

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER -
FACULTÉ DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2015

2015 TOU3 1113 / 1114

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2015

par

PAUL Anaïs et UFKES Rosanne

**Ressenti du personnel vis-à-vis de la sexualité
des personnes âgées en institution :
Parlons-en !**

Une recherche qualitative

Directrice de thèse : Docteur STEPHAN Hélène

Co-directeur : Docteur BISMUTH Serge

JURY:

Monsieur le Professeur ROLLAND Yves

Président

Madame le Docteur STEPHAN Hélène

Assesseur

Monsieur le Docteur BISMUTH Serge

Assesseur

Madame le Docteur ESCOURROU Brigitte

Assesseur

Madame le Docteur COUSSEAU Léïla

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GÂME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALEGAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C,E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Professeur Yves Rolland, nous sommes honorées que vous ayez accepté de présider le jury de notre thèse. Merci de la confiance que vous nous faites et de l'intérêt que vous portez à notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Docteur Hélène Stephan, merci d'avoir accepté de diriger notre travail. Tes conseils, ta patience et ta disponibilité nous ont été d'une aide précieuse pendant ces dix-huit mois et surtout lors de la dernière ligne droite. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi et nous sommes ravies de te compter parmi les membres du jury.

Docteur Serge Bismuth, merci d'avoir accepté de co-diriger notre thèse et de nous avoir permis de rencontrer le Dr Stephan. Nous vous remercions de votre disponibilité et de la qualité de vos enseignements au sein du DUMG lors de notre cursus. Vous nous faites l'honneur de faire partie de notre jury.

Docteur Brigitte Escourrou, merci de nous avoir fait découvrir la recherche qualitative et de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail. Nous vous sommes reconnaissantes de faire partie de notre jury de thèse.

Docteur Léïla Cousseau, merci de nous avoir épaulées depuis le début de notre projet et d'avoir accepté de participer au jury. Nos amitiés sincères.

Aux soignants et aux établissements qui ont accepté de nous recevoir et de participer à ce projet de recherche, nous vous remercions.

A nos familles et à nos proches, merci.

L'ancêtre

Notre voisin l'ancêtre était un fier galant
Qui n'emmerdait personne avec sa barbe blanche,
Et quand le bruit courut qu' ses jours étaient comptés,
On s'en fut à l'hospice afin de l'assister.

[...]

On avait emmené les belles du quartier,
Car l'ancêtre courait la gueuse volontiers.
De sa main toujours leste et digne cependant
Il troussait les jupons par n'importe quel temps.

Depuis Manon Lescaut jusques à Dalila
Toute la fine fleur du beau sexe était là
Pour offrir à l'ancêtre, en signe d'affection,
En guise de viatique, une ultime érection.

Hélas ! les carabins ne les ont pas reçues,
Les belles sont restées à la porte cochère,
Et le dernier froufrou de l'ancêtre déçu
Ce fut celui d'une robe de sœur, peuchère !

Quand nous serons ancêtres,
Du côté de Bicêtre,
Pas d'enfants de Marie, oh ! non,
Remplacez-nous les nonnes
Par des belles mignonnes
Et qui fument, cré nom de nom !

Georges BRASSENS, 1969

Table des matières

Introduction	p.4
Matériels et méthode	p.6
I. Méthode qualitative	p.6
1. Choix de la méthode qualitative	p.6
a. Deux investigatrices	
b. Formulation de la question de recherche	
c. Choix de l'entretien individuel semi-directif	
d. Comité d'éthique	
2. Elaboration du guide d'entretien	p.8
3. Echantillonnage	p.8
4. Technique de recueil	p.9
5. Analyse de données	p.10
a. Retranscription et analyse longitudinale	
b. Codage et analyse transversale	
c. Saturation de données	
II. Méthode de recherche bibliographique	p.12
1. Bibliographie sur la recherche qualitative	
2. Bibliographie sur le thème	
Résultats	p.13
I. Représentations de la sexualité par les soignants	p.13
1. La sexualité : un tabou qui fait partie de la vie	p.13
2. Représentations de la sexualité des personnes âgées	p.14
a. Sexualité et vieillesse compatibles	
b. Une sexualité singulière, difficile à saisir	
c. La personne âgée sexuée et adulte	
d. La personne âgée asexuée et infantilisée	
e. Une sexualité tendresse avec un déni du rapport sexuel	
3. Représentations de la sexualité du résident dément	p.17
4. Nouvelles générations, nouvelles représentations	p.18
a. Evolution des résidents	
b. Evolution des soignants	

II. L'institution : "la place de village"	p.20
1. Lieu de rencontres	p.20
a. « Ils veulent plaire »	
b. Formation de couples	
c. Lieu de solitude	
2. Lieu collectif	p.21
a. Le poids du collectif	
b. « C'est nous qui mettons des normes par rapport à la sexualité »	
3. Poids du regard des autres	p.24
a. Soignants : un regard sous condition	
b. La crainte du regard des résidents	
4. Quand les familles s'en mêlent	p.27
a. Accepter la sexualité de son parent	
b. Du refus à la séparation du couple	
c. Aborder le sujet de la sexualité du parent	
d. « C'est difficile d'intervenir au niveau des familles »	
e. Le soignant, lui aussi "famille"	
III. Accepter qu'ils soient chez eux	p.32
1. Une interaction égalitaire	p.32
2. Le soignant est intrusif dans la vie du résident	p.33
a. « Normalement, ils sont chez eux »	
b. « On rentre comme dans des moulins »	
c. Le rapport au corps	
d. Travailler en équipe pour préserver l'intimité	
e. Remise en question du soignant	
3. Le résident entre dans la vie du soignant	p.38
a. Spectateur	
b. Acteur	
c. Travailler en équipe pour protéger le soignant	
4. Liberté, protection et intimité, un équilibre difficile	p.40
a. La contention contradictoire	
b. La difficile évaluation du consentement	
c. Dualité entre liberté et sécurité	
d. Propositions des soignants	

Discussion	p.44
I. A propos de l'étude	p.44
1. Les forces	p.44
a. Sujet	
b. Méthodologie	
c. Ethique	
2. Les limites	p.45
a. Sujet	
b. Echantillonnage	
c. Investigatrices	
II. A propos des résultats	p.45
1. L'agression réciproque	p.46
2. L'intuition	p.48
3. Une proposition : Oser parler de sexualité	p.49
a. Oser parler de sexualité avec les résidents	
b. Oser parler de sexualité en équipe	
c. Oser parler de sexualité avec les familles	
Conclusion	p.54
Références	p.56

Annexes

- Annexe 1. Avis favorable de la Commission Ethique
- Annexe 2. Guide d'entretien. Deuxième version
- Annexe 3. Formulaire d'information et de consentement
- Annexe 4. Extrait de l'entretien E4
- Annexe 5. Extrait d'une analyse longitudinale EC
- Annexe 6. Extrait de la matrice de données
- Annexe 7. Talon sociologique

Introduction

"Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous." Selon cet extrait de l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance¹ il incombe aux soignants de prendre en compte la sexualité du résident en institution.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence »². C'est cette définition qui sera utilisée pour qualifier le terme "sexualité" lors de cette étude.

Concernant la sexualité des personnes âgées, il existe des fausses croyances persistantes dans la société : « Les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel ; Elles ne pourraient pas faire l'amour même si elles le voulaient ; Elles sont fragiles physiquement et le sexe peut leur causer de la douleur ; Elles ne sont pas attirantes physiquement et donc pas désirables ; Le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers »³.

Pourtant de nombreuses études ont prouvé le contraire : les personnes âgées gardent un intérêt important pour leur sexualité⁴. La sexualité peut perdurer jusqu'à un âge très avancé. Elle se modifie et se transforme mais le sujet âgé garde le même degré de satisfaction⁵.

Les soignants et les professionnels qui travaillent en institution gériatrique sont conscients de l'existence d'une sexualité chez le résident⁶. Ils sont au cœur de la vie de la personne âgée et au plus près de son intimité. Or, il est démontré que les attitudes des professionnels de la santé qui gravitent autour des personnes âgées vivant en institution influencent grandement l'expression sexuelle de ces dernières⁷. Comment concilier le devoir de respecter la sexualité du résident et le rôle professionnel du soignant ?

Le soignant, influencé par les fausses croyances contemporaines, est également imprégné de son vécu et de ses propres représentations socio-culturelles⁸. Quelle est alors la place des représentations du soignant ?

Connaitre le ressenti du personnel d'institution vis-à-vis de la sexualité des résidents permettrait de mieux comprendre l'interaction entre le devoir de respecter, le rôle professionnel et les propres représentations du soignant.

Nous explorerons aussi le vécu du soignant concernant le rapport au corps et l'abord de la sexualité.

La méthode de recherche qualitative nous a semblé la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche car elle permet d'explorer « les représentations et les comportements ou les expériences vécues » dans le but « d'aider à comprendre des phénomènes sociaux dans leur contexte naturel »⁹.

Matériel et méthodes

I. Méthode de recherche qualitative

1. Choix de la méthode qualitative

Nous avons choisi une méthode qualitative exploratoire en analyse thématique qui nous a semblé être la plus adaptée à notre question de recherche car nous cherchions à explorer un vécu, des ressentis et des représentations qui sont des données non chiffrables. Or la méthode qualitative « ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales [...] permettant une démarche interprétative »¹⁰. C'est une méthode qui a pour but de trouver du sens et générer des hypothèses dans une démarche interprétative.

Elle est particulièrement adaptée à la médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soin¹⁰. D'autre part, elle permet d'apporter une information complète et pertinente pour aider à comprendre les interactions sociales dans le champ de la santé¹¹.

a. Deux investigatrices

La présence de deux investigatrices permet de renforcer la validité interne de l'étude par une double analyse systématique de tous les résultats. Elle permet de s'affranchir d'un éventuel biais d'interprétation par une triangulation¹².

b. Formulation de la question de recherche

La question de recherche était « Quel est le ressenti du personnel vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées en institution ? »

Tout au long de ce travail, nous avons choisi d'utiliser le terme « soignant » pour désigner le personnel d'établissement d'accueil de personnes âgées et le terme « institution » pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

« La sexualité ne se réduit pas à la réalisation active d'un coït. Le besoin d'amour et d'attachement, les manifestations de tendresse physique, les caresses, les baisers, les étreintes en sont partie intégrante de même que les fantasmes ou l'intérêt pour les productions érotiques »¹³. Nous avons choisi d'interroger les soignants sur le terme "sexualité" au sens large, afin d'explorer leurs représentations de la façon la plus neutre possible.

c. Choix de l'entretien individuel semi-directif

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels car ce « face à face entre un *interviewer* et un *interviewé* »¹⁴ permet une certaine liberté de discours pour aborder le sujet intime qu'est la sexualité et exprimer des ressentis.

Réaliser des entretiens collectifs ou focus group nous aurait exposées à un biais de conformité. Le regard des autres acteurs aurait pu influencer le discours de chacun, au risque de le rendre consensuel.

Lors de l'entretien semi-directif, l'investigateur utilise un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Le rôle de l'investigateur « consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'*interviewé* dans ses réponses ou lui couper la parole »¹⁴.

d. Comité d'éthique

Nous avons réalisé un dossier auprès de la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées avant de débiter les entretiens. L'avis favorable a été reçu le 10 novembre 2014 (annexe 1).

2. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est une « série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange ». Il permet la reproductibilité des entretiens. Il est évolutif : les questions peuvent être modifiées au cours de la recherche¹⁴. Sa version initiale a été utilisée lors des deux premiers entretiens, ou entretiens test.

Les premières questions permettaient de décrire la population : âge, sexe, parcours personnel, parcours professionnel, environnement familial. Ce sont les principales données du talon sociologique.

Nous avons choisi de commencer par faire définir la sexualité des personnes âgées par le soignant. Nous nous sommes rapidement rendu compte que cette question mettait en difficulté les soignants car ils pouvaient se sentir évalués, jaugés. Ils avaient du mal à entrer dans l'entretien. Nous abordions ensuite leur point de vue sur l'influence de l'institution sur la sexualité des résidents à travers de multiples facettes : l'organisation spatiale, l'organisation temporelle, les activités, le soin, les familles. Le dernier point soulevé était la question délicate de l'effet « miroir » : la propre sexualité du soignant influence-t-elle son regard sur celle du résident ? Nous avons choisi d'aborder cette question sensible en dernier, afin de ne pas brusquer le participant et lui laisser la liberté de ne pas répondre⁹. La question de clôture concernait leur avis sur l'entretien.

Après les entretiens test, nous avons retravaillé le guide d'entretien avec notre directrice de thèse et rédigé la deuxième version (annexe 2). Nous intéressant au ressenti, le plus judicieux semblait de débiter par une situation vécue. Cela permettait de briser la glace en parlant des résidents avant de parler de soi. C'est à travers l'expérience que les soignants nous ont livré leurs ressentis. Les questions de relance concernant l'influence de l'institution sur la sexualité ont été remodelées car elles n'étaient pas toujours bien comprises et étaient trop restrictives. Nous avons choisi d'introduire la question miroir à travers la famille du soignant et la sexualité future du soignant avant de faire le lien avec la sexualité personnelle pour la rendre moins directe.

3. Echantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale « afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié »¹⁴. Nous avons identifié les variables pertinentes

susceptibles d'influencer les résultats ⁹ : âge, sexe, statut marital, profession, formation sur la sexualité et lieu de l'entretien. Ces variables ont permis de définir des classes pertinentes : dizaines d'années de 20 à 60, homme ou femme, en couple ou célibataire, aide-soignant ou infirmier, EHPAD ou USLD, peu d'expérience professionnelle ou longue expérience professionnelle, non formé ou formé à la sexualité. On les retrouve dans le talon sociologique.

La pertinence des variables identifiées a été réévaluée au fur et à mesure de l'échantillonnage⁹. Nous nous étions initialement limitées aux aides-soignants et infirmiers car ils nous semblaient être les plus concernés par la sexualité dans le cadre des soins corporels. Il nous a semblé légitime d'élargir à tout le personnel d'institution car tous étaient concernés par la sexualité des résidents. Cela permettait une plus grande diversité de points de vue.

Pour recruter les soignants, nous avons contacté les institutions dans lesquelles nous avons travaillé ou proches de nos lieux de stage. Ces institutions se situent en Midi-Pyrénées et en Auvergne, l'une de nous ayant réalisé un stage en inter-CHU à Clermont-Ferrand au cours de l'étude. Nous avons présenté notre projet soit aux directeurs d'établissement, soit aux cadres de santé, soit aux soignants lors d'une réunion hebdomadaire. Pour deux des entretiens, nous avons directement contacté la personne par téléphone. Leurs coordonnées nous avaient été confiées par nos anciens maîtres de stage.

La participation s'effectuait sur la base du volontariat. Pour un EHPAD, il nous a semblé que le cadre de santé avait fortement incité les soignants à participer, en inscrivant d'office les soignants présents dans la salle de repos, à moins qu'ils n'expriment un refus clair. Ceci a contribué à la diversité de notre échantillon.

4. Technique de recueil

Les participants choisissaient le lieu de l'entretien selon leur convenance : le plus souvent sur leur lieu de travail après le service, parfois à leur domicile.

Un formulaire d'information et de consentement a été signé par les participants avant chaque entretien (annexe 3). Il assurait notamment l'anonymat, la confidentialité, la gratuité et le droit de retrait sans préjudice. Nous en avons gardé une copie pour chaque entretien. Nous avons enregistré les entretiens sur bande audio.

Nous avons dirigé les entretiens à l'aide de signes verbaux et non verbaux¹⁵ :

- relance par des acquiescements, hochements de tête, « d'accord », « oui », « hm hm » qui expriment l'empathie de l'investigatrice et engagent le participant à poursuivre sur le même thème ;
- respect des silences qui sont nécessaires et permettent au participant de souffler ou organiser ses idées ;
- reformulation-résumé où l'investigatrice résume dans ses propres termes ce que le participant vient de dire afin de permettre à ce dernier de compléter une information et de s'assurer de la bonne compréhension de l'investigatrice ;
- relance pour approfondissement à propos d'un thème que le participant a abordé sans le développer et que l'investigatrice souhaite approfondir ;
- recentrage qui permet de reprendre la direction de l'entretien lorsque le participant s'éloigne de la question de recherche.

5. Analyse de données

a. Retranscription et analyse longitudinale

Nous avons retranscrit intégralement les entretiens en incluant les aspects non verbaux : gestes, tics de langage, mimiques, silences, hésitations (annexe 4).

