la recherche.

7.2.1 PREMIÈRE HYPOTHÈSE

« Un milieu de soins favorisant le dialogue aide le client dans son épanouissement sexuel. »

²⁶⁴ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P.
« Latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP.
La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. P. 408

Il semble que cette hypothèse est correcte et transférable à la réalité du terrain. Les études retenues pour l'analyse de la question de recherche ont répondu positivement à ma supposition. En effet les professionnels ouverts à la question de la sexualité du résidant en EMS, à l'écoute de ce dernier et facilitant la communication aident le senior à exprimer ses désirs, ses besoins et/ou ses problèmes. Cela peut ainsi lui permettre de s'épanouir dans sa sexualité. Cependant cette affirmation n'est pas non plus inébranlable. Il se peut que malgré un milieu favorisant le dialogue, le résidant ne soit pas épanoui sexuellement. Puisque les soignants et le milieu de vie ne sont pas les seuls facteurs pouvant influencer l'épanouissement sexuel du résidant en EMS, il se peut que ce dernier soit empêché par d'autres facteurs tels que l'état de santé ou le manque de partenaire.

7.2.2 DEUXIÈME HYPOTHÈSE

« Les représentations des soignants sur la sexualité des personnes âgées influencent les attitudes et les comportements sexuels des résidents. »

Cette hypothèse est confirmée par les résultats des études sélectionnées pour l'analyse. Les soignants sont inévitablement touchés par les mythes et stéréotypes existant dans la société et certains développent des attitudes négatives envers la vieillesse et la sexualité. Les résidents en EMS subissent parfois ces représentations par les comportements des soignants qui peuvent réagir de manière inappropriée face à des situations en lien avec la sexualité. Il serait à vérifier s'il arrive que des personnes âgées aient le pouvoir de résister à ces mythes ou aux attitudes négatives de l'entourage. Les études analysées dans ce travail et les autres références qui ont été lues rapportent toutes l'influence négative qu'ont les représentations des soignants sur les seniors et aucune ne relate d'autres résultats. Cependant l'étude de Hazif-Thomas et al. explique que certaines personnes âgées osent s'opposer aux limites imposées par leurs enfants qui leur interdisent le remariage et que cette preuve d'autonomie de la part des seniors avait des résultats positifs sur la projection des enfants dans leur propre vieillesse. Pourrait-il en être de même dans une relation soignant – soigné ?

7.2.3 TROISIÈME HYPOTHÈSE

« La philosophie de soins ou le type d'EMS influence les attitudes et les comportements sexuels des résidants. »

Cette hypothèse se confirme au travers des résultats obtenus lors de l'analyse. Les réponses à cette supposition ressortent sous différents aspects. En premier, le milieu dans lequel vit la personne âgée influence sur ses possibilités, ses désirs, ses attitudes et ses comportements²⁶⁵. Le facteur du milieu de vie est un déterminant de base. En EMS, le résidant doit respecter les règles institutionnelles et s'y plier. Puis les différents types d'établissements ont leur propre philosophie et leurs représentations de la sexualité du sujet âgé. Comme l'ont décrit Rathé et al.²⁶⁶ il existe des institutions conformistes, progressistes et avant-gardistes. Selon le degré de tolérance, le résidant peut s'autoriser ou non l'expression de sa sexualité. Ce postulat semble être incontestable car la personne âgée en EMS n'est pas seule à prendre les décisions pour sa vie et ne vit pas seule. Elle est inévitablement dans l'obligation de s'adapter à des règles sociales et institutionnelles et doit prendre en compte les avis des autres résidants, des soignants, de l'établissement et de sa famille lorsqu'elle fait des choix.

7.3 VALIDITÉ INTERNE DE LA RECHERCHE

Cette partie permet d'évaluer la cohérence qui doit exister entre les différentes parties constituant cette recherche. En d'autres mots, il s'agit d'évaluer la procédure méthodologique utilisée. Pour cela il a été nécessaire de prendre une certaine distance au travail fourni et d'y porter un regard critique. Le choix du thème de recherche est évalué, ainsi que l'échantillon, la méthodologie, la qualité de l'analyse et l'atteinte des objectifs de la recherche.

²⁶⁵ DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. N° 17. 2008. Pages 190-198.

²⁶⁶ RATHE C., LAUZON J., FILION M. « Rapport d'un sondage mené auprès des administrateurs et du personnel de centre d'accueil ». In Plouffe L., Plamondon L. *Sexualité et vieillissement*. Ed. du Méridien. 1989. P. 111-121.

7.3.1 CHOIX DU THÈME DE RECHERCHE ET CONSTRUCTION DU CADRE THÉORIQUE

Le thème choisi pour cette recherche initiale est pertinent. La problématique est tout à fait réelle et d'actualité. La sexualité des personnes âgées en EMS est encore très taboue aujourd'hui, même si cette dimension de la vie commence à être intégrée dans certaines institutions et que les soignants essaient d'y répondre. Il est bien établi que les représentations existant à ce sujet sont encore bien visibles dans la société et que les soignants et les institutions les véhiculent également. Leur influence négative sur les résidents est prouvée et les personnes âgées en souffrent. Les seniors doivent pouvoir s'exprimer librement sur la question et si cela est possible la qualité de vie est améliorée. Les soignants manquent de connaissances sur la sexualité des personnes âgées et les formations sont nécessaires. Un nombre considérable de recherches existe sur la sexualité des seniors mais il existe peu de littérature sur la perception des professionnels en EMS de la sexualité des résidents²⁶⁷. D'avantage de recherches sont encore indispensables mais surtout la construction de projets et l'intégration du problème dans la pratique professionnelle.

Quant à la construction du cadre théorique, elle a été une des tâches les plus conséquentes de ce travail de recherche. Elle a nécessité de nombreuses lectures et le choix pertinent des concepts à cibler. Ceux-ci semblent être pertinents et fiables car ils ont permis l'élaboration de l'analyse et l'obtention des résultats. Cependant, j'ai constaté que la relation soignant – soigné aurait pu être d'avantage développée.

