



HAL
open science

Droits et libertés des personnes âgées en EHPAD : les professionnels confrontés au tabou de la sexualité des résidents

Gwénaëlle Ravon

► **To cite this version:**

Gwénaëlle Ravon. Droits et libertés des personnes âgées en EHPAD : les professionnels confrontés au tabou de la sexualité des résidents. Santé publique et épidémiologie. 2021. dumas-03693175

HAL Id: dumas-03693175

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03693175v1>

Submitted on 10 Jun 2022

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.



Master professionnel

Sciences, Technologies, Santé
Mention Santé publique
Spécialité Ingénierie des actions de santé
Parcours

Management des organisations médicales et médico-sociales
Cycle Classique
Promotion 2020 – 2021

**« Droits et libertés des personnes âgées en EHPAD : les professionnels
confrontés au tabou de la sexualité des résidents »**

Mémoire soutenu publiquement le 1^{er} octobre 2021

Par Gwénaëlle RAVON

Née le 17 janvier 1980

Jury de soutenance :

Mme Elise Sévenet, tutrice universitaire

M. Jérôme Wittwer, rapporteur

Remerciements

A Madame Elise Sévenet, tutrice universitaire :

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour vos encouragements et les précieux conseils que vous m'avez prodigués tout au long de ce travail.

Aux professionnels et directions des établissements :

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de contribuer à cette enquête et pour la confiance que vous m'avez témoignée lors des entretiens. J'espère que ce travail pourra vous être utile.

A Madame Maëva Gallimard, doctorante et chargée de travaux dirigés :

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions relatives au sujet si particulier sur lequel vous avez dédié un ouvrage. Je vous souhaite excellente continuation avec votre thèse.

A Monsieur Cédric Cros :

Le développement de la matrice d'analyse de données a été un moment clé de ce travail, je vous remercie pour cette belle création à quatre mains.

A Mesdames Florence Ramat, Emilie Bruez et Mélanie Ravon :

Je vous remercie pour vos relectures.

Table des matières

Introduction	1
ère partie : La sexualité des personnes âgées en EHPAD au carrefour du droit, de questionnements éthiques et de la responsabilité du manager	7
Chapitre 1. La sexualité encadrée par des dispositions légales de tradition abolitionniste	7
1) Appréhension juridique de la sexualité	7
a) <i>La sexualité, composante de la vie privée</i>	7
b) <i>Interdépendance entre liberté sexuelle et consentement</i>	9
2) L'affirmation des droits et des libertés individuelles du résident d'EHPAD	11
3) L'assistance sexuelle, atteinte à la dignité de la personne	14
a) <i>Prostitution et proxénétisme : définitions</i>	14
b) <i>Le « problème public » de l'assistance sexuelle</i>	16
Chapitre 2. La sexualité en EHPAD dans sa dimension éthique	17
1) Un tabou sociétal transposé dans le quotidien d'un EHPAD	18
a) <i>La sexualité et son corollaire, l'intimité</i>	18
b) <i>Sexualité et vieillesse : une association antinomique</i>	20
c) <i>Sujet versus vie en collectivité</i>	21
2) Le dilemme du consentement des personnes présentant des troubles cognitifs	23
a) <i>La recherche du consentement, quelle que soit la pathologie</i>	23
b) <i>Le risque de nier l'humanité de la personne malade</i>	24
c) <i>L'institution et le questionnement éthique du consentement</i>	25
3) Malgré le carcan des représentations, quelques évolutions en cours	27
a) <i>Bientôt de nouvelles générations de personnes âgées</i>	27
b) <i>La prise en compte des personnes LGBT et séropositives au VIH</i>	28
Chapitre 3. Une problématique managériale en EHPAD.....	30
1) L'intérêt des études étrangères pour le contexte des EHPAD en France :	30
a) <i>Le développement d'échelles de mesure</i>	30
b) <i>Donner la parole aux résidents et aux professionnels</i>	32
c) <i>Pertinence et éventuelle transposition dans le contexte français</i>	33
2) Complexité managériale et sujet de la sexualité en EHPAD	35
a) <i>Allier protection des droits et libertés du résident et protection du personnel</i>	35
b) <i>Communiquer ou non avec les familles : entre le marteau et l'enclume</i>	36
3) L'éthique de la discussion	37
ème partie : Enquête de terrain	40
Chapitre 1. Protocole d'enquête	40
1) Justification de l'enquête	40
2) Objectifs propres de l'enquête	40
3) Le type de l'étude	41
4) Population de l'étude	41
a) <i>Population cible et population source</i>	41
b) <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	41
c) <i>Nombre de participants nécessaires</i>	41

5) Population de l'étude : échantillonnage	42
a) <i>Présentation</i>	42
b) <i>Répartition hommes / femmes des participants par établissement</i>	42
c) <i>Répartition par catégorie de professionnels et par sexe</i>	43
d) <i>Age moyen des participants</i>	43
e) <i>Expérience professionnelle des participants</i>	44
6) Techniques d'enquêtes	44
a) <i>Modalités concrètes de mises en œuvre</i>	44
• <i>Le guide d'entretien</i>	44
• <i>Modalités d'accès aux personnes interviewées</i>	45
• <i>Déroulement des entretiens</i>	45
• <i>Durée des entretiens</i>	45
b) <i>Méthodes d'analyse</i>	46
• <i>Recueil des données</i>	46
• <i>La méthode d'analyse</i>	46
7) Modalités de restitution des résultats aux participants	48
8) Respect de la confidentialité et de l'anonymat	48
Chapitre 2. Résultats et discussion	48
1) Prédominance d'un champ lexical de ressentis à connotations négatives	49
2) Sexualités et réactions multidimensionnelles	55
Chapitre 3. Préconisations	60
1) Instauration d'un comité éthique	60
2) Elaboration de conduites à tenir en cas de comportements inadaptés	62
3) Intégration de la sexualité dans le PAP et le projet d'établissement	64
Conclusion	66
Bibliographie	68
Siglaire	75
Annexes	76

Introduction

« La vieillesse, c'est ce qui arrive aux gens qui deviennent vieux » : cette définition dont Simone de Beauvoir (1970) proposait de convenir montre la complexité d'appréhender la vieillesse. Trincaz (1998) rejoint cette analyse en constatant que « la vieillesse ne peut être enfermée dans aucune définition satisfaisante ». De Beauvoir soulignait que « le moment où commence la vieillesse est mal défini, il varie selon les époques et les lieux » et que c'est « un phénomène biologique, mais le statut de la personne lui est imposé par la société à laquelle il appartient ». En effet, la vieillesse ne peut pas être seulement vue comme un « fait biologique » car c'est « un fait culturel » c'est-à-dire que le « statut de vieillard n'est jamais conquis par lui mais lui est octroyé » (De Beauvoir, 1970). Il est issu de représentations sociales et « comme toute représentation, la vieillesse est une construction qui s'élabore, à partir d'un contexte particulier, sur le registre de l'imaginaire. Elle est faite d'images, d'opinions, d'attitudes..., en intégrant toujours une composante mythique et symbolique » (Trincaz, 1998).

Les représentations symboliques sont entendues comme « ces ensembles conceptuels extrêmement solides qui fonctionnent de manière implicite dans l'esprit des humains de quelque culture que ce soit et dans leurs discours, attitudes et comportements » et il importe de « toujours veiller à la valeur sémantique des mots » (Héritier, 2002). Ainsi, dans quasiment toutes les langues indo-européennes, une distinction est faite entre vieillesse physique, « qui résonne le plus souvent en termes de décrépitude » et vieillesse morale, « ouvrant la porte à la sagesse, l'expérience, l'autorité » (Trincaz et al., 2011). A l'issue de ses recherches, De Beauvoir avait déjà constaté que, aux yeux de la société, « le vieillard n'est qu'un mort en sursis » et « la femme âgée continue à être un objet de dégoût et de dérision ». C'est d'ailleurs pour la vieille femme que « nombre de langues recèlent des termes plus péjoratifs » (Trincaz et al., 2011). Les représentations de la vieillesse sont en effet liées à celles de l'homme et de la femme et à la persistance des inégalités homme/femme : « en tant qu'êtres humains, quelles que soient notre époque et notre société, nous sommes mus par des représentations extrêmement prégnantes, transmises de génération en génération, provenant de nos lointains ancêtres, et qui fonctionnent toutes seules, sans qu'il soit nécessaire de les mobiliser de façon consciente à chacun de nos actes, à chacune de nos pensées » (Héritier, 2002).

Les imprécisions, les incertitudes dans les définitions des mots et les connotations qu'ils véhiculent sont autant d'obstacles à l'évolution des représentations « qu'il convient de faire changer, mais qu'il est difficile et si long de mouvoir » (Héritier, 2002). L'expression *personne âgée* est aujourd'hui en langue française plus souvent utilisée que le mot *vieux* mais ne parvient pas non plus à éviter la stigmatisation (CCNE, 2018). La représentation de la vieillesse repose en effet sur des fondements anciens : « de l'ancienne Egypte à la renaissance, on voit que le thème de la vieillesse a presque toujours été traité de manière stéréotypée », écrivait De Beauvoir (1970), pour qui « C'est le sens que les hommes accordent à leur existence, c'est leur système global de valeurs qui définit le sens et la valeur de la vieillesse ». En d'autres termes, chaque

société développe une représentation plus ou moins positive de la vieillesse, qui ne sera d'ailleurs pas forcément en accord avec la place occupée par les anciens (Juncaz, 1998).

La personne âgée continue à être associée à des représentations principalement négatives dans les sociétés occidentales où, paradoxalement pourrions-nous dire, la population vieillit, en Europe notamment. En France, le rapport interministériel « Nous vieillirons ensemble » rappelait en mai 2021 que les baby-boomers nés en 1945 auront 85 ans en 2030, c'est-à-dire que le nombre des 75-84 ans va enregistrer une croissance inédite de 49 % entre 2020 et 2030, pour passer de 4,1 millions à 6,1 millions. Le rapport prévient que si la société française est déjà confrontée au défi de la perte d'autonomie depuis des années et de plus en plus dans nos vies quotidiennes, il ne prendra sa pleine mesure qu'à partir de 2030. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2020a), à pratiques actuelles constantes, 108 000 places supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) seraient nécessaires d'ici à 2030, si l'on conserve les pratiques actuelles d'entrée. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait déjà montré, dans son rapport sur la situation des EHPAD en 2017, qu'il y a depuis 2010 un accroissement régulier du besoin moyen en soins des résidents d'EHPAD et de leur niveau moyen de dépendance (CNSA, 2019). Cela inclut la prévision d'une augmentation des personnes présentant une Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA). Le gouvernement avait d'ailleurs présenté un Plan maladies neuro-dégénératives 2014 - 2019 dans lequel il prévenait que « les maladies neuro-dégénératives constituent un défi pour notre système de santé et la politique de recherche, en France comme à l'international ».

La France vieillit, fait face à un manque de places en maisons de retraite, or, malgré ces besoins, les EHPAD souffrent d'une image négative persistante (Petit & Zardet, 2017), au point que le 12 juillet 2021 la ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé et chargée de l'Autonomie a annoncé le lancement d'une grande consultation citoyenne à l'automne 2021 dont l'objectif sera de trouver un nouveau nom pour les EHPAD, dont le statut n'a été créé qu'il y a vingt ans, par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le temps nous dira si cette mesure terminologique suffit. En l'occurrence, cette mauvaise image a plusieurs causes. L'une d'entre elles se trouve dans cette représentation négative de la vieillesse, pas seulement pour l'entourage du résident, mais également pour la personne âgée elle-même : « si les personnes âgées vivent souvent très mal le placement en institution et semblent attendre une mort qui, de leur propre aveu, tarde trop, c'est parce que la vieillesse, pour elles, n'a qu'un sens négatif et équivaut à une vie en pure perte : elle leur semble inutile, n'a aucune valeur propre et n'est définie que par ce qui lui manque » (Pelluchon, 2008). Ce sentiment d'inutilité est une conséquence de représentations « liées à des stéréotypes véhiculés par une société valorisant l'autonomie et la performance (...) » et qui « constituent un obstacle à leur accompagnement » (Pelluchon, 2008). L'autonomie et la performance sont d'ailleurs deux notions que l'on retrouve dans les travaux sur les discriminations qui proposent de nommer « âgisme » le « fait de juger

un individu trop jeune ou trop vieux pour accéder à un bien social (une activité, un service une prestation, un droit...), sans prendre en considération ses aptitudes et ses aspirations » (Rennes, 2019). Finalement, « ce que l'on craint dans le fait de vieillir, ce n'est pas seulement la dégradation corporelle mais aussi la relégation sociale et la perte de sens ». L'EHPAD « renvoie aux peurs de chacun liées à la vieillesse, au handicap et à la dépendance » (Petit & Zardet, 2017). Une autre cause de la mauvaise image des EHPAD est liée à différents cas de maltraitance révélés et largement médiatisés : le concept d'*EHPAD bashing* s'est d'ailleurs développé pour qualifier ce phénomène de dénonciations dans la presse (Serrière, 2021). Les EHPAD peinent également à recruter du personnel, en particulier soignant, et ce constat n'est pas nouveau (Duyck & Pijoan, 2010, cités par Petit & Zardet, 2017). Plusieurs rapports ont été rédigés dans l'optique de formuler des propositions mais peu ont été mises en œuvre et le projet de loi « Grand âge et autonomie » a été reporté plusieurs fois. Cette pénurie de personnel, aggravée par la pandémie de Covid-19, trouve son origine dans plusieurs facteurs : le manque de reconnaissance salariale¹, le manque de candidats aux formations de métiers hautement féminisés, discrédités, à la pénibilité mal reconnue et parfois qualifiés de « sales boulots » (*dirty work*²), complexifiant ainsi le rôle du manager (Ashforth et al., 2007).

L'image des EHPAD ne cesse de se dégrader dans l'opinion publique (Jacquet, 2021), pourtant, ils n'ont jamais été autant engagés dans l'amélioration de la qualité. En effet, même si dans les EHPAD et de manière plus générale, dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), la démarche d'évaluation a été plus tardive que dans les établissements hospitaliers, la mise en œuvre est aujourd'hui adoptée, notamment grâce à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui lie l'obtention de toute autorisation à une démarche d'évaluation de la qualité de leurs prestations. Le rapport d'information n°1214 de l'Assemblée nationale (2018) sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation notait que la démarche d'évaluation a été bien intégrée par les établissements et reconnaissait que « malgré les difficultés initiales, une dynamique s'est instaurée ».

En parallèle de l'émergence de cette nouvelle culture de la qualité, ces vingt dernières années ont vu l'affirmation de droits et de libertés des personnes accueillies en ESMS, dont les résidents d'EHPAD. La personne âgée jouit des mêmes droits fondamentaux que tout autre individu (Défenseur des droits, 2021). La Constitution du 4 octobre 1958 n'énumère pas une liste exhaustive de droits et « ne consacre explicitement que très peu de droits et libertés », néanmoins, « les droits et libertés sont essentiellement consacrés par les textes auxquels renvoie le Préambule de La Constitution de 1958 (...) » (Conseil constitutionnel, s.d.). C'est le Conseil constitutionnel qui a fortement contribué à assurer le respect de ces droits par sa définition du bloc de constitutionnalité, c'est-à-dire des normes de valeur constitutionnelle (Vie-publique.fr, 24

¹ Une revalorisation salariale des personnels médicaux et non-médicaux a fait l'objet de la signature des accords du Ségur de la Santé le 13 juillet 2020.

² Le concept de *dirty work*, (« sale boulot » en français), a été introduit par Everest Hughes dans les années 1950 : il renvoie aux tâches perçues par la société comme teintées physiquement, socialement ou moralement (Ashforth et al., 2007). « Cette teinte, dite également « salissure » ou « stigmaté », implique l'existence de préjugés sociaux » (Guerrero et al., 2020).

mars 2021). D'autre part, le Défenseur des droits (2021) rappelle que « même si la vieillesse n'est pas synonyme de handicap, il n'en reste pas moins que les personnes âgées en situation de handicap ou de perte d'autonomie peuvent se prévaloir de la protection offerte par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées » car « la plupart des personnes âgées accueillies en EHPAD, même si elles ne jouissent pas d'une reconnaissance administrative au titre du handicap, répondent à cette définition ». De manière concomitante à la dynamique d'émergence d'une culture de la qualité dans les ESMS, le législateur français a contribué activement à l'affirmation de droits et de libertés individuelles du résident en EHPAD au travers de textes de lois et d'arrêtés, notamment la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, Gérard Brami (2010) explique que « les établissements sont aujourd'hui sollicités en permanence, dans leur travail quotidien, sur les droits et libertés des personnes âgées hébergées » et que « leur fonctionnement exprime également l'évolution générale de nos sociétés ». Des progrès ont ainsi été constatés dans des EHPAD où l'accent a été mis sur des activités et des comportements favorisant la construction de « lieux de vie où le plaisir, la joie, le partage et l'émotion sont possibles » (Pelluchon, 2008). « La prise en compte de la vie sociale des résidents a évolué depuis quelques décennies, ce qui concourt à replacer l'accueil des personnes âgées dépendantes au cœur des questions de société » (Petit & Zardet, 2017). Entre les nombreux dossiers de gestion au quotidien et les exigences pour plus de qualité et une plus grande prise en compte des droits et libertés, les directions d'EHPAD doivent s'efforcer de concilier des domaines a priori antinomiques, de trouver un équilibre entre un idéal à poursuivre et la réalité du quotidien : « Dans les champs du soin et de l'accompagnement, la finalité est d'apporter aux personnes la meilleure qualité possible de prestation, c'est-à-dire une prestation à la fois humainement, techniquement et économiquement performante. (...) L'exercice managérial des espaces de soin et d'accompagnement trouve (...) son fondement dans les aspirations des usagers et la capacité de sa structure à y répondre » (Casagrande, 2016).

En effet, les directions d'EHPAD sont d'autant plus mises au défi que l'EHPAD se veut aujourd'hui un lieu de vie. Un lieu de vie où la chambre du résident est son « chez soi », son domicile, mais cette chambre « n'est pas complètement privée si elle est gérée par la direction de l'établissement » et est soumise au respect du règlement intérieur (Dupras, 2007). « On estime qu'une chambre de résident en EHPAD est visitée en moyenne 25 fois par jour. Comment, dès lors, imaginer une vie intime et sexuelle des résidents ? » (Guillermou, 2016). La réponse est probablement à chercher du côté des représentations symboliques de notre société : « la vieillesse délivre des passions et des désirs de la chair. Dès les écrits de la Genèse, la vieillesse apparaît comme le temps où la sexualité est exclue, le temps où la jouissance n'est même plus concevable » (Trincas, 1998) ; autrement dit, la personne âgée est asexuée. Car tout autant que la vieillesse est taboue comme « une sorte de secret honteux dont il est indécent de parler » (De Beauvoir, 1970), la sexualité « plongeant ses racines dans le lien interdit à la mère est, par définition, taboue » (Vaginay, 2008).

Si à l'étranger, un certain nombre d'études académiques ont été menées dès les années 1980 sur ce thème tabou qu'est la sexualité dans les maisons de retraite, le regard du personnel soignant et du résident (Bouman et al., 2007), ces questionnements se sont développés plus tardivement en France. C'est le secteur du handicap qui a porté et médiatisé le thème de la sexualité dans les institutions pour personnes avec handicap dans les années 2000 (Brasseur & Detuncq, 2014) et peu à peu, le secteur du grand âge s'est également saisi de ce sujet pour les personnes âgées en institutions. Des réflexions sont menées et des propositions de pistes d'action sont émises depuis quelques années à présent (Grandjean, 2016) mais leur niveau de diffusion auprès des professionnels semble encore marginal. En effet, les professionnels d'EHPAD se sentent-ils à même de gérer des situations diverses et variées liées à la sexualité des résidents et de répondre à des questions telles que : que dit la loi ? Que doit-on faire dans cette situation ? Comment s'assurer du consentement de cette personne ? Doit-on prévenir la famille ? Ces interrogations ne sont pas nouvelles pour le personnel mais leur donner de la visibilité, les partager avec leurs collègues et la direction est un développement récent. D'ailleurs, c'est principalement le point de vue des soignants en EHPAD qui a fait l'objet de recherches jusqu'à présent, très peu celui des autres professionnels qui pourtant sont eux aussi amenés à interagir au quotidien avec les résidents. En effet, les EHPAD sont des établissements dont le statut « hybride » médico-social (Villez, 2007) implique la coexistence d'une multitude de compétences au sein des effectifs du personnel. Concrètement, au sein d'un EHPAD évoluent des personnes aux profils et aux métiers variés – métier étant entendu comme l'ensemble des savoirs et des savoir-faire sanctionnés, le plus souvent, par un diplôme. Il convient de distinguer le personnel administratif (la direction, l'agent administratif), le personnel médical (le médecin coordonnateur) et paramédical (les infirmiers diplômés d'Etat, les aides-soignants, les ergothérapeutes, les psychologues, les psychomotriciens, etc.), le personnel d'animation (l'animateur), le personnel logistique ou d'entretien (notamment les agents de service hospitaliers, hôteliers ou d'hébergement - ASH). Cette énumération est partielle car la palette des compétences à l'œuvre dans un EHPAD est large. Généralement, les professionnels des EHPAD sont distingués plus simplement entre deux grandes catégories : les soignants et les non-soignants. A cela s'ajoutent les « glissements » qui s'opèrent parfois entre les fonctions (les tâches réalisées) et les métiers soignants, certains professionnels « faisant fonction » sans pour autant exercer le même métier (DREES, 2016).

La responsabilité du directeur d'EHPAD sur les questions autour de la sexualité des résidents est directement liée à son rôle de garant de la préservation des droits et des libertés individuelles du résident et de protection de son personnel (Girard, 2018). Or, les dilemmes auxquels sont confrontés au quotidien les professionnels d'un EHPAD questionnent la réalité du respect des droits et des libertés du résident d'EHPAD face aux nombreuses « barrières » (Villar et al., 2014) que sont les contraintes d'un lieu collectif, de l'accompagnement et du soin de la personne dépendante et des représentations de la vieillesse et de la sexualité propres à chaque membre

du personnel. Un directeur d'EHPAD doit s'efforcer de concilier la théorie – le cadre réglementaire régissant un EHPAD, les droits et les libertés du résident, dont le droit à l'intimité et à une vie sexuelle, et la qualité de vie au travail du personnel – avec la réalité du terrain dans un établissement hybride et les nombreux défis qui en découlent dans la gestion du quotidien. Concrètement, **comment un directeur d'EHPAD peut-il faciliter l'expression et la réalisation effective des droits et des libertés des résidents, en particulier de la sexualité, dans les limites du cadre d'une institution et tout en s'assurant l'adhésion des professionnels ?**

Ce mémoire propose d'étudier la sexualité des personnes âgées en EHPAD au travers du vécu des professionnels d'EHPAD, soignants et non soignants, y compris la direction. Dans une première partie, les fondements théoriques et conceptuels permettront de clarifier le cadre réglementaire de la sexualité en France, d'approfondir les questionnements éthiques qui se posent pour enfin aborder les problématiques managériales que cela entraîne pour une direction d'EHPAD. Dans une deuxième partie, ils seront confrontés à différentes réalités de terrain au travers du vécu et des questionnements sur la sexualité des résidents par les professionnels d'EHPAD, afin de pouvoir en faire ressortir quelques préconisations pragmatiques et réalistes.

lère partie : La sexualité des personnes âgées en EHPAD au carrefour du droit, de questionnements éthiques et de la responsabilité du manager

Parmi les droits et libertés de la personne âgée en EHPAD, la sexualité occupe une place particulière et nécessite de couvrir tout d'abord les dispositions légales en vigueur en France avant de pouvoir aborder le questionnement éthique et enfin, la problématique managériale qu'elle pose au directeur d'établissement.

Chapitre 1. La sexualité encadrée par des dispositions légales de tradition abolitionniste

Aborder le sujet de la sexualité des personnes âgées en EHPAD nécessite de poser le cadre légal en vigueur en France autour de la sexualité et des notions qui lui sont connexes, les différentes évolutions qui ont amené à une prise de conscience de la nécessaire reconnaissance et protection des droits et des libertés des résidents en EHPAD, et enfin, ce dont on parle quand on évoque l'assistance sexuelle.

1) Appréhension juridique de la sexualité

En droit, la sexualité est une composante de la vie privée : c'est une liberté et non un droit au sens technique (Py, 2019a).

a) La sexualité, composante de la vie privée

En effet, la sexualité est une liberté mais « en droit positif, ni la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 ni le Préambule de la Constitution de 1946 ni mêmes les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République ne font état de la liberté sexuelle. Les textes de référence n'en rendent compte que par le truchement d'autres libertés » (Salecroix, 2010). Dans son jugement du 27 juillet 2004 le Tribunal de grande instance de Bordeaux établit que « la vie sexuelle fait incontestablement partie de la sphère de la vie privée » (Roman, 2005). Les droits sexuels ne sont pas une nouvelle catégorie de droits : « la notion de droits sexuels commence à s'imposer progressivement dans les consciences et dans les débats, et dans une moindre mesure dans les pratiques (...) la notion de droits sexuels reste controversée et ne s'impose pas d'emblée parmi les juristes » (Giami, 2019). En effet, « la notion de droits sexuels est fondée sur les droits de l'Homme et n'est pas encore reconnue officiellement comme droit et doit être intégrée dans le schéma général des droits humains et des droits garantis par les traités internationaux et par les Etats pour être validée comme instrument de protection et de promotion des individus et de leurs libertés dans le domaine de la sexualité » (Giami, 2019).

Ainsi, la sexualité est une composante de la vie privée. Sur ce point, le droit reconnu n'est pas le « droit à la vie privée » mais le « droit au respect de la vie privée ». Plusieurs sources de droit sont venues reconnaître et protéger ce droit :

- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 : « Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa

correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes » (article 12).

- La Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, ratifiée par la France en 1974 : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance » (article 8,1°).
- L'article 9 du Code civil dispose que « Chacun a droit au respect de sa vie privée ».

S'il n'existe pas de définition légale de la vie privée, la jurisprudence a apporté des précisions sur ce qu'elle recouvre. Jean (2019) précise que la vie privée est indissociable du droit à l'intimité et interdépendante de droits corollaires, tels que le droit à la dignité, à la liberté d'aller et venir librement, ou encore, plus particulièrement, le droit au secret professionnel qui s'applique indifféremment, depuis la loi santé du 26 janvier 2016, à tous les établissements et professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social, sur toutes les informations concernant la personne. Ainsi, l'alinéa 2 de l'article 9 du Code civil prévoit la protection des atteintes à l'intimité de la vie privée. Pour préciser ce qu'est l'intimité de la vie privée, « la jurisprudence pénale a fait sienne la définition des professeurs Merle et Vitu : l'intimité de la vie privée, c'est tout ce qui concerne l'individu dans ses relations familiales ou amicales, sa vie conjugale ou sentimentale, sa vie physique, sa santé (Merle et Vitu Droit pénal spécial n°2033) » (Bernard, 1995).

Par ailleurs, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) intègre la vie sexuelle dans le droit au respect de la vie privée : dans son célèbre arrêt *Dudgeon c. Royaume-Uni* du 22 octobre 1981, la CEDH établit que le maintien du *Criminal Law Amendment Act* de 1885 en Irlande du Nord est contraire à la Convention européenne des droits de l'homme: les menaces de poursuites pénales faisaient subir à un homosexuel une atteinte injustifiée à son droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Par cet arrêt, « la légalité de pratiques sexuelles consenties, réalisées dans un lieu privé entre adultes consentants ne pourra être remise en cause » (Lavaud-Legendre, 2009). Cet arrêt de la CEDH est « assurément un des plus grands arrêts jamais rendus par la Cour de Strasbourg. Il passe pour être le plus grand arrêt qui a posé le principe de liberté de comportement sexuel » (Marguénaud, 2009).

Dans un autre arrêt important de la CEDH, l'arrêt *K.A. et A.D. c/ Belgique* du 17 février 2005, la CEDH (2005) énonce que le droit d'entretenir des relations sexuelles découle du droit de disposer de son corps, partie intégrante de la notion d'autonomie personnelle et que la notion d'autonomie personnelle peut s'entendre au sens du droit d'opérer des choix concernant son propre corps. Les femmes ne sont d'ailleurs considérées comme « maîtresses de leur sexualité » (Giami, 2019) que depuis quelques décennies : la contraception et l'interruption volontaire de grossesse ont été autorisées respectivement en 1967 et 1975.

Bien que le concept d'autonomie personnelle ait des « contours très indécis » (Marguénaud, 2009), « l'autonomie au sens juridique consacre la liberté de chacun de pratiquer des activités

sexuelles ou pas, indépendamment de tout jugement moral sur la nature de ses pratiques » (Py, 2019a). Ainsi, visionner de la pornographie adulte non violente, dans sa chambre en EHPAD, n'est pas interdit dans le droit français³ et reste dans le cadre de l'autonomie, de la liberté de l'individu, indépendamment de l'opinion que l'on peut avoir sur cette pratique sexuelle. Pour ce qui est de la pornographie zoophile, ou zoophilie, - « sujet tabou par excellence » (Gallimard, 2019) : elle n'est pas interdite, bien qu'elle soit concernée par l'article 521-1 du Code pénal qui incrimine expressément les sévices de nature sexuelle commis envers les animaux et que de manière générale, de plus en plus de dispositions viennent protéger les animaux. Mais le législateur a « cherché à concilier morale, droit, libertés individuelles et protection des animaux, sans, il faut le dire, y parvenir vraiment » (Gallimard, 2019). Une proposition de loi est à l'heure actuelle devant le Sénat afin de faire interdire spécifiquement la pornographie zoophile. La seconde partie de ce mémoire mettra en lumière l'intérêt de ces précisions.

En France, concernant de manière plus spécifique la liberté sexuelle des personnes hébergées en institution, dans sa décision du 6 novembre 2012 la Cour administrative d'appel de Bordeaux a jugé que le règlement intérieur d'une unité du Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac (interdisant de manière générale et collective les relations sexuelles entre patients) constituait une atteinte excessive au regard du droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme, et de l'article L.3211-3 du Code la santé publique. « Pour parvenir à cette conclusion, le juge administratif rappelle que le droit au respect de la vie privée constitue une liberté individuelle dont le respect de la vie sexuelle est une composante » (Vauthier, 2019).

En droit, la sexualité est donc une liberté et un élément du droit au respect de la vie privée et les jurisprudences européenne et française l'ont, à plusieurs occasions, associée aux notions d'autonomie et de consentement, cette dernière nécessitant à présent une analyse plus poussée.

b) Interdépendance entre liberté sexuelle et consentement

On ne peut parler de sexualité sans évoquer la notion de consentement car il existe une « véritable interdépendance entre liberté sexuelle et consentement » (Vauthier, 2019), « la sexualité est toujours une question de consentement, lequel est parfois seulement motivé par le désir » (Py, 2019a). Par contre, le consentement n'a pas un statut épistémologique clair (Marzano, 2006), il n'existe pas de définition du consentement dans le Code civil mais « le consentement libre et éclairé, manifestation de l'autonomie de la personne, est un critère juridique » (Py, 2019a).

Le consentement de l'individu tient une place particulière dans le droit car en matière sexuelle, « avant même d'être une atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne, le viol, et toutes les agressions sexuelles, sont en réalité des atteintes à la liberté de consentir à l'union

³ L'article 227-24 du Code pénal incrimine la diffusion de messages pornographiques dès lors qu'ils sont susceptibles d'être vus ou perçus par un mineur et l'article 227-23 sanctionne tout ce qui est en lien avec de la pornographie impliquant les mineurs.

sexuelle. C'est la raison pour laquelle l'absence de consentement est une condition de caractérisation de l'infraction » (Lavaud-Legendre, 2009). Lorsqu'une personne majeure est en capacité de s'exprimer, verbalement ou physiquement, la détermination de l'existence du consentement ou non ne pose pas de problème. La capacité d'une personne est prévue aux articles 8 et 1145 alinéa 1 du Code civil⁴ mais ce n'est pas une définition en tant que telle (Christelle, 2014). Par contre, lorsque la personne majeure⁵ n'est pas en pleine possession de ses moyens, la donne se complexifie.

La personne vulnérable n'a pas d'existence juridique : la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs désigne « personne protégée⁶ » « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique ». Concernant le consentement des personnes en tutelle, dont certaines sont hébergées en EHPAD, le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne est protégé par la loi du 5 mars 2007 qui dispose que « Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre. Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. (...) ». Vauthier (2019) souligne que cette loi « introduit une prise en compte graduée de la volonté de la personne » et que « les modalités d'exercice de sa liberté sexuelle prennent une tournure singulière dans la mesure où les règles du droit civil viennent organiser dans une certaine mesure l'expression de son consentement ». Il fait notamment référence à l'article 459 qui dispose que « lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, (...) la personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son comportement, l'intéressé ferait courir à lui-même. (...) Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée ». Ce point est fondamental : ce qui relève de l'intimité de la vie privée du majeur protégé apparaît donc exclu des prérogatives d'intervention du chargé de la protection du majeur. Dans le cadre d'un EHPAD, il semble difficile d'imaginer un tuteur solliciter le juge pour interdire une relation entre la personne protégée et une autre personne résidant en EHPAD ; si c'était le cas, il se heurterait à cette disposition en faveur d'un « droit à entretenir la vie amoureuse ou sexuelle de son choix » (Jean,

⁴ Article 8 du Code civil : « Tout Français jouira des droits civils » et Article 1145, alinéa 1 du Code civil : « Toute personne physique peut contracter sauf en cas d'incapacité prévue par la loi ».

⁵ Le cas des mineurs n'est pas présenté car non pertinent au sujet de ce mémoire.

⁶ Notons le changement de paradigme avec cette loi qui remplace le terme « l'incapable », lourd de connotations négatives, par « la personne protégée » et « personne en tutelle ou en curatelle ».

2019), à moins, peut-être, de faire reconnaître l'existence d'une atteinte à la dignité de la personne.