Après chaque entretien, nous en avons réalisé une analyse longitudinale selon le plan suivant : contexte, relation d'enquête, résumé de l'entretien, points remarquables, idées nouvelles (annexe 5). Le choix d'écrire cette analyse le jour de l'entretien ou les jours suivants permettait de rester imprégnées de l'ambiance de l'entretien, de notre état d'esprit et d'éviter la perte d'information.

Cette analyse linguistique et contextuelle est complémentaire de l'analyse de contenu thématique¹⁶.

Nous avons choisi de donner une lettre pour les entretiens de Rosanne et un chiffre pour ceux d'Anaïs. Afin de replacer les entretiens dans leur contexte d'énonciation, le sexe (F pour femme et H pour homme) et l'âge du participant en chiffre ont été ajoutés après chaque citation. Par exemple, EB(F56) correspond au deuxième entretien réalisé par Rosanne, interrogeant une femme de 56 ans.

Afin de préserver l'anonymat des participants, les noms propres ont été remplacés par des lettres choisies par ordre alphabétique selon leur ordre d'apparition dans le texte de chaque entretien.

b. Codage et analyse transversale

Les mots ou expressions (verbatim) porteurs de sens⁹ ont d'abord été identifiés et découpés en unités de sens. Nous avons ensuite fait correspondre un code à chaque unité de sens, au sein d'un tableur Excel. Le codage « consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun »¹⁴.

Après cette étape de codage, nous avons classé les codes en catégories puis regroupé des catégories en thèmes et sous-thèmes¹⁰, définissant ainsi la grille d'analyse de chaque entretien.

A chaque étape de l'analyse thématique, nous avons réalisé séparément le travail puis confronté nos versions respectives et établi une version commune. En cas de désaccord, nous avons recours à l'avis de notre directrice de thèse. Comme évoqué lors du choix de la méthode, cette triangulation permet une plus grande validité interne.

Nous avons remanié les thèmes et sous-thèmes ainsi obtenus avec notre directrice de thèse afin d'obtenir les thèmes définitifs.

Nous avons alors regroupé les idées de chaque entretien correspondant au même thème ou sous-thème, obtenant alors notre matrice de données. Cette matrice prend la forme d'un tableur Excel. (Annexe 6)

c. Saturation de données

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à ce qu'aucune idée nouvelle n'apparaisse. Nous avons réalisé un seizième et dernier entretien afin de confirmer la saturation de données. Nous nous sommes aidées de la partie « idées nouvelles » des analyses longitudinales.

II. Méthode de recherche bibliographique

1. Bibliographie sur la recherche qualitative

Nous avons établi une liste de mots-clés que nous avons traduits en descripteurs dans le langage MeSH bilingue anglais-français. Ces descripteurs sont les suivants : recherche qualitative, entretien, collecte de données.

Nous avons ensuite utilisé ces descripteurs seuls ou en association pour constituer des équations de recherche à l'aide des opérateurs booléens. Voici les différents moteurs de recherche utilisés :

- Pubmed
- Doc CISMef
- Google et Google scholar
- Egora et revues partenaires
- La revue Exercer
- Le catalogue « Archipel » des bibliothèques universitaires toulousaines

Les références bibliographiques sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte et référencées dans la partie « Références » selon la norme Vancouver.

2. Bibliographie sur le thème

La même méthode de recherche bibliographique et les mêmes moteurs de recherche ont été utilisés. Les descripteurs MeSH utilisés étaient les suivants : sexualité, sujet âgé, résidence pour personnes âgées, institutionnalisation, attitude du personnel soignant, vie privée, famille, soins de longue durée, soins infirmiers.

Leurs équivalences en anglais étaient : sexuality, aged, housing for the elderly, institutionalization, attitude of health personnel, privacy, family, long-term care, nursing.

Pour obtenir des résultats complémentaires, il nous a semblé légitime d'utiliser d'autres moteurs de recherche et banques de données. Nous avons notamment puisé nos sources dans : le catalogue Cairn, la Bibliothèque Inter Universitaire de Santé, le catalogue Sudoc, les revues EntreNous, Sexologies, Soins Gériatrie, Neurologie Psychiatrie et Gériatrie, Société et Gériatrie, International Journal of Nursing Studies.

Résultats

Nous avons enregistré seize entretiens du 11 novembre 2014 au 2 octobre 2015, d'une durée moyenne de 36min 30sec (durée minimale 15min 35sec, durée maximale 74min 07sec). L'échantillon était constitué d'hommes et de femmes de 24 à 59 ans, travaillant en EHPAD ou USLD, remplissant les fonctions d'aide-soignant, infirmier, agent de service hospitalier qualifié, directeur, animateur, cadre de santé. Leurs caractéristiques sont résumées en classes dans le talon sociologique (annexe 7).

Nous allons d'abord exposer les représentations que se faisaient les soignants de la sexualité. Nous aborderons ensuite les raisons qui faisaient de l'institution une « *place de village* », avant de terminer par la façon dont les soignants interagissaient avec les résidents « *chez eux* ».

I. Les représentations de la sexualité par les soignants

1. La sexualité : un tabou qui fait partie de la vie

Les soignants s'accordaient pour dire que la sexualité faisait « *partie de la vie* » E7(F59), « *partie de l'être humain* » E1(F50), qu'elle était essentielle « *C'est tellement essentiel* » EG(H41) et faisait partie de nous « *Avoir une vie sexuelle ça fait partie de nous* » E1(F50). La sexualité était vue comme un besoin vital « *c'est vrai que ça fait partie des besoins vital de la personne* » ED(F45), « *c'est comme boire et manger* » E1(F50).

C'était un droit pour tous « *tout le monde a le droit à avoir une sexualité* » EE(F32). Toutefois, certains soignants nuançaient ce droit par la nécessité d'un consentement mutuel « *tant qu'il y a consentement des deux personnes* » EE(F32).

Faisant partie du registre intime « *la sexualité c'est quand même tellement de l'ordre de l'intime* », la sexualité restait néanmoins un sujet peu abordé et tabou « *la plupart du temps c'est quand même assez tabou quoi. C'est très personnel, c'est privé donc euh, les gens ils en parlent pas* » E8(H24) à propos duquel la société française était « *très intolérante* » EG(H41) et « *moralisatrice* » EG(H41).

2. Représentations de la sexualité des personnes âgées

a. Sexualité et vieillissement compatibles

Avoir une sexualité en étant âgé était perçu comme une joie dans le vieillissement « *quelle joie ! Quel plaisir ! [...] ENFIN un peu de douceur ! Dans la perte de dignité, dans la perte du corps* » EB(F56).

Certains soignants pensaient « *qu'il [fallait] souhaiter à tout le monde* » EG(H41) de retrouver un compagnon. La formation d'un couple était vue comme un « *souffle vital là qui nous pousse vers l'autre encore* » EG(H41), y compris après un veuvage, « *la vie ne s'arrête pas là elle continue (...) y'a peut être une autre histoire à vivre* » EB(F56).

Ce ressenti était renforcé par la proche échéance de la mort « *ils savent qu'il vont partir s'il reste pas grand-chose pour pas avoir du plaisir et pour pas... aimer même si c'est pas... voilà... pas beaucoup* » EF(F37).

Pour certains soignants, la sexualité et le plaisir étaient intemporels « *Je pense que y'a pas d'âge pour euh pour qu'il y ait une sexualité* » EE(F32), « *On peut avoir du plaisir à n'importe quel âge* » EF(F37). Pour un des soignants, l'arrêt de la sexualité était synonyme de vieillesse absolue « *la vieillesse absolue c'est le jour où je pourrai plus faire l'amour* » EG(H41). Ces soignants espéraient la persistance de leur sexualité future la plus tardive possible « *j'espère que ça va continuer le plus tard possible* » ED(F45).

Inversement, d'autres soignants ont évoqué une notion de limite d'âge pour avoir une sexualité « *c'est vrai qu'à l'âge qu'elle avait elle pouvait avoir une sexualité bien sur* » EA(F52). Pour ceux-ci, la sexualité s'atténuait avec l'âge « *Mais bon je pense qu'au fil des années je pense ça s'atténue quand même* » E4(F54).

b. Une sexualité singulière, difficile à saisir

Définir la relation entre deux résidents était difficile : amitié, amour, tendresse ? « *j pense pas que c'est, de l'amour un peu tendresse, enfin on sait pas exactement mais...il l'aime bien, il aime bien aller la chercher, il aime bien...* » E7(F59), « *mais je ne sais pas si c'est vraiment euh si y'a quoi que ce soit entre eux* » E4(F54).

Pour les soignants, la sexualité de la personne âgée était différente de la leur « *Parce que nous euh, on vit différemment notre sexualité* » E5(F55) car moins physique « *peut-être moins physique* » EC(F38). Un autre, espérait au contraire que sa sexualité future ne soit pas différente de sa sexualité actuelle « *j'espère pas très différente de maintenant* » EH(F48).

Plusieurs soignants ont souligné que la sexualité allait au-delà du rapport sexuel « *si on met la sexualité avec un grand S (...) on sort de la relation sexuelle* » EH(F48).

Les soignants évoquaient la sexualité à travers « *des fantasmes* » E1(F50), « *la sensualité* » ED(F45) ou « *plus du contact physique* » ED(F45). Le besoin de toucher était un sens qui persistait encore longtemps dans la relation à l'autre « *c'est un des derniers contacts qui restent hein en pleine pathologie* » ED(F45) et correspondait à « *un besoin d'être touché, d'être reconnu* » ED(F45). La séduction et « *le flirt tout à fait normal* » EB(F56) persistaient également et étaient même vus comme une « *flamme de vie* » E1(F50). Certains soignants ne niaient pas que « *ça [pouvait] rester très sexuel* » ED(F45).

Certains soignants évoquaient l'existence d'une sexualité « *malsaine (...) malade* » E3(F57) liée à des « *pulsions* » E3(F57). Cette idée rejoignait l'image qu'avait la société de la sexualité des personnes âgées « *c'est sale* » E8(H24).

Un des soignants s'opposait justement à cette conception négative en précisant : « *la sexualité n'est pas vulgaire et n'est pas perverse chez une personne âgée* » E1(F50).

c. La personne âgée sexuée et adulte

Pour certains soignants, la sexualité de la personne âgée était existante « *elle existe* » EE(F32) et pouvait même se manifester par « *une libido mais très, très importante* » E5(F55). Il fallait la respecter et ne pas la nier « *c'est important de la respecter et c'est important de ne pas la nier non plus* » E1(F50). Elle ne gênait pas les soignants « *ça me gêne pas* » EE(F32).

Symétriquement, concernant leur propre sexualité, les soignants pouvaient concevoir des rapports sexuels en étant âgés, et souhaitaient être libres d'en avoir « *j'aimerais que les conditions soient réunies pour qu'on me laisse peinard par rapport à ça* » EG(H41).

Un soignant ne pouvait cependant concevoir sa sexualité étant âgé qu'à travers les problèmes « *alors, on a réglé certains petits soucis de sécheresse vaginale, ... (rire) il a la pilule bleue !* » E5(E55).

Les personnes âgées étaient considérées comme des adultes « *Ils font ce qu'ils veulent, c'est des adultes* » EH(F48), avec un vécu « *c'est des personnes ils ont vécu* » EF(F37). La relation avec le soignant était basée sur une transmission des expériences et non sur la pédagogie « *y a pas de pédagogie à avoir, c'est euh...c'est dans la transmission* » E5(F55).

La masturbation était reconnue chez l'homme comme chez la femme « *il y a aussi les femmes seules qui ont leur plaisir aussi, ou les hommes seuls qui ont aussi leur plaisir* » EC(F38). Chez l'homme, elle pouvait être vue comme un besoin « *C'est un monsieur qui a sa tête et ... qui ressent d'un besoin d'aller [...] se faire plaisir quoi* » EE(F32). Un des soignant reconnaissait que selon lui la masturbation chez « *un homme c'[était] normal, une femme non...* » EA(F52).

d. La personne âgée asexuée et infantilisée

Plusieurs soignants ont comparé les personnes âgées aux enfants « *c'est, ça a besoin d'affection, de tendresse, de...c'est comme un bébé hein !* » E2(F55), ou aux adolescents « *comme un ado... peut être ?* » EB(F56).

D'autres soignants ont utilisé des qualificatifs tels que « *trop mignons (rires)* » E4(F54), « *les petits papys* » E7(F59) ou « *petits couples (attendrie)*» EC(F38) pour désigner les résidents.

Etre en bonne santé était une condition pour avoir une sexualité à un âge avancé pour certains « *Faut déjà que je sois en bonne santé hein ?* » E4(F54). La dépendance était alors associée à la fin de la sexualité « *pour moi y en a plus. A ce moment-là euh... voilà, quand quand ils sont, dans leur fauteuil euh, inertes* » EC(F38), alors qu'elle ne l'était pas pour d'autres « *c'est parce que des fois on croit qu'ils sont... handicapés ou ils sont truc... que c'est fini, que le plaisir c'est fini non au contraire. Tout reste quoi !* » EF(F37).

e. Une sexualité tendresse avec un déni du rapport sexuel

Les soignants s'accordaient pour affirmer que la sexualité de la personne âgée était surtout de la tendresse « *j'y vois plus de la tendresse et de la euh prendre soin l'un de l'autre. Surtout ça* » E4(F54), du romantisme « *c'est retomber dans le romantisme* » EB(F56) ou une recherche de compagnie « *Et peut être qu'il y en a qui recherchent tout simplement un compagnon hein... pouvoir discuter* » E4(F54).

Le rapport sexuel était nié chez la plupart des soignants « *pour moi la sexualité de la personne âgée c'est pas le rapport sexuel (...) on se tient par le cou, on se fait un bisou C'EST TOUT* » EB(F56). Pour d'autres, il était exceptionnel « *Et j'en ai très rarement vu. Ça arrive, mais j'en ai très rarement vu* » E8(H24).

Selon le même schéma, les soignants s'imaginaient leur propre sexualité future basée sur la tendresse « *un compagnon de tendresse enfin pour échanger* » E3(F57) et l'envie de plaire « *c'est de pouvoir plaire ou du moins ne pas déplaire, séduire* » EB(F56) sans envisager de rapports sexuels « *mais euh rapp rapports sexu sexuels ? Euh Non ! Je je n'envisage pas ça (...) Je n'arrive pas à l'imaginer* » EB(F56).

Pour avoir des rapports sexuels dans leur sexualité future il fallait d'abord supposer avoir des envies sexuelles pour certains « *Est-ce que j'aurais encore envie ?* » E4(F54).

3. Représentations de la sexualité du résident dément

Les soignants affirmaient la persistance de l'amour « *[ce n'est pas] parce que ils ont pas leur tête [qu'il n'] y a pas d'amour* » EF(F37) et de l'affectif « *même quand une personne est Alzheimer au plus haut point, l'affectif reste* » E1(F50). Les résidents déments avaient le droit de tomber amoureux « *de quel droit est-ce qu'elle ne pourrait pas, en début d'Alzheimer, devenir amoureuse de quelqu'un ?* » E1(F50).

Certains couples de personnes démentes avaient des rapports sexuels « *c'est sûr et certain qu'ils avaient des relations sexuelles* » EG(H41). L'érection et la masturbation étaient vus comme un plaisir mais aussi comme une nécessité « *c'était une nécessité pour lui hein de...de se...d'avoir ce plaisir-là quoi* » E7(F59).

La démence entraînait une désinhibition chez les résidents « *qui ont plus cette barrière en fait euh, au niveau de la gêne et du regard des autres, et qui se promènent euh, ça les*

dérange pas de se promener tous nus dans le couloir » E8(H24). Ces comportements pouvaient être vus comme « osés pour les autres [résidents] dans les espaces publics » EG(H41).

