



Vieillesse et sexualité

Chloé Vallée

► To cite this version:

| Chloé Vallée. Vieillesse et sexualité. Anthropologie sociale et ethnologie. 2014. dumas-01023873

HAL Id: dumas-01023873

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01023873>

Submitted on 15 Jul 2014

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

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

Aix-Marseille Université, UFR ALLSH, Département d'anthropologie

Vieillesse et sexualité

Présenté par Chloé Vallée

Sous la direction de Laurence Hérault

Master 1 d'anthropologie, spécialité recherche

Année universitaire 2013/2014

Table des matières

Introduction.....	p.1
Chapitre 1. Les représentations de la vieillesse et de sa sexualité.....	p.5
Chapitre 2. Identité sociale de la personne très âgée.....	p.37
Chapitre 3. La sexualité du 4 ^{ème} âge.....	p.60
Chapitre 4. La sexualité en EHPAD.....	p.90
Conclusion.....	p.114
Bibliographie.....	p.116
Annexes.....	p.127

Introduction

D'un point de vue démographique, les sociétés du monde occidental connaissent, depuis environ deux siècles, un allongement de l'espérance de vie, accompagné d'une augmentation significative de la population âgée (Roach 2004 ; Henrard 2006). Selon Jean-Claude Henrard, depuis le début du 20ème siècle, la proportion de la population française âgée de plus de 65 ans aurait doublé, et tout porte à croire que cette tendance va se poursuivre dans les prochaines décennies (Henrard 2006). Si l'augmentation de l'espérance de vie est un phénomène perçu de manière très positive, le vieillissement de la population serait généralement vécu comme un problème social, comme une source de difficultés (Henrard 2006). Et quand les individus vivent longtemps, la qualité de la fin de vie devient une question centrale (Kinsella 2009). La notion de « qualité de vie » est un concept relativement nouveau, probablement lié, comme le remarque Philippe Le Moigne, à un idéal social individualiste, et renvoie à la satisfaction d'un individu par rapport à son existence, à l'évaluation de son bien-être (Le Moigne 2010). Or la sexualité, longtemps balisée par les discours religieux et réduite, pour être socialement acceptable, à sa dimension reproductive dans le cadre du mariage, est aujourd'hui considérée comme un élément fondamental de la santé physique et mentale, facteur de bien-être et d'épanouissement personnel et social, selon la définition que donne l'OMS de la « santé sexuelle » en 2000 (Ribes 2009 ; Pitaud 2011 ; Sanchez 2011). La sexualité est donc conçue, dans les sociétés occidentales contemporaines, comme une composante essentielle de la « qualité de vie » (Bauer et al. 2007). Pourtant, la sexualité des personnes âgées, et à plus forte raison celle des personnes très âgées, demeure largement occultée, niée, mal acceptée. Même dans la communauté scientifique, la sexualité du grand âge est un sujet très peu étudié, longtemps éludé, souvent considéré comme « tabou » (Hazif-Thomas et al. 2002 ; Schlagdenhauffen 2011 ; Molinier 2011 ; Bauer et al. 2007). Je souhaite donc étudier la sexualité des personnes âgées, et par là proposer un nouveau regard sur la vieillesse, à la lumière, ou plutôt dans l'ombre, de l'expression et de la perception sociale de sa sexualité.

La vieillesse, comme la sexualité, sont aujourd'hui conçues comme relevant du domaine de la santé et questionnent sur les catégories du normal et du pathologique. Elles sont toutes deux des notions ambivalentes, qui fascinent autant qu'elles dégoûtent, et qui font l'objet de représentations sociales et de discours très positifs ou très négatifs, rarement neutres. Enfin, il faut garder à l'esprit que, si la vieillesse ainsi que la sexualité sont souvent perçues comme des phénomènes naturels, la vieillesse en tant que catégorie et la sexualité en tant que domaine d'expérience spécifique, sont des constructions sociales qui doivent être dénaturalisées. Ainsi, Michael Bauer déclare « Sexuality is a social construction and as such reflects the judgements of society » (Bauer et al. 2007, 64). Comprendre la façon dont l'idée de sexualité est socialement et culturellement élaborée à l'intérieur d'une société, analyser les représentations et les normes sexuelles, peut donc permettre de mieux cerner certains aspects de « l'idéologie » de cette société, de ses valeurs et de sa logique. Les définitions de la sexualité sont multiples. Je souhaite m'intéresser à la sexualité en son sens le plus large, en tant que forme d'intimité physique et émotionnelle, la considérant comme un objet multidimensionnel (Bauer et al. 2007) qui englobe l'affectivité, les caresses, les plaisirs charnels, les désirs et les fantasmes, mais aussi la façon dont l'individu se donne à voir comme un partenaire sexuel potentiel. Au-delà de l'acte de pénétration par laquelle elle est si souvent, et de manière si restrictive, définie, la sexualité telle que je l'envisage est un rapport particulier, intime et privilégié, aux autres et à soi-même ; elle est donc « éminemment relationnelle » (Bajos et Bozon 1999, 35).

Comme pour la sexualité, les définitions de la vieillesse sont nombreuses (Ribes 2009) : « la vieillesse est plurielle, fonction du vécu et de l'histoire, variable selon les lieux et les époques » (Henrard 2006, 15). Et si ce qui est désigné par le terme vieillesse est fluctuant et contextuel, c'est bien parce que la vieillesse est un concept socioculturel (Poupi 2000). Elle est une catégorie sociale et participe à la classification des individus en groupes d'âge. On considère généralement que la notion de vieillesse a trois dimensions : biologique, chronologique et sociale (Arber et al. 1995 ; Sokolovsky 2009). Il est vrai que le vieillissement est un phénomène biologique, mais il concerne absolument tous les âges de la vie : ce n'est pas la biologie qui fait d'un individu un vieux, même si des éléments physiques et anatomiques font partie des critères qui servent à l'identifier comme appartenant à la catégorie des personnes âgées. L'âge chronologique quant à lui, est aujourd'hui conçu comme le premier critère de classification des individus par groupes d'âge, et « le droit social, civil ou pénal, participe de la « chronologisation » des âges de la vie, à travers une série de réglementations instituant des

barrières et des seuils d'âge » (Attias-Donfut 2001, 7). Si Jacqueline Trincaz considère que la vieillesse « n'existe pas comme une donnée » (Trincaz 1998, 168), c'est donc parce qu'elle ne fait sens que dans un contexte socioculturel et relationnel : elle n'existe pas comme une réalité présociale. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le grand âge tend aujourd'hui à être scindé en deux stades de vieillesse : le « troisième âge » et le « quatrième âge ». Cette distinction semble être établie à partir de l'âge chronologique, mais surtout en fonction de la condition physique des personnes âgées et de leur position de dépendance ou d'indépendance vis-à-vis d'autrui.

La différence entre « troisième âge » et « quatrième âge » n'étant pas toujours faite dans les travaux qui traitent de la vieillesse, je vais étudier le grand âge en tant que catégorie sociale générale, mais je souhaite en particulier m'intéresser au « quatrième âge ». Je vais donc me pencher sur la sexualité d'individus chez qui elle est rarement envisagée, généralement niée ou jugée inappropriée, car c'est la sexualité des personnes âgées dépendantes qui constitue l'objet principal de ma recherche. Ce choix me paraît pertinent car il semblerait que le fait qu'un individu soit ou non considéré comme dépendant joue un rôle dans le fait que sa sexualité soit ou non socialement acceptable ; en témoigne le regard plutôt positif qui est porté sur la sexualité de la vieillesse « active et autonome » (Bessin 2009, 129), et l'occultation fréquente, voir la disqualification, du potentiel sexuel des individus en situation de handicap (Pitaud 2011). Je souhaite par conséquent étudier la sexualité du grand âge dans les sociétés occidentales en m'intéressant plus particulièrement à la sexualité des individus qui vivent en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Je pense en effet qu'étudier la sexualité en EHPAD peut être un moyen de mieux comprendre la relation entre situation de dépendance et sexualité, mais il me semble aussi que l'étude de ce type de structure peut permettre de mettre en relief les liens entre les sphères intime et sociale, privée et publique, ainsi que de mieux cerner les enjeux de l'expression et de la perception sociale de la sexualité des personnes très âgées.

Je vais donc, à travers mon étude, tenter de répondre à la problématique suivante : comment est perçue et de quelle manière peut s'exprimer la sexualité des personnes âgées en EHPAD ? J'y apporterai des éléments de réponse à travers cette étude bibliographique en abordant différents aspects de cette question. Dans un premier temps, je proposerai un aperçu des représentations sociales de la vieillesse et de sa sexualité à travers une étude sur la façon dont ce sujet est traité, notamment dans le domaine littéraire et pictural. Puis, je m'intéresserai à l'identité sociale des personnes âgées, à la façon dont est conçu le grand âge en tant que

catégorie, et à ce que cela implique au niveau de la perception sociale de la sexualité des individus âgés. Je tâcherai par la suite de rendre compte des différentes enquêtes quantitatives et qualitatives qui portent sur la sexualité de ces individus, et de comprendre les multiples facteurs qui entrent en compte dans la prolongation ou l'arrêt de leur vie sexuelle. Enfin, dans un dernier chapitre, je me pencherai sur les enjeux propres à la sexualité des âgés dans le cadre de l'EHPAD.

Chapitre 1

Les représentations de la vieillesse et de sa sexualité

« Le regard des autres construit la vieillesse » (Lagrave 2011, 2)

Il me paraît nécessaire, pour bien comprendre ce qui est en jeu dans le traitement social de la sexualité des personnes âgées, de saisir comment, à travers quels concepts ou quelles images, l'imaginaire collectif construit la vieillesse, conçoit les individus âgés et envisage leur sexualité. Dans ce chapitre, je parlerai de la vieillesse au singulier et ne ferai pas de différence entre les « degrés de sénescences », précisément parce que cette distinction n'est presque jamais faite par les auteurs qui traitent de la question, et parce qu'il semblerait que dans le domaine de l'imaginaire, la vieillesse soit conçue comme une entité en soi, une abstraction sans âge précis. Il me faut préciser qu'il ne s'agit pas là d'un panorama exhaustif des représentations du grand âge et de sa sexualité, car je me suis attachée à retranscrire les idées qui me sont apparues comme les plus présentes et récurrentes dans les discours et dans les sources consultées, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit là bien souvent de « clichés » ou « d'idées reçues » qu'il faut considérer comme tel sans pour autant que cela ne disqualifie leur intérêt scientifique, car ces idées semblent imprégner encore largement l'imaginaire collectif de la vieillesse, et influent donc sur les comportements sociaux vis-à-vis du grand âge et de sa sexualité.

Christine Détrez et Anne Simon, qui ont travaillé ensemble sur la vieillesse féminine dans la littérature, ont fait le constat suivant : « L'extrême vieillesse reste le parent pauvre de la littérature contemporaine. Les quinquagénaires et les sexagénaires elles-mêmes sont rarement des héroïnes à part entière » (Détrez et Simon 2006, 361). Il est vrai que les personnages âgés, aussi bien dans la littérature qu'au cinéma, occupent généralement un rôle secondaire, dont l'importance n'est pas négligeable pour autant, et que les héros sont ordinairement des adultes ou des jeunes gens, parfois même des enfants. Il est cependant intéressant de noter que lorsque le héros d'une histoire, d'un film ou d'une chanson est un personnage âgé, c'est souvent pour mettre en scène des amours tardives dans une perspective attendrie, compatissante, comique,

moqueuse ou critique. Car, si les manières de les représenter et de les percevoir sont multiples et parfois antagonistes, il semblerait que dans tous les cas, ces amours de vieillesse attirent le regard et suscitent une prolifération de discours et de représentations.

Selon Jean-Claude Henrard, toute société crée « un modèle d'homme idéal » qui va déterminer le regard des individus sur la vieillesse (Henrard 2006, 13). Dans le monde occidental contemporain, la focalisation sur le corps et l'idéalisation de la jeunesse contribueraient à construire une image très négative de la vieillesse qui représenterait le « déclin universel » (ibid.). Cette idée de la vieillesse comme incarnation de la décrépitude du corps et de la finitude de l'être est largement partagée et traverse de nombreuses représentations (Montandon 2006). Elle est, comme le souligne Henrard, étroitement liée au jeunisme, c'est-à-dire à une valorisation excessive de la jeunesse. Mais ce point de vue doit être analysé, car stipuler que la vieillesse est dévalorisée parce que la jeunesse est valorisée est un truisme, et il doit également être nuancé, car comme le rappelle Jacqueline Trincaz, « la vieillesse est une notion ambivalente » (Trincaz 1998, 167). À travers les images de la vieillesse apparaît une fusion des contraires : « le vieillard pourra symboliser le bien ou le mal, la vertu ou le vice, le sage ou le fou, Dieu ou le Diable » (Trincaz 1998, 177). De cette ambivalence, Claudine Attias-Donfut conclut que vis-à-vis de la vieillesse, « nos sociétés sont schizophréniques » (Attias-Donfut 2001, 6). Cette schizophrénie aurait une cause sociopolitique car la société chercherait à « emprisonner, dans des injonctions paradoxales, ceux sur qui s'exerce une discrimination sociale » (ibid.).

A. Le grand âge respectable

L'imaginaire lié à la vieillesse n'est pas fait que d'images négatives, et le grand âge peut aussi, dans bien des perspectives, incarner un certain nombre de qualités et de valeurs. En Afrique, le vieillissement d'un individu accroîtrait sa dignité et le respect qui doit lui être porté (Thomas 1983). « Expérience, disponibilité, éloquence, savoir, sagesse » seraient, selon l'image d'Épinal dépeinte Louis-Vincent Thomas, les qualités couramment attribuées au sujet âgé et qui justifieraient la perception très positive du grand âge dans les sociétés africaines (Thomas 1983,

85). Mais il n'y a pas que dans ces sociétés que les valeurs évoquées par Thomas sont associées à la vieillesse : partout la longévité implique l'accumulation d'expériences et de connaissances, et la diminution des capacités physiques peut entraîner un recentrage sur des activités intellectuelles qui mettent à profit les savoirs accumulés par la personne âgée.

Le grand âge est notamment couramment associé aux savoir-faire traditionnels. Ainsi, dans les sociétés africaines, on considérerait que le vieillard a acquis, tout au long de sa vie, un certain capital de savoir et d'expérience, et qu'il devient en quelque sorte le « garant de la tradition » (Thomas 1983, 75). Il semblerait que ce point de vue sur le vieillard dépasse les frontières africaines, et la tradition résonne, selon moi, dans bien des oreilles, comme quelque chose dont les personnes âgées seraient les principales dépositaires. Et dans nos sociétés également, si le grand âge est généralement associé à l'idée de tradition, il est parallèlement associé à toute une série de savoir-faire plus ou moins disparus : ne parle-t-on pas chez nous de recette de grand-mère ou encore de remède de grand-mère ?

Or, même lorsqu'il est admis que le vieillard a accumulé de l'expérience et des savoir-faire tout au long de son existence, il n'est généralement pas considéré comme un expert en matière de sexualité. Et pourtant, comme le déclare Monsieur Dulaurier, « l'amour est un univers où l'expérience importe autant que la vigueur » (Dulaurier in Hubier 2006, 301). Il y a bien, comme nous le verrons notamment avec les personnages de la « vieille maquerelle » et de la « vieille entremetteuse », quelques exemples populaires de figures de vieux ou de vieilles spécialistes des jeux de l'amour et de la sexualité, mais ces personnages semblent toujours envisagés dans un rapport à la sexualité défini comme « déviant ».

Dans les sociétés occidentales, il semblerait que la figure de la personne âgée comme détentrice des savoir-faire et garant de la tradition soit surtout présente dans les médias, et particulièrement dans le domaine publicitaire (Heilbrunn 2008). Selon Benoît Heilbrunn, l'image du vieil homme ou de la vieille femme est utilisée par le marketing « de façon métaphorique pour personnifier des valeurs et des savoir-faire qui sont traditionnellement attachés au grand âge » (Heilbrunn 2008, 30). Par exemple, la figure de la grand-mère est très exploitée dans le domaine publicitaire : il suffit pour s'en convaincre de penser à des marques bien connues telles que le café Grand-Mère et les produits d'alimentation Bonne Maman ou Mamie Nova (Heilbrunn 2008). L'image du grand âge serait donc instrumentalisée par les marques, « utilisée comme figure symbolique incarnant la sagesse et le savoir-faire » (Heilbrunn 2008, 30).

Au-delà des savoir-faire, la personne âgée est fréquemment représentée comme ayant accumulé des savoirs et des connaissances, et comme ayant accédé à une certaine sagesse. En effet, l'association du grand âge et de la sagesse est une analogie fréquente dans le domaine des représentations sur la vieillesse, qui remonte à l'Antiquité. Cette sagesse serait due, d'une part à la capitalisation d'expérience et de savoir, et d'autre part à un désintéressement vis à vis des distractions du monde telles que les jeux ou l'amour, qui conduirait le vieillard à être entièrement disponible à la réflexion (Le Blanc 2008). La vieillesse, telle que la conçoit notamment Platon, serait un temps à part, qui prédisposerait à la sagesse et serait propice à la philosophie, car « la philosophie ne peut avoir lieu que dans un temps d'après les autres temps » (Le Blanc 2008, 87). Cette idée est assez répandue parmi les auteurs de l'Antiquité et « pour Épicure comme pour Sénèque, la vieillesse doit se passer à méditer les philosophes, à étudier et travailler ainsi pour la postérité » (Trincaz 1998, 186). Par rapport à cette conception d'un grand-âge qui doit « travailler [...] pour la postérité » il me paraît important de noter que la sagesse, et particulièrement la sagesse des vieux, c'est aussi et surtout accepter la mort et s'y préparer (Trincaz 1998).

Et si la vieillesse est un temps de la sagesse et de la philosophie, dans l'esprit des philosophes de l'Antiquité, et notamment dans celui de Platon et de Cicéron, cela semble être inextricablement lié au fait que c'est un temps dont les plaisirs charnels sont exclus (ibid.). Cicéron, à la suite de Platon, fait également dans le *De Senectute* l'éloge de la vieillesse en tant qu'âge de la sagesse et de la sérénité, et affirme, selon les termes de Jacqueline Trincaz, que « les plaisirs doivent être pour [le vieillard] ceux de l'esprit et non des sens » (Trincaz 1998, 187). Si l'état de vieillesse semble le plus approprié pour une telle posture de « naturel philosophe », c'est donc parce que « l'idéal du sage est lié à un idéal d'impassibilité » (Le Blanc 2008, 88). Or, la nature est bien faite : l'impassibilité serait le propre du grand âge puisque celui-ci verrait continuellement ses désirs sexuels s'affaiblir et s'éteindre. On apprend par exemple, d'après Gérard Ribes, dans le *De Senectute* de Cicéron que « la vieillesse a entre autre comme avantage, celui d'atténuer l'impulsion amoureuse, la sève érotique, la lubricité, et d'augmenter ainsi le temps libre à consacrer à des activités plus utiles que l'amour » (Ribes 2009, 29). De même, comme l'ont évoqué Elaine Cumming et William Earl Henry, « [Platon] reports a conversation between Cephalus and Socrates. Cephalus describes having, as a young man, asked Sophocles, "How does love suit with age—are you still the man you were?" to which he received the reply, "Peace, most gladly have I escaped from a mad and furious master" » (Cumming et Henry 1961, 6).

L'idée de la sagesse du grand âge serait toujours d'actualité, et serait même exploitée sur

le plan politique à travers la création, au niveau communal, de Conseils d'Anciens ou de Conseils de Sages (Trincaz 1998). Dans les sociétés occidentales contemporaines, le vieux sage est un archétype qui parcourt l'imaginaire de la vieillesse, une figure récurrente des œuvres de fictions, et particulièrement des fictions qui s'adressent à un public d'enfants. Cependant, comme le rappelle Alain Montandon, « ce point de vue doit être nuancé : l'analogie entre sage et vieillard n'est pas systématique et ne fait pas l'unanimité » (Montandon 2006, 8). Même parmi les philosophes de l'Antiquité, l'association de la vieillesse et de la sagesse n'est pas un consensus absolu : « Aristote pense, à la différence de Platon, que la vieillesse n'est pas une garantie de sagesse ni de capacité. Elle n'est qu'une « accumulation d'erreurs dans un esprit endurci par l'âge » » (Montandon 2006, 8). De même, « le statut de la vieillesse dans la littérature médiévale apparaît comme relativement ambigu, entre les deux pôles de la sagesse d'une part et de la décrépitude physique et morale d'autre part. De plus, cette polarité va dépendre largement de la déclinaison de la vieillesse, au féminin ou au masculin » (Ribémont 2006, 57).

À ce sujet, il semblerait que, pour demeurer socialement acceptée et respectée, il soit d'usage que la femme vieillissante entreprenne une sorte de masculinisation, ou plus souvent de « déféminisation », de sa personne (Schuster Cordone 2009). Ce processus prendrait des formes et répondrait à des modalités différentes selon les lieux et époques, mais Caroline Schuster Cordone le conçoit comme un phénomène récurrent bien que variable, qu'on retrouverait dans de nombreuses sociétés (ibid.). À la fin du 16^{ème} siècle, Tobias Stimmer réalisa une série de gravures sur bois qui illustre les âges de la vie des hommes et des femmes. On voit, lorsqu'on observe les gravures représentant une femme à 50 ans, à 70 ans et à 90 ans, dans la série *Degrés de la vie féminine*, que « si la mode accentuait jusque-là les différences sexuelles, [...] en fin de vie, les vêtements des personnes âgées en estompent la distinction » (Schuster Cordone 2009, 38). En 1904, Christine de Pisan énonce dans son *Livre des Trois Vertus* certaines règles de tenue préconisées pour les femmes âgées, on y lit notamment : « Il convient que la femme âgée soit raisonnable dans ses actions, ses vêtements, son expression et ses paroles [...], la femme âgée devrait porter des vêtements bien adaptés et respectables, car il est vrai l'adage : une vieille femme habillée de façon extravagante se rend ridicule » (De Pisan in Schuster Cordone 2009, 41). Cette respectabilité de la vieille femme passe par l'abandon des signes vestimentaires et comportementaux de la séduction féminine, comme un décolleté prononcé ou une attitude aguicheuse (Schuster Cordone 2009). Aujourd'hui encore, une vieille femme qui porte une mini-jupe s'attire à tous les coups des regards réprobateurs ou moqueurs,

elle est constamment perçue comme quelqu'un qui souhaite se faire passer pour ce qu'elle n'est pas et exposer des atouts qu'elle n'a plus (Montandon 2006).

Ainsi, comme l'a décrit Caroline Schuster Cordone, on observe dans l'histoire de l'art européen une certaine « déféminisation », un gommage des traits féminins et des attributs de la féminité des vieilles femmes représentées (Schuster Cordone 2009). De même, de *La Vieille Femme* peinte par Rembrandt en 1628, Danièle Bloch nous dit que « homme ou femme, la distinction sexuelle n'a plus de sens sur ce visage, ces mains. [...] Ni homme, ni femme, désormais » (Bloch 2008, 15). La vieillesse féminine perdrait donc, avec l'avancée en âge, ses prétentions à la féminité. Mais cette « déféminisation », n'est pas forcément représentée comme une perte, il semblerait au contraire qu'elle soit plutôt conçue comme un atout, un abandon des « défauts » propres aux femmes (Schuster Cordone 2009). Caroline Schuster Cordone fait remarquer que « la masculinisation de la veuve est [...] l'une des qualités majeures que Bernardin de Sienne attribue à la prophétesse Anne, modèle absolu de toutes les veuves » (Schuster Cordone 2009, 75). Bernardin de Sienne parle de « veuve virile » (ibid.), virilisation qui correspondrait à l'idéal d'une femme qui se serait affranchie des « vices naturels » de son sexe (Schuster Cordone 2009). Pour Schuster Cordone, « la virilisation des traits d'Anne [comme dans la *Présentation au Temple* (1552-1556) de Lorenzo Lotto] n'est pas une donnée purement picturale mais correspond à un idéal profond réunissant sénescence et sphère divine » (Schuster Cordone 2009, 76).

Ainsi, Caroline Schuster Cordone stipule une « relation intense entre vieillesse féminine et sphère religieuse », et affirme qu'il s'agit d'un phénomène qui était déjà présent dans l'Antiquité et que l'on peut retrouver dans plusieurs « cultures traditionnelles toujours vivantes » (Schuster Cordone 2009, 85). Elle évoque pour soutenir cette idée certaines études portant sur des sociétés dites traditionnelles, qui décrivent « le nouveau statut spirituel, souvent privilégié, qui attend la femme à son entrée dans la ménopause », dont les travaux de Françoise Héritier portant sur des sociétés africaines dans lesquelles la place des femmes âgées évolue vers un nouveau rôle social en lien avec la spiritualité, comme chez les Samo de Haute-Volta où « une vieille femme n'est plus considérée comme une femme à part entière mais comme un être humain sans statut sexuel défini » (ibid.). Schuster Cordone émet donc une hypothèse selon laquelle la sénescence féminine s'accompagnerait d'une « déféminisation » qui s'élaborerait en parallèle avec un ancrage croissant de la femme vieillissante dans la spiritualité, et qui, éventuellement, lui donnerait accès à de nouveaux rôles sociaux en lien avec le religieux (Schuster Cordone 2009).

Mais la spiritualisation du grand âge, si elle dépasse les frontières, ne se limite pas non plus à la vieillesse féminine, car d'une manière générale, « celui que son âge rapproche de l'au-delà est le meilleur médiateur, entre ce monde-ci et l'autre » (Thomas 1975, 362). Déjà dans la Grèce ancienne, Aristote considérait que le vieillard doit se consacrer aux fonctions sacerdotales (Trincaz 1998). Durant les premiers siècles de l'ère chrétienne, certains ecclésiastes, et notamment Jean Chrysostome, « estimant d'ailleurs que l'âge affaiblit les passions, voient dans la vieillesse un moment tout à fait opportun pour purifier l'âme » (Trincaz 1998, 187). De plus, comme nous l'avons brièvement évoqué à propos de la sagesse du grand-âge, le devoir majeur de l'individu âgé est « de se préparer à la mort », c'est pourquoi « seule, la prière donne un sens à la vieillesse » (ibid.). Ce devoir de dévotion à l'approche de la mort est assez bien illustré dans le tableau réalisé par Bartolomeo Passerotti en 1585, *Portrait de vieille femme assise*, qui donne à voir une femme âgée au visage impassible, à la tenue sombre et austère qui gomme les formes de son corps et qui ne laisse dépasser que le visage et les mains, avec un col fermé au ras du cou et des cheveux cachés sous un voile, tenant dans une main un livre qui semble être une petite bible (Schuster Cordone 2009, 82).

Les savoirs, la tradition, la sagesse, la religion, tout cela peut et doit être enseigné aux nouvelles générations par celles qui les ont précédées. C'est certainement l'une des raisons pour lesquelles en Afrique l'éloquence est, selon Louis-Vincent Thomas, la principale qualité recherchée chez les personnes âgées (Thomas 1983). Thomas émet l'hypothèse que la transmission orale des savoirs dans de nombreuses sociétés africaines, contribue à la valorisation et à la place importante accordée à la vieillesse au sein de la société : « c'est qu'une société de pure oralité a besoin de ses vieux » (Thomas 1983, 85). Jacqueline Trincaz pense de même que « lorsque le droit repose sur l'oral ou la coutume et valorise la connaissance, l'expérience, on a tendance à idéaliser davantage les vieillards » (Trincaz 1998, 177). Cependant, si les sociétés occidentales sont, depuis des siècles des sociétés de l'écriture, le livre n'est que depuis peu de temps un objet du quotidien, en principe accessible à tous, aussi bien d'un point de vue financier que dans l'accès à la lecture. Mais par le passé, le livre fut un objet rare, symbole de richesse et d'érudition. C'était généralement un objet dont certains individus faisaient l'acquisition à un moment donné de leur parcours, et qu'ils conservaient en principe toute leur vie. Dans cette perspective, il semble être logique que les individus les plus susceptibles de posséder des livres et d'être en mesure d'en transmettre oralement le contenu à leur entourage, soient les personnes âgées.

Quoi qu'il en soit, l'association picturale de l'individu très âgé et du livre, est un thème

qui traverse l'histoire de l'art : on le retrouve dans de nombreuses représentations dont la plus connue est certainement *Saint Jérôme*, peint par Albrecht Dürer en 1521 (voir Annexe n°1). Pour Danièle Bloch, « l'homme vieux est Saint Jérôme » (Bloch 2008, 14). Dans le tableau de Dürer, Saint Jérôme est ainsi représenté : « barbe blanche, [...] visage harmonieusement ridé, corps fatigué, la tête repose sur la main, mais le regard est encore vif [...] » (ibid.). Selon Danièle Bloch, Saint Jérôme est l'archétype du vieillard solitaire, mais il représente aussi « le lettré, le savant docteur de l'Église, le vieillard vénérable qui doit être encore écouté » (ibid.). Car même lorsque le savoir est consigné dans des livres, ces derniers peuvent encore être lus, racontés et expliqués par les aînés. « Au siècle des lumières, on a souvent assigné au vieillard un rôle éducatif, pédagogique. Pour Voltaire comme pour Diderot, à l'âge, doivent être alliés la sagesse, l'expérience, la paix intérieure, le savoir et la capacité de le transmettre. C'est auprès de vieux sages que les jeunes peuvent apprendre. Et au 19^{ème} siècle, ce sont les grands-parents qui sont appelés à jouer un rôle auprès de leurs petits-enfants » (Trincas 1998, 188). En effet, dès 1862, on voit dans l'une des gravures que Gustave Doré a réalisé pour illustrer les Contes de Perrault, une scène qui représente une grand-mère qui lit un livre d'histoire, certainement les Contes de Perrault, aux petits enfants qui l'entourent et semblent captivés.

Mais si la vieillesse est régulièrement associée aux savoirs et à la sagesse, elle l'est tout autant, sinon plus, à la sénilité et à la régression. Ainsi, le dessin réalisé par Sophia Anguissola vers 1550 intitulé *Jeune fille se moquant d'une vieille femme alphabétaire*, montre une scène que l'on pourrait en quelque sorte décrire comme l'inversion du schéma de la transmission par les plus âgés des savoirs et de la lecture, aux plus jeunes (voir Annexe 2). On y voit une vieille femme occupée à déchiffrer, visiblement laborieusement, le contenu d'un petit livre, tandis qu'une jeune fille rit en la montrant du doigt. Selon Caroline Schuster Cordone, le dessin de Sophia Anguissola est « thématiquement lié au « puer senex », un sujet prisé à la Renaissance, qui décrit un(e) vieillard(e) occupé(e) à une activité habituellement réservée aux enfants, comme ici l'apprentissage de la lecture » (Schuster Cordone 2009, 53). Ce dessin rencontra sans doute un certain succès puisqu'il inspira quelques années plus tard une gravure de Jacob Bos, *La vecchia rimbambita muove riso alla fanciuletta* (Schuster Cordone 2009, 54). Dans les deux illustrations, « le rire de la jeune fille s'adresse au spectateur invité à en faire de même ». Anguissola et Bos « invers[ent] les rôles d'un épisode qui connaîtra une grande fortune : celui de l'apprentissage de la lecture par l'intermédiaire d'une femme plus âgée dont le modèle est Sainte Anne » (Schuster Cordone 2009, 54).

L'association ou l'opposition, en tous les cas la mise en relation, de la jeunesse (voir de l'enfance) et de la vieillesse semble être un motif prisé dans le domaine des représentations de la sénescence, et la notion de « vieillir jeune » semble jouer un rôle important, tant sur le plan de l'imaginaire que sur celui des pratiques. La vieillesse est conçue comme une période de la vie qui implique des changements au niveau de l'apparence mais aussi au niveau des comportements, des tenues vestimentaires et des attitudes. Selon Jacqueline Trincaz, « durant la très longue période du Moyen-âge, on trouve une critique acerbe du vieillard qui veut vivre comme les jeunes. Il est inexcusable. Son devoir est de faire honneur à ses cheveux blancs que Dieu a mis sur son front » (Trincaz 1998, 188). Il n'est donc pas question pour le vieillard de tenter de se faire passer pour ce qu'il n'est pas et de se « déguiser » en jeune. Aujourd'hui, les regards portés sur le « vieillir jeune » sont plus ambivalents et parfois même contradictoires. En effet, « ce qui est demandé de surcroît au plus vieux à présent, c'est de conserver au maximum tous les attributs de la jeunesse, à savoir la beauté, la santé, la forme physique, même s'il lui est rappelé toujours qu'il est ridicule d'imiter les jeunes dans son apparence vestimentaire ou dans ses comportements. Ce qui lui est demandé surtout, c'est de ne pas manifester trop de déchéance physique » (Trincaz 1998, 189). Le paraître jeune, le fait de « ne pas faire son âge », sont donc selon Gérard Ribes « des signes du bien-vieillir » (Ribes 2009, 37). Cette recherche actuelle de la jeunesse même dans la vieillesse est un point central et très présent dans la pensée contemporaine, sur lequel nous reviendrons par la suite. La photographe Gaëlle Magder se situe dans cette dynamique de valorisation du « vieillir jeune », et s'est focalisée sur les vieux qui « repoussent la dégradation physique et mentale », qui sont très actifs et autonomes (Magder 2011, 2). Elle a réalisé un travail photographique qui offre une vision très positive et optimiste de la vieillesse... tant qu'elle conserve les attributs de la jeunesse.

Par rapport à la sexualité, ce rapprochement entre la vieillesse et la jeunesse, suscite dans certains récits, un regard attendri sur ce que j'ai appelé les « amours innocentes ». Il semblerait en effet qu'au milieu du 19^{ème}, le thème de l'amour entre vieux ait connu un certain succès, comme en témoigne une série d'œuvres littéraires et théâtrales, toutes basées sur des récits qui témoignent de la vie dans une des premières maisons de retraite de France, l'Institution Sainte-Périne (Montandon 2005). Le récit de Paul Valéry, *Sainte-Périne, souvenirs contemporains* (1826), la comédie vaudeville *Sainte-Périne ou l'Asile des vieillards* (1827), et le roman de Champfleury *Les amoureux de Sainte-Périne* (1855), portent sur les amours de vieillesse un regard assez bienveillant ; ces personnes âgées qui vivent des amourettes dignes d'adolescents suscitent, dans une certaine mesure, amusement et attendrissement (Montandon 2005). Il y a un certain émerveillement face au constat que la vieillesse n'est peut-être pas si

différente de la jeunesse, que les beaux sentiments survivent à la sénescence (ibid.). Ainsi, Jules Sand disait des pensionnaires de Sainte-Périne que « tous les types de la jeunesse se reproduisent en cheveux blancs : amour, jalousie, rivalité, douleur, tout s'y retrouve [...]. Eh ! laissez-les s'aimer, laissez ces vieux cœurs se chercher et s'aider à ranimer leurs cendres ! » (Sand in Montandon 2005, 210). Si les « amours d'hospices » sont plutôt valorisés dans ces récits, ce regard positif se limite à une certaine forme d'amour qui serait plutôt assimilable à de l'attachement et à de la tendresse, et la dimension charnelle et sexuelle de l'amour est occultée (Montandon 2005). Ainsi, dans *Les amoureux de Sainte-Périne*, « l'amour conjugal » est fortement valorisé, le « badinage » est toléré et même considéré de façon plutôt positive car il est sans conséquence et témoigne de la vitalité des protagonistes, en revanche, la « passion exclusive » est perçue comme « grotesque et dangereuse » et mène à leur perte les personnages qui incarnent cette facette de l'amour (ibid.). Car, selon Montandon, « avec la vieillesse le sentiment amoureux semblerait s'émousser et devenir plutôt synonyme d'« affection », de « respect mutuel », d'« attachement » ou encore d'« amour filial », d'« amitié » ou bien il s'exacerbe au contraire dans la démence et la lubricité » (Montandon 2005, 217).

B. La vieillesse abjecte : avidité et lubricité

On a vu avec les philosophes de l'Antiquité, et en particulier avec le *De Senectute* de Cicéron, que la vieillesse était, déjà avant notre ère, considérée comme une période de la vie dont les passions et les plaisirs charnels sont (naturellement) ou doivent être exclus (Ribes 2009). Cette représentation d'un grand âge incompatible avec la sexualité et les plaisirs de la chair serait, selon Jacqueline Trincaz, très largement répandue et traverserait les époques (Trincaz 1998). La sexualité des personnes âgées serait inconcevable, « la vieillesse ne serait jamais le temps possible de la séduction ou de l'amour » (Trincaz 1998, 180). Mais si vieillesse et sexualité sont pensées comme incompatibles, pour des raisons que nous tenterons d'éclairer par la suite, cela n'entraîne pas pour autant un désintérêt des individus vis-à-vis de l'hypothétique sexualité des vieux. Bien au contraire, les arts picturaux, mais surtout la littérature et le théâtre, fourmillent de références aux fantasmes et aux relations charnelles du

grand âge, ce dernier étant généralement caractérisé dans ces représentations par ce qu'on appelle aujourd'hui une hypersexualité, c'est-à-dire un désir sexuel très fort, un besoin compulsif de sexualité. L'association de ces notions conçues comme antithétiques que sont le grand âge et la sexualité, en quelque sorte la fusion des contraires, semble donc avoir séduit et même fasciné bon nombre d'artistes et d'auteurs, et le thème de la concupiscence des personnes âgées fut et demeure extrêmement populaire (Trincaz 1998).

Le vieillard libidineux

Alain Montandon considère que le vieillard lubrique est « un thème universel » (Montandon 2006, 8). Je n'essaierai aucunement de traiter de l'universalité de cette figure, mais plutôt de proposer un bref aperçu de ses multiples facettes.

On trouve notamment dans la littérature, le théâtre et les chansons, la figure pathétique du vieil amoureux. Dans sa chanson *Le vieillard amoureux*, François Simon donne à entendre en 1926 le dialogue entre un vieillard et la jeune bergère dont il est épris et qu'il tente vainement de courtiser, celle-ci refusant énergiquement de céder aux demandes du vieil homme (Ribes 2009). Il ne s'agit pas là seulement d'une histoire de sexe puisque le vieillard souhaite épouser la bergère et lui promet de l'aimer jusqu'à la fin de sa vie. Mais ses demandes insistantes sont des échecs cuisants : la bergère le traite de « vilain grison » et préférerait « un jeune garçon » (Ribes 2009, 32). La chanson prend la forme d'une morale comique et quelque peu cruelle. La leçon est grosso modo la suivante : prends garde en vieillissant de te tenir éloigner des passions amoureuses car personne ne veut d'un vieillard pour amant. C'est probablement dans cette perspective que Jean de La Bruyère écrit à la fin du 17^{ème} siècle dans son ouvrage *Les Caractères*, « c'est une grande difformité de la nature qu'un vieillard amoureux » (La Bruyère in Ribes 2009, 30). Si, comme le déclare Dolores Jimenez, « la tradition littéraire démontre que l'image du vieillard amoureux est considérée négativement » (Jimenez 2006, 101), le thème du vieil homme amoureux d'une jeune femme n'en est pas moins présent dans l'histoire de la littérature. Il peut être traité de manière grave et tragique, par exemple avec Chateaubriand, ou bien comme un ressort comique, comme quelque chose de pathétique ou ridicule (Ribes 2009). Mais même lorsque le thème du vieillard amoureux est abordé dans une perspective comique, il n'en demeure pas moins une figure tragique, puisque son amour est conçu comme ne pouvant

être qu'à sens unique et donc voué à l'échec.

Mais lorsque le vieil homme est mis en scène, dans le domaine littéraire et pictural, dans un rapport à la sexualité, c'est le plus souvent sous les traits du vieil obsédé, du vieillard libidineux. Avec la figure du vieil obsédé il n'est plus guère question d'amour. Ce dernier est véritablement l'incarnation du vice et de la transgression puisqu'il éprouve des désirs et cherche à avoir une sexualité qui n'est pas de son âge, qui n'est que la recherche du plaisir charnel immédiat car il n'y a pas de sentiment ni d'attachement, et de surcroît, sachant qu'il ne peut plus compter sur ses qualités personnelles pour séduire, il cherche à atteindre son but par le chantage et l'argent. La figure ridicule et détestable du vieux client est par exemple un thème récurrent dans la littérature et le théâtre, au moins pendant l'antiquité (Dominguez Leiva 2006). L'un des personnages de vieux client obscène et grotesque le plus connu est certainement le « vieux paillard Lysidame » dans *Casina* de Diphile (Dominguez Leiva 2006, 85). Le personnage est comique malgré lui, il est méprisables et suscite la moquerie (ibid.). Antonio Dominguez Leiva voit dans la ridiculisation du vieux client, la « sanction de tout écart envers l'idéal de sagesse et de sérénité que doit incarner l'âge vénérable » (ibid.).

On retrouve également des personnages de vieux concupiscent dans l'Ancien Testament, notamment avec le récit de Suzanne et des deux vieillards. Il s'agit de l'histoire de la rencontre d'une jeune femme et de deux hommes âgés qui sont pris d'une violente envie de coucher avec elle. Tout au long du récit, Suzanne refuse d'accéder aux désirs des deux barbons, malgré le chantage que ces derniers, visiblement pleins de vices, exercent sur elle pour parvenir à leurs fins, menaçant de l'accuser d'adultère et, par là même, de la condamner à mort si elle se refuse à eux (Maisondieu 2006 et Trincaz 1998). L'histoire a inspiré de nombreux artistes et la scène de Suzanne et les vieillards a entre autre été peinte au 16^{ème} siècle par Véronèse (voir Annexe 3) et Rubens (voir Annexe 4), et au 19^{ème} siècle par Delacroix (voir Annexe 5). Dans ces tableaux, Suzanne est systématiquement représentée avec une peau très pâle et des cheveux blonds, tandis que les vieillards sont caractérisés par une peau sombre et des cheveux gris foncés. Dans le récit de l'ancien testament, comme dans les représentations picturales, on distingue à travers le face à face de Suzanne et des vieillards, l'opposition de la jeunesse et de la pureté face à la vieillesse et au vice.