Il est également intéressant d'étudier l'arrêt n°15/07071 du 9 mars 2016 que la Cour d'appel de Paris (CA Paris, 2016) a rendu et dans lequel elle distingue le discernement du consentement : « il convient de distinguer le discernement (...) qui est la faculté d'apprécier sainement les choses, avec intelligence et sens critique, du consentement qui est l'action de donner son accord à un acte ». Plus précisément, il était question dans cet arrêt du licenciement d'une psychologue travaillant au sein d'un EHPAD à qui il avait été reproché d'avoir organisé le rapprochement de deux résidents présentant des troubles cognitifs et une désinhibition diagnostiqués afin que ceux-ci puissent avoir des relations intimes. Vauthier (2019) rappelle que la cour d'appel s'est intéressée à la situation des deux individus, et particulièrement, leur capacité de consentir et a considéré que « les relations sexuelles relèvent par définition des actes strictement personnels de sorte que l'autorisation préalable du juge des tutelles n'est pas nécessaire ». Enfin, la Cour établit « qu'un résident d'un établissement a droit au respect de sa vie privée et de son intimité, qu'il doit être protégé de toute action visant à lui interdire une relation intime mutuellement consentie ». Vauthier (2019) relie l'analyse présentée dans cet arrêt du 9 mars 2016 à celle « faite par les magistrats de la Cour administrative d'appel de Bordeaux dans leur décision du 6 novembre 2012 (...) » Selon lui, il ressort de la décision du 6 novembre 2012 que « la vulnérabilité et l'argument de la protection des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement ne peut donc à eux seuls préjuger de l'incapacité à consentir à une relation sexuelle ». Il note que le lien étroit entre liberté sexuelle et consentement induit un « effet singulier qui consiste à considérer le consentement comme une variable permettant de moduler les contours de l'exercice de la liberté sexuelle ». Il est en effet envisageable de restreindre la liberté sexuelle d'individus consentants si la pratique de la sexualité « peut heurter la liberté d'autrui dans certaines circonstances » (Vauthier, 2019). Par exemple, l'exhibitionnisme sexuel est un délit qui fait partie des agressions sexuelles visé par l'article 222-32 du Code pénal⁷. Mais cela paraîtrait quelque peu surprenant qu'une plainte pour exhibitionnisme soit déposée contre un résident d'EHPAD présentant des troubles du comportement diagnostiqués.

Ces éléments peuvent paraître quelque peu techniques pour une personne non initiée, néanmoins, un directeur d'EHPAD se doit d'en avoir pris connaissance afin de l'aider à structurer sa réflexion en distinguant plus aisément ce qui relève ou non du droit.

2) L'affirmation des droits et des libertés individuelles du résident d'EHPAD

Si évoquer l'existence de droits et de libertés individuelles des résidents d'EHPAD paraît une évidence aujourd'hui, cela n'allait pas de soi il y a encore quelques décennies seulement. A partir du milieu du XIXe siècle de vastes hospices ont vu le jour en France et on a commencé à « se soucier de guérir les vieillards » (De Beauvoir, 1970) mais le sort des personnes âgées après la

⁷ Art. 222-32 du Code pénal : « l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

Seconde Guerre mondiale n'était « pas enviable » (France Info, 2018) au point de faire constater à De Beauvoir en 1970 que « la condition des vieilles gens est aujourd'hui scandaleuse ». A côté des hospices et des structures hospitalières, des « maisons de retraite de première génération » se sont développées à partir des années 1960-1970 sur le modèle de pensions familiales, avec peu de places et où les personnes hébergées étaient considérées comme des « pensionnaires » qui n'avaient « guère de droits reconnus en dehors de celui de se soumettre aux dispositions d'un règlement intérieur » (Villez, 2007). Las, l'ambition de recréer un lieu de vie familial pour des personnes âgées en perte d'autonomie s'est heurtée à diverses contraintes, économiques, de suivis non adaptés aux polypathologies, mais aussi de nouvelles exigences en matière de qualité et de reconnaissance de droits et de libertés individuelles de la personne en institution.

Une première étape de la reconnaissance de « l'espace privatif » comme « la transposition en établissement du domicile du résident » a été l'arrêté du 26 avril 1999 : « les résidents doivent ainsi disposer d'un lieu privé, qu'ils peuvent pleinement s'approprier (...) ». Il faut cependant attendre la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale pour qu'un véritable tournant, à plusieurs titres, soit pris. Outre la mise en place de l'évaluation de la qualité et la création du statut des EHPAD, cette loi témoigne « d'une volonté forte de réhabiliter les droits des usagers » de tous les ESMS (Rayssiguier & Huteau, 2018). En effet, une section entière de la loi est consacrée à la reconnaissance des droits des usagers et l'article L. 311-3 reconnaît à l'usager « citoyen » sept séries de droits :

- « 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- 2° (...) le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé » : la notion de « libre choix du lieu de vie » ou encore de « libre choix du projet de vie » est « particulièrement en vogue au sein des textes » (Ispenian, 2005). La question de la réalité du « libre choix » se pose, notamment quand la décision est motivée par la perte d'autonomie (Guichardon, 2005).
- « 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché. » Le législateur n'a par contre pas précisé ce qu'il entend par « prise en charge et accompagnement individualisé de qualité ».
- « 4° La confidentialité des informations la concernant ».
- « 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge (...) »
- « 6° une information sur ses droits fondamentaux (...) ;
- 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne (...) »

Mais là où cette loi donne aux droits de l'utilisateur une portée particulière c'est « Surtout, pour la première fois » que « ce texte législatif leur donne un contenu concret » (Rayssiguier & Huteau, 2018). Des instruments sont en effet instaurés pour accompagner les modalités d'exercice de ces droits :

- Le projet d'établissement : document essentiel qui doit faire l'objet d'une mise à jour tous les cinq ans et qui fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, ainsi que des objectifs d'évaluation de la qualité des prestations ;
- Le livret d'accueil : qui doit donner des éléments sur la promotion de la bientraitance dans l'établissement ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie : charte parue dans l'annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF qui vise à garantir le respect des droits fondamentaux des usagers, à annexer au livret d'accueil. Une difficulté est de savoir comment la faire vivre ;
- Le contrat de séjour : doit prévoir les principales modalités d'accueil et de prise en charge ;
- La personne qualifiée : équivalente à un conciliateur, pour tenter de résoudre des difficultés ;
- Le conseil de la vie sociale : obligatoire pour tout établissement, c'est le dispositif de représentation des usagers ;
- Le droit au rapprochement familial ;
- Le règlement de fonctionnement : c'est le seul document qui aborde à la fois les droits et les obligations des personnes accueillies.

Avec la loi du 2 janvier 2002, « l'utilisateur passe d'une personne passive à qui de l'aide et des soins sont apportés », selon un modèle protecteur et paternaliste, « à une personne active participant à l'élaboration de son plan d'aide (...) Ce principe rompt avec l'ancienne logique d'assistantat » (Ispenian, 2005). L'opinion, la volonté de l'utilisateur « participatif », « acteur », « citoyen » doivent être recherchés et pris en compte. Ces développements ont par contre été accueillis avec « scepticisme » par certains auteurs qui ont questionné le terme même d'utilisateur, allant jusqu'à qualifier d' « irréaliste » l'expression « mettre l'utilisateur au cœur du dispositif », et qui se sont inquiétés du risque d'une potentielle évolution vers la « marchandisation et l'individualisation de l'action sociale » (Ennuyer, 2005).

Sur la question plus spécifique de la sexualité, la loi du 2 janvier 2002 mentionne le respect de la dignité, de la vie privée, de l'intimité de la personne, tandis que la charte des droits et libertés de la personne accueillie reprend ces droits sauf le respect de la vie privée, dans son douzième et dernier article (Annexe 01).

Les droits reconnus par la loi du 2 janvier 2002 ont été réaffirmés par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi définit le principe de non-discrimination à l'encontre de ces personnes et prévoit l'obligation de dispenser une information et une éducation à la sexualité et à la contraception dans tout établissement accueillant des personnes handicapées. Ainsi, des chartes plus spécifiques sur l'intimité et la sexualité ont été développées par les acteurs du

secteur du handicap, à l'instar de la Charte *Intimité, vie affective et sexuelle* proposée par l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH, 2019) et issue des réflexions d'un groupe de travail national constitué d'élus et de professionnels des établissements et des services de l'association. La Charte prévoit par exemple que le règlement de fonctionnement intègre de manière « explicite les modalités de respect des droits fondamentaux relatifs à l'intimité, la vie affective et sexuelle dans l'espace privé » et que soit intégré, « dans la trame du projet personnalisé, un item relatif à l'intimité, la vie affective et sexuelle ». De telles initiatives ne sont pas encore fréquemment transposées aux EHPAD.

Avec la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « Loi ASV »), le législateur renforce la reconnaissance des droits du résident en ajoutant, à l'article 311-3, le respect du « droit à aller et venir librement » et la mention « vie sexuelle » apparaît au paragraphe 1.1.4. du volet 2 *Adaptation de la société au vieillissement* du rapport en annexe : « l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées » doit prendre en compte que ce sont, « à la fois, des lieux de soins et de vie. Ces lieux de vie doivent être conçus de manière à mieux intégrer les souhaits de vie privée des résidents, leur intimité et leur vie sexuelle ».

L'appréhension juridique autour de la sexualité et des droits et libertés des personnes âgées en EHPAD qui vient d'être étudiée est un prérequis pour aborder la thématique fortement médiatisée il y a quelques années et qui revient sur le devant de la scène, l'assistance sexuelle (Vion, 2021).

3) L'assistance sexuelle, atteinte à la dignité de la personne

Il y a quelques années, le secteur du handicap a donné une envergure médiatique nationale à la problématique de la sexualité des personnes avec handicap en France avec, notamment, la demande d'une reconnaissance de l'assistance ou de l'accompagnement sexuel qui a été transmise aux autorités. Plusieurs pays ont servi de modèles à cette démarche. Si un résident d'EHPAD souhaite recourir à une aide de ce type, de quoi s'agit-il concrètement ?

a) Prostitution et proxénétisme : définitions

Avant d'étudier plus en détail l'assistance sexuelle, il est nécessaire de poser le cadre législatif concerné car « c'est justement le rapprochement de l'assistance sexuelle et de la prostitution qui pose problème aujourd'hui en France » (Basseur & Detuncq, 2014). Empruntons à Py (2019b) cette phrase introductive : « l'étude de cette question est doublement transgressive puisqu'elle heurte deux tabous classiques : le sexe et l'argent ».

En premier lieu, il n'existe pas de définition de la notion de prostitution dans le Code pénal. C'est la définition donnée par la Cour de cassation dans sa décision du 27 mars 1996 qui prévaut : « la prostitution consiste à se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui (...) » (Lê, 2014).

D'autre part, depuis l'abrogation du délit de racolage par la loi n° 2016-444 du 13 avril 2016, la prostitution n'est pas un délit, elle n'est pas interdite, ni réprimée, et cela, conformément à la tradition abolitionniste française issue de la Libération (Salecroix, 2010). Françoise Héritier (2002) explique la position abolitionniste de la France comme « la non-pénalisation des prostituées, qui sont considérées comme des victimes (tandis que dans une position réglementariste, les prostituées sont des commerçantes dans une société de libre-échange) ». Mais « si la prostitution n'est pas interdite en tant que telle, ses conditions d'exercice sont par contre considérablement entravées. Toute forme d'organisation d'un service prostitutionnel est sévèrement punie par la loi » (Brasseur & Detuncq, 2014).

Concrètement, si la direction d'un EHPAD souhaite répondre positivement à la demande d'une personne en perte d'autonomie désireuse de faire appel à un(e) prostitué(e), le fait de « servir d'intermédiaire est considéré comme du proxénétisme (et donc puni par la loi) » (Brasseur & Detuncq, 2014) et cela, même si aucune rémunération n'est versée pour avoir permis, facilité cette mise en contact. En effet, l'article 225-6 du Code pénal assimile à des proxénètes tous ceux qui feraient office d'intermédiaires entre les personnes prostituées et leurs clients. En outre, le Code pénal prévoit une infraction pour proxénétisme par fourniture de local : « (...) le logeur pourrait être considéré comme un complice, si toutefois la prostitution était répréhensible, dans la mesure où il fournit à la personne prostituée les moyens d'exercer son activité » (Salecroix, 2010). L'article 225-10 alinéa 2 du Code pénal dispose ainsi que sera concerné quiconque, agissant directement ou par personne interposée : « 2° Détenant, gérant, exploitant, dirigeant, faisant fonctionner, finançant ou contribuant à financer un établissement quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, d'accepter ou de tolérer habituellement qu'une ou plusieurs personnes se livrent à la prostitution à l'intérieur de l'établissement ou de ses annexes ou y recherchent des clients en vue de la prostitution ; (...) » Se pose alors la question de savoir si cette disposition pourrait viser la direction d'un EHPAD qui avait connaissance qu'un résident faisait appel, de son propre chef, aux services d'une personne prostituée de manière régulière.

La législation en matière d'infractions sexuelles a fait l'objet de nombreux écrits, certains regrettant le « surinvestissement législatif » avec la production de normes pénales aux textes « mal rédigés, confus et surabondants » (Darsonville, 2012) et la « confusion entre l'approche juridique et l'approche morale de la prostitution » (Lavaud-Legendre, 2009) laissant entrevoir « la résurgence d'une certaine moralité publique, porteuse d'une dérive moralisatrice » (Vauthier, 2019). En effet, la prostitution n'est pas répréhensible – elle ne fait l'objet que « d'une simple réprobation morale » (Salecroix, 2010) - et « le proxénétisme sanctionne l'aide à un comportement légal, il ne peut donc s'agir d'une forme de complicité au sens strict (...) Il est surprenant de rendre punissable le fait de participer ou de s'associer à un acte qui n'est pas pénalement répréhensible » (Lavaud-Legendre, 2009). Mais le résident d'EHPAD qui serait client de la prostitution est directement concerné par la loi du 13 avril 2016 qui instaure l'infraction de recours à l'achat d'actes sexuels.

Dans tous les cas, en l'état actuel de la législation française relative à la prostitution et au proxénétisme, servir d'intermédiaire, même sans en retirer une rémunération, relève du proxénétisme par assistance et l'achat de services sexuels par les résidents d'un EHPAD est interdit.

b) Le « problème public » de l'assistance sexuelle

En février 2020, après que la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées s'est déclarée (France Info, 2020) « très favorable à ce qu'on puisse accompagner [la] vie intime, affective et sexuelle » des personnes handicapées et a saisi le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) au sujet de l'assistance sexuelle, le Haut Conseil à l'Egalité (HCE) a fait savoir dans un communiqué qu'il s'opposait « fermement à la proposition d'aidant.es sexuel.les pour les personnes handicapées. Légaliser l'achat de services sexuels serait contraire à notre législation contre l'achat de prostitution » (HCE, 2020). Ces déclarations montrent combien le sujet de l'assistance sexuelle est toujours un « sujet hyper clivant », selon Claverie (citée par Vion, 2021). Dans sa thèse de doctorat en sociologie présentée en 2017, Pierre Brasseur montre que l'assistance sexuelle est un « problème public ⁸ » français en construction, apparu tardivement en France par rapport à d'autres pays. Il souligne également que si une assistance sexuelle devait être reconnue en France, « on voit mal pourquoi ce droit serait limité aux seules personnes en situation de handicap », les personnes âgées devraient pouvoir y avoir droit également.

Les revendications ont émergé en France dans les années 2000, alors qu'aux Etats-Unis par exemple, depuis les années 1970 les sexologues Master et Johnson ont proposé la création de « *sex surrogates* » que l'on peut traduire par « partenaires de remplacement » (Brasseur & Detuncq, 2014). Ces *sex surrogates* sont « en quelque sorte prescrits par un sexologue » mais n'ont pas de statut spécifique (Brasseur, 2017). En Europe, des pays ont institutionnalisé l'assistance sexuelle ; ainsi, dès 1982 les Pays-Bas ont créé le premier service d'aide à la vie sexuelle et depuis 2007 ces services sont reconnus comme un soin et remboursés par l'assurance maladie (le service Flex-Care). Le Danemark et l'Allemagne ont également mis en place des services spécialisés dans la mise en relation et de « contact corporel » (Brasseur, 2017). En Suisse, une assistance sexuelle a été instaurée en région alémanique depuis 2003, et en Suisse romande depuis 2007 : à l'exception du canton de Genève, les assistants sexuels sont légalement considérés comme des prostitués et « le recrutement et la formation de personnes à une activité de type prostitutionnel sont légaux » (Nayak, 2013).

Ce « problème public » de l'assistance sexuelle suscite des « tensions entre les mondes associatif, médical, religieux et politique » (Brasseur, 2017) car c'est une activité qui « bouleverse les normes sexuelles dominantes » bien qu'elle soit « pensée pour être un vecteur de bien-être et de santé » (Nayak, 2013). L'avis « nettement défavorable à la mise en place d'une assistance sexuelle » rendu par le CCNE en 2012 a été très discuté. Pour certains, à l'instar de Py (2019b),

⁸ Brasseur explique page 25 en quoi « L'assistance sexuelle est un problème public : des collectifs s'organisent, des membres en sortent et d'autres y entrent ; des définitions de l'assistance sexuelle coexistent ; des oppositions se créent ; tout un savoir « scientifique » est produit, visant à objectiver le plus possible la situation des potentiels bénéficiaires ; des discours sont suscités ».

« la doctrine véhiculée par le CCNE est critiquable parce qu'elle lie indissociablement sexualité et affectivité ». Pour d'autres auteurs, l'assistance sexuelle revient à officialiser un droit à la prostitution (Piot, citée par Handicap.fr, 2010) et « la souffrance de quelques-uns » ne justifie pas de faire varier le « caractère sacré de la personne humaine (...) au gré des modes et des envies de transgression » (Rineau & Marcel, 2020).

En définitive, à l'heure actuelle en France, si la prostitution n'est pas interdite, l'achat de services sexuels par les résidents l'est et l'assistance sexuelle ou toute personne qui ferait office d'intermédiaire entre un résident et une personne prostituée sont passibles de qualification de proxénétisme par assistance, qui est une atteinte à la dignité de la personne prévue par le Code pénal. Il est intéressant de noter que si « le Conseil Constitutionnel a consacré la sauvegarde la dignité de la personne humaine comme un principe à valeur constitutionnelle dont le respect s'impose désormais au législateur français » (Commission européenne pour la démocratie par le droit, 1998), il est délicat de donner une définition du concept juridique de dignité de la personne humaine, qui est comme « un axiome indémontrable et indérogeable, et sans doute même aussi indicible » (Fabre-Magnan, 2007). Les débats sont loin d'être clos. En parallèle de ce « dispositif répressif qui n'a de cesse de s'alourdir », peut-être par « une tentative un peu vaine du législateur de dissimuler sa gêne par une myriade de lois » (Darsonville, 2012), les droits et libertés des résidents en institutions ont gagné en reconnaissance et des efforts sont déployés pour mieux les protéger et les faire appliquer.

En quelques années seulement, des évolutions majeures ont été réalisées en faveur de la reconnaissance par le législateur français des droits et des libertés des résidents en institutions. Par contre, le secteur du grand âge reste timide quant à sa réelle appropriation des différents dispositifs prévus en ce qui concerne le respect de la vie privée et de la sexualité de la personne âgée. « La liberté sexuelle de la personne en institution continue de susciter des questionnements » (Corpart, 2016, citée par Vauthier, 2019) et les dispositions légales, à elles seules, ne suffisent pas à apporter des réponses à toutes les questions auxquelles sont confrontés les professionnels d'EHPAD lorsque la thématique de la sexualité des résidents est abordée : la dimension éthique de la sexualité doit en effet être appréhendée.

Chapitre 2. La sexualité en EHPAD dans sa dimension éthique

Le sujet de la sexualité des résidents en EHPAD ne peut se limiter aux seuls aspects juridiques tant cela bouscule les représentations symboliques de chacun : « Parler de sexualité en institution, c'est aborder un vaste sujet où se mêlent espoirs, désespoirs et tabous. Parler de sexe, comme parler de mort, c'est prendre le risque d'ouvrir un débat dans lequel les conflits de valeurs convoquent des affects qui empêchent parfois une réflexion sereine » (Grassi & Titus, 2008). Si le questionnement éthique n'est pas une obligation légale dans les EHPAD,

contrairement aux établissements de santé⁹, il est recommandé, l'éthique étant entendue comme une réflexion visant à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées (ANESM, 2010). La dimension éthique de la sexualité amène à étudier tout d'abord ce tabou sociétal transposé dans le quotidien d'un EHPAD, puis de manière spécifique le dilemme du consentement des personnes présentant des troubles cognitifs et enfin, malgré le carcan des représentations, les évolutions qui sont en cours.

1) Un tabou sociétal transposé dans le quotidien d'un EHPAD

« Aimer se décline à tout âge », nous explique Ribes (cité par Pitaud, 2011) et « désirer est le plus fort moteur de l'existence. Ce désir ne se résume pas à la sexualité, mais cette dernière en est souvent le fil rouge par ce qu'il implique d'attention à l'autre et à soi ».

a) La sexualité et son corollaire, l'intimité

Les aspects juridiques mis à part, le terme de sexualité va revêtir une signification différente selon les personnes : « la liste serait longue à dresser : amour, génitalité, procréation, désir, plaisir, intimité, moralité... », chacun selon des « représentations plurielles, construites selon une hiérarchie complexe consciente et inconsciente » (Grassi & Titus, 2008). En effet, il serait réducteur de ne concevoir la sexualité que dans sa dimension génitale car « la sexualité ne concerne pas que la génitalité, mais toute la palette des potentialités excitatrices physiologiques et psychologiques qui procurent du plaisir à l'individu. Cette double dimension qui converge vers le plaisir est au centre de la compréhension de la sexualité humaine, quels que soient l'âge et l'environnement » (Ribes, 2011). Plusieurs auteurs ont complété cette approche, à l'instar de Lefebvre des Noettes (citée par Levray, 2018) pour qui « plus on approche de la fin de sa vie, plus le besoin d'affectivité est fort et il se manifeste par des besoins de tendresse, de caresses, voire de relations sexuelles » ou encore Tesson (2019) qui résume ainsi : « il s'entend que la vie affective et sexuelle ne se limite pas à la génitalité. Les jeux de séduction et d'attentions participent de cette vie affective ». Finalement, vieillir avec ou sans déficience « interroge en permanence l'échange au sens du partage, et dans ce mouvement, de l'amour à donner mais également à recevoir, la sexualité n'étant, elle, que l'une des formes de la manifestation de cet amour si vital et indispensable pour notre survie quotidienne » (Pitaud, 2011). La sexualité englobe donc de multiples réalités, dont « les manifestations de tendresse physique, les caresses, les baisers, les étreintes » (Ribes, 2012).

La sexualité sous-tend également la notion de santé sexuelle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a définie comme « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité » (OMS, 2006). En tant que l'« une des dimensions fondamentales de la santé physique et mentale », la sexualité « est l'un des moyens de rechercher et de développer nos pouvoirs de vivre et d'être heureux. Elle concerne l'ensemble de la personne, et pas seulement le fonctionnement génital et le corps. (...) La sexualité, dans sa complexité, est avant tout un

⁹ Selon l'article 5 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, les établissements de santé « mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale ».

élément essentiel des relations à soi-même et aux autres (...) » (Pitaud, 2011). Conséquence de cette complexité, « plus largement que la sexualité, c'est l'intimité qui est au cœur de la réflexion » (Guillermou, 2016). Ainsi, pour Toniolo et al. (2013), « la sexualité se double d'un corollaire – l'intimité – définie comme ce qui n'est pas révélé aux autres ».

D'aucuns, parmi les auteurs qui ont étudié l'intimité, soulignent les nombreux problèmes de définition et l'« extrême difficulté à appréhender cette notion d'intimité en dehors de toute contextualisation sociale. Le risque est toujours celui d'une définition restrictive et réductrice » (Le Blay, 2019). Vienne (2019) propose un retour aux sources étymologiques de « intimité ». Le latin *intus* a donné naissance à *intimus*, superlatif : « l'intime est ce qui est le plus au-dedans. Le français tardif a dérivé de l'adjectif *intime* le substantif *intimité* (...) ». Cependant, il ne définit pas l'intimité, il la caractérise : « ce qui caractérise d'abord l'intimité, c'est sa limite : une frontière qui circonscrit un domaine » et ce « souci de la limite » témoigne d'un désir d'un « espace réservé, lié à une recherche d'identité. Ce désir se manifeste par exemple dans le besoin d'un chez soi ». Aborder l'intimité nécessite en effet de faire le lien avec d'autres notions : « l'intimité recoupe les notions de conscience, d'individu, de sujet, de personne. (...) L'intimité est cette part de chacun qui peut échapper à la connaissance et même à la perception du reste de la communauté. Elle est une partie cachée ou voilée de l'être, ce qui renvoie à la pudeur, elle-même non réductible à la dimension corporelle » (Le Blay, 2019).

Ainsi, la pudeur et la honte que l'on peut ressentir lorsqu'une « effraction » est commise à l'encontre du désir d'intimité révèlent une « alchimie complexe, car cette intimité est marquée de zones diverses (la famille et les soignants n'ont pas les mêmes « droits » dans la toilette « intime ») » (Vienne, 2019). Véronique Pozza (2019), prévient que « l'intimité n'est pas réductible à la pudeur, ce n'est pas seulement celle du corps ». Elle donne l'exemple du milieu hospitalier où « peu de secrets peuvent être réellement gardés (...) nous livrons aux soignants ce que nous sommes. Aussi, lorsqu'on est patient, malade, fragile, âgé, handicapé, ou tout simplement dépendant de l'aide des soins des autres, comment faire pour préserver ce qui est à soi ? ». Faire un parallèle entre le milieu hospitalier et l'environnement d'un EHPAD est tout à fait pertinent car l'intimité, « c'est aussi le respect de la personne, de son environnement, de son histoire. Certes, les soins ont des exigences mais ils n'empêchent nullement le respect de l'intimité » (Pozza, 2019).

Notons une nouvelle fois l'importance du choix des mots : l'emploi du terme « sexualité » peut déranger, tant il est chargé de représentations. Ainsi, Michèle Delaunay, ancienne ministre à l'origine de la Loi ASV, avait expliqué lui préférer le mot « intimité » : « je ne dis pas sexualité, je dis intimité, car je veux préserver le droit à la vie privée, qui est fondamental, et parler de sexualité, c'est déjà intrusif » (citée par Guillermou, 2016). On pourrait s'étonner de ces précautions terminologiques plus de cinquante ans après les revendications de liberté sexuelle des années 1960-1970 où « le droit à une jouissance sans entrave a été l'un des mots d'ordre » (Bajos & Bozon, 2008). Certes, la sexualité semble être devenue « au cœur de l'espace publique, une

nécessité normative », il y a « plus de place pour aborder et parler de la sexualité » notamment dans les médias, bien que cette sexualité « surmédiatisée » ne soit pas sans effets délétères (de Troz, 2015). Mais de là à en conclure que « le sexe n'est plus un tabou » (de Troz, 2015) reviendrait à sous-estimer le poids des représentations de la sexualité et de la vieillesse dans notre société et leurs conséquences dans le quotidien d'une institution.

b) Sexualité et vieillesse : une association antinomique

Malgré « l'hypermédiatisation de la sexualité » aujourd'hui (Cour, 2013), les représentations sociales vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées n'évoluent pas de manière notable. Ainsi, Amyot (2011) développe en quoi vieillesse et sexualité sont des « univers antinomiques » car « ce qui saute aux yeux, c'est que le couple sexualité/vieillesse apparaît comme une dualité, c'est-à-dire la coexistence de deux éléments contradictoires, une étrange association avec au centre une censure implicite ». Il poursuit en expliquant que si les deux sont considérés comme incompatibles, « deux conséquences vont se faire jour : ici, l'on ne verra rien ; là, on interdira au nom de la bienséance, de la nature ou de la santé de l'impétrant. Le dire entre la vieillesse et la sexualité, c'est l'inter-dit ; quant à ceux qui ne voient rien, sans être des niais, ils sont déniants ». Sexualité et vieillesse sont perçues antinomiques, « contre-nature » et elles « renvoient parfois l'image de la perversion. La peur des conséquences du vieillissement est vraisemblablement un moteur important des représentations négatives » (Ribes, 2011). Une fois ces éléments pris en compte, cela permet de mieux comprendre pourquoi, en particulier dans les institutions, « les âgés peuvent ainsi s'interdire eux-mêmes une sexualité, pris qu'ils sont dans leur histoire et par la permanence des images actuelles » (Ribes, 2011). L'autocensure, conséquence de ces représentations, s'impose avec d'autant plus d'évidence que les individus ont été élevés, « conditionnés par une éducation rigide où la sexualité était un sujet tabou, où l'on ne parlait pas du plaisir et des moyens de l'atteindre » (Delbès & Gaymu, 2001, citées par Ribes, 2011). Cette autocensure, Tesson (2019) l'explique ainsi : « aujourd'hui, les résidents d'EHPAD ont pour beaucoup introjecté les valeurs de leur génération et refoulé jusqu'à l'extinction, pour certains, leurs pulsions libidinales. Ils ont grandi dans des écoles non mixtes, avec les préjugés sur la masturbation et les relations avant mariage, l'absence de la contraception et d'IVG, le silence familial sur la sexualité, l'invitation à une fidélité au conjoint décédé. Cette génération peut d'autant plus facilement s'autocensurer que la société véhicule une image déviante de leur sexualité ».

La sexualité des personnes âgées est également associée à la perte de performance et à la dégradation du corps vieilli, elle est donc considérée comme incompatible avec les « nouveaux diktats » de la société « très normative, avec des critères de perfection physique, d'éternelle jeunesse (...) », notamment envers les femmes (Cour, 2013). Car malgré des évolutions dans les pratiques sexuelles que constatent diverses études, les représentations de la sexualité des hommes et des femmes ont peu changé. Ainsi, selon les résultats de l'enquête sur la sexualité en France publiée en 2008 (Godelier, 2008), « le champ de la sexualité reste marqué par des

inégalités, notamment entre hommes et femmes, qui font écho aux profondes inégalités qui perdurent dans les autres sphères du monde social ». D'autre part, considérant que « la sexualité a le même statut que la mémoire dans l'imaginaire social (...) on ne voit que les baisses de performances. Sexe et vieillissement, c'est moins de tout (...) ».

Ces réflexions ne sont pas déconnectées de la réalité d'un EHPAD, bien au contraire, puisque, comme le rappelle Ribes (2011) : « Cette dégradation des corps peut projeter le soignant dans son propre avenir. (...) En outre, la question de la sexualité de l'âgé renvoie le soignant à des éprouvés de sentiments filiaux et pose la question de l'irreprésentable de la sexualité des parents (...) ». Il pourrait sembler réconfortant de se satisfaire à penser que « l'âgé est enfermé dans un univers où le plaisir ne peut passer par son corps. Il peut se concevoir autour d'une animation, d'un moment familial mais difficilement dans un épanouissement sexuel » (Ribes, 2011). Cela éviterait au personnel d'être confronté à ses propres tabous et de ce point de vue découle une apparente logique selon laquelle le corps du résident en EHPAD n'est qu'« un objet de soin et de traitement » (Dupras, 2007). Mais cela ne tient pas : « Chaque individu est sexué et le reste, quel que soit son âge, quels que soient sa maladie, son handicap, le lieu où il se trouve. Dénier cette potentialité, c'est aller bien au-delà du sexuel. C'est poser la question du respect et de la place de l'intimité de la personne. (...) Plus qu'à l'âge adulte, la question de la protection de son intimité se pose pour la personne vieillissante. Cette capacité à protéger son espace intime peut être mise à mal par les fonctionnements institutionnels » (Ribes, 2011).

c) Sujet versus vie en collectivité

Pour les personnes âgées qui entrent en institution, « la vie en collectivité est bien souvent, pour eux, une expérience nouvelle qui implique à la fois de nouvelles rencontres et une confrontation de l'intime à la vie en institution » (Tesson, 2019). Et cette confrontation de l'intime à la vie en institution revêt plusieurs aspects.

Tout d'abord, ne considérer le corps de la personne âgée que comme un objet de soin et de traitement revient à nier que la personne âgée est un *sujet* ; c'est par extension nier sa nature humaine. Comme le rappelle Vienne (2019), « *sujet* s'oppose à *objet*, à ce que tout le monde voit ; mais *sujet* désigne aussi le « je » sous-jacent à tous les actes d'une personne, sujet responsable et libre mais fluctuant et différent (...) » Lacan avait distingué trois sens du mot « sujet », dont le sens introduisant la « pure réciprocité », puisque « l'on ne se reconnaît que dans l'autre » (Cléro, 2003). Ribes (2011) a souligné l'ambivalence entre les résultats d'études qui montrent en réalité que « les équipes soignantes ou accompagnantes ont une attitude positive à l'égard de la sexualité des personnes âgées » mais, par contre, que ces « attitudes ne s'accompagnent généralement pas de comportements qui la facilitent » car de nombreuses barrières existent, dont celle du manque d'intimité, « élément qui revient en priorité dans la plupart des études et qui pose la question de l'absence de réflexion des institutions sur ce point crucial tant sur le plan collectif qu'individuel (...) ». L'attitude du personnel ressort également comme l'une des barrières : « par son regard négatif qui est la conséquence d'une absence quasi-totale

de formation sur la sexualité et l'affectivité des personnes âgées, mais aussi en lien avec l'absence de lieux de paroles où les soignants puissent exprimer leurs questionnements, leurs craintes ou leurs souffrances face des attitudes et des comportements qui les mettent en difficulté » (Ribes, 2011). Peut-être que nier la personne âgée « *sujet* » est une tentative de se protéger de la réciprocité, ce miroir qu'est la personne âgée dans laquelle je vois mon devenir. Et, si normalement le recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne qui entre en institution doit participer à une prise en charge individualisée, notamment dans l'optique de préserver le plus longtemps possible son autonomie, la sexualité n'est pas abordée. Mais pourquoi devrait-elle l'être puisque la personne âgée est asexuée ?