La désinhibition ne devait pas être considérée comme sexuelle selon certains soignants « *c'est pas un acte euh sexuel » ED(F45), car elle s'expliquait par la pathologie « est-ce que c' c'est sa maladie qui a évolué ? » EF(F37). Elle pouvait également être liée à l'expression d'une angoisse sous-jacente « je sais bien qu'elle ne se déshabille pas euh ... pour montrer ses seins, elle se déshabille parce qu'elle est pas bien, qu'elle est angoissée » ED(F45). Grâce à l'expérience professionnelle « on apprend à connaître les gens on apprend à connaître leur pathologie » ED(F45), un soignant devenait indifférent à ces comportements « Maintenant ça me fait ni chaud ni froid » ED(F45).*

Pour un soignant, le résident dément ne comprenait pas que certains gestes puissent être sexuels « *Nous on voit qu'il y a quand même un geste [...] qui est un peu sexuel mais elle, elle y voit pas de sexualité » E7(F59). D'autres soignants se demandaient a contrario « mais il le fait exprès ou quoi ? » EA(F52) par manque de formation.*

Certains comportements tels que les cris, pouvaient être dus à un manque de sexualité « *je pense que c'est quelqu'un qui est en souffrance de ce manque-là » EG(H41).*

4. Nouvelles générations, nouvelles représentations

a. Evolution des résidents

Selon les soignants, pour la génération de personnes âgées actuellement en institution, la sexualité était un sujet dont on ne parlait pas « *pour eux c'est tabou » EH(F48), selon un interdit éducatif « ils ont pas été élevés à en parler librement » EC(F38) et judéo-chrétien « presque de l'interdit [...] on l'évoque pas, ou même ne serait-ce que de l'évoquer c'est déjà... 'fin judéo-chrétien » E5(F55). Elle était honteuse « c'était caché, c'était honteux » EF(F37).*

Dans les années à venir, plusieurs soignants pensaient observer une libéralisation des mentalités « *On aura des gens de plus en plus libérés » ED(F45) qui permettra d'aborder la sexualité de la personne âgée « je pense que ce sera un sujet [...] dont on pourra parler » EE(F32).*

Les soignants mettaient en cause l'arrivée de nouvelles générations en institution « *on va arriver sur des générations de baby-boomers [...] qui n'ont pas connu la guerre, qui ont connu les trente glorieuses [...] peut-être qu'ils auront aussi d'autres demandes* » E1(F50) générations qui ont vécu l'évolution des mœurs sociétales « *l'évolution du couple, l'évolution du mariage, l'évolution de la vie euh... de la femme, surtout* » EB(F56).

b. Evolution des soignants

Pour plusieurs soignants, les jeunes avaient plus de difficultés à accepter la sexualité des résidents « *Bon y'a des jeunes parfois qui travaillent donc elles ne s'imaginent pas...* » EA(F52), alors que le regard changeait avec la maturité « *j'avais ptêtre un peu plus de recul qu'une petite jeune qui aurait 20ans* » E7(F59). Pour les plus jeunes, c'étaient au contraire les cinquantenaires les plus en difficulté, peut-être par crainte de vieillir « *en plus c'est des personnes qui ont qui sont pas trop jeunes des fois c'est la cinquantaine et tout ça... Est-ce que des fois ça leur fait peur ?* » EF(F37).

Les soignants disaient garder une certaine pudeur quant à l'abord de la sexualité « *quelque part on met quand même une petite barrière* » EE(F32). Ce regard avait déjà évolué « *le personnel a vachement évolué [...] j'ai vu l'évolution dans les mentalités* » ED(F45) vers davantage de respect de l'intimité « *on arrive à leur donner un peu plus de temps, d'intimité* » ED(F45).

Alors que certains espéraient que cette évolution se poursuive avec l'arrivée des nouvelles générations de résidents « *on aura peut-être une autre approche de la sexualité [...] j'espère hein !* » E1(F50), un autre soignant trouvait l'évolution trop rapide « *la génération de maintenant c'est ça va trop vite* » EF(F37).

II. L'institution : "la place de village"

« Le lieu de vie pour eux, [...] mais dans toutes les maisons de retraite c'est un peu, c'est un peu le même cas, c'est l'entrée principale [...], les rangées de fauteuil c'est la place du village. Ils voient tout ce qui se passe, tout ce qui rentre, qui sort, et puis ils se regardent et de temps en temps y a des choses qui, qui vont fuser » E5(F55).

Cette place de village était un lieu de vie et de rencontre qui se heurtait cependant au poids du collectif et au regard des soignants, des résidents et des familles.

1. Lieu de rencontres

a. *« Ils veulent plaire » EF(F37)*

Les soignants ont évoqué l'existence d'une séduction entre résidents visible par les soignants : attouchements, rapprochements *« des petits attouchements quand même, euh, des mains sur les genoux, euh un rapprochement » E4(F54)*, jalousies *« des petites jalousies aussi » E4(F54)*, amitié *« Alors y'a peut-être aussi un peu d'amitié quand même » E4(F54)*, tendresse et baisers *« c'est vrai de la tendresse et puis euh des baisers, certes, ouais, ouais, ça oui ils s'embrassent » E5(F55).*

Plusieurs soignants ont évoqué le lien entre les soins esthétiques et la séduction *« elles vont faire les ongles euh un petit peu il y a quand même quelque part... c'est pourquoi ? C'est pour euh un petit [...] pour plaire un petit peu re-plaire ne pas déplaire du moins » EB(F56).* Cette envie de plaire persistait même chez les personnes les plus dépendantes *« même s'ils sont, euh pas grabataires ils sont un peu handicapés et tout, ils veulent plaire! » EF(F37)*, mais surtout chez les non déments *« C'est des gens qui ont leur tête qui voilà qui se mettent en valeur qui veulent rencontrer » EF(F37).*

Les hommes étaient avantagés car étant moins nombreux que les femmes ils avaient plus de choix : *« Pour les mecs c'est mieux, ils ont le choix, y'a beaucoup [...] Y'a beaucoup de femmes (rires) et peu d'hommes donc... » EG(H41).*

b. Formation de couples

Pour les soignants interrogés, l'institution et la vie en communauté permettaient de créer du lien et de faire des rencontres « *donc là elle peut rencontrer d'autres personnes* » EA(F52) en se côtoyant tous les jours « *le fait d'être dans un environnement où l'on se côtoie peut être tous les jours...* » EG(H41). Ces rencontres étaient comparables à des rencontres hors institution « *comme nous on ferait peut être à l'extérieur...* » EC(F38).

Les animations proposées par la structure étaient une aide à la rencontre et une mise en valeur sans la pathologie « *L'animation permet de [...] rencontrer, des temps qui permettent de se rencontrer, de se voir différemment* » E5(F55).

Certaines rencontres pouvaient évoluer vers la formation d'un couple à part entière « *qui peuvent après aller vers de l'amitié, de l'amour, de la sexualité* » EG(H41). Il existait même un bénéfice pour la santé « *Et en fait du coup beh il a rencontré une personne qui l'a euh... il s'était un peu dégradé et ben finalement il s'était amélioré* » E3(F57).

La plupart des soignants admettaient l'importance et la normalité d'une sexualité en institution « *ça fait partie intégrante de la vie d'une personne donc évidemment partie intégrante de la vie en institution* » EH(F48).

Mais les soignants soulignaient que « *la rencontre [était] rare est compliquée* » EG(H41).

c. Lieu de solitude

L'entrée en institution, outre le fait qu'elle pouvait être vécue comme une douleur « *c'est déjà une telle douleur* » E1(F50), coupait les liens amicaux antérieurs « *se retrouver seul après en institution euh, ça peut être euh, pas traumatisant mais bon, dur déjà de se retrouver tout seul à vivre* » E6(F31).

La sexualité du résident était aussi associée à une sexualité solitaire « *Ils sont seuls. Donc c'est vrai des fois la masturbation ça peut...être un moyen pour eux de...faire passer le cap euh...de leurs envies quoi !* » E2(F55).

Le manque de sexualité pouvait être source de souffrance pour le résident « *et là il se retrouve tout seul, en institution donc euh il fait une croix dessus entre guillemets mais il a pas envie quoi. Et euh...du coup il est en souffrance par rapport à ça* » E8(H24), pouvant être ressentie par le soignant « *ça se ressent...* » EA(F52). Certains soignants étaient même

convaincus que ce manque de sexualité s'exprimait par une agressivité du résident « *de pas vivre sa vie sexuelle alors ça [...] Je pense que effectivement ça peut rendre les gens agressifs* » EH(F48).

2. Lieu collectif

a. Le poids du collectif

Les soignants admettaient que le contexte collectif ne facilitait pas les relations entre les résidents « *le poids du collectif déjà il facilite pas ce genre de relations* » EG(H41).

Pour certains l'organisation spatiale était un avantage pour les rencontres car les résidents pouvaient se retrouver facilement « *ils sont pas loin hein. Même s'ils ne sont pas au même étage hein. C'est facile de monter les escaliers. Ou prendre l'ascenseur hein. Pour aller retrouver la personne* » E4(F54). Pour d'autres, l'architecture était un obstacle à la sexualité car pas adaptée au handicap « *pour peu qu'il y en ait un qui soit en déambulateur et que ben l'autre il marche pas très bien* » E1(F50).

L'institution était considérée comme un endroit clos, sans possibilité de sortie à l'extérieur et limitant les relations « *il a pas d'autres solutions ici que de s'adresser à ces personnes-là parce qu'il sort pas dehors* » E3(F57).

C'était un lieu où « *tout s'écoute, tout s'entend, et... tout aussi se fait ensemble. Parce que c'est vrai que c'est dans un lieu de vie, et, et lieu de...donc il faut qu'il y ait un respect des uns et des autres* » E5(F55). Les couples étaient gênés par la présence des autres résidents « *y a du monde autour donc euh c'est pas évident, après ça euh, ça peut les gêner parce qu'il y a forcément des bruits aux alentours, [...] ou p'têtre ils ont pas envie que les autres autour ils entendent ce qui se passe dans la chambre* » E8(H24) et par celle des soignants « *notre présence qui est sûrement des fois un peu lourde pour eux* » ED(F45).

Un soignant soulignait que le poids du collectif s'imposait aussi bien au résident qu'au soignant « *même si on fait tout pour favoriser, à l'intérieur de ce collectif la liberté individuelle y'a quand même des situations où le collectif s'impose* » EG(H41).

Etant trop pris par leurs soins, la sexualité n'était pas une priorité pour les soignants « *Parce qu'après c'est vrai que nous avec la charge de travail qu'on a, on n'a pas... déjà*

au niveau temps, on n'a pas les moyens de faire ça, et y aurait p'tet d'autres choses qui passeraient avant » E8(H24).

**b. « C'est nous qui nous mettons des normes par rapport à la sexualité »
E5(F55)**

Selon certains soignants, c'était l'institution qui imposait ses normes. Par exemple, qu'un mari vienne dormir dans la chambre de son épouse en institution n'était pas toléré « *Ah non non non ! Je ne crois pas que c'est permis d'ailleurs [...] Non non j'crois pas que ce serait toléré. J'crois pas » E4(F54).* On ne pouvait pas non plus proposer un godemiché pour une patiente « *C'est pour ça qu'une fois j'avais parlé de gode, mais on m'a regardée un peu bizarrement (...) Ma on m'a regardée un peu de travers en disant qu'elle en avait pas besoin. Voilà » EC(F38).*

La sexualité assistée n'était autorisée ni par la structure, ni par la loi « *après je suis pas trop clair au niveau des lois tout ça mais je crois pas qu'on ait trop le droit, et puis même par rapport aux différentes règles, dans la structure » E8(H24).* Ce soignant évoquait le retard de la France par rapport à d'autres pays européens à ce sujet. Selon lui, l'assistance sexuelle permettait de répondre à certains besoins sexuels et améliorait la qualité de vie « *ça pourrait jouer un rôle important aussi par rapport à leur bien-être, et leur envie de vivre et voilà, ça fait un plus toujours, qu'on répond à un de leurs besoins » E8(H24).* Cette assistance limitait tout de même la sphère intime « *c'est aussi particulier, parce que ça veut dire des rapports avec euh 3, 4 personnes » E8(H24).*

Au regard de la loi, on ne pouvait pas non plus faire venir une prostituée « *on avait le cas nous d'un résident qui avait euh, régulièrement la visite d'une prostituée à la maison, [...] Et à partir du moment où il a été placé en institution ben du coup, on peut pas faire ça nous ici » E8(H24).*

Il existait également une autocensure des résidents « *ils ont du mal à s'autoriser justement euh à euh la sexualité [...] Peut-être qui euh peut être qu'ils se disent que ce n'est plus pour eux ? [...] peut être que justement ils sont vraiment gênés par le collectif ? [...] ils se disent que même s'ils voulaient qu'ils y arriveraient pas quoi ! 'fin ils ont... les conditions ne seraient jamais réunies » EG(H41).*

3. Poids du regard des autres

a. Soignants : un regard sous condition

La majorité des soignants considéraient la formation d'un couple naturelle « *parce que nous on est...on trouve ça naturel hein !* » E3(F57), d'un œil respectueux « *il y avait un respect* » E1(F50), ou amusé « *des visions un peu amusées* » E1(F50).

Toutefois, certains soignants pondéraient ce regard notamment par les conditions suivantes

- le consentement : « *Si tous les deux sont consentants et si tout va bien, moi ça me pose aucun problème* » E5(F55);
- la discrétion : « *tant que les gens sont discrets* » EF(F37);
- la légitimité : « *Voilà. Même si, veuf et célibataire, je veux dire, il y avait, il y avait pas de problème quoi ! Il y avait aucun, il y avait pas d'adultère (rires)* » E1(F50);
- l'aval des enfants : « *à part que les enfants ils y voient quelque chose* » EA(F52);
- l'absence de troubles cognitifs : « *oui à condition qu'ils soient très sensés* » EB(F56) ;
- la limite du respect de la collectivité : « *Bon bien sûr à part s'ils s'exhibaient devant tout le monde euh là je dirai un petit un petit peu de de pudeur oui mais bon voilà. Pour l'instant tant que c'est dans la limite du raisonnable...* » E4(F54).

Un soignant nous a raconté qu'une résidente proposait des « *gâteries* » à celui qui la raccompagnait à sa chambre. Même s'il qualifiait cette situation de « *prostitution* », il semblait l'accepter parce que la résidente se faisait plaisir. Selon lui, la situation n'aurait pas posé problème hors institution et si la dame avait été jeune « *je sais que...la question, ce serait quelqu'un de jeune, d'autonome voilà qui ferait ça dehors, ça nous choquerait pas autant que...une personne âgée donc après, pourquoi pas ?!* » E8(H24).

Certains soignants évoquaient comme raison le fait que l'institution soit un lieu bien plus ouvert que le domicile « *sauf que eux c'est beaucoup plus ouvert on le voit c'est ici* » E4(F54).

Une situation telle que l'adultère entraînait des avis assez contradictoires. Il pouvait être considéré comme un signe « *encourageant [...], plutôt un bon signe pour un établissement [...] au moins c'est le reflet de la vie* » EG(H41). En revanche, nous retrouvions un regard moral chez d'autres soignants « *Et tu te rends compte y'a sa femme* » EH(F48).

De la même façon, l'escapade nocturne d'un résident pour rejoindre une résidente était normale pour certains « *C'est normal. Pour moi ça me paraît... pour moi c'est normal he! Y'a pas de problème* » ED(F45). Pour d'autres, ce comportement devait être interdit « *y'en a qui voulaient absolument interdire* » EG(H41), et les résidents concernés raccompagnés à leur chambre « *Mais voilà quoi après on les reconduit tranquillement dans les chambres ! [...] Chacun sa chambre ! (rires)* » EC(F38).

Les situations d'abus sexuel, tels que « *au niveau de ses mains... il est capable de force, il est capable d'avoir des gestes très dirigés très rapidement, un attouchement* » EB(F56) étaient au contraire perçues négativement par tous « *c'est pas beau par contre* » E4(F54), « *un geste violent* » EB(F56). Elles pouvaient être comparées à des viols « *C'est comme si c'était un viol hein. J'veux dire hein ?* » E2(F55) parfois intraconjugaux « *ou même que l'homme du coup puisse euh ben, violer sa femme parce que ptet qu'il aura des besoins et qu'elle aura vraiment pas envie de satisfaire et euh, voilà* » E8(H24). Pour certains, il ne s'agissait plus de sexualité ni d'amour « *je crois que l'on n'est même plus dans la sexualité de la personne âgée* » EB(F56). Cet abus était vécu par le soignant comme une blessure « *Alors, moi je l'ai vu. Je l'ai vécu euh... euh intérieurement, ça m'a blessé un petit peu pour la dame* » EB(F56).

Certains soignants étaient conscients que leur regard pouvait être un frein à la formation d'un couple. Selon eux, les résidents pourraient craindre leurs réactions « *Et puis s'ils le disent à mes enfants...ou euh...? Voilà* » EB(F56). Un couple était même allé jusqu'à demander l'approbation du soignant pour aller ensemble dans une chambre « *elle est venue en me disant « est ce que je peux aller dans ma chambre avec mon ami ? »* » EB(F56). Un des soignants était stupéfié de ce genre de demande « *Moi j'veux dire... ils n'ont pas à nous demander la permission* » EH(F48).

b. La crainte du regard des résidents

Selon les soignants, le résident craignait plus le regard des autres résidents que celui du soignant « *je pense que ce serait plutôt vis-à-vis des résidents hein. Que du personnel soignant* » E4(F54) car le soignant voyait le résident dans son intimité « *Parce que nous je veux dire euh on les voit dans leur intimité* » E4(F54).

