

INTIMITÉ ET SEXUALITÉ

DES SENIORS EN MAISON DE REPOS

Réflexions et pistes d'action



www.espace-seniors.be



ESPACE
SENIORS

Table des matières

Introduction	p.05
---------------------	-------------

Contexte	p.07
-----------------	-------------

1. Les représentations sociales	p.07
2. La sexualité : un droit ?	p.11
3. La sexualité des seniors	p.12

La vie en maison de repos	p.17
----------------------------------	-------------

1. L'entrée en maison de repos	p.17
2. Est-on chez soi en maison de repos ?	p.18
3. La maison de repos est-elle un lieu où l'intimité peut s'exercer	p.19
4. La maison de repos est-elle un lieu où la sexualité peut s'exprimer ?	p.19
5. Le cadre institutionnel	p.21
6. Le rôle des professionnels	p.21

Situations vécues et réflexions	p.23
--	-------------

1. Les couples en maison de repos	p.23
2. Le célibat en maison de repos	p.25
a) Les rencontres entre résidents et/ou avec des personnes extérieures à l'institution	p.25
b) La masturbation, les sextoys et les objets détournés de leur usage	p.26
c) Les productions érotiques	p.27
d) La prostitution	p.28
3. Les avances des résidents envers le personnel	p.29
4. La démence et la sexualité	p.31
5. La question des abus, de la violence et de la non-assistance à personne en danger	p.34
6. L'orientation sexuelle : homosexualité et transgenre en maison de repos	p.36
7. La place de la famille	p.38
8. La toilette intime	p.40

Le niveau institutionnel	p.43
---------------------------------	-------------

1. La question de la sécurité	p.43
2. Dissiper le malaise des professionnels	p.44
3. Se décider à intégrer la sexualité dans son institution	p.44
4. Organiser concrètement la prise en considération de la sexualité en maison de repos ?	p.46
5. La sexualité et la santé par le biais de l'éducation sexuelle	p.47

Sources	p.51
----------------	-------------



Introduction

Même si cela tend à se démentir, il semblerait encore communément admis qu'à partir d'un certain âge, l'être humain n'ait plus de sexualité. Envahie de tabous et de stéréotypes, la sexualité des personnes âgées fait de plus en plus parler d'elle.

Le regard que la société porte sur la sexualité des seniors n'est pas sans conséquence sur leur propre approche de leur sexualité. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les personnes intègrent une institution (maison de repos ou hôpital). L'institutionnalisation, si elle ne mène pas au déni du désir sexuel, entraîne une série de contraintes qui en empêchent bien souvent l'expression.

Espace Seniors se questionne face à de tels constats et insiste sur le droit à une vie relationnelle, affective et sexuelle satisfaisante et l'accès à la santé sexuelle¹, quels que soient l'âge, le lieu de vie et l'orientation sexuelle. La sexualité évolue mais ne cesse pas. Les institutions doivent pouvoir accorder la liberté et le respect de la sexualité aux seniors qu'elles hébergent. Les résidents, rappelons-le, ont les mêmes droits que n'importe quel autre adulte.

Lors de notre campagne menée en 2013 sur la sexualité des seniors, nous avons rencontré des professionnels exerçant en maison de repos qui se questionnent par rapport à la vie sexuelle de leurs résidents. *Comment gérer une érection lors d'une toilette intime ? Comment réagir lorsqu'un résident fait des avances à un membre du personnel soignant ? Comment accueillir une demande de rapport sexuel d'un résident ? Comment accompagner les questionnements du résident en matière de sexualité ?* sont autant de questions que le personnel des maisons de repos se pose.

Si certains professionnels s'engagent énergiquement contre les idées reçues sur la sexualité des aînés, d'autres souhaitent parfois que cette question soit éloignée de leurs préoccupations.

Loin de prétendre qu'il existe de bonnes manières de faire, ce guide tente cependant d'apporter des éclairages et des pistes à celles et ceux qui se posent des questions et souhaitent intégrer et respecter la sexualité des personnes qu'ils accueillent et accompagnent.

¹ "C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence" Définition de l'OMS.

Le personnel des maisons de repos ne sachant pas toujours comment réagir, aider ou accompagner les résidents, nous avons souhaité leur proposer des pistes d'action pour faire face à des situations concrètes. Un groupe d'experts (directions de maison de repos, psychologues, infirmières et sexologues) a permis de dégager les situations les plus largement rencontrées sur le terrain.

Pour chacune de ces situations, une réflexion a été entamée et des pistes proposées. Conscients que ces réflexions ne sont pas la panacée, que les situations ne sont pas exhaustives, que d'autres pistes peuvent être développées et que la réalité est parfois très complexe, nous espérons néanmoins, avec ce guide, pouvoir apporter aux soignants des repères pour que leurs questionnements soient pris en compte et trouvent des pistes de solution.



Contexte

1. Les représentations sociales

"Si les vieillards manifestent les mêmes désirs, les mêmes sentiments, les mêmes revendications que les jeunes, ils scandalisent ; chez eux, l'amour, la jalousie semblent odieux et ridicules, la sexualité répugnante, la violence dérisoire. Ils doivent donner l'exemple de toutes les vertus."

Extrait de *La vieillesse*, Simone de Beauvoir, 1970

Qu'est-ce qu'une représentation sociale² ?

C'est une image qui permet d'anticiper les comportements et de savoir comment gérer la réalité. Elle se transmet et est partagée par des individus ayant une histoire commune.

Dans une société donnée, ce sont ces représentations qui influencent en grande partie les comportements. Ceux-ci seront alors généralement classifiés comme normaux ou anormaux en référence aux représentations. Il faut savoir que, d'une société à l'autre, la norme et les comportements attendus diffèrent. Il faut donc prendre cette norme avec recul car elle est une référence mais pas une vérité absolue.

Quelles sont les représentations sociales de la sexualité des seniors ?

La sexualité des seniors est sujette à différentes représentations sociales. Associer sexualité et personne âgée renvoie le plus souvent à quelque chose de difficile à admettre. La norme sociale n'est pas l'image d'une personne âgée ayant une sexualité.

Pour illustrer cela, voici quelques représentations véhiculées sur la sexualité des seniors³ :

"Les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel"

"Elles ne savent plus physiquement avoir de rapports sexuels"

"Elles sont fragiles et peuvent souffrir de douleurs lors de rapports"

"Elles ne sont pas attirantes"

"La sexualité des personnes âgées, c'est honteux et pervers"

Ces phrases montrent à quel point les représentations sociales de la sexualité des personnes âgées peuvent être connotées négativement. Les personnes âgées sont souvent considérées

² D. Jodelet définit la représentation sociale comme une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social, in *Les représentations sociales*. Ed. PUF (1994)

³ Holstensson L. et Rioufol M-O. (2000). *Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution*. Ed. Masson

comme asexuées (sans sexe et sans plaisirs liés au sexe). Certains peuvent alors penser que ce ne sont plus des hommes ou des femmes, mais uniquement des "vieux".

Ces images répandues peuvent positionner les personnes âgées comme des personnes non désirantes et non désirables.

La norme sociale est parfois si ancrée que la personne considérée (dans ce cas-ci, le senior) peut elle-même intérioriser l'idée qu'elle n'est plus concernée par la sexualité.

Ces représentations illustrent l'idée que ce qui est "normal" et accepté est de faire rimer sexualité et jeunesse. La sexualité serait la mise en relation de beaux corps, performants et jeunes. Les corps vieux et ridés n'y ont pas leur place.

Cette façon de penser la sexualité des aînés est tenace et n'est pas sans conséquences. Elle influence les personnes et peut accentuer le sentiment de solitude, de honte, diminuer l'estime de soi et entraîner des dysfonctionnements physiques et psychiques chez les seniors.

Comment déconstruire les représentations négatives ?

Nous avons tous besoin de repères clairs pour apprivoiser la complexité de la réalité. Malheureusement ceux-ci sont parfois réducteurs.

Notre tendance à juger certains comportements comme normaux ou anormaux correspond à des habitudes qui permettent de structurer la vie et d'être en sécurité. Lorsque celles-ci sont bouleversées, cela crée un malaise. Par exemple, il est convenu socialement que nous soyons tous habillés lorsque nous sortons en rue. Si nous rencontrons une personne nue dans la rue, cela génère de la gêne.

Pour faire face à ce malaise, l'individu va chercher à donner du sens à ses conduites et à comprendre la réalité à travers son propre système de références pour s'adapter et trouver sa place dans le monde.



Etant donné que toute représentation est le résultat d'une construction, elle peut être remise en question et déconstruite.

Les changements physiologiques des femmes et des hommes sont une réalité de l'avancée en âge. Ces changements peuvent influencer le désir, mais le besoin d'être caressé, touché et désiré ne cesse pas. La sexualité est présente à tous les âges de la vie.

La sexualité est faite d'une multitude de dimensions. Elle comprend les fantasmes, le plaisir, l'intimité, le toucher, le regard... Ces dimensions sont plus ou moins exploitées en fonction du lieu, de la culture, de la période de vie...

Accepter la sexualité des personnes âgées suppose un changement de vision sur les personnes âgées. Parler de sexualité à 70 ou 90 ans n'est pas la même chose. On ne peut donc pas parler d'une vieillesse mais "des" vieillesse.

Les professionnels, en proie comme chacun à leurs représentations, ont parfois peur d'intégrer la sexualité des personnes hébergées en institution. La première étape pour s'affranchir de ces préjugés et craintes est d'en prendre conscience.

Les personnes âgées sont elles-mêmes envahies par ces préjugés et s'autocensurent. C'est dire si cela n'est pas sans difficulté.

Mais n'oublions pas que chacun a droit au respect de sa sexualité (dans la mesure où elle ne porte pas atteinte aux droits d'autres personnes) et que des études pointent que la sexualité est une réalité chez les personnes âgées. Il y a autant de diversité dans la sexualité des personnes qu'il y a de personnes, et cela vaut pour tous les âges.

Le fonctionnement institutionnel met en difficulté l'inclusion de la sexualité en maison de repos. Le corps peut devenir uniquement un objet de soins et être détourné de toute forme de sensualité. Pour une personne, il peut être difficile de se voir frictionner le sexe et les fesses et d'avoir l'impression que son corps devient une chose sans dimension sexuée.

Dans la tête du soignant, les personnes âgées peuvent revêtir l'angélisme d'un enfant. On leur suppose parfois l'innocence et on oublie leur caractère sexué parce qu'elles sont en situation de dépendance et de fragilité. Cette situation mène à une dimension maternelle dans la relation de soin et empêche parfois la personne de réagir comme un adulte et de revendiquer d'être traité comme tel.

La vieillesse est souvent perçue comme une maladie. Si les personnes sont considérées comme malades, il est difficile d'imaginer une sexualité et un désir chez les aînés.

Les professionnels (comme la société) doivent pouvoir avoir l'occasion de s'affranchir de tous ces préjugés pour respecter la sexualité des personnes âgées. Heureusement, nous pouvons faire évoluer les représentations.



2. La sexualité : un droit ?

La sexualité n'est pas un besoin vital⁴. Cependant, elle conditionne énormément le bien-être.