L'environnement collectif, l'architecture des EHPAD contribuent à diluer le sujet et son intimité : « l'institution gériatrique se situe dans l'ambiguïté de ce carrefour entre lieu de vie, lieu de soin et lieu de mort. Selon la nature, l'histoire des institutions, ces trois axes n'ont pas la même place. (...) D'une manière plus générale, 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. Cette effraction peut devenir un contrôle pour la personne âgée, ou du moins y être assimilée (...) Les sphères du public et du privé se confondent » (Ribes, 2011). Ces tensions entre privé et public, sujet et vie en collectivité se cristallisent autour de la chambre. La chambre devrait être par excellence le lieu de protection de l'intimité du résident, son « chez soi », son « domicile ». Mais « la chambre, initialement espace privé, devient le « stigmaté » d'un double langage en tant que lieu réservé à une personne âgée mais appartenant à l'institution. L'institution est pensée pour des individus isolés. Les lits sont pour une personne. Les chambres à deux sont encore très nombreuses et relèvent plus d'une réalité financière que d'un choix personnel, le seul espace privé devenant celui du lit exposé en permanence au regard des tiers » (Ribes, 2011). Badelon et Maulino font le même constat (2016) : « les lits doubles sont encore peu présents dans nos institutions (...) L'admission en EHPAD d'un couple séparé ou ensemble peut fragiliser les partenaires, amener des vécus douloureux et les soumettre aux préjugés, projections et représentations du personnel ». Dès lors, comment faire pour accueillir plus et mieux des couples en EHPAD ?

Que ce soit pour favoriser le maintien des couples et leur permettre de vivre leur intimité ou bien que ce soit pour jouir d'une intimité seul, ou seule, dans sa chambre, l'EHPAD n'est pas le lieu idéal, loin de là : pour les couples, « il a été mis en évidence, dans le cadre d'une enquête nationale de l'INSEE sur les handicaps, incapacités et dépendances (HID), que quel que soit le type de déficiences dont les personnes sont atteintes, le fait de vivre dans un établissement spécialisé plutôt qu'à domicile, dans un ménage, contribue à une diminution de la vie sexuelle et des relations socioaffectives, c'est-à-dire le fait d'avoir un partenaire sexuel, d'être marié ou de vivre en couple » (Giami & de Colomby, 2008, cités par Pitaud, 2011). Pour ceux qui sont seuls, « la masturbation est par essence le moyen le plus simple de satisfaire le besoin physique de stimulation génitale. Souvent découverte lors d'une entrée intrusive dans la chambre, ou devinée

lors du changement de draps ou de protection, la masturbation est rarement intégrée dans le soin, mais plutôt sujette à moqueries entre soignants afin de permettra une mise à distance de cette sexualité qu'eux-mêmes et la société proscrivent » (Tesson, 2019). Les antagonismes entre la personne « *sujet* » et la vie en collectivité ne contribuent pas au respect de l'intimité du résident. Pourtant, selon Ribes, « le point central de ce sujet, c'est la réflexion qu'ont les institutions sur la question de l'intimité, pas uniquement de la sexualité » (cité par Guillermou, 2016).

Un point de vue « sécuritaire » rentre enfin en ligne de compte, en lien avec les responsabilités d'une direction d'EHPAD et de chacun des professionnels : « Convaincus ou contraints, ceux qui se penchent sur la question admettent que la sexualité ne peut être appréhendée qu'en intégrant la responsabilité d'autrui. La question est légitimement posée de savoir si, imprégnée d'intimité, la sexualité est possible en collectivité au regard d'une société qui cherche de plus en plus à se prémunir des risques dont elle ne supporte pas le caractère imprévisible » (Toniolo et al., 2013). Et quoi de plus imprévisible, en institution, que le comportement d'une personne atteinte de troubles cognitifs ?

2) Le dilemme du consentement des personnes présentant des troubles cognitifs

« Il (elle) est dément(e) ». C'est par ce « raccourci entre pathologie et personne » (Ribes, 2012) que les professionnels des EHPAD vont souvent chercher à expliquer les conduites impulsives, les comportements imprévisibles du résident atteint de MAMA, parfois déstabilisants pour le professionnel.

a) La recherche du consentement, quelle que soit la pathologie

Des recommandations de bonnes pratiques et des outils standardisés ont été développés pour aider les professionnels à rechercher le consentement des patients, principalement dans le cadre du consentement aux soins (par exemple : le code de déontologie médicale, les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS), les échelles d'évaluation de la capacité à consentir¹⁰, le récent avis n° 136 du CCNE d'avril 2021, etc.) et ils peuvent s'avérer également utiles dans le cas de la recherche du consentement à la sexualité, de l'intimité du résident présentant des troubles cognitifs. Py (2019a) avait explicité que « le consentement libre et éclairé, manifestation de l'autonomie de la personne, est un critère juridique ». Or, « consentir à un acte suppose d'avoir la lucidité pour exprimer un consentement libre et éclairé » (Toniolo et al., 2013) : dans le cas d'une personne souffrant de MAMA « les enjeux éthiques générés par le contexte particulier de la démence s'articulent souvent autour de la question du consentement libre et éclairé à toute décision (...) » (Thorez et al., 2009).

Même s'il peut sembler antinomique de parler du consentement d'une personne présentant des troubles cognitifs, d'autant plus s'il s'agit d'un majeur en tutelle, la recherche du consentement « doit répondre aux mêmes exigences que pour tout autre malade » (Thorez et al., 2009) et les outils à disposition des professionnels doivent être adaptés en fonction des cas rencontrés, tant

¹⁰ Par exemple, les échelles MacCAT-T et MacCAT-CR créées par l'Américain Appelbaum pour évaluer les capacités décisionnelles des patients. Ce mémoire n'a pas vocation à développer les aspects médicaux, et donc ne les abordera pas.

la variété de situations cognitives est vaste. Le personnel des EHPAD aura tendance à avoir « cette unique vision de la sexualité » de la personne malade : « un malade d'Alzheimer ne peut avoir que des comportements sexuels pathologiques ou subir les agressions d'un autre », pourtant, ces comportements sont peu fréquents (Ribes, 2012). Tesson (2019) rappelle que « les comportements sexuels les plus visibles sont bien souvent le fait de résidents dont les facultés supérieures sont altérées. En effet, plus des deux tiers présentent des troubles cognitifs à stades divers. Leurs capacités à élaborer, à refouler leurs affects sont donc différemment affectées. Ainsi, certains seront dans l'incapacité de contenir leurs pulsions alors que d'autres peineront à trouver les moyens acceptables pour les exprimer. Ceux atteints de désinhibition auront tantôt un geste déplacé, tantôt une parole traduisant trop franchement leur désir, ou encore l'incapacité de percevoir le caractère inconvenant de leur nudité dans des lieux collectifs ».

La question du consentement ne se pose pas si la personne est seule dans l'expression de sa sexualité. Si elle se déshabille ou se masturbe dans les espaces collectifs, la situation se présente plutôt sous l'angle de la dignité de la personne et des « manquements à la pudeur » (Dupras, 2007). Le personnel et les potentiels visiteurs surprénant ces comportements pourront réagir différemment (rires, gêne, etc.) mais de manière unanime les convenances sociales s'attendent à ce que la personne âgée s'adonnant à ces comportements à la vue de tous soit interrompue (soit accompagnée dans sa chambre, soit interrompue et sollicitée à porter son attention sur une autre activité, par exemple) ; car « l'acte sexuel est réservé à des lieux privés » (Dupras, 2007). La question du consentement se pose dans le cas où deux résidents sont concernés : comment réagir si les deux présentent des troubles cognitifs, ou bien si l'un des deux seulement présente des troubles ? Est-t-il ou elle une victime d'abus ?

b) Le risque de nier l'humanité de la personne malade

En définitive, « les individus qui s'occupent des personnes âgées démentes rencontrent quotidiennement des dilemmes éthiques redoutablement difficiles » (Rosin & Van Dijk, cités par Gzil et al., 2008). Un des risques est en effet de réduire la personne à sa maladie, « oubliant la personne derrière le symptôme » tant « l'évolution de la maladie, l'envahissement comportemental par la pathologie vont effacer la personne derrière le masque de la symptomatologie et le spectre des comportements » (Ribes, 2012). La personne est et reste *sujet*, malgré les difficultés du quotidien liées à l'évolution de la pathologie. Mais comment « rappeler que derrière ce patient dit « dément » demeure une personne humaine » (Thorez et al., 2009) ? En effet, « définir et comprendre un malade Alzheimer n'est pas simple », « le patient dément est une personne particulière chez laquelle la recherche du consentement ne se fera pas aisément » (Thorez et al., 2009) d'autant que, comme le rappelle Tesson (2019), l'admission de résidents en EHPAD est « généralement consécutive à une détérioration brutale ou progressive de leur état de santé, synonyme de dépendance ».

Il pourrait sembler plus facile, moins sujet à interrogations, de « nier le patient dans son être même, alors même que la maladie s'attaque à son esprit » (Pancrazi & Siméone, cités par Thorez

et al., 2009). Une personne diminuée par la maladie, dépendante du personnel pour certains gestes du quotidien, et sujette parfois à des comportements sexuels jugés inappropriés, est-elle en capacité d'exprimer son consentement ? A quel moment la perte d'autonomie est telle que le consentement de la personne ne peut plus être reconnu comme libre et éclairé ? Autant de questionnements auxquels les professionnels intervenant auprès de résidents déments sont confrontés. La question de la sexualité « renvoie à la question de savoir jusqu'où une société et chacun de ses membres sont prêts à reconnaître comme être à part entière toute personne rendue vulnérable du fait d'une perte ou d'un manque d'autonomie liés à son état physique, psychique ou mental » (Toniolo et al., 2013). Cela ne va donc pas de soi, cela demande une démarche intellectuelle, dans le sens d'un processus réfléchi, pour sortir des représentations selon lesquelles « le vieillard est acceptable s'il vit retiré, discret, invisible » (Trincaz, 1998) et enfin « s'engager dans une démarche de réhabilitation sexuelle », c'est-à-dire « réinstaller le résident dans un rôle actif qui le pose en sujet de sa vie sexuelle, qui lui permet de s'exprimer sur sa sexualité, de formuler des projets pour sa vie sexuelle et de l'organiser pour répondre à ses besoins » (Dupras, 2007). Cette démarche est essentielle, car « les risques d'annihilation de l'humanité des vieillards commencent avec une tendance au déni de leur identité sexuelle », prévient Pitaud (2011), pour qui la question de la sexualité, « intimement liée aux notions d'interdit et de liberté », doit également être articulée avec le concept « flou et fluctuant » de maltraitance.

c) L'institution et le questionnement éthique du consentement

Dans le cas de deux résidents qui se rapprocheraient, il est attendu du personnel des EHPAD de « veiller à ce que la relation amoureuse soit consentie par les deux personnes qu'elle engage » (Guillermou, 2016). Certains, en particulier les professionnels soignants des EHPAD ont reçu, a minima lors de leur formation initiale, des cours sur les MAMA, mais ce n'est pas nécessairement le cas d'autres professionnels, tels que les ASH, les agents administratifs ou encore le personnel de direction. Pourtant, c'est bien l'ensemble du personnel des EHPAD qui va être confronté, plus ou moins fréquemment, aux manifestations comportementales de ces troubles. Les manifestations des troubles seront qualifiées, selon la formation et le parcours du professionnel, tantôt de troubles du comportement, de troubles cognitifs, ou encore de démence. Les termes employés reflèteront le degré de compréhension, de familiarité avec la pathologie rencontrée. Les soignants sont certes « au premier plan pour faire le lien entre le résident, dont la communication est altérée, et sa famille, notamment dans des unités dites « protégées » ou « sécurisées », accueillant des adultes âgés atteints » de MAMA (Badelon & Maulino, 2016). De nombreux dilemmes se posent aux équipes sur la manière d'aborder la question de l'intimité et de la sexualité de ces résidents. De manière générale, le personnel se trouve souvent confronté « à un manque de connaissances standardisées autour des questions de sexualité » (Brasseur, 2016). Les dilemmes porteront ainsi sur l'information à la famille, s'il faut l'informer, qui du conjoint ou des enfants, comment expliquer que leur parent s'est rapproché d'un autre résident, ou encore, qu'il se déshabille dans le hall d'entrée et s'y masturbe à n'importe quel moment de la journée ? Doit-on interdire au résident d'aller dans la chambre de cette personne car on n'est pas

certain de son consentement ? Doit-on laisser deux personnes atteintes de démence avoir des rapports sexuels ? Ces questionnements proviennent du fait qu'on « ignore dans quelle mesure la maladie affecte la capacité d'autonomie des patients », le problème est « à la fois théorique et pratique » (Gzil et al., 2008).

L'institution se retrouve prise entre différents enjeux : le devoir d'assurer la protection des résidents, des professionnels et des visiteurs, de préserver leur dignité, le respect des règles de la vie en collectivité, tout en garantissant le respect des droits et libertés du résident et se prémunir de toute maltraitance. Pour Pitaud (2011), c'est l'absence d'intimité pour les résidents qui marque le premier pas de l'institution vers la maltraitance. Pour Gzil et al. (2008), le problème réside dans la question de l'attitude à adopter en fonction des situations et du degré d'avancement de la maladie. Dans cette recherche de l'équilibre, de la bonne décision, « il n'y a pas de règle abstraite en la matière ; mais l'exigence de respect et la promotion de l'intimité de ce centre de décision guident le choix » (Vienne, 2019). Certains auteurs estiment, à l'instar de Toniolo et al. (2013), que « le milieu institutionnel tend à préserver ses responsabilités sous couvert du principe de précaution en occultant cette sexualité gênante pour un personnel exposé ». Dans les institutions, en effet, « ce mécanisme désexualisant est encore plus fort : l'exigence de conformité aux règles institutionnelles se rajoute à la pression de l'image sociale (...) A la vieillesse se rajoute ainsi la maladie qui exclue la personne du registre de la norme et l'enferme dans une « double peine » : celle de l'âge et de la maladie » (Ribes, 2012). D'autres auteurs reconnaissent une mise en œuvre difficile mais constatent des progrès quant à l'approche de la sexualité des résidents : « sujet tabou s'il en est il y a encore quelques années, le questionnement auquel tous les professionnels d'établissements et de services, quels que soient leurs métiers et leurs fonctions, ont été confrontés, a permis de lever le voile peu à peu » (Mercier, cité par Pitaud, 2011).

Avant de déterminer une solution, une réponse à apporter à tout prix, il convient peut-être au préalable d'être « attentif à la façon dont on problématise ces questions » (Gzil et al., 2008). Fondamentalement, ces questionnements autour du consentement de la personne atteinte de MAMA et de l'autonomie font écho à la conception que les sociétés occidentales ont de l'autonomie individuelle, garante d'un idéal de liberté. Mais cette autonomie, « définie succinctement comme capacité à se gouverner soi-même, n'est pas un donné : elle doit être construite au quotidien » (Dussuet, 2019). Cela nécessite une démarche de réflexions : « la culture de l'accompagnement de la perte d'autonomie d'un individu (...) nous amène à raisonner en permanence en termes de désir de la personne, de projet de vie, de qualité de vie. Ceci nous oblige à dépasser les aspects strictement juridiques en considérant certes la loi, mais surtout l'esprit de la loi et à prendre en considération les aspects purement philosophiques en nous adaptant au principe de réalité mais en gardant pour fondement éthique de nos pratiques le respect de la dignité humaine » (Hervy, citée par Thorez et al., 2009).

3) Malgré le carcan des représentations, quelques évolutions en cours

La persistance des représentations sociales sur la sexualité est constatée, notamment par la grande immobilité des représentations concernant le rôle des hommes et des femmes dans l'interaction sexuelle, néanmoins le paysage de la sexualité connaît un ensemble de changements profonds, qui s'inscrivent dans des « temporalités différentes » (Godelier, 2008). Les directions d'EHPAD ont tout intérêt à en prendre la mesure afin d'anticiper les conséquences que cela pourra avoir sur les futures générations de résidents car « la donne devrait probablement changer avec l'arrivée à l'âge de la retraite des baby-boomers » (Guillermou, 2016) qui ont activement contribué à faire évoluer les représentations et libérer la sexualité.

a) Bientôt de nouvelles générations de personnes âgées

« Il faut préparer l'arrivée au grand âge de la génération de Mai 68, cette génération qui après avoir bousculé la société aura envie de révolutionner la vieillesse » : c'est en ces termes que Luc Broussy, président de France Silver Eco, pose ce nouveau défi qui se présente pour les EHPAD notamment (Rapport interministériel, 2021), car « nous allons entrer de plain-pied désormais dans une révolution démographique et sociétale radicalement nouvelle ». Les directions d'EHPAD auront besoin d'un soutien fort de la part des acteurs politiques que Broussy appelle à élaborer des politiques publiques « de façon beaucoup plus panoramique » et de « monter d'un cran notre degré d'exigence sur ces sujets ».

Cela va avoir des répercussions sur le quotidien des EHPAD et la question de la sexualité des résidents va prendre une ampleur nouvelle. « Le modèle de comportement des années 1950, dans lequel la sexualité apparaissait aux partenaires comme la conséquence du mariage ou à la limite la touche finale de l'élaboration du couple avant la noce, est devenu obsolète. Le passage rapide des partenaires aux rapports sexuels est devenu la règle » (Bozon, cité par Brasseur, 2016). Les personnes de cette génération « baby-boomers » ont en effet accordé une « place centrale » dans leur construction personnelle à la question de la sexualité, donc « il vaut mieux penser le sujet que d'attendre d'y être confrontés pour le saisir » (Ribes, cité par Guillermou, 2016). Les précédentes générations ont été éduquées selon les préceptes du mariage chrétien qui n'autorisaient « parmi les pratiques sexuelles que celles tournées vers la reproduction et non vers le plaisir (...) Toutes les pratiques sexuelles engendrant du plaisir pouvaient alors être considérées comme des péchés et désirer les accomplir apparaissait comme autant de « mauvaises pensées » inspirées par l'esprit du Mal, par Satan » (Bajos & Bozon, 2008). Ainsi, la pratique des formes proscrites (telles que la masturbation, la fellation, l'homosexualité, etc.) restait marquée par ces interdits, « engendrant de ce fait des sentiments, plus ou moins forts de culpabilité, qui deviennent depuis plusieurs décennies des pratiques normales au sein d'une vie sexuelle épanouie ». Cette évolution dans une plus grande acceptabilité des pratiques sexuelles s'est trouvée renforcée par d'autres transformations sociales qui ont porté la revendication « paradigmatique de la libéralisation des mœurs » de la société française et d'une sexualité « libérée » (Bajos & Bozon, 2008) notamment pour les femmes : l'invention de la pilule

contraceptive, la possibilité pour les femmes de contrôler l'usage de leur corps, l'avortement sous certaines conditions, l'autorisation du divorce par consentement mutuel... « Si avant la « seconde révolution contraceptive » des années 60, la sexualité était indissociable de la reproduction, à l'inverse aujourd'hui, « le propre de la sexualité ordinaire est d'être inféconde » (Giraud, 2009) et aujourd'hui, la sexualité est considérée, pour la très grande majorité des Français, comme « importante voire indispensable pour leur équilibre personnel (...) » (Bajos & Bozon, 2008).

Concrètement, on peut s'attendre à ce que les futurs résidents d'EHPAD soient beaucoup plus en demande de sexualité et d'intimité, contrairement à leurs prédécesseurs qui sont pour beaucoup dans l'autocensure, comme nous l'avons évoqué. Dupras (2007) prévient du « danger d'un cadre normatif » qui uniformiserait « les trajectoires sexuelles des résidents qui s'individualisent et se complexifient de plus en plus », car « dans un contexte social caractérisé par des pratiques individualisées, il est difficile d'accepter les contraintes imposées par la vie en collectivité ». Bozon (cité par Giraud, 2009) estime que s'amorce ce qu'il appelle la « sexualité d'individu ». Bajos & Bozon (2008) constatent que l'activité sexuelle ne se limite d'ailleurs pas au seul rapport sexuel avec un partenaire, elle peut être « toute activité physique ou mentale liée à l'excitation sexuelle d'au moins une personne » [Spira, Bajos, 1993, p.33], ce qui inclut les caresses, la masturbation, la pénétration, le fait de voir des films pornographiques, la lecture de journaux, etc ». Cela ne serait pas surprenant que ces habitudes se transposent dans les institutions qui hébergeront ces personnes, bien que certaines d'entre elles présenteront des pathologies affectant à des mesures variables leur sexualité. Aussi, les établissements et leurs personnels doivent s'attendre à et anticiper un changement important des attentes et des comportements des résidents par rapport à la sexualité. Aborder la sexualité en EHPAD est très récent, cela a été vu précédemment ; le poids collectif de l'institution et les représentations individuelles ne facilitent pas une démarche de réflexion autour de la sexualité. Néanmoins, des évolutions sont en marche.

b) La prise en compte des personnes LGBT et séropositives au VIH

L'une des évolutions notables ces dernières décennies est celle en faveur de la reconnaissance des personnes « LGBT », les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres : l'homosexualité a été décriminalisée en France en 1982 mais il a fallu attendre 1992 pour qu'elle ne soit plus considérée comme une pathologie en psychiatrie. Plus récemment, en 2013, le mariage entre personnes de même sexe, ou « mariage pour tous », a été autorisé. Ces avancées sur le plan juridique sont majeures et ont été acquises suite à « une mobilisation longue et sans relâche des personnes, des associations, de la société civile qui n'a eu de cesse de se battre contre des lois discriminantes pour que la devise de la République s'applique enfin à tou-te-s, indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre » (Groupe SOS, SOS Homophobie & AIDES, 2013). Ces développements ont permis d'amener à un « déplacement de la répression » : les comportements homophobes sont désormais réprimés et les personnes homosexuelles sont protégées des discriminations qui se fonderaient sur l'orientation sexuelle (Bonnard, 2019).

Godelier (2008) constate en effet que « l'homosexualité masculine et féminine est en train de sortir de son statut négatif dans les sociétés occidentales (...) L'homosexualité est de plus en plus reconnue et acceptée, surtout par les jeunes générations, comme une sexualité autre mais normale (...) » Il nuance cependant ces progrès en précisant que « même si l'homophobie dans notre société est de plus en plus combattue sur les plans politique et juridique, dans le cœur de la société civile, c'est-à-dire dans la vie quotidienne, beaucoup reste à faire » et la pression sociale à l'hétérosexualité et les attitudes de rejet sont encore répandues. En 2013, le rapport sur vieillissement des personnes LGBT et des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) a donné de la visibilité aux personnes LGBT et aux personnes porteuses du VIH et soulignait le tabou persistant de la sexualité et en particulier de la sexualité des personnes âgées : « les personnes peuvent être renvoyées au placard, être prises de manière homogène, réduites à un cas général indépendamment de toutes spécificités passées et ou présentes. Cette négation de l'orientation sexuelle des personnes, de leur identité pour certaines, en plus de la négation de leur sexualité et de leur plaisir, joue considérablement sur leur bien-être mental et donc physique. Cette négation peut, de plus, se conjuguer aux craintes et représentations que les personnes ont d'elles-mêmes, la peur du rejet » (Groupe SOS, SOS Homophobie & AIDES, 2013). Le rapport souligne également les discriminations à l'égard des personnes séropositives au VIH, aggravant encore leur isolement. Selon le rapport d'experts de 2010 pour la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (cité par Plein Sens & Direction Générale de la Santé, 2013), l'accès aux EHPAD pour les personnes séropositives au VIH « pourrait se heurter à des pratiques discriminatoires » (sans certitude étant donné le manque d'études à ce sujet) telles que les régimes de tarification des EHPAD qui peuvent inciter certains établissements à ne pas accueillir des résidents ayant des coûts de traitements lourds, la méconnaissance des pathologies et les craintes associées, l'homophobie, la crainte de relations sexuelles à risque avec d'autres résidents... En 2012, seuls 107 résidents séropositifs au VIH étaient dénombrés en EHPAD, soit une prévalence de 0.3 ‰ des assurés de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés vivant en EHPAD (Plein Sens & Direction Générale de la Santé, 2013). Avec les progrès médicaux, les séropositifs au VIH peuvent désormais atteindre des âges avancés, mais que prévoient les EHPAD pour, d'une part accueillir des résidents séropositifs au VIH, et d'autre part pour accompagner au mieux ces personnes ? Le CCNE pose d'ailleurs ces mêmes questions pour les personnes âgées en perte d'autonomie en général (CCNE, 2018). Les EHPAD ont encore beaucoup de chemin à parcourir pour ce qui est, non seulement de la sexualité des résidents, mais également de la prise en compte des personnes LGBT et des personnes séropositives au VIH. Il n'existe pas de données précises sur le nombre de personnes âgées LGBT en France aujourd'hui, « faute d'enquêtes rigoureuses en la matière » et « l'environnement légal, social et sanitaire tend à fragiliser des personnes qui ont fait l'expérience de discriminations légales, et bien souvent de ruptures de liens familiaux tout au long de leur vie » (Cercle Vulnérabilités et Société, 2021). De récentes publications invitent à initier des réflexions éthiques sur la sexualité des personnes âgées en institutions en incluant la prise en compte des

attentes des personnes âgées LGBT qui sont de « véritables « ambassadeurs » des aspirations de toute une génération au regard de la prise en compte de leur identité sexuelle et de leur intimité », ce qui constitue une « opportunité de faire bouger les lignes au sein des établissements et des services pour personnes âgées » (Cercle Vulnérabilités et Société, 2021). Dans tous les cas, tout commence avec le respect de l'intimité du résident dans son espace privatif, qui permet « les plaisirs solitaires, quelle que soit l'orientation sexuelle du résident » (Kariger, cité par Allier, 2021).

Les sujets que sont la sexualité et la vieillesse, encore appréhendés comme des tabous par la société dans son ensemble et par les individus eux-mêmes, appellent à de nombreuses réflexions, de nombreux questionnements de l'ordre de l'éthique auxquels le droit ne peut pas forcément toujours apporter de réponses aux professionnels des établissements. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) rappelait en 2010 que « l'articulation du champ de l'éthique avec celui du droit peut se situer à plusieurs niveaux » et notamment, citant l'exemple de la sexualité en établissement : « l'éthique aide à combler les vides juridiques par l'interprétation des textes ». La sexualité des résidents pose à un directeur d'EHPAD une réelle problématique managériale : il doit composer avec de nombreux paramètres et arbitrer parfois dans des situations ambiguës (Mintzberg, cité par Casagrande, 2016).

Chapitre 3. Une problématique managériale en EHPAD

La fonction d'un directeur d'EHPAD fait appel à différentes compétences pour gérer des situations qui peuvent être extrêmement variées. Pour reprendre les propos de Casagrande (2016), « l'expérience managériale dans les structures sociales, médico-sociales et sanitaires aujourd'hui est caractérisée par sa complexité et par le très grand nombre de paramètres techniques avec lesquels les prises de décision composent et se construisent ». C'est exactement ce dont il s'agit avec la question de la sexualité des résidents au carrefour du droit, de l'éthique mais également des implications managériales qui en découlent en EHPAD. Des recherches effectuées à l'étranger peuvent proposer des éclairages intéressants, afin de mieux poser et appréhender la complexité managériale du sujet de la sexualité des résidents en EHPAD. Enfin, une approche autour de l'éthique de la discussion sera développée.

1) L'intérêt des études étrangères pour le contexte des EHPAD en France :

Le sujet de la sexualité des résidents d'EHPAD a gagné en visibilité en France récemment mais tout n'est pas à initier. En effet, un certain nombre de recherches académiques portant sur la sexualité des personnes âgées en institutions ont été publiées dans les années 1990 dans les pays anglophones.

a) Le développement d'échelles de mesure

Beaucoup ont repris les travaux de l'Américain Charles B. White. Partant du constat que dans les sociétés occidentales la sexualité des personnes âgées est dominée par des « peurs

irrationnelles, des stéréotypes et un manque de connaissance », White (1982) a cherché à développer un outil de mesure des connaissances et des attitudes liées à la sexualité des personnes âgées. Son échelle *Aging Sexuality Knowledge and Attitudes Scale* - ASKAS - a été conçue comme un instrument d'évaluation des connaissances sexuelles relatives aux personnes âgées et se distinguait de l'échelle *Sexual Knowledge and Attitude Test* (SKAT) qui elle se concentrait sur l'évaluation des connaissances sexuelles générales et des attitudes sexuelles des étudiants en médecine (White, 1982). Sans entrer dans le détail de la méthodologie, l'échelle ASKAS comprend une série de 61 questions, dont 35 sous le format vrai-faux et 26 selon l'échelle de Likert, outil psychométrique de mesure d'une attitude chez les individus (d'accord, pas d'accord). L'échelle ASKAS se voulait utile aux personnes travaillant auprès de personnes âgées. Par contre, aucune question n'aborde le sujet des personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

A mesure que les maisons de retraite se sont multipliées dans les sociétés occidentales dans les années 1980-90, les milieux académiques ont accru leur intérêt pour la sexualité des personnes âgées en institutions et fin des années 1990 les questionnements se sont portés sur l'influence que peuvent avoir les croyances et les comportements du personnel sur la sexualité du résident. Les études portaient toutes du constat que les résidents en institutions sont considérés comme asexués et elles se sont attachées à analyser les points de vue du personnel soignant spécifiquement, parfois ceux des résidents, et à formuler des recommandations. Cela paraît légitime que l'attention se dirige en premier vers le personnel soignant, par rapport au personnel non soignant, tant leur travail implique de la proximité, dans l'intimité du résident, notamment lors de la toilette ou des soins. Une équipe de chercheurs australiens a ainsi développé, en adaptant l'échelle ASKAS à leur méthodologie, le paradigme du *Guarding Discomfort*¹¹, selon lequel les perceptions et les réponses du personnel (soignant) aux comportements sexuels des résidents sont influencés par leur propre niveau de confort par rapport aux questions relevant de la sexualité (Roach, 2004) : « érection de barrières », attitudes « sur la défensive » ou au contraire de « protection proactive » sont parmi les variables possibles qui empêcheront ou favoriseront l'expression de la sexualité des résidents. Toujours en s'inspirant de l'échelle AKSAS, une équipe de chercheurs britanniques (Bouman et al., 2007) s'est concentrée sur l'évaluation des attitudes du personnel soignant envers la sexualité des résidents en maisons de retraite. Ils en ont conclu qu'un jeune âge et une expérience professionnelle de moins de cinq ans auprès de personnes âgées sont annonciateurs d'attitudes plus négatives et restrictives envers la sexualité des personnes âgées.

L'échelle ASKAS a également intéressé d'autres environnements socio-culturels. Par exemple, des chercheurs de l'université KU Leuven en Belgique (Mahieu et al., 2013) ont montré que la version flamande de l'échelle ASKAS qu'ils ont développée était pertinente au contexte flamand.

¹¹ En l'absence de traduction officielle pour ce paradigme, nous proposons d'adopter, pour ce mémoire, la traduction de « *Guarding Discomfort* » par « inconfort mesuré » ou « inconfort prudent ».

Cela leur offrait des perspectives nouvelles sachant que jusqu'à lors, très peu de recherches avaient été menées dans les maisons de retraite flamandes. De manière générale, les différents auteurs inspirés par l'échelle ASKAS ont regretté les limites de cet outil qui ne permet pas d'analyser d'éventuelles différences d'attitudes, de jugements de valeur de la part du personnel selon si le résident est atteint de démence ou non. De même, les personnes homosexuelles restent largement un « groupe invisible » avec cet outil (Bouman et al., 2007). Enfin, l'échelle ASKAS a été créée au début des années 1980 : certaines questions pourraient paraître aujourd'hui obsolètes et demanderaient à être révisées.

Un autre outil d'évaluation de la sexualité, *Sexuality Assessment Tool - SexAT* - a été développé afin d'accompagner les établissements à améliorer leur environnement, leurs pratiques, procédures, formations et information afin de parvenir à une normalisation de la sexualité dans les établissements pour personnes âgées : l'hypothèse de travail initiale était que les établissements rencontrent souvent beaucoup de difficultés à répondre aux besoins des résidents en matière de sexualité (Bauer et al., 2014). L'échelle SexAT comprend plusieurs phases utilisant des méthodes qualitatives et la technique d'enquête *Delphi* et est construite sur l'idée d'une auto-évaluation ou d'une évaluation interne : le personnel évalue lui-même comment l'institution accompagne les besoins sexuels de tous les résidents, y compris ceux souffrant de démence, les bonnes pratiques et les points à améliorer sont confrontés.

Les échelles de mesure, en tant qu'outils développés par des chercheurs, peuvent paraître trop techniques ou laisser sceptiques les directions d'établissements. Cependant, même sans rentrer dans le détail des méthodologies appliquées, les comptes-rendus de résultats et les préconisations, aussi succinctes qu'elles soient, peuvent être des sources précieuses d'information et de données contribuant à initier ou enrichir des réflexions internes.

b) Donner la parole aux résidents et aux professionnels

Beaucoup moins nombreux mais la tendance s'est confirmée au cours la décennie écoulée, des chercheurs ont également souhaité donner la parole aux résidents, qui était souvent « négligée » dans les études antérieures (Villar et al., 2014). Ainsi, l'équipe espagnole de Villar s'est efforcée à comparer les points de vue de résidents et de professionnels sur les « barrières à l'expression sexuelle » dans les établissements pour personnes âgées pour peut-être mieux comprendre pourquoi le pourcentage des personnes sexuellement actives en maisons de retraite est faible (Villar et al., 2014). Les résultats ont montré, étonnamment, qu'un nombre substantiel de résidents étaient incapables d'identifier des barrières à l'expression sexuelle ; cela pouvait peut-être s'expliquer par des « facteurs générationnels », une intériorisation, entre autres explications. Le manque d'intimité était par contre la barrière la plus fréquemment citée. Villar et son équipe se sont également intéressés aux réactions du personnel envers les expressions sexuelles de personnes souffrant de démence dans des établissements (Villar et al., 2017), cet aspect étant moins répandu dans les recherches. Si l'âge et l'expérience du personnel n'ont pas pu être clairement confirmés comme des facteurs déterminant l'attitude face aux relations sexuelles entre

résidents, l'étude a conclu que le personnel avait tendance à adopter une approche « extrêmement prudente » dès lors qu'au moins une personne souffrant de démence était concernée. Parmi les recommandations, une plus grande prise en compte des besoins et des droits des résidents en perte d'autonomie et le développement de programmes de formation du personnel sur la gestion des expressions sexuelles des résidents (et en particulier des personnes souffrant de démence).