Les soignants soulignaient le regard dur et accusateur que les autres résidents pouvaient avoir envers les couples « *ils ne sont pas tendres entre eux [...] ils sont méchants entre eux hein. Très méchants, très très très* » E4(F54).

Les nouveaux couples avaient donc peur et honte de se montrer « *ils ont honte [...] ils ont peur* » EF(F37). Ils avaient intérêt à rester discrets « *ils ont plutôt intérêt... A pas trop se faire voir [...] Parce que je pense que ça serait vite ohlala !* » E3(F57).

Plusieurs soignants ont évoqué l'existence d'une jalousie entre résidents pouvant amener des situations conflictuelles « *parce que deux résidents qui étaient jaloux, y en avait un qui se, qui voulait la ramener, l'autre qui voulait pas, donc voilà, donc souvent ils en venaient un petit peu aux mains donc voilà* » E8(H24).

Toutefois selon d'autres soignants, certains résidents avaient bien identifié et accepté la relation entre deux résidents et n'en étaient pas gênés « *s'ils sont heureux ça ne nous regarde pas* » E1(H50).

Les soignants nous ont allégué que certains couples s'affichaient pour montrer aux autres résidents qu'une relation de tendresse et des rapports sexuels étaient encore possibles « *J pense que c'était leur façon aussi d'exprimer en disant "ben voilà, c'est possible de rencontrer" et puis, pourquoi pas, y a une porte là-aussi...à l'amour et l'amour euh, aussi consommé quoi* » E5(F55). D'autres couples encore se cachaient pour protéger leur relation « *Donc euh, ils veulent, ils veulent protéger leur, leur euh, voilà leur union, leur relation, ils la protègent* » E5(F55).

Pour les soignants, les résidents ne parlaient pas de sexualité entre eux « *Parce qu'on ne parle pas de la sexualité. On l'évoque, mais on ne parle pas* » E5(F55), ou alors avec humour, pudeur et discrétion « *avec l'humour on arrive à parler de la sexualité [...] ça reste dans la, dans la pudeur. Et euh...et dans la discrétion* » E5(F55).

4. Quand les familles s'en mêlent

a. Accepter la sexualité de son parent

Voir son parent en couple était difficile pour les familles « *c'est dur pour un enfant de voir son père ou sa mère aimer quelqu'un d'autre* » E1(F50) et amenait incompréhension et désaccord « *et l'incompréhension des familles* » ED(F45).

Pour certains soignants, les familles ne pouvaient pas concevoir que leur parent se remette en couple « *il y a des familles qui ne conçoivent pas que leurs parents aient de nouveau une vie sexuelle, une vie amoureuse* » EG(H41), car ils ne pouvaient pas lui envisager un autre conjoint « *ils le disent "c'est Papa et Maman, et puis Maman elle a eu que Papa et point barre quoi"* » E5(F55).

Du fait d' « *une image idéalisée* » EG(H41) de son parent à travers une vision d'enfant « *Qu'est-ce qu'on en connaît de la vraie vie de nos parents? Tout compte fait...? (...) Notre vision à nous d'enfant souvent* » ED(F45), la famille ne reconnaissait pas son parent « *(grosse voix) "Ben non mais vous croyez que ... hhè non mais attendez mon père il n'était pas comme ça !"* » EB(F56). Certaines familles culpabilisaient leur parent « *"il y a Maman qui va pas bien et toi Papa tu te mets avec quelqu'un"* » E1(F50).

Un rapprochement pouvait être accepté par les enfants « *Mais faut pas que ça aille plus loin* » EC(F38), mais les rapports physiques étaient inconcevables « *mais en plus il va avoir des rapports sexuels à 80 ans mais c'est carrément euh...c'est pas possible quoi* » E1(F50).

Pour d'autres familles, le nouveau couple était facilement accepté « *On a les familles qui sont heureuses de voir que, leurs parents ils aient trouvé euh, quelqu'un* » E5(F55) mais plus facilement chez les autres « *quand ils voient des couples qui se rapprochent, ou un monsieur qui va s'occuper d'une dame, ah ils nous disent "c'est mignon". Mais quand on leur a dit ça pourrait être votre maman. "Oh non non, c'est bon, maman elle a donné euh...c'est bon"* » EC(F38).

Les familles n'étaient pas indemnes du regard des autres : gêne, peur du voyeurisme, honte, stress « *ils ont très peur du voyeurisme... on est dans un.. une région très rurale hè* » EB(F56).

b. Du refus à la séparation du couple

Concernant le nouveau couple de leur parent, les familles culpabilisaient les soignants « *(ton interrogateur dur) "je peux savoir pourquoi ma mère est toujours avec ce monsieur là euh ??[...]et vous la laisser faire... ??" [...] ils se disent "bon ben alors on les protège plus ?[...]ils font ce qu'ils veulent ?" » EB(F56), notamment en raison de leur questionnement autour du consentement « *parce que quelque part ils se disent, ils sont obligés de dire de se de penser "Est-ce qu'elle est vraiment d'accord pour tout ma mère?" » EB(F56). Elles mettaient également en difficulté les soignants par leur ambivalence « *parce que les familles nous disent "oh on est tout à fait d'accord ! alors là... bon ... au contraire qu'elle rencontre quelqu'un d'autre ça ira très bien" Ouais mais quand ça se passe (rires) ils arrivent vite en courant en nous disant "vous avez vu euh??" » EB(F56). Pour un soignant, il fallait faire comprendre aux familles que le soignant n'avait aucun rôle à jouer dans la formation du couple « *alors ça pour faire comprendre aux familles que nous on y est pour rien... » E5(F55).****

Selon les soignants, les familles prenaient souvent les décisions à la place de leur parent « *après, les enfants sont quand même euh, c'est eux qui prennent des fois des décisions pour les parents, et ça c'est très dur » E5(F55), alors qu'ils en étaient encore capables « *ils sont encore en capacité de prendre leurs décisions » E5(F55).**

Certaines familles étaient intervenues dans le nouveau couple de leur parent « *ils sont ensemble, ils se tiennent la main, il la prend par le cou lui fait un bise... "alors là stop hè ho ! Ho ! On va où là ?" » EB(F56), jusqu'à le séparer « *et ils ont tout fait pour le faire partir d'ici » EF(F56). Selon les soignants, certaines raisons étaient évoquées par les familles : par respect de l'autre parent décédé « *Notamment sa fille qui ne supportait pas parce que euh elle disait "par respect pour ma mère" mais sa mère était décédée » E3(F57), car l'autre parent était encore présent « *Parce que elle ne voulait pas que ce soit... parce que déjà y'avait sa femme » EF(F37), par honte « *c'était une honte, c'était plein de choses » EF(F37) ou par racisme « *elle était un peu mate, et ça ils acceptaient pas » EF(F37). Face à cette séparation, les soignants réagissaient : douleur « *ça m'a fait mal au cœur » EF(F37), incompréhension « *je trouve ça idiot!* » E3(F57), impression d'immaturation, « *c'est pas preuve de maturité hein, de pas accepter que ses parents... » ED(F45).********

c. Aborder le sujet de la sexualité du parent

L'abord de la sexualité du parent avec la famille était une situation compliquée pour plusieurs soignants « *après au niveau des familles, c'est vrai que c'est pas...c'est vraiment pas facile de parler de ce sujet-là avec eux* » E8(H24) notamment parce que la famille était bien souvent constituée par les enfants du résident « *après là pour le coup c'est pas évident parce que souvent c'est les enfants !* » E8(H24).

Pour certains, l'abord était tabou « *j'ai jamais parlé de ça avec euh, ah non, avec des membres des familles. Non. Ça reste euh...c'est pas possible* » EC(F38). Pour d'autres, le dialogue était toujours possible « *y a toujours un dialogue possible* » E5(F55).

Une soignante se demandait ce que penserait la famille si on lui demandait de ramener un lit double « *ben non ! ça serait je pense ça serait deux petits lits. (éclate de rire) Ou alors faut demander aux enfants hein "vous nous apportez un grand lit !" (rires) J'sais pas ce qui... [...] Ahlala ! Je ne sais pas la tête qu'ils feraient là hein... (rires) Je ne veux même pas l'imaginer !* » E4(F54). Il imaginait la famille comparer la maison de retraite à une maison close « *Qu'est-ce que c'est que cette maison de retraite mais où on est ? C'est quoi ? (rires) [...] C'est une maison close ou quoi là?* » E4(F54).

Un abord progressif permettait de faire mûrir l'idée d'un nouveau couple « *dans un premier temps si on leur dit "bon vous avez peut être remarqué votre papa ou votre maman euh" [...] ils viennent vers nous en nous disant "j'ai remarqué mon père il est toujours avec cette dame-là" "oui oui c'est vrai euh ils se sont trouvé des affinités" "Oui, d'accord c'est très bien, y'a pas de de souci..." ça mûrit...* » E5(F55).

Selon un soignant, l'institution était obligée d'avertir les familles lorsque le parent se remettait en couple, dans un souci de protection des enfants « *ils ont dû avertir les familles quoi ... ils sont obligés de toute façon, parce que bon [...] faudrait pas non plus que quand il rentre qu'il voit sa maman* » EA(F52) ou pour éviter les problèmes avec la famille « *on fait attention parce que... moi j'estime que je voudrais pas avoir de problème aussi avec euh... la petite fille ou même euh le fils* » E7(F59).

Certains soignants s'adaptaient à la famille : un autre soignant nous a dit avoir éloigné un couple en présence des enfants pour le rapprocher après leur départ « *alors quand ils sont là, on essaye de ne pas trop les rapprocher [...] et quand ils sont partis on laisse le résident faire ce qu'ils veulent* » ED(F45).

Avec certains soignants, les familles abordaient la sexualité spontanément. Elles informaient les soignants du passé sexuel de leur parent et leur permettaient d'en comprendre les comportements « *la famille nous en avait parlé donc euh après euh, on comprenait un petit peu plus en fait ce qu'il se passait avant et pourquoi il avait ce genre de demandes aussi* » E8(H24) ou mettaient en garde le soignant concernant des gestes déplacés « *on en a discuté avec son frère et il avait dit, son frère, qu'il le mettrait un petit peu aussi euh, de faire attention là-dessus, parce que il avait tendance à faire un peu ça, quand quelqu'un qu'il aime bien* » E7(F59).

Pour connaître l'histoire de vie d'un résident, les soignants étaient contraints de passer par la famille « *on n'a souvent que le parler de la famille* » ED(F45). Ce filtre faisait risquer une interprétation des souhaits du résident « *passer par un entourage c'est toujours interpréter hè?! De toute façon* » ED(F45).

d. « C'est difficile d'intervenir au niveau des familles » E5(F55)

Après des familles, les soignants s'attribuaient les rôles suivants :

- expliquer la normalité des affinités entre résidents « *En fait je dis "mais vous savez bon aujourd'hui ils sont euh c'est une animation c'est normal, ils revivent un petit peu euh... le bal euh ... une sortie à l'extérieur... ils ont des affinités je vous assure que votre papa bè..."* » EB(F56) ;
- transmettre aux enfants que son parent est avant tout un homme ou une femme « *Alors après c'est à nous de, de transmettre...oui de transmettre que y a une femme et y a un homme aussi devant...devant cette image de maman, et devant cette image de papa, y a un homme et une femme* » E5(F55) ;
- faire comprendre que ce sont des adultes et qu'ils ont encore la liberté de faire des choix « *leur faire comprendre que euh, que ce sont des adultes, qu'ils ont encore des choix, que...voilà ça fait partie de, de leurs choix de vie* » E5(F55) ;
- accompagner « *Notre rôle est de les accompagner* » E5(F55) et rassurer « *Donc au niveau des familles je pense que le mieux pour les rassurer c'est de passer par quelque chose qui est normal* » EB(F56).

Pour « *donner les moyens aux familles d'entendre* » E5(F55), les soignants proposaient de leur faire rencontrer l'équipe pluri-professionnelle « *par le biais du médecin, par le biais de*

la psychologue » E5(F55), ou d'autres familles « *par le biais de euh, d'une rencontre avec d'autres familles* » E5(F55). Ils envisageaient d'anticiper et prévenir les familles de la possibilité de formation d'un couple « *de dire "Bon évidemment si ça devait arriver...loin de là, ça peut être normal"* » EB(F56).

e. Le soignant, lui aussi "famille"

Alors que certains soignants considéraient qu'ils ne pouvaient pas à se mettre à la place des familles « *on peut pas se mettre à la place des familles non plus* » E5(F55), d'autres s'identifiaient aux familles « *surtout les familles parce que je me mets à leur place* » EF(F37). Cela leur permettait de mieux les accompagner et de comprendre leurs réactions « *du coup y'a des situations que je comprends mieux [...] quand les familles vous disent "oh vous savez c'est difficile" voilà, au bout d'un moment des fois, ça m'ait arrivé de leur dire "Oui, je sais. Je sais que ça peut être difficile je sais je le vis quoi"* » EH(F48).

Concernant la sexualité de leurs propres parents, les soignants avaient le même schéma que les familles des résidents. Certains soignants acceptaient le nouveau couple de leur parent, parfois après un certain temps « *après à la fin j'étais très heureuse qu'elle ait rencontré cet homme* » EA(F52) mais gardaient un déni du rapport physique « *c'est surtout ça que je verrais. Une compagnie. Qu'elle puisse discuter* » E4(F54). D'autres avaient au contraire conscience de la sexualité de leurs parents « *je sais que mes parents ils ont encore une vie sexuelle* » E1(F50) et acceptaient celle des résidents selon un transfert entre leur parent et le résident « *ben...si je pense ça pour ma mère, forcément je vais le penser pour les résidents* » E3(F57).

D'autres soignants ne faisaient pas de transfert et préféraient garder une distance « *mon regard il change pas, parce qu'en fait, moi c'est la personne qui est en face de moi quoi !* » E5(F55).

III. Accepter qu'ils soient chez eux

1. Une interaction égalitaire

Pour les soignants, la relation avec le résident était une relation à double sens « *Je rentre dans la vie de ces gens. Ils rentrent dans la mienne* » E5(F55).

Les soignants nous ont rapporté que la plupart des résidents ne parlaient pas de leur sexualité. « *Ça arrive que des gens soient très bien avec ça et qu'ils arrivent à en parler spontanément et voilà. Mais c'est vraiment pas la majorité* » E8(H24). Les résidents étaient très discrets et ne se livraient pas en raison de leur éducation « *parce que ce n'est pas une éducation d'une personne âgée* » ED(F45). Les confidences des résidents à propos de leur sexualité étaient parfois permises par l'humour ou la désinhibition liée à la démence. « *Ou alors c'est des gens ben qui ont une levée d'inhibition* » E8(H24). Ces confidences étaient fonction du parcours de vie du résident « *elles ont leur parcours de vie qui fait que y'en a qui... peuvent en parler* » EE(F32).

Les résidents n'abordaient pas spontanément leur sexualité mais étaient soulagés d'en parler « *quand on l'aborde [...] je pense qu'ils sont soulagés* » EH(F48), notamment parce qu'ils étaient seuls et en souffraient « *il a tendance à se confier un petit peu ou voilà il est en souffrance par rapport à ça, il est tout seul* » E8(H24). Les soignants adaptaient alors leur discours au niveau de connivence avec le résident « *On voit avec qui on peut parler de ces choses-là* » E4(F54).

Certains soignants se disaient ouverts et prêts à aborder la sexualité avec les résidents, en fonction de leur propre vécu « *le fait d'avoir vécu comme ça, me permet [...] d'entendre qu'on parle de la sexualité* » E5(F55). Une sexualité épanouie chez le soignant lui permettait d'aborder plus facilement celle du résident « *quand on est bien en couple, avec son corps et avec sa sexualité, on a une façon d'aborder la sexualité des autres qui est différente* » E1(F50).

Le genre du soignant avait une influence : les confidences étaient possibles entre femmes « *on est entre femmes aussi on peut* » E1(F50) ou entre hommes « *j'ai plus de facilité parce que je suis un homme* » E8(H24) car le soignant pouvait s'affranchir du regard

sexuel que posait le résident sur lui « *Donc j'ai pas forcément ce...ce regard-là où voilà il faut qu'il vienne me toucher ou quoi donc euh, déjà ça facilite la discussion.* » E8(H24).