Repères

En institution, le respect de la vie relationnelle, affective et sexuelle est à garantir. Différents textes l'illustrent :

- **L'OMS** défend la notion de santé sexuelle comme : "Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence".
- **L'article 3 de la charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée**⁵, datant de juin 2010, stipule que toute personne vieillissante dépendante conserve le droit à la vie privée et à l'intimité ainsi qu'à leur protection. C'est-à-dire :
 - Un espace réservé à eux seuls ou avec la personne de leur choix
 - Pas d'empiètement sur la vie relationnelle intime
 - Le droit à la confidentialité des informations communiquées
- **L'arrêté du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées**, stipule à l'article 8 alinéa 5 que : *"le résident a droit au respect de sa vie privée, affective et sexuelle, notamment par l'obligation faite aux visiteurs et aux membres du personnel de l'avertir avant de pénétrer dans sa chambre"*.
- En Wallonie, **le décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées, l'article 4** stipule que : *"les établissements pour personnes âgées qui bénéficient d'un titre de fonctionnement en vertu du présent décret sont tenus : 2° de garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle"*.
- **Les règlements d'ordre intérieur des maisons de repos garantissent au résident** : *"le respect de la vie sexuelle et affective de la personne âgée et de son orientation sexuelle"*.

⁴ Au sens de besoin indispensable à la survie (comme boire, manger et respirer)

⁵ Charte développée par AGE Platform Europe et EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly) http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf

Que recouvrent ces garanties ?

- Pouvoir exprimer son désir, son affection ;
- Pouvoir affirmer que son corps existe toujours comme corps désirant ;
- Pouvoir accéder au plaisir ;
- Pouvoir vivre une vie sexuelle, relationnelle et affective épanouissante et responsable.

A côté de ce qui est garanti, la personne âgée est cependant responsable⁶ :

- Du respect de ceux qui vivent et travaillent autour d'elle ;
- Du respect de l'intérêt général ;
- Du respect des droits des aidants à travailler sans harcèlement ni abus ;
- D'informer le personnel d'abus subis.

Ces propos illustrent que le respect de la sexualité est un droit à reconnaître et à intégrer. Chacun doit pouvoir être libre de poser des choix (dans les limites du respect de l'autre), même en maison de repos.

3. La sexualité des seniors

Etudes

Deux chercheurs américains, Masters (gynécologue) et Johnson (psychologue), ont publié plusieurs travaux liés à la sexualité humaine dans les années 70. Ils ont pu démontrer que, si les conditions sont favorables, les personnes âgées gardent leurs capacités sexuelles et que l'intérêt pour la génitalité⁷ persiste.

Plus récemment, une enquête publiée en 2007 dans le *New England Journal of Medecine*, portant sur 3.000 personnes interrogées âgées entre 57 et 85 ans, assure que 26% de la tranche d'âge 75-85 ans auraient eu au moins un rapport sexuel dans l'année et que 53% de celle de 65-74 ans ont une activité sexuelle plus régulière. Une fois entré en maison de repos, ce chiffre chuterait à 8%.

⁶ (2010) Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée

⁷ Lié aux organes génitaux



© Shutterstock

L'évolution de la sexualité des seniors

La vie sexuelle évolue à chaque étape de la vie.

Sexualité et génitalité sont souvent assimilées. Or, la sexualité est plus complexe que l'aspect purement génital. La sensorialité y est prépondérante et peut prendre le pas sur la génitalité lorsqu'on avance en âge.

Des changements s'opèrent en matière de sexualité, mais la vieillesse ne signifie pas la fin de la sexualité. Prendre connaissance de ces changements permet d'appréhender la vieillesse comme une étape de la vie parmi d'autres. Les changements qui se produisent sont utiles à connaître lorsqu'on travaille avec des personnes âgées. Cela permet de questionner ses peurs, ses interrogations, ses incompréhensions et incite à la réflexion.

Généralement, les personnes âgées ont elles-mêmes peu d'informations à ce sujet. Le vieillissement est un processus complexe et progressif. Il s'opère dès notre naissance. Différentes étapes sont traversées, avec pour chacune, des acquis et des pertes.

Les modifications physiques et psychiques

En vieillissant, des modifications physiques peuvent avoir une influence sur la sexualité :

Chez la femme :

- Sècheresse vaginale ;
- Diminution de la lubrification ;
- Atrophie du clitoris et du vagin (le vagin diminue en longueur et perd en élasticité) ;
- Incontinence ;
- Diminution de la sensibilité au toucher ;
- Perte musculaire ;
- Organes plus sensibles et irritations plus fréquentes ;
- Orgasme plus court ;
- Excitation diminuée ;
- La peau perd son élasticité et sa fermeté ;
- La masse graisseuse augmente ;
- Les petites et grandes lèvres s'amincissent.

Chez l'homme :

- L'érection est moins ferme ;
- L'érection dure moins longtemps ;
- Le sperme arrive plus tard et est moins abondant ;
- Des troubles vasculaires peuvent être responsables des pathologies érectiles ;
- Le besoin d'éjaculer peut ne plus être aussi pressant, la satisfaction relationnelle peut prendre le dessus.

Ces changements demandent certes une adaptation mais ne signifient pas que le plaisir sexuel ne peut plus être ressenti. Le plaisir peut s'aligner davantage sur la dimension relationnelle et émotionnelle sans pour autant désinvestir son corps. Il faudra aux personnes âgées apprivoiser un corps qui change et tenter de le comprendre pour l'investir différemment.

Au niveau de l'intérêt pour la sexualité, celui-ci fluctue avec le temps et est différent pour chacun. L'image de soi se transforme et peut s'altérer. Le sentiment de ne plus être désirable peut apparaître chez les personnes âgées. Cela peut entraîner des conséquences sur leur sexualité. Le senior peut considérer que son corps est étranger à lui-même et peut le dévaloriser. Il peut alors douter de sa capacité à être désirable et à désirer. S'adapter au vieillissement n'est pas facile. Devenir vieux et rester sexué l'est encore moins.

Les personnes âgées ont besoin de soutien, de reconnaissance de leur sexualité et de liberté pour :

- Développer une bonne estime d'elles-mêmes ;
- Développer une image corporelle positive ;
- Rester autonomes ;
- S'affirmer ;
- Communiquer ;
- Développer une affectivité ;
- Alimenter un imaginaire érotique...

Deuil de la sexualité : une fatalité ?

Nous avons tendance à normaliser certains comportements pour nous rassurer. C'est encore plus perceptible lorsqu'il s'agit de sexualité. La génitalité n'est pas une norme. La vie sexuelle est plus complexe que cela.

Une acceptation des changements ainsi qu'une adaptation des comportements sont nécessaires. La libido, l'excitation sexuelle et la capacité orgasmique peuvent se réduire avec l'âge mais ne disparaissent pas. Elles diminuent en fréquence et en intensité mais elles peuvent toujours s'exprimer.

La ménopause ne marque pas la fin de l'activité sexuelle. Les organes sexuels fonctionnent toujours et procurent encore du plaisir. L'andropause⁸ quant à elle est à l'origine de modifications minimales et beaucoup plus progressives chez l'homme que la ménopause chez la femme. Les difficultés sexuelles chez les hommes sont davantage la marque d'anxiété ou de maladies.

C'est généralement l'histoire sexuelle passée qui influencera la vie sexuelle vieillissante. Certains souhaiteront d'ailleurs délibérément ne plus exprimer leur sexualité. C'est aussi leur droit.

⁸ L'andropause n'est pas comparable à la ménopause. La ménopause se caractérise, elle, par une chute importante d'œstrogène chez la femme tandis que l'andropause se caractérise elle par une diminution de testostérone généralement lente et pas nécessairement observée chez tous les hommes

Tableaux élaborés par Masters et Johnson⁹ résumant les évolutions de la réponse sexuelle en fonction de l'âge chez l'homme et chez la femme

	Jeunes hommes	Hommes âgés
Mamelons	<ul style="list-style-type: none"> Erection du mamelon 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la réponse
Myotonie¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> Tension musculaire accrue Contractions musculaires involontaires 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution possible de la réponse
Rectum	<ul style="list-style-type: none"> Contractions du sphincter rectal au cours de l'orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la fréquence
Pénis	<ul style="list-style-type: none"> Erection au bout de 3 à 5 secondes de stimulation, érection complète tôt dans le cycle Maîtrise éjaculatoire variable Peut obtenir et perdre partiellement l'érection complète plusieurs fois au cours du cycle Coloration du gland du pénis Ejaculation puissante Contractions d'expulsion au cours de l'orgasme Phase de réfraction¹¹ variable 	<ul style="list-style-type: none"> A partir de 50 ans, délai 2 ou 3 fois plus long L'érection n'est complète qu'immédiatement avant l'orgasme Erection soutenue plus longtemps sans éjaculation Difficulté de recouvrer une érection complète à la suite d'une perte partielle Diminution ou absence Affaiblissement, diminution possible de la sensation Après l'orgasme, phase de réfraction prolongée Détumescence¹⁴ rapide du pénis
Éjaculation	<ul style="list-style-type: none"> En deux étapes, selon un processus bien différencié Contractions prostatiques Conscience de la pression et de l'émission du fluide 	<ul style="list-style-type: none"> Expulsion du liquide séminal en une seule étape Inaperçue par l'observation clinique Ecoulement plutôt qu'expulsion chez certains sujets Spermatozoïdes moins viables et moins nombreux que chez les hommes plus jeunes
Scrotum	<ul style="list-style-type: none"> Effacement du plissement du scrotum sous l'effet de la tension sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la réponse
Testicules	<ul style="list-style-type: none"> Élévation testiculaire vers la fin de l'excitation ou au début du plateau¹², augmentation de volume Abaissement des testicules lors de la résolution¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la réponse Abaissement rapide

⁹ Source : Mishara B.L. et Riedel R.G. (1985). *Le vieillissement*. Editique : Dr L.Mias – Equipe Soignante Long Séjour – CH Mazamet

¹⁰ Trouble du tonus musculaire

¹¹ Période qui succède à l'activité d'un nerf ou d'un muscle

¹² Le plateau est la deuxième phase du cycle de la réponse sexuelle (après l'excitation et avant l'orgasme et la résolution). Elle est la phase la plus longue, celle où l'excitation est plus ou moins constante

¹³ Phase de descente de l'excitation sexuelle. Détente généralisée du corps et de l'esprit

¹⁴ Qui se désenfle

	Jeunes femmes	Femmes plus âgées
Seins	<ul style="list-style-type: none"> • Erection du mamelon • Augmentation de la taille, rougissement préorgasmique 	<ul style="list-style-type: none"> • Même érection • Diminution de l'intensité des réactions
Erubescence¹⁵ sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse épidermique vasocongestive¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution
Myotonie	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de la tension musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la réponse
Appareil urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatation minimale du méat¹⁸ urinaire au cours de l'orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> • Le méat demeure béant²⁰ lors d'un orgasme de grande intensité ou lors d'orgasmes répétés
Rectum	<ul style="list-style-type: none"> • Contractions du sphincter rectal lors de l'orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la réponse
Clitoris	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité bien développée 	<ul style="list-style-type: none"> • Même réaction
Grandes lèvres	<ul style="list-style-type: none"> • Aplatissement, séparation et élévation par suite de l'augmentation de la tension sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la réponse
Petites lèvres	<ul style="list-style-type: none"> • Épaississement vasocongestif • Changement de couleur du rouge vif au bourgogne avant l'orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> • Affaiblissement de l'épaississement vasocongestif et diminution d'intensité des changements de couleur
Glandes de Bartolin¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Faibles sécrétions de la muqueuse lors du plateau 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la réponse
Vagin	<ul style="list-style-type: none"> • Parois nettement striées¹⁹, violet-rouge, la lubrification vaginale survient entre 10 et 30 secondes après la stimulation • Engorgement du vagin extérieur lors du plateau, rétrécissement du vagin • Contractions (5-6) au cours de l'orgasme • Affaïssissement lent de la portion dilatée du vagin lors de la résolution 	<ul style="list-style-type: none"> • Parois minces comme du papier, non striées, rosées • Le vagin se raccourcit et ses possibilités d'expansion diminuent, la lubrification peut prendre de 1 à 3 minutes ou plus • L'engorgement²¹ est plus faible mais la réponse de rétrécissement continue • Diminution du nombre des contractions • Affaïssissement rapide
Utérus	<ul style="list-style-type: none"> • Soulèvement de l'utérus lors de l'excitation et du plateau contractions (5-6) au cours de l'orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction différée et élévation moins forte • Diminution du nombre des contractions

¹⁵ Fait de devenir rouge

¹⁶ Glandes situées de chaque côté de la vulve dans l'épaisseur des grandes lèvres. Elles participent à la lubrification du vagin

¹⁷ Réduction du calibre des vaisseaux sanguins

¹⁸ Orifice externe de l'urètre

¹⁹ Fait de rainurer

²⁰ Largement ouvert

²¹ Ce qui est encombré, obstrué

La vie en maison de repos

1. L'entrée en maison de repos

"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." ²²

L'entrée en maison de repos est une épreuve. La personne doit quitter tout ce qu'elle a connu jusqu'à présent (ses meubles, ses habitudes quotidiennes, parfois sa région...). L'entrée en maison de repos suppose un certain deuil d'une vie passée.