La formation du personnel à la sexualité des personnes âgées est une recommandation qui revient de manière unanime dans toutes les études étrangères analysées dans le cadre de ce mémoire. Certes, aucune ne s'est avancée à préciser comment organiser les formations, leur contenu, mais le manque de connaissances est un facteur qui revient de manière récurrente pour expliquer des réactions, des attitudes du personnel jugées restrictives, négatives ou hostiles selon les situations et les enquêtes. Par ailleurs, l'élaboration de lignes directrices claires pour savoir comment gérer des situations sexuelles spécifiques fait également partie de certaines recommandations, afin de limiter autant que possible les réactions « restrictives » et stéréotypées (Villar et al., 2017). En outre, l'ensemble de ces études reconnaissent la sexualité comme faisant partie des droits de l'Homme et cette affirmation est posée comme un constat préalable.

Les propositions formulées ne sont pas nouvelles dans les années 2000 dans les pays anglophones, pour autant très peu étaient concrétisées dans les établissements ou incluses dans les curricula des formations. Enfin, le rôle des directions d'établissements a peu été analysé dans ces études, même si la responsabilité managériale du directeur apparaît en filigrane au travers des recommandations sur la création d'un environnement favorable à l'expression de la sexualité des résidents (Roach, 2004 ; Bauer et al., 2014 ; Villar et al., 2017).

c) Pertinence et éventuelle transposition dans le contexte français

Dans le contexte français, le sujet de la sexualité des personnes âgées en institution est un objet d'études beaucoup plus récent. Certes, « le poids des représentations sur la sexualité et la vieillesse dans notre société nous empêche d'aborder sereinement ce sujet dans nos EHPAD » (Tesson, 2019). Justement, le survol de la littérature étrangère sur le sujet démontre que d'autres pays occidentaux, donc proches culturellement de la société française, ont traversé et traversent encore aujourd'hui les mêmes difficultés et les mêmes questionnements : autant découvrir (ou redécouvrir) ces réflexions déjà menées et les recommandations déjà énoncées pour engager une dynamique dans les établissements. L'une des qualités d'un manager est sa capacité à inventer des solutions nouvelles (Casagrande, 2016) mais ici, la qualité du manager sera également de savoir capitaliser sur les expériences et les recommandations de bonnes pratiques déjà formulées et bien sûr, d'adapter intelligemment au contexte de chaque établissement.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs mémoires et thèses en France ont traité de la problématique de la sexualité en EHPAD avec, pour certains, des retours sur la littérature étrangère. Par exemple, Sudrow (2015) suggérait l'utilisation des échelles SexAT et ASKAS pour améliorer les connaissances du personnel soignant et ainsi, améliorer leur approche de la

sexualité des résidents, même déments, en les laissant moins démunis qu'à l'heure actuelle face à des situations dont « personne ne parle habituellement, au cours des formations initiales ou continues actuelles ». Sans mentionner spécifiquement des outils, Kurth (2016) recommande également de dispenser une formation spécifique sur la question de la sexualité des personnes âgées pour le personnel, et en particulier pour les aides-soignantes et les infirmières, qui sont « les plus au contact avec les résidents dans leur intimité ». Cette conclusion est issue de l'analyse d'un questionnaire auquel ont répondu 95 soignants provenant de huit EHPAD de la région Alsace. Par ailleurs, Soirat (2016) a analysé en quoi l'institution et les soignants peuvent être un frein à l'expression de la sexualité en EHPAD grâce à une étude qualitative dans cinq EHPAD de Bourgogne. Ses résultats corroborent les études précédentes : « la sexualité des personnes âgées en institution est encore un sujet tabou » et « malgré la reconnaissance par certains soignants du bienfait des relations intimes », de « nombreux freins à l'expression de la sexualité » perdurent : freins institutionnels, freins liés à l'entourage du résident et freins liés aux comportements des soignants.

L'intérêt porté à la sexualité des personnes âgées en EHPAD est une réalité désormais dans l'hexagone, même si cela demeure encore assez restreint dans la diffusion : le grand public reste beaucoup moins sensibilisé que les milieux académiques et professionnels directement concernés. Par contre, l'attention des études académiques se concentre essentiellement sur les soignants et ce n'est que parfois que la parole est donnée aux résidents. Nonobstant le peu de propositions concrètes et opérationnelles à l'attention des directions d'établissements dans ces études et analyses, les constats récurrents du manque de formation et de l'inertie des représentations sont des pistes de réflexions non négligeables. L'ANESM (2010) avait élaboré des recommandations pour la mise en œuvre d'une démarche de questionnement éthique dans les ESMS, suggérant ainsi la création d'une instance éthique. Il n'existe par contre pas de « mode d'emploi » standardisé, ni de données sur le nombre d'instances créées, leur composition ou encore les thématiques qu'elles abordent.

Soucieux d'allier études, enquêtes et actions concrètes, le Cercle Vulnérabilités et Société, créé en 2018 et composé d'acteurs variés issus des milieux économiques et associatifs, a publié une note de position en juillet 2021 sur les personnes âgées LGBT dans laquelle des propositions d'actions concrètes sont présentées. Par exemple, leur axe n°2 « Préserver et assurer le plein respect de la vie affective, intime et sexuelle » : l'une des propositions prévoit d'« instaurer un référent « vie affective, intime et sexuelle » dans chaque établissement et résidence pour personnes âgées, et des groupes de parole pour les professionnels en y associant les financements adaptés ». Certes, le point sur les financements ne dépend pas uniquement du bon vouloir des directeurs d'établissement et nécessite des négociations avec les financeurs ; néanmoins, l'idée d'un membre du personnel référent « vie affective, intime et sexuelle » est une action qui peut être aisément décidée au niveau des établissements.

Préalablement à une dynamique de réflexions et de mise en place de mesures dans un établissement, la direction bénéficierait également d'un état des lieux des différents défis en jeu lorsque la sexualité des résidents d'EHPAD est abordée.

2) Complexité managériale et sujet de la sexualité en EHPAD

La complexité managériale en EHPAD provient de multiples facteurs : « l'intensification et la multiplication des contraintes réglementaires, la profusion des normes régissant l'activité et les pratiques y compris les plus ordinaires, la diversification des interlocuteurs intervenant en amont et en aval de la structure (...) » (Casagrande, 2016). Le directeur d'établissement doit trouver un certain équilibre entre la « prégnance de la gestion, des indicateurs, des statistiques » (Miramon, 2010), le temps passé sur les problématiques de ressources humaines, et l'exigence d'apporter aux résidents « la meilleure qualité possible de prestation, c'est-à-dire une prestation à la fois humainement, techniquement et économiquement performante » car l'exercice managérial trouve son « fondement dans les aspirations des usagers et la capacité de sa structure à y répondre » (Casagrande, 2016).

a) Allier protection des droits et libertés du résident et protection du personnel

En tant que garant de la préservation des droits et des libertés des résidents, le directeur peut être amené à répondre à des questions liées à des situations relatives à la sexualité des résidents. Et en tant que responsable de la protection du personnel, il peut être amené à prioriser cette obligation avant tout, selon les cas. Finalement, il peut se retrouver face à des situations de dilemme éthique, c'est-à-dire des « situations [qui] contiennent une tension, une *contradiction* même, entre des valeurs d'égale légitimité que le manager cherche à articuler en elles » (Casagrande, 2016).

Le statut et la mission hybrides des EHPAD font que des professionnels aux profils très variés vont interagir au quotidien, entre eux, avec les résidents et leurs proches. Et malgré tout le professionnalisme dont ils témoigneront à remplir leur rôle dans l'établissement, chacun d'entre eux, à des niveaux différents, se trouve confronté à ses propres représentations de la sexualité et de la vieillesse. « La sexualité est toujours à l'image de la société. Elle fonctionne en permanence comme une sorte de « machine ventriloque » d'une multitude de rapports sociaux entre les sexes mais aussi entre les groupes humains (...) » (Godelier, 2008). Tesson (2019) rappelle que les soignants sont « au mieux pris dans l'antagonisme d'injonctions contradictoires : répondre aux demandes et assurer les soins dans les meilleurs délais, tout en respectant l'intimité du résident et de son lieu de vie, agissent selon leur perception du risque. Cette perception s'élabore selon l'expérience de chacun et les informations reçues ». Ainsi, pour une situation donnée, impliquant l'expression de la sexualité d'au moins un résident, « les réactions des soignants sont d'une grande diversité et dépendent du rapport qu'ils entretiennent avec leur propre sexualité : rejet par l'agressivité, compréhension et revalidation du cadre de soins, mise à distance par l'humour, ou encore évitement » (Tesson, 2019). Ces réactions variées se retrouvent également chez les autres professionnels non soignants travaillant dans un EHPAD, d'autant plus

quand ces personnes n'ont en général reçu aucune formation ni sensibilisation à la sexualité des personnes âgées. Un professionnel surprenant deux résidents ensemble dans un lit peut par exemple craindre d'avoir été négligent, de ne pas avoir su protéger les personnes pourtant confiées à l'institution.

En effet, autant il y a désormais une sorte d'injonction communément admise de protéger les droits et les libertés des résidents, de respecter leur intimité et leur sexualité et à être bienveillants à tout instant, autant cela vient se heurter à d'autres injonctions que sont l'exigence de sécurité, le devoir de protection et l'obligation de finir ses tâches selon le planning : « Notre société de maîtrise du risque tend à prévoir, anticiper, assurer les dangers inhérents à l'activité humaine. La recherche de responsabilité est obligatoire et la judiciarisation croissante de notre société renforce son importance dans nos représentations. La perception des risques va bien souvent au-delà des risques réellement encourus » (Tesson, 2019). De telles tensions ne sont pas propices à libérer la parole et au partage des ressentis, des problèmes rencontrés, et le risque est que l'intime soit « trop souvent sacrifié sur l'autel de la sécurité et de la productivité » (Tesson, 2019). Toniolo et al. (2013) estime ainsi « le milieu institutionnel tend à préserver ses responsabilités sous couvert du principe de précaution en occultant cette sexualité gênante pour un personnel exposé. Son acceptation bute sur des jugements de valeurs qui reflètent les malaises suscités dans le milieu professionnel ». A laisser perdurer un statu quo où les malaises sont prégnants, « le dilemme éthique est issu du pourrissement d'une situation, et n'acquiert son caractère inextricable que parce que, en le laissant perdurer, on a laissé s'installer et s'aggraver des travers engageant par là-même une responsabilité collective voire institutionnelle » (Casagrande, 2016). Giami (2011) a un point de vue plus nuancé car selon lui, « contrairement à une idée répandue, il est donc difficile d'affirmer que la « sexualité est niée dans les institutions » et plus réaliste de constater que la vie sexuelle fait l'objet de traitements et d'approches différents entre ce qui est encouragé, ce qui est toléré et dont on ne parle pas, et ce qui est à proprement parler interdit et réprimé, parfois avec des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion d'un établissement. En d'autres termes, 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 ».

b) Communiquer ou non avec les familles : entre le marteau et l'enclume

Aux malaises des professionnels se rajoutent les réactions plus ou moins hostiles des familles car « le regard réprobateur peut être aussi celui de la famille » (Guillermou, 2016). Ribes (cité par Guillermou, 2016) considère d'ailleurs qu'il « n'y a pas plus castrateurs que les enfants de personnes âgées, vis-à-vis de la sexualité de leurs parents. L'institution doit garder à l'esprit que pour la famille, c'est surtout un point douloureux. Que des parents recréent une relation engendre des souffrances réelles pour la famille. Les enfants se sentent spoliés de l'amour d'une personne qui est leur : ils voient mon père, ma mère, et pas un homme, une femme ».

Selon les établissements, les familles seront informées ou pas, selon un cadre de communication plus ou moins prédéfini ou improvisé. Les avis des auteurs divergent sur le sujet de la communication avec les familles : ainsi, Villez (2006, cité par Badelon & Maulino, 2016) estime que « Non contents de s’immiscer dans l’intimité des résidents, les institutions se réfèrent souvent aux familles pour arbitrer des aspects de la vie des résidents qui ne devraient a priori ne regarder qu’eux-mêmes, ainsi c’est souvent le désir des familles qui prévaut sur celui des personnes : une forme de mise sous tutelle de fait, que rien ne justifie, pas plus sur le plan du droit que sur celui de l’éthique ». Trentesse (2015) partage l’opinion qu’il « appartient aux professionnels de protéger leurs patients. Il n’est donc pas question de prévenir la famille en cas de relation ». Pour Thorez et al. (2009), au contraire « l’entourage du patient, notamment sa famille, ne peut être exclu du projet de soins et surtout de vie, car il porte en lui une partie de l’histoire perdue dans la mémoire du patient et donc une partie de son identité. D’autres vont préférer une approche de communication avec la famille afin d’éviter « tout ce que nous réprouvons : les critiques, les exigences, l’incommunicabilité, les comportements procéduriers... » (Liffraud, 2013) : en effet, l’établissement a tout intérêt à bâtir et entretenir une relation de confiance avec la famille du résident puisque « famille et institution sont étroitement dépendantes l’une de l’autre (...) » (Liffraud, 2013). En cas de conflit entre le résident et la famille par rapport à une situation amoureuse, Guillermou (2016) conseille d’ailleurs à la structure d’éviter de se positionner en arbitre.

Les avis divergents reflètent le dilemme qui se pose à l’institution avec d’un côté son obligation de respecter les besoins des résidents et de l’autre de respecter le regard des famille, situation qui place l’EHPAD « entre le marteau et l’enclume » (Ribes, cité par Guillermou, 2016). L’institution « se trouve souvent démunie face à des situations qui peuvent concerner aussi bien le respect de la pudeur au regard de la nudité dans les soins que l’explication des interdits dans le règlement intérieur ou le recueil du consentement éclairé » (Toniolo et al., 2013). Il y a donc tout intérêt pour un directeur d’établissement à « engager une démarche éthique ancrée dans le réel » (Bonaventur, 2016). « L’information est la base de la compréhension, il faut mettre en place des moments d’échange d’information à ce sujet, pour les résidents, le personnel et la famille », conseille Ribes (cité par Guillermou, 2016). C’est en substance l’avis de ce directeur d’EHPAD qui a participé à l’enquête dont les résultats seront présentés dans la deuxième partie : « Si c’est collégial, si on échange, alors l’abcès est crevé. On connaît la position des interlocuteurs, cela évite le risque de dysfonctionnement, de réclamations (...) ». Les processus de prises de décision collégiales sont en effet nécessaires pour Casagrande (2016), notamment parce qu’ils vont venir nourrir ensuite la pratique managériale individuelle.

3) L’éthique de la discussion

Le directeur d’établissement pourrait être tenté, dans l’urgence d’une situation de crise, à une prise de décision dans l’instant, poussé par ces collaborateurs excédés par une situation récurrente ou angoissés par un événement soudain. Certes, la capacité de prendre des décisions est une compétence attendue d’un manager. Mais pas n’importe comment ni n’importe quand,

d'autant plus que l'exercice managérial ne peut pas se penser « hors sol » selon Casagrande (2016) qui propose donc de s'inspirer de la pensée de Jürgen Habermas pour engager une « éthique de la discussion ».

Loin de prétendre philosopher déconnectés des préoccupations du quotidien d'un EHPAD qui poussent à l'action pragmatique, l'éthique de la discussion permet la résolution des problèmes éthiques grâce à la « mise en œuvre d'une rationalité *procédurale* qui se construit dans le temps ». Partons de ce dernier point, le temps. Le temps ne signifie pas la procrastination, l'évitement de la décision : parvenir à une décision est nécessaire. Mais il est également nécessaire de se donner la peine de la réflexion, de dire « je ne peux pas répondre dans l'instant. Et plus encore : je ne *dois pas* répondre dans l'instant », en tant que manager. La précipitation, l'immédiateté, peut être dommageable. Le point de Casagrande sur la « *rationalité procédurale* » n'est pas d'élaborer une procédure dont l'établissement n'aura ni la patience ni l'envie de s'approprier ; il s'agit d'une proposition de méthode, d'un processus de communication effectif pour faire ressortir une décision « juste » pour tous, malgré l'hétérogénéité des acteurs en présence. Il ne s'agira donc pas de reproduire le modèle de réunions où tout le monde prend la parole à tour de rôle et où son voisin regarde poliment sans écouter vraiment. Une véritable écoute, un véritable partage sont indispensables pour progresser dans la réflexion : « (...) les conditions de réussite engagent tous et chacun des acteurs ». Reprenant les étapes successives proposées par Boulte, Casagrande énumère ainsi les conditions nécessaires : pour commencer, la constitution d'un patrimoine de faits commun à partager, c'est-à-dire, partir du postulat que la décision ne peut être prise immédiatement car tous les faits ne sont pas connus d'emblée dans leur totalité. Ensuite, les récits, qui sont des faits réinterprétés, donc empreints de la subjectivité de la personne (comme dans les entretiens de l'enquête de terrain qui va suivre). Puis, les opinions et les jugements des uns, des autres et enfin, les sentiments éprouvés. S'essayer à cette méthode de réflexion peut s'avérer utile pour le manager si l'espace de parole est authentique, c'est-à-dire si des « contradicteurs » s'expriment, alors que la « puissance de l'autorité hiérarchique, mais plus encore le désir naturel qu'une équipe rapprochée a de plaire et de soutenir son manager » tendent à lisser et à faire taire. La « sagesse managériale peut se définir en ceci qu'elle sait identifier les moments où ses propres convictions ne sont plus les seules à devoir présider à l'action », précise encore Casagrande, pour qui la première forme de sagesse managériale est de « savoir différer » car « toute décision managériale juste engage et entraîne à la justice ultérieure ». Ces recommandations sont valables aussi bien pour le questionnement autour de la sexualité des résidents que pour d'autres problématiques managériales que le directeur va rencontrer dans un EHPAD.

Le directeur d'EHPAD a de multiples dossiers à gérer et sa capacité à la prise de décision est régulièrement mise à l'épreuve face à des dilemmes variés. La sexualité en fait partie, avec tout son poids de représentations et d'éléments juridiques que nous avons développés. « Les

arbitrages éthiques gagnent chaque fois que cela est possible à se construire à plusieurs », nous rappelle Casagrande et cela peut paraître d'autant plus complexe dans le cas de la sexualité qui fait appel à l'intime de chacun d'entre nous. L'enquête de terrain qui va suivre se propose de partager des récits, pour reprendre Boulte, des témoignages de professionnels d'EHPAD, soignants et non soignants, ces derniers étant rarement sollicités par ce type d'études, leur offrir un « espace dédié » au sens de Casagrande pour recueillir leurs vécus dans des situations de manifestations sexuelles de résidents afin de proposer, éventuellement, quelques préconisations à l'attention des directions d'EHPAD.

Ilème partie : Enquête de terrain

Le sujet de ce mémoire a été inspiré à l'autrice au cours de l'expérience vécue pendant la mission d'accompagnement de la direction à l'évaluation interne dans l'EHPAD Le Bois des Palombes à Léognan. En effet, la thématique de la sexualité des résidents a été soulevée à plusieurs reprises, soit lors de réunions avec des soignants, soit de manière informelle avec du personnel non-soignant. Des lectures préliminaires ont montré l'intérêt de ce sujet tabou à plusieurs titres et qui implique de nombreux questionnements, ce que la première partie de ce mémoire a approfondi. L'enquête de terrain s'est intéressée à donner la parole non seulement au personnel soignant mais également non-soignant, ce qui a été peu le cas jusqu'à présent dans les études, afin de répondre à la problématique soulevée, à savoir comment un directeur d'EHPAD peut faciliter l'expression et la réalisation effective des droits et des libertés des résidents, en particulier de la sexualité, dans les limites du cadre d'une institution et tout en s'assurant l'adhésion de l'ensemble des professionnels.

Cette deuxième partie présente tout d'abord le protocole d'enquête, développe ensuite une discussion autour des résultats saillants et enfin, propose quelques préconisations à l'attention des directions d'EHPAD.

Chapitre 1. Protocole d'enquête

1) Justification de l'enquête

L'un des intérêts propres à l'enquête de terrain proposée dans cette seconde partie est l'inclusion de professionnels non-soignants dans l'échantillonnage. Ils sont très rarement sollicités dans les enquêtes, pourtant, ils sont également confrontés à des situations en lien avec la sexualité des résidents et ont des choses à partager, si tant est qu'on leur donne l'occasion de s'exprimer sur le sujet. Une précision au préalable est nécessaire : l'enquête n'aborde pas le point de vue des résidents ni de leurs familles, volontairement. Il y a plusieurs raisons à ce choix, elles seront clarifiées plus loin, dans la conclusion abordant les limites de cette étude. Enfin, sur la base des témoignages et des points de vue des participants à l'enquête, ce mémoire souhaite pouvoir proposer des préconisations pragmatiques et réalistes pour les directions d'EHPAD intéressées par le sujet de la sexualité des résidents.

2) Objectifs propres de l'enquête

L'objectif général de l'enquête est de proposer des préconisations pragmatiques à l'attention des directeurs d'EHPAD sur le sujet de la sexualité des résidents.

Les objectifs spécifiques sont de :

- a) Connaître le vécu et le ressenti des professionnels soignants et non soignants sur des situations (vécues ou rapportées) liées à la sexualité de résidents.
- b) Présenter une gradation des situations vécues.
- c) Confirmer ou infirmer si la sexualité est vraiment taboue au sein de l'établissement, ou bien si l'établissement l'évoque quand même dans un cadre réfléchi.

- d) Déterminer si des membres du personnel ont été formés à la sexualité des personnes âgées en institution dans leur carrière.
- e) Identifier les attentes du personnel en matière de formation ou d'autres actions de la part de la direction.
- f) Connaître les difficultés, les questionnements et les besoins d'une direction d'EHPAD sur la thématique de la sexualité des résidents.

3) Le type de l'étude

Le choix s'est porté sur une technique d'enquête par entretiens individuels semi-directifs afin de « favoriser la production d'un discours » et « mettre en évidence des processus (processus expérientiels, logiques de pensée, logiques d'action) » pour reprendre les termes de Christine Quéliér¹². Cette dernière conseille en effet cette technique lorsque le sujet est mal connu ou que l'on souhaite approfondir car cela permet de « recueillir beaucoup d'éléments de contexte (...) quasiment impossibles à recueillir par questionnaire ». L'objectif de l'entretien semi-directif est de « saisir le sens d'un phénomène complexe » (Imbert, 2010) tel qu'il est perçu par les participants et l'enquêteur et l'entretien implique une « dynamique conversationnelle » entre eux au cours de laquelle des biais peuvent être générés : « les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête » (Poupart, 2007, cité par Imbert, 2010). Etant donné le caractère tabou de la sexualité chez les personnes âgées en institution, la technique par entretien individuel semi-directif a ainsi semblé la plus adaptée.

4) Population de l'étude

a) Population cible et population source

La population cible de l'enquête est l'ensemble des professionnels d'EHPAD, soignants et non soignants, de Gironde.

La population source est l'ensemble des professionnels soignants et non soignants de six EHPAD, trois privés lucratifs et trois privés non lucratifs, de Gironde.

b) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont : professionnels salariés, en contrats à durée indéterminée ou à durée déterminée, intérim et être volontaire pour participer.

Les critères d'exclusion sont : prestataires, stagiaires, contrats d'alternance ; et ne pas être volontaire pour participer à l'enquête.

c) Nombre de participants nécessaires

Le nombre de participants nécessaires minimum par établissement pour intégrer l'EHPAD dans l'enquête a été établi à deux personnes par établissement dont le directeur. Ensuite, l'objectif était de pouvoir inclure au moins un professionnel de chaque métier (hors critères d'exclusion)

¹² Propos tirés des cours de Christine Quéliér sur les techniques d'enquêtes dans le cadre du Master II MOMMS 2020-2021 à l'ISPED de Bordeaux.

par établissement. L'enquête n'a pas atteint la saturation de données, elle a cessé afin de laisser suffisamment de temps à l'analyse des données dans les délais pour la remise du mémoire.

5) Population de l'étude : échantillonnage

a) Présentation

La stratégie d'échantillonnage n'a pas cherché à obtenir un échantillon le plus représentatif possible puisqu'il s'agissait d'une enquête qualitative et non quantitative. Aussi, la stratégie de l'échantillonnage raisonné a été adoptée. Au cours de certains entretiens, des professionnels ont suggéré de solliciter certains de leurs collègues, donc la technique de la « boule de neige » a été également utilisée pour quelques personnes. Le choix des établissements a été défini par recommandation et par l'objectif d'obtenir un nombre égal de structures privées lucratives et privées non lucratives dans l'enquête.

Au total, 46 entretiens ont été menés dans six EHPAD de Gironde :

- 14 entretiens dans trois EHPAD privés lucratifs : deux établissements du groupe Colisée : Vermeil et Les Jardins de Caudéran (à Bordeaux), et un établissement du groupe LNA Santé : Les Jardins de Leysotte (Villenave d'Ornon).
- 32 entretiens dans trois EHPAD privés non lucratifs : deux établissements de la Fondation Erik et Odette Bocké : Le Bois des Palombes (Léognan) et Louise Michel (Ambarès-et-Lagrave), et l'EHPAD Terre-Nègre (Bordeaux).

Dans chaque établissement, à l'appréciation du directeur, les modalités d'organisation des entretiens étaient adaptées. Idéalement, les entretiens avaient lieu en bilatéral dans une pièce permettant la confidentialité, sinon, les entretiens par téléphone étaient également possibles. Ainsi, pour l'EHPAD Colisée Vermeil, les deux entretiens ont été organisés par téléphone. Les entretiens se faisaient sur la base du volontariat exclusivement. Cela représente un biais de sélection mais ce choix a été fait afin de ne surtout pas imposer la participation à l'enquête.

b) Répartition hommes / femmes des participants par établissement

Ce tableau montre la répartition des 46 participants à l'enquête par établissement et par sexe :

	Ensemble	EHPAD Terre Nègre	EHPAD Louise Michel	EHPAD Le Bois des Palombes	EHPAD Colisée Vermeil	EHPAD Colisée Les Jardins de Caudéran	EHPAD LNA Santé Les Jardins de Leysotte
Hommes	12	2	3	4	1	1	1
Femmes	34	6	7	10	2	1	8

74 % des participants sont des femmes (voir également annexe 02).

A l'issue de tous les entretiens, les professions représentées ont été catégorisées selon plusieurs critères :

- Le nombre de participants issus de la même profession ;
- L'appartenance à une même catégorie socio-professionnelle ou proximité ;
- L'exigence d'assurer l'anonymat.

Ainsi, ont été créées les sept catégories suivantes (Annexe 03) :

- « Admin. et social » : regroupe les postes d'animateur et d'agent administratif.
- « Aides-soignant(e)s » : regroupe les postes d'aide-soignant (AS), de maîtresse de maison, d'assistant de soins en gérontologie (ASG) et d'aide médico-psychologique (AMP).
- « ASH » : regroupe les agents de services hôteliers (ASH) et les ASH faisant fonction d'AS.
- « Cadres médicaux et paramédicaux » : regroupe les postes de cadre de santé, d'infirmier diplômé d'Etat de coordination (IDEC) et de médecin coordonnateur.
- « Direction » : regroupe les postes de directeur, d'adjoint au directeur et directeur adjoint.
- « Paramédicaux » : regroupe les postes d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), d'ergothérapeute et de psychomotricien.
- « Psychologues » : regroupe uniquement les psychologues.

c) Répartition par catégorie de professionnels et par sexe

Ce tableau montre la répartition des participants à l'enquête selon les sept catégories définies et par sexe (voir également annexe 04) :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Total
F	3	11	5	4	3	3	5	34
H	3	2	1	0	4	2	0	12
Total	6	13	6	4	7	5	5	46

Les catégories « Cadres médicaux et paramédicaux » et « Paramédicaux » présentent le moins de participants. Cela est dû en partie à la période de l'enquête - l'été 2021 - marquée par le contexte de situation sanitaire liée à la Covid-19 et la pose de congés annuels, mais également à des démissions et des arrêts de travail dans ces deux catégories. Ce sont d'ailleurs des problématiques de gestion des ressources humaines récurrentes¹³ dans les EHPAD.

La catégorie des « Aides-soignant(e)s » est la plus représentée dans cette enquête, ce qui est logique par rapport à la fréquence et la proximité de leurs interactions avec les résidents et également parce que les AS représentent la majorité du personnel dans les EHPAD avec 33 % d'équivalent temps plein (ETP) au niveau national en 2015 (DREES, 2020b).

La catégorie « ASH » est peu représentée avec six participants seulement si l'on prend en compte que ce sont les professionnels les plus nombreux en EHPAD après les AS avec 25 % d'ETP au niveau national en 2015 (DREES, 2020b).

Les catégories « Psychologues », « Direction », et « Admin. et social » sont bien représentées proportionnellement au nombre de ces postes par établissement ; par exemple, 5 psychologues sur 6 ont participé à cette enquête.

d) Age moyen des participants

Dans ce tableau présentant l'âge moyen des participants par catégorie il ressort que l'âge moyen des participants est 42 ans (voir également annexe 05) :

¹³ En février 2020, aux prémices de la pandémie de Covid-19, une proposition de loi n°2714 instaurant un taux d'encadrement responsables dans les EHPAD constatait l'insuffisance des avancées et l'urgence de revaloriser les métiers du grand âge.

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Global
Age moyen	39	44	35	47	45	41	39	42

On observe que la catégorie qui se distingue par une moyenne d'âge moins élevée sur l'ensemble de l'étude, ce sont les « ASH ». C'est d'ailleurs cette catégorie qui présente des écarts d'âges importants allant de 21 ans à 56 ans. Enfin, dans cette enquête, la personne interviewée la plus jeune avait 21 ans et la plus âgée 65 ans.

e) Expérience professionnelle des participants

Les entretiens ont permis de s'intéresser au nombre total d'années d'expérience professionnelle de chaque participant, c'est-à-dire tous les postes en EHPAD qu'ils ont pu avoir, y compris celui dans leur établissement actuel. Le tableau ci-dessous présente l'expérience professionnelle moyenne par catégorie (voir également annexe 06) :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Global
Expérience moyenne en années	6	13	7	12	12	8	8	10

Les catégories « Aides-soignant(e)s », « Cadres médicaux et paramédicaux » et « Direction » sont celles qui enregistrent les expériences professionnelles les plus longues : il y a une corrélation avec l'âge moyen de ces catégories, plus élevé.

6) Techniques d'enquêtes

a) Modalités concrètes de mises en œuvre

- **Le guide d'entretien**

Pour organiser les entretiens semi-directifs, un guide d'entretien a été élaboré selon les conseils donnés par Quéliier : outre les premières informations telles que l'âge, le poste, le nombre d'années d'expérience professionnelle, la première question - ou consigne initiale - cherchait à susciter un discours narratif autour de l'expérience vécue ou rapportée en lien avec la sexualité d'un ou d'une résidente. Puis, les thèmes à explorer au cours de l'entretien étaient structurés dans un ordre qui pouvait être adapté en fonction du discours de la personne interviewée.

Un premier guide d'entretien a tout d'abord été conçu : il contenait une introduction et neuf questions (la dernière étant : « Souhaitez-vous ajouter autre chose ? »). Puis, à l'issue des deux premiers entretiens, il a été décidé d'adapter ce premier guide aux trois grands profils de l'enquête : la direction d'établissement, les cadres et les non cadres.

Ainsi, trois guides d'entretien ont été élaborés ; bien que très proches, ils contiennent des différences sur quelques questions fermées : pour les non cadres, une question leur demande spécifiquement s'ils ont communiqué sur les situations vécues avec les collègues et/ou leur hiérarchie, et pour les directions, si elles ont mis en place des mesures et si des formations les intéresseraient (pour leur personnel et/ou elles-mêmes). L'évolution du guide d'entretien en début

d'enquête est en effet acceptée afin d'élaborer un guide plus précis, plus détaillé mais il doit être tenu pour définitif à un moment donné (Combessie, 2007).

Les guides d'entretien sont disponibles en annexe (Annexes 08, 09 et 10).

- **Modalités d'accès aux personnes interviewées**

Selon les établissements et en accord avec les directions, des après-midis ont parfois pu être spécifiquement dédiés aux entretiens pour le personnel volontaire, tandis que dans certains établissements, cela s'organisait de manière improvisée selon la charge de travail du personnel intéressé. Ainsi, il est arrivé que quelques personnes ayant exprimé le souhait d'être reçues en entretien n'aient pas réussi à se dégager du temps.

Dans la majorité des établissements, la démarche de l'enquête a pu être présentée auprès des équipes en réunion. Dans quatre établissements sur six, la direction a prévenu le personnel en amont de la venue de l'auteur de ce mémoire, ce qui a facilité la mise en relation.

- **Déroulement des entretiens**

Les 46 entretiens se sont déroulés entre le 23 juin et le 13 août 2021 selon les arrangements convenus avec les directions des établissements et sur le temps de travail des participants.

Hormis deux entretiens par téléphone et un entretien qui a eu lieu dans la salle à manger d'une unité protégée, tous les entretiens ont été organisés en bilatéral et dans le bureau du participant selon sa fonction ou bien dans une salle mise à disposition dans certains établissements, ceci afin de créer autant que possible, en un laps de temps parfois court, une atmosphère à la fois calme, sereine, confidentielle, propice au développement d'une relation de confiance. Ces conditions ont parfois favorisé la production d'un discours extrêmement riche et chargé en émotions chez la personne interviewée.

Conformément au guide d'entretien, avant la consigne initiale, il était indispensable de présenter en introduction les raisons et les objectifs de la démarche, ainsi que les modalités de confidentialité et d'anonymat.

Au cours des entretiens, les techniques suivantes ont été utilisées :

- Les relances : selon Combessie (2007), la relance est un terme générique qui désigne la manière de reprendre « en écho » mais avec des nuances les propos mêmes de son interlocuteur. C'est le mode d'intervention caractéristique favorisant une « expression confiante ».
 - Les consignes de questions ponctuelles, pour diriger l'entretien vers un thème nouveau.
- Enfin, une attention particulière a été portée sur la communication non verbale.