A l'inverse, certains soignants n'abordaient pas la sexualité avec les résidents de « *peur de les choquer* » E4(F54) ou par manque de formation « *puis on n'est pas sensibilisé* » ED(F45). Plusieurs soignants attendaient que le résident fasse le premier pas « *s'ils l'abordent y'a pas de souci je suis ouverte mais je ne l'aborderai pas de moi-même [...] ça c'est sûr* » EE(F32). Ces soignants disaient également être freinés par leur propre éducation « *je ne me vois pas parler de sexualité avec un résident ou avec une résidente* » EE(F32). Il existait un transfert entre soignant et résident : les soignants ne se sentaient pas capables de parler de leur propre sexualité et ils l'étaient encore moins de parler de celle des résidents « *quand je vous dis je ne peux pas vous le décrire c'est que moi-même euh pour moi parler de ma sexualité ça va ça va s'arrêter là je ne peux pas* » EB(F56).

2. Le soignant est intrusif dans la vie du résident

a. « Normalement, ils sont chez eux » E5(F55)

Cette notion était clairement établie pour les soignants « *Moi j'estime qu'ils ont le droit. Ils sont chez eux, ils ont le droit de faire ce qu'ils veulent* » E7(F59), en opposition au fait que les soignants n'étaient pas chez eux « *on est pas ici chez nous* » EH(F48).

La chambre était le seul lieu d'intimité « *ici, on n'a pas de lieu intime à part la chambre* » EH(F48), le seul lieu qui permette une sexualité « *Donc c'est soit dans leur chambre euh...soit pas du tout* » EC(F38), qui permette d'accueillir quelqu'un « *S'ils ont envie de...de faire rentrer une personne euh, et de l'accueillir et...qu'il se passe quelque chose derrière la porte c'est leur choix !* » E5(F55), et de faire ce qu'ils veulent « *Tant qu'ils sont dans leurs chambres ils font ce qu'ils veulent* » EF(F37) ; ce d'autant plus que « *Ils ont une porte qui ferme à clef, ils ont leurs clefs* » E7(F59).

Selon les soignants, cette chambre n'était pourtant pas adaptée à l'intimité. Certaines chambres étaient à deux lits (deux résidents ne formant pas un couple dans la même chambre) « *c'est vrai que des chambres à deux lits c'est pas non plus l'idéal.* » E7(F59). La plupart des résidents étaient dans des chambres seules mais avec des lits simples « *dans un petit lit de 90 on peut pas* » EH(F48). Il n'existait pas de lit double pour les couples

« on ne permet pas à des gens d'avoir un lit double » E1(F50). Plusieurs soignants nous ont cependant rapporté avoir trouvé des solutions pour pallier ces problèmes « On leur a rapproché les lits » EH(F48), « on avait mis euh, les chambres l'une à côté de l'autre là on avait pu s'arranger pour que...le, le mari et la femme soient juste à côté » E3(F57).

Malgré ces mesures, plusieurs soignants nous ont affirmé que les résidents n'étaient pas réellement chez eux « quand on rentre en institution, fin on n'est pas comme chez soi » E6(F31).

b. « On rentre comme dans des moulins » EH(F48)

Les passages réguliers dans la chambre du résident étaient pour les soignants « le plus gros frein » EG(H41) à la sexualité en institution. Les soignants se disaient « intrusifs » EH(F48)/EG(H41), notamment lorsqu'ils frappaient à la porte et entraient sans attendre la réponse ou n'étaient pas entendus « je rentrais dans une chambre, bon j'avais toqué mais bon elle n'avait pas entendu... » EA(F52). Malgré le fait que certains passages soient ritualisés « Le matin déjà on passe tous les médicaments ça c'est euh le rituel » E8(H24), et que le soignant essaye de prévenir à l'avance « Après on essaye de s'adapter au maximum, [...] on les prévient à l'avance » E8(H24), ces passages étaient nombreux « ne serait-ce que pour les soins le matin, euh, le ménage la journée, que ce soit le matin ou l'après-midi, euh...le soir » E6(F31) et les moments de tranquillité rares « c'est rare les moments [...] vraiment où ils sont sûrs de pouvoir être seuls sans que personne ne passe quoi » EG(H41).

Pour certains soignants, les résidents devaient s'adapter à leurs horaires « faudrait qu'ils s'adaptent aux horaires » E6(F31), c'était « tant pis pour eux » EC(F38). La sexualité n'était possible qu'avant ou après les passages « et soit c'est avant, soit c'est après » EC(F38), ce que regrettaient certains soignants « c'est horrible [...] ça ne laisse pas de part à l'imagination » E1(F50).

La conséquence de ces passages réguliers pour les soins ou le ménage était que la sexualité avait plutôt lieu lors de la sieste ou la nuit « là où ils sont le plus tranquilles c'est c'est la nuit » E4(F54).

Lorsque le soignant surprenait un couple ou une masturbation, la gêne était bilatérale « c'est gênant pour eux et pour nous aussi » E2(F55). Certains soignants nous ont dit avoir

été surpris par la masturbation, choqués « *choquée! C'est le mot! J'étais choquée!* » EA(F52), voire avoir constaté de la colère chez leurs collègues « *une jeune infirmière qui est rentrée dans la chambre de de d'un résident qui se masturbait ... et elle est ressortie en colère en claquant la porte...* » ED(F45).

Leur attitude était d'ignorer « *je fais comme si de rien n'était* » E2(F55), de trouver un prétexte pour sortir de la chambre « *j'ai dit "bon je reviendrais après, j'ai oublié quelque chose"* » EA(F52), ou de temporiser « *je lui ai dit que je repasserai plus tard* » EE(F32). Selon certains, c'était au soignant de faire attention avant d'entrer « *c'était à toi de faire attention avant de rentrer* » ED(F45), il fallait respecter le résident « *ça se respecte ça se juge pas* » EH(F48). Lors d'une intrusion, c'était le soignant qui était en faute « *c'était quelque part elle qui était en faute elle n'avait pas à rentrer dans sa chambre...* » ED(F45).

Les soignants nous ont dit sentir le besoin d'intimité des résidents « *on sent bien si ils ont besoin d'intimité ou pas* » EH(F48). De ce fait, ils essayaient de la préserver « *on essaye de respecter au maximum [...] leur intimité* » E8(H24), en adaptant les horaires de passage, notamment pour les couples « *on avait dit entre 8h et minuit personne ne rentrera dans la chambre* » EH(F48), en les laissant tranquilles « *ils sont ensemble et puis on n'a pas à leur casser les pieds* » E4(F54) et en frappant et attendant la réponse avant d'entrer « *mais on devrait d'abord déjà première chose frapper avant de rentrer et attendre* » EF(F37).

c. Le rapport au corps

Lors des soins, un soignant nous a rapporté qu'il « *rentr[ait] énormément dans l'intimité* » EE(F32). Certains soins pouvaient être invasifs « *certains soins qui sont invasifs mettons un sondage* » E8(H24) mais se justifiaient par la dépendance « *ils ont pas vraiment le choix parce qu'ils sont malades, ils en ont besoin* » E8(H24).

La toilette intime pouvait être vécue comme une agression par le résident « *dès qu'on commençait à faire la toilette intime on sentait que c'était une agression* » E1(F50) mais aussi comme un calvaire pour le soignant « *c'était vraiment un calvaire, pour nous et pour elle!* » ED(F45), voire comme un viol « *j'ai l'impression de lui faire un viol...* » ED(F45). Le soignant proposait une approche progressive « *on essaye de pas les brusquer* » EF(F37) et un respect du corps sanctuaire « *sa vie est marquée sur son corps [...] c'est comme un sanctuaire* » E1(F50). Selon plusieurs soignants, ces réactions du résident pouvaient

s'expliquer par un passé sexuel douloureux « *c'est un endroit qui a peut-être été le lieu de douleurs toute une vie* » E1(F50).

Pour les soignants, l'érection lors de la toilette pouvait paraître normale « *c'est normal c'est...quand ils voient des demoiselles...* » EC(F38), naturelle « *quand on est fait une douche a un monsieur [...] c'est naturel* » EE(F32) proportionnellement à leur expérience professionnelle « *depuis le temps que je travaille ici euh bon je je suis pas trop choquée* » EF(F37). D'autres nous ont dit ne pas être à l'aise « *on peut pas dire qu'on est vraiment à l'aise* » E7(F59), voire être systématiquement gênés « *bien sûr que c'est toujours gênant* » E6(F31). L'érection lors de la toilette était aussi gênante pour le résident « *on ressent ce mal être l'un et l'autre quoi* » E6(F31) car involontaire « *parce que ça arrive malgré eux* » E1(F50) même si la toilette était consentie « *on a leur consentement mais euh enfin c'est quand même gênant quoi...* » EE(F32).

Face à la masturbation lors de la toilette, certains soignants ont reconnu ne pas être préparés et être gênés « *je n'étais pas forcément préparée à la chose donc ouais ça m'a gênée* » EE(F32). Les réactions des soignants étaient assez différentes : aller au plus vite « *faire la toilette intime plus vite* » E6(F31), banaliser et recadrer le résident « *il faut pas non plus en faire tout un...[...] je les remettais à leur place* » E7(F59), le calmer « *on les calme* » EC(F38), arrêter la toilette et couvrir le résident « *j'ai arrêté de le doucher, je l'ai juste couvert* » EE(F32), ou ne pas le mettre en échec « *on va pas en plus les mettre en échec* » E1(F50) en lui laissant la liberté de se toucher « *si elle a envie de se toucher, je la laisse faire* » E1(F50) et en proposant plus de confort « *je lui mets un gant à la main pour pas qu'elle se fasse mal* » E1(F50).

Le rapport homme-femme intervenait également dans le rapport au corps. Certaines femmes refusaient la toilette par un soignant homme « *il y en a quelques-unes qui n'aiment pas que ce soit un homme* » E1(F50). D'autres gémissaient lors de la toilette intime par un homme « *pendant la toilette intime des femmes qui se sont mis à...à faire de p'tits bruits* » E8(H24). Un résident avait éjaculé en « *sent[ant] une main, une main féminine* » EF(F37) d'une soignante lors d'un massage d'escarre. Cette soignante nous a dit avoir adapté son attitude lors de la toilette intime d'un homme « *Réfléchir à comment faire pour aborder un euh... un monsieur* » EF(F37).

d. Travailler en équipe pour préserver l'intimité

Les transmissions entre soignants servaient à préserver l'intimité du résident en mettant en place des mesures communes : adapter les horaires de passage « *et là c'était pareil, quand il y a un couple, on se donne un horaire ... à ne pas rentrer* » EA(F52), anticiper « *après je t'avais dit « attends un peu » parce qu'on savait...* » ED(F45), donner des explications médicales « *le docteur nous avait dit que c'était sa maladie* » EF(F37).

Certains soignants choisissaient au contraire de ne rien dire à leurs collègues dans un souci de confidentialité « *je trouve que ... euh, elles n'avaient pas savoir que je suis rentrée euh, c'était le respect de cette dame* » EB(F56) ou pour éviter que le résident ne se fasse réprimander « *sur le moment je ne voulais pas le dire parce que je ne voulais pas qu'il se fasse engueuler* » EF(F37).

e. Remise en question du soignant

Les soignants pensaient que leurs réactions étaient conditionnées par leur propre vécu et leurs propres représentations « *ça dépend du tempérament, du tempérament de comment on a été construit comment on a été fait, de comment on a vécu* » E3(F57). Certains soignants allaient plus loin en affirmant que leur ressenti à propos de la sexualité des résidents dépendait de leur propre sexualité « *quand il y a des soignants qui au niveau de la sexualité ont une appréhension personnelle peut-être qu'ils peuvent la reporter* » E1(F50) et de la représentation qu'ils avaient de celle de leurs parents « *peut-être que cette approche-là a été plus simple pour moi puisque je sais que mes parents ont une vie sexuelle* » E1(F50).

La sexualité des résidents était pour les soignants un sujet tabou « *c'est un sujet tabou [...] on en parle pas* » EE(F32). Parce qu'il renvoyait à sa propre intimité, la sexualité en institution était un sujet clivant mais essentiel pour un soignant « *très clivant du coup puisqu'il touche à l'intime de tout le monde* » EG(H41) et sur lequel les mentalités n'étaient pas prêtes à évoluer « *je crois que les mentalités sont pas encore prêtes à euh... voilà à trouver, à entendre des choses* » EG(H41).

Pour un soignant, une tenue vestimentaire inadaptée était responsable de gestes déplacés « *ça arrive jamais à quelqu'un avec une longue blouse et une culotte et un t-shirt* »

EH(F48). On accuserait les résidents de gestes que le soignant aurait induits par sa tenue vestimentaire « *ils accusent l'autre de quelque chose mais en fait c'est eux qui l'ont induit* » EH(F48). Ce soignant se demandait alors si de ce fait, le soignant ne manquait pas de respect au résident « *Quand on est soignant, si on joue sur la séduction et bè... est-ce que c'est être respectueux* » EH(F48).

3. Le résident entre dans la vie du soignant

a. Spectateur

Selon plusieurs soignants, les résidents observaient le soignant « *ici ils n'ont rien d'autre à faire qu'à regarder* » EH(F48). Pour l'un d'eux, ce spectacle était le seul moyen d'éveiller leurs sens « *ils ont que ça pour réveiller leurs sens* » EH(F48). Ils posaient des questions sur la vie intime du soignant « *est-ce que t'as un mari est-ce que t'as un copain est-ce que... voilà ils posent des questions* » E3(F57) et en étaient parfois jaloux « *on sent un petit peu de jalousie* » E8(H24). Les soignants se protégeaient de ce regard en gardant une distance entre leur vie privée et professionnelle « *ma vie privée c'est ma vie privée donc [...] ils en savent pas plus* » EC(F38).

b. Acteur

Il arrivait que les résidents fassent preuve de gestes affectueux envers le soignant « *une mamie qui m'attrape ou un papy qui me fait un bisou sur la main* » E3(F57). Lorsque certains soignants reconnaissaient le pouvoir de séduction des résidents « *il a encore un pouvoir de séduction* » E1(F50) et l'acceptaient « *j'accepte volontiers qu'il projette sur moi quelque chose* » E5(F55), d'autres n'y voyaient pas de caractère sexuel « *l'affectivité c'est pas forcément la sexualité* » E3(F57) ni d'ambiguïté lorsque les choses étaient établies « *des gestes de tendresse qui sont euh pas ambigus du tout, dans la mesure où les choses sont bien posées* » E5(F55). Leurs réactions étaient soit de recadrer avec humour et sans humilier « *recadrer les gens gentiment [...] le prendre avec humour [...] ne pas l'humilier* » E1(F50), soit de mettre des distances « *il faut aussi...mettre peut-être certaines distances* » E3(F57). Selon un soignant, certains collègues pouvaient trouver ces gestes affectueux « *carrément répugnant[s]* » E3(F57).

Les gestes déplacés « *ils peuvent avoir des gestes on peut dire déplacés* » E1(F50) comme « *la main aux fesses en passant* » ED(F45) ou les remarques des résidents étaient parfois perçus comme vulgaires et choquants « *arrêtez... quand même de parler comme ça vulgaire, ça me choque !* » EF(F32) voire comme une agression à ne pas subir « *quelque part c'est une agression [...] faut pas le prendre à la légère parce que c'est pas un geste qu'il faut subir non plus...* » ED(F45). Pour d'autres soignants, ces gestes faisaient rire « *Moi ça me fait rigoler !* » EC(F38) car ils n'étaient pas intentionnels « *pour la plupart c'est...pas intentionnel* » EC(F38). Un soignant faisait attention de ne pas tomber dans les stéréotypes "*c'est pas un vieux pervers!*" E1(F50).

Les propositions sexuelles directes notamment la demande d'aide à la masturbation lors de la toilette ne perturbaient pas certains soignants « *ça me perturbe pas plus que ça* » E8(H24) alors que d'autres étaient choqués « *par rapport à certaines personnes ça me choque ouais* » E3(F57) et y voyaient un caractère obsédé « *ça fait plus euh, obsédé que...* » E3(F57).