C'est, malgré cela, souvent un soulagement tant pour les familles ou aidants que pour le résident. Si dans un premier temps le choc est probable, après quelque temps, le fait d'être entouré d'un cadre sécurisant et un environnement favorable peut recréer l'équilibre mis en péril, permettre d'établir de nouvelles relations et d'avoir accès à des soins adéquats.

Ce système organisationnel qui entoure la personne peut être rassurant, mais également contraignant. C'est un lieu de sécurité et de soins. La maison de repos est un lieu de vie médicalisé. Le personnel est souvent habillé en tablier blanc, habit associé aux cliniques et hôpitaux.

Mais la maison de repos est également (et devrait avant tout être) un lieu de vie.

Cependant, l'institutionnalisation et son caractère "médical" peut s'intensifier avec la dépendance des personnes. On peut alors en venir à considérer le résident comme en perte de capacité et en position déficitaire.

C'est pourquoi le moment de l'accueil est fondamental. Il est important de favoriser une anamnèse complète et pas uniquement un bilan médical du futur résident. Il est essentiel à ce moment-là de différencier la perte d'autonomie et la dépendance de la personne. On peut être dépendant physiquement sans perdre pour autant son autonomie (c'est-à-dire, sa liberté de choix).

²² Goffman E. (1977, 1ère édition 1963). *Stigmates*. Les usages sociaux des handicaps. Ed. de Minuit

2. Est-on chez soi en maison de repos ?

La maison de repos est-elle un lieu de vie ? Les législations régionales tendent petit à petit, et avec des accents divers selon les régions, à la définir comme tel. Cela étant, dans les représentations, ces lieux sont souvent des lieux où règne la maladie, des lieux où l'autonomie du résident est mise à mal...

La réalité de la vie en maison de repos est souvent définie par un souci d'efficacité (de rendement), de soins et d'hygiène. Les turnovers²³ sont courants ainsi que les difficultés financières. Les maisons de repos sont conçues comme des espaces publics plus que comme des lieux d'intimité. Le risque est que l'accent soit mis sur la fonctionnalité, la facilité d'observation et le contrôle. La formation des soignants est d'ailleurs fortement imprégnée de technicité et de médicalisation.

Contrairement au logement privé, ce lieu de vie est composé de toute une équipe et d'un cadre auquel le résident n'est pas habitué. Déracinés de leur contexte de vie habituel, les seniors qui entrent en institution sont accueillis sans qu'il soit toujours tenu compte de leur histoire et de leur vécu. La personne âgée peut se sentir dépouillée d'une partie de son identité. Elle doit s'adapter aux règles de vie qui ne sont parfois pas expliquées. L'individu peut se sentir sacrifié au profit du groupe. Les personnes peuvent alors se résigner et avoir le sentiment de devenir un objet de soin.

Les professionnels ont un rôle à jouer dans la sensation de bien-être des personnes hébergées en maison de repos. C'est une responsabilité qui suppose une attention et un respect :

- De l'intimité ;
- De la vie privée ;
- De l'espace personnel ;
- Du secret professionnel.

Pour reprendre les mots de Jean-Paul Potvin²⁴ : "La maison de repos devrait être un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soin où l'on vit".

²³ Rotation du personnel dans un emploi

²⁴ Président de l'Association des Directeurs de Maison de Repos de Wallonie (ADMR)

3. La maison de repos est-elle un lieu où l'intimité peut s'exercer ?

À côté des pratiques de plus en plus innovantes, certaines maisons de repos sont parfois encore malgré tout conçues sur un modèle hospitalier. La vie intime a donc peu d'espace pour s'exprimer. Même si la liberté d'expression de la vie intime est une priorité pour certains professionnels, il n'est pas toujours aisé de la faire respecter.

En maison de repos, les regards des autres sont multiples et constants. La vie en maison de repos est règlementée et organisée, il y a rarement de la place pour la liberté et l'intimité en dehors de ce qui a été prévu pour les résidents. La vie privée cède la place à une vie en communauté rarement choisie. De plus, les soignants s'approprient parfois l'espace privé des personnes (en entrant par exemple dans les chambres sans y être invités). Le manque d'intimité peut avoir des conséquences négatives sur les résidents et être vécu comme une forme de maltraitance.

Comment garantir l'intimité en maison de repos ?

- En protégeant l'accès aux chambres (ne pas entrer sans frapper à la porte, attendre qu'on réponde pour entrer, fournir dans la mesure du possible la clé de leur chambre aux résidents) ;
- En facilitant l'accès à des chambres doubles ou communicantes pour les couples ;
- En permettant au résident d'apposer un mot sur la porte de sa chambre disant qu'il ne souhaite pas être dérangé ;
- En permettant au résident de préciser les moments où il ne souhaite pas être dérangé ;
- En créant des chambres d'amour ou d'intimité comme en Allemagne ou au Québec (attention au regard des autres et aux "qu'en dira-t-on", pas toujours faciles à gérer) ;
- En s'assurant du consentement du résident avant de partager avec l'équipe des choses intimes que le résident a confiées.

4. La maison de repos est-elle un lieu où la sexualité peut s'exprimer ?

Le sujet de la sexualité est de plus en plus abordé en maison de repos. Si certains professionnels souhaitent pouvoir apporter une oreille attentive aux demandes des résidents, d'autres par contre ont des difficultés à admettre que la vie sexuelle puisse s'exprimer en maison de repos. La vie sexuelle des seniors se heurte à différents obstacles :

- Les représentations sociales de la sexualité des personnes âgées ;
- L'organisation de la vie quotidienne en maison de repos ;
- La censure de la part des professionnels ;
- La censure de la part des résidents eux-mêmes ;
- La censure de la part des familles.

En maison de repos, la sexualité est abordée généralement lorsqu'une problématique apparaît. L'anticipation est rarement mise en œuvre. Le projet de vie et le règlement d'ordre intérieur des maisons de repos soutiennent le droit à la vie sexuelle et affective. Mais les repères sur la manière de garantir ce droit sont faibles, pour ne pas dire inexistants.

Une réflexion pluridisciplinaire sur le projet de vie et le règlement d'ordre intérieur pourrait permettre au personnel de savoir ce qu'il doit entendre par "respect du droit à la vie sexuelle et affective". Ce processus permettrait de mettre en lumière les valeurs que l'institution souhaite défendre en matière d'intégration et de respect de la vie sexuelle et affective de ses résidents. **Un cadre clair (voire une charte ou un code de pratiques) sur lequel appuyer sa pratique est non seulement essentiel pour les professionnels, mais également pour les résidents et les familles.**

Ce texte ferait alors l'objet d'une discussion avec le résident dès son entrée afin qu'il sache que la sexualité n'est pas un sujet tabou dans la maison de repos qui l'accueille.

Si la sexualité ne s'aborde pas forcément comme n'importe quel choix de vie (car il s'agit d'intimité), savoir que l'on peut parler de sexualité permet certainement de désamorcer certaines situations problématiques et de s'engager davantage dans la prévention.

À noter que si le respect de la sexualité s'inscrit dans le projet de vie, il faut pouvoir l'assumer également. Tout professionnel n'est pas forcément prêt à aborder cette question et il faut pouvoir respecter les sensibilités de chacun. Une personne ressource pourrait être engagée ou désignée (en interne ou externe). Son rôle serait non seulement de rappeler les valeurs institutionnelles mais également de soutenir les professionnels, les résidents et les familles.



5. Le cadre institutionnel

Peu importe le degré de dépendance de la personne hébergée en institution, elle doit pouvoir rester au maximum actrice de sa vie. S'il est indispensable d'établir un règlement dans le cadre d'un hébergement en maison de repos, il est essentiel de prendre en compte que la personne hébergée en est le personnage central.

L'institution défend des valeurs et des règles qui doivent être édictées distinctement dans un règlement d'ordre intérieur. Celles-ci doivent être définies de manière claire et être comprises par les membres du personnel. Cette philosophie servira de repère pour l'accompagnement des résidents. Elle peut varier et évoluer dans le temps mais doit toujours être soutenue par la direction et impliquer les membres du personnel.

Rappelons que le règlement d'ordre intérieur doit être établi suivant un modèle réglementé par arrêté et qu'il doit concrétiser les principes proposés dans le projet de vie de la maison de repos.

Les règles sont indispensables à toute vie en collectivité. Sans elles, ce sont les représentations qui feront office de loi. Etant donné la grande diversité de celles-ci, mieux vaut des repères pour éviter toute dérive.

6. Le rôle des professionnels

Les professionnels sont en grande partie là pour répondre aux besoins des bénéficiaires, en prendre soin et garantir la liberté de tous. Un projet individualisé offre la possibilité à la personne d'exprimer ses besoins (entre autres relationnels, affectifs et sexuels).

Le personnel peut être embarrassé par la sexualité en institution ; le sexe des personnes hébergées pouvant parfois être perçu uniquement comme un objet de soin. Intégrer la dimension sexuée de la personne âgée suppose un recul et un travail sur ses propres croyances et valeurs. C'est à la direction de donner le ton et de communiquer au personnel la vision défendue par la maison de repos. Elle a donc un rôle essentiel à jouer dans la défense des droits des personnes hébergées.

Les contraintes liées à la vie en collectivité sont nombreuses pour le personnel. Afin de respecter malgré tout l'intimité des personnes hébergées, certaines pistes peuvent être explorées :

- Organisation de séances d'information sur les valeurs défendues par l'institution ;
- Échange de pratiques ;
- Organisation de groupe de parole ;
- Réflexion au sein de l'équipe de manière pluridisciplinaire ;
- Tolérance et acceptation des manières de penser et de vivre différentes des siennes ;
- Accepter que chacun exprime sa vie relationnelle, sexuelle et affective à sa manière.



Situations vécues et réflexions

1. Les couples en maison de repos

Historiquement, les maisons de repos étaient conçues pour des personnes seules. Aujourd'hui, certaines institutions disposent de chambres doubles. Malgré cela, lorsque des couples arrivent en maison de repos ou s'y forment, cela peut déranger et entraîner l'autocensure.

Certaines personnes arrivent en couple et d'autres se mettent en couple en maison de repos. Ces couples demandent de partager la même chambre ou pas. Proposer une chambre double ou non peut dépendre de la possibilité matérielle, du rythme de soin, de l'entente du couple, de sa volonté ou de ses habitudes...