7.3.2 MÉTHODOLOGIE

Les outils méthodologiques utilisés pour l'obtention des résultats de cette recherche semblent être appropriés et de qualité. La collecte des études à retenir s'est effectuée sur des banques de données reconnues. Celles-ci sont professionnelles et ont été conseillées par les enseignants lors des cours de méthodologie suivis durant la formation. En ce qui concerne la revue de la littérature de ce travail en général, il semble que les références sont fiables et professionnelles également. En effet, les sources retenues ont été retrouvées dans les études et les articles sélectionnés qui citaient régulièrement les mêmes auteurs. Cependant la bibliographie retenue pour ce travail n'est de loin pas exhaustive et il est possible que des études très intéressantes

²⁶⁷ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004.P. 379

aient été manquées. Il est arrivé aussi que lors de la collecte des données des recherches attrayantes aient été trouvées mais l'accès à celles-ci était impossible.

En lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion, il a été tout à fait réaliste d'exclure de la recherche les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ou démentiels. En effet, cette population concerne une toute autre problématique. L'intérêt porté sur les résidents en EMS ayant leur capacité de discernement a permis de préciser la recherche et de la cadrer sans se disperser.

7.3.3 ANALYSE

L'analyse des études et articles a permis de répondre à la question centrale de recherche. Cette partie du travail a révélé une quantité d'information vaste et intéressante. Il n'a pas été simple de trier les données obtenues, de les organiser et de les classer. De plus, l'information trouvée était très dense et de nombreux autres facteurs influençant la sexualité de la personne âgée ont été identifiés. Il a fallu cibler les données les plus fiables et mettre de côté les autres aspects du problème. Or, une fois cette tâche ardue dépassée, il a été intéressant de construire ce chapitre qui a permis d'aborder la question sous différentes formes et d'en avoir une vision globale. L'analyse thématique a été utile : elle a permis de diviser les grands thèmes en sous thème et d'organiser cette partie du travail.

7.3.4 ATTEINTE DES OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les résultats obtenus lors de l'analyse des données m'ont permis de répondre aux différentes questions posées en début de travail. Ils me permettent également d'évaluer l'atteinte des objectifs de recherche posés en début de ce travail.

Les objectifs de recherche ont en grande partie été atteints. Les représentations des professionnels de la santé sur la sexualité des personnes âgées ont été identifiées et l'origine de leurs comportements a pu être déterminée. L'influence de ces représentations sur les seniors a également pu être ciblée ainsi que les moyens dont peuvent disposer les soignants et les attitudes qu'ils peuvent adopter pour permettre à la personne âgée de se sentir libre d'exprimer sa sexualité. La nécessité d'intégrer la sexualité dans l'anamnèse infirmière et médicale a pu être évaluée et prouvée. Les

comportements, les besoins et les problèmes sexuels des personnes âgées en EMS ont pu être identifiés. Plusieurs éléments ont été cernés, comme le besoin de contact, les caresses, les attouchements, la masturbation, le besoin d'amour, etc. Cependant la recherche s'est davantage axée sur les comportements des soignants envers la sexualité du sujet âgé et les besoins de ces derniers reconnus par les professionnels sont ressortis. Mais peu d'éléments dans les études et articles ont permis de savoir quels étaient les besoins réels et spécifiques des seniors en EMS.

7.4 VALIDITÉ EXTERNE DE LA RECHERCHE

La validité externe d'une recherche renvoie à la possibilité de transférer les résultats obtenus à l'ensemble de la population ou à d'autres contextes que celui qui a constitué la recherche. Cette revue de la littérature s'est appuyée sur les résultats de différentes études et articles, deux ayant représenté des recherches empiriques, trois des revues de la littérature et trois autres des articles de revues scientifiques dont un consistait en un compte rendu de congrès. Après comparaison de tous ces résultats, il est ressorti que l'ensemble des documents retenus diffusait des informations homogènes. La cohérence qui règne dans ces résultats peut supposer une généralisation de ces derniers. De plus, ils sont issus de contextes différents, notamment de part leur origine géographique, et offrent des résultats similaires. Rappelons les divers pays concernés : la France, l'Australie, le Canada et la Suède. De plus, les autres études, articles et ouvrages utilisés dans l'ensemble de ce travail qui proviennent des Etats-Unis, de France, du Canada et de Suisse rapportent également des résultats semblables à ceux des documents retenus pour l'analyse. De ce fait, il semble pouvoir être possible de généraliser les résultats obtenus à différents pays et contextes, notamment aussi à la Suisse. Une étude empirique²⁶⁸ concernant la Suisse a été trouvée lors de cette revue de la littérature et elle montre également des résultats similaires à tous les autres documents utilisés pour ce travail.

7.4.1 PISTES POUR LA SUISSE

Cependant les revues de la littérature, bien qu'elles soient de toute utilité et pertinence car elles apportent le savoir nécessaire à la pratique, ne sont pas suffisantes pour la

²⁶⁸ HEDIGUER S. « La sexualité des personnes âgées : entre représentations et prise en charge, les mots des soignants ». Mémoire de fin d'études. Genève. 2006. 145 pages

recherche. Des études empiriques sont encore nécessaires en Suisse afin de connaître et de comprendre la sexualité des personnes âgées en EMS. L'intégration de la sexualité dans la pratique soignante auprès des personnes âgées a déjà été démontrée en Suisse par l'ASI qui offre dans son livret de soins et d'accompagnement à la personne âgée des moyens d'intégrer cette dimension de l'existence dans la pratique et des attitudes professionnelles à avoir. Or, il semble encore nécessaire d'aborder davantage le sujet chez les soignants travaillant auprès des seniors et de développer les formations afin de faire lever les tabous qui règnent encore et d'améliorer la qualité des soins.

8. CONCLUSION

La question de la sexualité reste encore aujourd'hui associée à une idée taboue. « Les représentations sociales ont construit psychiquement un interdit de penser et d'échanger sur la sexualité »²⁶⁹. Lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité de la personne âgée, les mythes et stéréotypes qui y sont reliés compliquent encore d'avantage l'ouverture du dialogue. Il en résulte la souffrance des personnes âgées déjà affectées par les pertes liées au vieillissement, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales. Il ne leur reste plus grand-chose mis à part le besoin d'échanges, d'affection et de tendresse qu'ils pourraient partager entre eux. Un soignant interrogé par Roach²⁷⁰ a affirmé : « Tout le monde, tout le monde dans les institutions, peu importe combien de visites de la famille, est seul. Ils pleurent pour l'amour, c'est ce qu'ils veulent. »

Hazif thomas et al :²⁷¹ citent Merleau-Ponty²⁷² pour insister sur l'importance de la sexualité dans la vie humaine: « la sexualité est ce qui fait qu'un homme a une histoire. Un homme sans main ou sans système sexuel est aussi inconcevable qu'un homme sans pensée ». Les auteurs ajoutent :la « sexualité dans l'âge avancé : une idée folle, demens idea ? » En effet, notre société occidentale peut être considérée comme restrictive face à la sexualité des personnes âgées²⁷³. Il semble en effet que dans d'autres cultures, en Asie par exemple, la sexualité des seniors soit d'avantage tolérée. De plus, la sexualité permet d'avoir une représentation positive de soi au niveau psychique. Sur le plan biologique, il est connu que l'orgasme met tout le corps en éveil, du cerveau aux muscles, et que l'endorphine contribue à la prévention du vieillissement²⁷⁴.