- **Durée des entretiens**

Les entretiens étaient menés selon le temps dont disposait le personnel acceptant de participer à l'enquête. La durée initialement prévue était de 10 à 15 minutes par entretien. Le tableau ci-dessous présente la durée moyenne des entretiens en minutes selon chaque catégorie :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Global
Durée moyenne (minutes)	20	20	13	23	20	13	24	19

Au final, la durée moyenne d'un entretien est de 19 minutes (voir également annexe 07). Les entretiens avec les « ASH » et les « Paramédicaux », personnels particulièrement sollicités, ont duré en moyenne moins longtemps, 13 minutes. Avec les « Aides-soignant(e)s », la durée des entretiens a connu le plus d'écart : cela va de 5 minutes, la durée d'entretien la plus courte de l'enquête, à 50 minutes, la durée d'entretien la plus longue. On peut expliquer ces différences de durée non seulement par une implication pour l'enquête variable chez chacune des personnes rencontrées, le temps disponible au moment de l'entretien, mais également par les modalités d'organisation des entretiens dans les établissements.

b) Méthodes d'analyse

• Recueil des données

Avec l'accord préalable des participants, les entretiens ont été enregistrés avec l'aide d'un téléphone portable afin de faciliter la saisie exhaustive plus tard sur ordinateur, tout en assurant en parallèle une prise de notes à la main par mots clefs durant les entretiens, en vue des relances et comme manifestation supplémentaire de l'intérêt des propos du participant. Pour six participants, la prise de notes a été faite à la main uniquement, sans enregistrement sonore : les deux entretiens par téléphone et pour quatre entretiens, l'enquêtrice n'a pas proposé l'enregistrement. Cela a été le cas pour l'entretien qui s'est tenu dans la salle à manger d'une unité protégée avec des résidents à proximité et pour trois autres personnes pour lesquelles l'enquêtrice a estimé, lors de la conversation préalable à l'entretien, que l'enregistrement risquait de représenter un frein à l'établissement de la confiance. Aucune des personnes à qui l'enregistrement a été proposé n'a refusé. Les mesures pour garantir le respect de la confidentialité et du strict anonymat ont été expliquées et ont permis de rassurer les participants sur l'objectif de l'enregistrement. Il leur était également précisé en amont que les enregistrements seraient détruits une fois la saisie sur Word effectuée.

A l'issue des entretiens, chaque enregistrement audio faisait l'objet d'une retranscription exhaustive (en respectant les silences, les hésitations, les rires, etc.) sur un fichier de traitement de texte Word. Au total, 320 115 caractères ont été saisis. Le temps passé à cette étape n'a pas été comptabilisé, néanmoins il a été conséquent (une estimation : 1 heure de saisie pour 15 minutes d'enregistrement audio).

• La méthode d'analyse

Trois processus vont être présentés : le codage de chaque participant, la création d'une matrice d'analyse et l'analyse croisée thématique et textométrique.

▪ Codage de chaque participant

Un fichier Excel de suivi des entretiens a été créé et contenait les données statistiques basiques (établissement, date, nom, fonction, âge, sexe, années d'expérience professionnelle, durée de l'entretien). A l'issue des 46 entretiens, chaque participant s'est vu attribué un code unique (voir également annexe 03). Chaque code a été conçu en deux parties : l'une, en caractères gras, est strictement confidentielle et n'apparaîtra pas dans le mémoire ni dans les annexes :

Fonction, Numéro d'entretien par rapport à la catégorie de professionnels – **Lettre du statut d'EHPAD Sexe, Age**

<i>Lettre attribuée selon la catégorie de professionnels :</i>	<i>Lettre attribuée selon le statut de l'EHPAD :</i>
D : Catégorie « Direction »	N : pour « privé non lucratif »
A : Catégorie « Admin. et social »	L : pour « privé lucratif »
C : Catégorie « Cadres médicaux et paramédicaux »	
Y : Catégorie « Psychologues »	
P : Catégorie « Paramédicaux »	
S : Catégorie « Aides-soignant(e)s »	
H : Catégorie « ASH »	

Exemple : **S14-NF28** : S = catégorie « Aides-soignant(e)s », 14 = entretien 14 dans la catégorie « Aides-soignant(e)s » - **N = établissement privé non lucratif, F = sexe féminin, 28 = âge du participant.**

Les numéros d'entretiens ont été attribués de manière aléatoire. La partie du code, en gras, est strictement confidentielle car elle pourrait permettre, sous certaines conditions, de deviner l'identité du participant : elle est donc exclue de tout document de ce mémoire mais a été utilisée pour la matrice d'analyse.

▪ *Création d'une matrice d'analyse*

A partir des thèmes prévus dans le guide d'entretien (tous ont été abordés dans les entretiens sans exception) et suite à une première lecture flottante des 46 entretiens, 802 mots répartis en 8 grands thèmes ont été identifiés et catégorisés de A à H : *Ressentis : A ; Réactions : B ; Communication / Partage de la situation : C ; Leçons à tirer : D ; Propositions, suggestions : E ; Autres, divers : F ; Consentement : G ; Gradation de la sexualité : H.*

Ensuite, une matrice d'analyse a été créée sous Excel, dont un onglet a été dédié à la conception de tableaux croisés dynamiques par catégorie de grands thèmes, un autre dédié à la conception de tableaux croisés dynamiques par mot, un onglet dédié aux données statistiques basiques présentées plus haut et autant d'onglets que d'entretiens. Les réponses à la question fermée relative aux formations (si le participant a déjà suivi ou non une formation sur la sexualité des personnes âgées dans sa carrière) ne sont pas intégrées dans la matrice Excel.

▪ *Analyse croisée thématique et textométrique*

La technique de l'analyse thématique manuelle a constitué une première étape essentielle de préanalyse grâce à la lecture flottante et à l'exploitation (la catégorisation) permettant d'identifier des mots et des grands thèmes. Ce processus n'est pas neutre puisqu'il oriente la forme des futurs résultats, notamment par les choix de regroupements de mots par grands thèmes.

Au fur et à mesure du déroulement des entretiens, il était apparu intéressant d'étudier les convergences et les divergences lexicales entre les sept catégories de participants. La matrice a donc été programmée afin d'étudier les regroupements tels que cooccurrences¹⁴ et concordances, ainsi que l'identification d'éléments statistiques du lexique utilisé par les participants, selon une approche inspirée de la technique de l'analyse textométrique. Les retours

¹⁴ En linguistique, la cooccurrence est l'apparition simultanée de deux ou plusieurs éléments ou classes d'éléments dans le même discours (Centre national de ressources textuelles et lexicales).

aux textes sont combinés à l'exploration des indicateurs de fréquences de mots ou de leurs spécificités. La textométrie propose une approche instrumentée des corpus, articulant synthèses quantitatives et analyses à même le texte (Lebart & Salem, 1994, cités par Pincemin, 2012) mais l'exercice proposé ici est resté humble et n'a pas cherché à s'engager plus loin dans l'application de l'analyse textométrique. L'analyse croisée, utilisant ces deux processus, a ainsi permis de relever des thèmes, non initialement abordés par le guide d'entretien. Cela sera vu plus loin. Elle a également permis d'affiner le regroupement des mots en sous thèmes dans chaque catégorie (A à H) et cibler ceux qui présentaient une fréquence importante ou au contraire, des caractères uniques saillants.

7) Modalités de restitution des résultats aux participants

Le nombre conséquent d'entretiens menés dans le cadre de cette enquête s'explique par l'intérêt que le sujet a suscité dans certains établissements. Plusieurs participants ont demandé, à l'issue de leur entretien, si des solutions existaient ailleurs ou si des idées se dessinaient déjà à l'issue des premières semaines d'entretiens. Un certain nombre, tous métiers confondus, ont également demandé à pouvoir lire le mémoire. A tous il a été précisé qu'une copie du mémoire serait partagée avec les directions afin qu'elles assurent la diffusion au sein de leurs établissements respectifs. Cette attente se rajoute aux contenus des entretiens pour démontrer l'existence réelle chez les professionnels en EHPAD d'une demande de réponses et d'aide par rapport au sujet de la sexualité des résidents.

8) Respect de la confidentialité et de l'anonymat

Si certains participants ont déclaré n'avoir « rien à cacher », la grande majorité était rassurée et mise en confiance par les précisions au préalable des entretiens sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat, y compris dans l'écriture du mémoire. Comme explicité plus haut, la création des sept catégories et du codage unique de chaque participant a été rendue nécessaire afin d'assurer l'anonymat.

De même, pour certaines appellations ou références à des postes occupés de manière évidente par une seule personne, les termes ont été unifiés lors de la rédaction ; par exemple, au lieu de respecter les appellations données par les établissements pour les différentes « unités protégées », « unités d'hébergement renforcées », « unités Alzheimer », etc., les appellations sont regroupées sous le terme « unité protégée ».

Chapitre 2. Résultats et discussion

Parmi les 8 catégories (A à H) de thèmes sélectionnés pour l'analyse, trois représentent plus de la moitié des occurrences de mots : les suggestions, la gradation de la sexualité et le ressenti des professionnels (Annexe 12). En affinant l'analyse, cela a permis de faire ressortir tout d'abord, la prédominance d'un champ lexical de ressentis à connotations négatives, d'autre part le caractère multidimensionnel de la sexualité et des réactions des professionnels.

1) Prédominance d'un champ lexical de ressentis à connotations négatives

Grâce à la consigne initiale, les participants sont invités à relater une situation qu'ils ont vécue ou qu'un collègue leur a relatée, en lien avec la sexualité des résidents, et leur ressenti à ce moment-là. L'analyse croisée (thématique et textométrique) fait apparaître une prédominance nette d'un champ lexical de ressentis à connotations négatives.

Au sujet du ressenti des participants devant une situation vécue ou une situation rapportée, le terme tabou est fréquemment employé spontanément, à égalité avec les termes exprimant la gêne et le choc. La peur, la surprise et le malaise sont également très présents. Toutes les catégories de professionnels sont concernées. Les descriptions d'une situation comme étant dérangeante, perturbante, présentant une difficulté, un souci se retrouvent à de nombreuses reprises. Et bien que présentant une fréquence décroissante, le lexique des sentiments de blocage, d'être démunis, est également notable.

L'analyse montre par ailleurs que le terme **tabou** est souvent associé à l'expression du ressenti dans une démarche de justification, d'explication du ressenti :

C03 : « L'équipe a été **choquée** parce qu'il regarde des vidéos pornographiques. Et ben, effectivement même moi je me disais « *oh ben dis donc !* ». Mais en fait, c'est son droit au final, il n'embête personne... Voyez, quand même, c'est **tabou** ».

S13 : « J'ai toqué et « *bonjour madame, c'est... !* » et là, je suis restée, parce que j'ai ouvert la porte et là, ah ben oui... J'ai eu une scène, c'est vrai, qui m'a... là j'avoue que j'ai été, c'est la deuxième fois dans ma carrière où j'ai été **très choquée**, mais **vraiment choquée**. Parce que c'est assez **tabou**, par rapport aux personnes, où on les voit, c'est comme si on les avait vus toujours âgés, on oublie qu'ils ont eu une vie avant, qu'ils ont été jeunes aussi ».

Le participant C03 explique la réaction « choquée » de l'équipe du fait du tabou de la sexualité, dans ce cas d'un résident qui visionnait de la pornographie sur son ordinateur. Le participant S13 utilise le terme tabou dans une tentative d'explication d'avoir été « très choquée ». Outre les termes employés, les pauses, la difficulté de trouver les mots pour s'exprimer semblent suggérer qu'elle revit la situation et les émotions au fur et à mesure qu'elle en parle.

Le choc ressenti lors d'une manifestation sexuelle d'un résident vis-à-vis d'un professionnel revient dans plusieurs entretiens avec les soignants :

S01 : « (...) une dame, dès qu'on lui faisait la toilette, on la tournait, elle essayait de nous attraper les testicules, elle le faisait très rapidement, ça la faisait sourire. La première fois on est **choqué**, mais après, on le savait : elle nous l'a fait une fois, mais pas deux ! »

S06 : « Je fais la toilette au résident et le monsieur commence à me dire : « *est-ce que vous pouvez me dire combien vous demandez pour une passe ?* » Alors, là, j'étais **choquée** (...) Une semaine est passée, non, un mois (...) il a recommencé à dire la même chose (...) au début, ça **choque** mais après vous commencez à prendre du recul et à comprendre (...) comme au début j'étais **choquée**, mais au fur et à mesure dans le temps, j'arrive à croiser ce genre de situations, je [ne] suis plus **choquée**, c'est pas que j'accepte ce qu'il me dit, mais c'est que ça ne me **choque** pas (...) »

S07 : « Un autre se masturbait dans sa chambre, il mettait des vidéos pornographiques avec internet, il le faisait seul... Je l'ai surpris plusieurs fois (...) La première fois, là j'étais **choquée**, je n'vous cache pas, j'étais **sidérée**, j'étais franchement... Grand écran, avec vraiment, en action. On était deux, on

était **étonnées** : « *qu'est-ce que vous regardez ?* » Il a dit « *ben ce n'est pas interdit* ». Ma collègue était **choquée**, elle était **vraiment très choquée** ».

Le professionnel S01 a retenu la leçon si l'on peut dire et ne s'est plus retrouvé dans cette situation avec cette résidente, mais pour les professionnelles S06 et S07, bien qu'elles disent au cours de l'entretien que cela ne les choque plus au final, elles prononceront chacune entre 8 et 10 fois des mots exprimant leur choc avec ce résident ou dans des situations similaires ; S07 fait également appel au ressenti similaire de sa collègue, comme pour dire, voyez, je ne suis pas la seule à être choquée ! Ainsi, on se pose la question si vraiment cela ne les choque plus.

La prise de recul peut être recommandée, notamment lorsque les résidents présentent des troubles cognitifs :

Y01 : « Il y a de la surprise de la part de mes collègues. Donc c'est vrai qu'il y a beaucoup, beaucoup de situations que je qualifierais de cocasses mais je fais très attention parce que pour mes collègues ça pourrait être **très mal vécu** et donc, du coup, on rajoute la maladie dans l'explication et cela permet quand même un certain **recul** et tout ça. Mais moi, alors ça c'est très personnel, en tant que psychologue c'est très délicat car je ne veux pas surtout minimiser le **choc** qu'il y a pu avoir ».

Est-il possible que la professionnelle S06, dans son témoignage partagé un peu plus haut, ait perçu, inconsciemment, la pathologie du résident comme une sorte d'injonction de normalité ? Ci-dessous, la professionnelle S07 s'essaie à cet exercice, elle sait qu'on lui a expliqué la pathologie du résident. Les répétitions de termes exprimant des sentiments négatifs se succèdent à la difficulté de mettre des mots, au rythme saccadé de ses pensées :

S07 : « Il y avait un résident, Monsieur X, on lui faisait la toilette, lui pareil aussi, dès que tu rentres, « *suce-moi, suce-moi !* », il crie et il commence à bander, et lui, c'est même avant la toilette et on nous a expliqué que lui, il a la désinhibition frontale. (...) C'est une situation **très compliquée**. (...) oh lala... Là maintenant je suis habituée, ça ne me... puisque je sais que bon... **je le calcule plus**, ça fait peut-être six mois, là **ça m'est sorti de la tête**... **ça m'empêche pas de dormir**. Le deuxième jour par contre, quand je lui ai expliqué, parce qu'il bandait, j'étais... oh lalala... il était à fond... parce que moi, dans ma tête c'était la toilette que je faisais. Lui, pour lui c'était un plaisir, c'était, voilà... j'étais **choquée... choquée** (...) »

Parfois, le professionnel n'arrive pas à prendre du recul et ne peut plus continuer :

S12 : « C'est un monsieur, quand j'ai sur cette liste-là, je l'ai pendant 15 jours, et pendant 15 jours **je prends sur moi**. Y a pas d'autre terme. **Je prends sur moi** parce que, parce que **c'est compliqué**. Mais bon. (...) Au bout du 3ème jour, je **sature**. Donc deux jours ça passe, trois jours **j'ai du mal** (...) »

D05 : « Un résident a demandé à l'AS de lui nettoyer avec la bouche ; l'AS a **pété les plombs, l'a traité de « gros dégueulasse** », elle est allée voir le directeur, **a refusé de continuer** à s'en occuper. »

Cette professionnelle partage son vécu et celui de sa collègue, dont elle a été témoin :

S09 : « Les collègues m'avaient prévenue qu'il fallait faire attention, un petit peu quand même, pour ne pas me mettre en difficulté, elles m'avaient dit « *tu t'en occupes, ça va bien se passer* » mais en fin de compte je me suis sentie **tellement en difficulté** que j'ai préféré arrêter la prise en charge avec ce résident-là ».

« En fait, un jour, il s'est retrouvé avec une collègue, il a pris le gant, il était en train de se laver, etc. et il lui a dit à la collègue : « *ben allez-y !* », et la collègue, justement, s'est retrouvée **en difficulté**, est restée **gênée**, n'a pas su quoi faire, et est restée spectatrice un petit peu de la situation... Je lui ai dit : « *pourquoi tu n'es pas sortie ?* », elle m'a dit « *ben, en fait j'ai perdu pied complètement*... »

Ce participant se souvient d'une résidente et parle « d'horreur » :

P03 : « Cela m'est arrivé, en début de carrière notamment, en EHPAD, avec des choses fantasmées par une résidente. Elle a dit à l'équipe de nuit que je l'avais emmenée dans l'ambulance et que je m'étais occupée d'elle avec les ambulanciers. C'est arrivé plusieurs fois qu'elle donne des propos comme ça. (...) **C'est un petit peu l'horreur, c'est pas sympa.** (...) »

Les professionnels de la catégorie « Admin. et social » ont également partagé leur vécu, ce qui confirme que le personnel non soignant peut également être directement concerné par des manifestations de la sexualité des résidents :

A03 : « Ce résident m'a plus **gênée** que monsieur X. Il regardait d'une façon... son regard m'a toujours **dérangée**, lui j'ai jamais cherché à échanger avec. Je n'en ai jamais parlé, parce que son regard me **dérange** mais ça ne me perturbe pas (...) Peut-être que j'ai ressenti de la **gêne**, ou du **malaise** peut-être, mais le soir je n'étais pas mal par exemple. Je me disais, « *il faut que tu détournes le truc* ».

A04 : « Une résidente m'a manifesté et à d'autres membres du personnel, des envies assez précises me concernant ; elle me l'a verbalisé en restant sur le ton de la plaisanterie mais cela commençait à devenir relativement **gênant** ; j'ai essayé d'y couper court assez rapidement ; mon premier ressenti, c'était de la **gêne** ».

A05 : « Cela me **gênait** qu'il me fixe comme ça ».

La gêne ressentie au moment d'évoquer une situation particulière se manifeste aussi lors de l'entretien par la difficulté, l'impossibilité de prononcer certains mots :

A03 : « Il y a eu aussi un résident, moi je l'ai trouvé... **Je n'ose pas dire le mot...** Un regard **un peu étrange**, un peu **gênant**, et dans sa façon d'être ».

A02 : *Devant la gêne de la personne interviewée à prononcer certains mots pour décrire la situation, l'enquêtrice l'a rassurée en lui confirmant qu'il n'y avait aucun souci de ne pas prononcer des termes qui mettent mal à l'aise ; la personne a répondu : « Non, si, ça me met mal à l'aise, je n'ai pas envie de dire ça... »*

Le ressenti des participants est également dominé par un ressenti négatif dans des situations où le professionnel n'est pas destinataire de l'expression sexuelle du résident :

S12 : « Il y avait le cas (...) d'une dame qui se masturbait, et ça c'était **très difficile** à vivre. Très très très oui (...) quand je suis arrivée dans sa chambre, en fait elle s'était mise toute nue et elle continuait à se masturber et à pousser des gémissements... (...) Mais bon, la première fois, ça m'a... ça m'a **estomaquée**, ça m'a **estomaquée**. J'étais là : « *mais qu'est-ce qu'elle fait là ? mais non, mais non !* » Ça m'a, ça m'a vraiment **estomaquée**, ah ouai. Je dirais pas **choquée**, mal vraiment, voilà, j'étais : « *ah ouai ? ! Ah bon, d'accord, ok ! (rires)* (...) On a tous trouvé quand même naturel qu'elle le fasse, même si ça nous a **cloués** le fait de la voir faire ».

D07 : « Au début il y avait une sorte de déni des équipes, ils voulaient pas entendre parler de la sexualité des résidents. Donc, et j'avais même de gros soucis avec la psychologue et la médecin co [coordonnateur]. **La plus bloquée** était la médecin co. Elle n'arrivait pas à accepter l'idée que la sexualité de deux résidents (...) puisse être acceptée ».

H04 : *A propos de la situation de deux résidents retrouvés nus dans le lit par ses collègues : « J'aimerais pas être à leur place, ce serait un **blocage** de voir ça, si je me retrouve dans cette situation je ferai un **blocage** ».*

L'agacement et la colère ont également été exprimés :

S04 : « Moi j'ai surpris un monsieur qui se masturbait devant une dame. J'ai ressenti plus de **l'agacement**. Je lui ai dit de suite d'arrêter, j'ai pas été diplomate (*rires*), donc **aucune diplomatie** ».

S06 : *Un résident présentant des troubles avait l'habitude de tenter des attouchements sur le personnel féminin : « (...) Vous lui dites : « **arrêtez ce que vous faites là...** » (...) On est parfois dans la frustration,*

parfois dans la colère, on ressent beaucoup de choses... (...) Cela m'est déjà arrivé de **crier** « *stop, arrêtez ce que vous faites* » (...) mais bon. Là j'étais en colère, à la fin j'étais **très en colère**. Je lui ai dit : « *c'est fini fini...* » Donc le lundi, j'ai passé la main à une de mes collègues ».

Faisant écho à notre première partie, des situations ont provoqué du dégoût au personnel :

A01 : « La question était : Comment accompagner un monsieur qui a 93 ans qui veut monter [à l'] étage pour retrouver madame une telle et les découvrir tous les deux le matin dans un lit complètement souillé... Après c'était des discours, de trouver un peu, cette, ce post-action, en sachant que ce sont des gens incontinents, mes collègues disaient que c'était quelque chose de **très dégoûtant**. C'était réduire peut-être leur amour, leur attirance et leur sexualité à **quelque chose de dégoûtant** ».

C04 : « J'ai des soignantes par exemple, des petites jeunes qui étaient choquées quand elles faisaient la toilette de voir qu'un monsieur pouvait avoir des érections. Mais oui, et bien tant mieux, ça marche ! du coup il y a vraiment un sentiment de **dégoût**, en disant comment une personne âgée, un monsieur, peut voilà... Mais ce n'est pas sexuel, c'est physiologique ».

D04 : « Ils ont été surpris dans la chambre de monsieur en pleine action et avec... Ils étaient complètement désinhibés, rentrons dans le vif du sujet, avec une protection enlevée, avec des excréments partout, etc... Je pense que là ça peut **choquer** les soignants, ce n'est pas la relation sexuelle peut-être qui peut choquer même si on s'imagine qu'à cet âge-là on n'a pas de relations sexuelles, on n'a pas envie. Mais c'est aussi **le côté gore** qui a **choqué** ».

Et dans d'autres cas, on cède à la panique :

C03 : *Au sujet d'un cas où une AS a surpris un résident sur une résidente au lit* : « C'est vrai que la soignante quand elle est arrivée, c'était **panique à bord**. (...) Tout de suite elle est venue nous en parler et : « *oh lala c'est catastrophique !* », pour elle, ce n'était pas admissible. Moi de premier abord je vous dirais que c'était pareil, moi dans l'idée, en plus résidente vulnérable, lui vulnérable par ses troubles (...) ».

La pornographie adultes fait l'objet de réactions diverses également :

Y01 : « [au début de ma carrière] on m'appelait parce que monsieur un tel avait des BDs ou des magazines, ou... un petit peu pornographiques sous son lit. Et donc moi je rabâchais : « *c'est très bien, tu t'en vas et tu fermes la porte* ».

C03 : « (...) l'équipe a été choquée parce qu'il regarde des vidéos pornographiques. Et ben, effectivement même moi je me disais « *oh ben dis donc* ». Mais en fait, c'est son droit au final, il n'embête personne (...) »

Quelques participants ont dit de ne pas avoir vécu de situation qui les aurait gênés et l'entretien n'a pas révélé de contradiction qui pourrait laisser penser le contraire. Les situations font également écho aux freins à la sexualité, développés dans notre première partie :

S02 : « J'ai surpris deux résidents, dans la même chambre, en tenue d'Adam, dans le lit, oui, (*rires*), voilà (...) ça ne m'a pas gêné du coup, je n'ai **pas eu de gêne**, ils étaient dans leur intimité (...) c'était plus eux les plus gênés, parce que je pense qu'ils se demandaient comment moi j'allais réagir (...) c'est vrai que ce n'est pas un truc qui me choque, (...) donc peut-être que je suis plus libre de ce côté-là vis-à-vis de ça, je n'ai pas d'attente spécifique. Pour moi, la sexualité, ce n'est **pas un sujet tabou**, comme n'importe quel autre acte, donc... »

S11 : « [La résidente] m'a dit : « *tiens est-ce que tu peux pas me faire du bien ?* » Et après on a pris ça à la rigolade... Je lui ai dit : « *oh, madame...* » Et puis, ça a passé, voilà. C'était lors de la toilette. Mais, alors moi ça m'a **pas dérangée** parce que cette personne je la connaissais, donc cela m'a **pas dérangée**, on a détourné, et après et bien on a parlé de sa vie, tout compte fait (...) ».

La peur d'être accusé d'être négligent est également ressortie dans plusieurs entretiens chez les catégories des « Aides-soignant(e)s », « ASH » et « Cadres médicaux et paramédicaux » et

« Paramédicaux » (soit quatre catégories de participants sur sept). Il y a la peur de la potentielle réaction de la famille, voire d'une potentielle plainte :

C03 : *Au sujet d'un résident qui regarde de la pornographie sur son ordinateur* : « (...) Voyez, quand même, c'est tabou. **On a peur d'être accusés**, d'être passés à côté. Et puis, en EHPAD on est responsables du résident, là je pense que s'il y a quelque chose en termes de responsabilité, c'est la direction de l'EHPAD, les équipes qui doivent voir s'il se passe quelque chose. Après c'est vrai qu'on ne sait pas ».

C04 : *Proposer une poupée gonflable, des films pornographiques à un résident avec démence vasculaire qui faisait des attouchements à d'autres résidentes* : « Après, on est bloqués, de mon point de vue, avec mon équipe on était bloqués sur les points de vue réglementaires, tout de suite, c'est ça qui est sorti en fait. Et tout le monde voulait **se protéger**. Alors, c'est bien, mais c'est vrai que c'est ça d'abord qui est sorti, c'est se protéger. J'ai eu l'impression... On se protège, **on trace tout**, on note tout, **on a peur d'être accusés**... et des conséquences derrière ».

P04 : « C'était plus de la sensibilisation de dire attention de **bien tracer tout ça**, parce que **si un jour il se passe quelque chose**, on aura une trame écrite et on **pourra se justifier** que jusqu'à ce moment-là, tout allait bien ».

S03 : « Donc bien **tracer**, voir les traitements, le médecin... et **se couvrir** ».

Et la peur pour son emploi :

S06 : « (...) je vais dans la chambre du monsieur, j'ouvre la porte, et... je le trouve... carrément, en train de passer à l'acte... Le monsieur était sur la dame... (*souffle...*) aïe, mon dieu comment je vais faire, comment expliquer ça... Vous pensez d'abord à... **peut-être à une négligence**, que vous n'avez pas été à la hauteur de surveiller la personne... Comment est-ce qu'on va **me reprocher**, **vous pensez qu'on va me reprocher**, vous n'avez pas fait attention à ce que les personnes... **J'ai eu peur pour mon travail... Vous avez peur**, vous dites « comment je vais expliquer ça ? »

H04 : *A propos de la situation de deux résidents retrouvés nus dans le lit par ses collègues* : « (...) si je me retrouve dans cette situation je ferai un **blocage**. **Soit je fais mal mon travail** de surveillance, **soit je sais pas quoi faire** ».

Le dilemme autour de l'information à la famille apparait dans plusieurs entretiens. Ne pas savoir comment une famille réagirait si elle était au courant de la sexualité de son parent en EHPAD, ne pas savoir s'il faut l'informer ou non suscite également un champ lexical à connotation négative :

A02 : « La famille n'était pas au courant et là ça posait un **souci** parce que du coup on n'a pas pu se positionner par rapport à ça, on était **gênés**. (...) On était un petit peu sur **un point bloquant**, on va dire. C'est assez, oui on était un peu **démunis**, en fait, par rapport à cette situation-là ».

D04 : « **C'est quand même difficile**, les familles n'étaient pas au courant, parce que là aussi c'est **tabou**, je pense qu'ils l'auraient peut-être **mal pris**, surtout je pense que la fille de la dame est loin de s'imaginer ce que sa mère pouvait faire ».

D05 : « Je prône la communication, certains disent si le résident n'est pas sous tutelle, on n'a pas à informer les enfants, cela fait partie de leur vie. Moi je préfère être transparent, car aujourd'hui le secteur est très médiatisé et c'est **traumatisant** et **choquant** de l'apprendre en différé. Donc, informer les personnes de confiance et leur demander : comment vous percevez les choses ? **Ethiquement, on marche sur des œufs** (...) ».

Parfois, communiquer de manière transparente avec la famille a permis de désamorcer les tensions :

C03 : « Que fait-on par rapport à la fille de la résidente ? La résidente n'était pas sous tutelle, sa fille personne de confiance et référente, donc tout le monde était **stressé** de lui dire car c'est une personne très particulière et se plaignant souvent de la structure. Mais en fait elle était déjà au courant... et en

fait, sa réponse a été : « *si ma mère n'y met pas d'opposition* », on était plutôt surpris qu'elle n'y mettait pas d'objection (...) »

C01 : « Moi j'ai été confrontée à un résident (...) marié, donc son épouse était là tous les jours, (...) [lui] désinhibé et qui devenait limite... Il y avait un risque de viol pour une résidente, (...) et du coup, enfin, notre objectif pour éviter la mise en place d'un traitement médicamenteux, on avait voulu le transfert à l'unité protégée, (...) on était tous d'accord en équipe mais il fallait l'annoncer à l'épouse. Annoncer à une épouse que son mari va voir ailleurs, en gros, c'est **un peu compliqué**. Donc on s'est servi des outils, le NPI¹⁵ et tout ça, moi cela m'a permis d'aborder leur sexualité (...) voilà... cela a été dur quand même à encaisser pour l'épouse mais finalement cela crée **un vrai lien de confiance** car on a été transparents, on ne lui a pas dit n'importe quoi, voilà ».

A contrario, l'absence de communication peut rendre plus complexe la situation :

C01 : « [l'épouse] elle l'a appris comme ça en allant à la consultation de son mari... et elle a été très mal. Donc, bon cela n'a pas été la politique [de l'établissement], on m'a dit de ne pas le faire, moi j'aurais été plus... voilà, parce que du coup entre deux portes, on ne sait pas ce qu'elle sait, au-delà de la consultation, on peut vite « gaffer », pour montrer aussi que ce n'est pas un problème, que cela fait partie des troubles, et euh, voilà ».

L'analyse croisée a montré que la communication et le partage d'informations au sein même de l'établissement apparaissent sous au moins trois perspectives :

a. La perspective selon laquelle la direction n'a pas à être systématiquement mise au courant, à moins qu'une intervention de sa part soit sollicitée, ce qui d'ailleurs est conforme à l'obligation de secret professionnel et du droit au respect de la vie privée. Des divergences de points de vue des différentes directions interviewées ressortent également pour savoir si la problématique relève essentiellement du médical ou non :

D03 : « Concrètement je pense que c'est une **problématique soignante** (...) Par contre, [si c'est] urgent d'évoquer le sujet (...) je pense que le directeur doit se positionner pour dire, là cela dépasse les bornes, il faut trouver une solution qui soit pérenne dans le temps : donc, ça peut être une solution purement médicale sur des traitements, parce que des castrations chimiques existent, quand il y a des comportements déviants je pense que des traitements existent. (...) Si on parle du rôle du directeur, c'est aussi **d'être transparent envers la famille** ; la cadre ou le médecin co peuvent. C'est aussi au directeur d'être en lien avec la famille, pour dire : là il y a une problématique, on essaie de gérer, si jamais on peut pas, c'est-à-dire si on est en difficulté, qu'on arrive au bout de la prise en charge, il faudra peut-être trouver d'autres solutions ».

D05 : « C'est tellement **variable** : quelle personne âgée, quel type de rapport... (...) Cela ne relève **pas que du médical**, c'est **plus complexe** ».

D07 : « Après, moi je, je sais pas comment sont les directeurs, chaque fois que les professionnels sont venus me voir, je suis très apaisé vis-à-vis de ça. Voilà. (...) [au sujet d'un couple qui s'est formé et qui a été pris par surprise au lit] On ne le savait pas, on l'a découvert, mais où est le problème ? C'est ça ! Moi, ce n'est pas un sujet sur lequel, je ne sais pas après, ce n'est pas un sujet qui m'est remonté (...) Il y a beaucoup d'autonomie sur cet établissement, il y a des cadres en grande autonomie (...) Moi, s'il ne m'en parle pas... Quand ça remonte, c'est que tout le monde est **embêté** ».

b. La perspective selon laquelle les représentations des professionnels sont perçues comme un élément qui ajoute à la complexité des situations à gérer :

D05 : « (...) il faut partir d'un postulat, la complexité relève aussi de **l'interprétation du personnel**. (...) C'est très complexe d'éviter le jugement au niveau des soignants. 30 à 40 soignants, ça parle :

¹⁵ NPI = Inventaire Neuropsychiatrique, outil pour recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence.

« *c'est dégueulasse, c'est pas propre* », tous les stéréotypes... Le jugement ne doit pas être quelque chose de prédominant, c'est **très compliqué de gérer une équipe, de trouver un consensus** avec l'équipe ».

D06 : « Parce qu'il y a aussi, je pense dans la question de la sexualité, toute la projection personnelle qui est liée, enfin, oui, oui, il y a une **projection personnelle** sur cette question, mais comme sur toute question ».

c. Enfin, les cadres et la direction ne savent pas forcément quoi répondre à leurs équipes ou bien leurs réactions déçoivent :

D01 : *Ressenti de la direction après avoir été sollicitée par le personnel* : « Il y avait un problème, potentiellement une **gêne**, une difficulté à l'exprimer, et **démuni** quant à l'attitude à avoir ».

C03 : « (...) c'est vrai qu'on n'est **pas très au courant**, on connaît pas la façon de faire face à ça. Parce que... (...) c'est vrai qu'on **n'a pas un guide** qui dit, comme dans les lois de fin de vie, un guide qui nous dit : ils ont le droit de faire ça, ils n'ont pas le droit de faire ça, il faut en informer la famille... (...) On n'est **pas à l'aise**, et du coup, on n'est pas bons, en fait ».