Bernard Ribémont évoque un cas que l'on retrouve assez fréquemment dans la littérature médiévale et qu'il qualifie de « motif folklorique dit de peau d'âne » (Ribémont 2006, 59). Le syndrome de peau d'âne répond au scénario suivant : un roi ou un seigneur, vieux et veuf,

s'éprend de sa propre fille, belle et jeune, et cherche à l'épouser et à la mettre dans son lit (ibid.). Ce schéma met en scène la folie qui accompagne la vieillesse et le veuvage d'un grand homme et qui le pousse à la transgression majeure qu'est l'inceste. Mais plus souvent, on trouve dans la littérature du Moyen-âge et de la Renaissance le « motif de la mal-mariée », particulièrement présent dans les textes des troubadours et des trouvères ; il s'agit de l'histoire d'une jeune fille mariée contre son gré, ou du moins contre son désir, à un vieux « souvent jaloux et avare », qui ne la rend pas heureuse et qui est bien incapable de la contenter sexuellement (Ribémont 2006, 60). Au siècle des lumières, l'intervention du vieil homme concupiscent aurait d'ailleurs servi à « accentuer la cruauté des mariages par contrainte » (Raventos Barangé 2006, 109).

Le sujet de l'impuissance des hommes âgés existe depuis bien des siècles puisque l'incapacité des vieillards à faire l'amour, et plus encore à satisfaire sexuellement leur jeune compagne, est généralement mise en avant dans les récits et les chansons du Moyen Age et de la Renaissance qui concernent la sexualité des hommes âgés (Montandon 2006). Mais c'est, semble-t-il, à travers la littérature contemporaine que le sujet de l'impuissance sexuelle de la sénescence masculine a commencé à être traité dans sa dimension dramatique et non plus uniquement pour son aspect risible.

Alain Roger s'est intéressé à cette littérature contemporaine de l'impuissance et s'est penché sur le « calvaire érotique » que connaîtrait le vieil homme qui est confronté à des problèmes d'impuissance sexuelle et qui, refusant la résignation, continuerait de s'accrocher à une sexualité agonisante (Roger 2006, 195). Il a choisi d'étudier quatre romans, tous écrits à la première personne et chacun porteur d'une certaine dimension autobiographique : *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable* (1975), de R. Gary, *L'Après-vivre* (1994), de S. Doubrovsky, ainsi que deux ouvrages de J. Tanizaki, *La Clé* (1956) et *Journal d'un vieux fou* (1961) (Roger 2006). Les quatre récits témoignent d'un temps où le « machisme », sous l'effet du vieillissement et de l'impuissance, se transformerait progressivement en masochisme (ibid.). Selon Alain Roger, ils décrivent « le même syndrome machiste-masochiste », reconnaissable tout d'abord à l'omniprésence des docteurs, puis au recours à un tiers, personnage masculin maître de sa virilité, et enfin à « l'élection par le vieil impuissant d'une jeune femme comme objet de son amour » (Roger 2006, 197). Cette dernière possède, dans chacun des récits, une libido exacerbée, et cet élément serait pour Roger « un reliquat du machisme [du vieil homme], mais transporté désormais dans l'élément du masochisme » puisqu'il est impuissant. Ce syndrome pourrait s'énoncer selon lui dans les termes suivants : « elle en veut d'autant plus que j'en peux d'autant moins, elle est inépuisable puisque je suis épuisé » (Roger 2006, 197).

La vieille femme lubrique

La sexualité serait « l'une des sphères transgressives par excellence » liée au personnage de la vieille femme (Schuster Cordone 2009, 166). La sexualité des vieilles femmes semble en effet encore moins concevable que celle des vieux hommes, et Jacqueline Trincaz avance que « au jeu de l'amour, les vieilles sont presque toujours perdantes, condamnées au mépris et à l'abandon » (Trincaz 1998, 181). Et si elles sont défavorisées sur le plan amoureux par rapport à l'autre sexe, c'est que les signes du vieillissement seraient plus précoces ou plus prégnants chez elles, « elles se fanent plus vite que les hommes », ainsi que l'écrivait Aristophane dans *Lysistrata* au 5ème siècle avant J-C (ibid.). Le vieil homme pourrait encore séduire tandis que la vieille femme ne pourrait que se rendre ridicule et récolter les moqueries si elle tentait de susciter le désir (ibid.). La vieille femme se devrait donc de renoncer aux désirs charnels et d'abandonner toute velléité de séduction. Mais l'imaginaire collectif semble avoir, pendant longtemps et de façon récurrente, attribué aux vieilles femmes une certaine avidité affective et sexuelle, comme le fait Érasme de Rotterdam dans son *Éloge de la folie* (Schuster Cordone 2009, 166). Ainsi, à en croire Caroline Schuster Cordone, la figure de la vieille lubrique serait très présente dans la littérature et les arts.

Il existe de nombreux exemples dans le domaine pictural de vieilles au comportement transgressif, allant complètement à l'encontre de la relative « déféminisation » qui, selon Caroline Schuster Cordone, leur aurait été préconisée. Elles sont représentées ayant une allure ostensiblement aguicheuse, exhibant leurs chairs fripées. Or, lorsque le corps vieilli de la femme est érotisé, il en devient presque automatiquement repoussant, il suscite généralement le dégoût (Trincaz 1998). C'est ce qui ressort de l'observation des « têtes grotesques » dessinées par Léonard de Vinci en 1492 (voir Annexe 6), ainsi que de la *Vieille femme grotesque* peinte au 16ème siècle par Quentin Massys (voir Annexe 7) (Schuster Cordone 2009): les poitrines, dont la texture paraît mole et froissée, sont complètement compressées par les larges décolletés pigeonnants, la chair déborde de toutes parts, renforçant l'impression que la tenue est inadaptée, et, comble de l'horreur, les visages édentés aux traits caricaturaux ressemblent à des visages d'hommes, ce qui accentue l'incongruité de ces personnages et l'incohérence entre leur physique

et leur costume.

Dans un style moins caricatural, la *Vieille femme se parant devant le miroir* peinte par Bernardo Strozzi en 1615 (voir Annexe 8), donne à voir une vieille dame coquette, très apprêtée, qui peaufine son apparence, aidée de deux servantes qui tiennent le miroir dans lequel la vieille dame s'observe, et rajoutent des ornements à sa coiffure. Là aussi, la poitrine déborde du décolleté en un amas de chair plissée, le visage de la femme est ridé et creusé, ses cheveux sont éparses, son regard est sombre, mélancolique, peut-être nostalgique. Selon Caroline Schuster Cordone, « son maquillage ainsi que son accoutrement transforment le tableau en une parodie cruelle de la décrépitude féminine » (Schuster Cordone 2009, 132). La décrépitude, la chair défraîchie, la beauté fanée, voilà ce qu'évoquent les images du corps vieilli des femmes. Le corps, et plus encore le corps féminin, se gâterait comme les fruits ou se fanerait comme les fleurs avec le passage du temps, comme le signifie peut être la rose que la vieille femme du tableau de Bernardo Strozzi tient à la main à l'envers, retombante, semblant annoncer son déclin.

La vieille femme concupiscente qui tente, en dépit de la raison, de séduire des jeunes hommes et de les attirer dans son lit est un sujet récurrent de la littérature médiévale, et plus particulièrement du fabliau (Ribémont 2006). À en croire Bernard Ribémont, « c'est [...] dans le fabliau que va se former l'image la plus négative de la vieille. [...] L'action tourne alors autour d'un personnage-type, celui de la vieille lubrique » (Ribémont 2006, 69). L'archétype du fabliau mettant en scène une vieille femme repoussante et concupiscente est certainement *La vieille truandee* (Ribémont 2006). Ce fabliau raconte la rencontre d'un jeune écuyer et d'une vieille vagabonde. Cette dernière, brûlant de désir pour le jeune homme, lui fait des avances sans détours et, face aux refus de l'écuyer, vante ses mérites et tente d'attiser verbalement le désir du jeune homme. Le résultat recherché par l'auteur est bien entendu un effet comique et pathétique. Quand la vieille femme est lucide quant à son absolue impossibilité de séduire, mais demeure avide de sexualité, apparaît le personnage de la vieille cliente. Personnage grotesque, abjecte, dont les passions sont ridicules et condamnables (Dominguez Leiva 2006). On la retrouve principalement dans la littérature Antique, comme dans la pièce d'Aristophane *Ploutos*, et elle est généralement copieusement et violemment insultée par les personnages masculins (ibid.). Dans ce cas là également, la situation de la vieille femme qui ne veut ou ne peut pas refréner ses désirs n'est guère enviable. Une autre alternative s'offre à cette dernière, c'est la position d'entremetteuse.

Dans le domaine pictural, la vieille femme serait rarement l'héroïne des scènes d'amour charnel mais y serait en revanche souvent présente en tant qu'« observatrice attentive », Caroline Schuster Cordone parle même de jouissance « par procuration » (Schuster Cordone 2009, 167). « Le personnage de la vieille entremetteuse encourageant les plaisirs des autres pour mieux les épier est, dès l'Antiquité, une constante de l'histoire de la sénescence féminine » (Schuster Cordone 2009, 167). La vieille entremetteuse est donc celle qui va contribuer à la mise en place de la relation sexuelle pour pouvoir s'en faire l'observatrice privilégiée, et donc y prendre part de manière indirecte. De plus, la fonction d'intermédiaire de la vieille entremetteuse serait une façon de continuer à avoir de l'impact et un certain pouvoir sur le plaisir masculin. (Schuster Cordone 2009). Il existe dans l'histoire de l'art plusieurs représentations d'ébats amoureux épiés par une vieille femme ; le peintre Giulio Romano illustre ce sujet à plusieurs reprises, l'œuvre la plus connue étant un tableau de plus de trois mètres de long intitulé *Les Amants* (voir Annexe 9) (ibid.). Lorsqu'elle n'est pas entremetteuse, la vieille femme qui cherche à s'immiscer dans la sexualité des jeunes peut se faire maquerelle. Antonio Dominguez Leiva évoque le cas de la lénaxa, une femme proxénète de l'Antiquité, généralement assez âgée, qui s'occupe d'éduquer des jeunes femmes, parfois ses propres filles, à l'art érotique et au métier de la prostitution (Dominguez Leiva 2006). À travers les mimes d'Hérodas, dans la Nouvelle Comédie romaine et dans les poèmes latins, c'est en « parasite cupide » maîtrisant l'art de la persuasion que la lénaxa est représentée ; les auteurs insistent « sur son pouvoir corrupteur de la jeunesse dans une esthétique paradoxale du repoussant » (Dominguez Leiva 2006, 81). Dans la mise en scène des personnages de la vieille maquerelle et des jeunes filles qu'elle corrompt, on retrouve un jeu d'opposition entre le personnage de la vieille femme expérimentée qui utilise son savoir à des fins malhonnêtes et le personnage de la jeune fille naïve et innocente, dont la pureté est souillée par la volonté et l'action d'une vieille femme avide de sexe et d'argent, rongée par le vice.

Et ces vieilles cupides et lubriques, ces femmes dont les vies semblent tournées vers le vice, sont bien sûr livrées à elles-mêmes, elles ne sont pas, ou plus, sous l'autorité d'un mari. Il n'est pas étonnant dès lors, que la figure de la veuve occupe dans ce panel une place importante. Le motif de la veuve joyeuse remonte lui aussi à l'Antiquité, avec le *Satiricon* de Pétrone et le récit des aventures de la matrone d'Éphèse (Ribémont 2006). On trouve également régulièrement dans le fabliau le profil de la veuve joyeuse, notamment dans *Li provance de femme* de Gauthier le Leu, où la veuve, dès la nuit tombée, rêve d'un beau jeune homme (ibid.). Pour Caroline Schuster Cordone, « le danger potentiel que représente pour les veuves [leur]

indépendance toute relative est à l'origine d'un avis couramment partagé qui voit en elles des femmes hypersexualisées qui, libérées de la peur de la procréation et du pouvoir de leurs époux, se vouent sans retenue à leur libido » (Schuster Cordone 2009, 73). Débarrassées des contraintes que sont l'autorité du mari et les risques de procréation, les veuves âgées seraient, au sens propre comme au sens figuré, déchaînées. Mais par-dessus tout, la veuve se doit, ou du moins se devait au Moyen-âge et à la Renaissance, de faire honneur à la mémoire de son mari ; l'Église préconisait ainsi pour les veuves un mode de vie strict, austère, entièrement tourné vers la contemplation et la prière (Schuster Cordone 2009). La veuve joyeuse est donc historiquement diamétralement opposée à la figure valorisée de la veuve dévote. On peut donc dire que le personnage de la veuve cristallise les angoisses puisque, pour les raisons que nous avons évoquées, elle serait plus encline à la concupiscence que les autres femmes, et que de surcroît, la lubricité est encore plus fortement proscrite pour elle que pour les autres puisqu'elle va totalement à l'encontre de l'attitude sobre et religieuse que la veuve se devrait d'adopter de par sa condition.

C'est donc souvent une image assez sombre, aux couleurs du vice, que la littérature et les arts donnent de la vieille femme, qui est l'objet de toutes les moqueries et de tous les soupçons (Ribémont 2006). Selon Bernard Ribémont, « mettre en scène une vieille femme est donc un choix qui correspond au creusement de la caricature, à la mise en relief de défauts généralement prêtés aux femmes et que l'âge ne fait qu'accentuer » (Ribémont 2006, 76). Et plus on va loin dans la caricature, plus la vieille femme incarne le vice, le mal, et plus elle effraie, jusqu'à devenir la figure emblématique de la sorcière. Jay Sokolovsky, se basant sur une étude de John Demos, a montré que dans l'Europe moyenâgeuse, comme au Massachusetts du 17ème siècle et dans le nord du Ghana contemporain, les individus typiquement susceptibles d'être accusés de sorcellerie sont les femmes vieilles, pauvres et célibataires ou veuves (Sokolovsky 2009). Si les accusations de sorcellerie ont globalement disparu en Europe, la figure de la vieille sorcière demeure très ancrée dans l'imaginaire collectif (Schuster Cordone 2009), en témoigne la récurrence de ce personnage dans les contes et histoires pour enfants. Et cette figure maléfique est, encore aujourd'hui, incarnée par un personnage-type de vieillard sans époux et vêtue de haillons, et serait tapie derrière bon nombre d'images de la vieillesse féminine (ibid.). Selon Caroline Schuster Cordone, la figure de la vieille sorcière est le réceptacle des angoisses de la société vis à vis de la sénescence féminine, elle est le personnage transgressif par excellence, celui qui « incarne toutes les déviances » (Schuster Cordone 2009, 210). Ainsi, le personnage de la vieille sorcière est étroitement lié à la pratique d'une sexualité

débridée et amoral, et donc à la libido excessive et déraisonnable que l'on a longtemps prêté aux vieillardes, ou du moins à celles qui n'ont pas su ou voulu faire le deuil de leur sexualité (Ribes 2009).

Depuis l'Antiquité, il a été considéré qu'un dysfonctionnement grave guette la femme vieillissante car « la matrice qui n'est plus lestée par la procréation [serait] un organe incontrôlable qui dérègle[rait] l'organisme et la raison de la femme », ainsi que l'a déclaré Hippocrate dans *Maladies des femmes* (Schuster Cordone 2009, 211). Au Moyen-âge, la théorie des humeurs a été utilisée pour expliquer la lubricité des vieillardes. L'homme était conçu comme naturellement plus chaud que la femme, et le vieillissement comme une période de refroidissement. En vieillissant, l'homme et la femme se refroidiraient donc, mais comme la femme serait déjà froide à l'origine, la vieillesse la condamnerait à un état de froideur extrême qui l'amènerait à chercher à récupérer de la chaleur auprès d'hommes, et de préférence des hommes jeunes puisque ces derniers seraient naturellement plus chauds (Ribémont 2006). Voilà donc pourquoi la vieille femme serait prédisposée à la concupiscence et au vice : « la vieille femme a besoin d'une chaleur qu'elle va chercher dans la boisson et la luxure » (Schuster Cordone 2009, 210). Et cette façon d'absorber la chaleur d'autrui par des rapports sexuels peut, me semble-t-il, être mise en lien avec une pratique bien connue des sorcières : le fait d'absorber la vie d'individus, généralement des enfants, en les mangeant. Cela me paraît d'autant plus frappant lorsqu'on connaît l'association, dans bien des sociétés, entre l'idée de manger et celle de faire l'amour, association qui va parfois jusqu'à l'indifférenciation terminologique.

Deux fameux peintres du 16^{ème} siècle ont fait du personnage de la vieille sorcière le sujet de l'une de leurs œuvres, à peu près à la même période. Il s'agit de deux gravures : la *Vieille sorcière* (vers 1510) d'Albrecht Dürer (voir Annexe 10), et *Lo Stregozzo* (vers 1520) d'Agostino Veneziano (voir Annexe 11). À chaque fois, la sorcière est représentée entièrement nue, cheveux au vent, chevauchant à l'envers un buffle dans la représentation d'Albrecht Dürer, et perchée sur un char fait de squelettes d'animaux chez Agostino Veneziano. Dans la gravure de Veneziano, le thème de l'infanticide est extrêmement présent : on peut distinguer des enfants dans un sac, mais aussi sur le char, devant la sorcière qui semble vouloir broyer leurs crânes de ses doigts crochus (Schuster Cordone 2009). D'après Caroline Schuster Cordone, la vieille femme étant considérée comme un être qui se dessèche petit à petit, on la soupçonne de chercher à récupérer des fluides chez les autres, en particulier chez les bébés et les jeunes enfants, dont l'efficacité des sucs vitaux serait très importante (ibid.). Dans un même état d'esprit, il y aurait également

eu au Moyen-âge « des veuves âgées dont on pensait qu'elles suçaient les fluides de leurs jeunes amants en diminuant par là leur pouvoir sexuel » (Schuster Cordone 2009, 218). Et Schuster Cordone précise même que « le topos de la succion des jeunes par les vieux » n'appartiendrait pas uniquement à la sphère profane puisque le philosophe et médecin Marsile Ficin aurait recommandé aux vieillards dans son traité *De la vita sana* de 1568 de boire du sang d'une jeune personne (ibid.).

L'incarnation du péché de chair

Si l'histoire de l'art et de la littérature semblent presque unanimement condamner la sexualité du grand âge féminin, ce serait tout d'abord parce que « la vieille femme ne peut moralement pas justifier une sexualité dont la seule raison chrétienne légitime est la reproduction » (Schuster Cordone 2009, 166). Gérard Ribes voit lui aussi dans cette condamnation le reflet de l'opposition entre une sexualité qui, selon l'idéologie chrétienne, serait saine et moralement acceptable, c'est à dire une sexualité procréative qui prend place dans le cadre du mariage, et une sexualité qui se résume au plaisir charnel et qui, de ce fait, est associée au péché de la luxure et serait hautement répréhensible (Ribes 2009). Mais cette condamnation de la concupiscence au grand-âge, si elle est plus virulente pour les femmes, concerne aussi les hommes. Jacqueline Trincaz rappelle ainsi que « non seulement ridicule, le vieillard amoureux ou concupiscent est présenté comme grandement coupable dès l'Ancien Testament » (Trincaz 1998, 182). Ainsi, les nombreuses femmes de Salomon finissent par le détourner de Yahvé lorsqu'il devient vieux, et donc par le conduire à sa perte. De même, les deux vieillards de l'histoire de Suzanne, sont finalement accusés de faux témoignage, grâce à l'intervention d'un enfant, et condamnés à mort (Trincaz 1998). La morale de tout cela étant, selon Jacqueline Trincaz, que « la lubricité dans le grand âge est punie par Dieu » (Trincaz 1998, 182). D'une manière générale, on peut voir dans le regard moqueur et extrêmement réprobateur qui domine dans le domaine des représentations de la sexualité du grand âge, l'idée très ancrée dans la morale judéo-chrétienne de « la détestation nécessaire du corps, encore plus nécessaire à l'approche d'une mort qui doit impliquer un recentrage vers la sagesse chrétienne » (Ribémont 2006, 76). Le fait que cette sexualité soit d'autant plus condamnable qu'elle est perçue comme étant incompatible avec la période de sagesse et de dévotion spirituelle que doit être la vieillesse, répond à la même logique que celle qui poussait les penseurs de l'Antiquité à

considérer que la vieillesse ne peut et ne doit pas être le temps des amours.

Il me paraît important de rappeler, comme le fait Caroline Schuster Cordone, que dans le contexte de la mythologie biblique, la vieillesse est une conséquence du péché originel (Schuster Cordone 2009). Cette association mythique et malheureuse de la sénescence avec le péché originel serait en grande partie à l'origine des représentations négatives qui ont traversé les siècles sur la vieillesse et sa sexualité. Mais le vieillissement « interprété comme le signe extérieur d'une moralité fautive » toucherait plus particulièrement les femmes, puisque ces dernières incarneraient « la descendance coupable d'Ève » (Schuster Cordone 2009, 9). Dans le domaine pictural, et en particulier pour Michel-Ange, le vieillissement serait un moyen de représenter la dimension périssable de l'homme et de l'opposer à l'éternité d'un Dieu resplendissant (Schuster Cordone 2009). Dans *La Chute*, fresque magistrale peinte par Michel-Ange dans la Chapelle Sixtine, il est tout à fait significatif de constater que les signes de vieillesse se concentrent sur le visage d'Ève (ibid.).

Bernard Ribémont pense que la femme a donc « un double statut » : un statut positif en tant que mère, symbolisé par Marie, et un statut négatif en tant que pécheresse, symbolisé par Ève (Ribémont 2006, 61). Mais lorsque la femme vieillit et perd sa capacité à procréer, sa dimension de pécheresse prendrait logiquement le dessus sur sa dimension de mère (Ribémont 2006). C'est pourquoi, comme le constate Danièle Bloch, la sénescence féminine est régulièrement associée dans la peinture, mais on pourrait en dire autant à propos de ses interventions dans la littérature, à l'idée de « péché de chair » (Bloch 2008, 17). Cette association va souvent de pair avec l'idée que le corps de la femme est vieilli, usé, par la sexualité excessive de cette dernière (ibid.). On retrouve par exemple la figure de la vieille femme dont le corps est usé par les plaisirs de la chair, dans le récit moyenâgeux de Watriquet de Couvins, les *Trois chanoinesses de Cologne*, qui met en scène trois femmes expertes en matière de sexe et d'amour, mais qui avaient tant pratiqué les plaisirs érotiques que leur corps en était prématurément vieilli (Ribémont 2006). Selon Antonio Dominguez Leiva : « Ce courant obsidional hanté par un dégoût du corps et de la sexualité s'amplifie dans la culture ecclésiastique du Moyen-âge. Le corps âgé devient symptôme de la corruption congénitale, selon l'équation symbolique entre le péché, la chair et la mort » (Dominguez Leiva 2006, 88).

Mais, si elle permet de mieux comprendre un certain type de regard vis à vis de la sexualité du grand-âge, la religion n'est elle-même qu'un vaste système de représentation, et il n'est pas possible d'expliquer entièrement la perception négative de la vieillesse et plus encore

de la sexualité dans la vieillesse, par la simple influence de la mythologie biblique. C'est peut être du côté de l'âgisme et des idées qui l'accompagnent que nous trouverons des pistes pour réfléchir à l'origine de la vision pessimiste de la vieillesse et de la disqualification de la sexualité du grand âge.

C. Jeunisme et âgisme

Tout d'abord, je souhaiterais aborder quelques considérations terminologiques. D'après le dictionnaire Larousse, le terme *jeunisme* signifie la « tendance à exalter la jeunesse, ses valeurs, et à en faire un modèle obligé », et le terme *âgisme* désigne une « attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées ». J'utiliserai pour ma part le terme « *jeunisme* » pour évoquer la valorisation sociale de la jeunesse, et le terme « *âgisme* » pour parler de la dévalorisation sociale de grand-âge. Il n'existe, à ma connaissance, pas de terme pour désigner une valorisation excessive de la vieillesse ou une discrimination sociale de la jeunesse, et ce fait me paraît en soi assez significatif.

Pour ce qui est des liens entre *jeunisme*, *âgisme* et sexualité, l'historienne Véronique Blanchard constate que « les liens entre jeunesse et sexualité sont récurrents, voire évidents, dans les représentations qu'en véhiculent les médias de masse » (Blanchard et al. 2010, 12). Le sociologue Michael Bauer remarque lui aussi que les médias et les publicitaires associent systématiquement la sexualité avec l'idée de jeunesse, et considère que cela participe à un certain nombre de « croyances » ou de représentations sociales sur le grand âge (Bauer et al. 2007). Pire encore, l'âgisme serait si profondément ancré dans notre société, qu'il aurait été intériorisé par de nombreuses personnes âgées qui, de ce fait, se considéreraient comme trop vieilles pour les pratiques sexuelles (ibid.). Il est difficile, voire impossible, de mesurer avec précision et certitude l'impact du *jeunisme* ambiant et de l'association quasi-systématique dans les médias de la sexualité et de la jeunesse, sur ces personnes qui se disent trop âgées pour avoir une vie sexuelle. Mais, quelle que soit l'importance du rôle des représentations dans les pratiques et dans les choix des individus, il est certain que la sexualité des aînés est quelque chose qui choque (Détrez et Simon 2006), quelque chose qui relève, dans l'imaginaire, du

domaine de la marginalité, voire de la transgression.

Transgression des générations, rivalité et laideur

Par rapport aux quelques exemples littéraires et picturaux que nous avons évoqué au sujet des représentations de la vieillesse sexuellement active, il faut bien noter qu'il s'agit rarement d'une sexualité entre personnes âgées, mais bien la plupart du temps d'une personne âgée désirant une jeune personne. De même, Gérard Ribes considère que les personnes âgées sont très peu représentées dans une sexualité entre eux, mais plutôt dans une sexualité qui implique la présence « d'un tiers jeune » (Ribes 2009, 35). Sauf quelques exceptions, l'amour entre vieux est perçu de manière beaucoup moins négative et a tendance à moins choquer les individus, en témoigne les récits enthousiastes sur les amoureux de l'Institution Sainte-Périne. Alors pourquoi l'amour charnel entre jeunes et vieux est-il à ce point perçu comme quelque chose d'anormal, amoral ou transgressif ?

D'après Caroline Schuster Cordone, la thématique du couple mal assorti remonte à l'Antiquité, comme l'attestent les comédies de Plaute qui évoquent des couples réunissant des hommes âgés et des jeunes filles (Schuster Cordone 2009). Dans la pratique, le cas de l'union d'un homme âgé et d'une jeune femme a été, et demeure dans une moindre mesure, tout à fait fréquent (Trincaz 1998), et il est en général relativement bien accepté socialement, même si c'est de moins en moins le cas. Mais sur le plan des représentations et dans l'imaginaire collectif, le vieux mari est, comme nous l'avons vu, souvent moqué, décrit comme incapable de satisfaire sa jeune épouse, dans la vie comme au lit. Jacqueline Trincaz constate également que « dans la littérature, [les vieux maris] sont présentés comme ridicules, impuissants, insultés par leur jeune femme » (Trincaz 1998, 182). La pièce *Le marchand*, écrite par Plaute deux siècles avant J-C, met en scène un vieil homme amoureux de la maîtresse de son fils, et s'achève par l'énoncé d'une « nouvelle loi » selon laquelle tout homme âgé d'au moins soixante ans qui tenterait de séduire des jeunes femmes sera automatiquement considéré comme un imbécile, traité comme tel et condamné à la pauvreté matérielle et sociale (Trincaz 1998). Ce qui est remarquable dans ce récit et qui suscite une réprobation aussi virulente, c'est certainement le fait que, par la faute de sa pulsion amoureuse, le vieil homme se retrouve en position de rival par rapport à son fils (ibid.). Ainsi, Jacqueline Trincaz défend l'idée que les vieux sont en fait « des rivaux redoutables

et haïs des jeunes » (Trincaz 1998, 182). Anna Raventos Barangé soutient elle aussi que nous aurions tendance à associer le vieillard à l'idée de danger et que « au-delà d'un certain âge, si la manifestation physiologique [des] sensations est érotique, l'énergie du vieux apparaît d'ordinaire comme un élément déplacé dont la jeunesse a tout à craindre » (Raventos Barangé 2006, 110).

Lorsqu'il s'agit d'une vieille femme en couple avec un jeune homme, la transgression des normes, l'incongruité sociale, est à son comble. À ce sujet, un film a déclenché un certain scandale, ou du moins a suscité de nombreuses réactions lors de sa parution en 1970, il s'agit de *Harold et Maude*, qui raconte la rencontre et l'histoire d'amour d'une femme âgée et d'un très jeune homme. Dans ce film, réalisé par Hal Ashby, la vieille Maude apprend au jeune Harold à apprécier la vie, à chanter, à danser et à aimer. Les idées que l'on retrouve dans *Harold et Maud*, correspondent à l'état d'esprit d'une époque secouée par la recherche d'un bonheur véritable, conçu comme allant de pair avec la notion de liberté et comme ne pouvant passer que par l'affranchissement des conventions sociales. Si ce film est provocateur, c'est donc qu'aujourd'hui encore, il est très difficile de penser et de concevoir des histoires d'amour, et encore moins d'amour charnel, entre un jeune homme et une vieille dame. Mais comme nous l'avons vu au sujet de la sexualité du grand-âge, ce qui paraît impensable ne décourage pas toujours les artistes, cela semble au contraire susciter l'intérêt de bon nombre d'entre eux. L'image de la vieille femme accompagnée d'un jeune homme est en effet un motif fréquent dans le domaine pictural, il souligne le goût des individus dans notre société pour l'effet esthétique de la réunion des contraires, des jeux d'opposition et du contraste (Schuster Cordone 2009). Il existe à ce sujet un dessin perdu de Léonard de Vinci, réalisé vers la fin du 15^{ème} siècle, dont le peintre Jacob Hofnagel a réalisé une copie au tout début du 17^{ème} siècle, intitulée *Couple mal assorti* (voir Annexe 12) (ibid.). L'œuvre de Hofnagel représente une vieille femme dont le visage édenté ressemble plus à un visage d'homme et dont seule la poitrine débordant du décolleté rappelle qu'il s'agit bien d'une femme, souriante et enlacée par un jeune homme dont la main droite caresse la joue de la vieille, et la main gauche caresse la grosse bourse qu'elle tient et que l'on devine remplie de pièces. La présence, dans le motif du couple mal assorti, de la bourse de pièces d'or est assez fréquente, mais il semblerait que cela concerne habituellement surtout le couple réunissant vieil homme et jeune femme (Schuster Cordone 2009).

Si la relation érotique entre une vieille femme et un jeune homme est considérée comme transgressive, cela ne semble pas cette fois être lié à la rivalité possible entre les vieilles femmes et les jeunes, cela n'est en tout cas jamais envisagé par les auteurs qui traitent du sujet, comme si, en filigrane, il était sous-entendu que la femme âgée ne pourrait en rien représenter une rivale

pour la jeune femme de par le fait qu'elle serait, comme nous l'avons vu à propos de « la vieille aguicheuse », dans l'impossibilité absolue de séduire et d'attirer qui que ce soit (Trincaz 1998). Et, à en croire Caroline Schuster Cordone, c'est justement l'aspect inexplicable du pouvoir de séduction de la vieille femme qui en ferait quelque chose qui serait perçu comme dangereux (Schuster Cordone 2009). Là encore, la figure de la sorcière n'est pas bien loin. Caroline Schuster Cordone déclare : « il est révélateur de voir que lorsqu'il est question d'un vieillard séduisant une jeune femme, le « senex amans » est perçu comme un vieux fou se leurrant lui-même. À l'inverse, lorsqu'une vieille femme séduit un jeune homme, c'est les autres qu'elle trompe » (Schuster Cordone 2009, 176). Mais alors pourquoi est-il fondamentalement impossible de concevoir qu'un vieil homme puisse séduire sans user de son argent ou de sa position sociale, qu'une vieille femme puisse susciter le désir sans faire appel à la sorcellerie ou à la supercherie ?

« L'amour est lié à la beauté comme Platon le concevait déjà dans *le Banquet* » (Oktapoda-Lu 2006, 125). Or, si tout le monde s'accorde à dire avec bien-pensance que la beauté est subjective, il ne faudrait pas nier le fait objectif et aisément constatable qu'il existe dans nos sociétés des « canons de beauté » qui répondent à un certain nombre de critères esthétiques et qui sont véhiculés par la littérature, la photographie, le cinéma, la télévision, la publicité, et, de manière très générale, par l'environnement culturel. Or, il semblerait que ces critères esthétiques ne soient jamais compatibles avec les signes physiques du vieillissement. C'est pourquoi le corps âgé serait « particulièrement déprécié dans les sociétés ayant le culte de la beauté physique » (Trincaz 1998, 175), et notamment dans la Grèce ancienne, sous la Renaissance, à l'époque contemporaine et de nos jours (Trincaz 1998).

Le peintre Alberti écrit dans son *De Pictura* que le ramollissement de la peau et les rides menacent l'harmonie du visage et que ces transformations du corps brisent la « concinnitas », c'est à dire l'harmonie des parties avec le tout, qui serait au fondement même de la beauté (Schuster Cordone 2009, 114). Cette explication à l'équation récurrente entre signes de vieillissement et laideur, me paraît intéressante mais pas véritablement satisfaisante puisqu'on pourrait y objecter que l'apparition des rides et l'affaissement des chairs se fait en principe de manière globale et symétrique, et qu'il n'y a donc pas de raison pour que cela bouleverse l'équilibre du visage ou même du corps.

Depuis l'Antiquité, la laideur semble être associée avec plus de force au corps vieilli de la femme qu'à celui de l'homme (Arber et al. 1995 ; Trincaz 1998) ; comme le rapportent Marc

Bessin et Marianne Blidon, « on parle de mûrissement d'un côté, de vieillissement de l'autre » (Bessin et Blidon 2011, 5). On peut y voir le fait que la beauté serait une qualité encore plus recherchée chez la femme que chez l'homme, et donc que sa perte se fait plus criante et plus problématique chez la femme. Il est vrai que les images de « canons de beauté » diffusés dans les médias et le domaine publicitaire semblent plus souvent concerner la beauté féminine que la beauté masculine (Heilbrunn 2008). On peut donc supposer que l'injonction de conserver l'apparence de la jeunesse pour garder un physique attirant pèse plus lourd sur les épaules des femmes que sur celles des hommes. Et dans ce processus, le marketing et l'omniprésence publicitaire jouent probablement un rôle non négligeable. Selon Benoît Heilbrunn, le marketing est « un dispositif par nature anxiogène » puisqu'il s'agit de mettre en évidence des signes de vieillissement et d'en amplifier la perception négative (Heilbrunn 2008, 40). Ainsi, « le marketing rend visible et hypertrophie un problème pour nous montrer qu'il le résout immédiatement » (ibid.). Une fois les signes de sénescences mis en évidence et dramatisés, les marques seraient en mesure de faire régner ce que Benoît Heilbrunn appelle « une tyrannie du jeunisme » mise en lien avec un discours scientifique et technique dont la prétention ultime est de stopper ou d'inverser le cours du temps (Heilbrunn 2008, 41). Ainsi, comme le remarquent Christine Détrez et Anne Simon, « Si *Marie Claire* proclame en couverture « Aimez votre âge ! » et « Belles avec leurs rides ! » (oct. 2003 et nov. 2004), les mannequins qui font la une ont cependant plutôt vingt ans... ; si *Marie France* affirme dans un dossier : « 40 ans, Le nouvel éclat »..., le sous-titre propose traîtreusement : « régénérant, défatigant, lissant... Les 20 nouveautés qui changent tout » (sept. 2004) » (Détrez et Simon 2006, 359).

Les transformations de l'apparence liées au vieillissement sont tellement systématiquement associées à l'idée d'enlaidissement, que le lien entre la sénescence et la perte de la beauté pourrait finir par apparaître comme quelque chose de tout à fait « naturel ». La psychologue Marie de Hennezel déclare ainsi : « du point de vue du corps objectif, de la corporéité, la vieillesse est incontestablement laide » (De Hennezel 2008, 91). Cela la conduit à avancer l'idée que l'individu vieillissant devrait faire « le deuil de la beauté objective du corps » (ibid.) et accéder ainsi à « une nouvelle forme de sensualité [...], où l'audition et le regard perdent de leur importance, souvent au profit du toucher » (De Hennezel 2008, 93), et à une relation amoureuse où la tendresse remplacerait la séduction (De Hennezel 2008). Mais plutôt que de considérer de manière tautologique, comme le fait Marie de Hennezel, que le corps vieux est laid parce qu'il a perdu les attributs de la beauté qui, par le plus grand des hasards, se trouvent correspondre aux attributs de la jeunesse, pourquoi ne pas envisager que le corps vieux est laid parce que la vieillesse dérange, parce qu'elle est perçue de manière négative

et que, par conséquent, les attributs de la vieillesse sont associés aux critères de la laideur ?

L'horreur de la vieillesse et le « vieillir jeune »

Comme nous l'avons vu avec le mythe du péché originel et comme le rappelle Jacqueline Trincas, c'est dans la malédiction que la vieillesse puise ses origines (Trincas 1998). Mais cette représentation n'est pas le propre de la civilisation judéo-chrétienne puisque dans la mythologie Grecque, la vieillesse est amenée par Pandore pour punir les hommes d'avoir voulu égaler Dieu (ibid.). Car l'éternité est, partout et en tout temps, le propre des dieux (ibid.). Et non seulement les dieux sont éternels mais surtout les dieux ne vieillissent pas. Le vieillissement est donc un châtement divin qui oblige l'homme à s'extraire de l'impression narcissique de sa toute puissance et de l'intemporalité de son identité, et qui le ramène à sa condition de grain de sable dans le gigantesque cycle de la vie, lui rappelant que ce qui est tout pour lui aujourd'hui bientôt ne sera plus.

L'âgisme est défini par le dictionnaire Larousse comme la discrimination du grand âge, et Michael Bauer considère qu'il est généralement intériorisé par les personnes âgées (Bauer et al. 2007). Or, d'après Rose-Marie Lagrave, « la discrimination incorporée devient stigmat » (Lagrave 2011, 6), et le stigmat se distinguerait également des autres discriminations de par son caractère irréversible (Lagrave 2011). Dans cette perspective, les signes de sénescence peuvent donc être considérés comme des stigmates puisqu'ils sont dans de nombreux cas des facteurs de discrimination, qu'ils sont irréversibles et que cette discrimination est connue et intégrée par les personnes qui en sont victimes. Dans son ouvrage *Stigmat*, il est difficile de savoir clairement si Erving Goffman intègre les signes de la vieillesse dans ce qu'il appelle les stigmates. Selon lui, tous les attributs dévalorisés ne sont pas des stigmates mais seulement ceux qui ne correspondent pas à l'idée que nous avons de ce que devraient être les attributs d'une « certaine sorte d'individus » (Goffman 1975, 13). Le stigmat serait donc « une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions » (Goffman 1975, 15). Selon cette théorie et si l'on considère que les personnes âgées sont « une certaine sorte d'individus », alors il n'y a pas de raison pour considérer que les signes extérieurs de vieillesse sont des stigmates puisque en ce qui concerne les personnes âgées, on s'attend à ce qu'elles aient l'air âgées. Pourtant, lorsque Erving Goffman évoque le fait que les personnes stigmatisées sont sans cesse exposées à des individus ou des groupes qui tentent de leur vendre des remèdes pour atténuer ou supprimer

l'objet de leur stigmatisation, il donne parmi les exemples de remèdes les « restaurateurs de jeunesse » (Goffman 1975, 20), ce qui laisse à penser qu'il inclue les signes de sénescence dans la catégorie des stigmates.

Si, selon le point de vue qu'on adopte, les symptômes de la vieillesse peuvent apparaître ou non comme stigmates, ils sont dans tous les cas régulièrement des facteurs de mise à l'écart des personnes âgées et de disqualification de leur potentiel érotique (Bauer et al. 2007). Rose-Marie Lagrave rappelle à ce propos que représenter le désir sexuel des vieux comme obscène consiste en une véritable « violence symbolique » (Lagrave 2011, 6). Alors de quelles solutions disposent les personnes âgées pour contrer l'exclusion et la stigmatisation ? Il semblerait que la première solution vers laquelle le grand âge est encouragé à se tourner serait de se conformer au jeunisme et de tout mettre en œuvre pour conserver au maximum les attributs de la jeunesse.

Comme nous l'avons suggéré au sujet des rapports entre vieillesse et beauté, Claudine Attias-Donfut pense que le fait que le corps vieux soit dévalorisé est le résultat du rejet social de la vieillesse et est inextricablement lié au jeunisme ambiant (Attias-Donfut 2001). Claudine Attias-Donfut constate également que l'âgisme touche surtout les femmes (ibid.), et suggère que la perception négative du vieillissement est essentiellement liée au « stéréotype de la dégradation cognitive » (Attias-Donfut 2001, 6). À ce propos, Sylvain Poupi a lui aussi constaté lors de ses entretiens que la peur de vieillir est surtout liée à l'angoisse de devenir sénile et que, au-delà d'un certain âge, n'importe quelle marque de distraction comme un banal oubli peut être interprété comme un signe de sénilité, comme le symptôme d'un « mal vieillir » (Poupi 2000, 4).

Selon Jean-Claude Henrard, les images de la vieillesse diffusées par les médias expriment « le refoulement des représentations négatives avec la mise en avant de la jeunesse relative des vieux » (Henrard 2006, 14). En effet, la santé, le dynamisme et la beauté seraient dans nos sociétés associés à l'idée de jeunesse et très fortement valorisés (Trincaz 1998). Alain Montandon va plus loin et déclare que « toutes les qualités tant physiques que morales semblent être des attributs essentiels de la jeunesse » (Montandon 2006, 12). Vieillir apparaîtrait donc comme « une faute de goût » et le vieillissement comme quelque chose qu'il faut « combattre par tous les moyens » (Trincaz 1998, 167). Le paradoxe d'une société tournée vers le jeunisme c'est donc que bien vieillir c'est avant tout vieillir le moins possible. Rose-Marie Lagrave parle d'un « vieillir jeune », attitude tantôt valorisée, tantôt critiquée (Lagrave 2009, 118). Deux stratégies antagonistes pousseraient au « vieillir jeune » : il pourrait s'agir d'une manière de se conformer aux codes sociaux et de se plier au jeunisme, ou au contraire, d'une manière de

refuser les codes et les assignations (ibid.).