Lorsque des couples se créent, il arrive que les familles s'interrogent et/ou s'immiscent dans cette nouvelle relation. Le personnel sera souvent sollicité par celles-ci qui en viennent parfois à demander à l'institution d'interdire les rencontres de leur parent avec un autre résident.

→ Situations

- Deux personnes rentrent en maison de repos. Les enfants de ces personnes demandent que leurs parents ne soient pas séparés et puissent dormir dans le même lit comme chez eux. La maison de repos n'a pas de lit double médicalisé. Il est décidé de les mettre dans la même chambre mais dans deux lits séparés avec les barrières levées pour éviter qu'il arrive un accident.
- Un couple partage une chambre. Une aide-soignante rentre et enlève devant Monsieur la protection de Madame pour la changer .
- Un couple dormant dans la même chambre ne cesse de se disputer de manière violente. Cela perturbe les autres résidents et crée des craintes auprès du personnel soignant. Il est décidé pour le bien-être de tous de les séparer. Or, une fois séparés, le personnel constate que l'état de santé de Madame s'est dégradé. Monsieur dit au personnel que Madame l'a abandonné.
- Une personne est hébergée alors que son partenaire est resté à domicile. La personne hébergée se rapproche d'un autre résident. Ils décident de former un couple.

→ Questions soulevées

- L'institution accorde-t-elle suffisamment d'intimité aux couples ?
- Les couples ont-ils la possibilité de partager une chambre ?
- Les couples sont-ils séparés généralement dans deux chambres ?
- Quelles sont les possibilités de bénéficier d'un lit double ?
- Faut-il gérer les conflits de couple ?
- Si un résident est en couple avec quelqu'un à l'extérieur et qu'il se rapproche d'un autre résident, est-on en droit d'intervenir en tant que soignant ?
- Que faire des demandes des familles concernant un couple de résidents (existant ou qui se crée) ?

→ Pistes

Le respect de l'intimité

- Demander au résident s'il souhaite que sa porte soit fermée ou ouverte ;
- Frapper à la porte avant d'entrer et attendre une réponse ;
- Proposer l'accès à des chambres qui ferment à clé.

L'aménagement des chambres

- Proposer une chambre double ;
- Rapprocher deux lits simples et bloquer les roues si les actes techniques nécessitent un accès supposant un lit simple ;
- Proposer un lit double (médicalisé si nécessaire). Avoir des relations affectives ou sexuelles à deux dans un lit simple peut être dangereux et inconfortable ;
- Créer une chambre d'amour (bien que cela questionne la confidentialité, la discrétion ainsi que l'intégration et l'acceptation au niveau de l'institution tout entière).

Le rapport au corps

- Effectuer dans la mesure du possible les changes et les toilettes en dehors de la présence de l'autre (ne pas "chosifier" le corps du résident devant son partenaire, préserver sa dimension érotique). Notez cependant qu'il faut pouvoir entendre la volonté du partenaire à rester présent si le résident est d'accord (ce moment privilégié entre le soignant et la personne peut provoquer également des conflits au sein d'un couple).

La relation dans le couple

- Observer les comportements. En cas de violence, ou de conflits par exemple, se questionner sur la nécessité d'intervenir et si elle est nouvelle ou a toujours existé. Se poser la question suivante : "si ils étaient chez eux, feraient-ils comme ça ou non ?"

La place de la famille

- Si la famille réclame la séparation de ses parents ou d'un de ses parents d'avec son partenaire, se questionner sur la pertinence et se demander qui souffre de la situation. Ne pas hésiter à en discuter avec elle afin qu'elle comprenne la décision de l'équipe ;
- Si la famille demande à la maison de repos d'intervenir lorsque son parent se met en couple, se questionner par rapport à cette demande et évaluer la pertinence de celle-ci par rapport à la liberté de choix du résident.

Le questionnement face à son propre malaise

- Se questionner par rapport au malaise que l'on peut ressentir en tant que professionnel dans le cas de la formation d'un couple, de conflits dans le couple... Essayer de déterminer ce qui se joue en nous et prendre le recul nécessaire. Se rappeler que notre propre histoire n'est pas sans lien avec nos jugements ;
- En cas de réaction négative de la part des autres résidents, prendre le temps de reconnaître leur droit à ressentir des émotions négatives et proposer un dialogue pour les comprendre et reconnaître.

2. Le célibat en maison de repos

a) Les rencontres entre résidents et/ou avec des personnes extérieures à l'institution

Le lieu de vie en communauté est propice aux rapprochements. C'est vrai pour tout lieu collectif. Des rencontres peuvent cependant arriver entre un résident et une personne extérieure à l'institution.

→ Situations

- Un résident accueille une dame venue lui rendre visite. Le lendemain matin, un membre du personnel surprend la dame dans le lit du résident ;
- Une résidente prend régulièrement le train pour rejoindre une personne rencontrée dans un salon de thé.



→ Questions soulevées

- Peut-on autoriser une personne à rendre visite à un résident et avoir des relations intimes avec lui au sein de l'institution ?
- Peut-on autoriser cette personne à rester dormir dans l'institution ?
- Faut-il intervenir ?
- Faut-il prévenir les familles ?

→ Pistes

- Le règlement d'ordre intérieur stipule que le résident peut sortir et recevoir la visite de toute personne qu'il souhaite. Il faut pouvoir respecter cette règle ;
- Des règles de sécurité sont d'application. Informer le résident que l'institution doit savoir qui est dans la maison de repos, en cas d'incendie par exemple ;
- Le "client" de la maison de repos est le résident. La famille est l'intermédiaire mais la priorité est le bien-être du résident.

b) La masturbation, les sextoys et les objets détournés de leur usage

"Il se masturbait toute la journée, ça le rassurait, il se sentait vivant !²⁵"

La masturbation est une situation à laquelle les soignants sont régulièrement confrontés. Certains n'en sont pas gênés mais d'autres éprouvent un malaise lorsqu'ils surprennent un résident en train de se masturber. Le regard porté par les soignants n'est pas sans conséquence.

Les résidents eux-mêmes ont parfois honte et pensent qu'ils sont "anormaux" de faire ça. La culpabilité et les tabous sont fortement présents chez certaines personnes âgées.

Pourtant, être à l'écoute de son corps est essentiel si un besoin sexuel se fait ressentir. L'intérêt pour la sexualité solitaire perdure et des études montrent que la masturbation augmente en fréquence chez les personnes âgées. L'expression de la sexualité change et la masturbation peut s'avérer pleine d'avantages, non seulement d'un point de vue pratique mais aussi parce que la masturbation ne confronte pas au regard de l'autre sur soi. Se masturber peut rassurer sur sa capacité sexuelle et sur le fait qu'on reste un être pouvant vivre diverses sensations. La masturbation est une pratique réconfortante importante qu'il ne faut pas négliger. Les professionnels doivent donc essayer au maximum d'accepter cette pratique sans jugement.

Pour beaucoup, le sextoys est sujet à des connotations négatives. Auparavant, ces produits étaient vendus en secret. Aujourd'hui, des catalogues, des sites Internet et des magasins sophistiqués les proposent. Une banalisation de ces objets voit le jour. Les sextoys sont des facilitateurs de l'excitation et de l'orgasme.

²⁵ Parole d'une chef infirmière en maison de repos

→ Situations

- Une aide-soignante fait la nuit et laisse entrouvertes les portes pour ne pas faire de bruit si elle doit aller dans une chambre pour aider un résident à aller aux toilettes. Elle passe devant une porte et aperçoit une femme en train de se masturber. Elle est perturbée par cette expérience mais décide de n'en parler à personne ;
- Une infirmière retrouve dans le lit d'une résidente une canne ou un tube de crème manifestement utilisés pour assouvir un besoin sexuel.

→ Questions soulevées

- Faut-il faciliter l'accès des résidents à des sextoys ?
- Faut-il associer la famille à l'achat ?
- Faut-il parler de ce qui nous perturbe avec l'équipe ?

→ Pistes

Le ressenti des professionnels

- Si le personnel est choqué par la masturbation, prendre conscience de ce qui se passe en soi et essayer de dédramatiser ;
- Prendre du recul par rapport à ses jugements ;
- Respecter l'intimité du résident et le secret professionnel ;
- Offrir un lieu de parole pour les professionnels.

Le mode de masturbation

- Parler avec le résident des risques liés à l'utilisation d'objets non prévus pour assouvir leur désir (infections ...) ;
- Organiser des démonstrations pour dédramatiser le sextoy auprès des seniors et surtout pour éviter l'utilisation d'objets inappropriés pouvant être peu sanitaires voire dangereux.

Le lieu

- Si la masturbation est pratiquée dans des lieux communs, recadrer et inviter le résident à la discrétion ainsi qu'au respect de soi et des autres.

c) Les productions érotiques

Présents en maison de repos, les films érotiques doivent pouvoir se visionner dans un lieu intime. La personne doit pouvoir avoir un ordinateur ou une télévision dans sa chambre et avoir accès à ces films si elle le souhaite. Il en est de même en ce qui concerne les revues érotiques.

d) La prostitution

Certains professionnels de maison de repos réclament des travailleurs du sexe spécialisés pour répondre aux besoins sexuels des personnes âgées. Pour d'autres, la prostitution existe et les personnes âgées n'ont pas à en être privées. D'autres encore s'opposent fermement au caractère marchand de la sexualité.

Quoi qu'il en soit, il arrive que des maisons de repos ferment les yeux et laissent un résident prendre un taxi pour rencontrer un(e) prostitué(e).

Rappelons que la prostitution en Belgique ne constitue pas une infraction. La loi autorise l'achat de services sexuels mais condamne pénalement le racolage (inciter quelqu'un à avoir des rapports sexuels en échange de rémunération) et le proxénétisme (le fait de tirer profit de la prostitution d'une personne ou de la favoriser). Notons que la prostitution est un sujet sensible, en proie à de nombreux conflits idéologiques, et que les conditions d'exercice sont variables et peuvent être majoritairement source d'exploitation. De plus, le danger de la prostitution serait de véhiculer l'idée qu'avoir des relations sexuelles est un droit à garantir à tout prix.

Que faire alors si un résident demande qu'on le conduise chez un(e) prostitué(e) ?

Cette position est inconfortable pour les soignants et les place face à une double contrainte, répondre à la demande du résident et respecter la loi.

Il faut pouvoir prendre conscience que derrière une demande sexuelle se cache parfois la demande d'être rassuré sur le fait d'être encore sexué, d'avoir de la tendresse, d'être touché...

→ Situation

- Une personne célibataire et dépendante hébergée en maison de repos souhaite avoir des rapports sexuels avant de mourir. Elle demande au personnel de l'aider à réaliser ce dernier souhait.

→ Questions soulevées

- En logement privé, on peut accéder à la prostitution alors pourquoi pas en maison de repos ?
- Faut-il accéder aux demandes des résidents qui souhaitent se rendre chez un(e) prostitué(e), en dépit de la loi ?
- Peut-on tolérer le racolage en institution s'il ne l'est pas dans la société ?
- Comment dégager de l'argent pour que le résident aille voir un(e) prostitué(e) ?
- La tendresse remplace-t-elle la sexualité ?
- Faut-il associer les familles ?

→ Pistes

L'écoute

- Prendre distance par rapport à la demande du résident, le questionner sur son désir et sa demande profonde ;
- Apporter une écoute et aborder les alternatives légales. Proposer des séances de massage, des sextoys, des rencontres, la masturbation... ;
- Accompagner le résident pour l'aider à trouver ses propres solutions.

L'information

- Informer le résident sur les risques pour l'institution (sanctions pénales liées à l'accompagnement par exemple).