S13 : « Moi ce qui me, pas me dérange, mais là où vraiment je me sens **démunie**, c'est ça, on a l'impression vraiment de **prendre des décisions seules**. On prend des décisions par rapport à son ressenti, par rapport à ce qu'on aurait fait, qu'est-ce qu'on doit faire ? J'ai pas de mode d'emploi, je ne sais pas si un jour on aura un mode d'emploi. Mais j'ai l'impression que les décisions se prennent... **en fonction du ressenti de chacun** ».

« Moi, je pense qu'on avait été **dépassés**. L'expérience que j'ai eue à l'unité protégée, on avait l'impression que **c'était nouveau pour tout le monde** : aussi bien les cadres, que les soignants, enfin, tout le monde. Parce que dans les réunions, on ne savait pas trop quelle attitude... en fait, on y allait **à tâtons au jour le jour** ».

H01 : « (...) c'est gênant, c'est malaisant (...) nous, on sait pas, quoi, (...) Cela a été discuté entre nous, pas en transmission. Le truc, après, moi, j'aimerais bien que la directrice aille le voir ».

L'analyse du corpus d'entretiens a montré que malgré l'hétérogénéité des participants (profils, expérience, etc.), il existe une homogénéité de ressentis et de questionnements. La prédominance du champ lexical de ressentis à connotations négatives corrobore le constat établi en première partie selon lequel la sexualité des personnes âgées en EHPAD reste un sujet tabou engendrant des situations difficiles pour le personnel, à des degrés variables. Cela tient autant à la réaction dans l'instant face à la situation qu'ensuite, confronté à l'absence de réponse ou à la déception créée par la décision prise par le management. Par ailleurs, l'analyse vient confirmer l'hypothèse que c'est bien l'ensemble des professionnels, soignants et non soignants, qui est concerné par les manifestations de la sexualité des résidents, à des fréquences diverses certes. Peu importe la fréquence des situations, le ressenti d'une situation vécue peut être aussi fort, aussi intense quel que soit le professionnel, soignant ou non.

2) Sexualités et réactions multidimensionnelles

Le corpus des entretiens a révélé une variété de manifestations de la sexualité des résidents, tant vis-à-vis des professionnels, qu'entre résidents ou en solo ; cela corrobore les fondements théoriques que nous avons étudiés, comme avec Grassi & Titus (2008) pour qui « la liste serait longue à dresser (...) ». L'analyse des entretiens a non seulement permis d'identifier une gradation de la sexualité (l'un des objectifs spécifiques initiaux) mais également une gradation

des réactions car selon les situations, les réactions et les questionnements du personnel varient, font appel à différents mécanismes et entraînent potentiellement des répercussions sur le fonctionnement des équipes. C'est sur cet axe que va se porter notre intérêt à présent.

Les manifestations entre deux résidents peuvent être décrites avec des adjectifs appartenant au champ lexical de l'amour platonique, asexué. Cela fait écho à une infantilisation inconsciente de la personne âgée qui est perçue sous l'angle de la perte d'autonomie, donc en besoin de protection (Liffraud, 2013), ce qui fait que le passage à l'acte sexuel entre deux résidents est inattendu et surprend les professionnels :

S13 : « Ce monsieur est tombé amoureux de sa voisine en face de chez lui. Ils sont tombés **amoureux** tous les deux. Au début, c'était vraiment tout **mignon**, c'était **charmant** et on voyait bien qu'elle appréciait bien de se faire **courtiser**. Mais petit à petit, cette relation, ils ont commencé à se donner des **baisers, des bisous** devant tout le monde. Mais cela restait encore soft, léger, des petits bisous c'est **attendrissant**. Jusqu'au jour où, ben oui la veilleuse de nuit un soir a trouvé le monsieur dans le lit de la dame. (...) en fait le sujet nous en tant que soignants, cela nous dérangeait pas trop du fait qu'ils dormaient ensemble... Après, c'est vrai qu'on s'est pas posé la question : « *ok ils dorment ensemble, mais est-ce qu'ils ont des rapports sexuels ?* » mais on **voulait pas en entendre parler** ».

H02 : « Quand on a trouvé nos deux **amoureux ensemble** (*rires gênés*), la collègue je pense était très surprise, ne s'y attendait pas du tout et a crié. (...) du coup, je sais pas quelle réaction j'aurais eue, mais de **crier en voyant** qu'ils sont en train de... je sais pas comment le dire... de faire des câlins ? Je sais pas, poliment... C'est pas la bonne réaction (...) ».

Dans ces deux témoignages, les représentations de la sexualité des personnes âgées évoquées en première partie apparaissent en filigrane mais les situations - entre deux résidents - n'ont en soi pas eu de conséquences sur l'intégrité physique des professionnels. Par contre, dans les témoignages ci-dessous, les professionnelles ont d'elles-mêmes tenu à mettre une distance physique avec un résident :

S09 : « (...) j'ai été confrontée à un monsieur qui était très avenant, qui aimait beaucoup les femmes, qui me le disait clairement, et puis, plus on était jeune, mieux c'était, forcément... C'est vrai qu'il était... Il fallait **limiter le contact**, il fallait vraiment le laisser faire sa toilette, il fallait vraiment limiter les contacts physiques, il fallait faire **attention** aux gestes que l'on faisait parce que justement il pouvait très **vite s'emporter** et... et puis éprouver de la **violence**, même, cela pouvait être, voilà, il mettait de la force quoi, dans les gestes, ses bras, ça pouvait être vite compliqué.... C'est resté verbal parce que j'ai mis des distances physiques aussi, parce que je pense que cela aurait pu **déborder**, je pense. C'était pour le coup des propos relativement grossiers et l'image de la femme plutôt dégradée quoi... »

H01 : « en fait pendant de longs mois je **suis restée hyper froide** avec ce monsieur, très très froide, jusqu'à ce qu'un jour c'était fini, c'était terminé... Il n'a plus, rien du tout... mais venant de moi-même, je ne lui ai pas dit verbalement « *arrêtez s'il vous plait ça me gêne* » ou des choses comme ça, je n'ai rien dit du tout. **Physiquement, j'ai mis beaucoup de distance** ».

Le personnel va également chercher à protéger aussi bien les autres résidents, les familles que les professionnels lorsque les manifestations sexuelles ont lieu dans les pièces communes :

H02 : « On a un résident assez **grossier et assez vulgaire** avec presque toutes les collègues (...) cela ne m'atteint pas car je sais qu'il perd un peu la tête mais cela peut être choquant s'il y a des familles autour, s'il y a des résidents encore assez lucides, car tous ne sont pas déments, d'entendre les propos qu'il tient, c'est principalement dirigé sur le personnel (...) Ma réaction [a été de] lui demander d'aller faire ça dans sa chambre, lorsqu'il se touchait dans l'entrée, et lors de propos

grossiers j'ai tenté de le recadrer puisqu'il avait un comportement déplacé qui ne permettait plus qu'il mange avec nous en salle à manger avec les autres résidents ».

En fonction des situations, les directions ne réagiront pas nécessairement de la même façon et les potentielles conséquences seront également différentes :

D05 : « Selon le couple de résidents, les familles, **je changerai mon fusil d'épaule** ».

Ainsi, dans certaines circonstances, le devoir de protection du personnel peut être priorisé :

D02 : « (...) en fait il y a deux notions, la notion de **deux résidents** qui tombent amoureux l'un de l'autre, donc **avec troubles ou sans troubles**, donc là c'est déjà deux choses à différencier, on ne le traite pas pareil (...) Le cas de ce résident qui a des troubles cognitifs et fait des allusions envers le personnel, là c'est autre chose. Là c'est pareil, c'est un résident, les avis ont beaucoup divergé, moi les conseils dans un premier temps puisque c'est envers le personnel, donc moi j'ai un **devoir de protection du personnel, avant même de penser à ce que souhaitait le résident**, je voulais quand même mettre à l'écart et protéger le personnel. Sachant qu'il n'y avait pas eu de violences, mais enfin cela avait été assez insistant (...) »

Mais le personnel peut aussi être amené à considérer que la direction a manqué à son devoir de protection s'il n'a pas été pris au sérieux alors qu'il était en demande de soutien. Or, ne pas prendre au sérieux une demande de soutien d'un professionnel peut générer des tensions au sein de l'établissement et le pourrissement de la situation, évoqué en première partie, posera alors une problématique managériale latente :

P03 : « (...) Vous en parlez à vos collègues, enfin, c'est un autre débat, et à votre direction, **la direction éclate de rire...** Donc il a fallu que je me fâche un petit peu, que je dise que si cela avait été une fille qui avait été à ma place, cela aurait été pris en considération... j'avais menacé un petit peu la direction de... Bon, après, il n'y a **pas eu de suite** (...) simplement pendant quelque temps je montais toujours dans la chambre avec une collègue, jamais seul. C'était une initiative de ma part. Les éclats de rire de la direction... c'est **pas bien géré du tout, j'étais pas pris au sérieux** ».

Le participant P03 a fait allusion à une discrimination genrée dans ce cas : un homme qui se plaint de manifestations sexuelles (de harcèlement ?) n'est pas pris au sérieux comme une femme l'aurait été à sa place. L'enquête a recueilli au total deux témoignages sur ce point. Dans le cas de cette professionnelle, elle ne s'est pas ouverte de cet incident à sa hiérarchie :

S12 : « (...) la dernière fois, je me suis fâchée avec l'infirmier, parce que Monsieur X voulait me caresser la poitrine, je lui ai dit non. L'infirmier est arrivé à ce moment-là, et quand je lui ai dit à l'infirmier, l'infirmier m'a dit : « *ben oui mais avec, avec ton physique, c'est normal !* » (...) Je lui ai dit « *ça, je ne suis pas d'accord, tu dois pas lui donner raison, tu dois pas aller dans son sens, euh, si, si moi je fais une position de retrait, euh...* ». Alors, bah il m'a dit : « *oui mais c'est pour plaisanter !* » Mais non ! Je, enfin (...) Donc lui, le résident était mort de rire hein, il n'y a pas d'autre terme, il rigolait, il a plaisanté avec l'infirmier, donc moi, derrière, mon autorité elle était anéantie (...) Je sais une chose, je n'en reparlerai jamais avec l'infirmier. C'est-à-dire que la prochaine fois que j'ai un problème avec ce résident, euh, si c'est cet infirmier, je, voilà, j'irai pas, j'irai pas le voir en lui disant « *recadre-le* », parce que, voilà. Je, je réglerai le problème je sais comment, autrement, je dirai à une collègue de prendre le relais pour faire sa toilette (...) »

Parmi les difficultés exprimées lors des entretiens, on trouve des situations où un résident n'est pas pris au sérieux parce qu'il présente des troubles cognitifs :

S10 : « Pour Monsieur X qui a été retrouvé dans le couloir en train de se masturber en regardant une autre résidente (...) La collègue qui l'a vu, l'a de suite... elle est intervenue de suite (...) parfois **on n'écoute pas forcément la parole d'un résident**, en tout cas moins parce qu'il a des troubles. Par

exemple, [ce monsieur], il avait été signalé plusieurs fois... Je sais que moi justement, je l'avais déjà signalé que Madame Z qui a la chambre en face, avait peur régulièrement, donc est-ce que cela s'est pas déjà produit ? Parce que, moi elle m'a déjà dit : « *fermez-moi bien la porte parce qu'il me regarde dans le lit* » (...) Et elle a eu une période où ça a duré un petit moment, où justement elle avait, elle réclamait régulièrement. En fait, alors, on a pris sa parole mais peut-être pas assez parce qu'après, le fait qu'on le retrouve devant Madame Y, c'est arrivé après. Cela a été écouté mais peut-être pas suffisamment, en se disant « *oui mais bon, peut-être qu'elle déraile* », voilà. Mais peut-être que finalement elle déraillait pas et que c'était vrai. Mais il y a eu une période où Madame Z était angoissée beaucoup ».

La problématique du consentement (qui a fait l'objet d'une catégorie propre dans la matrice) est un thème évoqué par toutes les catégories de professionnels sans exception et revient fréquemment lorsque les participants relatent une situation. Les professionnels sont dans le questionnement, seuls ou avec leurs collègues, et le principe de l'approche au cas par cas est souvent mis en avant :

C01 : « L'idée, c'était d'arriver à savoir si malgré les troubles et notre difficulté elle est là, malgré les troubles, est-ce que les gens sont consentants. C'est le consentement. Parce que dans la démence on peut retrouver de **fausses reconnaissances** mais si les deux de chaque côté sont d'accord, il n'y a pas de souci, mais la difficulté elle est là (...) C'est tellement individuel, avec la situation personnelle du résident, est-ce qu'il a des troubles ou pas, est-ce que c'est consenti ou pas, est-ce que c'est avec quelqu'un ou c'est seul, qu'il faut vraiment individualiser, et faire du cas par cas ».

D02 : « Dans le cadre des droits et libertés, le problème c'est que quand il y a des troubles cognitifs, on sait que ces troubles provoquent une désinhibition importante et déraisonnée, enfin il y a quelque chose qui n'est plus contrôlé. Les personnes ne sont plus forcément maîtres de ce qu'elles font... Jusqu'où on peut leur autoriser ça ? Parce qu'on a toujours cette crainte de dire : est-ce qu'elles ont envie, ce n'est pas l'autre qui va abuser, vont-elles savoir dire non ? Entre deux déments par exemple, c'est très très délicat, parce qu'on se dit oui mais elle veut ça, mais de la même façon qu'elle fait des choses incohérentes (...) un rapport sexuel, comment elle va le vivre derrière, parce qu'à un moment donné, c'était ce qu'elle voulait dans sa démence, dans son délire, mais (...) Donc voilà, il y a tout un tas de... le problème c'est que c'est complexe quoi ».

Même si le cas par cas est de fait la solution privilégiée, c'est souvent par défaut, parce qu'il n'existe pas d'outils pour « encadrer » les réactions du personnel. Il y a également la reconnaissance de la difficulté de l'exercice :

D04 : « (...) il faudrait qu'on ait une procédure, un protocole à mettre en place quand on le sait ».

P05 : « Il n'y a pas tellement eu de gestion à mettre en place, et tout, ça s'est fait comme ça. Il y a eu le fait, puis après la discussion, et savoir un petit peu comment résoudre, mais il n'y a pas eu de protocole de mis en place, ou pas des choses comme ça ».

C02 : « Je ne dirais pas que c'était des décisions prises en équipe, je dirais qu'on a laissé faire. On a laissé, oui, c'était instauré, c'était accepté, c'était un peu raillé par certaines personnes, des collègues qui en riaient... mais on n'a rien fait pour empêcher ça réellement, quoi. Et est-ce qu'on avait le droit d'empêcher ça, d'ailleurs ? »

La confirmation du consentement ou non ne solutionne pas tout : parfois que le consentement ou le non consentement soit confirmé ne rend pas la situation moins délicate :

C03 : « (...) la dame avait des troubles, elle pouvait quand même s'exprimer et elle n'a émis aucun propos disant qu'elle avait été agressée (...) nous on était quand même inquiets car on savait qu'au niveau comportement, ce résident avait un passif de violence, de maltraitant, il avait été maltraité dans son enfance ».

D07 : « [On a eu une] situation de non consentement d'un résident vis-à-vis d'une résidente qui avait de très gros troubles cognitifs, donc ça ça nous a posé problème (...) Il y a plusieurs aspects. Là, on était quand même (...) On était vraiment dans l'objet sexuel. Il avait une activité sexuelle encore débordante, il n'était pas jeune du tout, ça nous a posé des problèmes. Lui avait sa tête, elle était à un stade très avancé de Alzheimer, et on l'a surpris plusieurs fois aller dans sa chambre, lui faire des attouchements. Ça a été super compliqué, c'est compliqué du point de vue éthique. Bien sûr je l'ai reçu, bien sûr comme il avait une grande partie de sa tête, je lui ai dit tout ce que j'avais à lui dire, le médecin aussi, la psy aussi, ça a quand même continué. C'est compliqué (...) On en a parlé à son frère et à sa sœur qui étaient dans un déni incroyable. Donc on n'a pas eu tellement d'aide de ce côté-là. Avec du recul je sais pas avec du recul si c'était la bonne idée, en tout cas ça a été la solution qu'on avait retenue. On s'en est sortis, je me demande si on n'a pas fini par le mettre sous camisole chimique, un peu, ce monsieur, quand même, à force. Je me demande si on n'en est pas venu à ça. Parce que c'était plus possible, c'est compliqué, c'est compliqué. Après, en tout cas, on n'a pas fait de démarches au niveau de la police. Donc, j'ai eu ça et c'était pas très agréable ».

L'assistance sexuelle et la prostitution ont été évoquées à l'initiative de quelques participants des catégories « Admin. et social », « Paramédicaux » et « Direction ». A chaque fois, le cadre réglementaire n'est pas nécessairement bien connu :

D02 : « Moi j'avais eu le cas... est-ce que c'est des vérités ou pas, je... qui m'avait dit : « *un monsieur fait venir quelqu'un...* » C'était dans un autre établissement, pas le mien. Alors la direction ou la tutrice, je ne sais pas. En fait, c'est pas légal... ou alors lui l'appelle directement... un monsieur cognitivement n'a pas de problème et souhaite avoir une activité sexuelle, on fait comment ? Si la direction ne fait pas venir quelqu'un, que c'est lui qui appelle directement ? »

A06 : « Je me suis demandé s'il existe, comme ça existe pour certaines personnes handicapées, un système de mettre en relation des personnes qui viennent (...) pour qu'une personne puisse avoir un peu de plaisir sexuel grâce à une autre personne, je sais que cela existe, a priori cela pourrait se rapprocher de la prostitution... »

P03 : « (...) l'idéal, ce serait qu'on puisse avoir des prostituées, en fait. Pourquoi pas. Ou, de leur proposer des revues pornographiques, ou des choses comme ça (...) ».

A02 : « (...) le métier d'assistant sexuel, que l'on retrouve beaucoup auprès du handicap pour des jeunes, des jeunes hommes ou des jeunes femmes, pour qu'ils puissent continuer à avoir une sexualité, et je trouve dommage qu'on puisse pas pour le moment en tout cas aller au-delà de cela et que cela puisse pousser vers les personnes âgées si elles en ressentent vraiment le besoin ».

Par ailleurs, une pratique sexuelle peu commune a été abordée dans quelques entretiens, puisque des participants y ont été confrontés, d'où l'étude en première partie du cadre réglementaire afférent de la zoophilie ou pornographie zoophile :

D06 : « Un monsieur adepte de **zoophilie**. Ça c'était beaucoup plus complexe pour les professionnels. Je sais qu'ils étaient parfois mal à l'aise, notamment quand ils rentraient en cours de visionnage (...) après c'est très personnel, mais sur la zoophilie, de l'incompréhension et du dégoût, ça c'est certain ».

Dans l'état actuel de la législation, visionner de la pornographie zoophile n'est pas interdit et dans le cas où la proposition de loi (mentionnée en première partie) serait votée, il n'y aurait pas de rétroactivité.

Bien que la fréquence des situations rencontrées varie de manière conséquente selon la fonction occupée, l'ensemble des professionnels d'un EHPAD est confronté aux manifestations sexuelles des résidents, que ce soit en les surprénant dans la chambre, enfreignant ainsi involontairement

leur intimité, soit parce que la personne âgée va tenir des propos à connotations sexuelles ou bien manifester physiquement sa sexualité dans les lieux communs : couloir, salon, hall d'entrée... Les réactions des professionnels seront aussi variées que la palette des émotions et seront fonction de nombreux facteurs (représentations personnelles, expérience, état de fatigue, etc.). Il ressort également, quelle que soit la catégorie de professionnels (catégorie au sens de notre enquête), une importante demande de libération de la parole, de partages, de formations et de cadre de la part de la direction.

Chapitre 3. Préconisations

L'objectif général de l'enquête de terrain était de proposer des préconisations à l'attention des directeurs d'EHPAD sur le sujet de la sexualité des résidents. L'analyse du corpus d'entretiens, associée aux enseignements tirés de la lecture de publications sur le sujet, permet à présent de distinguer un certain nombre de préconisations d'actions concrètes visant à apporter des réponses aux questionnements et aux suggestions les plus fréquents et saillants issus des entretiens de l'enquête. Aussi, par ordre chronologique de mise en place, nous verrons tout d'abord la préconisation de l'instauration d'un comité éthique, ensuite, l'élaboration de procédures en cas de comportements sexuels inadaptés, et enfin l'intégration de la sexualité dans le projet d'accompagnement personnalisé des résidents et dans le projet d'établissement.

1) Instauration d'un comité éthique

Interrogés lors des entretiens sur leurs suggestions envers la direction, les participants ont dans leur très grande majorité exprimé la demande, leur intérêt pour des formations, qu'ils ont dénommées de différentes façons (« formations », « sensibilisations », « cours », etc.). En effet, les entretiens ont confirmé que les professionnels, toutes catégories confondues, ne reçoivent aucune formation à la sexualité des personnes âgées. Seuls quatre participants ont indiqué en avoir reçue, pour deux d'entre eux c'était au cours de leur carrière précédente (hors EHPAD). Il est intéressant de noter que pour plusieurs participants, la suggestion de formation est valable non pas pour soi mais pour les autres (« Pas pour moi, plutôt pour mes collègues, les mettre dans des situations qu'elles pourraient avoir à confronter », suggère cette collaboratrice).

Les personnels cadres et non cadres, soignants et non soignants, ont formulé leurs suggestions autour de :

- L'amélioration de l'information sur la sexualité des personnes âgées avec ou sans pathologies cognitives ;
- La libération de la parole ;
- La réflexion, l'analyse ;
- La venue d'intervenants externes.

Ces suggestions ont toutes en commun le partage (des expériences, des ressentis, de la connaissance, d'information), la communication.

D'aucuns réagiront à ces lignes en disant que des réunions ont déjà lieu presque quotidiennement et que le risque est de ne plus avoir le temps de s'occuper des résidents. L'un des directeurs participant à l'enquête a également prévenu que l'« on peut former l'équipe mais on ne maîtrise pas ce qu'ils vont dire après, c'est un équilibre compliqué ». En effet, les représentations et les habitudes ne se changent pas aussi facilement et rapidement que le temps d'une formation, la première partie l'a longuement évoqué. C'est justement tout l'intérêt de faire appel aux recommandations de Casagrande (2016) évoquées plus haut, sur l'application de l'éthique de la discussion grâce à une « méthodologie de réflexion adéquate », dans un espace « où, de manière authentique, le manager peut trouver des contradicteurs dont le vocabulaire, les priorités, la formation, le métier sont différents du sien et donc source d'enrichissement de la discussion ». Il ne s'agit pas d'aboutir à une prise de décision « idéale » ni de parvenir à un consensus : les décisions découleront d'une argumentation à plusieurs.

⇒ La première préconisation est donc celle de l'instauration d'un comité éthique au sein de chaque établissement.

L'instauration d'un comité éthique présente un double avantage : il peut se saisir de tout autre sujet pertinent à l'établissement, pas seulement la sexualité, et peut être un facilitateur pour la tenue de formations à l'attention de l'ensemble du personnel. Cet « espace dédié » sera l'occasion de libérer la parole, l'animation de séances de formations, d'information adaptées au temps disponible et aux besoins (avec des jeux de rôle, des projections de films, de diaporama, comme suggérés par des participants). En effet, animé par un collègue interne de collaborateurs, le comité peut faire appel à des expertises externes ponctuellement : des neurologues, des gynécologues, des philosophes, des avocats, des éducateurs spécialisés dans le handicap, des universitaires, des artistes, etc. Quelques organismes ont commencé à développer des programmes de formations sur la sexualité des personnes âgées en ESMS et peuvent également être sollicités pour échanger sur leurs offres.

Certains préféreront organiser quelques formations sans l'instauration d'un comité éthique. Nous ne conseillons pas cette approche : les formations sur des sujets nécessitant une réflexion éthique sont indissociables d'une dynamique d'un comité éthique.

Ce comité pourra ainsi aborder d'autres thématiques liées à la sexualité pour favoriser l'épanouissement des résidents : les maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'homosexualité. Nous avons évoqué ces points en première partie, notamment sur le fait qu'avec les nouvelles générations de personnes âgées, les EHPAD allaient devoir se saisir de ces sujets. Il est instructif de voir que dans cette enquête, seul un participant a parlé de préservatif et un autre a rapidement mentionné « du moment que tout le monde se protège ». Le mot MST n'a jamais été prononcé. En effet, le guide d'entretien était volontairement silencieux sur ces sujets afin de ne pas influencer le récit des participants. Les participants n'en ont jamais parlé d'eux-mêmes. Cela corrobore les éléments étudiés en première partie, à savoir, la représentation sociétale est celle d'une personne âgée asexuée. Par ailleurs, l'homosexualité a été évoquée

spontanément par des participants ayant été victimes de discriminations homophobes de la part de résidents et par des participants ayant rapporté des situations, rares, impliquant la sexualité de résidents homosexuels.

Le sujet du passage de relais lors d'une toilette difficile serait également pertinent en comité éthique : selon certains participants à l'enquête, passer le relais est parfois rappelé en réunions d'équipe mais certains professionnels ne l'auraient pas intégré comme une solution acceptable. Se pose le problème de la viabilité de cette solution (« Si toutes réagissent ainsi, qui s'occupera de ce résident ? », questionnait une participante) et notamment, dans les cas où le personnel travaille en mode dégradé.

Pour la composition du comité d'éthique, l'ANESM (2010) fait des recommandations sur la composition des collèges interne et externe (les intervenants externes) : outre celle du personnel soignant, la présence de l'animateur, de l'agent administratif, d'une personne âgée et de représentants du conseil de la vie sociale est suggérée. La suggestion d'inclure des résidents et des familles dans la réflexion a été effectivement proposée par quelques participants lors de l'enquête. Nous recommandons d'aller plus loin, d'inclure également dans le comité un membre du personnel ASH, le psychologue, et selon les structures, un ergothérapeute ou un psychomotricien.

L'ANESM suggère également qu'un comité éthique soit commun à plusieurs structures du département. Cela pourrait être étudié dans un premier temps au sein d'un même groupe ou d'association d'EHPAD et s'appuyer sur un groupement de coopération sanitaire et médico-social ou une communauté professionnelle territoriale de santé.

Le directeur d'établissement doit impulser la dynamique et l'accompagner afin de lui donner, grâce à son autorité de manager, la légitimité nécessaire pour que le collège interne s'approprie cet espace et le fasse vivre. La pérennisation passera à terme par la confiance et l'adhésion de l'ensemble du personnel. Aussi, dans les premiers temps de la mise en place du comité éthique ou de la réactivation d'un comité quelque peu ensommeillé, il pourrait être enrichissant de recevoir les conseils, un accompagnement d'une personne ayant l'expérience d'un comité éthique en ESMS.

Le comité éthique est un préalable aux préconisations qui suivent.

2) Elaboration de conduites à tenir en cas de comportements inadaptés

Le second grand thème de suggestions qui ressort est celui que nous appelons ici « besoin d'aiguillage » ou cadres, c'est-à-dire les demandes, par ordre décroissant dans la fréquence d'occurrences lors des entretiens pour avoir des : « limites », « protocoles », « outils », « bonnes pratiques », « trames », « conduites à tenir », etc.

Plusieurs participants ont exprimé cette demande « d'aiguillage » tout en convenant d'une part, que la sexualité est un sujet tabou, délicat et dépendant de la culture, de la société et de la

subjectivité des personnes - certains participants souhaitent justement la libération de la parole pour dédramatiser le sujet et le rendre banal - et d'autre part, que c'est difficile de mettre un cadre à un sujet qui est particulier et qui nécessite une gestion au cas par cas. Les situations rencontrées sont en effet marquées par une grande diversité, comme l'ont montré les résultats de l'enquête sur la gradation de la sexualité et des réactions du personnel.

Ce besoin d'aiguillage est à relier avec les ressentis analysés également plus haut, les questionnements redondants autour de « que faire ? », « comment réagir ? », etc., et la peur d'être accusés de négligence en tant que professionnels.

⇒ La seconde préconisation est celle de définir des conduites à tenir en cas de comportements sexuels inadaptés.

Quand elle répond aux questionnements des professionnels, la procédure est rassurante. C'est également un outil de diffusion de consignes utile lorsqu'il y a beaucoup de *turnover* et de professionnels intérimaires : ils n'ont souvent pas de passation avec un membre de l'équipe et les seules sources d'information à leur disposition sont les classeurs de procédures et autres documents imprimés.

La définition de conduites à tenir, de procédures, concernerait les comportements sexuels inadaptés qu'ils découlent d'une pathologie, d'un trouble psycho-comportemental ou non. En outre, une gradation des situations rencontrées et des actions à mener doit pouvoir être proposée.

Le Cercle Vulnérabilités et Société (2021) a suggéré comme action concrète que sur la base du travail du comité éthique soient établies des « procédures à tenir en cas de conduite de proximité inadaptée, suspicion ou survenue avérée d'agression sexuelle, détaillant le cadre légal, les éléments déclencheurs, les personnes à contacter et les autorités à prévenir, les actions à mener et les documents à remplir ». Les entretiens menés dans le cadre de l'enquête ont fait ressortir quelques cas de situations avérées ou suspectées d'agressions et beaucoup plus de cas relevant de « conduites de proximité inadaptée ». Dans le cas d'une agression, le cadre légal et les actions découlant de l'identification du type d'agression doivent effectivement pouvoir être rapidement cernés. Des procédures clarifiant ces points ignorés des professionnels jusqu'à présent seront un préalable d'une grande utilité pour les équipes. Dans le cas de « conduites de proximité inadaptée », il est possible que les aspects légaux aient moins de pertinence, par contre, des cas concrets pourraient servir d'exemples pour permettre une meilleure visualisation de ce dont il s'agit (par exemple, en cas de résident qui se déshabille et se masturbe dans un lieu collectif, comment faire, etc.).

Les procédures développées seront le reflet de ce que l'établissement a décidé de mettre en place de manière pragmatique, à l'issue des réflexions menées au sein du comité éthique, éventuellement accompagné par des intervenants externes selon la maturité de l'établissement.

3) Intégration de la sexualité dans le PAP et le projet d'établissement

Par ailleurs, l'enquête a permis de faire ressortir des propositions concrètes de la part des participants concernant :

- L'intégration dans les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) et dans le projet d'établissement d'un cadre spécifique à la sexualité ;
- Le rappel, régulièrement, de la règle de frapper et attendre avant d'entrer dans les chambres de résidents. Plusieurs participants ont reconnu spontanément que dans la pratique, ils avaient tendance à négliger l'étape de l'attente avant d'entrer ;
- Mettre en place un système de petits signes aux portes des chambres où l'on sait que le résident est en besoin d'intimité ;
- La mise à disposition de publications pornographiques et de *sex toys* ;
- La mise à disposition de lits doubles et de chambres pour couples.

Ces suggestions peuvent toutes être rendues opérationnelles au niveau d'un établissement sur décision de la direction, hormis la dernière, relative aux lits doubles et aux chambres pour couple. Concrètement, ce point est soumis à des contraintes structurelles qui nécessitent d'autres discussions et d'autres financements. Cela a d'ailleurs été évoqué dans des rapports des pouvoirs publics comme nous l'avons vu en première partie, cela requiert en effet des délais d'adaptation plus longs en termes d'architecture.

Pour le reste, les suggestions peuvent être regroupées en deux :

a. Suggestion pouvant être mise en œuvre immédiatement :

- Le rappel de la règle de frapper et attendre avant d'entrer dans les chambres de résidents ; cela peut être fait en réunions pluridisciplinaires, en transmission. Tout le personnel étant potentiellement concerné, y compris l'animateur, il convient de s'assurer que le message soit communiqué à l'ensemble du personnel. Des professionnels pourraient opposer le manque de temps ; si la direction définit clairement l'objectif de respect de l'intimité comme une priorité, la règle de frapper et attendre avant d'entrer sera reprise par le personnel. Des rappels réguliers seront utiles.

b. Suggestions nécessitant l'inclusion dans les réflexions du comité éthique avant action :

- La mise en place d'un système de petits signes aux portes des chambres où l'on sait que le résident est en besoin d'intimité : les professionnels connaissent les résidents qui sont dans l'établissement depuis un certain temps mais quel système adopter, dans quelles circonstances ? Le secteur du handicap utilise des pictogrammes, cela pourrait être repris.
- La mise à disposition de publications pornographiques et de *sex toys* ; cela demande au préalable de la communication et de la pédagogie en interne pour s'assurer l'adhésion du personnel.
- L'intégration dans les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) et dans le projet d'établissement d'un cadre spécifique à la sexualité, sur l'exemple de ce qui a pu être

développé dans le secteur du handicap. Les *sex toys* et supports pornographiques peuvent être ainsi inclus dans le PAP.

Ces trois dernières suggestions sont en effet indissociables d'une dynamique collégiale, d'une politique stratégique de l'établissement en faveur du respect de l'intimité et de la sexualité des résidents. Cela requiert un engagement managérial afin de définir comme priorité ce type d'actions au sein de l'établissement, de la même façon que certains établissements se sont intéressés spécifiquement au travail sur la douleur, sur l'accompagnement en fin de vie, etc.

⇒ La préconisation est d'intégrer la sexualité dans le projet d'établissement et dans les PAP.

Il n'est pas nécessaire que le projet d'établissement soit mis à jour pour lancer l'intégration de la sexualité dans les PAP. Par contre, il est indispensable que le comité éthique soit opérationnel pour que la décision de l'adaptation des PAP soit actée à l'issue d'une réflexion collégiale, afin de s'assurer l'adhésion du plus grand nombre de collaborateurs. Comme indiqué pour l'instauration du comité d'éthique, un accompagnement dédié aux PAP par une personne ayant une expérience par ailleurs pourrait être envisagé dans les premiers temps.

Le corpus d'entretien a été d'une impressionnante richesse de suggestions et encore une fois, le constat est celui de l'homogénéité dans le contenu malgré l'hétérogénéité des profils de participants. Le travail d'analyse a ainsi abouti à l'identification de ces trois grandes préconisations que nous venons de voir. Elles se veulent pragmatiques mais effectivement, elles ne seront pas mises en place en quelques jours seulement. C'est difficilement concevable, après l'étude des fondements théoriques et conceptuels présentée en première partie, de prétendre avoir des solutions toutes faites pour répondre aux problématiques d'un sujet aussi complexe et tabou que la sexualité des personnes âgées en EHPAD. Aussi, les préconisations proposées nécessitent une décision managériale préalable : l'engagement de l'établissement dans un processus de réflexions éthiques afin de pouvoir développer des solutions d'accompagnement concrètes pour les professionnels.