²⁶⁹ THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». *Gérontologie et Société*. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137.

²⁷⁰ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4). Novembre 2004. P. 377

²⁷¹ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP. *La revue de gériatrie*. Volume 27. N° 6. 2002. P.412

²⁷² MERLEAU-PONTY M. « Phénoménologie de la perception ». Ed Gallimard. Paris. 1945. 537 pages

²⁷³ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». *La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. P. 461

²⁷⁴ Ibid note 261, p. 408

Mc Auliffe et al.²⁷⁵ insistent sur la nécessité de la prise en compte de la sexualité dans l'âge avancé : une approche holistique est nécessaire car « la personne âgée est plus que son âge et sa maladie, elle est un être avec des besoins et une histoire de vie ».

De plus, le vieillissement de la population implique une adaptation nécessaire de la société quant aux besoins des personnes âgées. La révolution sexuelle touchera aussi les sujets âgés qui ont eu une vie sexuelle plus libérée et plus gratifiante²⁷⁶. Roach²⁷⁷ va dans le même sens en parlant de l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant probablement été éduquées à une époque de sexualité relativement libérée. Elle explique que cette population peut contribuer à la continuation de ce processus positif envers la sexualité de la personne âgée. De plus, l'augmentation des exigences des seniors de demain par rapport au standard de vie et à la politique peut les aider à obtenir cette libération sexuelle dans l'âge avancé. Il y a là un impact direct sur le système de soins à la personne âgée à un niveau national et cela va amener à soutenir les droits des résidents en institution. Celles-ci étant responsables légalement et éthiquement vont devoir reconnaître ces droits humains fondamentaux. De plus, il semble que lorsqu'il s'agit d'exigences financières, il risque d'y avoir un changement.

Roach²⁷⁸ termine avec une affirmation intéressante : « nous avons tous besoin d'avoir un regard sur le futur, de nous demander ce que nous attendons pour notre propre vieillesse et de réaliser que les désirs des personnes âgées en institution ne sont certainement pas différents des nôtres ».

8.1 EVALUATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Arrivant au terme de ce mémoire de fin d'études, les objectifs d'apprentissage posés en début de travail peuvent maintenant être évalués.

Les objectifs ont globalement été atteints. Cette recherche m'a en effet permise d'acquérir des connaissances professionnelles en lien avec le thème choisi. Les

²⁷⁵ MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Vol. 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75

²⁷⁶ HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Introgénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSF. La revue de gériatrie. Volume 27. N° 6. 2002. P.414

²⁷⁷ ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». Journal of Advanced Nursing. 48 (4). Novembre 2004. P. 378

²⁷⁸ Ibid p. 379

concepts nécessaires à l'élaboration du cadre théorique ont pu être ciblés, définis et développés. Des capacités d'analyse et de synthèse ont pu être acquises en comparant les résultats, en les mettant en relation ou en les distinguant et en résumant l'information.

La recherche de données sur Internet a pu être mise à l'épreuve et les banques de données professionnelles et fiables ont été utilisées et maîtrisées. Les résultats obtenus ont pu être évalués et critiqués. Dans l'ensemble, un esprit critique nécessaire dans la recherche scientifique a pu être démontré.

Cependant, même si ces objectifs sont généralement atteints, je ne peux pas avoir la prétention d'affirmer que mes compétences en recherche et en méthodologie soient de niveau très élevé. De plus, j'ai rencontré certaines difficultés lors de la construction de ce travail. En effet, ce travail représente ma première expérience. Malgré tout, j'ai pu m'initier à la recherche scientifique en soins infirmiers.

8.2 BILANS PERSONNELS

Il s'agit dans cette section de faire des bilans personnels quant à l'élaboration complète de ce travail de recherche en faisant le point sur ses apports personnels. J'expliquerai ainsi les facilités et difficultés rencontrées lors de la construction de ce mémoire.

8.2.1 FACILITÉS RENCONTRÉES

La grande facilité lors de l'élaboration de ce travail fut sans aucun doute l'immense intérêt porté au thème choisi. J'ai toujours porté un intérêt particulier envers les personnes âgées, admirant leurs histoires de vie et leur sagesse parfois. Ayant fait l'expérience de travailler en EMS, j'ai pu personnellement constater des lacunes chez les soignants au niveau de la prise en charge de la dimension sexuelle des résidents. Dès lors, la motivation de comprendre ce problème a vu le jour et celle d'en réaliser un sujet de recherche. Cet intérêt a donc été un moteur important pour l'élaboration de ce travail.

La construction du cadre théorique a certainement été la partie la plus simple à réaliser. Une fois les concepts identifiés, il a été relativement facile de chercher l'information nécessaire et de la développer.

Finalement, le soutien dont j'ai bénéficié afin d'élaborer cette recherche m'a largement facilité la tâche. J'ai pu être guidée et conseillée et ce cadre m'a permis de structurer mon travail.

8.2.2 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La construction de ce travail fut globalement très laborieuse. Étant une première expérience en recherche, il a été difficile de savoir quel devait être le résultat précis attendu. Tout au long de la réalisation, l'incertitude et l'ambiguïté ont été présentes. Il m'a parfois fallu du temps pour comprendre enfin quelle ligne directrice et quelle structure je devais tenir.

L'analyse fut certainement la tâche la plus ardue de ce travail. Les informations recueillies étaient très nombreuses et le tri a été difficile. Le tableau d'analyse m'a sans doute permis d'organiser les données mais malgré cela elles n'étaient encore pas simples à classer. La recherche des huit études et articles a été complexe elle aussi. La quantité infinie de données sur Internet implique beaucoup de temps et d'acharnement. Malgré la possibilité de mettre des limites à la recherche, les résultats sont encore nombreux et le tri est complexe.