Remarquons que si la sexualité est, dans nos représentations, associée à la jeunesse et si le meilleur moyen de bien vieillir est de rester jeune, la sexualité des personnes âgées devrait être encouragée. Mais globalement, si l'on encourage la personne âgée à paraître jeune, il ne lui est pas recommandé pour autant d'adopter toutes les manières d'être de la jeunesse (Trincaz 1998). La personne âgée ne doit pas oublier qu'elle est âgée, qu'elle doit agir en tant que telle et ne pas se faire croire ou tenter de faire croire aux autres qu'elle est une jeune personne, sous peine de se rendre ridicule si elle n'y parvient pas, « car c'est là un manquement à la politesse et à la délicatesse, une faute de goût impardonnable que de vouloir passer pour ce qu'on n'est pas... sans y réussir » (Montandon 2006, 10). Ainsi, selon Jean Maisondieu, dans une société tournée vers le jeunisme, « le vieux trop vieux pour parvenir à dissimuler qu'il est vieux connaît l'horreur du vieillir dans la solitude de qui n'est plus rien parce qu'il n'a plus rien d'attractif » (Maisondieu 2006, 38).

Éros et Thanatos

Claudine Attias-Donfut déclare que « le corps vieux fait peur, comme la mort » (Attias-Donfut 2008, 72). Il est vrai, selon Isabelle Durand-Le Guern, que l'idée de vieillesse est intimement liée à l'idée de mort (Durand-Le Guern 2006), « le vieillissement est considéré comme un état terminal, prélude à la mort, car il l'annonce et la précède » (Jimenez 2006, 100)¹. En France, quasiment les trois quarts des décès auraient lieu après l'âge de 65 ans, et il en résulterait que l'individu âgé serait associé à la mort, « il devient porteur de la mort » (Poupi 2000, 4). *Clotho* (1893), une sculpture de Camille Claudel qui représente une très vieille femme nue, à la peau tombante, aux « seins creux » et dont « le corps est enfoncé par le poing du sculpteur », incarne, selon Danièle Bloch, le délabrement, la décrépitude du corps, sa chair « annonce l'affaissement jusqu'à la liquéfaction, la dissolution » (Bloch 2008, 21). Ce qui est terrifiant et fascinant dans le corps vieilli, ce serait donc qu'il semble préfigurer le corps mort. Ainsi, le vieillard fait horreur car « il témoigne à son corps décati défendant que, si Éros et les

¹ Les Ju/'hoansi du Botswana distinguent dans leur dialecte les personnes âgées des personnes très âgées, et ces dernières seraient appelées « old/dead » selon la traduction de Harriet G. Rosenberg (Rosenberg 2008, 32).

jeux de l'amour mènent le monde, Thanatos ramasse inexorablement la mise » (Maisondieu 2006, 40). Et lorsque des individus choisissent d'ignorer les personnes âgées, de détourner leur regard des corps vieillissants, ça serait en réalité la mort qu'ils tentent d'ignorer, leur propre « périssabilité » qu'ils souhaitent chasser de leurs pensées (Maisondieu 2006). C'est pourquoi le vieux est obscène : « son manque de savoir mourir pour n'offusquer personne par la vision de sa mortalité est aussi un manque de savoir vivre » (Maisondieu 2006, 41).

Si l'on reprend l'idée avancée par Sigmund Freud vers 1920 et que l'on considère, comme Cécile Sakai, Éric Sanchez ou Pierre Tap, que l'impulsion érotique constitue une forme d'expression de l'instinct de vie et de la force vitale de l'individu (Sakai 2006; Sanchez 2011; Tap 2011), alors le sujet très âgé qui manifeste un désir sexuel exprime avec force ce que Jean Maisondieu appelle un « manque de savoir mourir ». On pourrait donc émettre, avec beaucoup de réserves, l'hypothèse que ce qui dérange dans la sexualité de la personne âgée, c'est que cette dernière manifeste à travers son désir érotique sa volonté de se tourner vers la vie, et non pas vers la mort comme son grand âge lui imposerait de le faire. La disqualification de la sexualité des sujets âgés traduirait, selon cette perspective, un conflit de génération, entre les anciennes qui souhaiteraient encore tourner le dos à la mort et s'orienter vers la vie et les nouvelles qui chercheraient à les pousser vers la sortie. *Le retour de Casanova* (1918) et *Mademoiselle Else* (1924) sont deux nouvelles de Schnitzler dont les héroïnes, Marcolina et Mademoiselle Else, sont les victimes du vice et de la persécution de vieillards qui, selon Rennie Yotova, représentent finalement « l'instance paternelle » (Yotova 2006, 293). Pour Yotova, si dans ces deux nouvelles la relation entre les jeunes femmes et les vieux hommes est conflictuelle, c'est surtout parce que ce qui est en jeu dans ce rapport, « c'est la lutte entre l'aube et le déclin du jour » (ibid.). Au-delà de la théorie du « conflit de génération », Gabriele Vickermann-Ribémont suggère pour expliquer l'incompatibilité sur le plan imaginaire de la vieillesse et de la sexualité que « l'érotisme, impulsion de vitalité par excellence, n'a pas de place positive dans l'espace imaginaire attribué à la vieillesse qui se situe entre le domaine de la vie et celui de la mort » (Vickermann-Ribémont 2006, 139). Dans la même optique, Cyril Hazif-Thomas parle de « trou représentationnel » (Hazif-Thomas et al. 2002, 409).

Les rapports entre la mort, la vieillesse et l'amour possèdent leur mythe, il s'agit de celui d'Aurore et de Tithon. La déesse Aurore, qui incarne l'éternelle jeunesse, tombe amoureuse du frère de Priam, le mortel Tithon. Elle l'enlève alors et prie Zeus de lui accorder l'immortalité. Celui-ci accède à sa demande mais le drame est noué, car Aurore a omis de demander à Zeus l'éternelle jeunesse pour Tithon. Ce dernier vieillit alors progressivement, son corps se délabre

et il finit par perdre toute forme humaine, jusqu'à ce qu'il ne soit plus qu'une voix. Aurore, désespérée et dégoûtée transforme alors Tithon en cigale pour mettre fin à leur calvaire (Maisondieu 2006 ; Jimenez 2006). Pour le psychiatre Gérard Ribes, la morale du mythe serait que l'amour et le désir sont éternels mais que le vieillissement est un obstacle à la concrétisation du désir et fait de l'amour charnel quelque chose de fatalement éphémère (Ribes 2009). Il y a également de nombreux cas, comme nous l'avons vu avec la figure de la vieille femme dont le corps est usé par les excès de sa sexualité, où c'est l'amour charnel effréné, la passion démesurée, qui engendre un vieillissement prématuré ou même l'anéantissement et la mort de la personne désirante. Ainsi, dans *Vie et mort du Caravélas*, par Constantin Théotokis, le Caravélas, un vieil homme lubrique et violent, se prend de désir pour sa jeune voisine et veut à tout prix la posséder (Oktapoda-Lu 2006). Cette obsession le conduira à précipiter sa femme dans la tombe, à céder sa maison, à se mettre dans une situation de personne dépendante et humiliée, et finalement à se suicider. Selon Efstratia Oktapoda-Lu, la leçon du roman est toute simple : « Éros ici génère Thanatos » (Oktapoda-Lu 2006, 128).

Nous l'avons compris la sénescence, fruit d'une malédiction, associée au péché, à la laideur et à la mort, dissociée de l'amour charnel et de l'attractivité érotique, n'est pas un état enviable dans notre société. Il n'est guère étonnant dès lors que le refus de vieillir soit un sujet qui traverse les représentations et les discours sur la vieillesse, un leitmotiv dans le domaine littéraire, au théâtre, mais aussi dans les manuels de savoir-vivre et aujourd'hui dans le domaine publicitaire (Montandon 2006). Il y a notamment deux célèbres personnages de fiction qui ont refusé de céder à la fatalité de la vieillesse et ont fortement marqué l'histoire de la littérature : il s'agit de Dorian Gray et Faust.

Le héros du roman de Oscar Wilde, *Le portrait de Dorian Gray*, exprime tout au long de l'œuvre une hantise terrible à l'idée de se voir vieillir (Durand-Le Guern 2006). Et si, pour Dorian Gray, vieillir est à ce point abjecte et inacceptable, c'est avant tout parce que le personnage ne peut supporter l'idée de voir sa beauté s'évanouir, or, pour Dorian Gray comme pour d'autres, la beauté va de pair avec la jeunesse (ibid.). En effet, tout l'enjeu du roman est là : ce que Dorian Gray est incapable d'accepter et qui va motiver son recours au surnaturel, c'est de perdre le plaisir narcissique de se savoir attractif, admiré, d'avoir un pouvoir de séduction sur les autres (ibid.). Par un procédé fantastique qui mène le portrait du héros à porter les marques du vieillissement alors que l'apparence de Dorian Gray se fige et ne change plus, *Le Portrait de Dorian Gray* met en relief « le dédoublement qui s'opère entre la conscience d'une identité immuable et les métamorphoses objectivées par le tableau » (Durand-Le Guern 2006, 220),

c'est-à-dire le fait que dans sa tête la personne âgée ne se pense pas comme vieille, même si son corps lui rappelle qu'elle l'est (Montandon 2006). Mais si le portrait de Dorian Gray vieillit à la place du héros, c'est parce que ce dernier l'a souhaité, et il l'a souhaité avec tant de force qu'il a déclaré être prêt à tout donner pour cela, y compris son âme.

Une autre figure bien connue qui a cédé son âme, en l'occurrence au diable, pour retrouver la jeunesse et voir ses désirs les plus chers exaucés, est le personnage de Faust, rendu célèbre par Johann Wolfgang Von Goethe. Si dans les deux histoires, le procédé pour échapper à la vieillesse n'est pas le même, puisque dans le cas de Dorian Gray il s'agit d'arrêter le cours du temps et pour Faust il s'agit de remonter le temps, la morale des deux histoires est, selon Jacqueline Trincaz, sensiblement la même : « la jeunesse sans éternité est vite épuisée, la mort demeurant toujours l'éternelle victorieuse » (Trincaz 1998, 172). *Faust* et *Le Portrait de Dorian Gray* rappellent au lecteur que chercher à échapper au vieillissement est tout aussi vain que de chercher à échapper à la mort, que le vieillissement est inévitable puisque « vivre c'est vieillir » (Durand-Le Guern 2006, 211). On peut noter à ce sujet qu'au sens figuré, Faust comme Dorian Gray, ne vivent plus vraiment à partir du moment où le procédé qui leur permet de demeurer jeune ou de retrouver la jeunesse est enclenché, puisqu'ils y ont perdu leur âme et que leur vie est dès lors dominée par la peur d'être rattrapé par la vieillesse ou la mort. Mais l'évidente fatalité du vieillissement n'a pas découragé Dorian Gray et le professeur Faust, pas plus qu'elle n'a empêché les recherches pour prolonger la jeunesse et la vie.

« Tout comme le corps handicapé, le corps vieux se prête à de multiples techniques correctives » (Attias-Donfut 2008, 76). La lutte contre les manifestations du vieillissement conjugue « pensée scientifique et pensée mythique » (Trincaz 1998, 175). Ainsi, tout au long des siècles se développe une multitude de travaux qui cherchent à prolonger la jeunesse par des outils qui se veulent scientifiques, mais selon une logique qui puise surtout dans la « pensée symbolique » (Trincaz 1998, 174). De nombreuses recherches alchimiques visent, au Moyen-âge, à mettre au point des élixirs de longévité et de jouvence, et la pierre philosophale a ainsi fait l'objet de multiples travaux (Trincaz 1998). Puis, avec les débuts de l'endocrinologie dans le dernier quart du 19^{ème} siècle, le vieillissement est de nouveau envisagé comme un phénomène sur lequel on peut agir, qui est accessible à la thérapeutique (Neboit-Mombet 2006). À partir des années 50, on constate un foisonnement de nouvelles techniques, de recettes qui se disent miraculeuses, pour préserver du vieillissement et masquer ses effets (Trincaz 1998). Aujourd'hui, la lutte contre le vieillissement et en particulier contre les signes de sénescence, constitue un véritable marché et occupe une place très importante dans le domaine publicitaire,

entretenu par un discours marketing qui puise au maximum dans les champs lexicaux techniques et scientifiques pour démontrer l'efficacité des produits, « la maîtrise culturelle sur les processus biologiques » (Heilbrunn 2008, 41). Ainsi, selon Jean-Claude Henrard, « les succès récents des biotechnologies relayés par les médias alimentent le scientisme, c'est-à-dire la croyance dans une proche victoire sur le vieillissement et ses effets » (Henrard 2006, 13). Ce « scientisme » est aujourd'hui au cœur de la logique du refus de vieillir et, comme le dit joliment Janine Neboit-Mombet, « Faust désormais n'aura plus besoin du diable » (Neboit-Mombet 2006, 164).

Le grand âge dans l'imaginaire collectif, aurait donc deux visages : il peut être l'âge de la connaissance, de la sagesse, de la spiritualité et de l'impassibilité, ou bien il est au contraire l'âge de l'inconscience, de la démence, de l'hérésie et de la lubricité. La vieillesse fait ainsi l'objet d'un système de représentations fortement polarisé, à l'intérieur duquel sa sexualité ne peut être concevable que si elle est réduite à de la tendresse et si elle n'est ni érotique ni charnelle, sans quoi elle est soupçonnée d'être déviante. Nos représentations concernant le grand âge sont fortement teintées de jeunisme, et la vieillesse semble être une catégorie sociale tout à fait rebutante. Alors qu'en est-il de l'identité sociale de l'individu âgé ? Quelle est la place du grand âge dans le monde occidental contemporain ?

Chapitre 2

Identité sociale de la personne très âgée

« À chaque époque, la position sociale des vieux sera déterminante dans l'attitude exercée à leur endroit » (Trincaz 1998, 184)

Il existe, à mon sens, un lien étroit entre les représentations sociales du grand âge et la place des sujets âgés au sein de la société. Les deux me semblent connectés dans la mesure où les représentations de l'individu âgé ont un impact sur sa position sociale, et les rôles sociaux des personnes âgées nourrissent l'imaginaire de la vieillesse. Irving Rosow rappelle également que la place du grand âge dans la société dépend du type de structure sociale adoptée et des représentations qui accompagnent l'idée de vieillesse (Rosow 1977). Pour Jacqueline Trincaz en revanche, c'est surtout le contexte économique qui joue dans la construction de la position sociale des individus âgés et dans les attitudes vis à vis de ces personnes (Trincaz 1998). Comme pour les représentations de la vieillesse, je ne prétends aucunement dans ce chapitre rendre compte de l'ensemble des enjeux de la position sociale des personnes âgées, ni décrire de façon exhaustive ce qu'est l'identité sociale du grand âge. Je propose en revanche d'en aborder certains des aspects, parmi ceux qui étaient les plus souvent présents dans les sources consultées et qui m'ont paru les plus significatifs.

Si, pour parcourir les représentations de la vieillesse, j'ai choisi de ne pas faire de différence entre ce que certains appellent le « troisième âge » et le « quatrième âge », en revanche, pour traiter de l'identité sociale de l'individu âgé, il me semble que cette distinction est tout à fait importante. Je vais pour ma part me focaliser sur le « quatrième âge » ou « la grande vieillesse », caractérisée par un âge avancé et par un fort degré de dépendance, précisément parce qu'il semblerait que ce soit la sexualité de ces vieillesse dépendantes qui est, dans nos sociétés, si difficile à concevoir. Tout se passe en effet, comme nous le verrons par la suite, comme si le fait qu'un individu soit considéré comme indépendant et autonome, faisait partie des conditions nécessaires à l'acceptabilité de sa sexualité. Bien sûr, il faut aborder les notions d'indépendance et d'autonomie en gardant à l'esprit qu'elles sont des constructions sociales, fortement valorisée dans les sociétés occidentales contemporaines, pouvant peut-être

être mises en lien avec un certain individualisme, qui n'existent pas comme des propriétés des individus mais n'ont de réalité que comme modalité de relation à une chose ou à un être spécifique puisque nous sommes tous dépendants de quelqu'un et de quelque chose, et que l'autonomie absolue n'existe pas.

A. Autonomie, dépendance et déprises

L'autonomie et la dépendance

En 1994, l'OMS a développé le concept de « vieillissement réussi » qui serait caractérisé par « un haut niveau de fonction, avec le maintien des capacités fonctionnelles (ou leur faible atteinte), sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie » (Tap 2011, 81). Cette idée de « vieillissement réussi » avait déjà été abordée auparavant en médecine et en psychologie, et l'idée de la préservation de l'autonomie comme principal facteur d'un « bien vieillir » semble couramment admise et largement partagée dans les sociétés occidentales contemporaines (Tap 2011). La diminution de l'autonomie est le fait d'un ensemble de transformations du corps et de l'esprit qui accompagnent le vieillissement et entraînent d'importantes transformations dans la vie quotidienne de l'individu, mais aussi dans son identité sociale et relationnelle.

Quand le corps ne fonctionne plus comme l'individu et son environnement social considère qu'il le devrait, quand il devient une limite à la capacité d'agir de façon autonome, il peut être perçu comme un fardeau, comme l'objet et la raison du malheur de l'individu âgé. « Lorsque le corps trahit, la personne a tendance à le rejeter comme constitutif de son identité » (Mallon 2006, 190), elle ne se reconnaît plus dans cette enveloppe charnelle qui devient l'emblème d'une dépendance et d'une vulnérabilité difficile à accepter. Selon Isabelle Mallon, les soins en institution gériatrique se concentreraient sur le corps, et cette focalisation sur un corps que l'individu rejette conduirait à la « mort sociale » de la personne âgée dépendante (ibid.). Si la notion de perte d'autonomie est souvent associée à un amoindrissement des capacités corporelles, à des difficultés à se mouvoir et donc à accomplir les gestes du quotidien, il faut

aussi garder à l'esprit que, dans le cas des personnes âgées, « cette perte d'autonomie est souvent aggravée par une perte de la mémoire » (Minnaërt 2008, 12). Mais que la personne connaisse des transformations (considérées comme des dysfonctions) physiques ou bien cognitives, qu'elle soit placée ou non en établissement gériatrique, la perte de l'autonomie engendre dans tous les cas pour Mallon une forte « dissymétrie dans les relations » (ibid.), car l'individu dépendant doit être aidé et accompagné, et qu'il n'est lui-même généralement plus en position de fournir en retour et à proportion égale de l'aide ou du soutien. Cette dissymétrie relationnelle pourrait amener la personne dépendante à une auto-dévalorisation, et pourrait aussi dans bien des cas engendrer une dévalorisation sociale de l'individu âgé, qui est alors perçu comme « encombrant » (Maisondieu 2006, 40).

De plus, la question de l'autonomie et de l'indépendance de la personne âgée semble jouer un rôle très important dans l'acceptation sociale de sa sexualité. Ainsi, comme le déclare Marc Bessin reprenant les propos de Michel Bozon : « L'invention et la valorisation sociale d'un âge de vieillesse active et autonome, le « troisième âge », dans le prolongement de la retraite, contribue à faire reculer les préventions traditionnelles contre la sexualité chez les âgés ; en témoigne *a contrario* le fait que les manifestations d'intérêt pour la sexualité chez les personnes en perte d'autonomie, le « quatrième âge », ou la vieillesse dépendante, continuent à être moins acceptées, considérées comme déplacées et « plus de leur âge » » (Bessin 2009, 129). Ce n'est donc pas la sexualité de tous les individus âgés qui dérange, mais en particulier celle des personnes âgées dépendantes ; la sexualité de la « vieillesse active et autonome », qui renvoie à l'idée de « bien vieillir », serait en revanche tout à fait concevable. Au-delà de l'âge chronologique, ça serait donc aussi, et peut être surtout, la forte dépendance de l'individu âgé vis-à-vis d'autrui qui rendrait sa sexualité inenvisageable, inacceptable. Comme si dépendance physique et matérielle et sexualité s'excluaient mutuellement.

Ainsi, l'augmentation de la dépendance des individus âgés ferait d'eux « des incapables plus tout à fait majeurs » (Amyot 2011, 59), et cela serait véritablement lourd de conséquences sur leur sexualité puisque, selon Ann Christine Frankowski et Leanne J. Clark, « sexuality and intimacy extend from autonomy to rape and victimization » (Frankowski et Clark 2009, 30). En effet, lorsque la personne âgée est sujette à des troubles cognitifs ou des pertes de mémoire, notamment dans le cas des maladies de type Alzheimer, l'une des questions centrales par rapport à sa sexualité devient celle de « la caractérisation du consentement de la personne particulièrement vulnérable » (Thierry 2011, 144). Cette question du consentement, qui est au cœur des représentations contemporaines d'une « bonne sexualité », joue un rôle très important

dans le fait que la relation intime de la personne âgée dépendante avec une tierce personne soit perçue ou non comme quelque chose de légitime par les soignants et la famille. Mais la notion de consentement n'est pas sans ambiguïté et ne serait pas toujours opérante. Ainsi, comme l'explique Denis Vaginay, « on se représente [...] le contraire du consentement comme une contrainte ou une violence », or « la définition du consentement, c'est l'acquiescement donné à un projet », mais « peut-on dire que ce qui amène aux jeux sexuels ou au coït relève essentiellement du consentement ? Est-on assez lucide, distancié ou détaché à ce moment-là pour évoquer avec son (ou ses) partenaire(s) la validité d'un projet ? Est-on suffisamment maître de son désir ? » (Vaginay. 2011, 172). De plus, l'idée même de consentement sous-entend de façon implicite que la relation intime serait nécessairement le fruit d'une « relation dissymétrique » qui comporterait « un entraîneur vis à vis duquel l'entraîné aurait à se positionner » (Vaginay. 2011, 173).

La question du consentement intervient dans toutes les relations sexuelles, mais dans le cas des personnes âgées dépendantes, elle interroge plus spécifiquement sur leur capacité à consentir. C'est là l'une des nombreuses problématiques communes à la sexualité des personnes âgées et à celle des personnes handicapées, et il semblerait que sur plusieurs points, la question de l'accès à la sexualité présente dans le grand-âge et dans les situations de handicap « des éléments convergents », sans qu'il faille néanmoins confondre ces deux cas (Pitaud 2011, 24). Le 11 février 2005, la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a défini le handicap de la façon suivante : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de l'altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Thierry 2011, 148). C'est donc une définition très large (ibid.), selon laquelle on pourrait considérer les personnes âgées dépendantes comme étant en situation de handicap. Cette même loi a également consacré quelques articles à l'intimité de ces personnes, affirmant leur droit d'avoir une sexualité (Pitaud 2011). Toujours sur le plan juridique, « les conventions européennes interdisent [...] de « priver l'individu de sa sexualité » » (Pitaud 2011, 23). Ainsi, le droit appréhende la sexualité comme une liberté à laquelle il ne saurait être porté atteinte, mais non comme un droit dont découlerait pour l'État l'obligation de proposer un accès à la sexualité aux personnes qui, en raison de leur handicap, ne parviennent pas à trouver de partenaire (Thierry 2011). Et c'est bien là que se situe l'enjeu de la légalisation ou non de l'assistance sexuelle.

L'assistance sexuelle est un service à la personne handicapée encadré par l'État, dont la nature et les modalités varient fortement selon les pays où elle est pratiquée, et même à l'intérieur de ces pays selon les organismes qui proposent ce service et les personnes qui l'assurent (Thierry 2011). Il s'agit d'individus qui ont reçu une formation spécifique et qui proposent aux personnes en situation de handicap une relation érotique ponctuelle qui peut, selon les législations et les types d'interventions, aller de l'échange de caresses au rapport sexuel avec pénétration, en échange d'une rémunération (ibid.). Il est difficile de connaître avec précision l'étendue de cette pratiques et les différentes formes qu'elle peut prendre ; elle n'existe pas, du moins pas officiellement, en France, mais elle serait reconnue dans plusieurs pays d'Europe tels que la Suisse, les Pays-Bas ou le Danemark (ibid.). D'après Jean-Baptiste Thierry, il serait difficile d'intégrer l'assistance sexuelle dans le droit français, « en raison de sa délicate délimitation et de la détermination de son régime » (Thierry 2011, 146). En effet, pour que l'assistance sexuelle soit légalisée en France, il faudrait clarifier un certain nombre de points : notamment définir la nature du service, déterminer qui peut offrir ce service et selon quelles conditions, et qui peut bénéficier de ce service et selon quelles conditions (Thierry 2011). Comme l'explique Lucie Nayak, « pour établir sa légitimité, l'assistance sexuelle doit se conformer à certaines injonctions sociales en matière de sexualité » (Nayak 2013, 462). Ce faisant, les personnes qui pratiquent l'assistance sexuelle prennent soin de clairement la distinguer de la prostitution (Nayak 2013). Ainsi, pour ce qui est de la nature du service, selon Thierry, « si les mobiles diffèrent, les pratiques sont formellement identiques » (Thierry 2011, 147). Pourtant, d'après l'étude de Nayak, les assistants sexuels considèrent effectivement que les mobiles diffèrent, puisqu'ils envisagent leur activité comme « découlant d'une « ambition humaniste » » (Nayak 2013, 463), mais ils considèrent aussi que les pratiques ne sont pas les mêmes car les assistants sexuels ne proposent pas une « prestation stéréotypée » (Nayak 2013, 462) mais ils pratiquent « massages, caresses, jeux sensuels, enseignement de la masturbation destiné à éviter les blessures, et parfois, mais rarement, des rapports sexuels pénétratifs » (ibid.). Il faudrait également pour admettre l'assistance sexuelle dans le droit français, établir avec précision le régime de la profession d'assistant sexuel, déterminer qui peut devenir assistant et quelles formations lui seront proposées (Thierry 2011). Sur ce point-là également, d'après Nayak, les personnes qui pratiquent l'assistance sexuelle tiennent à se distinguer des prostitués de par la formation particulière qu'ils ont reçue et qui les rendrait plus compétents pour accompagner les personnes en situation de handicap dans leur sexualité (Nayak 2013). On voit donc bien comment « en quête de légitimité, l'assistance sexuelle doit [...] faire en sorte de se démarquer de la prostitution » (Nayak 2013, 465). Et cette légitimité, l'assistance sexuelle la

rencontre dans le discours actuel qui voit dans la sexualité une forme de thérapie, ou en tout cas un vecteur important de bien-être et de santé (Nayak 2013). Mais si elle devait devenir légale en France, il faudrait définir les catégories d'individus qui pourraient bénéficier de ce service, et, comme nous l'avons vu, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances définit le handicap de façon très large et, selon cette définition, une très grande diversité d'individus représentant probablement une proportion conséquente de la société pourrait bénéficier de l'assistance sexuelle (Thierry 2011).

Pour Marcel Nuss, il faudrait rendre légale l'assistance sexuelle tout en conservant une définition large de la personne handicapée qui permettrait à tous les individus en situation de handicap, y compris les personnes âgées et quelle que soit la nature de ce handicap, de bénéficier d'un accompagnement érotique et sexuel (Nuss 2011). Car Nuss envisage véritablement l'assistance sexuelle comme un outil thérapeutique, facteur de bien-être et d'épanouissement, et déclare que « l'accompagnement sexuel est une forme de thérapie de l'incarnation, de la réappropriation de sa corporéité et de sa charnalité » (Nuss 2011, 194). Jean-Baptiste Thierry en revanche, considère qu'avec l'assistance sexuelle, « on met de côté l'autonomie de la personne et son intégration sociale », et que cette pratique pourrait accentuer la stigmatisation des personnes en situation de handicap (Thierry 2011, 156). En effet, un recours systématique à cette pratique pourrait dissuader les personnes qui en bénéficient de chercher à tisser des liens sociaux qui pourraient leur permettre de rencontrer des partenaires sexuels, et pourrait peut-être, sur le long terme, renforcer l'isolement de ces individus. Il est également vrai que la généralisation de cette pratique pourrait, comme l'a soulevé Jean-Baptiste Thierry, renforcer la stigmatisation des personnes en situation de handicap en alimentant l'idée selon laquelle ces individus ne pourraient accéder à la sexualité qu'à travers un rapport contractuel avec rétribution financière avec une personne dite « valide ». Comme le déclare Lucie Nayak, la mise en place d'un dispositif particulier pour répondre aux besoins sexuels des personnes en situation de handicap « renforce la représentation selon laquelle leur sexualité serait singulière, différente de celle des valides, et souligne la frontière entre les deux mondes » (Nayak 2013, 467).

La question de l'autonomie est donc centrale dans la façon dont les individus envisagent la sexualité des personnes très âgées, mais aussi de manière plus générale dans la manière dont est perçu le quatrième âge et dans sa position sociale. Comme nous l'avons vu avec la notion de « vieillissement réussi » telle qu'elle a été définie par l'OMS en 1994, le degré d'autonomie est communément admis comme facteur déterminant d'une manière de « bien vieillir ». La

diminution de cette autonomie et l'augmentation de la dépendance dans le quatrième âge serait donc un état pathologique de la vieillesse, un « mauvais vieillissement » en quelque sorte. Rose-Marie Lagrave semble également considérer que la préservation de l'autonomie est primordiale pour bien vieillir, et elle met cet effort d'autonomie en lien avec les luttes féministes, déclarant que « le travail d'autonomie est [...] au centre de l'entreprise féministe » (Lagrave 2009, 114). Elle s'étonne dès lors que les féministes gardent le silence sur ces questions de vieillesse, et considère qu'il faudrait « proposer une autre définition de la vieillesse, et dans une logique féministe, [...] la qualifier en terme d'incapacité à exercer sa liberté » (Lagrave 2009, 117). Cette liberté est généralement envisagée en termes de « liberté d'agir » et, dans cette perspective, la forte diminution des capacités corporelles dans le grand âge est perçue comme une limite de cette liberté, et la personne très âgée devient alors un être fondamentalement dépendant car privé de son autonomie. Mais peut-être devrait-on, pour nuancer cette vision fataliste d'un grand âge qui ne serait plus autonome dès lors que son corps ne lui permettrait plus d'agir comme il le souhaiterait ou comme il le devrait, considérer l'autonomie non pas seulement comme une façon d'agir par soi-même, mais aussi et surtout comme une façon de penser, de s'exprimer et de choisir par soi-même.

Il me semble que, dans cette optique, on peut tout à fait envisager qu'il y ait une dimension de l'autonomie personnelle qui relève avant tout du choix, et que cette autonomie doive être protégée et encouragée comme quelque chose de primordial dans la construction et la préservation de l'identité individuelle. Ainsi, la personne âgée qui n'est plus capable de s'habiller seule peut encore, dans la grande majorité des cas, choisir comment s'habiller, et même si son choix n'est pas au goût de son entourage, il témoigne de l'autonomie de cette personne âgée et de la façon dont elle construit son identité, ou du moins l'image d'elle qu'elle souhaite donner aux autres. Certains diront que si cette personne a besoin de quelqu'un pour s'habiller, alors on ne peut pas sérieusement considérer qu'elle soit autonome. Mais si la notion d'autonomie, perçue de manière si positive dans les sociétés occidentales, est absolument exclusive de toute forme de dépendance, alors dans ce cas l'autonomie est bien la plus individualiste des valeurs et il me semble que, fort heureusement, personne n'est véritablement et pleinement autonome. Dans cette perspective, Christine Détrez et Anne Simon déplorent le fait que la dépendance ne soit pas considérée « comme le fondement même de tout lien social, qui relève par essence de l'interaction, mais comme une incapacité ontologique » (Détrez et Simon 2006, 366). Comme le rappelle Philippe Pitaud, « vieillir avec ou sans déficiences que notre société transforme en handicap [...] pose avant tout la question de la relation de l'individu au monde qui l'entoure » (Pitaud 2011, 21). La vieillesse et la dépendance physique du grand

âge interroge donc sur les notions d' « échange » et de « partage » dont la sexualité n'est qu'une des dimensions (ibid.), « on doit se rappeler que le handicap est également un appel à l'autre ; cet autre qui va pouvoir compléter ce que je ne peux faire dans ma vie quotidienne » (Pereira 2011, 129). Selon Guillaume Le Blanc, « il faudrait, depuis cette brisure de la vie créatrice induite par le vieillissement revenir vers la vieillesse comme fait vital de la diminution et, partant, de la dépendance. Ceci impliquerait de se tourner vers une autre ontologie, non plus de la puissance mais de la précarité vitale » (Le Blanc 2008, 108).

Quelle que soit la manière dont on envisage la dépendance, la diminution des capacités d'agir qui accompagne le vieillissement de l'individu engagerait nécessairement, selon les théoriciens du vieillissement, une série d'adaptations, tant au niveau de l'environnement du sujet fortement dépendant, qu'au niveau de la personne elle-même, de sa manière d'être et de ses activités.

Le désengagement et la déprise

D'après les psychologues du vieillissement, le parcours de vie se déroulerait « selon une suite d'étapes » et un « travail psychologique » serait nécessaire pour passer ces étapes (Henrard 2006, 15). Le psychothérapeute Gérard Ribes affirme que le vieillissement « s'accompagne de mécanismes adaptatifs et compensatoires » (Ribes 2009, 13). C'est sur cette idée de phases successives de l'existence, dont celle du grand âge susciterait un processus adaptatif particulier, que s'est construite la théorie du désengagement développée dans les années 60 par Elaine Cumming et William Earl Henry. D'après la lecture qu'en fait Sylvain Poupi, la théorie de Cumming et Henry suppose que « en vieillissant, il y aurait comme un accord tacite entre l'individu et la société. Chacune des parties, séparées par des objectifs de vie différents, s'éloignerait l'une de l'autre. Le vieillissement serait vécu comme un désengagement réciproque entre l'individu et la société » (Poupi 2000, 3). Selon la théorie du désengagement, les individus âgés seraient mis à l'écart de la société par une série de processus sociaux tels que la retraite et le placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et se mettraient eux-mêmes à l'écart par un processus naturel (car inhérent au phénomène de vieillissement) en diminuant progressivement leurs activités et interactions sociales (Cumming et Henry 1961). Cette théorie est donc fortement empreinte d'essentialisme, puisqu'elle part du principe que l'individu vieillissant aurait naturellement tendance à s'isoler et se désengager de

la vie sociale. Quant aux facteurs sociaux (retraite et placement en institution) qui participeraient à ce désengagement de la personne âgée, ils n'engagent à priori pas nécessairement un retrait social de l'individu âgé, comme nous le verrons par la suite.

Cumming et Henry conçoivent la théorie du désengagement comme une évidence relevant du sens commun, découlant de l'observation objective d'un phénomène de diminution de l'implication du sujet vieillissant dans le monde qui l'entoure (Cumming et Henry 1961). Selon leur théorie, le vieillissement s'accompagnerait inévitablement d'un retrait par rapport à la société, d'un repli sur soi aisément constatable de par la diminution, qui ressort dans plusieurs études, des interactions sociales dans le grand âge (ibid.). Les principaux symptômes du processus de désengagement seraient donc, selon Cumming et Henry, une réduction du nombre d'individus dans l'entourage social de la personne âgée, un amoindrissement de ses interactions avec ces individus, et une restructuration de ses objectifs de vie (ibid.). Et la sexualité des individus âgés n'échapperait pas à ce processus : les auteurs de la théorie du désengagement posent la « perte de la puissance sexuelle »² (Cumming et Henry 1961, 7) comme inhérente au vieillissement, et constatent une diminution significative de la recherche de l'amour dans le grand âge qu'ils considèrent bien sûr comme participant au processus de désengagement et comme un élément supplémentaire pour prouver la validité de leur théorie (Cumming et Henry, 1961). Mais envisager la sexualité en termes de « puissance sexuelle » est évidemment une perspective très réductrice et qui me semble répondre uniquement à une certaine vision masculine de la sexualité comme expression de la virilité, de la force et de la vigueur de l'homme. Et si un amoindrissement, voire un arrêt, de la recherche amoureuse est parfois constaté, en particulier chez les femmes (Delbès et Gaymu 2001 ; Bajos et Bozon 2011 ; Kontula et Haavio-Mannila 2009 ; Lindau et al. 2007), il semblerait qu'il soit le fruit de multiple facteurs, et il est sans doute un peu hâtif et exagéré de l'expliquer, ou plutôt d'éviter d'avoir à l'expliquer, en l'attribuant à un processus systématique et inévitable de désengagement.

La psychanalyste Catherine Wieder, s'appuie sur la théorie de Cumming et Henry qu'elle reprend dans une optique plus actuelle et plus psychologisante, préférant parler de « désinvestissement » (Wieder 2006). Elle déclare ainsi que : « si les conditions externes imposées par notre société [...] mettent le sujet sur les rails du désinvestissement, des facteurs internes comme l'amoindrissement de la libido liante se joignent à elles pour concourir à la fonction désinvestissante mue par la pulsion de mort » (Wieder 2006, 45). Wieder se situe donc dans la perspective Freudienne de la dualité des pulsions humaines, entre Éros, l'instinct de vie,

² D'après la traduction de C. Vallée

et Thanatos, l'instinct de mort ; elle conçoit ainsi le désinvestissement comme un basculement de l'individu âgé d'un état psychologique de pulsion de vie, dont la libido est au cœur car considérée comme « instinct de vie », à un état psychologique de pulsion de mort, dont la libido est naturellement exclue. Là encore, cette théorie semble proposer une approche peu explicative du problème, car elle s'inscrit toujours dans une perspective assez essentialiste, et elle ne prend pas en considération le fait que le désir et la libido ne décroissent pas systématiquement et significativement dans le grand âge (Colson 2007 ; Ribes 2009).

La théorie du désengagement aurait été très populaire parmi les sociologues des années 1960 et 1970, et correspondrait à ce que Mike Bury considère comme une vision fonctionnaliste de la vieillesse comme d'un âge de désengagement social et de perte des rôles sociaux, point de vue largement partagé dans ces années-là aux Etats-Unis et en Grande Bretagne (Bury 1995). Ces dernières décennies, la théorie de Cumming et Henry a bien sûr fait l'objet de critiques (ibid.) ; pour Sylvain Poupi, elle repose sur « un a priori basé sur l'involution qui est une approche réductionniste du problème » (Poupi 2000, 3). Mais elle a surtout été reprise, réutilisée, et parfois transformée dans un but d'amélioration, par des psychologues et des sociologues (Poupi 2000). Ainsi, comme le rapporte Vincent Caradec, « une équipe de sociologues toulousains [...], autour de Serge Clément et de Marcel Drulhe, ont réactualisé la théorie dite « du désengagement » tout en corrigeant ses aspects les plus contestables » (Caradec 2009, 42). Cette réactualisation s'est accompagnée de modifications terminologiques puisqu'on ne parle plus aujourd'hui de désengagement mais de déprise. La théorie de la déprise reprend l'idée de désinvestissement social du grand âge avancée par Elaine Cumming et William Earl Henry, mais elle insiste plus sur la dimension adaptative de ce processus et sur le réinvestissement du temps libéré dans d'autres domaines de la vie, ou même de la sociabilité (Ribes 2009). Pour Caradec, « la déprise peut être définie comme le processus de réaménagement de la vie » (Caradec 2009, 42). Ce réaménagement de l'existence individuelle serait caractérisé par un abandon, de la part du sujet âgé, de certaines de ses relations et activités, et parallèlement par l'adoption de nouvelles relations et activités jugées plus adaptées à sa nouvelle condition physique et cognitive ; « l'enjeu de la déprise consiste ainsi à maintenir des « prises » signifiantes sur le monde » (Caradec 2009, 44). C'est donc une perspective plus optimiste que celle du désengagement, puisqu'il y aurait dans la déprise « autant d'acquisitions que de pertes » (Ribes 2009, 14). Mais il convient de remarquer que les individus effectuent des réaménagements de leur existence à tous les âges de la vie, qu'il est donc curieux de considérer ce processus comme propre au vieillissement et de le nommer justement (puisque'il s'applique au vieillissement) de manière à mettre en relief les pertes et à gommer les

acquisitions, en parlant de déprise. La déprise n'est finalement que le terme utilisé pour décrire des transformations dans la façon de vivre des personnes âgées, transformations qui ont lieu tout au long de la vie mais qui semblent peut-être plus négatives et plus angoissantes dans la vieillesse. Ces réaménagements de l'existence se font déprises dans la vieillesse parce que celle-ci est, comme nous le verrons, marquée par l'idée de la perte.

Cependant, pour les sociologues français du vieillissement tels que Clément et Caradec, la sexualité des personnes âgées peut, et même doit, être pensée en terme de déprise ; et l'abandon de la vie sexuelle aux âges avancés est donc perçu comme s'inscrivant dans un processus plus général et inévitable de déprise et de renoncement à certains domaines de la sociabilité (Bessin et Blidon 2011). Or, selon Marc Bessin et Marianne Blidon, « alors que l'exclusion progressive des personnes âgées de certaines sphères d'activité est l'objet d'une attention soutenue et d'une préoccupation généralisée, les déprises sexuelles sont trop souvent occultées » (Bessin et Blidon 2011, 2). En effet, même si peu d'auteurs, voir aucun, semblent s'être penchés sur cette question, il y aurait plusieurs manières d'envisager la déprise sexuelle dans le grand âge : comme un abandon des relations sexuelle avec un réinvestissement dans de nouveaux modes de relations et d'interactions sociales, ou comme un abandon de certaines pratiques sexuelles qui s'accompagnerait d'un réinvestissement dans d'autres formes de sexualité et de plaisir érotique. Mais si la théorie de la déprise peut permettre de décrire certains renoncements à la sexualité et peut-être même certaines évolutions de la vie sexuelle, malgré le fait que le terme même de déprise induise plus l'idée de renoncement que d'évolution, l'appréhender comme un processus systématique et inéluctable me paraît inapproprié, car le concept de déprise ne me semble pas pouvoir s'appliquer à tous les individus âgés ni à toutes les situations. De plus, expliquer les transformations de la vie sexuelle dans le grand âge par la seule théorie de la déprise me semble réducteur, car cela revient à imputer ces transformations uniquement à un processus plus large de réaménagement de l'existence, et évite d'avoir à s'interroger sur les particularités du traitement social de la sexualité individuelle.

Selon Isabelle Mallon, « si certaines activités sont abandonnées sans état d'âme, celles qui soutenaient fortement l'identité sont délaissées sinon dans la douleur, au moins dans les regrets » (Mallon 2006, 189). En effet, le maintien, la construction et la reconstruction de l'identité individuelle semble être l'un des principaux enjeux de la déprise, et, pour Marc Bessin et Marianne Blidon, « la déprise rend compte d'un travail identitaire renégocié – en termes biographique et relationnel – visant à s'ajuster aux circonstances du temps qui passe » (Bessin et Blidon 2011, 2). Là encore, selon cette définition, la déprise n'apparaît pas comme un phénomène propre au grand âge ; ainsi, Isabelle Mallon déclare : « Vieillir est notre manière

habituelle d'exister. Nous effectuons des déprises, qui passent inaperçues, ou sont compensées par des investissements dans des statuts et des activités socialement valorisés » (Mallon 2006, 192). Mais qu'en est-il de ces statuts et de ces activités dans le grand âge ?