Ces préconisations invitent les directeurs à aller à l'encontre de la tentation de « l'homme normal » qui, pour Laforcade (Casagrande & Laforcade, 2016) « sommeille en chacun d'entre nous [et] complotte à notre insu pour nous inviter à arrêter de penser ».

Conclusion

Ce mémoire avait un objectif de préconisations concrètes et pragmatiques à l'attention des directions d'EHPAD qui souhaitent que leur établissement se saisisse du sujet de la sexualité de leurs résidents. L'enquête a montré que ce sujet existe en effet de manière autonome : que les professionnels appréhendent ou non la sexualité, elle s'impose à eux à travers ses manifestations. Les préconisations essaient de concilier les obligations de garantir les droits et les libertés du résident et celle de protection du personnel. Permettre aux professionnels de verbaliser leurs difficultés, proposer des réponses à leurs questionnements participent à l'adhésion du personnel aux décisions et contribue à la promotion de la qualité de vie au travail (QVT). Car un espace dédié au partage, à l'information, est un outil de la QVT.

Un certain nombre de limites sont à prendre en compte à la lecture de ce mémoire. Tout d'abord, la parole n'a pas été donnée aux résidents ni aux familles. Ce choix a été fait assez tôt dans la réflexion autour de la définition du sujet : s'entretenir avec des personnes souffrant de pathologies cognitives requiert des précautions particulières que l'auteurice - formée à certaines techniques d'entretien dans sa carrière précédente - ne considérait pas pouvoir maîtriser dans le délai imparti pour la réalisation de ce mémoire. Ce souci préalable se rapproche du principe de « *Do No Harm* » (« Agir sans nuire ») appliqué aux actions entreprises par les acteurs de solidarité internationale et humanitaires. D'autre part, le personnel travaillant de nuit n'a pas été sollicité pour des raisons pratiques. Pourtant, leurs témoignages mériteraient d'être recueillis et cela pourrait faire l'objet du travail d'un comité d'éthique d'inclure de manière globale les équipes de jour et de nuit dans les formations et certaines sessions. Par ailleurs, plusieurs professionnels sollicités pour un entretien ont répondu : « *je vais voir si j'ai le temps* »... La technique de « la boule de neige » a en ce sens été instructive : certaines personnes « *à qui il faut que vous alliez parler* » n'ont manifesté aucun désir de participer à cette enquête, ce qui a bien évidemment été respecté. Ces silences traduisent beaucoup de choses. La participation volontaire est effectivement un biais de sélection : qu'ont à partager les personnes qui n'ont pas souhaité participer ?

Une autre limite a tenu dans les consignes à respecter pour la rédaction de ce travail en termes de délais et de nombre de pages. Le corpus d'entretiens est d'une telle richesse que beaucoup d'enseignements qu'ils ont apportés ne peuvent apparaître dans ce mémoire. Seuls les éléments prédominants ont été présentés. De même, le choix a été fait de ne pas communiquer l'intégralité des entretiens, par souci de confidentialité et d'assurer l'anonymat. Quelques extraits seulement sont donc disponibles en annexes 12 et 13.

Au sujet des assistants, ou aidants sexuels, qui ont été évoqués lors de l'enquête, le gouvernement ayant déclaré début 2020 y être favorable, il se pourrait que les débats reprennent dans quelques temps. De là à ce que la législation soit modifiée, cela prendra probablement des années.

L'enquête que nous avons menée n'a pas permis de faire ressortir de différences notables entre les établissements privés lucratifs et privés non lucratifs. La préoccupation de l'*EHPAD bashing* est apparue dans plusieurs entretiens avec des directions d'établissements. Il serait intéressant de pouvoir analyser, dans une étude ultérieure, les différences d'approches en communication externe et en communication de crise entre des établissements de statuts différents, en quoi cela influence leur communication avec les familles par exemple.

Enfin, une prochaine étude sur les EHPAD mériterait de mener une réflexion sur les précautions nécessaires pour le recueil de la parole des résidents.

« Fermez doucement la porte derrière vous. »

Françoise Héritier

Bibliographie

- Allier, E. (2021). *Le vieillissement des personnes LGBT+ nécessite une révolution inclusive*. Accès <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210318-societe-le-vieillissement-des-personnes-lgbt-necessite-une>
- Amyot, J. (2011). Vieillesse et sexualité : interdits et dénis : Le défi Cythère. Dans : Philippe Pitaud éd., *Sexualité, handicaps et vieillissement* (pp. 55-73). Toulouse : Érès.
- ANESM. (2010). *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Accès https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese_recommandation_ethique_anesm.pdf
- Article 225-6 du code pénal.
- Article 225-10 du code pénal.
- Ashforth, B.E., Kreiner, G.E., Clark, M.A. & Fugate, M. (2007). Normalizing Dirty Work: Managerial Tactics for Countering Occupational Taint. *AMJ*, 50(1). <https://doi.org/10.5465/amj.2007.24162092>
- Assemblée nationale. (2018). Evolution de la démarche qualité au sein des EHPAD. Rapport d'information n°1214 de l'Assemblée nationale. Accès https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b1214_rapport-information.pdf
- Association pour adultes et jeunes handicapés – APAJH. (2019). *Une Charte Intimité, vie affective et sexuelle*. Accès : <https://www.apajh.org/une-charte-intimite-vie-affective-et-sexuelle/>
- Badelon, C. & Maulino, F. (2016). Le devenir du couple en ehpad. *Le Journal des psychologues*, 336, 35-42. <https://doi.org/10.3917/jdp.336.0035>
- Bajos, N. & Bozon, M. (Dir.). (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte. <https://doi.org/10.4000/clio.9780>
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R. & Beattie, E. (2014). Supporting residents' expression of sexuality: the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatrics*, 14(82). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>
- Bernard, A. (1995). La protection de l'intimité par le droit privé : Éloge du ragot ou comment vices exposés engendrent vertu, in Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie, *Le for intérieur* (pp. 153-179). Paris : PUF.
- Bonaventur, O. (2016). Chapitre 3. Manager à vif. In A. Casagrande & M. Laforcade (Dir.). *Ethique et management du soin et de l'accompagnement*. (pp. 65-84). Paris : Dunod.
- Bonnard, M. (2019). L'homosexualité et le droit. In A. Giami & B. Py (Dir.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?* (pp. 251-263). France : Editions des archives contemporaines.
- Bouman, W.P., Arcelus, J. & Benbow, S.M. (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*, 22(1). <https://doi.org/10.1080/14681990600637630>

- Brami, G. (2010). Ethique du management, bienveillance et EHPAD. *La Revue Hospitalière de France*, 535, 37-39.
- Brasseur, P. (2016). De la mixité au droit : sexualité et intimité dans les institutions accueillant malades et handicapés depuis les années 1970. *Sexologies*, (25)3, 107-113.
- Brasseur, P. (2017). *L'invention de l'assistance sexuelle : socio-histoire d'un problème public français*. Thèse de doctorat inédite, Université de Lille.
- Brasseur, P. & Detuncq, P. (2014). L'assistance sexuelle : qu'est-ce à dire ? Quels enjeux ?, *VST - Vie sociale et traitements*, 123(3), 51-56.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA. (2019). *La situation des EHPAD en 2017*. Accès https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf
- CA Paris - Arrêt n°15/07071 du 9 mars 2016. Cour d'appel de Paris.
- Casagrande, A. (2016). Chapitre 1. Petits pas vers une éthique du management. In A. Casagrande & M. Laforcade (Dir.), *Éthique et management du soin et de l'accompagnement* (pp. 25-48). Paris : Dunod.
- Casagrande, A. & Laforcade, M. (Dir.). (2016). *Ethique et management du soin et de l'accompagnement*. Paris : Dunod.
- CEDH - Arrêt K.A. et A.D. c/ Belgique du 17 février 2005. Accès <https://www.doctrine.fr/d/CEDH/HFJUD/CHAMBER/2005/CEDH001-68354>
- Cercle Vulnérabilités et Société. (2021). *Être soi jusqu'au bout de la vie en établissement et à domicile : Les seniors LGBT+, éclaireurs d'une révolution de l'intime*. Accès [file:///D:/T%C3%A9l%C3%A9chargements/ CVS-Note-BienVieillirLGBT-Jul.21-23p%20\(1\).pdf](file:///D:/T%C3%A9l%C3%A9chargements/ CVS-Note-BienVieillirLGBT-Jul.21-23p%20(1).pdf)
- Christelle, M. (2014). *Consentement et subjectivité juridique. Contribution à une thèse émotivo-rationnelle du droit*. Thèse de doctorat inédite, Université Paris I Panthéon-Sorbonne.
- Cléro, J.-P. (2003). Concepts lacaniens. *Presses universitaires de France*, 4(16), 145-158. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/cite.016.0145>
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie*. Paris : La Découverte.
- Comité consultatif national éthique – CCNE. (2018). Avis n°128 (15 février 2018). Enjeux éthiques du vieillissement.
- Commission européenne pour la démocratie par le droit. (1998). *Le principe du respect de la dignité de la personne humaine : Actes du Séminaire UniDem, 2-6 juillet 1998*. Montpellier.
- Conseil constitutionnel. (s.d.). *Les droits et libertés*. Accès <https://www.conseil-constitutionnel.fr/la-constitution/les-droits-et-libertes>
- Cour, F. (2013). *Evolution sociétale de la sexualité*. Accès : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/evolution-societale-de-la-sexualite>
- Darsonville, A. (2012). Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles. *Archives de politique criminelle*, 34, 31-43.
- De Beauvoir, S. (1970). *La Vieillesse*. Paris : Gallimard.

- De Troz, A. (2015). Le baromètre émotionnel du désir sexuel. *Cahiers de psychologie clinique*, 45, 153-164. <https://doi.org/10.3917/cpc.045.0153>
- Défenseur des droits. (2021). *Rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. Accès https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=20651
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. 5. Accès <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>
- DREES. (2018a). *53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins*. 1062. Accès <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1062.pdf>
- DREES. (2018b). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads*. 1067. Accès https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf
- DREES. (2020a). *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus de seraient attendus en Ehpads d'ici à 2030*. Accès <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>
- DREES. (2020b). *Le taux d'encadrement dans les Ehpads, ses déterminants et ses alternatives*. 68. Accès <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>
- Direction générale de la cohésion sociale – DGCS. (2020). *Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes : chiffres clés*. Accès https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/12/Chiffres-cles-EFH_2020.pdf
- Dupras, A. (2007). La chambre d'intimité en institution : Innovation et paradoxes. *Gérontologie et société*, 30(122), 107-124. <https://doi.org/10.3917/g.s.122.0107>
- Dussuet, A. (2019). Intimité des personnes âgées et travail des aidant.e.s. in M. Jean & A. Dutier (Dir.), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement* (pp. 223-232). Toulouse : Érès.
- Ennuyer, B. (2005). Le droit des usagers. *Gérontologie et société*, 28(115), 13-28.
- Fabre-Magnan, M. (2007). La dignité en Droit : un axiome. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 58, 1-30. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/riej.058.0001>
- France Info. (2018). *Maisons de retraite : de l'hospice à l'EHPAD*. Accès : https://www.francetvinfo.fr/societe/prise-en-charge-des-personnes-agees/maisons-de-retraite-de-l-hospice-a-l-ehpad_2656554.html
- France Info. (2020). *Le gouvernement se dit « très favorable » à l'assistance sexuelle pour les personnes handicapées*. Accès https://www.francetvinfo.fr/sante/handicap/le-gouvernement-se-dit-tres-favorable-a-l-assistance-sexuelle-des-personnes-handicapees_3819929.html
- Gallimard, M. (2019). *L'incrimination de la zoophilie*. France : L'Harmattan.
- Giami, A. (2011). Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution, in P. Pitaud (Dir.), *Sexualité, handicap et vieillissement* (pp. 195-205). Toulouse, France: Érès.

- Giami, A. (2019). Sexualité, santé et droits de l'Homme : l'invention des droits sexuels, in A. Giami & B. Py (Dir.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?* (pp. 3-23). France : Editions des archives contemporaines.
- Girard, J. (2018). Sexualité et tendresse en EHPAD : quelle est la responsabilité du directeur ? *Géroscope*, 99. Accès https://www.geroscopie.fr/sexualite-et-tendresse-en-ehpad-quelle-est-la-responsabilite-du-directeur_679C4C843A6BA869.html
- Giraud, F. (2009). *Michel Bozon, Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Collin.
- Godelier, M. (2008). Préface. In N., Bajos & M., Bozon (Dir.). (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. (pp. 9-16). Paris : La Découverte
- Grandjean, H. (2016). Sexualité des personnes âgées et personnes handicapées : un sujet tabou. *Actualité et dossier en santé publique*, 96, 28-29.
- Grassi, C. & Titus, J. (2008). La sexualité et ses enjeux au sein d'une institution accueillant des personnes physiquement handicapées. *Reliance*, 29, 41-45.
- Groupe SOS, SOS Homophobie & AIDES. (2013). *Rapport sur le vieillissement des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles et transsexuelles (LGBT) et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)*. Accès https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_vieillissement_LGBT_et_PVVIH_-_version_definitive_-_27_11_2013.pdf
- Guichardon, M. (2005). Quand l'entrée en ehpad est un choix. *Gérontologie et société*, 28(112), 157-162. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/g.s.112.0157>
- Guillermou, M. (2016). Intimité et sexualité en EHPAD. *Echo silver*. Accès <https://experts-ehpad.elior-services.fr/intimite-et-sexualite-en-ehpad>
- Gzil, F., Rigaud, A.-S. & Latour, F. (2008). Démence, autonomie et compétence. *Les enjeux éthiques du vieillissement. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 10(2)
- Handicap.fr. (2010). *Maudy Piot : l'assistanat sexuel c'est de la prostitution !*
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes – HCE. (2020). *Le HCE s'occupe fermement à la proposition d'aidant.es sexuel.les pour les personnes handicapées*. Accès : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/actualites/article/le-hce-s-oppose-fermement-a-la-proposition-d-aidant-es-sexuel-les-pour-les>
- Héritier, F. (2002). *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 3(102), 23-34.
- Ispenian, I. (2005). La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers. *Gérontologie et société*, 28(115), 49-62.
- Jacquet, D. (2021). *La vision négative des Français*. Maison de Retraite Sélection. Accès <https://www.maison-retraite-selection.fr/la-vision-negative-des-francais.html>
- Jean, E. (2019). Le droit à l'intimité et à la vie privée de la personne âgée ou handicapée adulte en établissement médico-social, in M. Jean & A. Dutier (Dir.), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*. (pp. 77-84). Toulouse : Erès.

- Kurth, D. (2016). *La sexualité des personnes âgées dépendantes en EHPAD : le regard des soignants*. Mémoire de DUI inédit, Université Paris Descartes.
- Lavaud-Legendre, B. (2009). Le droit pénal, la morale et la prostitution : des liaisons dangereuses. *Droits*, 49, 57-82. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/droit.049.0057>
- Lê, E. (2014). La construction juridique de la prostitution. Trois récits différenciés. *Cahiers du Genre*, 57, 139-158. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/cdge.057.0139>
- Le Blay, F. (2019). L'intimité et ses avatars : perspectives historiques, in M. Jean & A. Dutier (Dir.), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*. (pp. 19-28). Toulouse : Erès.
- Levray, N. (2018). *Le désir sexuel ne s'efface pas avec l'âge*. Accès <https://www.lagazettedescommunes.com/45796/le-desir-sexuel-ne-sefface-pas-avec-lage/>
- Liffraud, D. (2013). Familles et ehpad... *Empan*, 91, 82-90.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale (J.O. 3 janvier 2002).
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 12 février 2005).
- Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique (J.O. 7 mars 2007).
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (J.O. 29 décembre 2015).
- Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (J.O. 14 avril 2016).
- Mahieu, L., Dierckx de Casterle, B., Van Elssen, K. & Gastlans, C. (2013). Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: validity and internal consistency of the Dutch version of the ASKAS. *Journal of Advanced Nursing - JAN*, 69(11), 2584-2596. <https://doi.org/10.1111/jan.12113>
- Marguénaud, J.-P. (2009). Liberté sexuelle et droit de disposer de son corps. *Droits*, 49, 19-28. <https://doi.org/10.3917/droit.049.0019>
- Marzano, M. (2006). *Je consens, donc je suis... : Éthique de l'autonomie*. Paris : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.marza.2006.01>
- Miramon, J. (2010). Le métier de directeur, toujours en devenir. *Empan*, 78, 38-52. <https://doi.org/10.3917/empa.078.0038>
- Nayak, L. (2013). Une logique de promotion de la « santé sexuelle ». L'assistance sexuelle en Suisse. *Ethnologie française*, 43, 461-468. <https://doi.org/10.3917/ethn.133.0461>
- Organisation Mondiale de la Santé – OMS. (2006). Defining sexual health. Accès https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Pelluchon, C. (2008). Résister aux représentations négatives de la vieillesse : un enjeu médical et philosophique, *Ethique publique*, 10(2) <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1474>

- Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 22, 31-54. <https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>
- Pincemin, B. (2012). Hétérogénéité des corpus et textométrie. *Langages*, 3(187), 13-26. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/lang.187.0013>
- Pitaud, P. (Dir.). (2011). *Sexualité, handicap et vieillissement*. Toulouse : Erès
- Plein Sens & Direction Générale de la Santé. (2013). Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA. <https://pleinsens.fr/wp-content/uploads/2020/07/etude-sur-la-prise-en-charge-des-personnes-vieillissantes-vivant-avec-le-vih-sida.pdf>
- Pozza, V. (2019). L'intimité : paroles d'usagers, in M. Jean & A. Dutier (Dir.), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*. (pp. 63-76). Toulouse : Erès
- Py, B. (2019a). Droit, droits, liberté et santé sexuelle, in A. Giami & B. Py (Dir.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?* (pp. 55-71). France : Editions des archives contemporaines.
- Py, B. (2019b). Handicap, vers un droit à l'accompagnement sexuel ? Même pas en rêve..., in A. Giami & B. Py (Dir.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?* (pp. 179-191). France : Editions des archives contemporaines.
- Rapport interministériel (2021). Nous Vieillirons ensemble. Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population. Accès <https://filieresilverconomie.fr/dmediafiles/biblio/RAPPORT%20BROUSSY%20-%20MAI%202021.pdf>
- Rayssiguier, Y. & Huteau, G. (Dir.). (2018). *Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir*. Paris : Presses de l'EHESP.
- Ribes, G. (2011). L'âge, l'intimité et l'institution. In Pitaud, P. (Dir.). (2011). *Sexualité, handicap et vieillissement*. (pp. 133-142). Toulouse : Erès.
- Ribes, G. (2012). Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie et société*, 35(140), 159-169.
- Rineau, B. & Marcel, J. (2020). *La souffrance de quelques-uns peut-elle justifier le recours aux Aidants sexuels ?* Accès <https://www.village-justice.com/articles/souffrance-quelques-uns-peut-elle-justifier-recours-aux-aidants-sexuels-libres,33870.html>
- Roach, S. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing - JAN*, 48(4), 371-379.
- Roman, D. (2005). Le corps a-t-il des droits que le droit ne connaît pas ? In *La liberté sexuelle et ses juges : étude de droit français et comparé*. Recueil Dalloz (23).
- Salecroix, A. (2010). *Prostitution, proxénétisme et droit pénal*. Mémoire de Master inédit. Université Panthéon-Assas.
- Serrière, F. (2021). *Le concept d'Ehpad bashing, un poison lent pour les Ehpad*. Accès https://www.geroscopie.fr/le-concept-d-ehpad-bashing-un-poison-lent-pour-les-ehpad_679F5284386AA768.html
- Soirat, A. (2016). *Vécu des professionnels de santé sur la sexualité des personnes âgées en institution*. Thèse de doctorat inédite, Université de Bourgogne.

- Sudrow, C. (2015). *Sexualité de la personne âgée démente, prise en charge par les soignants et dimension éthique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Lorraine.
- Tesson, D. (2019). Sexualité et intimité en ehpad, in M. Jean & A. Dutier (Dir.), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*. (pp. 205-212). Toulouse : Érès.
- Thorez, D., Noël, J., de Montgolfier, S. & Le Dastumer, B. (2009). Le libre choix du patient dément en institution. *Gérontologie et société*, 32(131), 131-146. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/g.s.131.0131>
- Toniolo, A.-M., Schneider, B. & Claudel, M. (2021). Handicap mental, sexualité et institution : une micro-analyse de la documentation francophone. *RIDI*, 24, 59-74.
- Trentesse, A. (2015). *Le soignant et la sexualité du patient en Ehpad*. Accès <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/soignant-sexualite-patient-ehpad.html>
- Trincaz, J. (1998). Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. *L'Homme*, 38(147), 167-189. <https://doi.org/10.3406/hom.1998.370511>
- Trincaz, J., Puijalon, B. & Humbert, C. (2011). Dire la vieillesse et les vieux. *Gérontologie et société*, 34(138), 113-126. <https://doi.org/10.3917/g.s.138.0113>
- Vaginay, D. (2008). Corps handicapé, sexualité, loi et institution. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 72, 107-113. <https://doi.org/10.3917/lett.072.0107>
- Vauthier, J.-P. (2019). Le consentement, pierre angulaire de la liberté sexuelle, in A. Giami & B. Py (Dir.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?* (pp. 119-137). France : Editions des archives contemporaines.
- Vie-publique.fr. (2021). *Libertés et droits fondamentaux : de quoi s'agit-il ?* Accès <https://www.vie-publique.fr/fiches/23865-libertes-et-droits-fondamentaux-de-quoi-sagit-il>
- Vienne, J. (2019). Qu'est-ce que l'intimité ? in M. Jean & A. Dutier (Dir.), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*. (pp. 11-18). Toulouse : Érès.
- Villar, F., Celdran, M., Faba, J. & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' view. *JAN*, 70(11). <https://doi.org/10.1111/jan.12398>
- Villar, F., Celdran, M., Serrat, R., Faba, J. & Martinez, T. (2017). Staff's reactions towards partnered sexual expressions involving people with dementia living in long-term care facilities. *JAN*, 74, 1189-1198. <https://doi.org/10.1111/jan.13518>
- Villez, A. (2007). EHPAD : La crise des modèles. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. <https://doi.org/10.3917/g.s.123.0169>
- Vion, A. (2021). Sexualité des usagers : vers la fin d'un tabou ? *Directions*, 199, 22-29.
- White, Charles B. (1982). A Scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491-502. <https://doi.org/10.1007/BF01542474>

Siglaire

- AMP - Aide médico-psychologique
- ANAES - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANESM - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- APAJH - Association pour adultes et jeunes handicapés
- ARS - Agence régionale de santé
- AS - Aide-soignant
- ASG - Assistant de soins en gérontologie
- ASH - Agent de services hôteliers
- ASKAS - *Aging Sexuality Knowledge and Attitudes Scale*
- CASF - Code de l'action sociale et des familles
- CCNE - Comité consultatif national d'éthique
- CEDH - Cour européenne des droits de l'Homme
- CNSA - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- DGCS - Direction générale de la cohésion sociale
- DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EHPAD - Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ESMS - Etablissement social et médico-social
- ETP - Equivalent temps plein
- HAS - Haute Autorité de la Santé
- HCE - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
- IDE - Infirmier diplômé d'Etat
- IDEC - Infirmier diplômé d'Etat de coordination
- INSEE - Institut national de la statistique et des études économiques
- LGBT - Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres
- MAMA - Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées
- MST - Maladie sexuellement transmissible
- OMS - Organisation mondiale de la santé
- PAP - Projet d'accompagnement personnalisé
- PVVIH - Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
- QVT - Qualité de vie au travail
- SexAT - *Sexuality Assessment Tool*
- SKAT - *Sexual Knowledge and Attitude Test*
- VIH - Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

Annexe 01 : Charte des droits et des libertés de la personne accueillie	77
Annexe 02 : Enquête : répartition hommes/femmes des participants par établissement	80
Annexe 03 : Enquête : les 7 catégories de professionnels et codes uniques	81
Annexe 04 : Enquête : répartition des participants par catégorie et par sexe	82
Annexe 05 : Enquête : âge moyen des participants par catégorie de participants	83
Annexe 06 : Enquête : expérience professionnelle moyenne par catégorie de participants	84
Annexe 07 : Enquête : durée moyenne des entretiens selon les catégories de participants	85
Annexe 08 : Enquête : guide d'entretien à destination des directeurs d'EHPAD	86
Annexe 09 : Enquête : guide d'entretien à destination des cadres d'EHPAD	87
Annexe 10 : Enquête : guide d'entretien à destination du personnel non cadre d'EHPAD	88
Annexe 11 : Enquête : poids des catégories dans le corpus d'entretiens	89
Annexe 12 : Extraits d'entretiens : la sexualité est taboue	90
Annexe 13 : Extraits d'entretiens : libérer la parole et former.....	92

Source : Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Article 1er

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge

ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé

et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques

attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

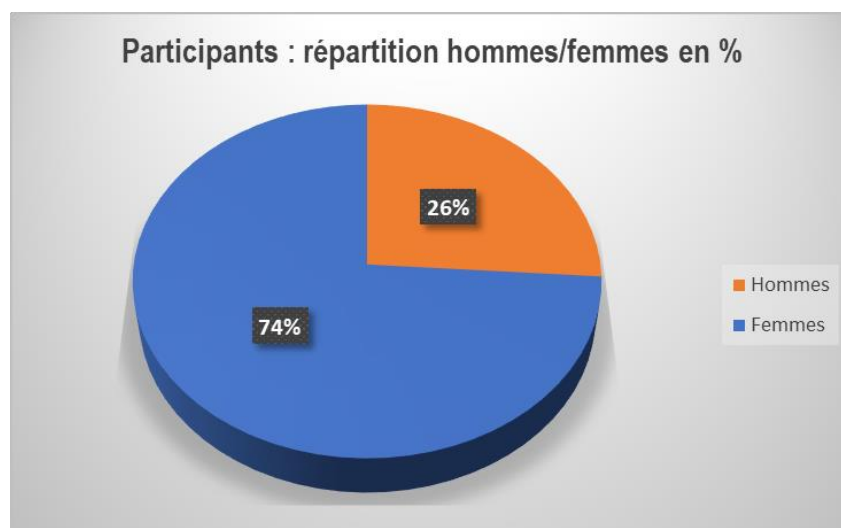
Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Annexe 02 : Enquête : répartition hommes/femmes des participants par établissement

Ce tableau montre la répartition des 46 participants à l'enquête par établissement et par sexe :

	Total	EHPAD Terre Nègre	EHPAD Louise Michel	EHPAD Le Bois des Palombes	EHPAD Colisée Vermeil	EHPAD Colisée Les Jardins de Caudéran	EHPAD LNA Santé Les Jardins de Leysotte
Hommes	12	2	3	4	1	1	1
Femmes	34	6	7	10	2	1	8

Ce graphique présente la répartition totale hommes / femmes participant à l'enquête en pourcentage :



74 % des participants sont des femmes (Annexe 02), ce qui ne reflète pas tout à fait la très haute féminisation du secteur des personnes âgées dépendantes au niveau national qui était établi à 87,4 % en 2017 (DGCS, 2020).

Source : matrice d'analyse de données Enquête

A l'issue des 46 entretiens, les professions représentées ont été catégorisées selon plusieurs critères :

1. Le nombre de participants issus de la même profession ;
2. L'appartenance à une même catégorie socio-professionnelle ou proximité ;
3. L'exigence d'assurer l'anonymat.

Ainsi, ont été créées les sept catégories suivantes

- « **Admin. et social** » : regroupe les postes d'animateur et d'agent administratif.
- « **Aides-soignant(e)s** » : regroupe les postes d'aides-soignants (AS), de maîtresse de maison, d'assistant de soins en gérontologie (ASG) et d'aide médico-psychologique (AMP).
- « **ASH** » : regroupe les agents de services hôteliers (ASH) et les ASH faisant fonction d'AS.
- « **Cadres médicaux et paramédicaux** » : regroupe les postes de cadre de santé, d'infirmier diplômé d'Etat de coordination (IDEC) et de médecin coordonnateur.
- « **Direction** » : regroupe les postes de directeur, d'adjoint au directeur et directeur adjoint.
- « **Paramédicaux** » : regroupe les postes d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), d'ergothérapeute et de psychomotricien.
- « **Psychologues** » : regroupe uniquement les psychologues.

D'autre part, chaque participant à l'enquête s'est vu attribué un code unique. Chaque code a été conçu en deux parties : l'une, en caractères gras, est strictement confidentielle et n'apparaîtra pas dans le mémoire ni dans les annexes :

Fonction, Numéro d'entretien par rapport à la catégorie de professionnels – **Lettre du statut d'EHPAD Sexe, Age**

Lettre attribuée selon la catégorie de professionnels :	Lettre attribuée selon le statut de l'EHPAD :
D : Catégorie « Direction »	N : pour « privé non lucratif »
A : Catégorie « Admin. et social »	L : pour « privé lucratif »
C : Catégorie « Cadres médicaux et paramédicaux »	
Y : Catégorie « Psychologues »	
P : Catégorie « Paramédicaux »	
S : Catégorie « Aides-soignant(e)s »	
H : Catégorie « ASH »	

Exemple : **S14-NF28** : **S** = catégorie « Aides-soignant(e)s », **14** = entretien 14 dans la catégorie « Aides-soignant(e)s » - **N** = établissement privé non lucratif, **F** = sexe féminin, **28** = âge du participant.

Les numéros d'entretiens ont été attribués de manière aléatoire.

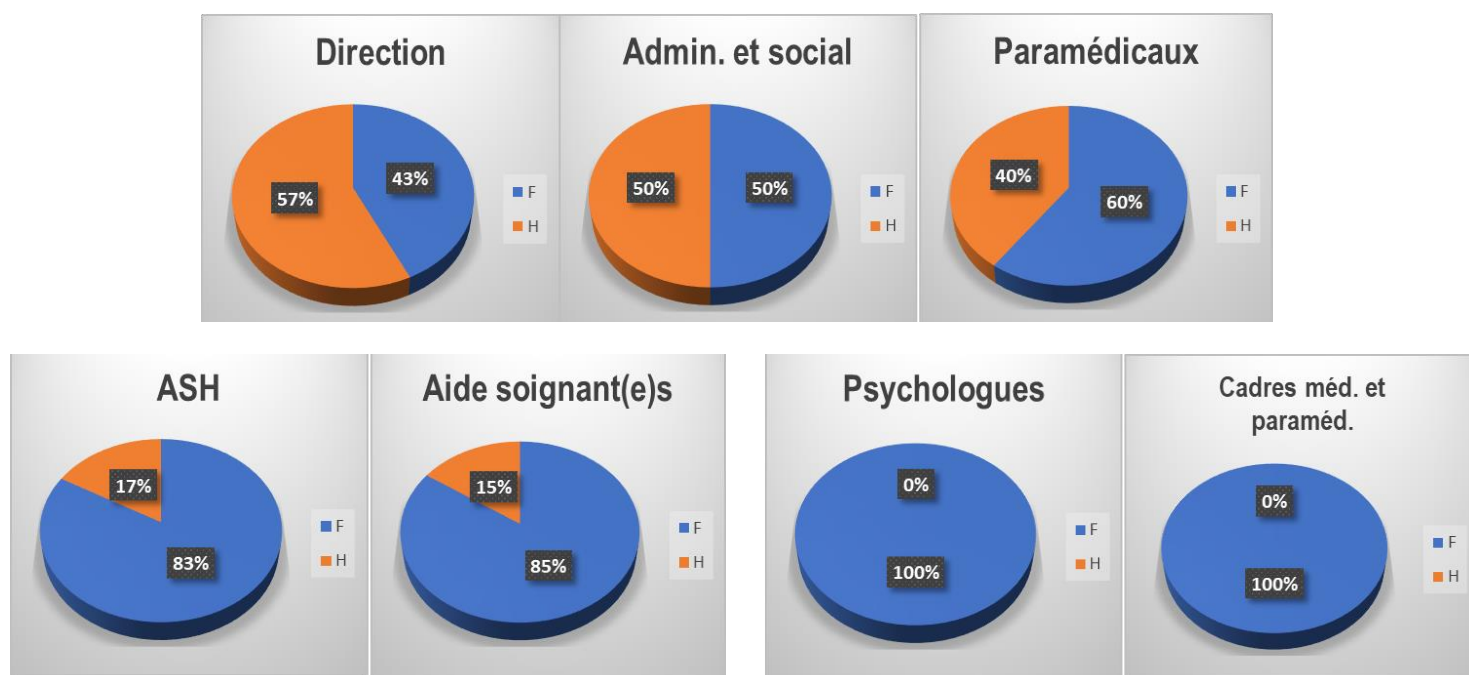
La partie du code, en gras, est strictement confidentielle car elle pourrait permettre, sous certaines conditions, de deviner l'identité du participant. Afin d'éviter toute rupture d'anonymat, la décision a été prise de créer ce système de code à deux parties, dont l'une est exclue de tout document de ce mémoire mais a été utilisée pour la matrice d'analyse.

Annexe 04 : Enquête : répartition des participants par catégorie et par sexe

Ce tableau montre la répartition des participants à l'enquête selon les sept catégories définies et par sexe :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Total
F	3	11	5	4	3	3	5	34
H	3	2	1	0	4	2	0	12
Total	6	13	6	4	7	5	5	46

Ces graphiques présentent la répartition hommes/femmes par catégorie en pourcentage :



Source : matrice d'analyse de données Enquête

Bien que l'objectif de cette étude qualitative ne soit pas de corroborer des statistiques nationales, deux remarques quant à la répartition hommes/femmes des catégories « Paramédicaux » et « Aides-soignant(e)s » : l'échantillon de ces deux catégories ne reflète pas tout à fait le haut niveau de féminisation de ces postes en EHPAD au niveau national.