8.3 BILANS PROFESSIONNELS

Cette recherche m'a apporté énormément de richesse quant à mes connaissances professionnelles. J'ai eu l'occasion d'approfondir les différents concepts choisis et d'apprendre beaucoup sur les nombreux thèmes abordés. L'analyse a permis de comprendre certains comportements soignants ainsi que la nature humaine de ceux-ci et surtout la nécessité d'avoir des connaissances larges et globales dans le domaine professionnel dans lequel on exerce. La nécessité d'approfondir un sujet comme il a été demandé dans ce travail me permet également de prendre conscience de la complexité des situations de soins.

L'implication dans une recherche a été un élément de grande motivation quant au désir de continuer à m'impliquer dans ce domaine et d'utiliser des résultats probants dans ma pratique au quotidien.

Enfin, j'espère que ce travail pourra apporter un savoir dans le domaine des soins à la personne âgée, en Valais, en Suisse ou ailleurs afin d'améliorer la prise en compte des besoins des personnes âgées.

9. BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET OUVRAGES

BADEY-RODRIGUEZ C. « La vie en maison de retraite ». Ed. Albin Michel. 2003. 245 pages

BUTLER R.N., LEWIS M.I., SUNDERLAND T. « Aging and mental health : positive psychological and biomedical approaches ». Ed. Macmillan. New York. 1991. 608 pages

DÉLIOT C., CASAGRANDE A. « Vieillir en institution. Témoignages de professionnels, regards de philosophes ». Ed. John Libbey Eurotext. Montrouge. 2005. 176 pages

DIAMANT-BERGER F., KERANGALL C. « Les personnes âgées. Pour une prise en charge globale ». Collection Soins Infirmiers. Ed. Masson. Paris. 2000. 164 pages

DUPRAS A. « Sexualité et vieillissement. L'interdit sexuel dans une institution hospitalière pour personnes âgées ». Ed. Méridien. Montréal. 1989. Pages 225-235

DUPRAS A., LEVY J., SAMSON J.-M. « Sexualité et vieillissement. L'opinion des Québécois(es) à l'égard de la sexualité des personnes âgées ». Ed. Méridien. Montréal. 1989. P. 207-223.

FREUD S. « Trois essais sur la théorie sexuelle ». Ed. Gallimard. 2003. 211 pages

GUIMELLI C. « La pensée sociale ». Ed. Que sais-je ? Paris. 1999. 127 pages

GAUNTLETT BEARE P., STANLEY M. « Soins infirmiers en gériatrie. Vieillesse normale et pathologique ». Ed. De Boeck. 2005. 544 pages

HAMMOND D.B. « My parents never had sex. Prometheus Books. Buffalo, New York. 1987. 125 pages

HEDIGUER S. « La sexualité des personnes âgées : entre représentations et prise en charge, les mots des soignants ». Mémoire de fin d'études. Genève. 2006. 145 pages

HOLSTENSSON L., RIOUFOL M.-O. « Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution. Le savoir et le « comment faire » face à un tabou ». Masson. Paris. 2000. 97 pages

LOISELLE CARMEN G., PROFETTO-McGRATH JOANNE. « Méthodes de recherche en sciences infirmières Approches quantitatives et qualitatives ». Ed. du Renouveau Pédagogique. Québec : ERPI. 2007. 591 pages

MANOUKIAN A. « Les soignants et les personnes âgées ». Ed. Lamarre. Rueil-Malmaison. Collection Pratique. 2004. 165 pages

MARIEB E. « Anatomie et physiologie humaines ». Ed. De Boeck Université. 1999. 1194 pages

MASTERS W.H., JOHNSON V.E. « Les réactions sexuelles ». Ed. Robert Laffont. Paris. 1976. 382 pages

MERLEAU-PONTY M. « Phénoménologie de la perception ». Ed Gallimard. Paris. 1945. 537 pages

PENAPHIEL M. « Attitudes et connaissances des intervenants(es) par rapport à la sexualité des personnes du troisième âge ». In : Plouffe L., Plamondon L. Sexualité et vieillissement. Ed. du Méridien. Montréal. 1989. P. 193-205

QUINODOZ D. « Vieillir : une découverte ». Ed. Presses Universitaires de France. Paris. 2008. 303 pages

RATHE C., LAUZON J., FILION M. « Rapport d'un sondage mené auprès des administrateurs et du personnel de centre d'accueil ». In Plouffe L., Plamondon L. Sexualité et vieillissement. Ed. du Méridien. 1989. P. 111-121

STRYCKMAN J. « Le veuvage, le remariage et la sexualité : une étude dans la région du Québec. » In : Lévy J.J., Dupras A. La sexualité au Québec. Perspectives contemporaines. Ed. IRIS. Longueuil. 1981. P. 134-142

VEZINA J., CAPPELIEZ Ph., LANDREVILLE Ph. « Psychologie gériatrique ». Ed. Gaëtan Morin, Montréal. 1994. 443 pages

ARTICLES

AJA A., SELF D. « Alternate methods of changing nursing home staff attitudes toward sexual behavior of the aged ». *Journal of Sex Education and Therapy*, n°12. 1986.

Pages 37-41

BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». *Revue Soins*. N°652. Février 2001. P. 40-43

COMFORT A., DIAL L.K. « Sexuality and aging. An overview ». *Clinics in Geriatric Medicine*. N°7(1). P. 1-7

DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ».

Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105

DUPRAS A. « Le tabou d'incentre ou la politique de l'interdit sexuel dans un centre hospitalier de soins prolongés ». *Service social*. 35 (3). 1986. P. 457-474.

DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». *Sexologies*. Numéro 17. 2008. Pages 190-198

HOSAM K. « Sexuality in aging : focus on institutionalized elderly ». *Annals of long care*. N°9 (5). 2001. Pages 64-72

KAAS M.J. « Sexual expression of the elderly in nursing homes ». *The Gerontologist*, n°18. 1978. Pages 372-378

KAPLAN L. « Sexual and institutional issues when one spouse resides in the community and the other lives in a nursing home ». *Sexuality and Disability*. N°14. 1996. P. 281-294

KASSEL V. « Long-term care institutions ». *Sexuality in the later years : Roles and behavior*. Academic Press, New York. 1983. Pages 167-184

MC CARTNEY J., ROGERS D., COHEN N. « Sexuality and the institutionalised elderly ». *Journal of the American Geriatrics Society*. N°35. 1987. P. 331-333

MULLIGAN T., PALGUTA R.F. « Sexual interest, activity and satisfaction among male nursing home residents ». Archives of Sexual Behaviour. N°20. 1991. Pages 199-204

RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. « Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462

ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». Journal of Advanced Nursing. 48 (4). Novembre 2004. P. 371-379

SZASZ G. « Sexual incidents in an extended care unit for aged men ». Journal of the American Geriatrics Society, n°31. 1983. Pages 407-411

WASOW M., LOEB M.B. « Sexuality in nursing homes ». Journal of the American Geriatrics Society. N°27. 1979. Pages 73-79

WISARD M., WIRTHNER D. « Sexualité des seniors. Aspects d'un sujet tabou ». Gériatrie Pratique. Numéro 3. Juin 2008. Pages 6-13

INTERNET

CAMPANA Aldo. « Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS ». Formation continue en sexologie clinique, Genève, 2006, En ligne. Adresse URL : http://www.gfmer.ch/Chalumeau_Presentations_Fr/Pdf/Sante_sexuelle_OMS_Campana_2006.pdf (Consulté le 10/09/09)

HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Iatrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSP : Banque de Donnée en Santé Publique. La revue de gériatrie, volume 27, numéro 6, 2002, pages 405-414. Adresse URL : <http://www.ch-esquirol-limoges.fr/Publications/Sexualit%E9%20et%20iatrog%E9nie.pdf>

LINDAU S.T., SCHUMM L. P., LAUMANN E. O., LEVINSON W., O'MUIRHEARTAIGH C. A., WAITE L. J. « A study of sexuality and health among older adults in the United States ». In: site de Pubmed. New England Journal of Medicine, Volume 357: 762-774, Numéro 8.

Adresse URL : <http://content.nejm.org/cgi/content/full/357/8/762>

MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R.. « Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing, volume 2, numéro 1, mars 2007, pages 69-75.

Adresse URL : <http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1748-3743.2007.00050.x> (consulté le 15.03.2008)

Reverso. Dictionnaire français en ligne. In : <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/autot%C3%A9lique>

RIBES G. « Intimité et sexualité en EMS : au-delà des tabous et des préjugés ». Compte-rendu de la Journée inter-EMS. 2007. Genève (consulté en novembre 2009)

SCOTT M. « Sexuality and aging – myths, attitudes and barriers ». In : http://socserv2.mcmaster.ca/soc.courses/soc343e/stuweb/scott/scott_4.htm, last access May 2000

Sensagent. Dictionnaire français en ligne. In : <http://dictionnaire.sensagent.com/jeunisme/fr-fr/>

TREMBLAY Serge. « La sexualité humaine et ses multiples facettes ». Objectif couple. En ligne. Adresse URL : <http://www.objectif-couple.com/texte-thematique/001-sexualite-humaine.php> (consultée le 10.09.2009)

DOCUMENTS DE COURS

ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « L'éthique dans la pratique des soins ». Berne. 2008. 40 pages.

ASI – SBK : Association Suisse des infirmières et infirmiers. « Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées ». Berne. 1994. 17 pages

Indications de réalisation pour les travaux écrits. HEVs. 2005

Méthodologie. Cadre théorique et concepts et recherche en soins infirmiers. HES-SO. 2008

Méthodologie. Problématique et recherche en soins infirmiers. HES-SO. 2008

Méthodologie. Question préliminaire ou question de départ et recherche en soins infirmiers. HES-SO. 2008

Méthodologie. Revue de la littérature et recherche en soins infirmiers. HES-SO. 2008

DOCUMENTS AUDIOVISUELS

TSR. « 3^{ème} âge : pas de retraite pour le sexe. » Emission Scènes de ménage.
Novembre 2009

ANNEXE A

ETUDE N°1
<p>« BARRIERS TO THE EXPRESSION OF SEXUALITY IN THE OLDER PERSON : THE ROLE OF HEALTH PROFESSIONAL »</p> <p>PARADIGME : naturaliste TYPE DE RECHERCHE : revue de la littérature OBJECTIFS : définir les obstacles à l'expression de la sexualité des personnes âgées et identifier des stratégies que les professionnels de la santé peuvent mettre en place pour assurer la sexualité et répondre aux besoins des seniors. RÉFÉRENCE COMPLÈTE : MCAULIFFE L., BAUER M., NAY R. « Barriers to the expression of sexuality in the older person : the role of the health professional ». In: site de PubMed. International Journal of Older People Nursing. Volume 2. N°1. Mars 2007. P. 69-75. MOTS-CLES : barrières, professionnel de la santé, personne âgée, sexualité</p>
INTERVENTION
Infirmière et gériatrique.
METHODES
Revue de la littérature anglophone.
RESULTATS
Les personnes âgées n'ont pas assez de connaissances sur leur sexualité et sont sous l'influence de mythes et de tabous. Elles n'osent pas aborder le sujet et renoncent souvent à une vie sexuelle dans la vieillesse. Les professionnels de la santé sont également sous l'influence de mythes et de stéréotypes. La formation est nécessaire pour apporter des connaissances exactes et prouver que la sexualité peut continuer dans la vieillesse.
INTERPRETATION DES RESULTATS
Les professionnels de la santé peuvent aider la personne âgée à vivre sa sexualité de façon épanouie. Pour cela il est nécessaire d'ouvrir les discussions et de communiquer afin de briser les mythes, de former les professionnels pour apporter des connaissances sur le vieillissement et la sexualité, d'assurer une politique qui soutient que la sexualité est un besoin fondamental même dans la vieillesse et de mener des recherches à ce sujet. Les professionnels doivent évaluer la fonction sexuelle et les besoins des personnes âgées dans une approche holistique et aménager l'environnement dans lequel vit le senior afin de lui assurer une intimité.

CONCLUSION

La sexualité est un besoin humain fondamental qui est indépendant de l'âge. Malgré les nombreuses barrières à la sexualité liées à l'âge (dysfonction, maladie, chirurgie, etc.) le professionnel de la santé a de nombreux moyens d'aider la personne âgée pour une sexualité épanouie : dialogue, soutien, information, formation, conseils, etc. Les professionnels et les institutions pour personnes âgées doivent offrir un environnement favorisant le vécu de l'intimité et de la sexualité. C'est le rôle des professionnels travaillant auprès des personnes âgées de replacer la sexualité des seniors dans un contexte positif en brisant les mythes et de la normaliser en la voyant comme un élément important de la vie.

FORCES ET FAIBLESSES

L'étude aborde le sujet de la sexualité des personnes âgées sous l'angle d'une problématique centrale et actuelle : celle des mythes entourant le sujet et qui met de nombreuses barrières aux personnes âgées quant à leur vécu de la sexualité. L'étude apporte des interventions concrètes et réalisables pour la pratique soignante.