3. Les avances des résidents envers le personnel

Le personnel est souvent en proie à des avances de la part des personnes âgées. Des mains baladeuses, des propositions... sont monnaie courante en maison de repos. Si certains savent remettre le résident "à sa place", d'autres ne savent pas toujours comment réagir.

La manière dont le personnel va réagir n'est pas sans effet. Refuser d'admettre qu'il peut y avoir une dimension érotique dans les gestes quotidiens en maison de repos, c'est être dans le déni. C'est une réaction naturelle mais lourde de conséquences. Réduire la personne âgée à un objet de soin et/ou à un être asexué permet de se protéger mais affecte l'attention portée à l'autre et à ce qu'il ressent.

Les personnes hébergées n'ont pas toujours conscience du cadre dans lequel elles sont. De nombreuses raisons peuvent pousser les résidents à faire des avances à l'équipe (sentiment qu'on plaît aux personnes, démence, besoin de se rassurer sur soi et sa capacité à séduire, impression que le soignant n'est pas un travailleur mais qu'il est devenu quelqu'un de plus proche...).

Le personnel peut avoir l'impression qu'on le sort de son rôle et qu'on l'agresse. Prendre conscience que cela existe et qu'il est possible de mettre des limites tout en étant respectueux peut atténuer le fait que ces événements soient mal vécus. Un recadrage est possible. Essayer de comprendre ce qui se joue dans de tels comportements est essentiel. Les résidents peuvent vouloir, par ces gestes, s'assurer qu'ils sont encore sexués. Le personnel peut alors être attentif à continuer à les considérer comme des femmes et des hommes (laisser les femmes porter des soutiens-gorge, laisser les personnes choisir leurs vêtements...).

Toute la difficulté pour le personnel est de jongler entre son malaise par rapport au comportement du résident et l'art d'être à l'écoute de ce qui se cache derrière une telle attitude. Le fait d'être à l'écoute des résidents ne suppose pas forcément de devoir y apporter une réponse.

→ Situation

- Une technicienne de surface n'ose plus aller dans la chambre de Monsieur A. Celui-ci a les mains baladeuses et a tenté de retirer le chemisier de Madame à plusieurs reprises. Elle en a parlé à la direction qui lui a répondu d'essayer d'éviter ce Monsieur. La dame est perdue car elle ne peut pas arrêter de nettoyer la chambre de Monsieur A.

Différentes réactions peuvent être observées face aux avances d'un résident²⁶

- "Je fais mon métier comme il faut, je ne comprends pas pourquoi le résident agit de cette façon. Je me remets en question".
- "J'ai de la compassion pour le résident qui n'a personne avec qui avoir des gestes intimes. Je suis à son écoute".
- "Le résident n'est pas l'innocent que je croyais. Il pense que je fais quelque chose de sensuel et en profite, je suis dégoutée c'est un pervers".
- "Je peux comprendre que le résident tente. Je le recadre gentiment mais fermement".

→ Pistes

Le comportement du soignant

- Être attentif, en tant que soignant, à son comportement (par exemple, dire "on se déshabille et on va au lit" ou "je vais vous aider à vous déshabiller" n'induit pas la même chose. Dans la tête du résident, la première phrase peut être perçue comme une avance sexuelle mésinterprétée) ;
- Démystifier les comportements et prendre le temps d'analyser la situation ;
- Prévoir des lieux et des moments où il est possible pour le personnel d'échanger sur les avances qu'il reçoit pour réfléchir en équipe à la manière de réagir ;
- Permettre aux soignants de pouvoir en parler avec une personne de référence ;
- Se former et s'informer sur la manière de refuser ces avances. Apprendre à dire non, à se respecter, à mettre des limites ...

Le recadrage

- Demander clairement au résident de cesser le comportement qui dérange ;
- Si le comportement ne cesse pas, affirmer sa désapprobation et sortir de la pièce pour se calmer ;
- Demander à un autre soignant de prendre le relais.

L'écoute

- Permettre aux résidents de verbaliser leurs désirs sexuels et former le personnel à pouvoir les entendre.

²⁶ Lépine N. (2008). *Vieillir en institution. Sexualité, maltraitance, transgression*. Ed. Chroniques Sociales

4. La démence et la sexualité

La démence

L'OMS définit la démence comme un syndrome²⁷ dans lequel est observée une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser des activités quotidiennes. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent la démence. Selon l'étude QUALIDEM²⁸, la démence concernerait 9,3% des personnes de plus de 65 ans et 26,4% des plus de 85 ans. Elle est causée par un ensemble de maladies et de traumatismes, comme la maladie d'Alzheimer ou un accident vasculaire cérébral.²⁹ La maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente de démence.³⁰

La démence et la sexualité

La personne atteinte de démence a un rapport différent au monde, ce qui peut déstabiliser certains professionnels.

Des comportements sexuels non appropriés peuvent apparaître (désinhibition par exemple). Ces comportements peuvent créer de la peur, de la gêne ou choquer les soignants. Malgré tout, toute expression de la sexualité de la part de résidents atteints de démence ne doit pas être considérée comme inopportune. Le besoin de tendresse, affectif et sexuel, reste présent chez ces personnes.

Les personnes atteintes de démence peuvent parfois exprimer leur affectivité de façon maladroite et envahissante qui peut prêter à confusion.

Deux comportements par rapport à la sexualité peuvent être observés chez les personnes démentes : l'hypersexualité ou l'apathie³¹.

Si cette dernière ne pose pas spécifiquement de difficulté pour les soignants, l'hypersexualité, quant à elle, peut s'avérer problématique. Elle peut se manifester par de la désinhibition. La désinhibition est souvent considérée comme un comportement impulsif et inapproprié. La personne atteinte de démence et désinhibée semble dépourvue d'auto-jugement et se met en marge vis-à-vis des règles sociales. Cela peut prendre diverses formes : exposition de parties du corps normalement cachées, masturbation en public, proposition de relations sexuelles, attouchements ou encore langage vulgaire et provocant.

²⁷ Ensemble de signes cliniques et de symptômes

²⁸ Dont les résultats ont été présentés dans l'ouvrage suivant : Ylief M., De Lepeleire J. et Buntinx F (2006). Soins aux personnes démentes en Belgique. Résultats et recommandations de l'étude Qualidem (ULG-KUL). Ed. Garant

²⁹ Organisation Mondiale de la Santé - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

³⁰ Alzheimer (en ligne). Disponible sur <http://www.alzheimer.be/j25/index.php/la-maladie/alzheimer-la-maladie-description> (consulté le 7 mai 2014)

³¹ "L'apathie consiste en une diminution de la motivation, la réduction des comportements dirigés vers un objectif, et l'absence de réponses émotionnelles". Sadock B, Sadock V, et al.(2005) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8ème édition Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Poser des limites de manière respectueuse n'est pas une chose aisée mais est une bonne façon de gérer ces comportements.

Lorsqu'une relation se noue entre un résident et une personne désorientée, elle ne doit pas pour autant être considérée comme problématique. Les personnes souffrant de démence sont très réceptives aux manifestations affectives (qui mettent en jeu les émotions) et relationnelles (qui créent du lien). Cela les calme et les apaise.

Les professionnels auront pour mission d'évaluer si la relation est subie ou non et si elle a des répercussions néfastes (par exemple : repli sur soi, déprime...).

→ Situations

- Monsieur A. est un homme marié de 84 ans atteint d'une forme modérément sévère de la maladie d'Alzheimer. Il vit en maison de repos depuis 2 ans. Il commence à aborder des résidentes de la maison de repos et à leur faire des avances de nature sexuelle, ce qui dérange le personnel et les résidents. Malgré qu'on l'ait déménagé d'étage, il continue à faire des avances sexuelles verbales et parfois physiques à des résidentes et des membres du personnel.
- Monsieur B. atteint de démence, va dans les chambres des femmes et leur fait subir des atouchements sexuels, sans leur consentement. Plusieurs résidentes se plaignent. Monsieur B. nie avoir un comportement inapproprié.
- Madame C. ayant une démence à un stade avancé, partage la même chambre que son mari qui n'a pas de troubles cognitifs. En sortant de la salle de bain, Monsieur. D. retrouve un autre résident, ayant aussi une démence sévère, dans le lit de son épouse qui a l'air consentante.
- Madame E. est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle passe ses journées à se balader nue dans les couloirs de la maison de repos.

→ Questions soulevées

- Quelles sont les limites ?
- Faut-il intervenir ?
- Quelle est la part de responsabilité des professionnels ?
- Une personne désorientée est-elle capable de manifester (verbalement ou non) lorsque quelque chose la dérange ?
- Comment s'assurer du consentement mutuel ?
- Faut-il faire intervenir la famille ?
- Comment interpréter les comportements ?
- Que faire si on soupçonne que la personne est en danger ?

→ Pistes

La démence

- Dans un premier temps, il faut être prudent par rapport aux étiquettes "déments", "Alzheimer". Ces maladies sont fluctuantes dans le temps, il peut y avoir des moments de lucidité qu'il faut pouvoir dépister et reconnaître ;
- S'informer sur la démence et la manière dont des situations identiques sont traitées ailleurs ;
- Se former à la communication avec les personnes désorientées.

La prise de recul

- Prendre un temps de recul entre la situation et la réaction pour analyser la situation ;
- Prendre le temps d'observer les signes envoyés par les résidents.

L'analyse de la situation

- Apprendre décrypter les signes (verbaux et non verbaux) de contentement ou de mécontentement des résidents ;
- Confronter en réunion d'équipe les faits et les représentations des soignants.

L'écoute

- Respecter la dignité de la personne démente ;
- Éviter la désinhibition en posant des limites. Dire à la personne que ce n'est ni le lieu, ni le moment et associer ce discours à un non verbal (comportement) cohérent ;
- Amener le résident à exprimer sa sexualité dans un autre endroit.

Un cadre rassurant

- Créer un cadre qui accompagne et protège le personnel pour éviter que celui-ci se sente obligé de réagir de peur d'être accusé de non-assistance à personne en danger ;
- Créer un réseau autour de soi pour réfléchir à plusieurs sur la situation ;
- Mettre en place un "réfèrent démence" pour soutenir l'équipe dans ses questionnements.

Comment réagir de manière générale face à une situation qui pose question³² ?

- **Décrire ce qu'il se passe** : en quoi la situation habituelle est modifiée ? Est-ce de façon brutale ou non ? Depuis quand ? Y-a-t-il urgence ? Quel est le risque ? De quoi est-il question ? Qu'est-ce qui est à craindre ?
- **Observer** : quelles sont mes impressions ? Celles des autres ? Suis-je en proie à un jugement ?
- **Réfléchir** : tenter de contextualiser, de comprendre les causes, les conséquences, les priorités, les enjeux pour chacun et leurs motivations
- **Agir** : essayer d'évaluer ce qu'il faut faire ou non, rappeler les limites institutionnelles, aménager un espace intime, sensibiliser... Tenter d'être patient et de ne pas réagir à chaud
- **Suivre** : évaluation en équipe de ce qui a été entrepris.

5. La question des abus, de la violence et de la non-assistance à personne en danger

Les comportements sexuels agressifs peuvent être de différents ordres :

- Attouchement ;
- Exhibition ;
- Vulgarité.

Ces abus peuvent être corporels ou psychologiques.

Lorsque le personnel découvre un abus ou des faits de violence, il se doit d'être impartial et objectif. C'est-à-dire, évaluer ce qui s'est passé tout en se débarrassant de ses a priori et idées reçues. Cela suppose beaucoup d'observation, d'écoute et d'attention aux signes physiques et psychiques (déprime, trouble du sommeil, bleus sur le corps, comportement inhabituel ...).

Tout cela n'est pas chose aisée. D'où l'importance de créer un espace de réflexion en équipe et une communication efficace avec la direction.