B. Statut, position sociale

Dans de nombreuses sociétés, la vieillesse a bénéficié et bénéficie parfois encore d'un statut social, politique et économique, largement privilégié (Sakai 2006), c'était notamment le cas en Chine et au Japon, où « la gérontocratie, vue comme source de sagesse, faisait l'objet d'un consensus » (Sakai 2006, 310). De même, selon Louis Vincent Thomas, « la société négro-africaine traditionnellement est gérontocratique » (Thomas 1983, 71). Et si les sociétés gérontocratiques semblent moins nombreuses aujourd'hui qu'hier, pour Jacqueline Trincaz, ce serait essentiellement dû à la généralisation de l'écriture, et à la raréfaction du recours social à la tradition orale et au droit coutumier, car « d'une façon générale, le pouvoir de l'âge résiste mal au développement du droit » (Trincaz 1998, 184). Aujourd'hui, l'idée partagée par plusieurs auteurs est que dans les sociétés occidentales, le grand âge occupe une place peu enviable, marginale, voire inexistante ; l'individu âgé serait « acceptable s'il vit retiré, discret, invisible » (Trincaz 1998, 189). Pour Rose Marie Lagrave, les vieux « ne sont jamais à leur place [...] parce qu'ils n'ont plus de place sociale » (Lagrave 2011). Cette absence de statut social défini et significatif conduit Guillaume Le Blanc à déclarer que « la vieillesse correspond à une mise à nu de l'être qui ne laisse plus aucun paraître social scintiller » (Le Blanc 2008, 96). C'est là un avis qui peut être nuancé et qu'il nous faudra discuter.

Mais pour l'heure, il me faut signaler que si je traite du statut social des individus très âgés comme d'un objet homogène, c'est pour faire ressortir plus facilement les enjeux et les problématiques qu'il soulève, mais que je ne considère pas pour autant qu'il n'y ait qu'un seul type de statut social qui serait le même pour toutes les personnes âgées. Je pense en effet que, dans la vieillesse comme aux âges antérieurs, la position sociale des individus varie selon une multitude de facteurs sociaux, familiaux, professionnels, économiques, environnementaux, etc. Et qu'elle est relative au contexte, à la situation dans laquelle se trouve l'individu à un moment

précis. Pour ce qui est de la personne très âgée, sa situation financière par exemple me semble importante dans le statut social qui lui est attribué, car, comme le remarque Jacqueline Trincaz, « le regard porté sur les riches ou sur les pauvres n'est pas le même » (Trincaz 1998, 184). De même, le genre de l'individu âgé est à prendre en compte et semble également conditionner largement sa position sociale.

Mais lorsque le statut social de la vieillesse est mis en relation avec le genre, il s'agit souvent d'analyses en termes d'inégalité de pouvoir et de domination. Toni Calasanti par exemple, remarque que les femmes âgées sont plus souvent en situation d'insécurité financière que les hommes âgés, et qu'elles sont plus susceptibles de s'occuper des autres et de les soigner que les hommes (Calasanti 2010). Jay Ginn et Sara Arber insistent sur l'importance de comprendre comment l'âge et le genre conditionnent la distribution sociale des pouvoirs et des privilèges (Ginn et Arber 1995). De même, Janet Askham s'interroge sur la continuité de la domination masculine dans le grand âge : « men's earlier advantage is transmitted into later life through their higher pensions » (Askham 1995, 96). Gail Wilson constate lui une diminution, voir un anéantissement de cette domination masculine dans les relations de genre des individus âgés : il y aurait un déclin du pouvoir des hommes dans le grand âge dont les femmes pourraient tirer profit (Wilson 1995). On trouve également, dans le champ des études sur le rapport entre genre et avancée en âge, plusieurs travaux qui s'intéressent aux différences sexuées dans l'activité de soin (Matthews et Campbell 1995) : il semblerait, selon les chercheurs qui se sont penchés sur la question, que le rôle de soignant, ou plutôt l'activité de prendre soin de quelqu'un, soit typiquement féminine (Matthews et Campbell 1995 ; Rose et Bruce 1995). Rose-Marie Lagrave fait le rapprochement entre vieillesse et féminisme, partant du postulat que les personnes âgées, comme les féministes, luttent pour préserver et protéger leur autonomie et leur liberté. Elle déplore le silence des féministes sur la condition sociale du grand âge et l'absence de mouvement de revendication organisé parmi les personnes âgées pour améliorer cette condition, car pour elle, le militantisme serait un « puissant antidote à la vieillesse » (Lagrave 2011, 4). Ainsi, malgré le regard positif que Lagrave, auteur notamment d'un article intitulé « Ré-enchanter la vieillesse », tente de porter sur le grand âge, si elle propose un antidote à la vieillesse c'est bien que, d'une certaine manière, elle la considère comme un poison. Il est en effet très difficile de s'arracher à la vision sombre et angoissée d'une vieillesse par nature déficitaire, qui serait l'âge de toutes les pertes, marqué par la souffrance, par la lutte acharnée mais perdue d'avance, ou au mieux par l'abnégation.

Isabelle Durand-Le Guern déclare « vieillir, c'est avant tout être victime d'une perte » (Durand-Le Guern 2006, 209). Et il me semble que c'est bien ainsi que la vieillesse est perçue, quel que soit l'angle sous lequel elle est observée. Sur le plan biologique et médical, les transformations physiques et cognitives qui accompagnent le vieillissement sont toujours envisagées comme des pertes : on parle par exemple de la perte de certaines capacités corporelles ou de la perte de la mémoire. Alors qu'on pourrait envisager ces transformations comme des changements remarquables dans la façon dont le corps fonctionne, voir comme des évolutions, elles sont systématiquement considérées comme des déficiences, et donc comme des insuffisances, des carences. Et cette vision déficitaire de la vieillesse semble être un motif que l'on peut retrouver dans tous les domaines de l'existence des sujets âgés : perte du travail, perte du conjoint, perte de la puissance sexuelle, perte de l'autonomie, perte du domicile, etc. Ainsi, « la vieillesse se définit essentiellement par la négative, par l'absence, par ce qu'elle n'est plus » (Durand-Le Guern 2006, 218), et pour Isabelle Mallon, « la dimension négative et déficitaire de la vieillesse [...] paraît procéder d'une projection, une projection de soi, de ses pulsions, de ses affects, dans la vieillesse de l'autre » (Mallon 2006, 184).

Quoi qu'il en soit, cette définition de la sénescence comme d'un âge de la perte n'échappe pas à la façon dont est construite et perçue l'identité sociale du grand âge, comme nous avons commencé à l'entrevoir avec les concepts de désengagement et de déprise. Ainsi, pour Louis-Vincent Thomas, la retraite correspond pour l'individu âgé à la perte de son rôle social, à la perte de ses collègues de travail et parfois même à la perte de son logement (Thomas 1975). Selon lui, « la retraite équivaut à la mort sociale » (Thomas 1975, 50). Bien sûr, il faudrait nuancer fortement les propos de Thomas car, bien que je ne dispose pas de données suffisantes pour y opposer des exemples concrets, le lien de cause à effet qu'il pose entre le départ à la retraite et la désocialisation de l'individu, ne me semble pas véritablement convainquant ni valable dans tous les cas, puisqu'on pourrait au contraire envisager que la retraite laisse justement plus de temps libre pour entretenir les relations avec sa famille et ses amis, pour s'occuper de son couple ou pour s'engager dans des activités permettant de rencontrer de nouvelles personnes. Sans surprise, Thomas porte le même regard sur l'entrée en maison de retraite et, selon lui, « l'hospice [...] est à la fois la conséquence de la mort sociale et son instrument le plus perfectionné » (Thomas 1975, 51). Là encore, on pourrait objecter que, vu sous un autre angle, l'entrée en EHPAD peut au contraire être perçue, entre autre, comme un moyen de lutter contre l'isolement social de l'individu âgé.

Pour Irving Rosow également, l'individu subit dans le grand-âge la perte de son

intégration sociale et de ses rôles sociaux (Rosow 1977). De même, Elaine Cumming et William Earl Henry auraient fait le constat suivant : « there is a steady decrease in the percentage of people with a high daily interaction as we proceed up the age range » (Cumming et Henry 1961, 46). Selon Cumming et Henry donc, le vieillissement s'accompagnerait d'une diminution des interactions sociales chez l'individu âgé, ce qui peut être interprété comme un amenuisement de son intégration sociale. De plus, d'après les théoriciens du désengagement, il y aurait dans le grand-âge, un déclin significatif du nombre de rôles sociaux assumés par la personne âgée, qui serait dû en grande partie à la perte du travail et à la perte de parents proches (Cumming et Henry 1961). Irving Rosow, dans *Socialization to old age*, appréhende la vieillesse sous l'angle de la « socialisation » qu'il définit comme l'intégration individuelle d'un ensemble de normes sociales, ces normes correspondant à ce que la société attend d'un individu en fonction de sa position sociale (Rosow 1977). Il constate quant à lui une ambiguïté dans le rôle social de la personne âgée qui tiendrait au fait qu'il y aurait peu d'activités dévolues au grand âge : « the norms provide almost no expectations that effectively structure an older person's activities and general pattern of life » (Rosow 1977, 69). La vieillesse constituerait donc une rupture avec les autres âges de la vie, en ce sens qu'il y aurait une absence de cadre de « socialisation », et donc de normes et de rôles sociaux propres au quatrième âge (Rosow 1977). Ainsi, selon Rosow, « old person's life is basically roleless » (Rosow 1977, 69). C'est également ce que semblait vouloir signifier Rose-Marie Lagrave lorsqu'elle déclarait que si les individus âgés dérangent, s'ils ne sont jamais à leur place, c'est justement « parce qu'ils n'ont plus de place sociale » (Lagrave 2011, 6).

Pourtant, d'après Régis Schlagdenhauffen, « la vieillesse fait particulièrement l'objet de normes sociales, sexuelles, familiales » (Schlagdenhauffen 2011, 2). Il est vrai que, comme nous l'avons brièvement évoqué à propos des représentations sociales de la vieillesse, un certain nombre d'interdits, notamment vestimentaires, comportementaux et sexuels semblent peser sur le grand-âge. Mais si cela paraît a priori fortement contradictoire avec la théorie de Rosow selon laquelle il y aurait peu de normes définies pour les individus âgés, cela ne l'est peut-être pas fondamentalement. En effet, s'il on admet la vision de Rosow et en même temps celle de Schlagdenhauffen, on peut envisager de façon hypothétique, que le grand-âge est l'objet de nombreuses normes visant à proscrire certaines activités ou certaines attitudes, mais qu'il est en revanche peu l'objet de normes prescriptives. On peut donc également concilier l'idée d'un grand âge soumis à un certain nombre de normes et d'interdits, et simultanément dénué de rôles standards qui lui seraient attribués. Ainsi, selon cette perspective, on en revient à une vieillesse qui serait essentiellement définie par la négative, c'est à dire parce qu'elle ne peut pas et ne doit

pas être, et non pas parce qu'elle peut et doit être.

Cette idée selon laquelle il n'y aurait pas de rôles sociaux dévolus au grand âge est bien sûr tout à fait discutable : on pense évidemment au rôle de grand parent, à un rôle éducatif au sens large en tant qu'individu qui, de par son âge, est le témoin d'une histoire, détenteur d'une mémoire, porteur de valeurs qu'il va ou non chercher à transmettre, et il peut aussi être le parent, l'époux, l'amant, l'ami, le voisin serviable ou contraignant, etc. Cependant, dans le cas du « quatrième âge » auquel je m'intéresse plus particulièrement, il semblerait en effet que la plupart de ces rôles sociaux aient tendance à s'estomper, voir à disparaître, notamment avec l'augmentation de la dépendance et le placement en institution. Mais je ne pense pas qu'il faille pour autant en déduire que ces rôles ne sont pas remplacés par d'autres où ne sont pas tout simplement toujours actifs sous une forme différente. Cependant, que l'on considère ou non que les rôles sociaux de l'individu s'amenuisent et disparaissent dans le grand-âge, il semblerait que cette disparition soit avérée au moins pour certains de ces rôles, et notamment ceux qui sont en lien avec la profession. La perte de ce statut professionnel et l'exclusion de l'individu âgé du circuit de production, me paraît en effet jouer un rôle non négligeable dans la construction et la perception de l'identité sociale de la vieillesse.

« À quoi je sers ? » Le psychothérapeute et sexologue Gérard Ribes aurait très souvent entendu cette phrase lors de ses consultations avec des patients âgés (Ribes 2009, 17). Selon Cyril Hazif-Thomas, « le statut de la personne sociale par rapport à la productivité et la place du vieillard dans la société ne sont pas suffisamment pris en compte pour que la personne âgée échappe au sentiment d'inutilité » (Hazif-Thomas et al. 2002, 408). S'il est possible en effet que le départ à la retraite entraîne chez certains individus un tel sentiment, je pense que dans de nombreux cas il peut, au moins dans un premier temps, être compensé par un investissement du retraité dans des activités telles que le bénévolat ou, comme c'est plus souvent le cas, dans des activités qui rendent service à son entourage, comme s'occuper de ses petits-enfants, cuisiner, repriser, conseiller, etc. Mais lorsque les capacités physiques et cognitives de la personne âgée ne lui permettent plus d'assurer ces services, lorsque non seulement elle ne peut plus s'occuper des autres mais qu'en plus elle a besoin que les autres s'occupent d'elle pour effectuer les gestes du quotidien, alors elle peut apparaître à leurs yeux, mais probablement surtout aux siens, comme inutile. Et pour Louis-Vincent Thomas, l'entrée de l'individu âgé en institution gériatrique ne ferait qu'accroître ce sentiment d'inutilité (Thomas 1975).

Lorsqu'on aborde l'identité sociale de la vieillesse en relation avec les notions d'utilité,

de productivité, on échappe rarement, de la part des chercheurs en sciences sociales, à la comparaison du statut social du grand âge dans les sociétés dites traditionnelles et dans les sociétés occidentales contemporaines. Ainsi, Louis-Vincent Thomas déclare que « la société africaine, parce que plus riche en signes et en symboles qu'en techniques et en outils, ne s'attache pas à la rentabilité et à l'efficacité, donc ne surévalue pas le jeune » (Thomas 1983, 73). Pourtant, huit ans plus tôt, dans *Anthropologie de la mort*, il écrit que « dans les sociétés pauvres, [...] les vieillards semblent devoir être abandonnés » (Thomas 1975, 361), et dans ce même ouvrage, il explique que même dans les sociétés traditionnelles plus riches sur le plan matériel et économique, « pour peu que [les vieux] deviennent gâteux, on ne manque pas de mettre un terme à leur existence [...] parce qu'ils sont désormais inutiles » (Thomas 1975, 362). Dans son article de 1983, en revanche, Thomas décrit un statut social du grand-âge fortement valorisé dans les sociétés traditionnelles africaines, avec des individus âgés qui continuent à participer aux activités de production et des individus très âgés qui jouent un rôle important dans les domaines de la politique et du magico-religieux (Thomas 1983). À l'inverse, dans le monde occidental, « l'idéologie productiviste, tout uniment polarisée sur la rentabilité et le profit » conduirait à dévaloriser la vieillesse (Thomas 1975, 365). Irving Rosow semble plutôt partager cet avis, et considère que « the progressive corrosion of the status of the aged is an unintended but direct result of larger social changes » (Rosow 1977, 2). Ces changements interviendraient à plusieurs niveaux de la société : il y aurait un phénomène d'isolement social accru par la mobilité résidentielle, mais aussi un affaiblissement des réseaux d'entraide informels dû à l'augmentation de la prospérité sociale et de l'autonomie individuelle (Rosow 1977). En somme, pour Rosow, « our productivity is too high and our mutual dependence too low » (Rosow 1977, 7). La dévaluation de l'identité sociale du grand âge serait donc le propre de nos sociétés modernes productivistes et individualistes, et, à travers les propos de Rosow et Thomas, on peut distinguer l'idée commune et nostalgique selon laquelle « c'était mieux avant ». Dans une perspective comparable, Jean-Claude Henrard considère que la perception négative de la vieillesse et l'idée d'improductivité qui lui est associée « est le témoin de la prééminence de la logique économique où le corps de l'homme symbolise la production et où le travail devient l'élément essentiel à la vie » (Henrard 2006, 14), mais contrairement à Rosow et Thomas, Jean-Claude Henrard n'affirme pas que cette logique serait le propre des sociétés occidentales contemporaines, ce qui me semble plus raisonnable.

Quoi qu'il en soit, cette image de la vieillesse comme un âge où l'individu est improductif, voire inutile, n'est probablement pas sans liens avec la perception sociale de sa sexualité car, comme le remarque Élisabeth Catenacci, « le vieillard conjugue [...] deux

handicaps selon la vision sociale de sa sexualité : d'une part être improductif, inactif (retraité), et d'autre part être non fertile, non reproductif » (Catenacci 2011, 209). Ainsi, « la sexualité de l'âgé en tant qu'inféconde fait écho à la conception du retraité inactif, improductif, qui coûte cher à la société » (Catenacci 2011, 212). Mais la vieillesse n'est pas le seul âge de la vie où l'individu est improductif et non reproductif : l'enfance et l'adolescence sont, sur ce point, des âges comparables dans nos sociétés. Néanmoins la jeunesse est une période où l'individu doit se préparer à entrer dans la vie professionnelle et à construire un couple, il est un futur citoyen potentiellement producteur et reproducteur ; à l'inverse, la vie productive et reproductive de l'individu âgé serait derrière lui et, aux yeux de la société, la seule chose à laquelle le vieillard ait à se préparer c'est au déclin de ses facultés physiques et cognitives, aux multiples pertes qui l'attendent et à la mort. Si la jeunesse est perçue comme un temps de la croissance et la vieillesse comme un temps de la décroissance, ces deux âges en marge de l'âge adulte sont souvent comparés, mis en parallèle, et ce depuis l'antiquité (Puijalon et Trincaz 2006).

D'après Bernadette Puijalon et Jacqueline Trincaz, Aristophane aurait déclaré « l'homme est enfant deux fois » (Puijalon et Trincaz 2006, 167), et Paul Balvet aurait écrit en 1963, « l'expression populaire retourner en enfance est une expression tout à fait adéquate, profonde, que la psychiatrie ne fait que commenter » (Balvet in Puijalon et Trincaz 2006, 172). Pour Balvet, le vieillard serait « douloureusement diminué » par rapport à l'homme adulte, et il faudrait se garder de « le considérer comme un adulte » (ibid.). Faut-il en conclure que tout individu « diminué » ne peut être considéré comme adulte ? S'il est vrai que ni Balvet ni Puijalon ou Trincaz ne définissent clairement les limites de l'âge adulte ou ce qui fait qu'une personne peut être considérée comme adulte, il semblerait néanmoins que l'idée d'un retour en enfance, ou du moins d'une sortie de l'âge adulte au fil du vieillissement, soit une idée largement partagée. Cette assimilation du vieillard à l'enfant serait d'ailleurs un élément que l'on retrouve fréquemment dans les discours des soignants : « Tout semble se réduire. Les petits vieux ont apporté leurs petites affaires ; ils ont leurs petits souvenirs, leur petit pécule, et mènent une petite vie qui n'est pas toujours drôle » (Puijalon et Trincaz 2006, 178). Et les termes utilisés dans les soins gériatriques ne sont pas sans rappeler ceux des soins pédiatriques : on parle par exemple en gériatrie de « couches » ou de « changes », de « lui faire la toilette », « le faire manger », « le coucher » (ibid.)... On retrouve parfois, dans le contexte de l'établissement de soin, mais aussi en dehors, ce regard infantilisant sur la vie affective et sexuelle des personnes âgées : leurs expériences amoureuses sont souvent perçues comme mignonnes ou

attendrissantes, du moins tant que la dimension sexuelle n'est pas trop apparente. Car la sexualité est difficilement admissible dans l'enfance comme dans le grand âge. Si sexualité il y a, et que le regard porté n'est pas trop réprobateur, cette sexualité entre vieux, donc par nature non reproductive, peut être envisagée d'une façon similaire à celle dont on considère les expériences sexuelles entre enfants, comme un jeu, une parodie de sexualité, une sexualité « pour de rire » en quelque sorte. Mais l'infantilisation des personnes très âgées semble aussi conduire, dans de nombreux cas, à ne plus les considérer comme des individus à part entière ; elles sont ainsi fréquemment « dépersonnalisées si l'on s'adresse à elles en disant « on », niées comme partenaires d'échange lorsqu'on n'attend pas de réponse de leur part ou qu'on ne répond pas à leurs questions » (Puijalon et Trincaz 2006, 179). Et ce phénomène se retrouve même dans certains travaux des sciences sociales. Ainsi, Lore K. Wright, dans son étude sur les comportements sexuels des couples dont l'un des partenaires présente une maladie de type Alzheimer, n'a volontairement pris en compte que les réponses des conjoints des malades et pas les réponses des individus « victimes » de maladies de type Alzheimer (Wright 1998). Comme si la parole de ces individus ne valait plus rien dès lors que leur système cognitif ne fonctionne plus comme il est socialement admis qu'il le devrait. Et refuser de prendre en compte leur parole et leur avis, c'est aussi me semble-t-il une façon de nier le fait qu'ils ne sont pas moins des individus à part entière que les personnes considérées comme « normales », une manière de les traiter comme des enfants en bas âge par rapport auxquels on conçoit généralement qu'il ne faut pas accorder trop de crédit à leurs propos.

Cette sortie de l'âge adulte tel qu'il est socialement construit et admis pourrait s'apparenter, de façon imagée, à un renversement générationnel. Ainsi, pour Elaine Cumming et William Earl Henry, « at the end of life, there is a reversal of the childhood role and the parent is dependent upon the child » (Cumming et Henry 1961, 66). Selon Bernadette Puijalon et Jacqueline Trincaz, la « dépendance économique » des personnes âgées témoignerait de ce retour en enfance (Puijalon et Trincaz 2006, 173). C'est donc aussi et surtout la notion de dépendance qui, là encore, semble jouer un rôle important dans le fait que l'individu très âgé ne soit plus considéré comme un adulte, mais apparaisse de plus en plus comparable avec l'enfant et l'adolescent avec lesquels il a en commun sa forte dépendance matérielle vis-à-vis des autres. Cette dépendance conduirait, comme nous l'avons déjà évoqué au « sentiment d'être de trop », et c'est là, d'après Puijalon et Trincaz, que « l'analogie avec l'enfance « montre [...] ses limites » (Puijalon et Trincaz 2006, 173). Comme pour la sexualité juvénile, le fait que l'individu âgé soit considéré comme indépendant, autonome, semble jouer considérablement dans l'acceptation sociale de sa sexualité. Mais dans le cas des adolescents, cette autonomie est

perçue comme croissante et leur sexualité est progressivement encouragée ; chez les personnes âgées au contraire, l'autonomie est perçue comme ne pouvant que décroître et leur sexualité est régulièrement découragée. La sexualité impensable, marginale et transgressive, serait donc celle de l'individu que l'âge place en situation de faible autonomie et de forte dépendance vis-à-vis d'autrui. Et si les spécialistes de l'adolescence considèrent l'entrée dans la sexualité active comme une étape importante de l'entrée dans l'âge adulte (Blanchard et al. 2010), Gérard Ribes constate que « [la] désexualisation des aînés a marqué et marque encore le fossé entre le monde des « adultes » et celui des « vieux » » (Ribes 2009, 11).

L'identité sociale de la vieillesse est donc essentiellement marquée par la perte, la diminution, l'impuissance. Si j'emploie l'expression « identité sociale de la vieillesse » au singulier, ce n'est pas que je pense qu'il n'y ait qu'une vieillesse à laquelle correspondrait un seul type d'identité, mais le concept d'identité sociale permet de décrire la façon dont les individus sont socialement classés par groupe et dont ces groupes font l'objet de représentations et assument des rôles qui leurs sont propres. Mais pour qu'un individu ait l'impression d'appartenir à un groupe social, à une certaine catégorie identitaire, il faut qu'il s'identifie à ce groupe et aux valeurs et représentations qui lui sont associées. Le sentiment d'appartenance à une certaine catégorie sociale, en l'occurrence les personnes âgées, relève donc d'un processus d'identification. Ainsi, Irving Rosow considère que l'une des bases nécessaires au bon accomplissement du processus de « socialisation » est l'identification au nouveau rôle social : « without identification, the potential for socialization is drastically limited and present special problems » (Rosow 1977, 37). Or, dans le cas du grand âge, le travail d'identification semble présenter quelques difficultés spécifiques. En effet, pour s'identifier il faut « un modèle », mais, comme le fait remarquer Gérard Le Gouès, le problème c'est que les personnes âgées « ne font pas nécessairement très envie » (Le Gouès 2008, 48). Il est donc difficile pour l'individu vieillissant de trouver un référent âgé auquel il ait envie de ressembler, et le travail d'identification rencontre une limite (Le Gouès 2008). La beauté et la séduction étant construites comme antinomiques du corps vieux, « ce vécu de non-désirabilité participe à la perte d'une certaine image sociale » (Ribes 2011, 135). Et dans la construction de son identité personnelle, la personne âgée se voit contrainte de s'identifier à un grand-âge, peut-être vénérable mais certainement pas désirable, dans lequel il semble difficile d'accepter de se reconnaître.

Gérard Ribes et Vincent Caradec constatent en effet que, généralement, les individus âgés, et même très âgés, ne se sentent pas vieux (Caradec 2003 ; Ribes 2009) : « le « vieux », c'est l'autre » (Ribes 2009, 37). De même, Irving Rosow remarque que la plupart des individus

âgés ne s'identifient pas aux autres personnes âgées, et qu'ils ont généralement tendance à déprécier particulièrement le grand âge (Rosow 1977). Selon Caradec, « elles prennent soin de se différencier des « vieux » en ayant recours à différentes stratégies comportementales et discursives » (Caradec 2003, 143). Il y aurait d'ailleurs, dans les établissements de soins gériatriques, des tensions identitaires entre résidents valides et invalides, car les individus les plus dépendants, les plus atteints par les transformations physiques et mentales qui accompagnent le vieillissement, représentent pour les autres résidents ce qu'ils craignent de devenir et ce avec quoi ils risquent d'être confondus (Caradec 2009). Un reportage radio intitulé « La vieillesse ou la fin de l'intimité », réalisé par Elise Andrieu et Anna Szmuc pour France Culture, livre ainsi le témoignage d'une résidente de la maison de retraite La Méridienne à Villeneuve-la-Garenne, qui déclare ne pas aller au salon parce que les autres résidents seraient séniles³. Ainsi, « aussi longtemps que possible, les personnes qui vieillissent préfèrent se définir à distance de l'identité stigmatisée de « vieux » dans laquelle elles refusent de se laisser enfermer » (Caradec 2009, 44). Les individus âgés ont donc tendance à chercher à se présenter, particulièrement sur le plan de l'apparence physique, d'une manière qui ne les ferait pas paraître trop âgés (Calasanti 2010). Ils refusent de se laisser enfermer dans la « catégorie des vieux » s'accrochent à une identité sociale jeune (Rosow 1977).

Il y aurait donc dans le grand âge, selon Vincent Caradec, une tension entre « être » et « avoir été » qui « renvoie à la question de savoir dans quel espace temporel les personnes très âgées peuvent ancrer le sentiment de leur propre valeur – leur « estime de soi » – afin d'établir un rapport positif à elles-mêmes » (Caradec 2009, 43). En effet, l'enjeu de la construction, ou plutôt de la reconstruction permanente, de l'identité personnelle est bien d'établir une image de soi valorisante, ou au moins acceptable, et pour les raisons que nous avons évoquées, ce travail s'avère plus complexe dans le grand âge. Pierre Tap s'appuie sur un article publié dans *Psychologie and Aging* pour montrer que « l'estime de soi (autoévaluée) baisse au moment de l'adolescence, augmente progressivement jusqu'à 70 ans, puis diminue fortement entre 70 et 90 » (Tap 2011, 90). Les transformations subies dans le corps et dans l'esprit de l'individu très âgé, peuvent l'amener à ne plus pouvoir porter un regard positif sur sa personne, qui semble désormais trop fortement marquée par des attributs de la vieillesse qui font l'objet de connotations très négatives dans le domaine des représentations sociales. Alors, s'il ne peut pas accepter cette nouvelle image de lui, il peut s'accrocher à l'image de ce qu'il a été, « aux marques de la sénescence, les vieillards opposent l'être qu'ils furent et qui survit en eux » (Henrard 2006,

³ ANDRIEU E. et SZMUC A. (2012). Un autre âge de l'amour (1/3) : "La vieillesse, ou la fin de l'intimité". France Culture.

15). Mais pour Isabelle Mallon, cela ne pourrait être plus qu'une illusion éphémère car « le lien entre soi aujourd'hui et soi hier est rompu par le handicap » (Mallon 2006, 192). Ainsi, dans la vieillesse pourrait se mettre en place une discordance particulièrement marquée « entre l'image investie et celle renvoyée par la réalité », qui pourrait conduire l'individu âgé à « devenir étranger à lui-même » et qui provoquerait dans tous les cas un fort sentiment de dévalorisation (Ribes 2009, 82). Dans le reportage radio réalisé par Elise Andrieu et Anna Szmuc, un membre du personnel soignant de la maison de retraite La Méridienne explique que les miroirs effraient les résidents ; il raconte qu'il y avait un miroir dans l'ascenseur de l'établissement mais que les résidents l'ont cassé car « se voir dans le miroir c'était une terreur pour eux ». Il me semble que la discordance identitaire qui peut s'établir chez le sujet âgé ne se situe pas tant « entre l'image investie et celle renvoyée par la réalité », qu'entre l'image de soi qu'il souhaiterait donner aux autres et l'image de lui que les autres perçoivent et qu'ils lui renvoient à travers leurs discours et leurs attitudes. Car l'identité sociale n'est pas un attribut des personnes et n'est pas une réalité en soi, elle n'existe que comme un mode de catégorisation des individus dans un contexte social et relationnel particulier. C'est donc avant tout dans le regard de l'autre que l'individu va chercher à discerner sa propre image : « le miroir social est fait du regard des autres », et il s'agit d'un miroir « actif » (Le Gouès 2008, 67).

Il semblerait ainsi que la vieillesse en tant que catégorie sociale soit aujourd'hui largement conçue comme l'âge de toutes les pertes et de toutes les « déprises », l'âge du renoncement et du retrait social, un âge sans rôle et sans fonction. Mais il faut bien comprendre que la façon dont est élaborée l'identité du grand âge, et à fortiori la façon dont elle est appréhendée et pensée, porte l'empreinte de notre système de représentation de la vieillesse ; et c'est probablement une des raisons pour lesquelles les changements qui interviennent dans le grand âge, tant sur le plan physique que sur le plan social, ne sont généralement envisagés que comme des pertes. Or si l'on prend comme référence les valeurs du jeunisme, les qualités communément attribuées à la jeunesse, la vieillesse ce sera toujours moins que la jeunesse. Mais s'il ne s'agirait pas de croire que la façon dont est pensée et perçue la vieillesse en tant qu'identité sociale correspond à une réalité absolue, cela ne veut pas dire qu'elle ne correspond pas à une certaine réalité et qu'elle ne façonne pas en partie cette réalité.

Ainsi, il semblerait que la façon dont est perçu le grand âge comme catégorie sociale rende sa sexualité difficilement concevable : la situation de dépendance et d'improductivité de l'individu âgé semble disqualifier son potentiel sexuel, et d'ailleurs, on suppose que dans la vieillesse

l'individu a naturellement tendance à se désintéresser de la sexualité. Alors qu'en est-il ? Que savons-nous de la sexualité des âgés ?

Chapitre 3

La sexualité du 4^{ème} âge

« Les personnes âgées ont une sexualité et le sens qu'ils et elles accordent à celle-ci varie en fonction de leur parcours biographique » (Schlagdenhauffen 2011, 8)

Tout comme la vieillesse, la sexualité est socialement et culturellement construite (DeLamater et Sill 2005), tant dans son élaboration en tant que catégorie, que dans les pratiques sociales. Les auteurs qui utilisent la catégorie de sexualité ne la définissent donc pas tous de la même manière et, comme nous le verrons, le terme « sexualité » revêt des significations différentes selon les travaux. Pour ma part, je souhaite m'intéresser à la sexualité en son sens le plus large, en tant que forme d'intimité physique et émotionnelle (Miles et Parker 1999), la considérant comme un objet multidimensionnel (Bauer et al. 2007) qui englobe l'affectivité, les caresses, les plaisirs charnels, les désirs, les fantasmes, mais aussi la façon dont l'individu se donne à voir comme un partenaire sexuel potentiel. Au-delà de l'acte de pénétration par lequel elle est si souvent, et de manière si restrictive, définie, la sexualité telle que je l'envisage est un rapport particulier, intime et privilégié, aux autres et à soi-même ; elle est donc « éminemment relationnelle » (Bajos et Bozon 1999, 35). Cette définition vaste et plurielle de la notion de sexualité, correspond à la manière dont elle est aujourd'hui officiellement définie : « World Health Organization describes sexuality as encompassing “sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships” » (Bauer et al. 2007, 64). Pourtant, dans la pratique, de nombreux travaux qui traitent de la sexualité ne prennent en considération que les rapports sexuels avec pénétration et, comme le déplore Michael Bauer, « much of what we currently know about older people's sexual practices has come from investigations that have focused on penetrative sex » (Bauer et al. 2007, 65).

La sexualité, longtemps balisée par les discours religieux et réduite, pour être socialement acceptable, à sa dimension reproductive dans le cadre du mariage, est aujourd'hui considérée comme un élément fondamental de la santé physique et mentale, facteur de bien-

être et d'épanouissement personnel et social, selon la définition que donne l'OMS de la « santé sexuelle » en 2000 (Ribes 2009 ; Pitaud 2011 ; Sanchez 2011). La sexualité est donc conçue, dans les sociétés occidentales contemporaines, comme une composante essentielle de la « qualité de vie » (Bauer et al. 2007). Cette « qualité de vie » est une notion relativement nouvelle, à la fois extrêmement subjective, et fortement élaborée socialement et délimitée culturellement en fonction des critères qui amènent à la juger bonne ou mauvaise. Or, comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, l'espérance de vie et la proportion de la population âgée ont considérablement augmenté depuis un siècle (Henrard 2006), et, comme le remarque Kevin Kinsella, quand les individus vivent longtemps, la qualité de la fin de vie devient une question centrale (Kinsella 2009). Pourtant, la sexualité des personnes âgées, et à plus forte raison celle des personnes très âgées, demeure largement occultée, niée, mal acceptée. Même dans la communauté scientifique, la sexualité du « quatrième âge » est un sujet très peu étudié, longtemps éludé, souvent considéré comme « tabou » (Hazif-Thomas et al. 2002 ; Schlagdenhauffen 2011 ; Molinier 2011 ; Bauer et al. 2007).

Alors qu'en est-il ? Ce silence signifie-t-il que la sexualité dans le grand âge n'existe pas ?

A. Rendre compte de la sexualité des âgés

La sexualité des âgés semble, dans le domaine des sciences sociales, avoir été souvent abordée selon deux types de perspectives : par de grandes enquêtes quantitatives visant à décrire certains aspects des comportements sexuels d'individus classés en différents groupes d'âge, et par des études qui, par le biais de questionnaires mais aussi parfois d'enquêtes de terrain, cherchent à décrire la façon dont les individus se comportent vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées. Ce dernier type d'enquête porte généralement sur une population de professionnels de santé, et pour une grande part d'entre-elles, consiste à étudier, ou plutôt à mesurer, la façon dont les individus perçoivent la sexualité des personnes âgées et l'attitude qu'ils adoptent vis-à-vis de cette sexualité (Hillman et Stricker 1996). L'ASKAS (Aging Sexuality Knowledge and Attitudes Scale), est un questionnaire mis au point par White en 1982 pour mesurer les connaissances et les attitudes des individus par rapport à la sexualité des âgés

(ibid.). Les attitudes des individus sont en fait classées en deux catégories : restrictives ou permissives (ibid.). L'ASKAS aurait ainsi permis de montrer qu'en établissement de soins gériatriques, les professionnels de santé qui assument d'importantes responsabilités et occupent une position hiérarchique élevée, auraient des attitudes plus restrictives vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées que les infirmiers et les aides-soignants (Hillman et Stricker 1996), et que plus un individu est engagé dans une religion (en l'occurrence chrétienne), plus il aurait une attitude restrictive envers la sexualité des âgés (Hillman et Stricker 1996 ; Raacke 2011). Walter Pierre Bouman, Jon Arcelus et Susan Mary Bendow, ont réalisé une étude basée sur l'ASKAS auprès d'infirmiers qui interviennent à domicile et d'infirmiers qui travaillent en maison de retraite, et ils auraient constaté que les infirmiers travaillant en maisons de retraite étaient plus négatifs et restrictifs que ceux qui interviennent à domicile (Bouman et al. 2007). D'après Jennifer L. Hillman et George Stricker, « it is possible that the items constructed by White to comprise the attitude section of the ASKAS do represent only one "type" of attitude toward elderly sexuality, described by him as Permissive/Restrictive » (Hillman et Stricker 1996, 545). L'analyse en termes d'attitude restrictive ou permissive ne semble en fait pouvoir s'appliquer qu'aux individus qui sont responsables de personnes âgées et/ou doivent s'en occuper (Hillman et Stricker 1996). L'ASKAS pourrait permettre de décrire un certain mode de comportement en quelque sorte, mais certainement pas l'éventail des attitudes qu'un individu peut avoir vis à vis de la sexualité des âgés. « Aside from permissive/restrictive attitudes that may be related to having responsibility for older adults, individuals also may hold attitudes that are more non-judgmental and empathic (or indifferent and avoidant) in nature » (Hillman et Stricker 1996, 546). Il faudrait par ailleurs, selon Hillman et Stricker, y inclure le sentiment que les personnes âgées ont de leur propre sexualité (Hillman et Stricker 1996). D'une manière générale, il me semble qu'analyser le comportement d'un individu par rapport à la sexualité des âgés uniquement en fonction de son aspect plus ou moins permissif, est non seulement très restrictif, car cela ne rend pas compte des diverses attitudes que peut susciter la sexualité des âgés et des multiples enjeux qui fondent la perception sociale de cette sexualité ; mais cela revient en plus à rejeter les individus âgés du monde des adultes et des citoyens, à ne plus les concevoir que comme des êtres ultra-dépendants et soumis dont la sexualité ne peut faire l'objet que d'une autorisation ou d'une interdiction. Bien que l'ASKAS soit considéré comme un outil de mesure et qu'il ait été réutilisé dans plusieurs études (Hillman et Stricker 1996), d'autres travaux sortent du cadre analytique et méthodologique qu'il induit, abordant la question de la perception et de l'attitude des soignants vis-à-vis de la sexualité des résidents de manière beaucoup plus qualitative. Étant donné que ces travaux concernent généralement le rapport du personnel

d'établissements de soins gériatriques à la sexualité des âgés, j'aborderai ces enquêtes et les résultats qu'elles ont donné dans le prochain chapitre, qui portera plus spécifiquement sur la question de la sexualité en EHPAD.

Il existe également de nombreuses études, largement quantitatives, qui portent de manière plus directe sur la sexualité des âgés, et cherchent à en faire ressortir les principales caractéristiques et évolutions, à travers la mise en chiffre et les statistiques. En France, trois grandes enquêtes sur les comportements sexuels ont été menées : l'enquête Simon en 1970, l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France) en 1992, et l'enquête CSF (Contexte de la Sexualité en France) en 2006. Ces enquêtes ont pour but d'évaluer et d'analyser les comportements sexuels des individus, en relation avec leur âge, leur genre, leur état de santé et leur situation conjugale. Mais qu'est-t-il entendu par « comportements sexuels » dans ces études ? C'est d'abord, sur le plan des pratiques, la fréquence des rapports sexuels (ces derniers étant définis dans ces enquêtes par l'acte de pénétration), avec un intérêt particulier pour le nombre de fois ; mais c'est aussi le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie des enquêtés, et le fait qu'ils aient expérimenté ou non la masturbation et la sexualité orale au moins une fois dans leur vie. Ces enquêtes ont également pour but de déterminer le positionnement des individus par rapport à leur sexualité, avec notamment une question sur la façon dont ils envisagent ou non la sexualité comme quelque chose d'important pour être bien, des questions qui concernent leur volonté d'avoir plus ou moins de rapports sexuels qu'ils en ont au moment de l'enquête et leur satisfaction par rapport à leur sexualité, et également une question pour déterminer si c'est l'enquêté ou bien son partenaire qui prend le plus souvent l'initiative des rapports. Il faut noter que ces études se limitent à une population relativement peu âgée. En effet, l'enquête Simon (1970), concerne des individus classés en trois groupes d'âge : 20-29 ans, 30-49 ans, et 50 ans et plus, comme si il était inutile de distinguer les individus de 50-69 ans et ceux de 70-89 ans. Quant à l'enquête CSF (2006), elle restreint l'échantillon des individus interrogés à des personnes ayant moins de 69 ans, comme si, au-delà de cet âge, la question de la sexualité ne se posait même plus. Cette exclusion de l'enquête CSF des individus de plus de 69 ans constitue, selon Jean-Jacques Amyot, une forme de discrimination ; preuve que les représentations sociales de la vieillesse et de la sexualité qui en font des éléments incompatibles sont profondément ancrées dans les esprits, y compris dans ceux des chercheurs (Amyot 2011), se répercutent dans les discours scientifiques qui eux-mêmes alimentent les représentations culturelles, et se retrouvent jusque dans des études telles que l'enquête CSF conduite par l'INSERM, l'INED, une équipe du CNRS et l'INVS.