ASPECTS ETHIQUES

L'étude aborde les droits des personnes âgées face à leur sexualité et les droits des soignants dans leur pratique professionnelle face à des conflits en lien avec la sexualité des seniors.

ETUDE N°2
« IATROGENIE, VIE SEXUELLE ET REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE DU SUJET AGE »
<p>PARADIGME : naturaliste TYPE DE RECHERCHE : revue de la littérature OBJECTIFS : Identifier les représentations existant sur la sexualité des personnes âgées, la part de la iatrogénie dans la sexualité et l'impact de la sexualité sur la qualité de vie des sujets âgés. REFERENCE COMPLETE : HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C., THOMAS P. « Iatrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé ». In : Site de la BDSF. La revue de gériatrie. Volume 27. N°6. 2002. P. 405-414. MOTS-CLES : sexualité, iatrogénie, vieillissement, dépression, motivation.</p>
INTERVENTIONS
Médicales
METHODES
Etude de la littérature française et étrangère.
RESULTATS
La part de la iatrogénie dans la sexualité du sujet âgé est méconnue et la demande d'une écoute quant aux problèmes posés fréquemment ignorée.
INTERPRETATION DES RESULTATS
Les personnes âgées doivent pouvoir séparer la fonction sexuelle de reproduction de la notion de plaisir et de désir. Les familles sont encore trop imprégnées de règles rigides interdisant la sexualité dans la vieillesse. Les supports médicamenteux à la sexualité du sujet âgé ont « le mérite considérable de réparer une blessure personnelle ».
CONCLUSION
« Il est nécessaire de sensibiliser les médecins gériatres si l'on souhaite opérer un changement de regard sur le droit des anciens à lier la sexualité, l'amour et l'affectivité et si l'on souhaite aider les familles à contenir les revendications identitaires de leur parent âgé. »
FORCES ET FAIBLESSES
L'étude offre une réflexion riche et très complète sur les différents facteurs pouvant empêcher la sexualité du sujet âgé. Elle met l'accent au cœur de la problématique. L'engagement des auteurs est très fort et les pistes de réflexion sont très intéressantes. La faiblesse de l'étude est en lien avec les exigences du Travail Bachelor qui demandent de préférence des études en soins infirmiers. Cependant

l'utilisation des résultats est tout à fait adaptée aux objectifs de ce travail et l'étude est très récente.

ETUDE N°3

« INTIMITE, SEXUALITE ET INSTITUTION GERIATRIQUE »

TYPE DE DOCUMENT : Compte rendu du Congrès Infirmier de Soins à la Personne Agée

OBJECTIFS : Questionnement sur la place de l'intimité et de la sexualité en institution gériatrique afin d'amener des pistes de réflexion.

REFERENCE COMPLETE : RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A.

« Intimité, sexualité et institution gériatrique ». La Revue Francophone de Gériatrie et Gérologie. Tome XV. N°148. Octobre 2008. P. 458-462.

MOTS-CLES : intimité ; sexualité des âgés ; institution ; représentations ; soignants ; famille

INTERVENTIONS

Psychiatrique et psychologique. Laboratoire santé, individu et société. Institut de psychologie. Université de Lyon.

RESULTATS

La sexualité concerne tous les âges mais n'est pas une obligation. Elle ne doit cependant pas être interdite non plus quel que soit l'environnement. Les représentations sociales sur la sexualité des personnes âgées ont une place importante dans la société, chez les sujets âgés eux-mêmes, chez les familles ayant un parent en institution et chez les professionnels de la santé également. Les institutions gériatriques sont conçues pour des personnes seules et favorisent rarement les rapprochements entre individus et interdisent souvent la sexualité.

INTERPRETATION DES RESULTATS

De nombreux éléments interdisent le vécu de la sexualité en institution gériatrique : le manque d'intimité, le manque de partenaire, la pathologie mentale ou physique, les attitudes des soignants et des familles, les effets iatrogènes des médicaments, le sentiment des résidents de ne pas être attractif, les dysfonctions sexuelles. Les professionnels de la santé, les institutions et les familles doivent améliorer leurs connaissances sur la sexualité de la personne âgée et être à l'écoute afin de favoriser la sexualité du sujet âgé institutionnalisé.

CONCLUSION

« La sexualité en institution gériatrique reste une réalité peu prise en compte. Elle implique une réflexion plus vaste concernant la place de l'intimité et de la vie privée au sein des établissements. Une attitude générale de l'institution concernant la sexualité est nécessaire pour permettre aux équipes d'avoir un cadre soutenant leurs actions. Les équipes doivent se former pour la promotion de la santé sexuelle. »

FORCES ET FAIBLESSES

L'étude identifie les différents facteurs influençant négativement la sexualité de la personne âgée et propose des solutions concrètes. La participation au « congrès infirmiers des soins à la personne âgée » est un élément positif afin de poser le problème et d'ouvrir le débat publiquement.

ETUDE N°4
« LE SOIGNANT FACE A LA SEXUALITE DU SUJET AGE »
<p>TYPE DE DOCUMENT : article de périodique en soins infirmiers</p> <p>OBJECTIFS : « les auteurs de cet article ont souhaité témoigner du processus par lequel elles sont passées pour oser aborder le thème de la sexualité de la personne vieillissante avec leurs patients, les familles ainsi que leurs collègues de travail. Leur réflexion invite les soignants à explorer les rives de leur intimité, ainsi que celle des patients. »</p> <p>REFERENCE COMPLETE : BEGUIN A.-M., MALAQUIN-PAVAN E. « Le soignant face à la sexualité du sujet âgé ». Revue Soins. N°652. Février 2001. P. 40-43</p> <p>MOTS-CLES : corps, dialogue, intimité, patient, personne âgée, proxémie, sexualité, soignant, soins.</p>
INTERVENTIONS
Infirmières
RESULTATS
« La sexualité s'exprime tout au long de la vie. » « Notre société adoniste laisse peu de place au corps âgé qui porte les stigmates du temps qui passe. » « Le besoin sexuel est indissociable des autres besoins fondamentaux. »
INTERPRETATION DES RESULTATS
Plutôt que de juger les comportements sexuels des personnes âgées, il s'agit de les observer, de les découvrir, d'essayer de les comprendre et de les cadrer lorsqu'ils sont inadaptés. La relation entre le soignant et le soigné oblige les sujets à entrer dans leur intimité. Le soignant doit comprendre sa sexualité afin de comprendre celle du patient et connaître ses limites et celles de l'autre afin d'être dans une relation équilibrée.
CONCLUSION
Les auteurs admettent leur difficulté quant à la rédaction de cet article « puisqu'il s'agissait de mettre en mots des expériences à fleur de peau et de dévoiler, pudiquement, un peu de soi-même. » Ils espèrent ainsi « que ce questionnement partagé ouvrira sur une reconnaissance de permissivité réciproque » face à la sexualité de la personne âgée.
FORCES ET FAIBLESSES
Selon les critères exigés par ce Travail Bachelor, ce document présente la faiblesse d'être un article et non une étude. De plus l'article date de 2001. Cependant il est de discipline purement infirmière et ce critère lui attribue toute sa force. Il est issu d'expériences pratiques qui reflètent tout à fait la réalité et propose des interventions concrètes en soins infirmiers.