Les solutions des soignants face à ces gestes ou propositions étaient de remettre le résident à sa place « *quand la personne elle commence à se montrer, un petit peu trop entreprenante, bon je, on la remet gentiment à sa place et puis euh...général il se calme tout seul* » EC(F38), savoir se faire respecter « *Je sais me faire respecter aussi quand vraiment...je vois que la personne ça va trop loin* » EC(F38), rappeler leur rôle de soignant « *Nous vraiment on est soignant, on est là pour euh, pour faire un soin, pour les accompagner dans la vie de tous les jours* » E8(H24), mettre une barrière « *j'essaye de mettre une barrière quoi. Au maximum* » E6(F31) ou arrêter les soins « *par colère je l'ai pas rasé* » EF(F37).

Lors des demandes d'aide à la masturbation, les soignants proposaient aux résidents de le faire eux-mêmes « *on lui dit : écoutez, vous le faites vous-même, vous serez plus à l'aise...* » E2(F55) et un soignant s'excusait même de ne pouvoir répondre à ces besoins « *j'suis désolé, j'vois que ben... vous ça vous fait souffrir vous êtes pas bien, mais moi j'peux pas répondre à ces besoins-là* » E8(H24).

Pour certains soignants, il ne fallait pas confondre toilette intime et masturbation « *Faut pas confondre...* » ED(F45), les résidents n'avaient pas à avoir ces gestes « *ils ont pas à avoir des gestes...* » EC(F38) et le soignant n'avait pas à les subir « *on n'est pas là pour*

ça » ED(F45). Poser les choses permettait que cela se passe bien « *Quand les choses sont dites. Y a pas de souci* » E5(F55).

Selon plusieurs soignants, les gestes déplacés et propositions sexuelles étaient plus fréquents chez les hommes « *ils vont avoir ce reflexe que les femmes ... elles ne l'auront pas* » ED(F45). Les femmes avaient « *plus de retenue* » ED(F45), sauf lorsqu'elles étaient démentes « *ou alors c'est vraiment sur des gens qui sont déments [...] Où là vraiment ça va être cash* » E8(H24).

c. Travailler en équipe pour protéger le soignant

Les transmissions entre soignants étaient utiles pour protéger le soignant face aux gestes du résident : recadrer « *là il y eu un recadrage en équipe et, avec les médecins, avec tout le monde* » E5(F55), déléguer le soin à un autre soignant pour éviter une agression « *y'a en a une qui n'a pas trop envie d'aller dans une chambre, on va y aller plutôt on s'arrange entre nous* » ED(F45), harmoniser les réactions « *toutes avoir le même comportement* » ED(F45), faire intervenir un homme « *quand y'a un homme ça pose aussi des choses* » ED(F45).

Il existait une hiérarchie dans l'organisation « *on avertit l'infirmière qui avertit la DRH* » EE(F32), avec le médecin choisi comme dernier recours « *si vraiment ça va trop loin, c'est vrai qu'on en parle avec la hiérarchie et c'est eux après qui vont...et le médecin qui va...recadrer un peu tout ça* » EC(F38).

4. Liberté, protection et intimité, un équilibre difficile

a. La contention contradictoire

Un soignant a mis en avant le fait que la contention était une prescription médicale obligatoire pour le confort de la personne « *c'est une prescription pour le confort de la personne sinon toute la nuit ils sont mouillés, ils ont froid* » E1(F50) mais rendait l'accès au sexe impossible « *impossible d'avoir accès à son sexe* » E1(F50). Pour ce soignant, « *empêcher une personne de penser à la sexualité c'est la frustrer* » E1(F50).

La contention lui apparaissait donc contradictoire « *c'est complètement contradictoire* » E1(F50). Pour lui, « *c'est une frustration [...] c'est vraiment l'horreur* » E1(F50).

b. La difficile évaluation du consentement

Il arrivait que certains résidents abusent d'autres résidents déments. Ces abus étaient difficiles à repérer « *On ne voit pas tout non plus* » E4(F54) car le plus souvent les victimes n'exprimaient rien « *Parce que la résidente avait pas exprimé quoi que ce soit* » E5(F55). Le consentement était difficile à évaluer en particulier chez les déments « *au niveau [...] de la démence, où est le consentement dans tout ça ?* » E5(F55). Les soignants s'aidaient de leur intuition « *ils avaient pas leurs têtes mais pour ça ils ne se retrouvaient pas par hasard [...] au niveau émotionnel y'avait pas de doute* » EG(H41), « *La professionnalisation ok mais, y a de l'intuitif aussi qui rentre en ligne de compte* » E5(F55) et des manifestations non verbales des résidents « *si la personne va pas bien vous le voyez aussi, parce qu'elle vient vous dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Ou vous la voyez tracassée* » E5(F55). Les soignants n'étaient pas toujours d'accord lors de l'évaluation du consentement « *Et j'ai des copines qui ont dit : oui, elle n'a pas toute sa tête et tout* » EF(F37) et pouvaient se tromper « *je me suis permis d'intervenir [...] c'est moi qui les ai dérangés* » EB(F56).

Ils avaient une attitude bienveillante envers les femmes, restaient vigilants « *là par contre c'est à nous d'être un peu vigilants* » E4(F54) et s'assuraient que les gestes des hommes restent corrects « *Je fais attention qu'il ait des gestes corrects avec cette dame parce que cette dame quelque part j pense que...elle a plus les moyens de, de jugement* » E7(F59). Les soignants considéraient que leur rôle était de protéger les résidents « *Bon mais là on est là pour protéger* » EC(F38).

Si la personne n'était pas consentante, le soignant intervenait en recadrant gentiment ou réprimandant le résident « *quand on voit on recadre, on intervient, et on gronde sur le coup* » EC(F38). Lorsque les résidents semblaient consentants, le soignant les laissait tranquilles car ils étaient en sécurité « *l'homme il avait l'air d'être plutôt...ravi, elle elle était contente, bon et ben...je les ai laissés tranquilles. T'façon ils étaient en sécurité* » E5(F55).

c. Dualité entre liberté et sécurité

Plusieurs soignants faisaient une projection de leurs propres souhaits concernant l'attention qu'ils portaient aux couples « *quelque part, vous vous dites bon euh, j'aimerais bien plus tard... voilà que l'on me fasse pareil à moi* » EA(F52). Certains pensaient au contraire qu'il fallait s'en affranchir « *c'est pas parce que moi j'ai une sexualité comme ça, que tout le monde il doit avoir une sexualité comme ça* » E8(H24).

Les soignants définissaient leur rôle comme un accompagnement des couples dans leurs projets et leurs choix « *on est là pour accompagner mais on n'est pas là pour intervenir [...] dans leurs envies de faire et de, d'agir* » E5(F55) sans imposer leur vision des choses « *on n'a pas à leur imposer notre vision des choses* » E8(H24).

Le soignant s'investissait dans un rôle de protection et d'encadrement « *ils ont énormément besoin même s'ils sont lucides, de repères, de d'être encadrés, d'être accompagnés* » EE(F32). Il pensait savoir ce qui était bon pour le résident « *on sait qu'à c't'âge-là ben des fois ben ils aiment bien être tout le temps ensemble, mais ils ont quand même besoin de leurs moments seuls* » E8(H24). Certains étaient néanmoins conscients qu'il « *[fallait] être à l'écoute des gens et pas faire ce qu'on [avait] envie qu'ils fassent. Faire pour eux ce que eux ont besoin. Et ont envie* » EH(F48).

Certains soignants justifiaient les passages réguliers dans les chambres par la sécurité du résident « *on va s'inquiéter plus pour savoir si ils sont pas tombés ou autre chose* » E7(F59) mais pour d'autres c'était beaucoup plus ambigu « *on fait ça de... au nom de je sais pas quoi de de d'une certaine bienveillance on devient maltraitant au possible* » EH(F48) car « *ils sont tranquilles dans la journée de deux heures moins le quart à deux heures et demi* » EH(F48). Plusieurs soignant soulignaient qu'il fallait trouver le juste équilibre entre protection et respect de la liberté individuelle « *trouver un juste milieu entre ben voilà nos obligations, les contraintes, et puis eux leurs souhaits, leurs besoins* » E8(F24) sans être trop protocolaire « *pas trop faire de protocoles* » EF(F37).

d. Propositions des soignants

Malgré le fait que les soignants étaient conscients et respectueux des besoins des résidents « *beaucoup de personnes qui sont conscientes des besoins et qui en sont respectueuses* »

ED(F45), ils nous ont affirmé que « *l'institution n'ouvr[ait] pas de champ à la sexualité* » E1(F50). Un soignant nous a même parlé de négation du corps charnel « *en institution on la démunit de son corps charnel* » E1(F50). Certains affirmaient être à l'aise avec la sexualité des résidents « *Je suis très à l'aise* » EH(F48). Selon d'autres, ce ne serait qu'une façade « *quand on en parle sérieusement [...] on recule pour vous répondre* » EB(F56).

Un soignant regrettait que le projet de vie et l'organisation des soins soient actuellement indépendants « *sauf que nous, il y a notre organisation de travail, il y a le projet de vie de la personne. Puis de temps en temps il faut que ça calque, mais euh, c'est deux choses complètement indépendantes l'une de l'autre hein ! [...] c'est ça le problème !* » E1(F50)

Selon les soignants, de nombreux progrès restaient alors à faire pour « *entendre et voir, ce qu'on nous laisse entendre et voir* » E1(F50) en étant le moins intrusif possible « *un côté intrusif [...] on essaie de l'être le moins possible* » EG(H41) et en s'adaptant au rythme de vie des résidents « *on travaillerait plus au rythme des gens* » E1(F50).

Prendre en compte le passé de couple du résident pourrait expliquer ses comportements « *faudrait plus connaître ce genre d'information [...] ça pourrait expliquer les comportements* » ED(F45) et permettre une prise en charge personnalisée de sa sexualité « *On fait une prise en charge qui est personnalisée, on s'adapte à la personne, et j pense que ça devrait être pareil par rapport à ça aussi* » E8(H24).

Pour les aider dans cette tâche, un soignant proposait d'écrire les habitudes sexuelles dans le projet de vie et de le rédiger à un âge plus jeune « *Je dis que le projet de vie d'une personne il faudrait le remplir à notre, à nos âges là* » ED(F45).

Discussion

I. A propos de l'étude

1. Les forces

a. Sujet

Notre étude présente un intérêt par son originalité. En effet, le point de vue du soignant a rarement été exploré concernant la sexualité en institution, notamment en recherche qualitative. Pourtant, dans une revue exhaustive de la littérature concernant la perception des infirmières de la sexualité des sujets âgés institutionnalisés, Mahieu suggère qu'une telle approche est nécessaire si nous voulons que la sexualité des résidents soit reconnue¹⁷. Notre travail serait une étape de la réflexion à propos des pratiques de soins autour de ce thème.

b. Méthodologie

L'étude a été réalisée selon une méthodologie rigoureuse et validée par la littérature, de la formulation de la question de recherche à l'analyse des données.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale afin d'explorer la plus grande diversité des ressentis des soignants. S'appuyer sur un guide d'entretien pour le recueil a permis une reproductibilité de la méthode. La triangulation des chercheurs a permis de s'affranchir d'un éventuel biais d'interprétation lors de l'analyse des données et d'augmenter la validité interne de l'étude¹⁴. Cette validité est également garantie par l'adéquation des résultats aux données de la littérature.

c. Ethique

Sur le plan éthique, la confidentialité est assurée par l'anonymisation systématique des données. Le déroulement et l'objet de l'étude ont été cautionnés par la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées.

2. Les limites

a. Sujet

Aborder un sujet intime tel que la sexualité est difficile. Les entretiens individuels permettent justement d'aborder les sujets plus délicats¹⁰ en instaurant un climat de confiance qui favorise une expression libre.

b. Echantillonnage

On pourrait identifier un biais de sélection et penser que les soignants s'étant portés volontaires pour l'étude étaient des soignants qui se sentaient déjà concernés et avaient réfléchi à la sexualité en institution.

Dans un EHPAD, le cadre de santé a fortement incité les soignants à participer. Les soignants interrogés n'étaient alors pas uniquement ceux qui auraient spontanément répondu. Cet échantillonnage a donc recruté des soignants ayant des approches très variées de la sexualité des personnes âgées.

c. Investigatrices

Nous avons conduit une étude portant sur des soignants de tous âges, avec parfois trente ans d'expérience professionnelle de plus que nous et concernant la sexualité de personnes âgées. Nous avons appliqué le principe de réflexivité¹⁴ pour mettre de côté nos propres représentations, notre expérience collatérale¹⁶ et notre regard relativement jeune de femmes et de médecins.

II. A propos des résultats

Dans notre étude, les représentations qu'ont les soignants de la sexualité des résidents font écho à celles retrouvées dans la littérature¹⁷. Dans cette partie, nous avons donc choisi de nous focaliser sur les résultats que nous avons jugés les plus surprenants, inattendus ou intéressants afin de les développer et les approfondir pour proposer un nouvel abord de la sexualité en institution.

1. L'agression réciproque

Les résultats de notre étude ont fait apparaître une érotisation de la relation entre le soignant et le résident. Cette érotisation interviendrait dans le rapport au corps, notamment lors des soins corporels et de la toilette. On la retrouverait également dans le cadre d'une relation de séduction entre le soignant et le résident. Elle serait potentialisée par la relation homme-femme, le plus souvent avec un résident homme et un soignant femme mais aussi dans le sens inverse. Selon un soignant, la tenue vestimentaire du soignant en serait directement responsable.

Dans son travail sur la place de la sexualité dans le travail infirmier mené en France entre 2007 et 2008 auprès d'un échantillon de 64 infirmières et de soignants travaillant dans le champ du cancer, Giami suggère que l'expression sexuelle des patients « peut être excusée ou même tolérée quand elle est perçue comme involontaire de la part du patient, non intentionnelle ou accidentelle »¹⁸. Ce serait le cas de l'érection lors de la toilette, reconnue comme « *naturelle* » ou « *normale* » par notre échantillon de soignants. En mécanisme de défense, on constaterait alors une désérotisation de la toilette intime qui participerait au déni de la sexualité des personnes âgées en institution¹⁹.

A l'inverse, « le harcèlement sexuel est vécu de façon radicalement différente de l'érotisation involontaire et qualifié de "dérapage" lors des actes routiniers du soin »¹⁸. Le harcèlement sexuel se caractérise par le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant ou créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante²⁰.

Dans notre étude, les soignants éprouvaient de la colère à l'encontre des résidents aux « *gestes déplacés* ». Ces gestes ou les propositions sexuelles seraient une agression qu'il ne faudrait pas subir. On pourrait vraisemblablement les qualifier de harcèlement sexuel, délit puni par deux ans d'emprisonnement. Peut-on envisager d'incarcérer un résident lorsque l'entrée en institution gériatrique est déjà comparée à une « mise à l'écart sous haute surveillance »²¹ ?

Selon les soignants interrogés, la mise en place de stratégies permettrait de répondre au harcèlement : banaliser, plaisanter, travailler en équipe et déléguer le soin à un autre soignant ou effectuer les soins avec un collègue. On retrouve les mêmes stratégies professionnelles chez Dionne ²².

Pourtant, les soignants nous ont affirmé manquer d'outils pour appréhender ces situations d'agression et nous ont rapporté des façons très différentes d'y réagir. Reconnaître le harcèlement dans ces gestes et uniformiser les stratégies professionnelles pour y faire face permettraient une meilleure qualité du soin et un confort de travail pour le soignant. Comme un écho à cette agression du résident envers le soignant, le soignant serait lui aussi agresseur.

Les soins corporels seraient intrusifs pour le résident car ils concernent le « corps chargé d'une histoire, porteur des cicatrices de l'existence, des blessures, des maladies, de souvenirs et de nostalgie » ²³. Les soignants iraient même jusqu'à comparer la toilette à un viol. On retrouve cette notion de violence induite par le soin dans la littérature ²⁴.

Pour caractériser un viol ou une autre agression sexuelle, il faut établir que l'auteur a eu également l'intention de commettre cet acte et a eu conscience d'imposer ses agissements à la victime sans son consentement ²⁵. Selon nos soignants, les soins corporels n'auraient pas cette intentionnalité et seraient consentis. Au regard de la loi, le terme de viol semble donc inapproprié. L'emploi d'un terme aussi violent ne reflète-t-il pas la souffrance du soignant ?

Cette agression réciproque semble nuire à la qualité du soin, la qualité de vie de la personne âgée en institution et à celle du soignant au travail. D'après notre étude, le soignant serait conscient des enjeux relationnels soulevés par la situation et serait en demande d'outils pour y répondre.

Une telle prise de conscience est déjà « un levier qui permet d'améliorer les pratiques et c'est sûrement ce type de réflexion qui débouchera sur la création d'espaces intimes porteurs de créativité » ²¹.