Préventivement, les professionnels peuvent soutenir les résidents et leur apprendre à dire non et à se respecter tout autant qu'à respecter les autres. Une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle a tout son intérêt. C'est une chose qui se doit d'être proposée tout au long de la vie.

La non-assistance à personne en danger : que recouvre cette notion ?

Les professionnels s'inquiètent souvent de leur responsabilité en cas d'abus. Le quotidien des soignants ainsi que leurs conditions de travail ne permettent pas toujours de prendre le "risque" de laisser faire au résident quelque chose dont il a envie et qui entrainerait un danger potentiel.

³² Dr Sandra De Breucker, Gériatre, « *L'hypersexualité des déments* », intervention au séminaire interdisciplinaire de gériatrie, La sexualité des aînés, ULB, HELB et CUMG-ULB, 27 avril 2013

En la matière, l'article 422 bis du Code Pénal belge stipule ceci :

"Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de cinquante à cinq cents euros ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques."

Ce qu'il faut entendre par "péril grave", c'est un événement menaçant l'intégrité personnelle de manière imminente et réelle (c'est-à-dire certaine). Il est parfois difficile d'évaluer ces éléments. C'est pourquoi, s'interroger sur la réalité de l'imminence est essentiel. S'il s'avère qu'il n'y a pas d'urgence, en discuter avec d'autres membres de l'équipe et/ou d'autres équipes est plus qu'intéressant.

Dans le cas où l'on doute de devoir "porter secours", il faut savoir que ces éléments seront pris en compte en cas de plainte pour non-assistance à personne en danger. Il est impératif de se questionner sur le caractère urgent et la réalité du danger.

Garder des traces écrites de son questionnement et des raisons pour lesquelles on n'est pas intervenu est indispensable.

Des conseils juridiques sont proposés gratuitement par les CPAS, les maisons de justice, certaines asbl et certaines administrations communales. Pour plus d'informations :
http://www.belgium.be/fr/justice/victime/assistance_judiciaire/premier_conseil/



© Shutterstock

6. L'orientation sexuelle : homosexualité et transgenre en maison de repos

La majorité des maisons de repos pense ne pas héberger de personnes homosexuelles ou "trans"³³. L'orientation sexuelle est bien souvent exclue des prises en considération tout autant que des prospectus. La référence de notre société étant l'hétérosexualité, l'homosexualité et le transgenre se voient bien souvent marginalisés et dissimulés.

L'homosexualité et le transgenre véhiculent beaucoup de stéréotypes³⁴ et de préjugés³⁵. Or, l'homosexualité est plus présente que ce qu'on ne le pense. Ces stéréotypes et préjugés peuvent avoir de graves conséquences sur le manque de confiance en soi et provoquer le rejet et la solitude des résidents.

À l'époque où les seniors étaient jeunes, les LGBT (lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et "trans") étaient considérés comme des personnes "malades". Les seniors LGBT ont appris à cacher leur orientation sexuelle afin d'éviter l'exclusion, les railleries...

Chaque personne doit pouvoir s'épanouir de la même manière, quelle que soit son orientation sexuelle. La direction des maisons de repos devra œuvrer à informer les soignants et les résidents sur les représentations stéréotypées qui sont liées aux orientations sexuelles et lutter contre l'homophobie et l'exclusion qui en résultent.

→ Situations

- Un après-midi, deux aides-soignantes entrent dans une chambre double masculine, et surprennent deux résidents, M. J. debout qui masturbait son voisin M. B., couché dans son lit. Ces deux résidents sont lucides. M. J. surpris de l'entrée des jeunes femmes et très mal à l'aise, dit tout de suite que son voisin voulait faire pipi et qu'il l'aidait ;
- Deux résidentes, mariées par le passé chacune à un homme, se rapprochent. L'une d'entre elle partage une chambre double. Une nuit, un soignant les retrouve dans le même lit. Il a été décidé de les faire partager la chambre double pour éviter une chute en raison du lit simple ;
- Une directrice de maison de repos reçoit d'une association une affiche pour une soirée destinée aux personnes homosexuelles âgées. Elle n'ose pas l'afficher de peur de choquer les résidents. Elle demande donc à l'ergothérapeute de la faire passer chez les résidents de manière informelle. Personne ne fut choqué et ce fut l'occasion pour les résidents de discuter de l'actualité et du mariage gay avec l'ergothérapeute.

³³ Le terme "trans" recouvre les personnes transsexuelles (personnes dont le sentiment lié à leur identité sexuelle est opposé au sexe physique de naissance), travesties (personnes empruntant une apparence vestimentaire autre que celle attendue par leur genre) et transgenres (terme qui décrit les personnes dont le genre - ou l'identité sexuelle- est opposé au sexe biologique)

³⁴ Images simplifiées

³⁵ Jugement de quelque chose qu'on ne connaît pas

→ Pistes

- Formation et sensibilisation du personnel et des résidents pour lutter contre l'homophobie ;
- Favoriser et soutenir les plaintes lorsqu'il y a discrimination ;
- Application de la charte de respect envers les aînés lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transgenres (LGBT) portée en Belgique par l'asbl "Tels Quels" ;³⁶
- Création d'un label "gay friendly".

Charte de respect envers les aînés lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transgenres (LGBT)

La présente charte propose aux organisations qui œuvrent auprès des aînés ou les côtoient, d'adhérer aux principes suivants :

- ➊ Assurer aux aîné-e-s lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et transgenres (LGBT) un traitement égalitaire exempt de toute manifestation homophobe ou transphobe ainsi qu'un environnement sain.
- ➋ Prendre les mesures propres à cultiver un climat d'entente exempt d'intimidation, d'hostilité, de vexation et de toute forme de conduite discriminatoire (verbale, physique, gestuelle, moquerie, insinuation, etc.) en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.
- ➌ Promouvoir l'ouverture d'esprit, encourager le respect de tout un chacun et prendre les mesures nécessaires pour que chaque personne adopte une attitude positive à l'égard de l'homosexualité et de la transidentité.
- ➍ Respecter le choix d'une personne de dire ou non son orientation sexuelle ou sa transidentité et assurer la confidentialité de ces informations.
- ➎ Soutenir les initiatives ayant pour objectif de lutter contre les discriminations à l'encontre des LGBT.
- ➏ S'assurer que les règles et procédures internes ne permettent aucune discrimination liée à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.
- ➐ Assurer un engagement visible des instances dirigeantes contre tout propos ou acte de discrimination à l'encontre des LGBT.
- ➑ Mettre en œuvre des actions destinées à prévenir et, le cas échéant, à sanctionner tout propos ou attitude discriminatoire.
- ➒ Sensibiliser, former et accompagner les personnes œuvrant auprès des aîné-e-s à la mise en place et au respect de la présente charte.
- ➓ Assurer une formation sur les maladies sexuellement transmissibles (VIH, hépatite...) auprès du personnel soignant pour une meilleure compréhension et une prise en charge adéquate et veiller que les porteurs soient bien intégrés dans le groupe.

³⁶ <http://www.telsquels.be/cms/>

- ❶ Participer à des rencontres favorisant le partage de bonnes pratiques et avancées dans la mise en place de la charte.
- ❷ Promouvoir la présente charte auprès des personnes œuvrant auprès des aîné-e-s, ainsi que des usagers et bénéficiaires.
- ❸ Accepter un accompagnement de l'association Tels Quels pour s'assurer de l'application effective de la Charte.

Sources

<http://www.fondationemergence.org>

<http://www.autrecercle.org/pole/retraite-autrement>

Avec la collaboration de l'asbl Tels Quels

<http://www.telsquels.be/cms/>



7. La place de la famille

L'entrée en maison de repos peut être un soulagement pour les familles. Un sentiment de culpabilité peut également naître de ce "placement" et mener à des comportements de surprotection ou au contraire, d'éloignement de la part des familles.

Les rapports familiaux changent souvent et peuvent s'inverser. Le pouvoir des proches peut être assez important, notamment quand ils payent les frais liés à l'hébergement en maison de repos. Les enfants utilisent parfois cet argument pour que l'institution respecte leurs demandes.

La famille n'est souvent pas capable d'imaginer son parent comme sexué. Cela peut se traduire par une forme d'interdit de toute nouvelle relation affective. Les soignants sont souvent pris pour arbitres dans les conflits qui peuvent naître entre les résidents et leur famille. Il faut pouvoir écouter la souffrance des deux côtés et comprendre ce qui se joue afin de renouer le dialogue.

La famille devient régulièrement l'interlocuteur privilégié de l'équipe même lorsqu'il s'agit d'intime. Or, la sexualité des personnes âgées ne regarde pas leurs enfants.

Les familles exigent parfois que l'institution règle des choses qui ne les regardent pas. Le personnel est parfois pris entre deux feux et répond alors positivement aux demandes des familles pour éviter de mettre à mal l'institution.

Les familles agissent comme cela pour différentes raisons : peur qu'il arrive quelque chose à leur parent, conflit de loyauté envers le parent défunt, parfois peur de la perte de l'héritage... Quoi qu'il en soit, il est régulièrement constaté que les rôles tendent à s'inverser et que les enfants prennent la place des parents.

Des échanges préalables au moment de l'accueil avec les familles permettent d'éviter la confusion. Il faut pouvoir écouter leurs émotions, leurs peurs mais également expliquer les valeurs et le mode de fonctionnement de l'institution par rapport à l'intimité du résident.

Un des gros enjeux est de favoriser au maximum le pouvoir décisionnel de la personne hébergée et de dire à la famille ce que l'on fera de sa "parole". La famille sera alors libre de mettre son parent dans une maison de repos défendant ou non certaines valeurs. Ces valeurs sont à notifier clairement dans le règlement d'ordre intérieur.



→ Situation

- Une dame est hébergée en maison de repos. Celle-ci se rapproche d'un résident. Les deux se retrouvent régulièrement. Le fils de cette dame aperçoit sa maman donnant la main au résident. Celui-ci arrive dans le bureau de la direction en insistant sur le fait que si cela dure, il retirera sa maman de la maison de repos.

→ Questions soulevées

- Quelle place donner à la famille dans la prise de décision quant aux besoins des résidents ?
- Doit-elle être au courant de ce qui se passe ?
- A-t-elle le droit de donner son avis ?
- Comment travailler avec les familles ?
- Peuvent-elles menacer l'institution ?

→ Pistes

La parole du résident

- Demander au résident s'il veut que sa famille soit au courant ;
- Placer les intérêts du résident avant ceux de la famille.

L'intérêt

- Questionner l'intérêt pour le résident de tenir la famille informée ;
- Se questionner sur les attentes de la famille envers l'institution ;
- Questionner leurs réticences.

L'information

- Informer la famille sur les valeurs de l'institution par rapport à la sexualité ;
- Informer les familles sur le projet de vie et le règlement d'ordre intérieur ;
- Leur rappeler que le "client" est le résident, quel que soit le contexte financier ;
- Se référer à la direction pour ne pas prendre en charge seul(e) la tension que la famille peut représenter ;
- Mettre en place des groupes de parole pour les familles.

8. La toilette intime

La toilette des résidents est la plupart du temps effectuée par le personnel soignant. Cela représente plus ou moins 50% du temps de travail. La manière dont est abordée la toilette globalement conditionne la toilette intime.

La toilette peut être un moment agréable ou désagréable tant pour le résident que pour le soignant. Toujours est-il que c'est un moment important dans le soin et que l'intime est fortement présent.

Les soins sont parfois le lieu où les désirs et les fantasmes s'expriment. C'est pourquoi, l'intention doit être formulée au résident pour éviter au maximum la confusion.