ETUDE N°5
« L'IMPOSSIBILITE DE L'INTIME DANS LES INSTITUTIONS GERIATRIQUES »
<p>TYPE DE DOCUMENT : article de revue gérontologique</p> <p>OBJECTIFS : identifier les représentations existant sur les maisons de retraite et celles que véhiculent les professionnels de la santé sur la notion d'intimité et décrire les facteurs qui interdisent ou favorisent le vécu de l'intimité dans les institutions gériatriques.</p> <p>REFERENCE COMPLETE : DARNAUD T. « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 91-105</p>
INTERVENTION
Darnaud T. Thérapeute familial, équipe mobile de gériatrie, chercheur associé, Laboratoire santé, individu, société, Lyon.
RESULTATS
Les représentations existant sur les maisons de retraite, celles que véhiculent les soignants concernant les personnes âgées et celles dont sont victimes les personnes âgées sont des facteurs qui interdisent le vécu de l'intimité au sein des institutions gériatriques.
INTERPRETATION DES RESULTATS
Les attitudes négatives des soignants envers la sexualité des personnes âgées sont des mécanismes de défense et sont reliées à la pression des familles, à la peur de vieillir et de mourir.
CONCLUSION
L'institution gérontologique mettant la mort à l'écart de la société place les soignants « dans une situation de grande vulnérabilité ». Les buts des établissements pour personnes âgées de lieu de vie et lieu de mort sont paradoxaux et placent les soignants face à une tâche difficile. La surveillance des résidents est une grande barrière à la vie privée et au vécu de l'intimité.
FORCES ET FAIBLESSES
Réflexion riche, vaste et intéressante sur les facteurs interdisant le vécu de l'intime dans les institutions gériatriques. Quant aux exigences du Travail Bachelor, le document n'est pas une étude et les interventions ne sont pas infirmières mais il propose des résultats tout à fait intéressants pour l'élaboration de l'analyse et date de 2007.
ASPECTS ETHIQUES
L'auteur précise que les comportements des soignants dénoncés dans l'article ne font pas l'objet d'accusations mais sont relevés afin de solliciter un questionnement.

ETUDE N°6
« QUELLES REPRESENTATIONS LES SOIGNANTS ONT-ILS DE LA SEXUALITE DES SUJETS VIEILLISSANTS ? »
<p>PARADIGME : naturaliste TYPE DE RECHERCHE : empirique OBJECTIFS : engager une réflexion sur les représentations des soignants vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées et trouver des amorces de réponses aux demandes implicites des institutions souvent démunies devant cette problématique. REFERENCE COMPLETE : THIBAUD A., HANICOTTE C. « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137</p>
INTERVENTIONS
Interviews de 12 soignants, 6 travaillant en maison de retraite, 6 travaillant en service hospitalier pour personnes âgées.
METHODES
Utilisation d'entretiens cliniques et de la carte associative. Les entretiens sont orientés autour de 3 thématiques principales : l'intimité, le contact corporel et la sexualité. Le mot inducteur de la carte associative est « sexualité des personnes âgées ».
RESULTATS
De nombreux tabous et stéréotypes sont présents chez les professionnels de la santé et leur empêchent de répondre adéquatement aux besoins sexuels exprimés par les personnes âgées. Les soignants sont démunis face aux demandes des seniors et réagissent principalement par la mise en place de mécanismes de défense tels que le déni ou l'évitement.
INTERPRETATION DES RESULTATS
Il semblerait que les différentes réactions des soignants face à la sexualité des personnes âgées sont fortement liées à leurs propres représentations de la sexualité et de la vieillesse. Les soignants identifient également les personnes âgées qu'elles accompagnent à leur propres parents ou grands-parents et cela leur empêche d'être ouvert à la notion de sexualité.
CONCLUSION
La sexualité en général est encore très taboue. Les stéréotypes que véhiculent les soignants sur la sexualité des personnes âgées enferment ces dernières dans leur souffrance. Les personnes âgées cherchent à vivre des échanges et à donner un sens à leurs ressentis et à leur vécu mais les soignants les en empêchent en raison des représentations négatives qu'ils ont du sujet.

FORCES ET FAIBLESSES

L'analyse des représentations des soignants est riche et les résultats et les interprétations sont intéressantes. L'étude ouvre une réflexion intéressante sur le thème de la sexualité des personnes âgées pour les soignants dans le but de modifier leurs comportements. L'échantillon de petite taille mais étant comparé avec d'autres résultats d'études, les résultats peuvent être généralisés.

ASPECTS ETHIQUES

Il n'y a pas d'indications de la part des auteurs quant aux aspects éthiques de l'étude.