Malgré leurs limites, ces trois enquêtes permettent de distinguer des évolutions dans les pratiques sexuelles, ou du moins dans ce que les enquêtés disent de leur sexualité. Pour rendre les données de l'enquête Simon et celles de l'enquête CSF comparables, Nathalie Bajos et Michel Bozon ont limité l'analyse aux personnes mariées ou en couple, pour « minimiser l'effectif des personnes très âgées, en raison de taux de veuvage encore élevés », dans l'échantillon de l'enquête Simon qui ne comportait pas de limite d'âge (Bajos et Bozon 2011, 3). Ainsi, « une comparaison entre l'enquête menée en 1970 (enquête Simon) et l'enquête CSF de 2006 fait apparaître de profondes transformations dans la vie sexuelle des aîné-e-s au cours des dernières décennies : une prolongation de la période de vie sexuelle à des âges plus avancés, une intensification de l'activité sexuelle et une diversification des pratiques, un rapprochement des attitudes et des expériences des femmes et des hommes » (Bajos et Bozon 2011, 2). Pour ce qui est de l'intensification de l'activité sexuelle, il s'agit là d'une intensification en termes de fréquence des rapports sexuels et de durée moyenne de ces rapports, la diversification des pratiques se rapporte quant à elle à l'augmentation du nombre d'individus ayant déclaré avoir déjà expérimenté la masturbation et/ou la sexualité orale, et le rapprochement des attitudes et des expériences des hommes et des femmes correspond à un amoindrissement de la différence entre les genres dans les réponses données, en particulier au sujet de l'envie et de l'initiative sexuelle. Les questions proposées par ces enquêtes me semblent assez fermées et restrictives, se focalisant à mon sens trop sur la sexualité pénétrative et sur la fréquence des rapports, et ne permettent pas de savoir comment les individus interrogés définissent la sexualité en général et leur sexualité en particulier, ce qu'ils aiment ou n'aiment pas dans la sexualité en général et dans la leur en particulier, ni comment leurs pratiques sexuelles et leurs représentations de la sexualité ont évolué au cours de leur vie. Cependant, ces enquêtes délivrent tout de même un certain nombre d'informations qui doivent être appréciées à leur juste valeur, et on distingue effectivement une évolution entre les résultats de l'enquête Simon de 1970 et ceux de l'enquête CSF de 2006, tout comme Christiane Delbès et Joëlle Gaymu remarquaient une évolution entre l'attitude des âgés dans l'enquête Simon et dans l'enquête ACSF de 1992, avec un maintien plus fréquent des individus âgés dans la vie sexuelle active (Delbès et Gaymu 2001). Selon Delbès et Gaymu, « ce résultat prouve que la raréfaction de la vie sexuelle, au cours du vieillissement, ne pouvait être expliquée hier, et peut-être encore aujourd'hui, entièrement par un effet de l'âge », les changements observés entre les réponses données en 1970 et celles données dans les enquêtes récentes traduiraient un effet de génération (Delbès et Gaymu 2001, 71). Ce facteur générationnel permet de s'extraire de la perspective essentialiste qui revient à

considérer la diminution ou l'abandon de l'activité sexuelle comme un phénomène intrinsèque au vieillissement. Il me paraît en effet tout à fait cohérent que des individus qui ont vécu une proportion importante de leur vie, et en particulier de leur vie sexuelle, dans un contexte socioculturel différent et avec normes sociales, et notamment sexuelles, différentes, n'envisagent pas et ne pratiquent pas la sexualité de la même manière. Delbès et Gaymu déclarent ainsi : « Même si les seniors de 1992 ont été élevés et ont passé toute ou partie de leur vie féconde dans le même contexte [que ceux de l'enquête Simon], ils ont bénéficié d'un quart de siècle de libéralisation des mœurs. On peut donc penser, qu'ayant eu durant leur vie adulte une vie sexuelle leur procurant plus de plaisir, ils y renoncent moins facilement avec l'avance en âge. En outre, cet environnement plus permissif a sans nul doute levé une part de l'interdit associé d'ordinaire à la sexualité des aînés » (Delbès et Gaymu 2001, 72). J'ignore si l'on peut véritablement parler d'un interdit vis-à-vis de la sexualité des âgés, même si l'on se réfère à un contexte social antérieur aux années 70, je pense qu'il serait plus juste de parler d'un déni, voire d'une désapprobation sociale. Quoi qu'il en soit, il est vrai qu'il y a eu dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, des changements très importants dans le domaine de la sexualité, tant sur le plan des représentations que des pratiques, avec notamment ce que l'on a appelé les « révolutions contraceptives », puis la découverte et la commercialisation du Viagra ; et parallèlement, avec de profondes transformations dans la conception sociale de la sexualité, qui est désormais, comme nous l'avons vu, perçue comme un facteur de bien-être et comme un élément important de la qualité de vie, et n'est donc plus le propre de l'adulte marié et reproducteur. Aujourd'hui, loin d'être interdite, la sexualité non reproductive est régulièrement encouragée et recommandée, car elle est considérée, non seulement comme source de plaisir, mais aussi comme un « facteur d'épanouissement individuel et social » (Ribes 2009, 22). Ainsi, Nathalie Bajos et Michel Bozon déclarent : « l'idée que l'activité sexuelle est un élément nécessaire du bien-être se diffuse [...]. L'injonction contemporaine à avoir une vie sexuelle régulière est majoritairement intériorisée par les âgé-e-s également » (Bajos et Bozon 2011, 3). Il est donc effectivement tout à fait possible que dans ce contexte, les pratiques sexuelles, et notamment celles des personnes âgées, se soient transformées et que les individus âgés aient plus tendance aujourd'hui qu'hier à être sexuellement actifs.

Cependant, je pense qu'il faut prendre en considération le fait que la valorisation actuelle de la sexualité et ce que Bajos et Bozon appellent « l'injonction contemporaine à avoir une vie sexuelle régulière », n'a pas seulement un impact sur les pratiques des individus mais aussi, et peut être surtout, sur leurs discours. Il me semble en effet qu'aujourd'hui, il est plus valorisant pour un individu (même s'il a plus de 50 ans), de déclarer avoir une vie sexuelle que d'avouer

ne pas en avoir, l'abstinence étant généralement perçue comme quelque chose d'anormal. Ainsi, si l'on regarde les réponses données au sujet de la durée moyenne des rapports, on remarque que cette durée a augmenté, passant de 16,5 minutes en moyenne en 1970 à 21,5 minutes en moyenne en 2006 (Bajos et Bozon 2011). Il n'est pas complètement impossible que cette évolution soit due aux hasards de l'échantillonnage, mais si l'on écarte cette possibilité, l'explication la plus probable est, selon moi, liée au fait qu'aujourd'hui il est fortement valorisé d'avoir des rapports sexuels longs : comme il n'est pas aisé pour les individus de décider de la durée de leurs rapports sexuels (surtout si l'on définit ces derniers par l'acte de pénétration), l'évolution constatée entre les réponses de 1970 et celles de 2006 traduirait donc plus une transformation du discours des individus sur la durée de leurs rapports qu'une transformation réelle de cette durée. De même, alors qu'en 1970, 62% des hommes et 15% des femmes de plus de 50 ans déclaraient s'être déjà masturbé, en 2006, 87% des hommes et 52% des femmes de la catégorie des 50-69 ans faisaient la même déclaration. Cela m'étonnerait beaucoup que la pratique de la masturbation ait augmenté de manière si significative en 36 ans. En revanche, je pense qu'il est tout à fait probable qu'il soit plus facile aujourd'hui qu'en 1970 d'avouer avoir recours à cette pratique car, avec les représentations actuelles qui accompagnent la sexualité, la masturbation a été largement dé-diabolisée, et le sentiment de honte qui accompagne cette pratique s'est très certainement atténué. Ainsi, il me semble qu'il ne faut pas occulter le fait que les différences observées entre les réponses données en 1970 et celles données en 2006 traduisent probablement des évolutions dans les pratiques, mais qu'au-delà de ça elles traduisent aussi une transformation dans ce que les individus sont prêt à déclarer et dans ce qu'ils préfèrent dire de leur sexualité, transformation liée à l'évolution des représentations sociales de la sexualité et des normes sexuelles. Dans tous les cas, comme le constatent Christiane Delbès et Joëlle Gaymu, « cette plus forte implication des plus de 50 ans dans le champ de la sexualité nous montre bien le poids des normes socio-culturelles » (Delbès et Gaymu 2001, 77).

Si l'on met de côté la comparaison entre les différentes enquêtes et que l'on compare les réponses données par les différents groupes d'âge à l'intérieur de ces enquêtes, on remarque une « forte croissance de l'abstinence avec l'avancé en âge » (Delbès et Gaymu 2001, 70). Par rapport aux résultats donnés par l'enquête Simon (2006), Nathalie Bajos et Michel Bozon déclarent que « même si elles ne prennent plus une forme aussi radicale qu'il y a quelques décennies, des manifestations de ralentissement ou de retrait de la sexualité continuent à se produire dès 50 ans chez les femmes et une dizaine d'années plus tard chez les hommes, et il

en va de même s'agissant des attitudes vis-à-vis de la sexualité » (Bajos et Bozon 2011, 6). Cette baisse de la fréquence des rapports sexuels et cette augmentation de l'abstinence dans le grand âge est fréquemment constatée, tout comme le fait que ce phénomène semble concerner plus particulièrement les femmes et se manifesterait chez elles de façon plus précoce (Delbès et Gaymu 2001 ; DeLamater et Sill 2005 ; Lindau et al. 2007 ; Kontula et Haavio-Mannila 2009 ; Kalra et al. 2011). Cette différence entre les genres est fréquemment expliquée par le fait que les femmes âgées ont moins souvent un partenaire que les hommes âgés (Bajos et Bozon 2011), pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons par la suite. Mais, selon Christiane Delbès et Joëlle Gaymu, « même lorsqu'ils ont un partenaire sexuel, les 50-69 ans ont espacé leurs relations sexuelles au fil de l'âge, et les femmes plus encore que les hommes » (Delbès et Gaymu 2001, 73). Ce retrait féminin de la sexualité avec l'avancée en âge est peut-être aussi le fruit des représentations très négatives liées à la sexualité des vieilles femmes, et à l'association, sur le plan imaginaire, de ces dernières avec l'idée de péché de chair. Il semblerait en effet que le sentiment de honte par rapport à une sexualité jugée inappropriée concerne plus fortement les femmes que les hommes, ce qui pourrait également expliquer l'écart constaté, dans les enquêtes Simon et CSF, entre les réponses des hommes et celles des femmes au sujet de la masturbation.

Bien que la France soit un des rares pays où trois enquêtes nationales sur les comportements sexuels ont été réalisées (Bajos et Bozon 2011), ce type d'enquête n'est pas le propre de l'État français. On trouve dans plusieurs autres pays des études tout à fait comparables, tant au niveau de la forme et de la méthode qu'au niveau des résultats. En Finlande par exemple, deux enquêtes nationales sur la sexualité ont été menées en 1992 et 1999 (Kontula et Haavio-Mannila 2009). Les résultats ont montré que la fréquence des relations sexuelles diminuait fortement avec l'âge, et, comme dans les enquêtes françaises, que cette diminution était plus marquée chez les femmes que chez les hommes (ibid.). Comme Nathalie Bajos et Michel Bozon, Osmo Kontula et Elina Haavio-Mannila expliquent cet écart par le fait que les femmes ont moins souvent un partenaire régulier que les hommes (ibid.), mais ils remarquent aussi que, dès l'âge de 60 ans, la moitié des femmes rencontreraient un « manque de désir sexuel »⁴, alors que du côté des hommes cette proportion serait beaucoup plus faible (Kontula et Haavio-Mannila 2009, 53). D'une manière générale, l'étude de Kontula et Haavio-Mannila se focalise sur les facteurs qui agissent sur la fréquence des relations sexuelles. Aux États-Unis, Stacy Tessler Lindau a mené une étude auprès de 1550 femmes et 1455 hommes de 57 à 85

⁴ D'après la traduction de C. Vallée

ans. Bien que la limite d'âge de l'échantillon sélectionné pour cette enquête soit beaucoup plus élevée que celle de l'enquête CSF, on peut tout de même noter que les plus de 85 ans sont exclus de l'enquête. Le but de cette recherche était de décrire « the prevalence of sexual activity, behaviors, and problems » en relation avec l'âge et l'état de santé des enquêtés (Lindau et al. 2007, 762). Même si la question de l'activité et du comportement sexuel de l'individu semble à priori être une question plutôt qualitative, l'utilisation même du terme « prevalence » annonce qu'il s'agit, là encore, d'une enquête tout à fait quantitative, et la question de la fréquence est là aussi centrale, avec des résultats semblables à ceux des enquêtes précédemment évoquées : « the frequency of sex was lower among those who were 75 to 85 years of age than among younger persons » (Lindau et al. 2007, 768). Lindau constate également que les femmes ont moins de relations sexuelles que les hommes, qu'elles déclarent plus souvent que la sexualité n'est pas quelque chose d'important, et que les individus dont l'état de santé est bon sont beaucoup plus actifs sexuellement que ceux qui rencontrent des problèmes de santé (Lindau et al. 2007).

On remarque donc que la plupart des enquêtes sur les comportements sexuels se focalisent sur la fréquence des rapports plutôt que sur l'expérience sexuelle en elle-même et sur le sens que revêt l'intimité sexuelle pour les enquêtés (Miles et Parker 1999). Ainsi, la question du nombre de fois est récurrente dans ces études. Selon Gérard Ribes, « il est habituel de dire que c'est une question essentiellement masculine, ce qui est globalement vrai » (Ribes 2009, 45). Or, Stacy Tessler Lindau déclare la chose suivante : « women were significantly less likely than men at all ages to report sexual activity » (Lindau et al. 2007, 762). Si l'on peut expliquer le fait que les femmes âgées déclarent moins souvent que les hommes âgés avoir des rapports sexuels réguliers par le fait que les hommes ont généralement des partenaires plus jeunes et que nombre de femmes âgées se retrouvent sans partenaire, le fait que Lindau constate à tous les âges ce même écart entre les réponses des femmes et des hommes me paraît défier toute logique. En effet, pour avoir des relations sexuelles il faut un partenaire sexuel, et ce partenaire est le plus souvent un individu du sexe opposé ; par conséquent, à moins que l'homosexualité masculine soit vraiment beaucoup plus fréquente que l'homosexualité féminine, il n'est rationnellement pas possible que les hommes aient très souvent des rapports sexuels alors que les femmes en ont peu souvent. Si l'on considère, comme Gérard Ribes, que la question de la fréquence de l'activité sexuelle est une question plus importante pour les hommes que pour les femmes, que ces derniers tirent une certaine satisfaction personnelle, voir une certaine fierté, du fait d'avoir beaucoup de rapports sexuels, on peut émettre, pour expliquer la différence entre

les déclarations des hommes et des femmes dans ces enquêtes, l'hypothèse que les hommes ont tendance à exagérer la fréquence de leurs relations dans leurs réponses. En 2002, une enquête a été menée à Hambourg et Leipzig, auprès de 258 hommes et femmes âgés de 60 ans, dans le but de comparer le rapport à la sexualité entre les hommes et les femmes (Schlagdenhauffen 2011). Régis Schlagdenhauffen décrit ainsi les résultats donnés par l'enquête : « Des différences majeures existent entre homme et femmes. Ainsi pour 32% des femmes, la sexualité ne joue plus aucun rôle, alors que seulement 9% des hommes partagent ce point de vue. À l'inverse, la sexualité demeure quelque chose d'important et de significatif pour près de 50% des hommes, contre 24% des femmes. La manière dont est considérée la sexualité varie en fonction du genre. Faut-il y voir une tendance forte ou un effet des normes de genre, l'activité sexuelle étant valorisée comme une des composantes de la masculinité en matière de représentation de la sexualité, combinée à une valorisation sociale de l'activité sexuelle qui se traduirait dans les réponses obtenues notamment sur la fréquence des rapports déclarés ? » (Schlagdenhauffen 2011, 5). Il serait tentant en effet d'interpréter ces différences dans les réponses des hommes et des femmes comme traduisant une différence de nature entre homme et femme, mais cette perspective essentialiste me semble assez simplificatrice, et il me paraît plus pertinent d'envisager que ces différences dans les déclarations des hommes et des femmes résultent du fait que les représentations et les normes sociales de la sexualité ne sont pas les mêmes et n'ont pas le même sens pour un genre et pour l'autre.

Au-delà de l'écart entre hommes et femmes qu'elle suscite dans les réponses, la question récurrente de la fréquence des rapports, outre son aspect réducteur et uniquement quantitatif, pose le problème de définir ce qu'est un rapport sexuel, chose que ne font généralement pas les auteurs des études que nous avons évoqué. Considère-t-on que les baisers ou les caresses relèvent de la relation sexuelle ? Habituellement non, ce qui est pris comme référence pour définir la relation sexuelle c'est le plus souvent le coït. Certains baisers et certaines caresses sont pourtant du registre de l'intimité sexuelle, mais ces pratiques sont visiblement écartées des enquêtes qui se focalisent sur la fréquence des rapports sexuels avec pénétration. Les grandes enquêtes françaises, les travaux de Nathalie Bajos et Michel Bozon, mais aussi ceux de Osmo Kontula et Elina Haavio-Mannila et ceux de Stacy Tessler Lindau, décrivent donc un vieillissement qui s'accompagnerait d'un « déclin » de la fréquence des rapports, d'un « manque » de désir sexuel, d'une « perte » d'intérêt pour la sexualité.... On rejoint donc, avec l'emploi de ces termes, la litanie de la diminution, de la perte et de l'absence, régulièrement associée à la vieillesse, comme nous l'avons vu à propos de l'identité sociale de l'individu âgé. Cette vision déficitaire du grand âge s'applique donc aussi à sa sexualité, mais il suffit peut être

pour s'en extraire de cesser de prendre comme référence l'acte sexuel pénétratif et d'envisager la sexualité non pas comme un continuum mais comme une série d'expériences qui ne seraient jamais identiques, et dont la nature ne serait pas la même en fonction de la situation personnelle et sociale des individus qui les vivent. Décrire la sexualité des personnes âgées à partir d'une définition de la sexualité tirée des pratiques des personnes jeunes conduirait donc, selon cette idée, à constater un déclin ; mais il suffirait, pour dépasser ce constat, de considérer que la sexualité des âgés n'est peut-être pas plus ni pas moins que la sexualité des jeunes mais qu'elle est seulement différente et que le rapport sexuel avec pénétration n'est peut-être pas la pratique la mieux choisie pour décrire la sexualité dans cette tranche d'âge. Alors, quelle est la nature de la sexualité des âgés ?

Steven H. Miles et Kara Parker conçoivent la sexualité comme une des dimensions de l'intimité, sans pour autant préciser ce qui en fait un domaine particulier et en quoi elle se distingue des autres dimensions de l'intimité (Miles et Parker 1999). Ils définissent la notion d'intimité de la façon suivante : « intimacy is a sense of being in a deeply rewarding, emotionally intense relationship in which one has a confidante for safe self-disclosure » (Miles et Parker 1999, 37). L'intimité pour Miles et Parker revêt donc une signification bien plus psychologique et émotionnelle que physique et charnelle. Qu'en est-il de la sexualité ? Si la sexualité est une des dimensions potentielles d'un type de relation qui se distingue des autres essentiellement sur le plan psychique et affectif, on peut supposer que la sexualité est elle aussi conçue, dans cette optique, comme une relation privilégiée en ce qu'elle engage des sentiments forts de confiance et d'affection. Selon cette perspective, la sexualité est coupée de son aspect charnel et de la notion d'érotisme. Si cette conception de la sexualité pose, selon moi, problème, c'est d'abord parce que les pratiques dites sexuelles ne s'accompagnent pas systématiquement d'une forte intimité psychique et affective, mais aussi parce que définir de la sorte la sexualité c'est gommer ce qui en fait un mode de relation si particulier : la sexualité comme forme d'intimité affective et émotionnelle pourrait tout aussi bien permettre de décrire une relation de couple qu'une relation d'amitié ou même de parenté. Pourtant, quand il s'agit de penser la sexualité du grand âge, cette dernière est souvent dépouillée de sa dimension charnelle et érotique, comme le fait par exemple Montandon dans son article « Amours d'hospice » en postulant que l'amour dans la vieillesse deviendrait plutôt synonyme d'affection ou d'attachement (Montandon 2005). De même, aux yeux du psychanalyste Gérard Le Gouès, la passion et la séduction semblent également incompatibles avec la vieillesse (Le Gouès 2008).

Pour lui, les personnes âgées qui acceptent leur grand âge et s'y adaptent, « réussissent à promouvoir un reflet de l'âme où la tendresse prend le relais de la séduction adulte » (Le Gouès 2008, 65). Il y a donc la double idée chez Le Gouès que les âgés ne sont plus des adultes et que la séduction est le propre de l'adulte. Mais au-delà de ça, ce que traduisent les propos du psychanalyste, c'est l'impossibilité de penser le corps vieux comme vecteur de séduction. C'est également ce qu'exprime le discours de la psychologue Marie de Hennezel qui, comme nous l'avons vu à propos des rapports entre la laideur et la vieillesse, considère que le corps vieux est incontestablement laid et que cela implique que, dans le grand âge, la tendresse remplace la séduction (De Hennezel 2008). Cela ne veut pas nécessairement dire que les individus âgés ne peuvent plus séduire mais plutôt qu'« ils séduisent par leurs qualités mentales » (Le Gouès 2008, 66). Ces auteurs considèrent donc que la séduction dans le grand âge est fondamentalement différente de la séduction dans la jeunesse puisqu'elle ne passe pas par les mêmes vecteurs et ne prend pas les mêmes formes. Il est vrai que les corps âgés ne correspondent pas aux critères de beauté de nos sociétés, mais on pourrait en dire de même de nombre de corps jeunes ; considèrent-on que les individus qui, sans être vieux ont un physique très éloigné des « canons de beauté », ne peuvent susciter le désir et ne peuvent connaître de relations amoureuses passionnelles et charnelles ? Généralement non, cet a priori semble réservé aux individus âgés, vis-à-vis desquels il paraît plus confortable d'occulter leur potentiel sexuel et charnel, et d'envisager que leur pouvoir de séduction et leur sexualité ne peuvent exister que s'ils sont de nature différente de la séduction et de la sexualité adulte. De plus, il me semble qu'il n'y a aucun âge où les phénomènes denses et complexes que sont le désir et la séduction peuvent être réduits uniquement aux attributs physiques ou uniquement aux « qualités mentales » des individus.

Cependant, la façon dont Miles et Parker définissent la sexualité comme une dimension de l'intimité a, selon moi, le mérite de mettre en relief l'aspect multidimensionnel de la sexualité et le fait que, comme le formule Philippe Pitaud, « la sexualité ne saurait se réduire à l'acte sexuel » (Pitaud 2011, 30). Mais avec une définition large et englobante de la sexualité se pose la question de savoir quelles en sont les limites, qu'est-ce qui caractérise certaines actions comme sexuelles ? Il me semble que ce qui fait de la sexualité un mode d'action et de relation spécifique c'est justement son caractère éminemment intime et privé. Si les relations sexuelles sont des rapports particuliers et privilégiés, c'est parce que les protagonistes se donnent mutuellement accès à certaines parties de leur corps et de leur personne qui sont habituellement cachées, auxquelles les autres n'ont pas accès justement parce qu'elles relèvent du privé, parce que le principe de pudeur qui, selon le philosophe Éric Fiat, est à l'origine même du processus

de civilisation (Fiat 2007), veut que ces parcelles de l'individu soient dissimulées et qu'il ne puisse les explorer et/ou les partager avec d'autres que dans un contexte spécifique, en privé et à l'abri des regards, dans un rapport particulier à l'autre et/ou à lui-même que nous appelons « sexualité ».

Alors que devient cette sexualité dans le grand âge ? Comme le résume Lore K. Wright, il est généralement admis que l'expression de l'affection augmente avec l'âge, que l'intérêt pour la sexualité reste élevé, mais que la fréquence des rapports sexuels diminue (Wright 1998). La plupart des études s'attachent, comme nous l'avons vu, à décrire la fréquence des rapports sexuels et constatent effectivement une baisse de cette fréquence. Mais selon Miles et Parker, « intercourse is not the defining act of sexual intimacy for this population » (Miles et Parker 1999, 38). Prendre le coït comme acte sexuel de référence ne pourrait conduire qu'à constater une baisse de fréquence et un déclin de la sexualité car, à en croire Miles et Parker, l'amour charnel dans le grand âge passe plus souvent par les caresses et le toucher, sans qu'il y ait nécessairement pénétration (ibid.). Comme le rapporte Gérard Ribes, « Weizman et Hart, dans une étude examinant le comportement sexuel des hommes mariés, ont indiqué une tendance à la diminution des rapports sexuels, et une augmentation de la fréquence de la masturbation chez les hommes âgés (66-71 ans). [...] Ils attribuent cette modification du comportement sexuel à un déclin du statut social et à une diminution du sentiment de confiance en soi dû à la retraite » (Ribes 2009, 61). Outre le changement de position sociale, il y a plusieurs facteurs, dont je tâcherai de rendre compte dans la seconde partie de ce chapitre, qui peuvent induire des transformations des pratiques sexuelles dans le grand âge ; et il semblerait en effet que la masturbation ait tendance à remplacer partiellement ou totalement les relations sexuelles de certains individus âgés (Miles et Parker 1999), ce qui peut être le fruit d'un choix, motivé ou non par des raisons psychosociales comme le supposaient Weizman et Hart, ou bien d'une sorte d'adaptation à des circonstances telles que les défaillances corporelles et la maladie ou bien l'isolement social et l'absence de partenaire sexuel.

À en croire Gérard Ribes, « si l'on prend comme référence la variété de lieux, de positions, [la sexualité des âgés] semble plus « classique ». Mais si l'on considère l'importance de la tendresse et de la sensualité, les seniors explorent plus ces chemins que les couples plus jeunes » (Ribes 2009, 46). Si Ribes considère que la sexualité se fait « plus classique » dans le grand âge, c'est par rapport au fait que, selon l'enquête de Colson, plus on vieillit plus on fait l'amour chez soi et dans son lit ; en revanche il ne donne pas d'indication quant à ce qui lui fait

dire qu'elle serait « plus classique » en terme de positions sexuelles (ibid.). Cela dit, Marie-Hélène Colson déclare : « les pratiques sexuelles tendent à se diversifier avec l'âge et le grand âge, comme en témoigne l'importante enquête de Bretschneider et Mac Coy de 1989 qui concerne les plus de 80 ans, et qui montre bien que si 63% des hommes et 30% des femmes disent continuer à avoir des relations sexuelles, il existe d'autres pratiques sexuelles permettant de partager de l'intimité sexuelle » (Colson 2007, 79) ; mais Colson ne pense pas la sexualité des âgés comme étant plus tendre ou plus sensuelle. L'idée de tendresse est souvent exacerbée quand il s'agit de penser la sexualité des âgés de manière « positive », Ribes y ajoute la notion de sensualité qui est plus liée au domaine érotique et à l'idée de plaisir des sens. Il constate également que dans le grand âge, « la part « agressive » de la sexualité semble s'estomper » (Ribes 2009, 46), et que la sexualité des personnes âgées « apparaît comme apaisée » (Ribes 2009, 47). Cet abandon d'une certaine agressivité, ou peut-être d'un certain rapport de domination, dans la sexualité, me semble être étroitement lié à la notion de tendresse qui exclue tout rapport agressif ou violent, mais aussi tout rapport passionnel. Gérard Ribes conçoit donc la sexualité des âgés comme une sexualité pacifiée, douce et modérée (Ribes 2009). On peut se demander comment Ribes peut savoir que, dans leurs sexualités, les âgés seraient plus dans la tendresse et dans la sensualité, et moins dans l'agressivité que les jeunes, d'autant plus qu'il ne donne aucune indication à ce sujet et qu'il est donc difficile de savoir si ses conclusions reposent plus sur des interprétations ou bien sur les déclarations des sujets âgés eux-mêmes. Quoi qu'il en soit, il faut remarquer que la nature agressive, tendre ou sensuelle d'une relation est essentiellement de l'ordre du vécu personnel des acteurs de cette relation, et qu'elle est probablement très conjecturale. Il me semble donc délicat d'en faire une règle générale. On peut d'ailleurs remarquer à la lecture de *Sexualité et vieillissement* (2009), que globalement, Gérard Ribes passe plus de temps à décrire ce que la sexualité des âgés devrait être plutôt que ce qu'elle est (Ribes 2009).

Michel Bozon, dont les propos sont repris par Marc Bessin, a quant à lui tenté de décrire l'évolution des pratiques sexuelles des générations âgées à partir de la comparaison des trois enquêtes nationales sur les comportements sexuels des français (Bessin 2009). Il constate que « les générations âgées d'aujourd'hui pratiquent un répertoire plus large que celles d'hier, dans la mesure où elles ont passé leur vie adulte dans un contexte d'élargissement des possibles et de diversification des parcours affectifs » (Bessin 2009, 25). En raison de la focalisation sur la question de la fréquence et du peu de questions, dans ces grandes enquêtes françaises, concernant les formes que prend la sexualité, ce qui ressort surtout de cette comparaison et qui permet à Bozon de dire que les personnes âgées pratiquent aujourd'hui un répertoire plus varié

qu'hier, c'est que les individus âgés sont beaucoup plus nombreux qu'avant à pratiquer la sexualité orale (Bessin 2009). C'est également ce que remarquent Christiane Delbès et Joëlle Gaymu qui précisent que « si globalement l'on ne constate ni découverte ni abandon des pratiques orales au cours de la vie, plus nombreux sont ceux qui en vieillissant, atteignent souvent l'orgasme de cette façon » (Delbès et Gaymu 2001, 76). Le fait que les personnes âgées d'aujourd'hui pratiquent plus certaines formes de sexualité, comme la sexualité orale, qu'hier, serait donc le reflet d'un certain effet de génération que nous avons déjà évoqué. Et cela nous ramène à l'idée que les pratiques sexuelles d'un individu âgé, dépendent sans doute autant, sinon plus, du contexte socioculturel dans lequel il a vécu, mais aussi certainement de ses habitudes et de ses préférences sexuelles qui lui sont personnelles, que de son âge et des effets du vieillissement. Ainsi, « il n'est pas certain que la vieillesse soit le moment où l'on innove, mais on bénéficie des expériences antérieures » (Bessin 2009, 25).

Alors qu'en est-il du fameux « effet de l'âge » ? Quels sont les facteurs qui entrent en compte dans les transformations de la vie sexuelle dans le grand âge ?

B. Comprendre les transformations

Comme nous l'avons vu, la sexualité est aujourd'hui conçue comme « une des dimensions fondamentales de la santé physique et mentale » (Pitaud 2011, 30). Si les normes sexuelles ne sont, d'une manière générale, plus dictées par la religion, il semblerait que la médecine et la psychologie aient pris le relais pour baliser la « bonne sexualité », la sexualité « saine ». Ainsi, Michel Foucault déclare : « Il se peut bien que l'intervention de l'Eglise dans la sexualité conjugale et son refus des « fraudes » à la procréation aient perdu depuis 200 ans beaucoup de leur insistance. Mais la médecine, elle, est entrée en force dans les plaisirs du couple : elle a inventé toute une pathologie organique, fonctionnelle ou mentale, qui naîtrait des pratiques sexuelles « incomplètes » ; elle a classé avec soin toutes les formes de plaisirs annexes ; elle les a intégrés au « développement » et aux « perturbations » de l'instinct ; elle en a entrepris la gestion » (Foucault 1976, 56). Il ne faudrait cependant pas en déduire qu'avant l'époque contemporaine la médecine ne s'est pas préoccupé de la sexualité, les discours

médicaux et religieux sur la sexualité ont certainement longtemps coexisté, se sont fréquemment superposés et se sont, sous bien des aspects, mutuellement alimentés. La théorie humorale, au cœur de la pensée médicale des 18^{ème} et 19^{ème} siècles, a par exemple largement façonné les discours et les représentations sur la sexualité et sur la vieillesse à cette époque, et peut-être même par la suite (Vickermann-Ribémont 2006). Selon la théorie humorale, la vieillesse serait par nature un état froid et sec ; à l'inverse, « tout le dispositif métaphorique occidental de l'amour s'est construit sur l'imaginaire du feu qui enflamme » (Vickermann-Ribémont 2006, 141). C'est pourquoi, selon Gabrièle Vickermann-Ribémont, « vieillesse et amour s'excluent [...] mutuellement » (Vickermann-Ribémont 2006, 140). Et c'est ce qui fait que la sexualité devient dans le grand âge une manie déraisonnable que les médecins ne peuvent cautionner : les excès des vieux libertins « les mettent dans un état de maladie puisqu'ils abusent du peu de chaleur qu'il leur reste à leur âge » (Vickermann-Ribémont 2006, 151). Encore au 19^{ème} siècle, l'idée est très ancrée dans le domaine médical, mais aussi religieux, que « seule la modération dans les désirs, le renoncement à la vie sans passion peuvent assurer la longévité »⁵ (Neboit-Mombet 2006, 153). Ainsi, à en croire le *Dictionnaire des Sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens*, publié entre 1818 et 1822, le coït est dangereux pour la personne âgée, et nombreux sont les vieillards qui trouvent la mort dans les bras de l'objet de leurs désirs (Neboit-Mombet 2006). D'une manière générale, selon Foucault, « il n'est guère de maladie ou de trouble physique auquel le 19^{ème} siècle n'ait imaginé une part au moins d'étiologie sexuelle » (Foucault 1976, 88). Et aujourd'hui encore, il y a un certain nombre de maladies, en particulier dans le domaine psychiatrique, auxquels il est courant d'assigner une cause sexuelle (Foucault 1976 ; Blanchard et al. 2010). Mais si, jusqu'au 20^{ème} siècle, la sexualité immodérée est considérée, sinon comme mortifère, au moins comme nuisible au bon état général de la personne (Neboit-Mombet 2006), de nombreux travaux tendent aujourd'hui à prouver que la sexualité est bonne pour la santé (Davey Smith et al. 1997). Et c'est généralement à l'orgasme que sont attribués les effets positifs de la sexualité sur la santé (Ribes 2009). Ainsi, plusieurs études ont montré que lors de l'orgasme, le corps sécrète des endorphines qui diminueraient le stress et la douleur, mais aussi des ocytocines qui amélioreraient la qualité du sommeil (ibid.). De nos jours, la sexualité est donc recommandée pour son impact positif sur santé et, d'après Osmo Kontula et Elina Haavio-Mannila, « gerontologists and other medical experts generally agree that continued sexual interest and activity can be therapeutic for older men and women » (Kontula et Haavio-Mannila 2009, 47).

⁵ Cette idée a également largement imprégné l'imaginaire collectif, comme en témoigne le célèbre roman de Balzac, *La Peau de chagrin* (1831).

La sexualité est donc, dans les sociétés occidentales, conçue comme ayant un impact sur la santé physique et mentale des individus. En parallèle, « le sexe apparaît comme un champ de haute fragilité pathologique : surface de répercussion pour les autres maladies, mais aussi foyer d'une nosographie propre » (Foucault 1976, 90). Santé et sexualité sont donc connectées dans un double mouvement : la sexualité des individus aurait des conséquences sur leur état de santé, et l'état de santé d'une personne aurait un impact sur sa sexualité. La sexualité est donc placée « sous le régime [...] du normal et du pathologique » (ibid.). Or la vieillesse est particulièrement concernée par cette dichotomie car « l'avancée en âge, dans sa confrontation aux maladies, interroge sur l'état de santé avec cette importante question de la séparation entre le normal et le pathologique. Ceci est d'autant plus présent dans la sexualité [...] » (Ribes 2009, 21). La sexualité est aussi un domaine qui a désormais, comme le remarquait Foucault, sa propre nosographie, qui est examiné sous l'éclairage de ce système de bi-catégorisation que sont le normal et le pathologique, pour identifier et classer les « dysfonctions sexuelles ». Selon Osmo Kontula et Elina Haavio-Mannila, « sexual dysfunction is the inability to react emotionally or physically to sexual stimulation in a way expected of the average healthy person or according to people's own standards » (Kontula et Haavio-Mannila 2009, 47). La « dysfonction sexuelle » est donc l'incapacité d'un individu à réagir sexuellement comme il est socialement admis qu'il devrait le faire. Kontula et Haavio-Mannila distinguent, pour définir la sexualité non-pathologique, ce que la société, à travers le regard médical, considère que cette sexualité devrait être, et ce que l'individu lui-même considère que sa propre sexualité devrait être ; mais il me semble que dans un domaine aussi relationnel que la sexualité, la perception qu'un individu a de ce que devrait être sa sexualité est largement conditionnée par la façon dont est socialement et culturellement construite la « bonne sexualité », la sexualité saine et non-pathologique.

S'il y a, dans les grandes enquêtes sur les comportements sexuels, une focalisation sur la fréquence des rapports, l'étude et la médicalisation des « dysfonctions sexuelles » se focalisent en grande partie sur la « dysfonction érectile » (Bajos et Bozon 1999). Ce phénomène physique dont les sociétés occidentales ont fait une pathologie est étroitement lié au vieillissement : « the prevalence of erectile dysfunction mainly increase with age » (Camacho et Reyes-Ortiz 2005, 52). Le sexologue Gérard Ribes, constate lui aussi que les troubles de l'érection sont beaucoup plus fréquents et plus marqués dans le grand âge (Ribes 2009). Mais si cette transformation dans la façon dont le sexe masculin réagit à la stimulation sexuelle semble être un phénomène naturel normalement lié au vieillissement, il faut garder à l'esprit que la « dysfonction érectile » est une catégorie nosographique et donc une construction sociale.

Nathalie Bajos et Michel Bozon expliquent ainsi que : « Avec l'aide de l'industrie pharmaceutique, les professionnels des voies génito-urinaires tendent à redéfinir et à représenter comme maladie des pratiques et des maladies qui n'étaient pas, jusqu'alors socialement appréhendées en ces termes. Ils vont s'attacher à « pathologiser » la panne sexuelle, à la transformer en « dysfonction érectile », en un problème organique qui nécessite un traitement par le Sildénafil » (Bajos et Bozon 1999, 35). Le Sildénafil est un médicament découvert et mis au point dans la dernière décennie du 20^{ème} siècle, commercialisé sous l'appellation « Viagra ». Il vise à permettre ou à faciliter l'érection mais, comme le précise Cyril Hazif-Thomas, « il ne peut se substituer toutefois à l'absence de désir, et il n'est donc pas un palliatif de la baisse de libido » (Hazif-Thomas et al. 2002, 412). Les importantes recherches qui ont été développées pour permettre la découverte du Viagra et sa mise sur le marché, ainsi que son succès commercial, témoignent selon Bajos et Bozon d'une perception phallogénocentrée de la sexualité qui reposerait sur « un primat persistant du désir des hommes » (Bajos et Bozon 1999, 34). Ainsi, pour Bajos et Bozon, « loin de bouleverser la morale sexuelle, ce processus de médicalisation de la panne sexuelle contribue plutôt à la conforter » (ibid.), car il « centre encore plus l'acte sexuel sur la pénétration » (Bajos et Bozon 1999, 36). On peut remarquer à ce sujet que les transformations de la façon dont le sexe féminin réagit aux stimulations sexuelles, et notamment la sécheresse vaginale qui accompagne parfois le vieillissement (Kontula et Haavio-Mannila 2009), n'ont pas fait l'objet d'une pathologisation aussi forte que les troubles de l'érection, et ne sont pas, ou peu, médicalisées.

Selon Marc Bessin et Marianne Blidon, la médecine, la psychiatrie et la sexologie « traitent une pathologie en regard d'un standard de pratiques, pour pallier des déficiences et maintenir des performances, renforçant ainsi les modèles dominants de la sexualité. Or, comme ces modèles sont fondés sur des représentations associant jeunesse et sexualité, ils tendent à valoriser l'acte sexuel comme performance et n'intègrent pas des scénarii alternatifs impliquant faiblesse, fragilité physique ou lenteur » (Bessin et Blidon 2011, 4). Une des fonctions principales de la médicalisation de la sexualité est donc de rendre possible une « performance » sexuelle. Si l'on considère, comme Gérard Ribes, que « la sexualité féminine est peu dans la performance » (Ribes 2009, 55), ou si l'on considère en tout cas que la sexualité féminine est socialement conçue et perçue comme étant peu dans la performance, cela peut permettre d'expliquer la focalisation médicale et sociale sur les fonctions érectiles masculine, et la faible pathologisation des difficultés sexuelles féminines telles que la sécheresse vaginale.

Gérard Ribes déclare : « On pourrait imaginer que les troubles sexuels augmentent avec l'âge. Ce n'est pas toujours le cas. » (Ribes 2009, 117). En effet, Laumann, dans une étude qui porte sur une population d'hommes et de femmes de 18 à 60 ans, constate que chez les hommes, si certains problèmes sexuels tels que les troubles de l'érection augmentent avec le vieillissements, les « troubles du plaisir » auraient au contraire tendance à diminuer ; et que, du côté des femmes, les « dysfonctions sexuelles » seraient plutôt moins présentes dans le grand âge, à l'exception des problèmes de lubrification (Ribes 2009 ; Kontula et Haavio-Mannila 2009). Il faut bien sûr prendre en compte le fait que l'étude de Laumann ne concerne pas les individus très âgés puisqu'elle ne porte que sur une population âgée de moins de 60 ans. Là encore, on ne peut que déplorer cette limite d'âge qui exclue de l'enquête une proportion importante de la population, surtout s'il s'agit de comprendre les effets de l'avancée en âge sur la sexualité. En effet, étant donné que plusieurs études, comme les grandes enquêtes françaises sur les comportements sexuels, tendent à montrer que la diminution de l'activité sexuelle intervient parfois vers l'âge de 50 ans mais plus souvent à partir de 60 ans, il aurait fallu, pour mettre cette transformation de l'activité sexuelle en relation avec l'apparition de troubles de la sexualité, que l'échantillon de population étudié par Laumann ne se limite pas à des individus de moins de 60 ans. Christiane Delbès et Joëlle Gaymu, se basant notamment sur les deux premières enquêtes nationales sur les comportements sexuels des français (qui incluent des personnes de plus de 60 ans), font des constatations assez comparables à celles de Laumann : « les plus âgés sont plus nombreux à devoir subir des problèmes d'érection et d'absence de désir [...]. Par contre, les hommes âgés atteignent tout aussi facilement l'orgasme que les plus jeunes. À l'inverse, la proportion de femmes souffrant de l'une ou l'autre des dysfonctions sexuelles reste inchangée au fil des âges » (Delbès et Gaymu 2001, 74). Non seulement les « pathologies sexuelles » ne seraient pas systématiquement plus nombreuses ou plus prégnantes dans le grand âge, mais en plus de ça, elles seraient plus rares chez les femmes âgées que chez les hommes. Cela paraît surprenant si l'on met ce dernier constat en relation avec le fait que la plupart des études montrent, comme nous l'avons vu, que l'arrêt de la sexualité ou la forte diminution dans la fréquence des rapports sexuels, concerne plus les femmes que les hommes. C'est donc bien qu'il faut chercher les raisons de ce retrait de la sexualité chez les femmes âgées ailleurs que dans le domaine de la biologie et de la santé, qu'on ne peut s'en tenir à une vision essentialiste d'un abandon de la sexualité qui, dans le grand âge, serait forcément motivé et justifié par le corps lui-même.