Quand il y a une manifestation sexuelle lors de la toilette (érection, demande de caresses...), le personnel peut se sentir mal à l'aise. Les réactions que cela provoque peuvent avoir des conséquences sur le résident. D'un côté, le personnel se rappelle à ce moment-là que cette personne n'est pas sexuellement neutre. D'un autre, le résident peut se sentir gêné et mal à l'aise. Le contact du professionnel avec le sexe du résident peut parfois induire une gêne ou un trouble, pour le résident comme pour le personnel.

Le nier n'est pas sans effet. Il faut pouvoir avoir conscience que l'érotisme existe dans les gestes d'hygiène et de soins. Cela n'est pas une chose évidente et ce n'est généralement pas souvent enseigné lors des formations. Certains soignants préféreront alors nier soit parce qu'ils sont choqués soit parce qu'ils ne souhaitent pas embarrasser le résident.

Dans l'environnement de soin, le corps peut être instrumentalisé et positionner la personne au rang d'objet. Si une des raisons à cela peut être le manque de temps (les soignants disposent de plus ou moins 15 minutes pour effectuer la toilette), une autre peut être le fait que les soignants ramènent le fonctionnement du corps à une mécanique. Ceux qui procèdent de la sorte le font généralement parce que c'est une réelle difficulté d'accepter que la personne que l'on « soigne » exprime sa sexualité. Il est utile toutefois d'essayer de différencier les élans de tendresse et le désir sexuel.

Les soignants ont besoin d'une certaine prise de distance pour s'empêcher de percevoir ce qu'ils font réellement. Le sexe est perçu comme n'importe quel organe à laver en dehors de toute sexualité. S'il reprend sa place d'organe sexuel, il crée le malaise, et dans des cas extrêmes, peut même conduire à de la maltraitance. Certains cours dans les études des soignants préconisent parfois comme réponse, en cas d'érection, de donner un petit coup avec le doigt ou de tamponner de l'éther sur le bout du gland pour la faire cesser.

→ Situations

- Une aide-soignante essaye de faire la toilette intime d'une résidente, celle-ci refuse et devient agressive. Une autre personne prend le relais et la résidente explique que l'aide-soignante lui avait dit : "je vais vous faire la toilette au lit". Cette phrase a créé la confusion chez la dame qui en avait perçu une tout autre signification.
- Monsieur A., 67 ans est en chaise roulante. Il a besoin d'accompagnement pour sa toilette. Régulièrement, il a une érection lors de cette toilette. L'aide-soignante sort en criant et est fâchée d'avoir été confrontée à cette situation. Elle se sent sale et a l'impression que Monsieur a du désir pour elle. Elle s'arrange pour ne plus être en contact avec lui. Elle n'a pu en parler à personne. Ses collègues se moquent d'elle.

→ Questions soulevées

- Comment réaliser la toilette intime ?
- Faut-il la faire seul ?
- Est-ce qu'un moment de tendresse peut s'y exprimer ?
- Que faire des gênes exprimées par le résident ?
- Comment expliquer que ce que l'on fait n'est pas sexuel ?
- Faut-il nier ?
- Faut-il en parler ?

→ Pistes

Le cadre

- Favoriser un cadre "intime" (rideaux fermés, porte fermée, éviter les allées et venues...);
- Etablir une relation de confiance qui ne coule pas toujours de source ;
- Prendre conscience que la première approche de la toilette n'est pas anodine ;
- Prendre conscience que si, en tant que soignant, on a l'habitude de ces gestes, ce n'est pas toujours le cas du résident ;
- Prendre conscience que le non-verbal est essentiel ;
- Demander aux personnes si elles souhaitent faire leur toilette elles-mêmes ou du moins s'occuper elles-mêmes des parties plus intimes ;
- Dans la mesure du possible, commencer la toilette par une partie plus "neutre" du corps comme les avant-bras par exemple. Cela permet d'entrer en contact en douceur avec la personne ;
- Choisir des mots appropriés et prendre conscience qu'ils peuvent être sujet à interprétations ;
- Expliquer clairement au résident ce que l'on fait : des soins et pas des caresses, afin de se sentir plus confortable (ne pas forcément le faire d'emblée pour ne pas mettre mal à l'aise le résident qui n'aurait pas imaginé qu'il puisse s'agir de caresses).

Le comportement

- Tenter de ne pas dramatiser ;
- Même si le rire permet quelque fois de désamorcer des situations délicates, essayer de ne pas rire des significations sexuelles devant les résidents.

La prise de recul

- Prendre conscience que les étiquettes sur les résidents se transmettent de professionnels en professionnels (c'est-à-dire, prendre conscience que répercuter l'idée que Mme A. est comme-ci ou comme-ça influence les représentations des travailleurs et leurs comportements envers cette dame) ;
- Ne pas hésiter à se référer à l'infirmier(ère) en chef si un comportement durant la toilette a posé question.

Le niveau institutionnel

1. La question de la sécurité

La Charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée³⁷ stipule dans son Article 1, le droit à la sécurité. Ce droit recouvre le droit d'être protégé contre les menaces de toute nature. Le résident doit pouvoir se sentir en sécurité dans l'environnement dans lequel il vit et avec les personnes qui l'entourent. C'est à l'institution qu'incombe la tâche d'assurer la sécurité des personnes qu'elle héberge. Les moyens pour y parvenir sont variés et les questions que ce droit soulève sont nombreuses. Sous couvert de sécurité, certaines décisions peuvent être prises par le personnel et créer de manière insidieuse un ascendant sur le résident, ses volontés et ses libertés.

Le souci de protection des personnes désorientées est fréquent en maison de repos. Si la personne peut perdre son discernement et son aptitude à juger, elle ne perd par contre pas son humanité, sa dignité, son identité et ses croyances.

Il est essentiel de rester vigilant face à certaines attitudes paternalistes³⁸ envers les personnes âgées et de favoriser autant que possible la décision partagée. Le projet de vie et le règlement d'ordre intérieur qui en découle sont les cadres qui rappellent ce principe et permettent de mobiliser le résident et ses ressources. Un défi de taille.

Un cadre garantissant la sécurité est cependant une nécessité pour éviter qu'une personne s'inflige des lésions ou en inflige à autrui. Il devra malgré tout dans la mesure du possible être :

- Minimal et exceptionnel ;
- En respect avec la dignité, la sécurité et le confort de la personne ;
- Calculé en fonction des coûts et bénéfices.

Toute mesure sécuritaire contraignante à l'égard d'un résident devra autant que possible être prise en s'assurant qu'il n'y avait pas d'autre manière de faire. Dans certaines circonstances, une trace écrite de la réflexion poussant à ce choix sera indispensable tout autant qu'une décharge écrite.

³⁷ (2010) *Charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*

³⁸ Comportement qui, sous le couvert de la protection, positionne une personne par rapport à une autre dans un rapport de dépendance.. Cette attitude rappelle celle d'un père envers son enfant.

2. Dissiper le malaise des professionnels

Comment dissiper la malaise des professionnels ?

Un travail conséquent doit être entrepris afin de :

- Former les professionnels sur le vieillissement, la sexualité... ;
- S'informer sur le vieillissement, la sexualité... ;
- Faire évoluer les mentalités ;
- Respecter et valoriser les différences rencontrées en maison de repos ;
- Reconnaître le résident comme un individu sexué.

Comment agir concrètement ?

La formation et l'information

- Mettre en place des formations continues sur les représentations de la vieillesse et de la sexualité afin d'élargir sa vision. La vieillesse comme la sexualité sont plurielles et variables au fil du temps ;
- Informer sur le vieillissement et la sexualité pour prévenir des situations de malaise ;
- Organiser des interventions et réunions en équipe pluridisciplinaire avec l'accompagnement d'un animateur extérieur à l'institution.

La prise de conscience

- Favoriser la communication au sein de l'équipe et avec les résidents ;
- Favoriser la prise de recul sur soi et ses pratiques par des groupes d'échange de pratiques ;
- Favoriser la prise de conscience de ses valeurs et des jugements qui y sont liés. Les professionnels sont souvent renvoyés à leur propre histoire de vie. Ils peuvent et doivent se donner les moyens de garder une distance critique ;
- Sortir des résistances par rapport à des situations données et les questionner.

3. Se décider à intégrer la sexualité dans son institution

Afin de respecter la sexualité en institution, il faut d'abord être attentif à respecter la personne en tant qu'être unique, c'est-à-dire³⁹ :

- Respecter la dignité de la personne : respect de la personne en tant que sujet, respect de ses habitudes, préférences ... ;
- Refuser l'infantilisation : des gestes et attitudes diminuant la personne ;
- Respecter l'intimité et la pudeur : couvrir la personne, fermer les portes ... ;
- Favoriser l'estime de soi : ne pas abuser de son pouvoir, être brutal, menaçant ... ;
- Favoriser une image corporelle positive : soigner l'apparence de la personne, la laisser décider de ses tenues ... ;
- Respecter les rythmes : bannir les gestes automatiques, ne pas trop faire à la place ...

³⁹ Holstensson L. et Rioufol M-O.(2000). *Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution*. Ed. Masson

Quelques actions possibles

Le rapport à l'autre

- Intégrer la tendresse comme valeur de soin ;
- Respecter l'intimité psychique et corporelle en reconnaissant les résidents comme singuliers et désirants.

L'échange

- Créer des groupes de parole (professionnels, résidents et familles) ;
- Instaurer un groupe de travail au sein de sa maison de repos.

La compréhension du cadre

- Lister les valeurs institutionnelles en général et en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle en particulier ;
- Lister les pièges à éviter et les conséquences des visions négatives sur la sexualité des personnes âgées ;
- Lister une série de "bonnes" pratiques ;
- Lister les freins/limites de la vie institutionnelle ;
- Lister les services ressources existants.

La communication

- Rencontrer les familles et les résidents lors du temps d'accueil pour leur présenter le cadre et leur expliquer les valeurs de l'institution en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle.

Ces pistes permettront de clarifier les valeurs institutionnelles de la maison de repos.



4. Organiser concrètement la prise en considération de la sexualité

Une fois l'idée de la vie affective et sexuelle acceptée, il faut ensuite l'organiser. C'est pour cela que des balises et des actions concrètes doivent être réfléchies et, dans la mesure du possible, formalisées.

Différentes pistes sont possibles

L'écoute et la reconnaissance

- Accorder une écoute aux personnes hébergées ;
- Ne pas nier les composants érotiques dans la relation de soin, sans pour autant perdre son identité de soignant ;
- Accepter le fait que la sexualité du résident ne lui appartient qu'à lui seul. Il peut faire des choix ;
- Faire preuve de souplesse et de recul.

Le cadre formel

- Dans le règlement d'ordre intérieur, faire figurer clairement et développer le respect de la vie privée, les responsabilités du personnel, les limites du travail avec la famille et le respect du secret professionnel ;
- Créer une charte qui favoriserait le droit et le respect de l'intimité.

Les projets

- Mettre en place des projets en lien avec la sexualité (séances d'information, sensibilisation, groupe de parole,...).

La créativité

- S'associer avec d'autres institutions pour s'enrichir de différentes expériences ;
- Rompre la routine (accepter de prendre du temps pour les soins...) ;
- Se permettre de la créativité (oser de nouvelles initiatives).

La connaissance

- Avoir un référent sexualité au même titre que des référents en soins palliatifs ou en démence. Certains professionnels sont gênés de parler de sexualité. La personne âgée qui essaiera d'aborder sa sexualité ou ce qui lui pose problème percevra les réactions même si elles ne sont explicitées. La gêne réciproque risque de bloquer le dialogue ;
- Favoriser l'éducation sexuelle des soignants et des résidents ;
- Engager un sexologue pour aborder avec les résidents leurs difficultés sexuelles, affectives et relationnelles.