2. L'intuition

« La professionnalisation ok mais, y a de l'intuitif aussi qui rentre en ligne de compte » E5(F55).

L'évaluation du consentement serait une pierre d'angle du comportement des soignants vis-à-vis de la sexualité entre résidents en institution. Alors que cette évaluation serait facile chez le résident non dément, elle deviendrait plus complexe et soumise à l'intuition du soignant chez le résident dément. Selon notre étude, les soignants se fieraient à leur connaissance du résident et à celle, parfois insuffisante, de son passé. Alors que certains semblaient sûrs d'eux, d'autres évoquaient de réelles difficultés pour cette évaluation.

On pourrait se demander si l'expérience professionnelle et la formation sont responsables de cette différence de points de vue. Dans sa revue de la littérature, Mahieu ne retrouve pourtant pas de consensus concernant la corrélation entre les connaissances des soignants et leurs attitudes face à la sexualité ⁶.

En effet, les attitudes des soignants sont aussi guidées par leurs propres représentations de la sexualité ²⁶, ce que semble également mettre en avant notre étude. Ainsi, les soignants les plus à l'aise avec leur sexualité semblaient être les plus à même de comprendre et d'accepter celle des résidents, notamment celle des résidents déments.

A propos du risque d'abus sexuel en cas d'absence de consentement, les soignants se sentaient investis d'une réelle mission de protection. La protection du résident aurait parfois tendance à se heurter à sa liberté individuelle. Dans ce contexte, se fier à son intuition, reposant elle-même sur des représentations personnelles, nous paraît risqué.

Dans leur article sur l'intimité et la sexualité dans la prise en charge de la démence en institution, Mahieu et *al.* avancent qu'il faut certes considérer la vulnérabilité des personnes démentes, mais ne pas la surestimer ²⁷. Il faudrait donc être plus à l'écoute du résident dément, et le considérer comme une personne possédant des choix de vie, en droit « de créer une relation avec un nouveau partenaire quels que soient l'âge et la maladie »²³.

De ce fait, le soignant doit être capable de mettre entre parenthèses ses propres attentes et hypothèses afin de créer une ouverture vers l'environnement et le vécu des résidents et de leurs proches²⁷. Cette ouverture paraît nécessaire pour oser parler de sexualité en institution.

3. Une proposition : oser parler de sexualité

a. Oser parler de sexualité avec les résidents

Nous discuterons dans un premier temps de l'abord de la sexualité du résident par les soignants avant de développer la proposition d'un abord systématique dans le projet de vie.

*« Je pense que toutes ces questions-là si on n'a pas réfléchi on les prend de plein fouet »
EH(F48).*

Dans notre étude, les soignants ne se sentaient pas assez formés à la sexualité des personnes âgées et a fortiori en institution. Une telle formation permettrait de « développer une meilleure connaissance de la vie affective et de la sexualité des personnes âgées pour permettre d'accéder à une tolérance éclairée »²⁸.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il n'y a pas de consensus concernant le lien entre les connaissances sur la sexualité des personnes âgées et l'attitude des soignants envers les résidents et leur sexualité⁶.

Il semblerait que parmi les soignants de notre étude l'expérience professionnelle mais aussi personnelle permettent d'avoir une certaine maturité progressivement acquise et une tolérance positive envers la sexualité des résidents. Cette idée a également été évoquée par Manoukian. Le vécu l'emporterait sur les préjugés des soignants avec l'âge. « Faut-il attendre d'avoir atteint une certaine "sagesse" pour devenir un soignant tolérant et attentif? »²⁹.

Dans nos entretiens, les soignants les plus expérimentés se disaient en effet plus à l'aise que les jeunes face aux situations impliquant la sexualité des résidents. Les jeunes soignants pensaient au contraire que les soignants expérimentés avaient plus de difficultés à aborder la sexualité. Ce paradoxe semble montrer que les soignants peuvent présenter des difficultés à aborder la sexualité quels que soient leur âge et leur expérience professionnelle. Ils seraient prêts à en parler avec le résident, mais à condition que celui-ci fasse le premier pas.

De leur côté, les résidents émettent le désir de parler de leur sexualité avec l'équipe soignante³⁰ mais ne le font que trop peu³¹. Les soignants et les résidents se regarderaient-ils en chien de faïence ?

Une étude montre que le facteur prédictif le plus important de l'implication des médecins dans l'abord de la sexualité avec un patient est l'entraînement à des techniques de communications. Il augmente leur niveau d'aisance pour parler de sujets en rapport avec la sexualité³². Outre la formation sur l'évolution de la sexualité dans le vieillissement, nous pourrions alors proposer des techniques de communication comme support pour permettre aux soignants de parler de sexualité avec les résidents.

D'autre part, plus on parle d'un sujet sensible plus les réticences pour l'aborder s'estompent. En l'abordant avec le résident, les soignants seraient donc progressivement de plus en plus à l'aise avec le sujet de la sexualité. Ils pourraient alors plus facilement se distancer de leurs propres représentations pour être à l'écoute des besoins exprimés par le résident.

*« Je dis que le projet de vie d'une personne il faudrait le remplir à notre, à nos âges là »
ED(F45).*

Ce soignant estimait que faire raconter l'histoire de vie du résident par la famille revenait à en interpréter la version réelle. Il proposait alors que chacun écrive, à un âge plus jeune, ses souhaits concernant sa sexualité future et son intimité lors de la perte d'autonomie. Un autre soignant espérait par exemple qu'on le « *laisse peinard par rapport à ça* » EG(H41) en cas d'entrée en institution.

Ecrire ses souhaits de façon anticipée serait un moyen d'interpeler et faire réfléchir un public jeune à la possibilité de l'existence d'une vie sexuelle à un âge avancé.

Dans la continuité de cette idée nous pourrions aussi proposer un item libre dans la construction du projet personnel de vie en institution. Nous ne disons pas qu'il faille établir une échelle ou une grille d'évaluation des "besoins sexuels", ce qui serait bien sur trop réducteur¹⁹. Nous proposons plutôt une question ouverte qui serait une invitation à la discussion. Cela laisserait alors au résident « la liberté de développer, de se limiter ou de se taire [...] La porte est ouverte »²⁹. Nous restons conscientes que cette question pourrait être

vécue comme intrusive. Il faudrait alors prendre le temps de mettre en confiance le résident et d'établir un lien avant d'aborder ce thème.

Pour s'affranchir des fausses croyances dont le soignant est lui aussi imprégné, un abord systématique avec chaque résident garantirait une prise en charge centrée sur les attentes du résident. Cet abord dans les temps qui suivent l'entrée en institution (par un soignant formé et à l'aise !) pourrait ainsi permettre l'expression libre du résident.

b. Oser parler de sexualité en équipe

Dans cette partie, nous aborderons la place du médecin généraliste dans la réflexion autour de la sexualité en institution puis nous nous pencherons sur les nouvelles générations de résidents auxquelles l'institution va devoir se préparer.

A travers nos entretiens, certains soignants ont parlé du médecin comme derniers recours dans les situations difficiles. Ce serait lui qui déciderait, quelques fois en collégialité avec le directeur et/ou le cadre de santé, de la conduite à tenir face à ces situations.

Une étude qualitative récente interroge les médecins généralistes sur leur abord de la sexualité avec les personnes âgées³³. Cette étude retrouve que les médecins ne sont pas indemnes des croyances contemporaines. En effet, la sexualité des personnes âgées est perçue comme différente. Elle déclinerait, elle disparaîtrait et serait platonique, excluant les rapports sexuels pénétrants. Il n'y aurait plus de plaisir ni de désir chez les personnes âgées. Ces préjugés sont un frein à l'abord de la sexualité avec les patients âgés.

Alors qu'il est désigné comme le dernier référent, le médecin ne serait vraisemblablement pas le plus à même de guider une équipe. Il semble donc légitime d'inclure le médecin dans la sensibilisation au sujet de la sexualité des personnes âgées pour briser le mythe de la personne âgée sans sexualité.

On pourrait alors considérer les situations sexuelles problématiques par une équipe multidisciplinaire qui s'engage dans un processus d'évaluation de la situation et de planification d'une intervention²².

Il nous semblait important de soulever une idée concernant l'évolution des générations de résidents. L'arrivée de nouvelles générations, serait associée à une libéralisation de la parole et des mœurs selon notre échantillon de soignants.

En effet, certaines études montrent déjà une évolution des comportements sexuels en France. Une comparaison entre les deux enquêtes nationales sur les comportements sexuels menées en France en 1970 et en 2006³⁴ met en évidence « une prolongation, une intensification et une diversification de la vie sexuelle après 50 ans au fil du temps, ainsi qu'un rapprochement des comportements des femmes et des hommes »³⁵.

Les résidents changent et les soignants aussi. L'institution ira-t-elle à la même vitesse ?

Les prochaines générations accueillies seront des résidents ayant connu la révolution sexuelle dans les années 60 avec les slogans du type "Jouissons sans entrave", la banalisation du sexe, l'apparition de la contraception hormonale, l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la pornographie, le cyber-sex, etc.

Par exemple, en 2010, la proportion des plus de 65 ans parmi les personnes porteuses de VIH était de 4,7% dont une centaine seulement était en EHPAD³⁶. Cette proportion va augmenter. Nous savons combien les personnes porteuses de VIH sont stigmatisées dans notre société. Comment seront-elles accueillies en institution dans les années à venir ?

Les demandes des futurs résidents concernant leur intimité et leur sexualité ne seront pas comparables. Il faudrait se préparer aujourd'hui aux changements de demain et sensibiliser l'institution à l'accueil d'une nouvelle population.

c. Oser parler de sexualité avec les familles

Pour finir, nous considérerons le regard du soignant sur les familles de résidents et suggérerons une approche différente de la relation soignant-famille autour de la sexualité du parent institutionnalisé.

Nos résultats concernant les familles et la représentation de la sexualité de leur parent à travers le regard du soignant sont assez concordants avec la littérature. Comme les soignants de notre étude l'ont souligné, les enfants (devenus adultes et souvent eux-mêmes parents) auraient une vision idéalisée de leur parent. La difficulté d'admettre que son parent ait une sexualité est aussi évoquée par Trivalle³⁷.

Dans notre étude, les soignants décrivaient les réactions des familles de façon assez variée. En cas de formation d'un nouveau couple, certaines familles acceptaient la relation tant qu'elle était platonique. Les réactions étaient néanmoins souvent du registre du refus et pouvaient conduire à des séparations douloureuses. Les soignants seraient directement impliqués dans ces situations : culpabilisation, prise à témoin...

Pour répondre aux difficultés rencontrées par les soignants, nous pourrions donc proposer une idée concrète : anticiper systématiquement avec les familles dans les mois qui suivent l'entrée du résident en institution, avant que les difficultés n'apparaissent.

On pourrait d'abord informer la famille de la possibilité d'une relation amoureuse et/ou sexuelle de son parent mais également de la possibilité d'expression de troubles du comportement à caractère sexuel. La discussion autour du sujet pourrait être développée selon le souhait des familles. Cela permettrait d'en parler libre des émotions liées à une situation difficile.

Par ailleurs, le soignant n'est pas tenu d'informer la famille de la vie privée de son parent. Ceci pourrait même constituer une violation du secret professionnel, passible d'une peine pénale³⁸. Il suffirait donc de prévenir la famille qu'elle ne sera informée par les soignants de l'intimité de son parent qu'en cas d'accord de ce dernier. Cette mesure pourrait prévenir le sentiment d'échec d'accompagnement du résident éprouvé par certain soignant en cas de difficulté avec la famille³⁹.

Il conviendrait également de rappeler aux familles, que les soignants ne sont pas responsables des décisions du résident à propos sa vie intime.

Explorer le ressenti et les représentations des familles concernant la sexualité de leur parent âgé en institution pourrait compléter notre réflexion autour de l'intimité du résident.

Conclusion

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance rappelle au personnel d'institution le devoir de respecter la sexualité du résident. Le soignant n'est pas indemne du regard négatif que porte la société sur la sexualité de la personne âgée, cependant son attitude professionnelle conditionne l'expression sexuelle du résident. Nous avons exploré le ressenti du soignant afin de comprendre comment concilier son rôle professionnel, ses propres représentations et le devoir de respecter la sexualité du résident.

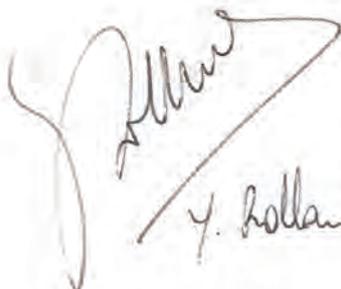
Selon une méthode de recherche qualitative, nous avons réalisé seize entretiens semi-directifs auprès de soignants hommes et femmes de fonctions et d'âges variés, travaillant en EHPAD ou USLD dans les régions Midi-Pyrénées et Auvergne.

Les soignants interrogés avaient une image positive de la sexualité du résident mais conservaient l'idée qu'elle se résumait à une seule tendresse avec un déni du rapport sexuel. L'institution était comparée à une place de village avec un contexte collectif pesant sur l'individu notamment par le regard des autres. Séduction et rencontres y étaient tout de même possibles. A ce sujet, la relation avec les familles était délicate pour les soignants. Dans l'espace privé qu'est la chambre, l'équilibre entre protection, intimité et liberté du résident était difficile à trouver.

Il existe une agression réciproque entre soignant et résident en particulier au cours des soins corporels qui nuit à la qualité de vie du résident et du soignant. Par ailleurs, les soignants se basent sur leur intuition pour évaluer le consentement du résident dément. Pour se préparer à accueillir de nouvelles générations de résidents aux attentes différentes, il faudra oser parler de sexualité. Un abord systématique avec chaque résident dans son

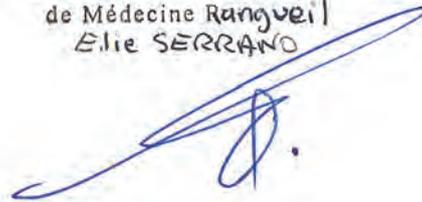
projet de vie permettrait une prise en charge centrée sur ses attentes. En cas de situation sexuelle problématique, le médecin généraliste cité comme dernier référent, devrait être en mesure de guider l'équipe de soignants. Il faudrait anticiper les difficultés avec les familles, en abordant de façon systématique la sexualité de leur parent lors de l'entrée en institution.

Explorer le ressenti et les représentations des familles concernant la sexualité de leur parent âgé en institution pourrait être un complément pertinent à notre réflexion.


Y. Holland
23 11 2015

Toulouse le 23/11/2015

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Rangueil
Elie SERRANO



Références

1. Fondation Nationale de Gérontologie. Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. 2007.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé : Santé sexuelle. 2006.
3. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of « sex ». Abingdon (UK): Routledge; 1993. Traduction française par C. Nordmann : Ces corps qui comptent ; de la matérialité et des limites discursives du « sexe ». Paris: Éditions Amsterdam; 2009.
4. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-years-olds. Arch Sex Behav. 1988 Apr; 17(2): 109-29.
5. Bondil P. Vieillesse sexuelle : mythes et réalités biologiques. Sexologies. 2008 Août ; 17 :152-73.
6. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. Int J Nurs Stud. 2011 May ; 48 : 1140-54.
7. Poitras J et al. Sexualité et vieillissement. Montréal : Méridien. 1989 ; 95-121. Cité par Dupras A. La chambre d'intimité en institution. Innovation et paradoxes. Gérontologie et Société. 2007 Mar ; 122 :107-24.
8. Manoukian A. La sexualité des personnes âgées. Soigner et accompagner. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2011. p.104.
9. Frappé P. Initiation à la recherche : Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Neuilly-sur-Seine : Global Media Santé ; 2011
10. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 19(84):142-5.
11. Bourrel G. Comprendre le patient : s'engager derrière la recherche qualitative ? Exercer 2013; 24(105):45-6.
12. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittiée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009; 20(88):106-12.
13. Déroutesné C. Sexualité et démences. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2005 déc ; 3(4)

14. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer* 2009; 20(87):74-9.
15. Roussel P, Wacheux F, Collectif. *Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. Bruxelles : De Boeck; 2005.
16. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer* 2013; 24(105):4-11.
17. Thibaud A, Hanicotte C. Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? *Gérontologie et société*. 2007 Mar ; 122 : 125-37.
18. Giami A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail*. 2013 Fev ; 55 : 20-38.
19. Lépine N. Vieillir en institution Sexualité, maltraitance, transgression. Lyon : *Chronique Sociale*. 2008 Fev. p.24.
20. Code pénal. Livre II : Des crimes et des délits contre les personnes. Article 222-33 (version en vigueur au 18 novembre 2015).
21. Darnaud T. L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie et société*. 2007 Mar ; 122 : 91-106.
22. Dionne H. De l'intimité à l'intimidation. Le harcèlement sexuel à l'égard des soignants. *Gérontologie et société*. 2007 Mar ; 122 : 139-44.
23. Ribes G. Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie et société*. 2012 Jan; 140 : 159-69.
24. Déliot C, Casagrande A. *Vieillir en institution: Témoignages de professionnels, regards de philosophes*. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2005.
25. Code pénal. Livre II : Des crimes et des délits contre les personnes. Article 222-22 (version en vigueur au 18 novembre 2015).
26. Roach SM. Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *J Adv Nurs*. 2004 Nov; 48(4) : 371-79.
27. Mahieu L, Anckaert L, Gastmans C. Intimacy and Sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations. *Health Care Anal*. 2014 Oct.