« L'approche scientifique ne prend en compte que les régularités et les séries » déclarent Dominique Argoud et Bernadette Puijalon (Argoud et Puijalon 2003, 26). En effet, cette

« approche scientifique » s'inscrit dans une logique sociale d'évaluation qui cherche à quantifier, à mesurer, à établir des normes à tout prix, quitte à gommer les variations, à occulter les particularités ou à en faire des anomalies, voire des pathologies. Or, comme l'affirme Gérard Ribes, « en matière de sexualité, il n'y a de norme qu'individuelle, il n'y a d'équilibre que dans le relationnel » (Ribes 2009, 67). C'est là un point de vue un peu extrême et idéalisé, car les normes, et en particulier les normes sexuelles, ne sont jamais seulement individuelles, sinon il n'y aurait justement pas de norme. Il me semble que ce qu'il y a en réalité, c'est un système de normes sexuelles qui fixent les limites de la sexualité saine et acceptable, et à l'intérieur desquelles l'individu inscrit ses propres pratiques et peut laisser s'exprimer des variantes individuelles jusqu'à un certain point, dans une certaine mesure qui est donnée par la norme. Cependant, il est vrai que la démarche scientifique qui vise surtout à quantifier, à établir des moyennes, et qui se focalise sur la norme, construit un objet homogène à partir de pratiques qui ne le sont pas et rend invisible les variantes individuelles. Ainsi, Jean-Jacques Amyot déclare « on ne voit que les baisses de performances, mais on néglige le principal : les différences interindividuelles sont plus importantes que les différences d'âge » (Amyot 2011, 63). L'importance de ces différences interindividuelles ne doit pas être négligée, elles témoignent du fait que la sexualité d'une personne dépend de facteurs multiples dont l'approche scientifique, et en particulier médicale, ne rend pas compte ; elles rappellent que la sexualité d'un individu ne peut être comprise si on l'isole du contexte socioculturel et relationnel dans lequel elle s'inscrit. En effet, « l'activité sexuelle est éminemment relationnelle et les troubles qui l'affectent le sont aussi » (Bajos et Bozon 1999, 35). Pourtant, la logique médicale ne tient habituellement pas compte de ce caractère relationnel, elle se préoccupe rarement du sens que revêt la sexualité pour l'individu et entretient une vision mécaniste du corps (Bajos et Bozon 1999 ; Amyot 2011 ; Sanchez 2011). Ainsi, aujourd'hui, « la sexualité comme mécanique est exacerbée » (Amyot 2011, 59). Cela rejoint l'idée de performance : le corps est étudié et traité comme s'il s'agissait d'une machine, et les variations dans son fonctionnement deviennent des « dysfonctions », surtout si ces variations vont à l'encontre de la performance physique qui est attendue. Selon Jean-Jacques Amyot, « toute la difficulté en parlant de la sexualité est que très rapidement la partie matérielle, l'acte proprement dit, se dissocie des affects » (Amyot 2011, 60). Et au-delà des affects, c'est aussi de leur dimension sociale et relationnelle que les actes sexuels sont dissociés. « Cette ligne de partage est parfaitement visible dès lors que la vieillesse entre en jeu » (Amyot 2011, 60). Ainsi, pour Amyot, « les effets de l'âge sur la sexualité ressemblent à un contrôle technique » (ibid.).

D'après l'étude de Stacy Tessler Lindau, la sexualité d'un individu est étroitement liée à son état de santé, et la maladie peut, dans bien des cas, avoir un impact sur sa vie sexuelle (Lindau et al. 2007). Il semble en effet logique que la condition physique de l'individu joue un rôle important dans un domaine d'activité très centré sur le corps comme l'est la sexualité. Or, le vieillissement s'accompagne de multiples transformations sur le plan physique, dont certaines, et même peut-être la plupart, sont envisagées en termes de problèmes de santé. Si cette pathologisation relève d'un processus social, il ne faut pas négliger le fait qu'elle semble profondément intégrée par les âgés pour qui leur état de santé est un aspect très important, et généralement très problématique, de leur fin de vie. Ainsi, dans l'étude réalisée par Elaine Cumming et William Earl Henry, « almost two-thirds of the women and more than half of the men said that poor health, or failing health, was the worst thing about their age, even though this is a healthy population » (Cumming et Henry 1961, 67). Les maladies qui sont associées au vieillissement affecteraient la sexualité des personnes âgées (Ribes 2009), et à en croire les gériatres Maria Camacho et Carlos Reyes-Ortiz « both acute and chronic disease mediate a decline in sexual function and cause a decreased interest in sex » (Camacho et Reyes-Ortiz 2005, 53). Beaucoup des études qui portent sur la sexualité des âgés, s'intéressent en priorité à la façon dont les diverses pathologies qui touchent de nombreux individus âgés interfèrent avec leur sexualité. Je ne les listerai pas toutes ici et me contenterai d'évoquer les problèmes de santé les plus souvent mis en lien avec une diminution de l'activité sexuelle ou avec l'apparition de pathologies sexuelles.

L'accident vasculaire cérébral pourrait provoquer d'importants troubles de la sexualité chez les personnes qui en ont été victimes, comme l'ont montré les études rapportées par McLaughlin (Ribes 2009). Il y aurait également, selon John DeLamater et Morgan Sill, une corrélation entre les problèmes de tension, de pression artérielle, et une baisse de désir sexuel, pour les hommes comme pour les femmes (DeLamater et Sill 2005). Le diabète serait aussi, tant chez les hommes que chez les femmes, associé de manière significative aux problèmes de sexualité (DeLamater et Sill 2005 ; Ribes 2009). L'arthrose, dont souffre une part importante de la population âgée, est fréquemment perçue comme un frein à la sexualité et comme une source de difficultés sur le plan sexuel, sans pour autant qu'il y ait véritablement d'étude sur le sujet (DeLamater et Sill 2005) ; cependant, selon Camacho et Reyes-Ortiz, « arthritis is a major factor of disability mainly for older women, but older men may also complain of pain and stiffness interfering with sexual activity » (Camacho et Reyes-Ortiz 2005, 53). Les maladies de type Alzheimer, pathologies qui ne concernent en principe que les individus âgés, sont unanimement considérées comme ayant un impact important sur la sexualité. Lore K. Wright

s'est penché sur la question et a constaté que les individus qui souffrent d'une maladie de type Alzheimer développent parfois une hypersexualité et sont beaucoup plus souvent dans la demande sexuelle (Wright 1998) ; il note également que, d'une manière générale, il y a une baisse de la fréquence de l'activité sexuelle chez les couples dont l'un des partenaires est malade, mais que cette fréquence dépend plus de l'état physique et psychique du partenaire qui est en position de donneur de soin, que de l'avancé de la maladie chez le partenaire Alzheimer (ibid.). Enfin, sans grande surprise, la maladie de la Peyronie et les maladies prostatiques induiraient d'importants troubles sexuels (Ribes 2009). Or, les maladies de la prostate seraient des pathologies très fréquentes et toucheraient près de 90% des hommes âgés de plus de 80 ans (DeLamater et Sill 2005). Certains auteurs auraient également noté « l'importance des troubles de la sexualité associé [sic] au cancer du sein » (Ribes 2009, 109) ; pourtant, selon Ribes, « une chirurgie mammaire ou une irradiation d'un sein ne diminue pas le désir de la femme, ne modifie pas les conditions physiques des rapports sexuels et n'altère pas la possibilité de plaisir » (Ribes 2009, 110). Les problèmes sexuels qu'engendre le cancer du sein ne sont donc pas directement d'origine physique ou biologique, mais tout porte à croire qu'il s'agit bien là d'une transformation de l'activité sexuelle qui répond à des motivations psychosociales. Dans un même ordre d'idée, Ribes déclare : « La peur d'une fuite urinaire pendant un rapport sexuel et la honte liée à cette image dégradante peuvent être des facteurs d'inhibition sexuelle. Hilton rapporte que 46 % des femmes ayant un problème d'incontinence subissent un impact négatif sur leur sexualité » (Ribes 2009, 103). Ce second exemple montre bien que certaines « défaillances » physiques, n'ont pas forcément d'impact direct sur la sexualité mais l'affectent de manière indirecte, de par leurs répercussions et leurs implications sur le plan socioculturel ; ce n'est pas le phénomène physique lui-même qui empêche la sexualité, mais c'est sa charge négative en termes de représentation du corps pathologique qui devient un frein à la sexualité.

Il y'aurait également des maladies qui n'affectent pas directement la sexualité, mais dont les traitements peuvent provoquer des transformations dans la façon dont le corps réagit aux stimuli, et donc dans la façon dont l'individu peut entreprendre des actes et des relations sexuels ; et dans le cas de certaines pathologies, la maladie, mais aussi son traitement, auraient un impact sur la sexualité (DeLamater et Sill 2005 ; Ribes 2009). De nombreux médicaments interféreraient avec la sexualité (ibid.), et la iatrogénie serait beaucoup plus fréquente dans le grand âge que chez les sujets jeunes (Hazif-Thomas et al. 2002 ; DeLamater et Sill 2005). Parmi les médicaments qui peuvent induire des troubles de la sexualité, les plus fréquemment évoqués sont les antidépresseurs et les traitements contre l'hypertension (DeLamater et Sill 2005). Cyril Hazif-Thomas déclare que « le principal ennemi du bien-être des personnes âgées n'est pas

seulement la dépression, c'est aussi la iatrogénie médicamenteuse du traitement antidépresseur jusque-là négligée dans sa portée négative sur la sphère sexuelle » (Hazif-Thomas et al. 2002, 410). À en croire Gérard Ribes, la dépression serait une des causes principales des troubles de la sexualité ; l'humeur dépressive pourrait, entre autre, causer des problèmes d'érection, mais, aux perturbations de la sexualité que peut induire l'état dépressif se rajoute la iatrogénie du traitement antidépresseur (Ribes 2009). Ainsi, selon Ribes, « il est parfois complexe de séparer l'intrication entre la pathologie et le médicament comme responsable du trouble » (Ribes 2009, 114). Les molécules présentes dans la plupart des antidépresseurs pourraient en effet retarder voire empêcher l'éjaculation (ibid.) mais, d'après Hazif-Thomas, « les nouveaux antidépresseurs seraient toutefois neutres et bienveillants dans ce domaine, comme en témoigne une méta-analyse qui montre le respect des fonctions sexuelles avec une stimulation douce de la libido » (Hazif-Thomas et al. 2002, 411). Si la dépression et les effets iatrogènes de son traitement semblent « uniquement » avoir un impact sur le fonctionnement du sexe masculin, sur l'érection et l'éjaculation, les médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle interfèreraient avec les fonctions sexuelles des femmes comme des hommes, et constitueraient le plus grand groupe de médicaments ayant des effets secondaires sur la sexualité (DeLamater et Sill 2005). Là encore, difficile de discerner les effets de la pathologie et ceux de son traitement (ibid.). Le fait que certains médicaments aient des incidences sur la sexualité semble peu préoccuper les médecins lorsqu'il s'agit de personnes âgées, et ces dernières ne sont souvent pas prévenues des effets secondaires de leur traitement (Hazif-Thomas et al. 2002 ; Catenacci 2011). Ainsi, comme le déclare Stacy Tessler Lindau, « patients may discontinue needed medications because of side effects that affect their sex lives » (Lindau et al. 2007, 763).

Alors l'activité sexuelle est-elle si fragile, si précaire ? À quel point est-elle dépendante de la condition physique de l'individu ?

Gérard Ribes fait le constat suivant : « L'effort physique correspondant à un acte sexuel est faible. On considère qu'un acte sexuel avec le partenaire habituel correspond à monter deux étages. Ceci a un corollaire. Tout individu capable de monter deux étages sans être en défaillance cardio-vasculaire peut avoir une sexualité » (Ribes 2009, 23). Je ne suis pas certaine que tout individu capable de monter deux étages puisse avoir une sexualité, en revanche la démonstration de Ribes semble prouver qu'il serait physiquement capable d'avoir une sexualité. Il n'y a pas toujours de corrélation entre ce qu'un individu est physiquement capable de faire et ce qu'il peut réellement faire une fois l'acte physique replacé dans son contexte social, culturel et relationnel. Mais faut-il déduire de la démonstration de Ribes que tout

individu incapable de monter deux étages sans être en défaillance cardio-vasculaire ne peut fondamentalement pas avoir de sexualité ? Là encore, tout dépend de ce que désigne la sexualité : si l'effort physique de « l'acte sexuel » correspond à monter deux étages, Ribes ne précise pas la manière dont est défini cet acte sexuel, mais on peut supposer qu'il s'agit d'un rapport avec pénétration. Il me semble cependant que, même dans ce type de rapport sexuel, l'effort physique fourni par le pénétrant et par le pénétré n'est pas le même, et cet effort varie probablement fortement selon les positions sexuelles. Si l'on ne se réfère plus au coït pour définir la sexualité et qu'on la considère dans son acception la plus large, il est très probable que même les individus qui sont physiquement incapables de monter ces deux étages demeurent capables d'avoir une vie sexuelle, même si cette dernière n'est plus faite « que » de caresses, de baisers, de rapports oraux ou de masturbation. Pour Michel Bozon, dont les propos sont recueillis par Marc Bessin, le fait que l'un ou l'autre des partenaires d'une relation sexuelle ait des problèmes de santé « ne favorise guère la diversification des pratiques » (Bessin 2009, 125). Cela ne me paraît pas si évident : la maladie et, d'une manière générale, les transformations que subit le corps vieillissant, pourraient au contraire amener l'individu à s'adapter, à abandonner certaines pratiques devenues trop douloureuses ou simplement irréalisables, et à s'adonner à de nouvelles formes de sexualité qui sont plus en accord avec son état physique. Le fait qu'un individu âgé demeure ou non sexuellement actif dépendrait donc en grande partie de sa volonté de continuer à avoir une vie sexuelle. Or, d'après Michael Bauer, « it cannot be assumed that ill-health will extinguish sexual desires or sexual needs » (Bauer et al. 2007, 65). S'il s'agit, à mon sens, d'abandonner la perspective essentialiste de la sexualité à laquelle nous avons souvent recours et de ne plus considérer que la condition physique d'un individu conditionne sa sexualité, il ne faut pas cependant nier le fait que certains aspects de la santé et du fonctionnement corporel de l'individu ont un impact, parfois très fort, sur sa sexualité, que ce soit de manière directe ou de manière indirecte. La sexualité, bien que foncièrement sociale et relationnelle, se manifeste essentiellement par des actes physiques, par des gestes, et si le corps ne permet pas, ou plus, d'accomplir le moindre de ces gestes, il ne peut pas y avoir de sexualité, ou alors seulement une sexualité qui serait réduite à des désirs et à des fantasmes enfermés dans un corps incapable de les exprimer. Je suis donc plutôt d'accord avec John DeLamater et Morgan Sill pour qui la condition biologique et anatomique est un élément nécessaire mais pas suffisant pour avoir une sexualité (DeLamater et Sill 2005). Alors quels sont donc ces autres facteurs qui rendent possible ou impossible l'activité sexuelle ?

Selon Michel Bozon, aujourd'hui « une norme s'est installée : continuer de vivre en couple, c'est continuer d'avoir une vie sexuelle » (Bessin 2009, 125). Le fait d'être en couple, ou du moins d'avoir un partenaire sexuel, serait en effet un facteur capital dans la prolongation de la vie sexuelle à des âges avancés (DeLamater et Sill 2005 ; Ribes 2009). Régis Schlagdenhauffen s'est penché sur une étude sur les comportements sexuels réalisée en 2002 à Hambourg et Leipzig auprès de 258 hommes et femmes âgés de 60 ans, et a constaté que « la fréquence de l'activité sexuelle est avant tout liée au statut conjugal et non à l'âge » (Schlagdenhauffen 2011, 4). Certains auteurs considèrent donc que le déterminant le plus important de l'activité sexuelle dans le grand âge et de la fréquence de cette activité, est le fait d'avoir ou non un partenaire sexuel régulier (Kontula et Haavio-Mannila 2009 ; Schlagdenhauffen 2011). Or, « avec l'avance en âge avoir un partenaire devient moins fréquent » (Delbès et Gaymu 2001, 70), et cela serait encore plus vrai pour les femmes que pour les hommes (Kontula et Haavio-Mannila 2009 ; Bessin 2009 ; Bajos et Bozon 2011). Ainsi, d'après Osmo Kontula et Elina Haavio-Mannila, « the crucial gender difference among the aging population is that women over the age of 60 were less likely than men to have a permanent sexual partner » (Kontula et Haavio-Mannila 2009, 51). Cette inégalité des hommes et des femmes à avoir un partenaire sexuel dans le grand âge, serait due, d'une part à l'espérance de vie plus faible chez les hommes que chez les femmes, qui amènerait ces dernières à être beaucoup plus nombreuses dans le troisième âge, et à plus forte raison dans le quatrième âge, que les hommes ; et d'autre part, au fait que les hommes aient tendance à préférer des partenaires plus jeunes (Bessin 2009 ; Bajos et Bozon 2011 ; Schlagdenhauffen 2011). Ce double phénomène a pour conséquence que les femmes âgées sont beaucoup plus souvent célibataires et ont plus de difficulté à trouver un partenaire sexuel que les hommes âgés, ce qui peut également permettre d'expliquer le fait qu'elles soient moins actives sexuellement. Dans cette perspective, le fait qu'elles semblent éprouver dans le grand âge moins de désir sexuel que les hommes, peut aussi être compris comme une forme de résignation.

Si les âgés sont plus souvent célibataires que les jeunes, c'est en premier lieu en raison du veuvage. Ce phénomène, auquel est confrontée une proportion très importante de la population âgée, a évidemment d'importantes répercussions sur sa sexualité. Pour John DeLamater et Morgan Sill, la mort du conjoint entraîne généralement la cessation de l'activité sexuelle (DeLamater et Sill 2005). Christiane Delbès et Joëlle Gaymu déclarent : « Ce sont les veufs qui sont le plus fréquemment sans vie sexuelle, viennent ensuite les célibataires et enfin les divorcés. Le décès du conjoint met quasiment un terme aux relations sexuelles des femmes :

74% des veuves de 50-59 ans, 86% de celles âgées de 60-69 ans, n'ont pas eu de partenaire depuis un an. Comparée à celle des divorcés la forte exclusion des veufs et veuves pourrait être, outre la fidélité à la mémoire de leur époux disparu, la conséquence d'une rupture plus récente et arrivée plus tardivement dans la vie, réduisant les chances de rencontrer quelqu'un » (Delbès et Gaymu 2001, 71). Il est vrai que le veuvage comporte bien des aspects qui peuvent induire un retrait de la sexualité : tout d'abord une dimension affective qui, pour de multiples raisons, peut amener la personne à ne pas vouloir se projeter dans de nouvelles relations, mais aussi une dimension sociale et culturelle, car le fait d'avoir un ou des nouveaux partenaires et de continuer à avoir une vie sexuelle après le décès d'un conjoint n'est pas toujours bien perçu, et l'individu peut renoncer à certaines relations et à certains aspects de sa sexualité si son entourage les désapprouve ; enfin, l'arrêt des relations sexuelles consécutif au veuvage tient aussi, comme le remarquaient Delbès et Gaymu, au fait que la perte d'un conjoint intervient le plus souvent à un moment tardif de la vie, où l'individu a généralement moins de chances de retrouver un partenaire sexuel, en raison notamment du fort handicap que constitue la vieillesse sur le marché des rencontres amoureuses. Mais, comme le note Régis Schlagdenhauffen, le veuvage « semble impliquer un abandon des relations sexuelles chez les femmes mais non chez les hommes » (Schlagdenhauffen 2011, 3). Nombreux seraient les veufs qui continuent à accorder beaucoup d'importance à la sexualité et à être très actifs sur le plan sexuel (Miles et Parker 1999). Cette différence s'explique premièrement par la plus grande difficulté pour les femmes de retrouver un partenaire, pour les raisons que nous avons déjà évoqué, mais elle traduirait aussi une volonté d'être en couple qui serait plus forte du côté des hommes que du côté des femmes, ces dernières s'accommodant mieux du célibat (Schlagdenhauffen 2011 ; Caradec 2012). Ainsi, d'après les entretiens qu'il a mené auprès de 50 veufs et veuves, Vincent Caradec constate que, du côté des femmes comme du côté des hommes, « il y a consensus pour penser que les hommes ont plus de mal à vivre seuls » (Caradec 2012, 8). Selon Régis Schlagdenhauffen, « c'est la conjugaison d'un ensemble de facteurs biologiques, sociaux et culturels qui vont faire en sorte que les hommes âgés ressentent le besoin d'être en couple à l'inverse des femmes qui disent pouvoir s'en passer » (Schlagdenhauffen 2011, 4). Je ne suis pour ma part pas convaincue que des facteurs biologiques puissent être à l'origine de la plus forte volonté des hommes âgés de vivre en couple, et il me semble plus probable que ce phénomène tienne plus à la façon dont sont construites et vécues certaines normes de genre.

En tout état de cause, qu'elles soient veuves, divorcées ou simplement célibataires, il semblerait que les femmes âgées soient dans tous les cas plus souvent sans partenaire que leurs homologues masculins. Si ce phénomène est dû à la plus grande mortalité masculine et à la

tendance des hommes âgés à former des couples avec des partenaires plus jeunes qu'eux, on peut imaginer que certaines femmes âgées qui veulent encore avoir une vie amoureuse et sexuelle se tournent alors vers des relations homosexuelles. Ainsi, dans une perspective féministe, Rose-Marie Lagrave envisage que les vieilles femmes « exclues du regard désirant masculin auquel fréquemment elles se sont conformées, [...] peuvent aussi expérimenter le regard désirant féminin, moins prisonnier des codes sociaux dominants, en s'apercevant que l'hétérosexualité a été une norme qui a canalisé leur désir » (Lagrave 2009, 119). Mais Kristen Pölz, qui a mené des entretiens semi-directifs auprès de 22 femmes âgées de plus de 55 ans et ayant des relations homosexuelles, aurait remarqué qu'il est très difficile, pour celles qui sont célibataires, de rencontrer une nouvelle partenaire (Schlagdenhauffen 2011). Comme le rapporte Schlagdenhauffen, l'auteure met cette difficulté sur le compte du « manque d'infrastructures, de lieux commerciaux et d'espaces de sociabilité dédiés » (Schlagdenhauffen 2011, 6). Michael Bochow, qui a travaillé sur les gays âgés, constate également qu'il est difficile pour les hommes âgés célibataires qui cherchent à avoir des relations amoureuses et/ou sexuelles avec d'autres hommes, de trouver un partenaire (Schlagdenhauffen 2011). D'après Marc Bessin, les hommes homosexuels âgés seraient moins souvent en couple que les plus jeunes, car « en milieu gai, plus qu'en milieu lesbien, la valorisation de la jeunesse est extrêmement forte » (Bessin 2009). Si je ne dispose pas de connaissances suffisantes sur le sujet pour avoir un avis, on peut tout de même se demander sur quoi repose cette assertion qui a tous les airs d'un a priori ou même d'un stéréotype. D'une manière générale, il semblerait que la question de l'orientation sexuelle, mise en relation avec la vieillesse, soit un champ d'étude « où la sexualité est davantage présumée qu'appréhendée par des travaux documentés » (Schlagdenhauffen 2011, 6). Ainsi, Michael Bauer déclare : « There is a notable absence of research and littérature dealing with older people and non-heterosexuality. If being old is rarely equated with sexuality, then being old, sexual and gay, or lesbian, bisexual, or transgender, it would seem, is even more remote in the minds of many people. [...] the assumption of heterosexuality is frequently made. This assumption can be particularly detrimental in institutional settings where gays and lesbians feel the need to hide their sexual identity, effectively rendering them invisible » (Bauer et al. 2007, 65). Tout porte à croire donc que, si la sexualité des individus âgés est peu envisagée et rarement prise en compte, les relations homosexuelles dans le grand âge semblent encore moins pensables. Si les relations homosexuelles des personnes âgées sont inconcevables, on peut supposer, comme le fait Michael Bauer, que cela a des répercussions, en particulier dans le contexte des établissements

de soins gériatriques, sur la façon dont l'individu va, ou justement ne va pas, exprimer ses désirs et ses préférences sexuelles.

Pour Cyril Hazif-Thomas, le problème de la iatrogénie serait « autant un problème de l'ordre des thérapeutiques utilisées que de l'adaptation de nos représentations à une réalité nouvellement appréhendée : la sexualité tardive » (Hazif-Thomas et al. 2002, 406). La sexualité des personnes âgées aurait été pendant tant de temps occultée, considérée comme une bizarrerie ou une déviance, que, s'il semblerait aujourd'hui que des transformations soient, depuis quelques décennies, en train de s'opérer à ce niveau (Bessin 2009, 129), les représentations sociales qui font de la vieillesse un âge dont la sexualité est exclue auraient des racines profondes et évolueraient lentement (Hazif-Thomas et al. 2002). Cela induit que les effets iatrogènes de certains traitements médicamenteux sur la sexualité des individus sont souvent négligés ou mal anticipés, mais au-delà de ça, il y aurait, selon Hazif-Thomas, une « iatrogénie, visible au travers du « traitement des représentations », de l'interaction médecin-malade » lorsque circule encore l'idée [...] que « la sexualité ça ne concerne pas –ou plus !- les personnes âgées » » (Hazif-Thomas et al. 2002, 406). Élisabeth Catenacci a mené une enquête par questionnaire anonyme auprès d'une centaine de médecins généralistes et spécialistes dans le département des Bouches-du-Rhône, pour essayer de comprendre et de décrire la façon dont ils appréhendent la sexualité des sujets âgés (Catenacci 2011). Il ressort de cette étude que la sexualité féminine n'est presque jamais envisagée et que « la seule sexualité envisagée est la sexualité masculine, en grande majorité sous son aspect « mécanique », en effet, les réponses laissent entendre que c'est le dysfonctionnement érectile qui occupe le champ des investigations » (Catenacci 2011, 218). Elle constate également que « seules les médecins femmes se préoccupent de ne pas nuire à la sexualité des personnes de plus de 85 ans, les hommes considérant qu'à cet âge la question ne se pose pas » (ibid.). Il semblerait donc que les médecins ne soient pas formés à appréhender et éventuellement à accompagner la sexualité des individus âgés, qu'ils agissent « uniquement avec leurs références personnelles » (Catenacci 2011, 219). Ces « références personnelles » me semblent découler d'un système de représentations sociales et médicales de la sexualité et de la vieillesse qui induit une perspective phallocentrée, qui se focalise sur la performance physique, et qui exclue la sexualité impensable des femmes âgées et la sexualité irréalisable des hommes dont le corps semble trop vieux pour pouvoir assumer la performance sexuelle par excellence : le « bon coït » avec une forte érection et une éjaculation qui ne survient ni trop tôt ni trop tard.

Au-delà de l'impact des traitements et des discours médicaux, il est probable, et cela me semble être un point important pour comprendre les transformations de la vie sexuelle dans le

grand âge, que la sexualité des personnes âgées subisse d'une manière plus générale les effets d'une certaine « pression sociale ». Cette « pression sociale » ne passerait pas par un interdit mais plutôt par des normes sexuelles élaborées à partir d'une conception sociale et culturelle de la sexualité et de la vieillesse qui en fait deux catégories antinomiques et incompatibles. Notre système de représentation et de catégorisation est ainsi fait que vieillesse et retrait de la vie sexuelle pourraient apparaître comme une équation « naturelle ». Ainsi, la sexualité des individus âgés apparaît non seulement comme quelque chose qui n'est pas normal, mais en plus comme quelque chose qui n'est pas naturel, et donc qui peut être perçu comme un comportement « contre-nature ». Cette conception antinomique de la vieillesse et de la sexualité serait largement assimilée et intégrée par la population âgée, en témoigne, selon Cyril Hazif-Thomas, « des discours normatifs, pour ne pas dire moralisateurs, que les vieilles gens ont mémorisés, souvent dans leur corps : « Il faut se contenter de tendresse (obligatoire) parce qu'une fois vieux, l'acte sexuel n'est plus réaliste » » (Hazif-Thomas et al. 2002, 408). De même, d'après Michael Bauer, « ageism has infiltrated deeply into society and many older people see themselves as too old for sex » (Bauer et al. 2007, 66). Ainsi, on peut tout à fait émettre l'hypothèse que l'arrêt de l'activité sexuelle dans le grand âge soit en partie dû au fait que « ayant du mal à laisser s'exprimer une sexualité jugée socialement inconvenante, les aînés feraient preuve d'autocensure » (Ribes 2011, 136). Cette théorie peut notamment permettre d'expliquer les différences constatées entre les hommes et les femmes. On peut justifier le retrait plus précoce et plus systématique de la vie sexuelle chez les femmes âgées par le fait qu'elles ont plus difficulté, passé un certain âge, à trouver un partenaire que les hommes ; mais cela ne permet pas d'expliquer le fait que les femmes âgées déclarent moins souvent se masturber, qu'elles sont moins « motivées » que les hommes pour retrouver un partenaire, qu'elles déclarent plus souvent éprouver peu ou pas de désir sexuel et accorder peu d'importance à la sexualité. Comme nous l'avons vu, la sexualité féminine semble être plus fortement marquée par le sceau de la honte et du péché que la sexualité masculine, le regard porté sur la vieillesse féminine semble encore plus discriminant que celui porté sur la vieillesse masculine, et la sexualité des vieilles femmes paraît encore moins pensable et encore plus transgressive que celle des hommes vieux. Les différences entre hommes et femmes que rapportent les études précédemment évoquées traduiraient donc un écart dans les discours, et probablement aussi dans les pratiques, induit par un système de représentations sociales et de normes sexuelles qui n'est pas le même pour les hommes âgés et pour les femmes âgées. Si l'environnement socioculturel d'une femme, son entourage et ses médecins, semblent considérer que sa sexualité n'a plus lieu d'être et qu'il serait étrange, voire inconvenant, qu'elle

ait encore une vie sexuelle, il est possible que cette femme renonce à une sexualité et refoule des désirs qui lui font honte, qu'elle s'attache à devenir ce que les autres considèrent qu'elle devrait être : une personne dénuée de toute dimension sexuelle, c'est-à-dire plus concrètement un individu dont le mode d'action et de relation ne serait jamais érotique. Ainsi, selon Rose-Marie Lagrave, « exclues du regard désirant masculin, certaines femmes s'excluent elles-mêmes du désir en devançant l'appel » (Lagrave 2009, 119). C'est cette modification ou cet anéantissement du comportement sexuel induit par l'incorporation par les individus âgés de l'idée selon laquelle ils ne pourraient séduire ou selon laquelle les jeux sexuels ne seraient plus de leur âge, que Ribes et Delbès et Gaymu ont qualifié d'autocensure (Delbès et Gaymu 2001 ; Ribes 2009). Selon cette perspective, on peut comprendre certaines transformations de l'activité sexuelle dans le grand âge, comme une façon pour les individus âgés de mettre leurs discours et leurs pratiques en conformité avec ce que la société, à travers l'imaginaire collectif, les normes sociales, médicales et sexuelles, semble attendre d'eux.

Chapitre 4

La sexualité en EHPAD

« There is [...] a dearth of understanding about sex and sexuality in institutional care settings » (Hubbard et al. 2003, 100)

Si la question de la sexualité des personnes âgées semble, au nom du bien-être, être de moins en moins éludée, elle apparaît également de plus en plus importante dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Kontula et Haavio-Mannila 2009), dont la fonction aujourd'hui n'est plus seulement de prendre en charge les individus et de soigner les pathologies, mais d'assurer une certaine « qualité de vie ».

L'institution gériatrique est généralement envisagée comme un lieu pour finir sa vie, un endroit où la mort est particulièrement présente (Ribes et al. 2007, Poupi 2000) ; l'EHPAD est donc souvent perçu comme « l'antichambre de la mort » (Marti 2008, 141). Or, comme nous l'avons vu, la sexualité telle que nous la concevons aujourd'hui est liée à un éros qui serait en fait une « pulsion de vie » (Sakai 2006; Sanchez 2011; Tap 2011), construit en opposé à thanatos et apparaissant comme incompatible avec la mort. S'il est difficile de concevoir la sexualité des personnes âgées, il semblerait qu'il soit encore plus compliqué de l'envisager dans un cadre où la mort est aussi présente physiquement et symboliquement qu'en maison de retraite. Selon Pierre Tap, « l'opinion généralement répandue selon laquelle les préoccupations sexuelles des personnes âgées seraient anormales, [...] voire perverses, est encore plus stigmatisée pour les personnes vivant en institution, surtout si elles sont atteintes de démence » (Tap 2011, 100). En effet, outre l'imaginaire lié au lieu, la difficulté à envisager la sexualité des individus qui vivent en EHPAD tient aussi aux multiples défaillances physiques et cognitives qui leurs sont attribuées. Au-delà du cas particulier des personnes « démentes », atteintes de troubles cognitifs ou de maladies mentales, les individus qui résident en institution gériatrique sont par définition des « personnes âgées dépendantes », et nous avons vu comment la forte dépendance d'un individu s'avère rendre sa sexualité impensable. L'extrême dépendance, comme la mort, semble exclure tout potentiel sexuel.

Mais il y a d'autres raisons, plus pragmatiques, qui font de l'EHPAD un lieu très peu approprié pour la sexualité. Car cette dernière relève de l'intime et du privé, or, dans des structures telles que l'institution gériatrique, l'intimité et la sphère privée sont mises à mal. Les contraintes liées à l'organisation et à la fonction de l'EHPAD, qui demeure un établissement collectif de prise en charge et de soin, ne sont généralement pas propices au développement de relations et de comportements à caractère sexuel. Ainsi, Michael Bauer déclare « the environment and work practices in healthcare institutions are typically not supportive of sexualized behaviour and sexuality remains problematic for patients/residents and staff alike » (Bauer et al. 2007, 66). La vie en EHPAD est réglée par des contraintes organisationnelles et structurelles, mais elle est aussi régie par « la politique » de l'établissement. Comme dans toute organisation en vie collective, il y a des comportements prescrits, d'autres qui sont admis ou tolérés et certains qui sont proscrits. Comme le dit Alain Giami, « il importe d'identifier le type de vie sexuelle qu'on veut favoriser dans l'institution, celle que l'on tolère et celle que l'on souhaite limiter éradiquer, réprimer », car « toutes les formes de vie sexuelle et notamment les types de relations socio-sexuelles ne sont pas acceptables de la même façon dans le monde social et a fortiori dans les institutions » (Giami 2011, 201). Éric Minnaërt, qui a mené pendant six mois une enquête ethnographique en EHPAD déclare que : « la gestion de la sexualité masculine, par exemple, mériterait une réflexion spécifique tant les réponses proposées ne tiennent pas compte de l'ensemble des enjeux présents dans ces comportements. Réduite à des phénomènes d'abord comiques puis parasites, honteux et anormaux, elle est éludée d'une réflexion globale sur le plaisir, composante intrinsèque de tout « projet de vie » » (Minnaërt 2008, 17). Le fait que l'intérêt de Minnaërt ait été retenu uniquement par les comportements sexuels des hommes, et l'emploi du terme « gestion », semblent conforter l'hypothèse selon laquelle « in residential aged care, sexual behaviour is most often noted when it is exhibited by men, and more often than not deemed to be disruptive and problematic » (Bauer et al. 2007, 67). Ce qui fait que la sexualité des hommes semble attirer plus l'attention et poser plus problème que celle des femmes, c'est peut être aussi qu'elle est plus visible, notamment de par la confrontation occasionnelle du personnel soignant au sexe masculin en érection (Molinier 2011). Les désinhibitions dues aux troubles cognitifs ou aux maladies de types Alzheimer sont également perçues comme très problématiques (Molinier 2011). D'une manière générale, comme le remarque Philippe Pitaud, « les questions au sujet de la sexualité dans les institutions sont souvent abordées dans l'urgence et uniquement en termes de problématique » (Pitaud 2011, 25). Il y aurait également un manque de connaissances et de compréhension de la part du personnel par rapport à la question de la sexualité des personnes âgées (Hubbard et al. 2003 ;

Thibaud et Hanicotte 2007) : l'idée la plus répandue serait que les résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes n'ont plus de vie sexuelle, tant sur le plan des désirs et des fantasmes que sur celui des pratiques (Hubbard et al. 2003). Cependant, « malgré le contexte institutionnel, les expressions sexuelles des sujets âgés perdurent » (Thibaud et Hanicotte 2007, 127) ; la sexualité des résidents est une réalité, et il y aurait une reconnaissance de plus en plus grande de cette réalité et de son importance parmi le personnel soignant (Hubbard et al. 2003 ; Thibaud et Hanicotte 2007). Ainsi, « les études centrées sur la perception des soignants, notamment celle de Navarro-Chafloque, soulignent l'intérêt des équipes pour ce sujet, la demande explicite de formation » (Thibaud et Hanicotte 2007, 127).

La question de la sexualité est liée, comme l'ont souligné Steven H. Miles et Kara Parker, à la notion d'intimité (Miles et Parker 1999). Cela semble être d'autant plus vrai dans le cadre de l'EHPAD.

A. Vie privée, intimité et sexualité en EHPAD

Marie-Hélène Colson déclare que « l'idée d'intimité s'est construite [...] très récemment, à partir du XIXe siècle, en parallèle à celle d'individu, à laquelle notre société post moderne attache aujourd'hui davantage d'importance qu'aucune autre avant elle » (Colson 2007, 64). La notion d'intimité est en effet étroitement liée à celle d'individu, elle s'inscrit dans un modèle socioculturel qui conçoit la personne comme un être ayant un dedans et un dehors (Fiat 2007). En effet, selon Éric Fiat, « l'adjectif intime vient du superlatif latin *intimeo*, qui signifie « le plus intérieur » (Fiat 2007, 27), et pour Colette Eynard, le terme intime « renvoie à ce que nous avons de plus personnel » (Eynard 2007, 87). Il y a donc l'idée avec la notion d'intime, que tout individu aurait des dimensions de lui-même qui lui sont propres et qui sont intérieures, en ce sens qu'elles ne sont pas visibles, que les autres n'y ont pas accès, sauf ceux avec lesquels l'individu entretient une relation particulière, privilégiée, qui les amène à établir entre eux un rapport d'intimité. Le domaine intime est donc un domaine privé, caché, un domaine secret en quelque sorte. « Et cette gêne que nous éprouvons à l'idée que ce que nous voudrions garder pour nous soit exhibé, objectivé, extériorisé, comment l'appeler autrement

que pudeur ? » (Fiat 2007, 27). Car si le secret peut être partagé avec certains proches, l'idée même d'intimité veut qu'il ne soit pas divulgué à n'importe qui et dans n'importe quelles conditions.

Comme le dit Gérard Ribes, l'institution gériatrique « oscille entre une volonté de préserver l'intimité et le devoir de l'enfreindre en permanence, pour l'hygiène des locaux et la toilette des patients » (Ribes et al. 2007, 57). Selon Thierry Darnaud, « la question de l'intime pose directement celle de l'espace » (Darnaud 2007, 92). L'espace intime étant, pour Darnaud, un espace en retrait, à l'abri des regards, on peut considérer la maison de retraite comme un espace intime « au niveau du microcosme qu'est une commune » (Darnaud 2007, 93). Mais à l'intérieur même de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à en croire Gérard Ribes, « l'espace privé est anéanti dans les moindres recoins » (Ribes et al. 2007, 57). Il semblerait en effet que l'architecture et l'organisation spatiale des maisons de retraite répondent à un impératif de surveillance, qui se traduit par un aménagement de l'espace en fonction des principes de la vision panoptique (Darnaud 2007). Cela serait particulièrement visible, par exemple, dans la position du bureau infirmier qui permet généralement d'embrasser du regard, depuis cet emplacement, une grande partie de l'espace collectif de l'établissement (ibid.). Cette fonction de surveillance de l'EHPAD tiendrait d'une part à son histoire, au fait qu'il tire ses origines de l'hospice qui était plus un lieu d'hébergement et d'enfermement qu'un lieu de soin et de liberté ; mais elle tiendrait aussi à la façon dont est socialement conçue la population qu'hébergent les institutions gériatriques (ibid.). Au-delà du fait que les résidents sont extrêmement nombreux à déclarer ne pas vouloir rester en EHPAD et même à considérer qu'ils y sont contre leur gré (Darnaud 2007 ; Minnaërt 2008), les personnes qui sont placées en maison de retraite sont tenues pour être des individus particulièrement vulnérables et fragiles. Des individus qui peuvent facilement tomber, se blesser, avoir des comportements inappropriés ou même violents, donc qui sont potentiellement dangereux pour les autres et surtout pour eux-mêmes, et qui doivent par conséquent être surveillés (Darnaud 2007). Cette notion de surveillance, qui semble intrinsèque à la fonction même de l'EHPAD, rejoint l'idée que les personnes qui vivent en établissement gériatrique ne sont plus des adultes mais des individus comparables à des enfants, qui dépendent entièrement des adultes, qui doivent être pris en charge, soignés et surveillés par des adultes.