ETUDE N°7
« SEXUAL BEHAVIOUR OF NURSING HOME RESIDENTS : STAFF PERCEPTIONS AND RESPONSES »
<p>PARADIGME : naturaliste TYPE DE RECHERCHE : empirique OBJECTIFS : investiguer les perceptions des professionnels de la santé travaillant en EMS vis-à-vis de l'affectivité et de la sexualité des résidants. RÉFÉRENCE COMPLÈTE : ROACH S.M. « Sexual behaviour of nursing home residents : staff perceptions and responses ». Journal of Advanced Nursing. 48 (4). Novembre 2004. P. 371-379 MOTS-CLÉS : aged care ; nursing home ; sexuality ; affection ; grounded theory ; nursing home staff ; nursing home management ; qualitative method</p>
INTERVENTION
Sally M. Roach, directeur associé de recherche, Western Australian Centre for Remote and Rural Medicine , University of Western Australia, Perth, Australie.
METHODES
L'approche de la « grounded theory » ²⁷⁹ a été utilisée dans le cadre de cette recherche. Les données ont été obtenues au cours d'interviews, de groupes nominaux (nominal groups) et par des informateurs clés (key informants). L'échantillon provient d'Australie et de Suède.
RESULTATS
Les attitudes et les comportements des professionnels de la santé vis-à-vis des comportements sexuels des résidants sont influencés par leur propre niveau de confort envers la sexualité ainsi que par l'éthique véhiculée par l'institution dans laquelle ils travaillent.
INTERPRETATION DES RESULTATS
La formation des professionnels de la santé et une approche consensuelle dans les institutions pour personnes âgées sont nécessaires afin de favoriser l'expression de la sexualité des résidants. La formation doit concerner non seulement les connaissances sur la sexualité mais également la compréhension des besoins des résidants.

²⁷⁹ Cette approche consiste en une méthode de recherche qualitative mettant l'accent sur la génération d'une théorie à partir de données obtenues dans le processus de recherche. La première étape est la collecte de données. A partir des données recueillies, les points essentiels sont marqués d'une série de codes. Ces codes sont ensuite regroupés en concepts à partir desquels des catégories sont formées. Les catégories sont la base pour la création d'une théorie.

CONCLUSION

Les directeurs d'EMS et les professionnels de la santé doivent travailler ensemble sur le développement d'un environnement qui facilite les droits sexuels des résidents, qui autorise l'expression de la sexualité et promeut des attitudes ouvertes envers la sexualité. Les désirs des personnes âgées ne sont certainement pas différents de ceux que nous aurons dans notre vieillesse.

FORCES ET FAIBLESSES

Cette étude présente des résultats très intéressants quant aux représentations des soignants sur la sexualité des personnes âgées et propose des pistes concrètes pour la pratique. Elle est récente et reflète les résultats d'un recherche empirique de type qualitative. L'échantillon sélectionné est de petite taille mais les résultats sont comparés avec d'autres études et ils semblent fiables et transférables à différents milieux.

ASPECTS ETHIQUES

L'aspect éthique de la recherche a été respecté. Cette recherche a été autorisée par un comité d'éthique, les participants ont été informés en détails du déroulement de l'étude et ont signés un consentement.

ETUDE N°8
<p style="text-align: center;">« LA SEXUALITE DES PERSONNES AGEES : BILAN DES RECHERCHES QUEBECOISES »</p> <p>PARADIGME : naturaliste TYPE DE RECHERCHE : revue de la littérature sur la vie sexuelle des personnes âgées au Québec OBJECTIFS : « souligner l’engagement des chercheurs québécois dans la production des connaissances sur la sexualité des aînés », « effectuer un bilan et envisager des perspectives de développement ». REFERENCE COMPLETE : DUPRAS A., SOUCIS P. « La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises ». Sexologies. N° 17. 2008. Pages 190-198. MOTS-CLES : sexualité ; personne âgée ; recherches ; Québec</p>
INTERVENTIONS
A. Dupras, P. Soucis. Département de sexologie, université du Québec à Montréal, Canada.
METHODES
A partir de banques de données bibliographiques : recension d’études ayant les caractéristiques de recherches empiriques fondées sur la collecte des faits servant de départ à l’explication de la réalité. « Les écrits recensés sont regroupés à partir du modèle théorique de la qualité de vie sexuelle qui comprend le bien-être biosexuel, psychosexuel et sociosexuel. »
RESULTATS
La recherche sur la sexualité des personnes âgées doit être de type holistique. Elle reste encore un tabou et est sujette à de nombreux préjugés et stéréotypes. Les soignants et les institutions sont souvent aussi touchés par ces représentations négatives. Il existe trois types de visions de la sexualité de personne âgée par les professionnels.
INTERPRETATION DES RESULTATS
Les résultats font « prendre conscience qu’il reste encore beaucoup de travaux à mener pour mieux comprendre la vie sexuelle des personnes âgées ». Trois champs d’étude sont proposés : l’évaluation des besoins sexuels des personnes âgées, les spécificités des personnes âgées et la formation des professionnels à la relation d’aide.
CONCLUSION
Les études scientifiques sur la sexualité des seniors au Québec ne sont encore pas assez nombreuses peut-être en raison des tabous encore présents sur la sexualité de cette tranche d’âge. Le contexte devrait changer avec le vieillissement de la population et l’évolution des mœurs avec l’arrivée dans la vieillesse des baby-boomers des années 1960. La société doit s’adapter à ces changements.

FORCES ET FAIBLESSES

Recension d'études de champs pluridisciplinaire et bilan interdisciplinaire de la sexualité des personnes âgées. Revue de la littérature à partir du concept de qualité de vie sexuelle. Recension de recherches empiriques uniquement laissant de côté des essais probablement très intéressants.

ANNEXE B

TABLEAU D'ANALYSE

Ce tableau a permis la construction de l'analyse en lien avec le contenu des huit (8) études et articles sélectionnés. Les colonnes « Etudes » indiquent quelles études se rapportent au sujet d'analyse indiqué dans la colonne à leur droite.

ETUDES	PERSONNE AGEE (PA)	ETUDES	SOIGNANTS	ETUDES	EMS
N°3, N°4, N°5, N°6, N°7, N°8	Place de la PA (en EMS)	N°1, N°3, N°4, N°5, N°6, N°7	Attitudes des soignants face à l'intimité des PA	N°5, N°8	Représentation des EMS
N°3, N°4, N°5, N°6, N°7	Intimité de la PA (en EMS)	N°1, N°2, N°3, N°4, N°6, N°7, N°8	Attitudes des soignants face à la sexualité des PA	N°5, N°8	Type d'EMS
N°3, N°4, N°6, N°7, N°8	Sexualité de la PA (en EMS)	N°1, N°2, N°3, N°4, N°6, N°7, N°8	Représentation des soignants sur la sexualité des PA	N°3, N°5, N°7, N°8	Rôle de l'EMS face à la sexualité des PA
N°1, N°2, N°3, N°4, N°6, N°7, N°8	Croyances sur la sexualité de la PA	N°3, N°4, N°5, N°6, N°7	Subjectivité du soignant	N°3, N°5, N°7, N°8	→ Influences +/- de l'EMS sur la PA
		N°1, N°2, N°3, N°4, N°6, N°7, N°8	Rôle du soignant face à la sexualité de la PA		