28. Fèvre M. Introduction. In : Fèvre M, Riguidel N. Amours de vieillesse. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2014. p.12.
29. Manoukian A. La sexualité des personnes âgées. Soigner et accompagner. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2011. p.104.
30. Bauer M, McAuliffe L, Nay R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *Int. J. Older People Nurs.* 2007 Mar; 2(1) : 63-8.
31. Mahieu L, Gastmans C. Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jul; 52 p. 1891-905.
32. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyrana E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues. *J Sex Med.* 2006 ; 3 : 583-88.
33. Cousseau L. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Spécialité Médecine Générale]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2015 Fev.
34. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte. 2008 Mar.
35. Bajos N, Bozon M. Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré. *Gérontologie et société.* 2012 Jan ; 140 : 95-108.
36. Desesquelles A, Gotman A, Micheau J, Molière E. Plein sens-Direction Générale de la Santé : Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA. Rapport d'étude. 2013 Mar. [consulté le 26/09/15]. Disponibilité sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>
37. Trivalle C. La sexualité du sujet âgé. *NPG.* 2006 Fev ; 6(31) : 7-9.
38. Code pénal. Livre II : Des crimes et des délits contre les personnes. Article 226-13 (version en vigueur au 1^{er} janvier 2002).
39. L'Huillier D. Il y a une vie après l'entrée en EHPAD. In : Fèvre M, Riguidel N. Amours de vieillesse. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2014. p.48.

Annexe 1. Avis favorable de la Commission Ethique



**Commission Ethique du Département de Médecine
Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme Laurecine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Date de réception de la demande 20.09.14

Renseignements concernant le demandeur :

Nom PAUL Anaïs et UFKES Rosanne
Qualité, internes en médecine générale
Adresse, 19, rue d'Austerlitz, 31000 Toulouse
Courriel anaïs.paul@hotmail.fr // rosanne_ufkes@hotmail.com
Numéro de téléphone 0684029292 // 0682963296

Renseignements concernant le promoteur :

Nom STEPHAN Helene et BISMUTH Serge
Qualité directrice de thèse et co-directeur
Adresse
Courriel helstephan@gmail.com // serge.bismuth@free.fr
Numéro de téléphone 0609857291

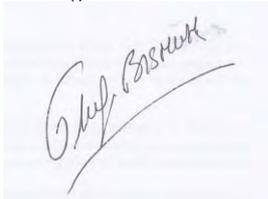
Titre complet de la recherche :

Ressenti du personnel soignant vis-à-vis de la sexualité des résidents en institution.

AVIS DE LA COMMISSION Avis favorable

Toulouse le 10/11/2014

Le secrétaire
Dr Serge BISMUTH



Annexe 2. Guide d'entretien. Deuxième version

Question de recherche : quel est le ressenti du personnel soignant vis-à-vis de la sexualité des résidents en institution ?

1. Introduction. Description de la population. Vécu sexuel personnel (si abordé).

Racontez-moi votre parcours de vie

- Sur le plan professionnel
- Sur le plan personnel
- Age, sexe, profession, ancienneté
- Formations (dont les formations sur la sexualité)
- Quel est votre environnement familial?

2. Expérience

Racontez-moi une situation en particulier qui vous a davantage marqué

- Qu'en pensez-vous ?
- Comment l'avez-vous vécue ?

3. Influence de l'institution

Quelle est l'influence de l'institution sur la sexualité du résident ?

- Comment percevez-vous la sexualité dans votre relation avec le résident?
- La géographie des lieux a-t-elle un rôle à jouer dans la sexualité des résidents?
- Le rythme de la journée peut-il interférer avec cette vie intime?
- Quelle est votre relation avec les familles à ce sujet?
- Points positifs/négatifs?

4. Miroir

Vous nous avez parlé de votre mère/grand-mère/tante en institution. En quoi cela pourrait-il modifier votre regard sur les résidents?

- Comment imaginez-vous votre sexualité à leur âge ?
- En quoi votre propre sexualité influe-t-elle sur votre ressenti vis-à-vis de celle des résidents ?

5. Clôture

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

Annexe 3. Formulaire d'information et de consentement

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet :

Ressenti du personnel soignant concernant la sexualité des personnes âgées en institution.

Personnes responsables du projet :

Paul Anaïs
Ufkes Rosanne
Stephan Hélène
Bismuth Michel

Objectifs du projet :

Nous recherchons à évaluer le ressenti du personnel soignant face à des situations concernant la sexualité des personnes âgées en institution.

Nature de la participation :

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ une heure. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités.

Vous aurez à répondre à des questions sur vos expériences et votre ressenti concernant l'intimité des résidents.

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances entourant la qualité de vie en institution.

Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio.

Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Aucun frais ne vous sera demandé. Aucune rémunération ne vous sera proposée.

Droit de retrait sans préjudice de la participation :

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Confidentialité, partage et publications :

Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.
Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Seuls les responsables du projet auront accès à ces données.
Nous utiliserons les données aux seules fins du projet de recherche.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Ethique :

Avis favorable de la Commission Ethique le 10 novembre 2014.

Consentement libre et éclairé :

Je, _____, déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant: _____

Fait à _____, le _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Annexe 4. Extrait de l'entretien E4

- Pourquoi pas, ça ne me gênerait pas. Qu'on mette deux lits dans une chambre...
- Deux lits ?
- Ben on n'a pas de grand lit !
- Et non.
- Ben non ! ça serait je pense ça serait deux petits lits. (éclate de rire) Ou alors faut demander aux enfants hein « vous nous apportez un grand lit ! » (rires) J'sais pas ce qui...
- Je ne sais ce qu'ils vont dire...
- Ahlala ! Je ne sais pas la tête qu'ils feraient là hein... (rires) Je ne veux même pas l'imaginer! Qu'est-ce que c'est que cette maison de retraite mais où on est ? C'est quoi ? (rires)
- Donc y'a pas de lit double ?
- C'est une maison close ou quoi là? (éclats de rires puis ton normal) Non je ne vois pas de de... du tout d'inconvénient si euh voilà si y'a un empêchement et puis que que qu'ils ne se cachent pas voilà. C'est c'est. Bon voilà, ils sont ensemble et puis on n'a pas à leur casser les pieds euh voilà ils sont ensemble et... c'est comme ça quoi. Moi je dis pour les années qui leur restent et ben voilà s'ils ont trouvé un copain un compagnon. Cela leur évite d'être tout seul ! Ouais c'est vrai c'est triste d'être tout seul hein. Donc euh ah non je suis à 100 % pour hein. Non non. Moi ça me choquerait pas hein.
- D'accord.
- Bon bien sûr à part s'ils s'exhibaient devant tout le monde euh là je dirai un petit un petit peu de de pudeur oui mais bon voilà. Pour l'instant tant que c'est dans la limite du raisonnable... y'a pas de souci hein.

Annexe 5. Extrait de l'analyse longitudinale EC

Réalisé le 17 novembre 2014, à A.

Par UFKES Rosanne

I. Contexte.

Entretien réalisé l'après-midi avec B., après avoir fait un entretien la matinée. Dans la salle de repos de l'équipe qu'ils ont baptisée "la salle de thé". Nous sommes assises côte à côte.

II. Relation d'enquête.

L'entretien n'a pas duré très longtemps. B. est très spontanée dans son discours, rit souvent... mais ses réponses sont brèves et rapides. Simples. Comme si elle se cachait derrière cette spontanéité, derrière des phrases "je suis ouverte", "rien ne me gêne", ou des rires fréquents.

Certaines de ses remarques m'ont dérangée mais je pense ne pas lui avoir fait ressentir.

Elle parle souvent de "petit" : petit couple, petite érection, petite jalousie. "C'est mignon"...

[...]

V. Idées nouvelles.

- Parle et propose un godemiché
- Les soignants sont là pour le soin et pas pour autre chose
- Si attouchements : élève la voix ou réfère à la hiérarchie pour recadrer
- Si attouchements : le prend à la rigolade et ne se sent pas agressée
- Chacun sa chambre la nuit! Ils ne peuvent pas faire ce qu'ils veulent ni où et quand ils veulent et donc aller dans leur chambre (respect des lieux)
- Ils doivent s'adapter à nos horaires de passage et c'est tant pis pour eux!
- On peut parler d'affinité et d'amitié avec les familles, mais pas de sexualité : ils n'entendraient pas et n'accepteraient pas.
- Santé = sexualité.

Annexe 6. Extrait de la matrice de données

Liberté protection intimité	Sentiment de devoir protéger	Abus sexuel du résident dément	Intervenir	Pour éviter l'abus	il fallait que j'intervienne pour éviter un abus de faiblesse	Ça par contre pour eux, comme lui à un peu plus sa tête qu'elle à l'époque euh pour eux il fallait que j'intervienne quand même hè EB(F56)
				Car refus exprimé	devant cette situation où la dame dit qu'elle n'aimait pas, on dit à ce monsieur d'arrêter et de ne pas recommencer	Donc euh... On dit à cette personne on a dit qu'il arrête et qu'il ne recommence pas. E4(F54)
					si la personne ne veut pas, j'interviendrai en disant que l'on n'a pas à la forcer	Voilà ! J'dirais non non là franchement non. E4(F54) la personne ne veut pas "t'as pas à la forcer". E4(F54)
				Recadrer, gronder	quand on voit une situation d'abus de faiblesse, on recadre, on intervient, on gronde	Donc à ce moment-là bé s, quand on voit on recadre, on intervient, et on gronde sur le coup, comme on dit. EC(F38)
			Etre vigilant	il faut faire attention aux abus de faiblesse sur les déments	Faire attention parce que la personne ne veut pas elle n'a pas sa tête c'est l'autre qui abuse quoi ! ça oui. EF(F37)	
				par contre on va faire attention chez les personnes démentes	alors après de par contre je des personnes qui ont tendance à ne pas être très lucide, on on va... faire attention EB(F56)	
			Savoir cadrer	il faudrait savoir cadrer ce genre de choses les situations d'abus de faiblesse des déments	donc ça aussi faudrait ptetre savoir euh, comment cadrer ce genre de choses. E3(F57)	
		Evaluation du consentement	Laisser tranquille	Avaient l'air en sécurité	j'ai trouvé cette dame avec un homme, ils avaient l'air ravi alors je les ai laissés tranquilles	Moi je l'ai trouvée aussi une fois avec euh, avec un homme sur euh, sur le lit, et puis ben l'homme il avait l'air d'être plutôt...ravi, elle elle était contente, bon et ben...je les ai laissés tranquilles. E5(F55)
				je les ai laissés tranquilles car ils étaient en sécurité	T'façon ils étaient en sécurité. E5(F55)	
			Se connaissaient	quand les gens se connaissent/ont un lien, il faut les laisser	Mais quand c'est des gens qui qui se connaissent qui ont un truc entre eux, il faut les laisser quoi EF(F37)	
			On voit quand c'est un abus	on voit quand c'est un abus	on le voit quand même EF(F37)	

Annexe 7. Talon sociologique

Entretien	Age	Sexe	Statut marital	Profession	Expérience professionnelle	Formation sexualité	Lieu de l'entretien	Durée
E1	50	F	Mariée	Aide-soignante USLD	Depuis 8 ans, ancienne animatrice	oui	Domicile	57'
E2	55	F	Divorcée	Infirmière EHPAD	Depuis 12 ans, ancienne infirmière du roulement	non	Salon des familles	15'32''
E3	57	F	Divorcée, célibataire	ASHQ EHPAD	Depuis 25 ans, nombreuses autres professions	non	Salon des familles	40'34''
E4	54	F	Célibataire	Aide-soignante EHPAD	Depuis 9 ans, reconversion BTP	non	Salle d'exposition	37'33''
E5	55	F	Divorcée, célibataire	Animatrice EHPAD/USLD	Depuis 10 ans, ancienne standardiste hôpital	non	Bureau de l'animatrice	74'07''
E6	31	F	Mariée	Aide-soignante EHPAD	Depuis 2 ans, ancienne auxiliaire de vie	non	Salle d'exposition	16'24''
E7	59	F	Divorcée, célibataire	Cadre de santé EHPAD	Ancienne infirmière en psychiatrie, cadre depuis ans	non	Bureau de la cadre	40'24''
E8	24	H	En couple	Infirmier EHPAD	Depuis 2 ans	non	Salon des familles	33'10''
EA	52	F	Mariée	FF Aide-soignante EHPAD	Depuis 10 ans	non (demande)	Bureau du directeur	37'53''
EB	56	F	Mariée	Secrétaire EHPAD	Depuis 22 ans	non	Salle de réunion	51'05''
EC	38	F	Mariée	Aide-soignante EHPAD	Depuis 11 ans	non	Tisanerie	25'08''
ED	45	F	Mariée	Aide-soignante EHPAD	Depuis 2 ans, plusieurs fonctions en EHPAD	non	Salle de réunion	28'03''
EE	32	F	Divorcée	FF Aide-soignante EHPAD	Depuis 8 ans	non	Salle de réunion	25'47''
EF	37	F	Mariée	Aide-soignante EHPAD	Depuis 22 ans	oui	Salle de réunion	41'22''
EG	41	H	Divorcé	Directeur EHPAD	Depuis 5 ans, expérience avec les adolescents	non	Bureau du directeur	33'24''
EH	48	F	Mariée	Cadre de santé EHPAD	Depuis 19 ans dans l'EHPAD, infirmière	non	Salle de réunion	32'17''

TITRE : Ressenti du personnel vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées en institution. Parlons-en!

Contexte : Le respect de la sexualité de la personne âgée en institution s'impose aux soignants. **Objectif :** Explorer le ressenti du soignant concernant la sexualité du résident. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès du personnel d'institution. **Résultats :** Les soignants se représentaient une sexualité tendresse avec un déni du rapport sexuel. L'institution, comme une place de village, pesait sur l'individu notamment par le regard des autres. La relation avec les familles était délicate. Dans la chambre, l'équilibre entre protection, intimité et liberté était difficile à trouver. **Conclusion :** Une agression réciproque existe et nuit à la qualité de vie du résident et du soignant. Les soignants se basent sur leur intuition pour évaluer le consentement du résident dément. Un abord systématique de la sexualité avec chaque résident dans son projet de vie permettrait une prise en charge centrée sur ses attentes. Le médecin généraliste cité comme dernier référent, devrait être en mesure de guider l'équipe de soignants. Il faudrait anticiper les difficultés avec les familles.

TITLE: Feelings of health-care givers about institutionalized elderly's sexuality. Let's talk about it!

Background: Elderly's sexuality should be respected by the nursing staff in long term nursing homes. **Objectives:** To explore care givers' feelings towards sexuality of institutionalized elderly. **Design:** Qualitative research using in-depth interviews with employees of different nursing homes. **Results:** Nursing staff pictured elderly's sexuality as tenderness without intercourse. The nursing home was seen as a village main square, in which other ones' staring weighted on each aged. Relationships with elderlies' families were complicated. Balance between protection, intimacy and freedom was difficult to find in the privacy of the resident's room. **Conclusion:** Mutual aggression exists between aged and care givers and impacts on both qualities of life. Care givers use their intuition to evaluate demented elderly consent. A systematic discussion about sexuality with each resident would improve person-centered nursing care. The general practitioner, often considered as the last alternative, should be trained to guide the nursing staff. Difficulties with the aged family should be anticipated.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-Clés : Sexualité, Personne âgée, Institution, Ressenti, Soignant, Recherche qualitative.**Key words :** Sexuality, Aged, Nursing homes, Care givers' perceptions, Qualitative research.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directrice de thèse : Dr STEPHAN Hélène. Co-directeur : Dr BISMUTH Serge.