Cette conception de la personne résidant en EHPAD est évidemment lourde de conséquences sur leur vie sexuelle. La personne âgée y est généralement perçue comme incapable de décider par elle-même de manière raisonnable de ce qui est bon pour elle. La légitimité de ses choix et de ses consentements est sans arrêt remise en question, soumise à

l'approbation ou à la réfutation de ceux qui se disent responsables de cette personne. La sexualité relève, selon Steven H. Miles et Kara Parker, d'un choix personnel (Miles et Parker 1999). On pourrait objecter que ce choix n'est jamais seulement personnel car il résulte d'un ensemble de facteurs socio-culturels et relationnels, mais il est vrai que la décision finale d'entreprendre ou non des actes à caractère sexuels, bien qu'elle subisse une influence sociale et contextuelle, revient en principe à l'individu qui va les entreprendre. Or dans le cas des personnes qui vivent en EHPAD, ce pouvoir de décision leur serait souvent retiré, notamment par un processus de médicalisation du consentement (Miles et Parker 1999). Il y aurait ainsi de nombreuses maisons de retraite où les résidents qui souhaitent avoir des relations sexuelles doivent se référer à des équipes de professionnels du domaine médical, et parfois du domaine social, qui décident de la légitimité de cette relation (ibid.). Mais les professionnels qui interviennent en EHPAD ne sont pas les seuls à décider de ce que doit être ou de ce que ne doit pas être la sexualité des résidents, car le contrôle passe aussi par la famille de ces résidents, à plus forte raison s'ils sont sous tutelle. Ainsi, d'après Ann Christine Frankowski et Leanne J. Clark, quand un comportement ou une relation à caractère sexuel est remarqué par un membre du personnel, la famille du résident concerné est généralement informée (Frankowski et Clark 2009). Cela peut premièrement être perçu comme une atteinte à la vie privée de la personne, mais c'est aussi souvent par là que passe l'interdiction dont certains de ses comportements sexuels et certaines de ses relations peuvent faire l'objet. Car selon Frankowski et Clark, « whether sexual relationships are discouraged, promoted or ignored is a decision forged by a resident's family along with assisted living management, often independent of the residents' choice » (Frankowski et Clark 2009, 31). Or, la famille serait souvent un obstacle à la vie sexuelle des résidents (Miles et Parker 1999 ; Hazif-Thomas 2002). Gérard Ribes parle ainsi de « l'irreprésentable de la sexualité des parents » (Ribes 2011, 138). Le parent serait en quelque sorte le garant de l'image d'un passé auquel il se devrait d'être fidèle (Ribes 2011). Mais il y aurait également des enfants qui, loin de l'interdire, se réjouissent et « se trouvent soulagés de ce nouvel investissement affectif qui les rassure » (Ribes 2011, 139). Quoi qu'il en soit, il semblerait que pour ce qui est de la légitimité des activités amoureuses et sexuelles des individus qui vivent en EHPAD, le choix de la famille des résidents prime sur le choix de ces derniers. Comme le remarque Sally M. Roach, nombre de maisons de retraites « are geared toward institutional efficiency and the desires of residents' families rather than to the residents' own need » (Roach 2004, 372). En effet, les gérants d'établissement pour personnes âgées dépendantes perçoivent généralement, non pas les résidents mais leurs enfants, comme les clients et les consommateurs de leurs services ; ce sont donc les enfants des résidents qu'il faut

satisfaire (Frankowski et Clark 2009). Ainsi, selon Ann Christine Frankowski et Leanne J. Clark, « facility and family oversight competes with resident autonomy and privacy » (Frankowski et Clark 2009, 31). L'un des paradoxes de l'EHPAD c'est qu'il prône les valeurs de choix, d'indépendance, de respect de l'intimité et de la vie privée, mais que dans la pratique, certaines contraintes organisationnelles, certains aspects de l'activité de soin et, de manière générale, la fonction même de ce type d'établissement, entrent en conflit avec ces valeurs (ibid.). La philosophie du regard panoptique et la nécessité de surveillance renvoient également à l'idéologie actuelle de contrôle de la vie, caractérisée par une très faible tolérance à l'imprévu et à l'accidentel. De ce fait, « en étant soumis par la pression des familles et le risque de se retrouver devant un juge au cas où ils ne puissent décliner les moindres faits et gestes des personnes âgées, les professionnels sont contraints de mettre en place une organisation qui se solde très souvent par l'interdiction de tout intime au niveau de l'occupation des espaces architecturaux » (Darnaud 2007, 96).

Or, comme le déclare Geneviève Laroque : « l'intimité, c'est mon environnement. C'est l'endroit où pouvoir être seul, hors du regard, de l'intervention, de l'intrusion d'autrui » (Laroque 2007, 8). L'espace intime serait donc un « espace parfaitement privé » (ibid.). Et selon Vincent Caradec, il serait plus facile de s'approprier un espace en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'y avoir un lieu à soi, de par la généralisation des chambres individuelles (Caradec 2009). L'intimité peut, entre autres, désigner cet espace privé, personnalisable et à l'abri des regards. Devant la difficulté à définir la notion d'intimité dans ses multiples aspects et dans sa subjectivité, le psycho-gérontologue Jérôme Pélissier a cherché à l'appréhender telle qu'elle est définie par des personnes âgées, résidant ou non en EHPAD, à travers des extraits d'entretiens (Pélissier 2007). Et voici ce que déclare une de ces personnes : « Mon intimité ? Ma chambre. Mon chez moi. Il ne me reste pas grand-chose, vous savez. Un peu d'espace, les quelques meubles, ces photographies » (Pélissier 2007, 16). Comme le dit Colette Eynard, « la chambre évoque le lieu où nous nous retirons, où nous ne nous montrons qu'à ceux qu'on nomme justement les intimes » (Eynard 2007, 86). Mais pour que la chambre demeure en EHPAD un espace relativement privé, un lieu d'intimité, il faut, selon Geneviève Laroque, que le résident qui occupe cette chambre en possède la clé, ce qui n'est en principe pas le cas (Laroque 2007), et ce pour répondre à des contraintes organisationnelles, mais aussi en raison de la fameuse nécessité de surveiller les résidents. En l'absence de possibilité pour le résident de fermer sa chambre à clé, il faudrait au moins, pour que cette dernière soit un espace intime et privé, que le personnel de l'établissement frappe avant d'y pénétrer, ce qui ne serait

pas toujours le cas, mais aussi qu'il attende une réponse avant d'entrer, ce qui serait très rarement le cas (ibid.). Quelques-uns des extraits des entretiens menés par Jérôme Pélissier évoquent de façon poignante la gêne, et même la souffrance et la colère, que ressentent certains résidents lorsque le personnel entre dans leur chambre sans frapper ou sans attendre d'y être invité, ce qui semble être vécu comme une véritable intrusion dans leur intimité (Pélissier 2007). De plus, comme le remarque Thierry Darnaud, la disparition des dortoirs et la généralisation des chambres individuelles devrait en principe permettre aux résidents d'avoir au moins un espace privé et intime, mais « la bientraitance, aujourd'hui déclarée, peut conduire les professionnels à interdire l'accès de leurs chambres aux personnes âgées durant la journée afin d'accomplir une réfection intégrale des lits chaque matin suivie d'un ménage irréprochable » (Darnaud 2007, 101). La chambre en EHPAD n'est donc pas toujours et sur tous les plans un lieu d'intimité, elle est aussi un lieu de passage dont les portes sont laissées grandes ouvertes ; contrairement à l'ancienne chambre à coucher, elle n'est pas un espace véritablement privé, ni un lieu du confidentiel (Minnaërt 2008). Ainsi, selon Darnaud, « si l'intime nécessite effectivement des espaces pour exister, encore faut-il que des lieux potentiellement secrets soient admis par les professionnels pour être susceptibles d'être investis comme tels par les personnes âgées » (Darnaud 2007, 103).

Mais l'intimité ce n'est pas seulement un lieu, un espace privé. Geneviève Laroque déclare « l'intimité, c'est mon corps » (Laroque 2007, 9). Le corps en société n'est jamais complètement dévoilé, il est toujours en partie dissimulé. Ces parties de son corps que l'individu doit cacher en public, auxquels les autres ne peuvent pas avoir accès sans y être invité d'une manière ou d'une autre, c'est aussi cela son intimité. Or, en EHPAD, l'individu est régulièrement déshabillé, ausculté, touché, il subit de multiples intrusions dans son intimité corporelle. Comme l'ont constaté Angela Williams et Pascale Molinier, il semblerait que l'activité même de soin à la personne implique nécessairement une certaine intimité physique, qui passe essentiellement par le toucher (Williams 2001 ; Molinier 2011). Mais nous reviendrons par la suite sur cette intimité particulière que l'on rencontre dans la relation de soin. Geneviève Laroque remarque que l'intimité d'un individu, c'est aussi son histoire, et que à ce sujet, « la vie en institution est contradictoire dans sa curiosité et son indifférence ». (Laroque 2007, 10). « Je crois que ce que j'ai de plus intime, c'est mon passé, mon histoire », déclare un résident à Jérôme Pélissier. (Pélissier 2007, 15). Or, sur ce plan là aussi, l'institution gériatrique semble assez paradoxale, et une pratique de plus en plus courante dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, consiste à recueillir « l'histoire de vie » des personnes âgées à leur arrivée (Ribes et al. 2007). Pélissier met en exergue la contradiction dans

certaines EHPAD entre les discours et les pratiques, avec l'exemple d'un responsable médical chargé d'accueillir une nouvelle résidente qui déclare « Ici, l'intimité de votre mère sera toujours préservée » et qui, de suite après, consulte le dossier médical de la vieille femme, son dossier administratif avec notamment des informations bancaires, son histoire de vie fournie par la famille, son « type psychologique » réalisé par un psychiatre, et même sa « fiche des croyances », sa « fiche des habitudes » et sa « fiche des goûts », tout en énonçant les principales caractéristiques (Pélissier 2007, 14).

Claudine Attias-Donfut parle de « la suppression de la sphère privée en institution » (Attias-Donfut 2008, 113). Selon elle, en EHPAD, « il n'y a plus d'intimité, plus d'identité » (ibid.). Je ne pense pas que l'individu n'ait plus d'identité dès lors qu'il est placé en maison de retraite, l'exemple fourni par Jérôme Pélissier semble prouver le contraire, et, outre son histoire, son parcours biographique et médical, l'identité d'un individu ne peut pas lui être enlevée car elle n'existe pas comme un attribut de cet individu : elle est toujours contextuelle et relationnelle. Le point de vue selon lequel il n'y a plus d'intimité en institution gériatrique semble quant à lui assez répandu. Les multiples déshabillages, au sens propre comme au sens figuré, dont la personne âgée est l'objet en EHPAD, peuvent en effet être perçus comme un anéantissement de son intimité. Ainsi, pour Gérard Ribes, en institution « le vieillard devient un individu public » (Ribes et al. 2007, 57). On pourrait bien sûr objecter que toute personne vivant en société est un individu public, mais ce que Ribes entend par là, c'est que la personne âgée vivant en institution voit certains aspects de sa personne, qui sont ordinairement privés et dissimulés, être dévoilés. Voici ce que déclare au sujet de son intimité une dame âgée qui fait l'objet d'un accompagnement social et médical :

« Ils avaient fait les choses bien. M'avaient dit que pas de raison que je puisse pas assister à la réunion. Il y avait la directrice du service d'aide à domicile, mon médecin traitant, mon infirmière, un ergothérapeute, une psychologue, et moi. Moi, assise sur le bout de ma chaise. Le client au centre, a dit l'un en souriant. Parlons-en, du centre. Au centre, oui, comme un indien attaché à son poteau, saoulé par les guerriers collègues qui tournent autour de lui en hurlant à la torture... Quel centre ! De toutes les attentions, de tous les déshabillages, de toutes les explications, de toutes les confidences. Ah, ça, il est partagé, le secret, tellement partagé pour mon intérêt bien sûr que je ne sais pas s'il y a une seule chose que j'ai dite un jour à une de ces personnes, même sur le ton de la confidence, qui a échappé à tous les autres.

Mon cœur mis à nu. Oui. Mon cœur, mon ventre, mon esprit, mon cul, mis à nu.
Tout. Alors l'intimité, laissez-moi rigoler » (Pélissier 2007, 16)

Comme le dit Thierry Darnaud, « les personnes âgées qui vivent dans les institutions gériatriques sont en grand danger de se retrouver complètement mises à nues à force d'être examinées, auscultées, écoutées et surveillées par des professionnels hyper-professionnels, et bienveillants de surcroît » (Darnaud 2007, 101). L'idée de Darnaud, mais aussi celle d'Attias-Donfut et de Ribes, c'est que l'intimité n'existe que si elle est préservée des intrusions, qu'elle disparaît dès lors que d'autres y ont accès. C'est probablement dans cette perspective qu'un membre du personnel soignant d'un EHPAD, interrogé par Jérôme Pélissier, déclare : « Ici ? J'aurais tendance à vous dire que ça n'existe pas, ici. L'intimité, dans un lieu collectif comme ici... » (Pélissier 2007, 13). Mais il me semble que la notion d'intimité ne désigne pas seulement ce qui est privé et auquel les autres n'ont pas accès : l'intimité c'est aussi un mode de relation. Comme la sexualité, l'intimité peut désigner un rapport privilégié à un autre particulier, à cet Autre dont l'individu se sent suffisamment proche pour lui donner ce qu'il ne donne pas à tout le monde, pour lui faire partager ce qui relève du privé. Ainsi, voilà comment l'un des individus interrogés par Jérôme Pélissier définit son intimité : « Étrange. Comment vous dire : c'est à la fois tout ce que je garde pour moi et tout ce que j'offre à ceux que j'aime » (Pélissier 2007, 20). C'est là, selon moi, la définition la plus juste de la notion d'intimité, et c'est aussi là que se trouve toute la difficulté à définir et à cerner clairement cette notion. Ainsi, l'une des personnes rencontrées par Pélissier explique : « Mais ça peut pas se définir comme ça, en général, l'intimité, puisque mon intimité, votre intimité, ça dépend entièrement de comment on va s'entendre tous les deux » (Pélissier 2007, 21). La question de l'intime est donc, comme le remarque Alain Sagne, « une question qui ne peut se penser de manière strictement objective » (Sagne 2007, 185). Le sens d'une certaine intimité ne peut en tout cas pas être compris si on l'isole de son contexte social et relationnel. L'intimité c'est ce qu'on ne montre pas aux autres mais qu'on partage avec certains Autres. C'est donc un peu comme un secret, c'est en quelque sorte la part secrète de l'individu. Et c'est en ce sens que la définition que donnent Steven H. Miles et Kara Parker de la sexualité comme une des dimensions de l'intimité me semble assez pertinente. Car, dans nos sociétés comme ailleurs, les normes sociales et sexuelles veulent que la sexualité ne se partage pas avec n'importe qui, et qu'elle ne soit pas montrée en public. Mais si l'intimité, comme la sexualité, sont comparables au secret, ce secret disparaît-il dès lors qu'il est découvert ? L'intimité d'une personne n'existe-t-elle plus lorsqu'elle subit une intrusion ?

Geneviève Laroque déclare : « L'intimité, c'est une proximité particulière et le contraire de la promiscuité. C'est la solitude revendiquée et la relation privilégiée alors que la promiscuité, l'intrusion blessent. La relation d'intimité ne peut être que choisie » (Laroque 2007, 10). Nous avons généralement un point de vue comparable sur les relations sexuelles : elles doivent être le fruit d'un choix réciproque, de la volonté mutuelle de partager une intimité sexuelle. Mais lorsqu'un rapport sexuel n'est pas le résultat d'une volonté mutuelle, lorsque l'un des partenaires ne voulait pas de ce rapport, considère-t-on toujours qu'il s'agit de sexualité ? Si la relation sexuelle est subie, si l'un des acteurs de cette relation n'est pas consentant, alors il s'agit d'un viol. Un viol, c'est indéniablement différent de « faire l'amour », c'est une relation qui blesse, qui entraîne de la souffrance, mais c'est toujours du sexuel. Je pense qu'il en va de même pour l'intimité. Une relation qui implique que l'un des protagonistes pénètre dans l'intimité de l'autre, même si cet autre ne souhaite pas la lui faire partager, est toujours un rapport d'intimité, même si un rapport d'intimité contraint est très différent d'un rapport d'intimité consenti, tout comme un viol est très différent d'un rapport sexuel consenti. Il me semble que ce n'est pas parce qu'une relation d'intimité n'est pas voulue que ce qui se joue dans cette relation ne relève pas de l'intime, même si cette relation est blessante et même si elle est vécue de manière très différente d'une relation où l'intimité est volontairement partagée. Comme pour la sexualité, si le rapport d'intimité est parfois subi et s'il ne fait pas toujours l'objet d'un choix, il est socialement admis qu'il devrait toujours être choisi et non subi. Ainsi, comme le déclare une résidente, « ce qui est sûr, c'est que c'est moi qui devrais décider, que c'est pas aux autres de décider de rentrer dans mon intimité » (Pélissier 2007, 21).

Nous reviendrons par la suite sur ces questions d'intimité en EHPAD et nous nous pencherons sur la dimension intime de la relation patient/soignant et sur la place de l'intimité dans le soin en gériatrie. Mais voyons d'abord ce qu'il en est de l'intimité, de la sociabilité et de la sexualité entre résidents.

B. La sexualité des résidents et l'attitude du personnel

À en croire Gérard Ribes, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est « un lieu conçu pour des gens seuls » (Ribes et al. 2007, 58). Contrairement à

ce que l'on constate en société, il y aurait en EHPAD très peu de couples et la norme y serait d'être seul (Ribes et al. 2007). En effet, selon Delphine Dupré-Lévêque, neuf résidents sur dix sont veufs ou célibataires, 6% sont en couple et 4% sont mariés mais vivent séparés (Dupré-Lévêque 2001). Les manifestations d'intimité physique et les comportements à caractère sexuel seraient souvent considérés comme anormaux ou inappropriés chez les personnes âgées qui vivent en institution, et nombreux seraient les établissements qui interdisent la cohabitation entre résidents de sexes opposés (Miles et Parker 1999). Sally M. Roach déclare ainsi: « of significant importance is the practice of separating couples » (Roach 2004, 372). Malgré un contexte institutionnel généralement peu favorable, comme le disent Ann Christine Frankowski et Leanne J. Clark, « sex happens » (Frankowski et Clark 2009, 29). L'expression de cette sexualité passerait parfois par des rapports sexuels avec pénétration, mais plus souvent par le toucher, par les baisers, les caresses et la masturbation (Frankowski et Clark 2009). Il ne faudrait pas pour autant croire que toutes les personnes qui vivent en EHPAD sont sexuellement actives : tous les résidents ne sont pas investis dans des activités sexuelles (Bauer et al. 2007). Néanmoins, une proportion conséquente, bien que plus importante du côté des hommes que du côté des femmes, des personnes âgées qui résident en institution gériatrique et ne sont pas sexuellement actifs, souhaiterait avoir une vie sexuelle (Miles et Parker 1999). Et la plupart des résidents, quel que soit leur sexe, déclarent accorder de l'importance à l'intimité sexuelle qu'ils considèrent comme un mode de relation enrichissant sur le plan social, physique et émotionnel (ibid.). Si les résidents mariés semblent valoriser plus fortement l'intimité sexuelle, la majorité des personnes âgées qui vivent en EHPAD, qu'elles soient mariées ou non, souhaiterait avoir plus d'intimité sexuelle et considèrent que les résidents devraient pouvoir avoir des relations sexuelles (ibid.).

D'une manière générale, comme le rapporte Gill Hubbard, « investigations that quantify social interaction in institutional care settings have shown that residents do nothing for many hours, the findings of quantitative research consistently report that institutional care settings are bereft of high levels of social interaction and social activity » (Hubbard et al. 2003, 100). S'il y a relativement peu d'interactions entre résidents, cela peut être expliqué notamment par le fait que l'individu âgé qui vit en institution ait tendance, comme nous l'avons évoqué, à ne pas s'identifier aux autres résidents, en particulier à ceux qui sont fortement dépendants, à craindre d'être assimilé à ces vieux qui représentent ce qu'il ne veut pas être, et donc à éviter tout contact avec eux (Hubbard et al. 2003 ; Caradec 2009). Mais cette faible sociabilité des résidents est certainement le résultat de plusieurs facteurs, parmi lesquels le cadre de vie de ces personnes, et en particulier l'organisation spatiale et temporelle de la vie en EHPAD, n'est certainement

pas à négliger. Nous avons vu qu'il y a peu d'espaces intimes en maison de retraite. On pourrait penser que cette carence a un impact négatif sur la possibilité pour les résidents de développer des rapports intimes, de nouer des relations amicales ou amoureuse. Mais, s'il semble vrai que les relations sexuelles nécessitent un espace intime et privé, il n'en va probablement pas de même pour tous les rapports d'intimité. Ainsi, selon Delphine Dupré-Lévêque, « le salon de coiffure est le lieu par excellence où la discussion peut devenir intime » (Dupré-Lévêque 2001, 56). Dupré-Lévêque s'est intéressée aux formes de sociabilité des personnes qui vivent en EHPAD. Au fil de ses observations, elle a constaté que ce sont généralement toujours les mêmes groupes qui se retrouvent aux mêmes heures (Dupré-Lévêque 2001). Elle a observé ce qu'elle appelle des « réseaux égalitaires » (Dupré-Lévêque 2001, 75), mais elle s'est surtout intéressée à ce qu'elle appelle des « réseaux dirigés » (Dupré-Lévêque 2001, 70) ; elle a ainsi classé les résidents, en fonction de leurs comportements sociaux, en différentes catégories telles que « les leaders », « les suiveurs » et « les invisibles » (ibid.). Les histoires d'amour entre résidents, selon elle, « sont nombreuses, même assez fréquentes, et certaines aboutissent au mariage » (Dupré-Lévêque 2001, 76). Mais finalement, au-delà de ce constat et de la classification qu'elle a élaborée, Delphine Dupré-Lévêque fournit assez peu de données et très peu d'analyses quant aux relations, intimes ou non, entre résidents (Dupré-Lévêque 2001). Malheureusement, la seule ethnologue française à avoir publié un livre sur les maisons de retraite fournit très peu d'informations sur ce que sont véritablement les EHPAD, bien qu'elle soit très prolixe en ce qui concerne la question de ce que devraient, selon elle, être ces établissements (ibid.). Il en va de même pour les comportements des soignants et pour les relations entre résidents et personnel : Dupré-Lévêque décrit avec force détails ce que les soignants pourraient et devraient faire, mais ne décrit pas, ou très peu, ce qu'ils font vraiment (ibid.). Comme le dit elle-même l'auteure de *Une ethnologue en maison de retraite*, « ce livre n'est qu'un guide » (Dupré-Lévêque 2001, 118). Ce n'est donc pas Delphine Dupré-Lévêque qui nous permettra de comprendre par quoi passent et comment se manifestent ces relations amoureuses, qui seraient à l'en croire nombreuses en EHPAD.

Gill Hubbard en revanche, a réalisé une étude sur les interactions entre les personnes âgées qui vivent en EHPAD, en se basant sur des observations ethnographiques réalisées dans quatre établissements en Écosse (Hubbard et al. 2003). Dans chacun de ces établissements, Hubbard a constaté qu'il existait des relations amoureuses entre personnes âgées (ibid.). Il s'est particulièrement intéressé aux rapports d'intimité chez les résidents de deux des structures concernées (ibid.). Dans la première, il y aurait entre certains résidents des relations particulières, à connotation amoureuse et/ou sexuelle, définies par Hubbard par le terme

« flirtations » (Hubbard et al. 2003, 106). Ces « flirts » s'exprimeraient par des compliments, des mots doux, par une certaine proximité physique comme le fait de s'asseoir côte à côte, et parfois par des gestes tels que se tenir la main ou s'embrasser (Hubbard et al. 2003). D'une manière générale, les comportements à caractère sexuel seraient surtout, dans cet établissement, manifestés à travers ce qu'on appelle communément « de la drague » (ibid.). Mais dans un autre établissement, la connotation sexuelle de certaines relations et de certains comportements serait plus affirmée : il y aurait là aussi des gestes tels que se tenir la main ou s'embrasser, mais ces gestes seraient plus anodins et les résidents afficheraient plus ouvertement leurs liaisons amoureuses ; il y aurait véritablement des couples dont les partenaires se désigneraient d'ailleurs par l'expression « spécial friend » (Hubbard et al. 2003, 107). Cette différence entre les EHPAD dans la façon dont les résidents vivent et expriment leur affection et leur sexualité, amène Gill Hubbard à penser que la structure et la « culture » d'un établissement influent effectivement sur les comportements et sur les interactions des individus qui y vivent (Hubbard et al. 2003).

D'une manière générale, Sally M. Roach a fait le constat suivant : « The most commonly observed sexual behaviours in nursing homes include hand-holding, kissing, petting and masturbation » (Roach 2004, 372). Difficile en effet d'imaginer d'autres types de sexualité si deux personnes ne peuvent pas, à cause du règlement ou pour des raisons inhérentes à l'organisation et au fonctionnement de l'EHPAD, se retrouver seules, même si ce n'est que de façon exceptionnelle, dans un espace intime et privé. Les relations sexuelles des personnes qui vivent en institution étant de plus en plus souvent reconnues et perçues comme légitimes, certains EHPAD sont en quête de solutions pour permettre à leurs résidents d'avoir une vie sexuelle (Dupras 2007). La création d'une « chambre d'intimité » est l'une des idées qui sont aujourd'hui proposées aux établissements désireux de prouver leur respect de l'intimité et de la sexualité des personnes âgées, et certains de ces établissements l'ont adoptée (ibid.). La chambre d'intimité est une pièce qui sert exclusivement à recevoir des couples, qu'ils soient mariés ou non bien sûr, pour leur permettre d'avoir des rapports sexuels. Bien qu'il s'agisse d'un lieu où les amants sont sûrs de ne pas être dérangés pendant un certain temps, ce n'est pas vraiment un espace privé : la pièce appartient à l'établissement et tous les résidents peuvent, en principe, l'utiliser (ibid.). Cela suppose que l'usage de la chambre soit réglementé et programmé par l'EHPAD. Or, comme le remarque André Dupras, s'il faut réserver la chambre pour y avoir accès, « comment concilier la spontanéité souhaitable pour un épanouissement sexuel et une programmation de l'acte sexuel lors de la réservation » (Dupras 2007, 108). De plus, si l'individu veut pouvoir utiliser la chambre d'intimité, il faut qu'il en fasse la demande et que

celle-ci soit acceptée ; par conséquent, « la chambre d'intimité risque d'être réservée à des résidents qui possèdent des qualités définies et exigées par les administrateurs » (Dupras 2007, 111). Ainsi, loin de permettre la libre expression de la sexualité des résidents, elle risque de devenir « un instrument d'exclusion et de marginalisation » (ibid.). La chambre d'intimité n'est donc absolument pas privée et n'échappe en aucun cas au contrôle de l'établissement (Dupras 2007). Cette « solution » de la chambre d'intimité, cette volonté d'enfermer la sexualité des résidents dans un cadre spatio-temporel précis et réglementé, en dit long sur la gêne, sur le malaise que suscite l'expression de cette sexualité. Par ailleurs, restreindre la sexualité à un espace spécifique dont l'usage est programmé, permet de la contrôler et de la réglementer : « la multiplication des lieux d'intimité serait un danger pour l'organisation institutionnelle » (Dupras 2007, 114). Ainsi, la chambre d'intimité valorise la raison et la modération, elle encourage à maîtriser les pulsions sexuelles et les élans passionnels (Dupras 2007). En somme, « la chambre d'intimité rappelle que la sexualité est capable d'excès qu'il faut contenir » (Dupras 2007, 114).

Il ressort de la plupart des recherches sur la sexualité en EHPAD que le personnel déclare être constamment confronté à des situations en rapport avec la sexualité des résidents (Thibaud et Hanicotte 2007). Mais ces recherches auraient aussi souvent montré que si les membres du personnel soignant se déclarent généralement plutôt favorable à la sexualité des personnes âgées qui vivent en institution, les pratiques et les comportements de ces soignants ne concordent pas forcément avec leur discours (Kontula et Haavio-Mannila 2009). Comme pour les comportements sexuels des résidents, on peut supposer que l'attitude des soignants vis-à-vis de cette sexualité est en partie façonnée par l'organisation de la vie collective et des soins, mais aussi par la politique de l'établissement, par les normes et les règles qui lui sont propres. Or, d'après Ann Christine Frankowski et Leanne J. Clark, « assisted living settings have minimal policies » et les règles concernant la sexualité auraient tendance à y être informelles (Frankowski et Clark 2009, 31). Pour Frankowski et Clark, « facilities' responses to sex and intimacy are context related » (Frankowski et Clark 2009, 32). En effet, si le contexte institutionnel joue probablement un rôle non négligeable dans la réaction que suscite un comportement sexuel en EHPAD, cette réaction dépend également de la nature du comportement et de la façon dont est perçu l'individu qui l'entreprend ; mais il dépend aussi de la personne qui est confrontée à ce comportement, de ses références et de ses convictions, de

ses représentations de la vieillesse et de la sexualité, et certainement d'une multitude d'autres facteurs.

Les psychologues Amandine Thibaud et Caroline Hanicotte ont réalisé des entretiens auprès de douze soignants dont six travaillent en maison de retraite et six dans un service hospitalier pour personnes âgées, afin d'étudier leurs représentations de la sexualité des individus âgés dont ils s'occupent et leurs attitudes vis-à-vis de cette sexualité (Thibaud et Hanicotte 2007). Si les réactions que suscitent la confrontation aux comportements sexuels des personnes âgées sont contrastées, il semblerait que, sur le plan des représentations qu'ont les soignants de la sexualité du grand âge, l'idée est largement partagée selon laquelle l'expression de cette sexualité, si elle existe, ne pourrait être « qu'affective ou autoérotique » (Thibaud et Hanicotte 2007, 127). Thibaud et Hanicotte auraient ainsi fait le constat suivant : « Pour la majorité des soignants, la sexualité de l'agé marque une rupture avec celle de l'adulte. Ils insistent pour moitié sur la prévalence de la tendresse sur l'acte sexuel, opérant ainsi un clivage entre dimensions génitale et affective » (Thibaud et Hanicotte 2007, 131). Cette vision de la sexualité des personnes âgées correspond aux représentations culturelles, sociales et même médicales de la vieillesse et de la sexualité dont nous avons développé certains des aspects dans les chapitres précédent : la sexualité du grand âge est marquée par la rupture et par la perte ; si sexualité il y a, cette dernière ne peut être qu'une sexualité de nature différente, une sexualité pas trop sexuelle, dépouillée de sa dimension charnelle et érotique, sans quoi elle devient obscène et transgressive. Mais au-delà de l'impact des représentations, il se peut bien que la disqualification du potentiel sexuel des personnes âgées soit encore plus forte en EHPAD, de par l'appréhension en termes de problématique de la sexualité des résidents dans l'établissement et plus particulièrement dans la relation de soin. C'est là un point qui me semble tout à fait important et sur lequel je reviendrai par la suite, mais je souhaiterais d'abord me pencher sur les réactions des soignants face à la sexualité des résidents.

« La réaction évoquée le plus fréquemment est l'évitement. Un seul soignant évoque la possibilité d'une intervention visant à arrêter la situation car elle dit s'en sentir «obligée». Deux soignants mettent en place une forme de banalisation voire d'infantilisation en insistant sur l'aspect «attendrissant», «attachant», «mignon». Un seul utilise la dérision en réponse à ce type de situation » (Thibaud et Hanicotte 2007, 134). Ce que Thibaud et Hanicotte considèrent comme une forme d'infantilisation, cette façon de percevoir les comportements amoureux et sexuels des personnes âgées comme « mignons », rejoint l'idée que, dans la vieillesse, la

sexualité cèderait le pas à la tendresse : cette façon de concevoir la sexualité du grand âge essentiellement dans sa dimension affective, en occultant la dimension érotique et charnelle, permet de la rendre acceptable. Car si la réaction la plus commune est l'évitement, c'est bien que cette sexualité est inconvenante, qu'elle provoque une tension et un certain malaise chez les soignants qui y sont confrontés. Ainsi, « les réactions des soignants traduisent unanimement la surprise, l'étonnement, la gêne ou le malaise » (Thibaud et Hanicotte 2007, 136). Ann Christine Frankowski et Leanne J. Clark font le constat suivant : « staff view their clients as sexless and sexual behavior [...] is unwelcome » (Frankowski et Clark 2009, 32). Comme nous l'avons vu, les réponses du personnel face à la sexualité des résidents sont contextuelles et il faut éviter d'en faire des règles générales, cependant, tout porte à croire que le constat de Frankowski et Clark correspond à une certaine réalité. Mais il me semble que ce n'est pas parce que le personnel conçoit les résidents comme des individus asexuels que leur sexualité est malvenue, mais plutôt que c'est parce que leur sexualité est inconvenante qu'ils préfèrent concevoir les résidents comme des êtres asexuels. Cette gêne que suscite chez les soignants les comportements sexuels des personnes âgées dont ils s'occupent, Sally M. Roach l'a étudié à travers des entretiens menés dans des EHPAD d'Australie et de Suède, et l'a pensée en terme d'inconfort (Roach 2004). Les réactions des soignants face à la sexualité des résidents, répondent selon elle à un processus qu'elle a appelé « Guarding Discomfort » (Roach 2004, 374). Il s'agit pour le personnel d'une façon de se protéger, par des comportements d'évitement, par la dérision ou en percevant les résidents comme asexuels, de l'inconfort que génère la confrontation à la sexualité des personnes âgées (Roach 2004).

Comme le remarque Pascale Molinier, la sexualité en EHPAD est le plus souvent envisagée sous l'angle de la masturbation ou de la sexualité entre résidents (Molinier 2011). Cette sexualité est parfois tolérée, mais elle fait souvent l'objet d'un déni ou d'une dissimulation (ibid.). Cependant, à en croire Molinier, « la sexualité autonome des vieillard.e.s n'est qu'un épiphénomène dans un domaine plus largement impensé, celui du sexuel dans le soin » (Molinier 2011, 2).

C. Le sexuel et l'intimité dans le soin

Pascale Molinier, à partir de son expérience clinique du travail en gériatrie, a cherché à appréhender ce qu'elle considère comme une réalité trop souvent ignorée dans les discours théoriques sur les soins gériatriques : le sexuel dans le soin (Molinier 2011). Elle part du constat qu'il existe une dimension sexuelle du soin gériatrique et que cet aspect du soin fait l'objet d'une « censure sociale en forme de désaveu » : le sexuel dans le soin n'existerait pas, ou au mieux ne devrait pas exister (Molinier 2011, 2). On considère souvent que le sujet de la sexualité des personnes âgées qui vivent en EHPAD est tabou (Hazif-Thomas et al. 2002 ; Bauer et al. 2007), or ce tabou serait à son paroxysme lorsqu'on aborde la question du sexuel dans le soin gériatrique (Molinier 2011). Car si l'on reconnaît de plus en plus aujourd'hui que les personnes âgées qui vivent en institution devraient pouvoir avoir une sexualité, cette sexualité est toujours envisagée comme une sexualité entre résidents. « Ainsi est-il de bon ton de concéder aux personnes âgées le « droit à une sexualité », mais il ne faudrait surtout pas que celle-ci déborde dans le soin où elle n'aurait pas lieu d'être » (Molinier 2011, 5). La dimension sexuelle du soin à la personne en gériatrie serait, à en croire Molinier, une réalité quotidienne et une évidence pour le personnel soignant, mais ce sujet serait très peu abordé à l'extérieur des équipes (Molinier 2011). Si Molinier considère que le sexuel est au cœur de la relation patient/soignant en EHPAD, c'est parce que les soins dans ces établissements, notamment à travers l'exécution de tâches telles que la toilette, l'habillage ou les changes, nécessitent de nombreux contacts corporels, confrontent les soignants à la nudité des corps et impliquent que ces derniers pénètrent d'une manière ou d'une autre dans l'intimité de l'individu soigné (ibid.). Pascale Molinier précise qu'il ne s'agit pas là de sexualité génitale, mais de « la sollicitation des pulsions partielles dans le contact peau à peau, de l'excitation ou du sadisme que sollicite parfois la manipulation des corps et de leurs déjections, du dégoût ou de la déstabilisation des défenses, de l'irruption encombrante de fantasmes et jusqu'à la séduction » (Molinier 2011, 4). Les soins en gériatrie sont un domaine d'expérience particulier, car ils engagent une forte proximité corporelle et amènent sans cesse les soignants à rentrer dans ce qui relève de l'intimité des personnes qu'ils soignent. L'anthropologue Éric Minnaërt considère que le rapport qui s'établit entre résident et soignant lors de la toilette est « un faux rapport d'intimité puisque la personne est nue et souvent lavée par une personne de sexe opposé » (Minnaërt 2008, 18). Ce point de vue part, là encore, du principe que lorsque le rapport d'intimité n'est pas choisi mais imposé, ce n'est plus un rapport d'intimité. C'est là une perspective défendable mais qui ne

rend pas vraiment compte de la spécificité de la relation de soin en gériatrie. En effet, pour les raisons que j'ai déjà évoqué, je considère pour ma part que ce qui se joue dans cette relation relève toujours de l'intime, sinon cela ne serait justement pas perçu comme gênant ou problématique.

La toilette est certainement l'activité de soin où la dimension intime et sexuelle de la relation soignant/soigné est la plus présente. Outre la confrontation à la nudité des corps et l'intrusion inévitable dans l'intimité de la personne soignée, il semblerait que la toilette soit une activité qui génère beaucoup de stress et d'angoisse, tant chez les résidents que chez le personnel soignant, car elle est souvent douloureuse pour les personnes âgées dont les corps sont raides et contractés (Molinier 2011). Pour contrer, ou plutôt compenser la souffrance physique que génère la toilette, certains établissements ont adopté une pratique appelée « le bain de serviette » (Molinier 2011, 6). Le bain de serviette est réalisé sans gants, « peau à peau » (Molinier 2011, 7), et consiste pour les soignants à recouvrir le corps du patient d'un drap chaud et humide imbibé d'une lotion nettoyante, et à le masser à travers le tissu, des pieds jusqu'en haut du corps, en roulant progressivement le drap puis en le retirant (Molinier 2011). Le bain de serviette, comme le disent eux même les soignantes rencontrées par Molinier, « ça ne lave pas » : ce n'est pas tant un soin d'hygiène qu'un « soin de confort et de bien-être » (Molinier 2011, 6). « « On n'est pas dans la propreté » disent-elles, « il y en a [des soignantes] qui n'aiment pas ». « On est vachement tactile ». Selon elles, la personne qui réalise le bain de serviette doit aimer faire « des papouilles », c'est-à-dire être capable de communiquer avec l'autre à travers un certain toucher qui mobilise « la sensation de plaisir à donner » » (Molinier 2011, 6). Ce toucher particulier serait, selon les soignantes qui le pratiquent, comparable à une caresse car, contrairement au toucher médical, il ne serait « pas désaffectivé » (ibid.). C'est sans doute pourquoi il est plus facile pour les soignantes de pratiquer ce type de soin et d'entrer dans ce contact particulier avec des résidents qu'elles connaissent et qu'elles apprécient (Molinier 2011). Si ce toucher peut s'apparenter à une caresse, s'il a pour but de procurer du plaisir et s'il n'est pas désaffectivé, « pourtant les soignantes se défendent de l'idée que cette caresse serait sexuelle » (Molinier 2011, 6). Elles disent ne plus être troublées par les corps des patients, regarder des seins ou des fesses comme s'il s'agissait de mains ou de pieds, mais reconnaissent qu'il n'en a pas toujours été ainsi : elles racontent « le choc des premières confrontations avec les corps » et le trouble face aux « corps qui résistent à la déssexualisation » comme ceux des hommes en érection (ibid.). Ce que Pascale Molinier appelle « la déssexualisation » des personnes âgées, serait en quelque sorte une façon pour le personnel soignant de ne plus appréhender le corps des patients comme potentiellement sexuel afin de ne pas être gêné par la

confrontation à ce corps. En effet, lorsque l'individu n'est pas un être potentiellement sexuel, il me semble qu'il n'est pas vraiment concerné par l'impératif de la pudeur ; c'est en tout cas vrai pour les jeunes enfants dont il est admis qu'ils n'ont pas de sexualité et dont la nudité, même en public, n'est généralement pas perçue comme gênante ou inconvenante. Selon Molinier, « les défenses des soignantes font digue à l'excitation en désérotisant les perceptions (« on voit leurs seins, c'est comme si on voyait leurs mains ») » (Molinier 2011, 7). Il me semble qu'au-delà de l'excitation que peut éventuellement susciter la confrontation au corps nu de la personne âgée, la « désexualisation » dont elle ferait l'objet traduit surtout la volonté de la part du soignant de ne pas s'engager avec elle dans une relation qui comporterait une dimension sexuelle latente, cela témoigne de la gêne que susciterait cette relation. « Désexualiser » la personne, c'est-à-dire occulter sa dimension sexuelle et la concevoir comme un être dont les pensées, dont le mode d'action et de relation, ne seraient jamais sexuels, c'est peut être aussi une manière pour les soignants de pouvoir accomplir les actes de soin sans être freinée par les normes de la pudeur, sans subir la gêne d'une relation qui, sous certains aspects, a quelque chose de sexuel et donc de très inapproprié et indésirable.