Le protocole

- Pour les cas où l'on doute du consentement ou face à de l'exhibitionnisme : création d'une fiche d'évaluation d'un évènement à caractère sexuel.⁴⁰

Les moyens

- Les moyens matériels et humains étant la plupart du temps insuffisants, il est parfois nécessaire de faire preuve de créativité. Malgré tout, il est essentiel de continuer à militer en parallèle pour obtenir des moyens supplémentaires pour offrir aux résidents des conditions d'hébergement décentes.

⁴⁰ Se référer à la partie : La démence et la sexualité

5. La sexualité et la santé par le biais de l'éducation sexuelle

Les soignants sont en proie à des représentations fortes envers le vieillissement et la sexualité des seniors. Ils en oublient parfois le caractère sexué des personnes qu'ils hébergent. A côté de cela, les programmes de formation et d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ne ciblent pas la sexualité des personnes âgées.

Ces constats renforcent l'idée selon laquelle à partir d'un certain âge, la sexualité est proscrite, surtout en maison de repos (lieu où le soin prend souvent le pas sur le reste).

La sexualité est sujette à des changements perpétuels au fil du temps. Ces changements peuvent être sources d'angoisse, de frustration et de questionnements pour ceux qui les vivent. De plus, les risques mettant en péril la santé sexuelle doivent être considérés comme des questions de santé publique. C'est pourquoi il faut pouvoir proposer une éducation sexuelle tout au long de la vie et adaptée aux différentes étapes que la personne traverse.

Qu'est-ce que l'éducation sexuelle⁴¹ ?

C'est l'apprentissage des aspects cognitifs⁴², émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité. Elle commence dès l'enfance et se poursuit à l'âge adulte. Elle donne des informations et des compétences pour comprendre la sexualité et pour pouvoir en jouir, pour avoir des relations satisfaisantes et assumer sa responsabilité envers sa santé et son bien-être autant qu'envers la santé et le bien-être des autres.



⁴¹ OMS Bureau régional pour l'Europe et BZag. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe (2013). Disponible sur https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf

⁴² Pensées et connaissances

L'éducation sexuelle part du principe que tous les individus sont sexués et qu'ils doivent pouvoir développer leur potentiel sexuel. Elle permet de comprendre ce qui se joue en soi, en l'autre, dans le couple et dans l'intimité sexuelle pour en garder la maîtrise. Cela signifie que l'éducation sexuelle propose une information visant à poser ses limites et à résister à la pression sociale pour favoriser des relations épanouissantes décidées librement et de manière éclairée.

Que vise l'éducation sexuelle ?

L'information

- La connaissance du corps humain et de son développement sexuel ;
- L'information sur les différents aspects de la sexualité (physiques, cognitifs, sociaux, émotionnels et culturels) ;
- L'information en cas de difficultés sexuelles.

L'esprit critique

- Le développement d'un esprit critique et d'une réflexion par rapport aux normes et valeurs véhiculées sur la sexualité.

Le respect

- Le respect de la sexualité et des différents modes de vie, attitudes et valeurs ;
- Le respect de la diversité sexuelle et de la différence entre les sexes.

La communication

- Le renforcement des compétences pour faire ses propres choix de manière responsable ;
- Le développement de l'expression de ses sentiments et besoins pour mener une vie sexuelle satisfaisante ;
- La communication sur la sexualité et les émotions.

La prévention

- La prévention des abus et violences ;
- La prévention des IST.⁴³

Quelle serait l'utilité de l'éducation sexuelle en maison de repos ?

- Le fait de désamorcer les représentations négatives des professionnels et des résidents sur la sexualité à un âge avancé ;
- La compréhension des changements sexuels liés au vieillissement (les potentialités et les risques) ;
- Le développement d'une image positive de soi ;
- Le développement du respect de l'autre ;

⁴³ Les IST, Infections Sexuellement Transmissibles, sont des infections qui se transmettent lors de rapports sexuels (avec ou sans pénétration, avec ou sans éjaculation). Elle peuvent donner lieu à des maladies infectieuses

- La prévention en matière de santé sexuelle et l'augmentation du niveau global de la santé sexuelle⁴⁴ ;
- Le fait de désamorcer des situations problématiques.

Quels seraient les thèmes qui pourraient être abordés ?

La liste ci-dessous est une liste non exhaustive des thèmes qui peuvent être abordés par l'éducation sexuelle en maison de repos :

- Les changements corporels ;
- Le développement d'un regard critique face à la « norme » ;
- L'influence positive de la sexualité sur le bien-être ;
- La relation sexuelle, plus qu'un simple coït ;
- L'excitation sexuelle et ses phases ;
- L'importance de l'aspect relationnel ;
- La sexualité et la dépendance physique ;
- L'influence de certaines pathologies sur la sexualité (diabète, cancer...) ;
- Les différents comportements sexuels ;
- Ce qui pousse ou non à avoir des relations sexuelles ;
- L'orientation sexuelle ;
- Exprimer ses souhaits et limites de manière respectueuse ;
- Prise de conscience de ses émotions ;
- L'image véhiculée dans les médias et la réalité ;
- Décoder les attentes liées aux rôles sexuels ;
- Les comportements sexuels à risque et leurs impacts sur la santé ;
- La violence et les abus ;
- Les Infections Sexuellement Transmissibles...

Personnes ressources :

Vous souhaitez mettre en place des séances d'information au sein de votre maison de repos, sensibiliser le personnel et/ou les résidents ?

Deux sites peuvent répondre à vos questions en matière d'éducation sexuelle :

- Site de la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS : **www.planningsfps.be**
- Site commun aux quatre fédérations de centre de planning familial reprenant les adresses des centres de planning familial en Wallonie et à Bruxelles : **www.loveattitude.be**

⁴⁴ Les personnes âgées perçoivent les préservatifs comme des moyens de contraception et, ne craignant plus les grossesses, pensent majoritairement à un âge avancé ne plus avoir à se protéger lors des rapports. Les chiffres tendent cependant à montrer que le taux d'IST augmente chez les personnes âgées



Sources

Ouvrages

- Castiau G. (2003). Les cahiers du troisième âge, *Personnes âgées, vie pulsionnelle, vie sexuelle*. Ed. Kluwer
- Delvecchio L. et Pincé J. (2000). Les cahiers du troisième âge, *Les soins en institution*. Ed. Kluwer.
- Goffman E. (1977, 1^{ère} édition 1963). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Ed. de Minuit
- Holstensson L. et Rioufol M-O.(2000). *Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution*. Ed. Masson
- Jodelet D. (1994). *Représentations sociales*. Ed. PUF
- Lépine N. (2008). *Vieillir en institution. Sexualité, maltraitance, transgression*. Ed. Chroniques Sociales
- Mishara B.L. et Riedel R.G. (1985). *Le vieillissement*. Editique : Dr L.Mias – Equipe Soignante Long Séjour – CH Mazamet
- Ribes G. (2009). *Sexualité et vieillissement*. Ed. Chroniques Sociales

Mémoire

Mairesse S. (2007). *Qu'en est-il de la sexualité des personnes âgées en institution ?* Université du Sud Toulon Var

Charte

(2010) *Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*

Interventions

- Dr De Breucker S. (2013). "L'hypersexualité des déments", intervention au séminaire interdisciplinaire de gériatrie, La sexualité des aînés, ULB, HELB et CUMG-ULB, 27 avril 2013
- Potvin J-P. (2004). "La sexualité en maison de repos et MRS. Ethique et réalité. Le point de vue du directeur de MRPA/MRS". Liège

Revue

- La Revue Francophone de Gériatrie et de gérontologie, N°198, octobre 2013
- Longneaux J-M. (2002). *La sexualité dans les institutions de soins*. Ethica Clinica N°25
- Thibaud A. et Hanicotte C. (2007). *Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ?* Fondation Nationale de Gérontologie. Gérontologie et société N°122

Brochures

- Brochure ASPH (2013). *Affectivité, sexualité et handicap en institution*
- Brochure Espace seniors (2013, 1^{ère} édition 2009). *Seniors : le sexe, c'est bon pour la santé ! Avancer en âge et vivre sa sexualité*

Sites Internet

- Vie affective et sexuelle en maison de retraite - www.soignantenehpad.fr/pages/themes-de-soin/la-vie-affective-et-sexuelle-en-maison-de-retraite/ (consulté en mai 2014)
- Organisation Mondiale de la santé - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Alzheimer (en ligne). Disponible sur <http://www.alzheimer.be/j25/index.php/la-maladie/alzheimer-la-maladie-description> (consulté le 7 mai 2014)
- OMS Bureau régional pour l'Europe et BZag. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe (2013). Disponible sur https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf

Ressources

Espace seniors: <http://www.espace-seniors.be/Pages/default.aspx>

Association des directeurs de maison de repos

ADMR : <http://www.admr-asbl.eu/>

Association d'écoute, accueil, information et accompagnement de lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et trans

Tels Quels : <http://www.telsquels.be/cms/>

Fédération des centres de planning familial

FCPF : <http://www.planningsfps.be>

Site répertoriant les sexologues universitaires de Belgique

SSUB: <http://www.ssub.be/>

Remerciements

Aux experts, pour leur participation au groupe de travail :

Myriam Adant (directrice de la maison de repos Le Chalon), **Christian Boulet** (administrateur du Conseil Consultatif Provincial des Aînés de la Province du Luxembourg et administrateur de Senoah - ex Infor Home Wallonie), **Nathalie Dehard** (infirmière en chef au Domaine de la Rose Blanche et formatrice pour le Bien Vieillir), **Virginie Delaïde** (Psychologue au groupe Le Noble Age), **Geneviève De Ville de Goyet** (sexologue, directrice de maison de repos et kinésithérapeute), **Martine Doucet** (directrice de la Résidence Vauban), **Béatrice Lignier** (directrice de la maison de repos La Sérénité et trésorière adjointe de l'Association des Directeurs de Maisons de Repos-ADMR), **Jean-Paul Potvin** (Président de l'Association des Directeurs de Maisons de Repos-ADMR), **Nicole Wynants** (directrice du Home Roger Decamps)

Aux relecteurs :

Frédéricq Baccus (Département Communication de l'UNMS), **Sandra De Breucker** (chef de Clinique Adjointe, Hôpital Erasme – Service gériatrie), **Nathalie Dehard** (infirmière en chef au Domaine de la Rose Blanche et formatrice pour le Bien Vieillir), **Virginie Delaïde** (Psychologue au groupe Le Noble Age), **Marine de Tillesse** (animatrice socioculturelle - asbl Tels Quels), **Geneviève De Ville de Goyet** (sexologue, directrice de maison de repos et kinésithérapeute), **Mélanie Gerrebos** (assistante sociale - asbl Tels Quels), **Kingiela Nicole Kingiela** (aide-soignante à la résidence Le point du Jour), **Xénia Maszowez** (Coordinatrice FCPF-FPS), **Jean-Paul Potvin** (Président de l'Association des Directeurs de Maisons de Repos-ADMR), **Laurie Villée** (aide-soignante à la Providence), **Nicole Wynants** (directrice du Home Roger Decamps)

Cette brochure est une édition de l'asbl Espace Seniors
Editrice responsable : Florence Lebailly – Place St Jean, 1 – 1000 Bruxelles

Conception et rédaction : Amélie Hosdey-Radoux
Coordination et suivi de production : Maïté Frérotte
Graphisme & Impression : Unijep - Liège
Août 2014

Avec le soutien de



La Mutualité Socialiste



Crédits photos © : Shutterstock.com



ESPACE
SENIORS