Sandrine Le Moal, infirmière, déclare : « lors de la toilette, la dextérité technique compte mais la source de difficulté naît plus facilement, à mon sens, de la complexité de la relation à l'autre et dans la notion de distance, ou plutôt de proximité » (Le Moal 2007, 218). C'est dans cette proximité particulière, dans cet équilibre entre un contact intime et intrusif et un contact impersonnel et indifférent, que se situerait tout l'enjeu de l'intimité dans la relation de soin en gériatrie. Deux des soignants ayant participé à la recherche de Pascale Molinier, ont livré le récit d'un bain en baignoire « réalisé à trois pour une femme relativement jeune, atteinte d'une maladie dégénérative à un stade déjà très avancé, très angoissée et si rétractée que la crasse s'est incrustée dans le creux de ses mains » (Molinier 2011, 7). Dans la salle de bain fermée, les soignants ont cherché à instaurer une atmosphère intime et chaleureuse, ils ont mis de la musique et un éclairage doux (ibid.). La femme est allongée dans la baignoire, et les soignants sont auprès d'elle, au niveau de sa tête (ibid.). Peu à peu, la patiente se décontracte, se détend entièrement, et cet état de détente va jusqu'à l'émission de selles (ibid.). Comme le rapporte Pascale Molinier : « Pour les protagonistes, c'est un succès. Ils commentent : « il faut appréhender la situation sans préjugés, sans peur, sans dégoût ». Cette fois-là, disent-ils, ils ont réussi à « entrer dans sa bulle » » (Molinier 2011, 7). « Entrer dans sa bulle », n'est-ce pas une jolie façon de décrire la pénétration dans l'intimité de l'autre pendant le soin ? Comme le montre cet exemple, pour que le soin soit réussi, pour pouvoir vraiment entrer dans la bulle de la personne soignée, il ne s'agit pas d'y pénétrer « par effraction », d'accéder à son intimité par

l'autorité ou par la force, mais plutôt d'amener la personne à être suffisamment détendue et en confiance pour s'ouvrir et laisser les soignants « entrer dans sa bulle », pour leur permettre de partager une certaine intimité. Selon cette perspective, l'activité de soin gériatrique est donc tout à fait relationnelle, puisqu'il s'agit d'établir un rapport particulier à l'autre, rapport qui ne s'établira pas de la même manière, qui prendra des formes différentes et qui ne sera pas vécu pareil, en fonction des acteurs de cette relation de soin. Or, l'importance et le rôle de l'intimité partagée dans le soin semble faire l'objet d'une reconnaissance grandissante (Williams 2001 ; Stavropoulou et al. 2012). Selon Areti Stavropoulou, l'efficacité thérapeutique et la qualité d'un soin dépendent de la relation d'intimité entre le soignant et le patient (Stavropoulou et al. 2012). Et à en croire Angela Williams, « The development of intimacy within the nurse-patient relationship is [...] increasingly prescribed and valued, at least on a theoretical level within the nursing literature » (Williams 2001, 189). Voici ce que nous dit la sexologue et psychothérapeute Hélène Dionne de l'évolution de la façon dont est conçue la relation soignant/patient :

« La place de l'intimité dans la relation soignant-soigné a évolué au cours du siècle dernier. Dans son manuel publié en 1938, Tracy décrivait les soins infirmiers comme un art et une science qui exigent d'établir une relation professionnelle avec le malade en gardant une distance et une neutralité. Ces postures permettaient d'éviter de sexualiser la relation soignant-soigné. Les infirmières utilisaient des stratégies pour maintenir le caractère professionnel de cette rencontre, entre autres en posant rapidement une série de questions brèves et fermées. Au début des années 1990, une nouvelle approche des sciences infirmières fut proposée; elle suggérait de développer des relations plus intimes avec le malade. Depuis, le personnel infirmier est encouragé à se rapprocher et s'engager auprès du malade, car il doit tenir compte non seulement des besoins physiques mais également psychologiques » (Dionne 2007, 140)

La relation professionnelle avec le patient, telle qu'elle était conçue avant les années 1990, et telle qu'elle est certainement conçue aujourd'hui encore dans de nombreuses institutions de soin, implique que le soignant maintienne une certaine distance avec le patient, que la relation de soin soit impersonnelle et en aucun cas intime. Les gestes du soin, le toucher du soignant, étaient envisagés comme une technique, comme un toucher instrumental et sans affect, dont l'effet sur la personne soignée ne dépendrait que du bon accomplissement du geste prescrit. Les transformations dans la façon dont la relation de soin est conçue témoignent peut-

être d'une certaine perte de puissance de la fameuse vision mécaniste du corps dont nous avons parlé dans le chapitre précédent : il est possible que la reconnaissance et la valorisation de la dimension intime et relationnelle du soin, soit le résultat d'une approche moins cloisonnante et plus globale de l'individu, qu'elles correspondent à la prise de conscience du fait que manipuler et traiter des personnes ce n'est pas la même chose que manipuler et traiter des machines. Mais comme l'explique Pascale Molinier, l'un des obstacles à l'intimité dans la relation de soin, c'est que « les soignant.e.s en gériatrie travaillent aujourd'hui sous l'épée de Damoclès de la maltraitance. [...] Pour lutter contre la maltraitance, [...] on demande la transparence, on ne tolère pas un coin d'obscurité » (Molinier 2011, 8). On rejoint avec cette « idéologie gestionnaire » de la transparence, l'idée de surveillance (ibid.). Ce « coin d'obscurité », ce serait l'espace clos, à l'abri des regards. Renoncer à la surveillance et respecter l'intimité, ce serait tolérer qu'il puisse y avoir quelque chose d'intime et de secret dans la relation de soin. Mais le problème c'est que cette relation est, au moins sur le plan théorique, une relation absolument professionnelle, et non pas personnelle. Or, avec l'injonction contemporaine à la bientraitance, l'impératif de surveillance en EHPAD ne concerne plus seulement les résidents, mais aussi les professionnels qui y travaillent, et la direction cherche aujourd'hui à voir à travers les pratiques des soignants (Molinier 2011).

Mais l'injonction à la transparence et la logique de surveillance ne sont pas les seuls obstacles à l'intimité dans le soin. Car cette intimité n'est pas perçue comme souhaitable ou tenable par l'ensemble des soignants, loin de là. Angela Williams a mené une recherche sur la façon dont les membres du personnel soignant vivent et perçoivent l'intimité dans la relation de soin. Il en ressort que certaines des personnes interrogées associent l'idée d'intimité au fait de voir et de toucher les parties intimes du corps de l'individu soigné, ce qui est perçu comme une situation pénible et embarrassante (Williams 2001). Mais Williams fait surtout le constat suivant : « a few respondents felt intimacy to be an inappropriate term to apply to nurse-patient relations » (Williams 2001, 194). En effet, l'intimité est souvent perçue par les soignants qui ont participé à la recherche de Williams comme une implication émotionnelle et affective dans une relation, et ce type d'intimité n'aurait, selon certains soignants, pas sa place dans le soin (Williams 2001). Pour d'autres, « intimacy is an euphemism for sex, which would understandably lead one to consider intimacy to be an inappropriate term to apply to the nurse-patient relationship » (Williams 2001, 194). La dimension affective et sexuelle de l'intimité semble conduire nombre de soignants à la considérer comme inappropriée à la relation de soin. L'idée selon laquelle il convient de séparer la sphère intime et privée de la sphère professionnelle est très répandue dans les sociétés occidentales contemporaines, mais il est

probable que cet impératif de cloisonnement entre situation personnelle et situation professionnelle soit encore plus fort dans les milieux professionnels où l'on ne travaille pas sur des éléments, des objets ou des machines, mais sur des êtres humains. À ce sujet, Dominique Argoud et Bernadette Puijalon remarquent l'usage fréquent du pronom « il » lorsque le personnel s'adresse aux résidents : au lieu de leur parler directement en disant « vous » ou « tu », les soignants utiliseraient souvent une forme de communication plus indirecte en employant le « il » (Argoud et Puijalon 2003). Or, selon Argoud et Puijalon, « il » c'est « la non personne », c'est celui dont on parle mais qui ne peut répondre, celui qui est absent (Argoud et Puijalon 2003, 29). « Il » n'est pas l'acteur de la discussion, il en est le sujet, l'objet. L'utilisation par les membres du personnel du pronom « il » peut donc être comprise comme une manière d'objectiver l'individu dont ils s'occupent : « ainsi, un tel jeu peut être l'occasion pour un professionnel de mettre une distance entre lui et la personne aidée » (Argoud et Puijalon 2003, 31). Et cette distance serait, comme nous avons commencé à l'entrevoir, un enjeu important de la relation de soin. Angela Williams évoque en effet la récurrence dans les discours du personnel de l'idée selon laquelle les soignants ressentent le besoin d'établir et de maintenir une certaine distance émotionnelle avec les patients (Williams 2001).

La dimension intime et sexuelle d'une relation de soin est donc potentiellement doublement problématique pour le soignant. D'une part, sur le plan personnel, parce que le donneur de soin se retrouve malgré lui impliqué dans ce rapport d'intimité dont certaines des composantes sont à priori de l'ordre du sexuel, et qu'il est fort probable qu'il n'ait pas envie d'un tel rapport avec un individu qui, de par la situation sociale et relationnelle du soignant, ses préférences personnelles et ses références (qui sont établies à partir des représentations sociales et subissent très certainement l'influence du jeunisme ambiant), n'est pas une personne avec qui le soignant veut partager une relation d'intimité, encore moins une relation à caractère sexuel. Et d'autre part, sur le plan professionnel, cette dimension intime et sexuelle de la relation de soin est problématique car elle va à l'encontre de ce qui est conçu comme devant être un rapport professionnel. Les comportements sexuels des résidents mettent donc les soignants qui y sont confrontés dans une situation qui est dérangeante et incommode sur le plan personnel, social et professionnel. Et, outre les manifestations sexuelles qui ne leur sont pas directement destinées, les membres du personnel auraient régulièrement à faire face aux demandes de contact physique et aux avances sexuelles des résidents (Thibaud et Hanicotte 2007). Selon Thibaud et Hanicotte, ces tentatives de rapprochements seraient unanimement vécues par les soignants comme « une agression, une attaque de leur intimité corporelle et physique » (Thibaud et Hanicotte 2007, 134). C'est certainement là un des facteurs explicatifs du fait que, comme le

remarque Sandrine Le Moal, très peu de personnes font le choix de travailler en EHPAD, et que, à l'intérieur de ce milieu professionnel, la toilette est un soin qui est rarement apprécié par les personnes qui le pratiquent (Le Moal 2007). Or, d'après Alain Giami, « tous les professionnels concernés font état de difficultés à parler de la sexualité en situation professionnelle, aussi bien en équipe qu'avec les personnes dont elles ont la charge » (Giami 2011, 200). Et Pascale Molinier déclare : « Hors de leur propre cercle, les soignant.e.s ont de bonnes raisons de garder le silence sur leurs affects et leurs façons de faire. S'il n'est pas facile d'en parler, en dehors des collègues en qui on a confiance, c'est que les composantes érotisées du soin, au moins autant que les agirs violents, se prêtent à des interprétations psychologisantes vues d'en haut, en termes de transgression, de déviance ou de perversion, et qu'en parler, c'est prendre le risque de se voir désavoué à la fois en tant que personne « normale » et en tant que bon.ne professionnel.le » (Molinier 2011, 4). La question de la sexualité des résidents ne peut donc être abordée de façon acceptable en EHPAD, que si elle est appréhendée comme un problème à résoudre. Approcher différemment et publiquement cette sexualité, reviendrait pour le soignant qui l'entreprend, à prendre le risque d'être perçu comme le complice pervers d'une sexualité dont il ferait mieux de se tenir à distance.

Si les chercheurs semblent s'intéresser de plus en plus à la dimension intime et, plus rarement, à la dimension sexuelle du soin, cet intérêt se limite généralement à la perception et à l'expérience des soignants. À ce sujet, Dominique Argoud et Bernadette Puijalon remarquent que « jusqu'à présent, les divers travaux gérontologiques accordent rarement une importance à la parole des vieux » (Argoud et Puijalon 2003, 26). Ainsi, les travaux de Pascale Molinier et Angela Williams, ainsi que ceux d'Amandine Thibaud et Caroline Hanicotte, s'ils ont le mérite de s'intéresser à un sujet peu étudié et encore largement considéré comme tabou, ne le font que du point de vue des soignants et occultent la façon dont la relation de soin est vécue et perçue par les résidents (Williams 2001; Thibaud et Hanicotte 2007; Molinier 2011). Certains auteurs, tels que Charlotte Mémin et Thierry Darnaud, ont succinctement tenté de décrire le sens que peut prendre l'intimité particulière de la relation de soin pour les résidents, mais ces approches sont assez superficielles et ne se basent pas sur des enquêtes auprès des personnes qui vivent en EHPAD (Mémin 2001; Darnaud 2007). Mémin et Darnaud considèrent tous les deux que les intrusions dans leur intimité que subissent les résidents, notamment lors des toilettes, constituent de véritables « viols » (Mémin 2001, 194 ; Darnaud 2007, 98). Là encore, il me semble qu'il faut se garder de généraliser. Si certaines de ces intrusions peuvent être comparées à des viols, je ne pense pas que cela soit le cas de tous les rapports qui peuvent s'établir dans la

relation de soin : la façon dont est vécue l'intimité dans le rapport soignant/soigné dépend, d'un côté comme de l'autre, du contexte socioculturel et institutionnel dans lequel il s'inscrit, et des acteurs de cette relations. Areti Stavropoulou remarque ainsi que « although touch has a positive effect on patients, sometimes is perceived as an invasion of an individual's personal, private space and research indicates that touch may be interpreted in different ways » (Stavropoulou et al. 2012, 482). Le sens que revêt un certain toucher ou une certaine intimité physique, est en effet profondément contextuel et relationnel. À en croire Angela Williams et Hélène Dionne, les résidents auraient plus tendance que les soignants à considérer la relation de soin, et le toucher qui intervient dans cette relation, comme quelque chose d'intime (Williams 2001 ; Dionne 2007). C'est là un point tout à fait intéressant et on ne peut qu'espérer que d'avantage d'enquêtes qualitatives permettent bientôt de mieux comprendre l'expérience des résidents en ce qui concerne l'aspect intime et sexuel du soin.

L'intimité et la sexualité sont des notions subjectives, aux frontières mouvantes, dont la compréhension ne peut résulter que d'une approche à la fois qualitative et globale, c'est-à-dire une approche qui va chercher à rendre compte de l'intimité et de la sexualité telle qu'elle est conçue et vécue par les individus, à partir de leur propre expérience et sans en exclure aucun des acteurs, tout en mettant cette expérience en relation avec le contexte socioculturel et relationnel dans lequel elle s'inscrit.

Conclusion

Les représentations sociales font du grand âge un temps qui devrait naturellement être celui de la modération, du renoncement et de la paix, mais qui peut devenir celui de l'excès, de l'avidité et du désordre. La sénescence semble exclure le plaisir, la beauté et l'attractivité sociale. L'idée de vieillesse est construite en opposition à celle de jeunesse, comme dans un jeu de miroir. La valorisation de ces deux catégories d'âge est très polarisée : les qualités les plus valorisées sont celles qui sont couramment attribuées à la jeunesse et les caractères les moins enviables sont ceux que l'on prête généralement au grand âge. Notre façon de concevoir le cours de la vie comme un continuum, l'enfance en étant le début, la vieillesse la fin et l'âge adulte l'apogée, conduit à percevoir la jeunesse comme l'âge de toutes les acquisitions et la vieillesse comme l'âge de toutes les pertes, alimente le jeunisme et la vision déficitaire du grand âge. Si la jeunesse est conçue comme le temps de l'entrée dans la vie sexuelle active, la vieillesse est, par extension, généralement perçue comme le temps de la sortie de la vie sexuelle. La valorisation sociale de l'idée d'autonomie, d'indépendance et d'efficacité, qualités ô combien relatives dont on considère généralement qu'elles augmentent dans la jeunesse et déclinent dans la vieillesse, contribue également à la prégnance de l'âgisme dans nos sociétés, et participe certainement à la disqualification du potentiel sexuel des personnes âgées. L'individu âgé semble n'avoir plus rien d'attractif, et de ce fait, il ne pourrait plus susciter le désir de quiconque : sa libido est donc déraisonnable et inconvenante, sa sexualité est incompréhensible et soupçonnable.

Pourtant les personnes âgées sont nombreuses à avoir une sexualité, et même certainement très nombreuses si l'on considère que l'on peut avoir une sexualité sans forcément avoir de rapports pénétratifs. Mais il y aurait néanmoins d'importantes transformations de la vie sexuelle dans le grand âge, marquées notamment par la diminution de la fréquence des rapports pénétratifs, et parfois par l'arrêt des relations sexuelles. Ces transformations peuvent être le résultat d'une multitude de facteurs, bien qu'elles soient trop souvent envisagées comme découlant uniquement de changements biologiques ou physiologiques, qui ne sont d'ailleurs pas appréhendés comme des changements mais comme des défaillances, et même des déficiences puisque l'évolution du fonctionnement physique de l'individu âgé n'est toujours

perçue que comme une involution, et que les changements qui interviennent dans le grand âge ne peuvent être que des pertes car nos références sont les valeurs de la jeunesse. Outre l'impact de la condition physique de l'individu âgé, il semblerait que la transformation de ses comportements sexuels soit surtout liée à son environnement social et relationnel, mais aussi à la façon dont les autres envisagent sa sexualité, et à la manière dont l'individu lui-même perçoit sa sexualité par rapport aux normes et aux standards sexuels. Car tout porte à croire que notre système de représentation de la sexualité et de la vieillesse a un impact sur les comportements sexuels des personnes âgées. En effet, les représentations et les normes sociales s'élaborent et se perpétuent au niveau collectif, et prennent souvent l'allure de faits naturels et objectifs. L'individu dont le comportement ne correspond pas aux normes et aux modèles, aura donc plus tendance à remettre en cause son comportement qui lui semble individuel et personnel, qu'à remettre en cause ces modèles sociaux qui sont non seulement collectifs mais qui apparaissent en plus, sous bien des aspects, comme une réalité naturelle et présociale. Refuser de se conformer à ces modèles et à ces normes, revient pour l'individu à s'exclure, à apparaître aux yeux des autres comme un être dont les comportements sont anormaux et déviants, et par extension, à être lui-même perçu comme une personne anormale et déviante. Ainsi, notre système de représentations et nos normes ont inéluctablement un effet sur les comportements individuels. L'ampleur de cet effet est difficile à mesurer car il passe par différents vecteurs et se mêle à d'autres sources de transformation comportementale. Cependant, tout porte à croire que l'impact des normes et des représentations sociales est encore plus présent dans un lieu collectif comme l'EHPAD, où la sphère privée n'est plus seulement privé, où ce qui relève de l'intimité doit sans cesse être dévoilé et partagé.

Si la sexualité du grand âge est difficilement pensable, c'est qu'elle bouscule les modèles sociaux, qu'elle échappe aux standards. S'interroger sur la vieillesse, par le biais de sa sexualité, amène à se questionner sur notre société, sur notre imaginaire, nos valeurs, nos modèles et nos normes.

Bibliographie

- AMYOT J.J. (2011), « Vieillesse et sexualité : interdits et dénis », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 55-73.
- ARBER S. & J. GINN (1995), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia.
- ARGOUD D. & B. PUIJALON (2003), « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *Gérontologie et société*, vol. 106, n°3, pp. 23-39.
- ASKHAM J. (1995), « The married lives of older people », dans ARBER S. & J. GINN (dir.), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia, pp. 87-97.
- ATTIAS-DONFUT C. (2001), « Images de la vieillesse », *Retraite et société*, vol. 34, n°3, pp. 6-9.
- ATTIAS-DONFUT C. (2008), « Le corps vieux, entre imaginaire et épreuve de la réalité », dans BLOCH D. (dir), *Les représentations du corps vieux*. Fondation Eisai. Paris: Presses Universitaires de France, pp. 71-79.
- BAUER M., MCAULIFFE L. & R. NAY (2007), « Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature », *International Journal of Older People Nursing*, vol. 2, n°2, pp. 63-68.
- BESSIN M. (2009), « Les âges de la sexualité », *Mouvements*, vol. 59, n°3, pp. 123-132.
- BESSIN M. & M. BLIDON (2011), « Déprises sexuelles : penser le vieillissement et la sexualité », *Genre, sexualité & société*, n° 6, pp. 1-12.

- BLANCHARD V., YVOREL J. J. & R. REVENIN (2010), « Introduction », *Mutations*, n°1, pp. 12-19.
- BLOCH D. (2008), « Le corps vieux dans l'art contemporain », dans BLOCH D. (dir), *Les représentations du corps vieux*. Fondation Eisai. Paris: Presses Universitaires de France.
- BOUMAN W. P., ARCELUS J. & S. M. BENBOW (2007), « Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 22, n° 1, pp. 45-61.
- BOZON M. & N. BAJOS (2011), « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré », *Genre, sexualité & société*, n° 6, pp. 1-11.
- BOZON M. & N. BAJOS (1999), « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n°1, pp. 34-37.
- BURY M. (1995), « Ageing, gender and sociological theory », dans ARBER S. & J. GINN (dir.), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia, pp. 15-29.
- CALASANTI T. (2010), « Gender Relations and Applied Research on Aging », *The Gerontologist*, vol. 50, n°6, pp. 720-734.
- CAMACHO M. E. & C. A. REYES-ORTIZ (2005), « Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? », *International Journal of Impotence Research*, vol. 17, n°1, pp. 52-56.
- CARADEC V. (2003), « La television, analyseur du vieillissement », *Réseaux*, vol. 119, n°3, pp. 121-152.
- CARADEC V. (2009), « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*, vol. 157, n°3, pp. 38-45.

- CARADEC V. (2012), « Vieillir après la retraite, une expérience genrée », *SociologieS*, pp. 1-15.
- CATENACCI E. (2011), « Le médecin, le vieillard et la sexualité », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 207-219.
- COLSON M. H. (2007), « Âge et intimité sexuelle », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 63-83.
- CUMMING E. & W. E. HENRY (1961), *Growing Old, the Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
- DARNAUD T. (2007), « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 91-106.
- DAVEY SMITH G., FRANKEL S. & J. YARNELL (1997), « Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study », *British Medical Journal*, vol. 315, n°7123, pp. 1641-1644.
- DE HENNEZEL M. (2008), « Corporéité et corporalité », dans BLOCH D. (dir), *Les représentations du corps vieux*. Fondation Eisai. Paris: Presses Universitaires de France, pp. 91-95.
- DELAMATER J. D. & M. SILL (2005), « Sexual Desire in Later Life », *The Journal of Sex Research*, vol. 42, n°2, pp. 138-149.
- DELBES C. & J. GAYMU (2001), « La vie sexuelle des seniors », *Champ psy*, vol. 24, n°4, pp. 69-80.
- DETREZ C. & A. SIMON (2006), « Un absent trop présent ? Le corps des femmes âgées dans la littérature féminine contemporaine », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 359-373.

- DIONNE H. (2007), « De l'intimité à l'intimidation », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 139-144.
- DOMINGUEZ LEIVA A. (2006), « Vieillir au bordel, d'Hérodas à Célestine ou du Pirée au bûcher », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 79-96.
- DUPRAS A. (2007), « La chambre d'intimité en institution », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 107-124.
- DUPRE-LEVEQUE D. (2001), *Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- DURAND-LE GUERN I. (2006), « Vieillir en esthète : *Le Portrait de Dorian Gray* et *La Mort à Venise* », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 209-220.
- EYNARD C. (2007), « La chambre comme espace d'intimité », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 85-89.
- FIAT E. (2007), « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 23-40.
- FOUCAULT M. (1976), *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- FRANKOWSKI A. C. & L. J. CLARK (2009), « Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences », *Sexuality Research and Social Policy*, vol. 6, n°4, pp. 25-37.
- GIAMI A. (2011), « Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 195-205.
- GOFFMAN E. (1975), *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de Minuit.

- HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C. & P. THOMAS (2002), « Iatrogénie, vie sexuelle et représentation de la sexualité du sujet âgé », *Revue de Gériatrie*, vol. 27, n°6, pp. 405-415.
- HEILBRUNN B. (2008), « Figures et visages de la vieillesse dans le marketing et la publicité », dans BLOCH D. (dir.), *Les représentations du corps vieux*. Fondation Eisai. Paris: Presses Universitaires de France.
- HENRARD J. C. (2006), « Vieillissement et vieillesse : idées reçues, idées nouvelles », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 5, n°1, pp. 13-15.
- HILLMAN J. L. & G. STRICKER (1996), « College Students' Attitudes toward Elderly Sexuality: A Two Factor Solution », *Canadian Journal on Aging*, vol. 15, n°4, pp. 543-558.
- HUBBARD G., TESTER S. & M. G. DOWNS (2003), « Meaningful social interactions between older people in institutional care settings », *Ageing and Society*, n°23, pp. 99-114.
- HUBIER S. (2006), « Le nympholepte, ou les infortunes du barbon », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 295-307.
- JIMENEZ D. (2006), « « Les charmantes illusions de la jeunesse » : le libertin confronté au temps, au XVIIIe siècle », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal pp. 97-108.
- KALRA G. SUBRAMANYAM A. & C. PINTO (2011), « Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n°4, pp. 300-306.
- KINSELLA K. (2008), « Global perspectives on the demography of aging », dans SOKOLOVSKY J. (dir.), *The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives*, Westport, Praeger, pp. 13-30.

- KONTULA O. & E. HAAVIO-MANNILA (2009), « The impact of aging on human sexual activity and sexual desire », *The Journal of Sex Research*, vol. 46, n°1, pp. 46-56.
- LAGRAVE R. M. (2009), « Ré-enchanter la vieillesse », *Mouvements*, vol. 59, n°3, pp. 113-122.
- LAGRAVE R. M. (2011), « L'impensé de la vieillesse : la sexualité », *Genre, sexualité & société*, n°6, pp.1-8.
- LAROQUE G. (2007), « Edito », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 8-10.
- LE BLANC G. (2008), « En quoi une philosophie de la vie ne peut-elle être qu'une philosophie de la vieillesse », dans MINNAËRT E. (dir.), *Anthropologies du corps vieux*, Paris, Fondation Eisai, pp. 87-109.
- LE GOUES G. (2008), « Images de soi et vieillissement », dans BLOCH D. (dir), *Les représentations du corps vieux*. Fondation Eisai. Paris: Presses Universitaires de France, pp. 47-67.
- LE MOAL S. (2007), « Le respect de l'intimité corporelle de la personne âgée », *Gérontologie et société*, vol 122, n°3, pp. 215-221.
- LE MOIGNE P. (2010), « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n°3, pp. 75-84.
- LINDAU S. T., SCHUMM L. P., LAUMANN E. O., LEVINSON W., O'MUIRCHEARTAIGH C. A. & L. J. WAITE (2007), « A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n°8, pp. 762-774.
- MAGDER G. (2011), « Du bon usage de la vieillesse », *Genre, sexualité & société*, n°6, pp. 1-14.

- MAISONDIEU J. (2006), « Horreur du vieillir quand le désir se réduit à l'envie », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal pp. 33-43.
- MALLON I. (2006), « Pertes ou déprises ? Les vieillissements du corps en maison de retraite », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 183-193.
- MARTI S. (2008), « L'importance du transgénérationnel », dans MINNAËRT E. (dir.), *Anthropologies du corps vieux*, Paris, Fondation Eisai, pp. 11-34.
- MATTHEWS A. M. & L. D. CAMPBELL (1995), « Gender Roles, employment and informal care », dans ARBER S. & J. GINN (dir.), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia, pp. 129-143.
- MEMIN C. (2001), « Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge », *Gérontologie et société*, vol. 98, n°3, pp. 189-196.
- MILES H. & K. PARKER (1999), « Sexuality in the Nursing Home: Iatrogenic Loneliness » *Generations*, vol. 23, n°1, pp. 36-43.
- MINNAËRT E. (2008), « Le corps-vieux: un lieu de mémoire? », dans MINNAËRT E. (dir.), *Anthropologies du corps vieux*, Paris, Fondation Eisai, pp. 11-34.
- MOLINIER P. (2011), « Le sexuel dans le soin gériatrique. Une « difficulté dans la réalité » », *Genre, sexualité & société*, n°6, pp. 1-12.
- MONTANDON A. (2005), « Amours d'Hospices », *Gérontologie et société*, vol. 114, n°3, pp. 205-225.
- MONTANDON A. (dir.) (2006), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal.

- MONTANDON A. (2006), « Préface », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 7-14.
- NAYAK L. (2013), « Une logique de promotion de la « santé sexuelle ». L'assistance sexuelle en Suisse », *Ethnologie française*, vol. 43, n°3, pp. 461-468.
- NEBOIT-MOMBET J. (2006), « La vieillesse dans les traités médicaux du XIXe siècle », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 153-166.
- NUSS M. (2011), « Accompagnement à la vie affective et sexuelle », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 183-194.
- OKTAPODA-LU E. (2006), « Amour et Psyché contre Éros et Thanatos, cet obscur enjeu du désir », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 125-137.
- PELISSIER J. (2007), « Intimités », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 11-22.
- PEREIRA F. M. (2011), « À tout âge l'amour accueille et dépasse la sexualité », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 121-132.
- PITAUD P. (2011), « Personnes âgées, personnes handicapées : approches de la sexualité », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 21-33.
- POUPI S. (2000), « Du désengagement social et familial à l'entrée en institution », *Face à face. Regards sur la santé*, n° 2, pp. 1-6.
- PUJALON B. & J. TRINCAZ (2006), « Le retour à l'enfance : métaphore ou théorie scientifique ? », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 167-181.
- RAACKE J. (2011), « Examining the Relationship between Degree of Religiousness and Attitudes toward Elderly Sexual Activity in Undergraduate College Students », *College*

Student Journal, vol. 45, n°1, pp. 134-142.

RAVENTOS BARANGE A. (2006), « Vieillesse grotesques au tournant des Lumières », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 109-123.

RIBEMONT B. (2006), « Femme, vieillesse et sexualité dans la littérature médiévale française : de la nostalgie à la lubricité », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal pp. 57-77.

RIBES G. (2009), *Sexualité et vieillissement: comprendre et anticiper les évolutions*, Lyon, Chronique sociale.

RIBES G. (2011), « L'âge, l'intimité et l'institution », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 133-142.

RIBES G., ABRAS-LEYRAL K. & J. GAUCHER (2007), « Le couple vieillissant et l'intimité », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 41-62.

ROACH S. M. (2004), « Sexual Behaviour of Nursing Home Residents: Staff Perceptions and Responses », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48, n°4, pp. 371-79.

ROGER A. (2006), « Fragment d'un discours érotique. Le vieil impuissant », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 195-208.

ROSENBERG H. (2008), « Complaint discourse, aging and caregiving among the Ju/'Hoansi of Botswana », dans SOKOLOVSKY J. (dir.), *The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives*, Westport, Praeger, pp. 30-53.

ROSOW I. (1977), *Socialization to Old Age*, University of California Press.

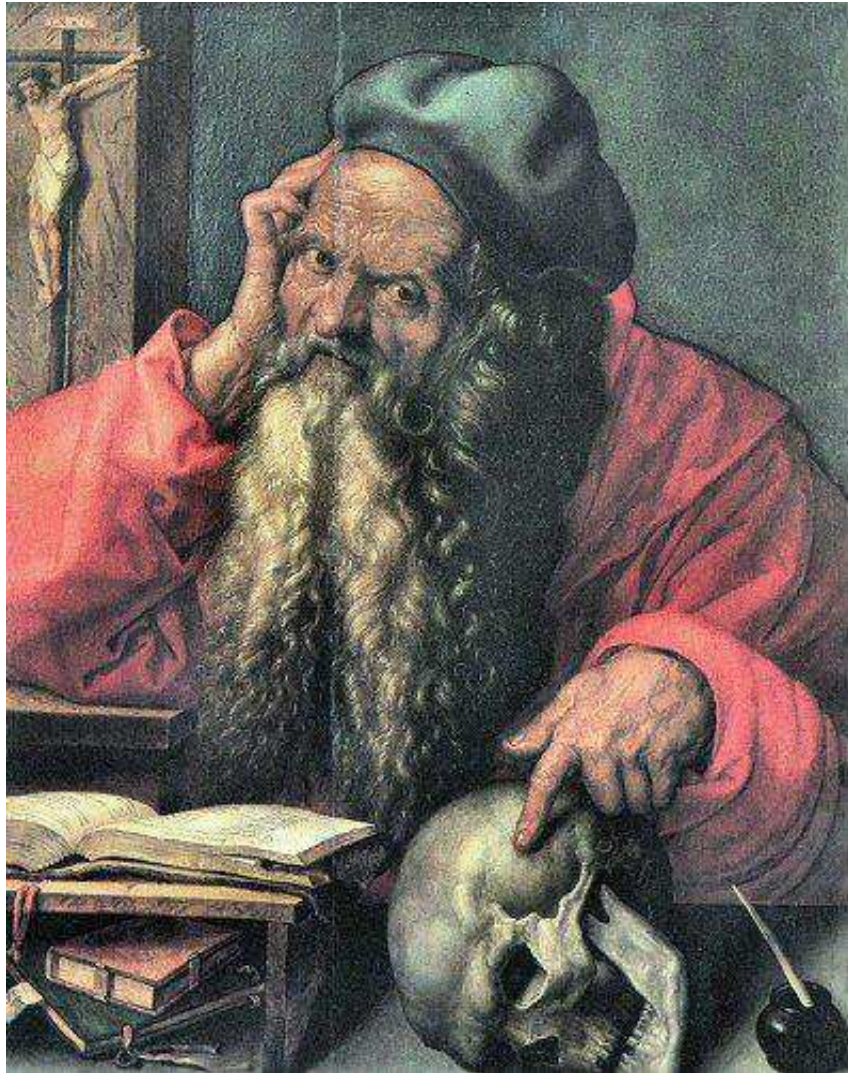
SAGNE A. (2007), « La question de l'intime dans la vie actuelle du malade alzheimer », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 181-191.

- SAKAI C. (2006), « Désirs, vieillir : *Les Belles endormies* (Kawabata Yasunari) et *Le Journal d'un vieux fou* (Tanizaki Junichirô) », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 309-320.
- SANCHEZ E. (2011), « Introduction », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 7-19.
- SCHLAGDENHAUFFEN R. (2011), « Rapports à la conjugalité et à la sexualité chez les personnes âgées en Allemagne », *Genre, sexualité & société*, n°6, pp. 1-10.
- SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.
- STAVROPOULOU A., KABA E., ARIYO OBAMWONYI V., ADEOSUN I., ROVITHIS M. & Z. ZIDIANAKIS (2012), « Defining nursing intimacy: Nurses' perceptions of intimacy », *Health Science Journal*, vol. 6, n°3, pp. 479-495.
- TAP P. (2011), « Corps, affectivité et sexualité avec l'avancée en âge », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 75-119.
- THIBAUD A. & C. HANICOTTE (2007), « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 125-137.
- THIERRY J. B. (2011), « Appréhension juridique de la sexualité des personnes handicapées : le droit a-t-il réponse à tout ? », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 143-157.
- THOMAS L. V. (1975), *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- THOMAS L. V. (1983), « La vieillesse en Afrique noire », *Communications*, vol. 37, n°1, pp. 69-87.

- TRINCAZ J. (1998), « Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale », *L'Homme*, vol. 38, n°147, pp. 167-189.
- VAGINAY D. (2011), « Sexualité et handicap mental. Lois, majorités et consentement », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 159-182.
- VICKERMANN-RIBEMONT G. (2006), « « Geras funeste » Vieillesse et amour au XVIIIe siècle ou l'empire de la normalisation entre médecine et littérature », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 139-151.
- WIEDER C. (2006), « Désinvestissement, détachement, ennui et sentiment de vide », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 45-55.
- WILLIAMS A. (2001), « A Study of Practising Nurses' Perceptions and Experiences of Intimacy within the Nurse-patient Relationship », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, n°2, pp. 188-196.
- WILSON G. (1995), « I'm the eyes and she's the arms : changes in gender roles in advanced old age », dans ARBER S. & J. GINN (dir.), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia, pp. 98-113.
- WRIGHT L. K. (1998), « Affection and Sexuality in the Presence of Alzheimer's Disease: A Longitudinal Study », *Sexuality and Disability*, vol.16, n°3, pp. 167-179.
- YOTOVA R. (2006), « L'image du vieillard pervers dans *Le Retour de Casanova* et *Mademoiselle Else* d'Arthur Schnitzler », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 285-294.

Annexes

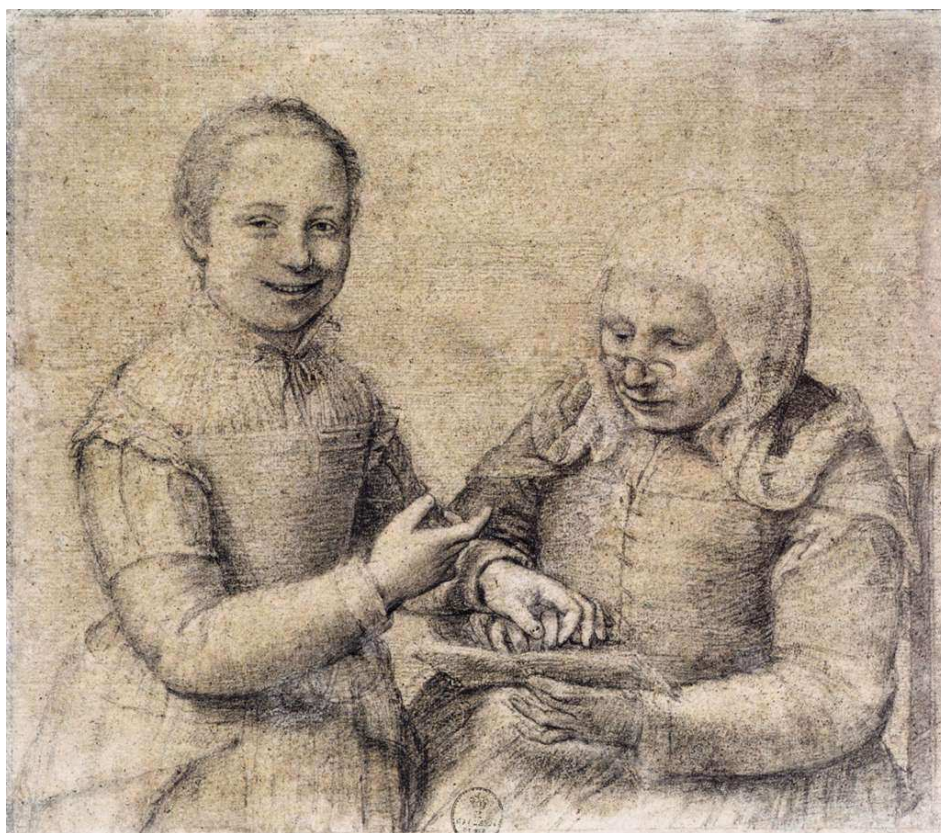
Annexe 1



Albrecht Dürer, *Saint Jérôme*, 1521, huile sur bois, 60 × 48 cm.

Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 2



Sofonisba Anguissola, *Jeune fille se moquant d'une vieille femme en train de lire*, 1545, craie noire sur papier, 30,2 × 40,2 cm.

Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 3



Véronèse Caliarì Paolo, Suzanne et les deux vieillards, 16^{ème} siècle.
Source : <http://www.mheu.org/fr/chronologie/suzanne-vieillards-veronese.htm>

Annexe 4



Pierre Paul Rubens, *Suzanne et les vieillards*, 1609-1610

Source : <http://www.aparences.net/periodes/peinture-baroque/les-flandres-a-lombre-de-rubens/>

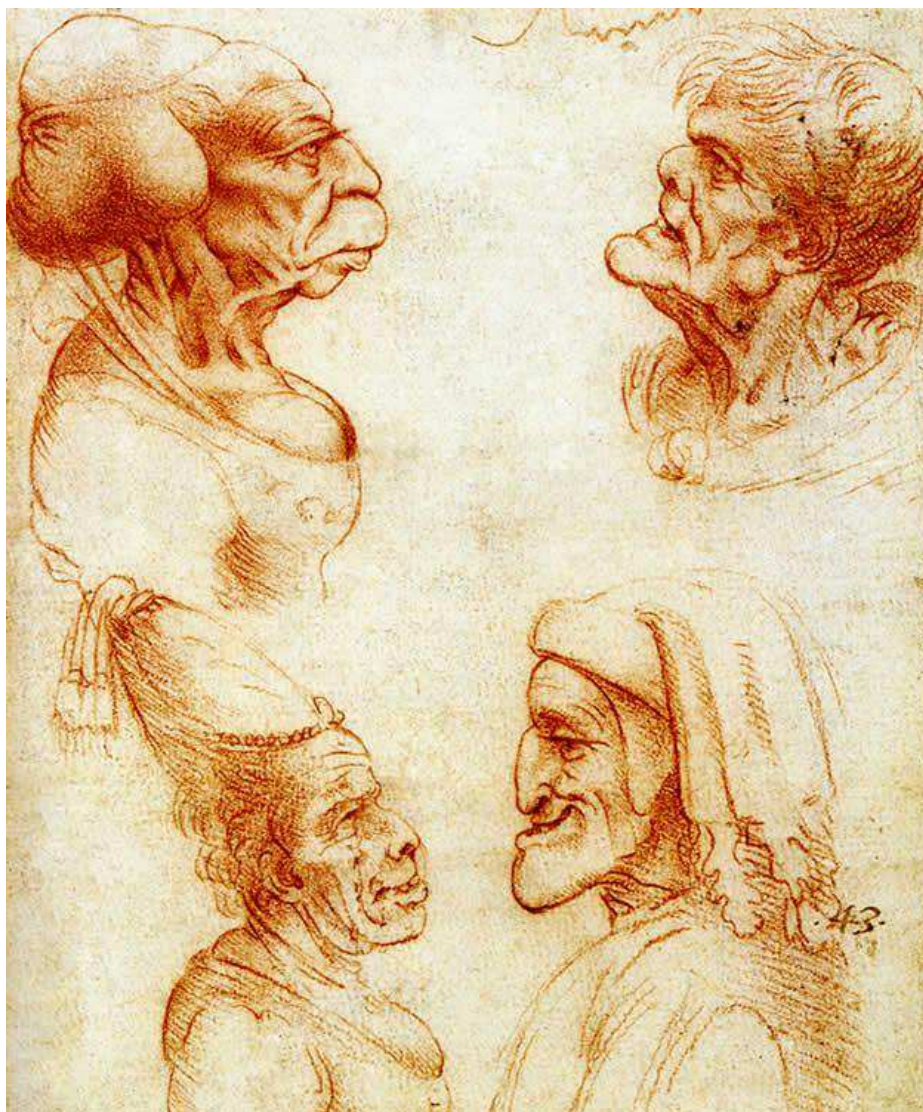
Annexe 5



Eugène Delacroix, *Suzanne et les vieillards*, 1837

Source : <http://www.mheu.org/fr/chronologie/suzanne-vieillards-chaste-suzanne.htm>

Annexe 6



Léonard de Vinci, *Têtes grotesques*, 1492

Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 7



Quentin Massys, *Vieille femme grotesque*, 1525-1530

Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 8



Bernardo Strozzi, *Vieille femme se parant devant un miroir*, vers 1615, huile sur toile, 135 × 109 cm.

Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 9



Giulio Romano, *Les Amants*, vers 1525, huile sur bois, 166 × 337 cm
Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 10



Albrecht Dürer, *Vieille Sorcière*, vers 1515, gravure, 11,5 × 7 cm.
Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 11



Agostino Veneziano, *Lo Stregozzo*, vers 1520, gravure, 30,3 × 63,9 cm.
Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

Annexe 12



Jacob Hofnagel (d'après Léonard de Vinci), *Couple mal assorti*, 1602, dessin, 31 × 29 cm.
Source : SCHUSTER CORDONE C. (2009), *Le crépuscule du corps. Images de la vieillesse féminine*, Millau, Infolio.