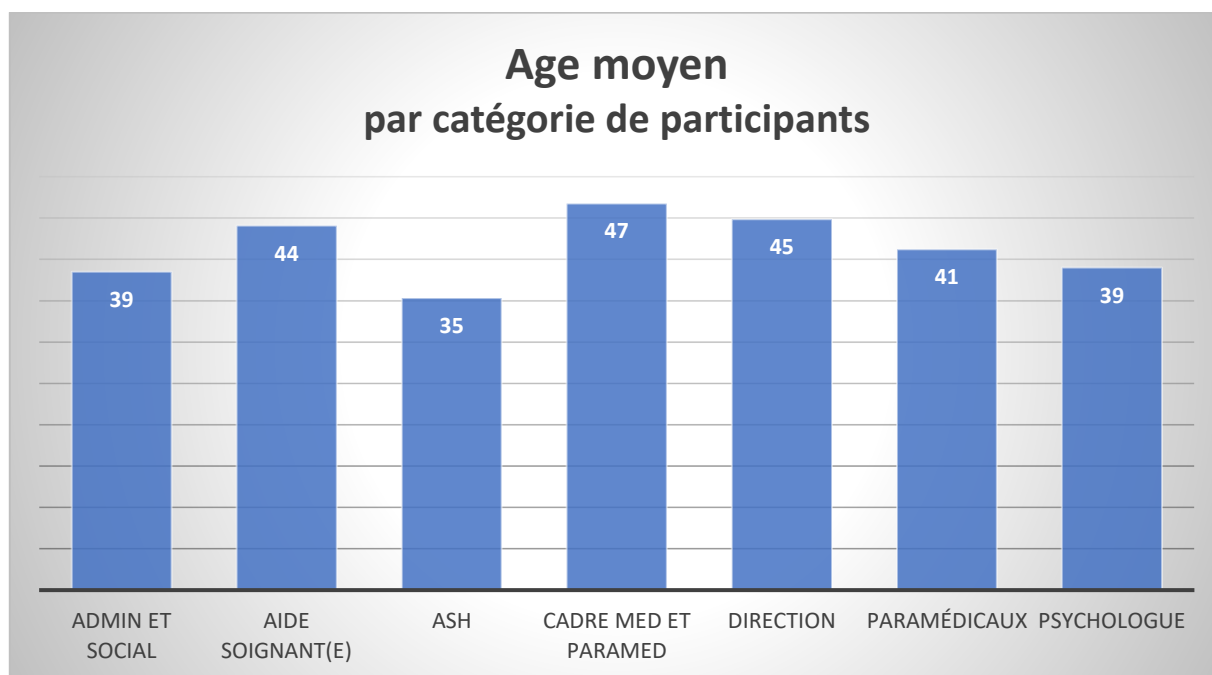
Pour les AS, 85 % sont des femmes dans l'enquête, alors qu'à fin 2015 ce poste était occupé à 93% par des femmes et pour les IDE, au niveau national 89,6 % étaient des femmes en 2016 (DREES, 2018b).

Pour cette enquête, la catégorie « Paramédicaux » (comprenant IDE, ergothérapeute et psychomotricien) enregistre 75% de femmes interviewées.

Ce tableau montre l'âge moyen des participants par catégorie de participants :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Global
Age moyen	39	44	35	47	45	41	39	42

Ce graphique présente l'âge moyen des participants par catégorie de participants :



La moyenne d'âge des participants à cette enquête est 42 ans.

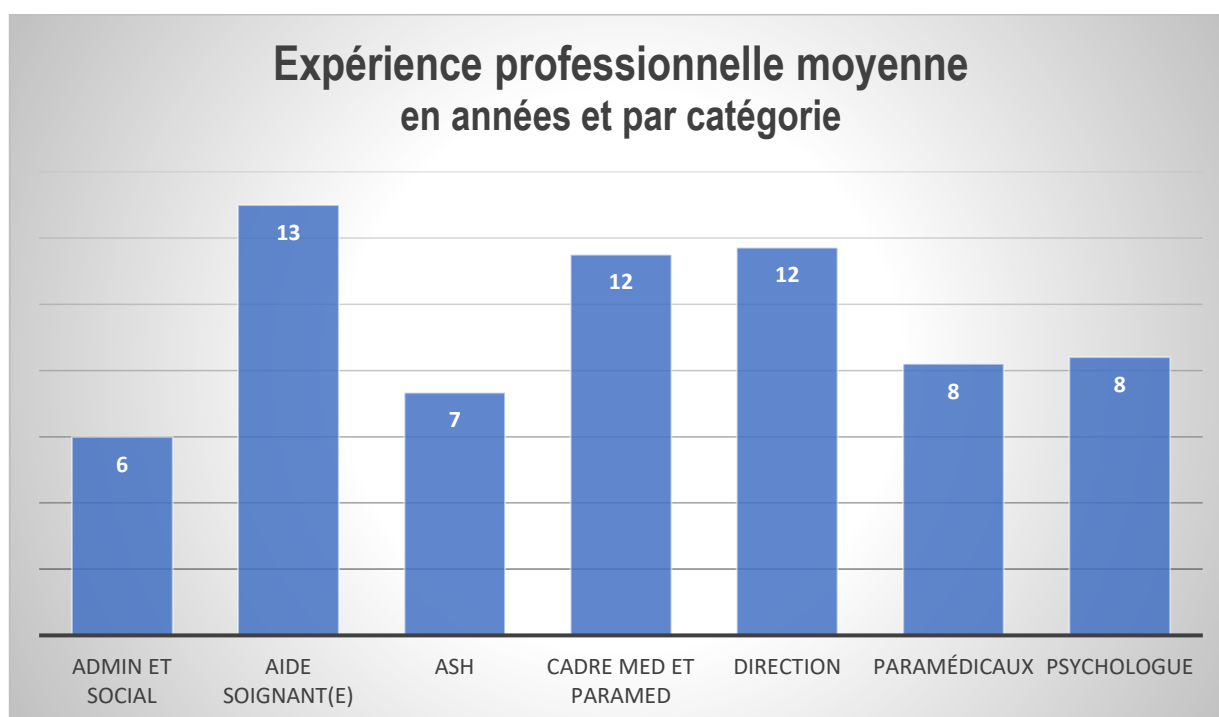
Source : matrice d'analyse de données Enquête

L'âge moyen, 42 ans, est proche des estimations nationales en EHPAD : ainsi, selon DREES (2018a), l'âge moyens des infirmiers était de 40,6 ans en 2014 et il augmenterait à 42,7 ans en 2040.

Annexe 06 : Enquête : expérience professionnelle moyenne par catégorie de participants

Le tableau ci-dessous présente l'expérience professionnelle moyenne par catégorie de participants :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Global
Expérience moyenne en années	6	13	7	12	12	8	8	10



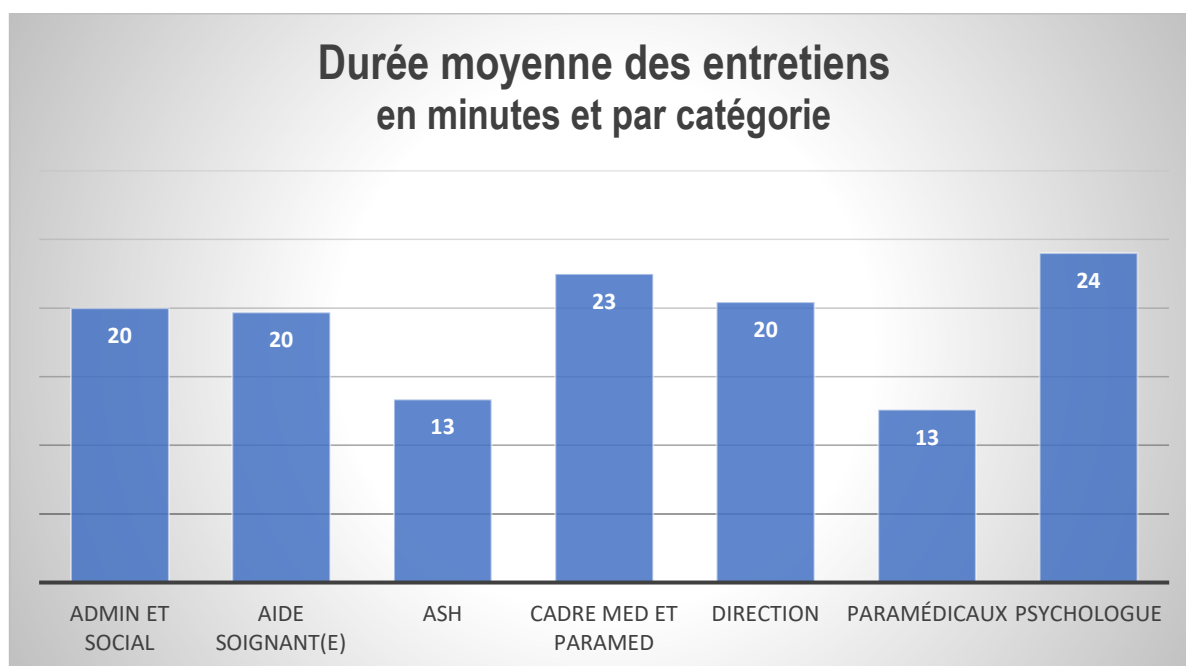
- Expérience professionnelle moyenne : 10 ans
- Expérience professionnelle la plus courte : moins de 1 an
- Expérience professionnelle la plus longue : 35 ans

Source : matrice d'analyse de données Enquête

Annexe 07 : Enquête : durée moyenne des entretiens selon les catégories de participants

Le tableau ci-dessous présente la durée moyenne des entretiens en minutes selon chaque catégorie de participants :

	Admin. et social	Aide soignant(e)s	ASH	Cadres méd. et paraméd.	Direction	Paramédicaux	Psychologues	Global
Durée moyenne (minutes)	20	20	13	23	20	13	24	19



Source : matrice d'analyse de données Enquête

ENQUETE DE TERRAIN - GUIDE D'ENTRETIEN : DIRECTION

Guide d'entretien - introduction :

Je m'appelle Gwénaëlle RAVON, je suis actuellement en reconversion professionnelle pour travailler dans la direction d'un ESMS : j'ai suivi les cours du Master II en management des organisations médico-sociales à l'Institut de santé publique de Bordeaux et j'ai commencé une mission dans un EHPAD à Léognan en mars. Je me suis rendu compte que plusieurs membres du personnel avaient été témoins de manifestations sexuelles, soit verbales soit physiques de résidents, homme et femme. Une résidente présentant une démence modérée a demandé à une AS qui lui faisait la toilette de lui faire du bien, et un résident, dont l'épouse n'est pas résidente de l'EHPAD, a été envoyé en rendez-vous chez un neurologue suite à des comportements répétés jugés inconvenants (peut-être en lien avec ses troubles cognitifs). En en discutant, le personnel s'est globalement senti démuni face à ces situations et j'ai trouvé que c'était un sujet très intéressant à étudier dans le cadre de mon mémoire de Master : la sexualité des résidents en institution est considérée comme un droit fondamental mais cela pose en réalité beaucoup de questions très pratiques dans le quotidien des professionnels d'un EHPAD, qui ne sont pas nécessairement formés sur le sujet. Je rencontre actuellement des personnels soignants et non soignants de plusieurs EHPAD de Gironde pour connaître leur point de vue et leur expérience et pour, peut-être, pouvoir en ressortir des préconisations à l'attention des directions d'établissements.

Cet entretien est anonyme et confidentiel : votre nom et le nom de votre établissement n'apparaîtront pas dans les documents de mon mémoire. Accepteriez-vous que j'enregistre notre conversation ? Cet enregistrement n'a pour objectif que de m'aider à la prise de notes et je le supprimerai une fois les données intégrées dans mon analyse.

Guide d'entretien - questions :

1. Pour commencer, pouvez-vous me donner votre âge et depuis combien de temps vous travaillez en EHPAD ?
2. Pouvez-vous me dire si vous avez déjà eu à gérer une situation similaire à celles que j'ai évoquées ?
3. *(si pas exprimé :)* Vous souvenez-vous de votre ressenti à ce moment-là ?
4. *(si pas exprimé :)* Comment avez-vous réagi, qu'avez-vous fait ?
5. Y a-t-il des situations qui vous ont semblé très bien gérées, et d'autre au contraire, où vous vous êtes sentis démunis, mal à l'aise ?
6. Votre établissement a-t-il mis en place des choses, mené une réflexion éthique, ou bien organisé des formations sur le sujet de la sexualité des résidents ?
7. Vous-même avez-vous été formé ? Seriez-vous intéressé par une formation (pour votre personnel et vous ?), avec quel contenu ?
8. Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Je vous remercie beaucoup pour votre témoignage.

ENQUETE DE TERRAIN - GUIDE D'ENTRETIEN : CADRES

Guide d'entretien - introduction :

Je m'appelle Gwénaëlle RAVON, je suis actuellement en reconversion professionnelle pour travailler dans la direction d'un ESMS : j'ai suivi les cours du Master II en management des organisations médico-sociales à l'Institut de santé publique de Bordeaux et j'ai commencé une mission dans un EHPAD à Léognan en mars. Je me suis rendu compte que plusieurs membres du personnel avaient été témoins de manifestations sexuelles, soit verbales soit physiques de résidents, homme et femme. Une résidente présentant une démence modérée a demandé à une AS qui lui faisait la toilette de lui faire du bien, et un résident, dont l'épouse n'est pas résidente de l'EHPAD, a été envoyé en rdv chez un neurologue suite à des comportements répétés jugés inconvenants (peut-être en lien avec ses troubles cognitifs). En en discutant, le personnel s'est globalement senti démuni face à ces situations et j'ai trouvé que c'était un sujet très intéressant à étudier dans le cadre de mon mémoire de Master : la sexualité des résidents en institution est considérée comme un droit fondamental mais cela pose en réalité beaucoup de questions très pratiques dans le quotidien des professionnels d'un EHPAD, qui ne sont pas nécessairement formés sur le sujet. Je rencontre actuellement des personnels soignants et non soignants de plusieurs EHPAD de Gironde pour connaître leur point de vue et leur expérience et pour, peut-être, pouvoir en ressortir des préconisations à l'attention des directions d'établissements.

Cet entretien est anonyme et confidentiel : votre nom et le nom de votre établissement n'apparaîtront pas dans les documents de mon mémoire. Accepteriez-vous que j'enregistre notre conversation ? Cet enregistrement n'a pour objectif que de m'aider à la prise de notes et je le supprimerai une fois les données intégrées dans mon analyse.

Guide d'entretien - questions :

1. Pour commencer, pouvez-vous me donner votre fonction, votre âge et depuis combien de temps vous travaillez en EHPAD ?
2. Pouvez-vous me dire si vous avez vécu, ou bien si l'un de vos collègues vous ont fait remonter une situation similaire à celles que j'ai évoquées ?
3. (*si pas exprimé* :) Vous souvenez-vous de votre ressenti à ce moment-là ?
4. (*si pas exprimé* :) Comment avez-vous réagi, qu'avez-vous fait ?
5. Y a-t-il des situations qui vous ont semblé très bien gérées, et d'autre au contraire, où vous vous êtes sentis démunis, mal à l'aise ?
6. (*si pas exprimé* :) Avez-vous déjà suivi des formations ou des journées de sensibilisation sur la sexualité des personnes âgées en institution, que ce soit lors de votre cursus initial ou plus tard, une fois en poste ? *si oui*, y compris une formation sur la sexualité des résidents présentant des troubles cognitifs ?
7. Que souhaiteriez-vous que la direction mette en place, organise, pour le futur ? Avez-vous des propositions, des suggestions ?
8. Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Je vous remercie beaucoup pour votre témoignage.

ENQUETE DE TERRAIN - GUIDE D'ENTRETIEN : PERSONNEL NON CADRE

Guide d'entretien - introduction :

Je m'appelle Gwénaëlle RAVON, je suis actuellement en reconversion professionnelle pour travailler dans la direction d'un ESMS : j'ai suivi les cours du Master II en management des organisations médico-sociales à l'Institut de santé publique de Bordeaux et j'ai commencé une mission dans un EHPAD à Léognan en mars. Je me suis rendu compte que plusieurs membres du personnel avaient été témoins de manifestations sexuelles, soit verbales soit physiques de résidents, homme et femme. Une résidente présentant une démence modérée a demandé à une AS qui lui faisait la toilette de lui faire du bien, et un résident, dont l'épouse n'est pas résidente de l'EHPAD, a été envoyé en rdv chez un neurologue suite à des comportements répétés jugés inconvenants (peut-être en lien avec ses troubles cognitifs). En en discutant, le personnel s'est globalement senti démuni face à ces situations et j'ai trouvé que c'était un sujet très intéressant à étudier dans le cadre de mon mémoire de Master : la sexualité des résidents en institution est considérée comme un droit fondamental mais cela pose en réalité beaucoup de questions très pratiques dans le quotidien des professionnels d'un EHPAD, qui ne sont pas nécessairement formés sur le sujet. Je rencontre actuellement des personnels soignants et non soignants de plusieurs EHPAD de Gironde pour connaître leur point de vue et leur expérience et pour, peut-être, pouvoir en ressortir des préconisations à l'attention des directions d'établissements.

Cet entretien est anonyme et confidentiel : votre nom et le nom de votre établissement n'apparaîtront pas dans les documents de mon mémoire. Accepteriez-vous que j'enregistre notre conversation ? Cet enregistrement n'a pour objectif que de m'aider à la prise de notes et je le supprimerai une fois les données intégrées dans mon analyse.

Guide d'entretien - questions :

1. Pour commencer, pouvez-vous me donner votre fonction, votre âge et depuis combien de temps vous travaillez en EHPAD ?
2. Pouvez-vous me dire si vous avez vécu, ou bien si l'un de vos collègues a vécu une situation similaire à celles que j'ai évoquées ?
3. (*si pas exprimé* :) Vous souvenez-vous de votre ressenti à ce moment-là ?
4. (*si pas exprimé* :) Comment avez-vous réagi, qu'avez-vous fait ?
5. (*si pas exprimé* :) Avez-vous parlé de ce qui s'est passé à quelqu'un, un collègue, votre hiérarchie ?
6. Y a-t-il des situations qui vous ont semblé très bien gérées, et d'autre au contraire, où vous vous êtes sentis démunis, mal à l'aise ?
7. (*si pas exprimé* :) Avez-vous déjà suivi des formations ou des journées de sensibilisation sur la sexualité des personnes âgées en institution, que ce soit lors de votre cursus initial ou plus tard, une fois en poste ? *si oui*, y compris une formation sur la sexualité des résidents présentant des troubles cognitifs ?
8. Que souhaiteriez-vous que la direction mette en place, organise, pour le futur ? Avez-vous des propositions, des suggestions ?
9. Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Je vous remercie beaucoup pour votre témoignage.

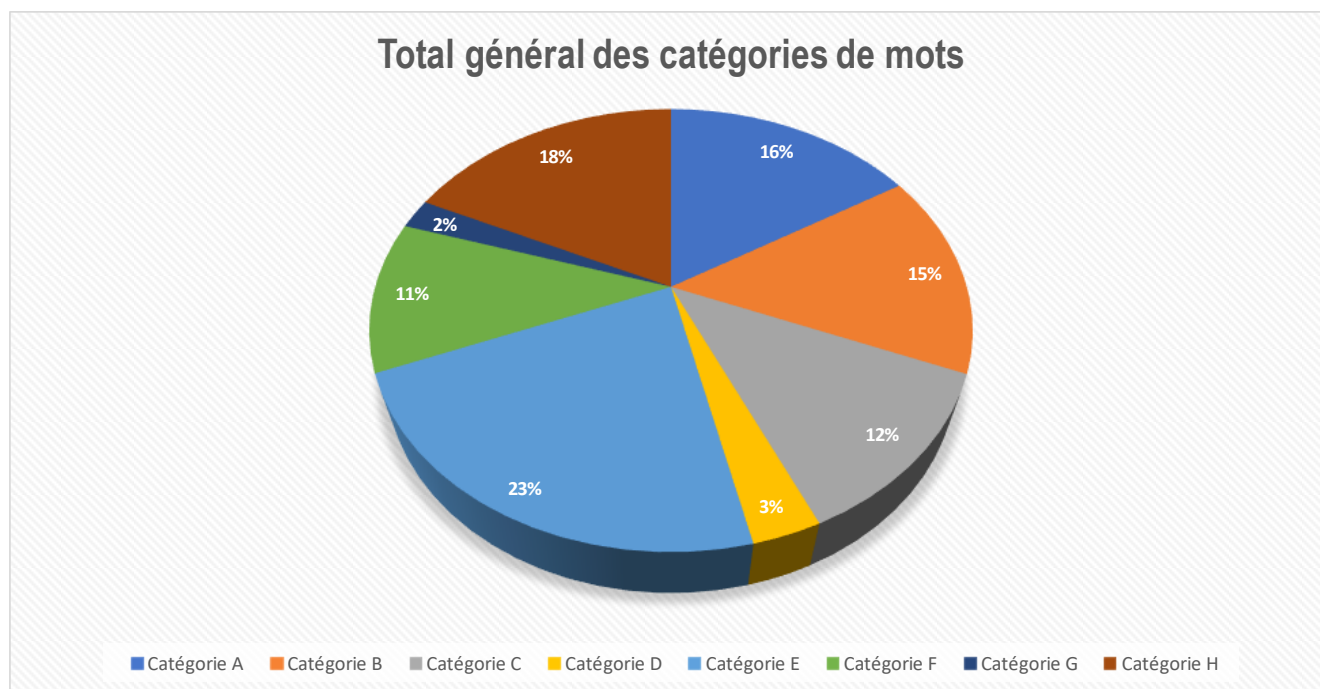
Annexe 11 : Enquête : poids des catégories dans le corpus d'entretiens

802 mots ont été pré-identifiés à l'issue d'une lecture flottante des 46 entretiens et répartis en 8 grands thèmes, catégorisés de A à H :

- Ressentis : A
- Réactions : B
- Communication / Partage de la situation : C
- Leçons à tirer : D
- Propositions, suggestions : E
- Autres, divers : F
- Consentement : G
- Gradation de la sexualité : H.

Ci-dessous, le tableau présente le nombre d'occurrences de mots par catégorie (grands thèmes) dans le corpus d'entretiens, le graphique montre les pourcentages de chaque catégorie :

	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Catégorie D	Catégorie E	Catégorie F	Catégorie G	Catégorie H
Total général	920	850	684	178	1275	626	125	1016



Les catégories E, H et A représentent environ 56 % des occurrences sur l'ensemble des entretiens.

Source : matrice d'analyse de données Enquête

Les extraits d'entretiens présentés ci-dessous sont classés selon les 7 catégories de professionnels et concernent le caractère tabou de la sexualité, selon les participants :

H02 : « Il faut pas que ce soit tabou, parce que justement si c'est quelque chose de tabou, on sait pas comment réagir, on met mal à l'aise tout le monde. (...) On manque cruellement de formation, c'est vraiment un sujet hyper tabou déjà au quotidien, et encore plus dans les ehpad, comme s'ils n'avaient jamais fait l'amour de leur vie ».

A03 : « Explorer plus, des formations sur l'approche sexuelle en EHPAD. Des personnes sont peut-être pudiques, d'autres plus ouvertes... c'est dommage je trouve. Du moment que c'est tabou, hop, on n'en parle plus (...) Souvent, c'est tabou, car méconnaissance et apprendre comment aborder le sujet (...) Si c'est tabou, on n'en parle pas à la maison, alors forcément, au travail... »

A02 : « Je pars du constat qu'on est tous humains, on a tous des besoins physiques, je pense que cela a toujours existé mais c'était très tabou, et ça l'est encore. Et je pense qu'il faudra encore quelques années avant que les mentalités changent (...) La sexualité dans les PAP... on n'en parle pas... On parle de la religion, des activités, de plein de choses, par contre la sexualité, c'est tabou, on n'en parle pas. »

A05 : « (...) C'est tabou, y a-t-il plus de cas aujourd'hui qu'avant, ou bien on commence à en parler ? on ne sait pas quoi faire quand ça arrive. »

A04 : « La sexualité des personnes âgées reste taboue, stéréotypes : ils n'ont plus un grand appétit pour la question sexuelle, ils sont passés à autre chose, c'est leur vie, c'est derrière eux, pourquoi s'en soucier (...) »

A01 : « Cela reste toujours un sujet tabou même si cela fait dix ans qu'on se penche sur ça, depuis qu'on a parlé aussi des accompagnatrices sexuelles, c'est toujours flou, on ne sait pas, cela se fait dans le silence... des familles font ça quand leurs enfants sont jeunes, lourdement handicapés... y a-t-il cet accompagnement après ? comme la sexualité est sujet tabou depuis tellement longtemps, attention ne pas en parler car c'est tabou, limites, normes religieuses et sociétales... Je ne sais pas. »

P02 : « Cela reste un sujet bien trop tabou alors que, comme on dit, il n'y a pas d'âge, physiologiquement... Il faut rendre ça plus... je vais réutiliser le mot, mais moins tabou finalement. Et plus institutionnalisé, et ce n'est pas parce qu'ils sont en institution qu'il n'y a plus de vie sexuelle, absolument pas. »

P05 : « Je trouve que ce serait un sujet à aborder et, en tout cas, à en parler. Parce que cela peut très vite être tabou, peut-être qu'il y a des personnes qui n'osent pas dire parfois ce qu'elles surprennent, même par respect de l'intimité des résidents, voilà. »

« Il y aurait plein de choses à faire, c'est tellement compliqué aussi, ça renvoie à chacun. »

S13 : « Tout le monde le sait, tout le monde vous dit : l'amour n'a pas d'âge. Mais tout ça tant que ça reste « *ah oui c'est mignon* », mais quand on arrive vers la sexualité, c'est là où je trouve que le sujet est tabou. On trouve ça mignon deux personnes âgées qui s'aiment, qui se font des petits bisous, qui se tiennent la main, qui passent la journée devant la télé, mais quand vous surprenez deux personnes âgées en EHPAD en train de faire l'amour, c'est là justement que... je trouve que c'est plus... ce contexte-là qui est pour moi le tabou. Qui est où on parle le moins. (...) Je trouve que, c'est pour ça que je dis que ça reste un sujet tabou en EHPAD parce qu'en fait on ne sait jamais comment faire. »

S12 : « C'est quelque chose, c'est un sujet qui est très tabou. »

S08 : « Et je pense que personne ne se pose la question parce que la sexualité, c'est tabou des fois, et chez des personnes âgées encore plus que chez les autres. Parce qu'ils se disent que s'ils sont dans un EHPAD, ils n'ont plus de ça, plus de rien, plus de sentiments, plus d'envie, alors que c'est pas vrai, cela reste des personnes comme les autres ».

D06 : « Je pense que c'est jamais une priorité dans notre mode de réflexion, et quand on pense projet de vie, projet de soins, accompagnement, etc. dans nos établissements on pense plaisir, mais on pense... plaisir... de tous les sens, sauf plaisir sexuel. Est-ce que c'est le tabou de la société, est-ce que c'est que rien que penser la sexualité de corps vieillissant ce n'est pas envisageable, je sais pas ce qui nous freine, mais dans tous les cas, la notion de plaisir sexuel n'est pas du tout intégrée, je n'ai jamais lu un projet d'établissement dans lequel il était question de liberté sexuelle ».

C01 : « (...) C'était tellement varié en termes de réactions du personnel, entre le tabou, pas tabou, la culture des uns des autres que du coup, voilà... »

C03 : « C'est vrai qu'on n'interroge jamais, même dans le PAP, je suis pas sûre qu'on demande... que le soignant va demander au résident : « *est-ce que...* » parce qu'en fait c'est tabou parce que le soignant a peur d'aborder ça... mais jamais on lui... « *vous aimez le chocolat ?* » mais jamais on ne lui demande « *est-ce que vous avez encore des envies... un peu de...de vous faire.... chouchouter...encore des envies de faire l'amour* », enfin jamais on demande ça, et puis on ne se voit pas parce qu'on est assez... c'est délicat... »

Les extraits d'entretiens présentés ci-dessous sont classés selon les 7 catégories de professionnels et concernent le besoin de libérer la parole et de former, selon les participants :

Y04 : « (...) je m'en suis saisie pour en discuter en transmissions le lendemain, j'ai dit voilà ce que j'ai entendu hier, qu'est-ce qu'il en est de vous, est-ce que vous avez une approche différente, et finalement, ça a libéré la parole de dire « *et ben non, en fait on est très mal à l'aise* »... Il y a ceux qui un peu de façon militaire cadrent et répondent tout de suite « *je ne suis pas là pour ça* », ceux qui prônaient l'autonomie en disant ben du coup moi je mets en valeur le fait qu'elle peut le faire donc elle se le fait toute seule, et ceux qui subissaient finalement et disaient « *moi je n'osais rien dire... Mais du coup je ne suis pas à l'aise avec l'idée* ».

Y01 : « Moi là où je trouve que ça pêche un peu, mais c'est global, c'est la formation sur les troubles du comportement, en fait, je pense que 80% des cas, c'est des « mésevaluations » du trouble du comportement, de situations où en fait c'est du trouble du comportement. »

P03 : « Je pense qu'il faudrait travailler sur le toucher de la personne âgée, déjà avant de..., l'idéal, ce serait qu'on puisse avoir des prostituées, en fait. Pourquoi pas. Ou, de leur proposer des revues pornographiques, ou des choses comme ça. Mais déjà, si on travaillait sur le toucher, sur la façon d'être... de les caresser, de leur amener un peu d'affection physique (...) on nous demande actuellement de nous éloigner... Par exemple, caresser la joue d'une personne âgée : cela ne se fait pas, c'est pas recommandé pour nous. Il faut les vouvoyer, les appeler par leur nom de famille, il faut garder une distance, on peut pas les embrasser... C'est pas forcément aller dans la sexualité, c'est aussi aller dans un truc qui, qui peut être un peu intime. (...) Je trouve ça dommage, car c'est peut-être ce qui, plus que la sexualité qui leur manque, il y a cette tendresse qu'ils n'ont plus. En période Covid n'en parlons pas... Peut-être que si on avait cette façon-là d'être plus tactile, plus près d'eux, de rentrer en quelque sorte dans leur intimité, il n'y aurait pas ces problèmes de débordements, de Monsieur X qui fait des propositions... Mais c'est une hypothèse. »

S09 : « il faudrait que ce soit inclus dans la formation, qu'on en fasse pas tout un chapitre mais qu'on l'évoque un minimum, et dire que c'est pas tabou, parce que je sais qu'il y a des collègues que ça choque, quand on parle sexualité, par exemple pour des résidents en EHPAD, ça les choque. Mais ces gens-là ont eu une sexualité passée et ont le droit d'avoir une sexualité encore. »

S13 : « (...) quand j'ai ouvert la porte et que j'ai vu les fesses du papi parce qu'il avait son pantalon sur les genoux, donc je voyais que ses fesses, et j'avais la mamie qui était allongée devant lui et sur le bord du lit, les jambes dans le vide et lui qui la prenait... enfin... moi j'avoue que personnellement, je suis très ouverte d'esprit c'est vrai, mais même à l'école, à ma formation d'aide-soignante, on n'en parle pas de ça, on vous, comment dire, on vous prépare pas à ça, c'est survolé, c'est, voyez, on fait pas non plus de rapport de stage là-dessus... »

S01 : « A l'heure actuelle, on fait pour la douleur, on est très très sur la douleur, pour pas que la personne souffre et tout ça, mais sur la sexualité et sur ce que la personne nous dit, ou quand la personne... Ce n'est pas assez pris au sérieux, je pense. Il faudrait peut-être des groupes de travail pour en parler un peu plus... Cette dame, on pense que... ou un monsieur qui se masturbe ou quoique ce soit, s'il est surpris, rappeler au soignant que quand on surprend quelqu'un : « excusez-moi », et puis on ferme la porte. Il faudrait faire peut-être une piqûre de rappel... De dire que la sexualité, même si on surprend une femme ou un homme qui se masturbe... ce n'est pas grave. »

S12 : « On est vraiment démunis au niveau information, on est vraiment démunis au niveau, comment dire, la façon d'agir et la façon d'être. Parce que bon, entre nous ça nous fait rire quand on fait une toilette intime et qu'il y a une personne qui a une érection, bon, ça nous fait rire, mais si on va plus loin dans le raisonnement, c'est peut-être que cette personne elle a des besoins, et que, ben y a rien quoi. C'est un peu... »

A03 : « Comprendre, cela permet de mieux aborder les choses. Mettre des mots dessus. »

A02 : « Déjà, une formation axée sur la sexualité... pas forcément proposée par la psychologue de la structure parce que je pense que ce n'est pas forcément évident non plus, surtout entre ses collègues, mais pourquoi pas même une formation sur la sexualité en EHPAD, avec des témoignages, de l'étranger, des choses appuyées, peut-être des astuces, et surtout comment on pourrait rentrer ça... »

A06 : « En France la sexualité est abordée beaucoup sous l'angle de la maladie, sensibilisation à la maladie. C'est rarement sous l'aspect du plaisir. Je sais qu'il faut aborder la sexualité avec des pincettes quelle que soit l'institution. »

H04 : « comment réagir dans une situation comme ça ? Est-ce que je dois appeler la direction ? ou une AS ? ou l'IDE ? (...) si ça m'arrive, que dois-je faire ? Je me questionne parce que personne ne m'a expliqué quoi faire, j'ai pas de tuteur ni de mentor. »

H05 : « Une sensibilisation comme à Bagatelle serait utile pour tout le monde. »

D01 : « Objectivement, il faut qu'un cas nous arrive, pour qu'on...enfin, on a conscience que cela peut arriver mais là pour le coup c'est très loin d'une préoccupation tant qu'on n'y est pas confrontés (...) [*Seriez-vous intéressé par une formation ?*] De fait, puisqu'on est un peu en difficulté par rapport à la situation, après, pas sur une journée. Quelques critères, oui (...) C'est super subtil à mon sens, et tellement intime que cela fait référence à ses propres représentations, là il faut aider tout le monde pour pouvoir l'exprimer. »

D07 : « Chacun chacune a une relation à la sexualité qui fait qu'on a, des représentations par rapport au grand âge, par rapport au fait qu'on est dans une collectivité, par rapport au fait que, on n'a pas à avoir de sexualité après 80 ans, la formation, pas pour moi mais pour sûrement un certain nombre de professionnels, participe de ce processus d'acceptation. »

D06 : « Je ne sais même pas s'il est question de sensibilisation, je pense que ce qui serait encore plus intéressant, c'est de conduire à la réflexion sans former, c'est-à-dire d'arriver avec soit un jeu, des cartes, des images,... tout ce qui peut conduire à la réflexion sur la sexualité. Former de

manière... universitaire ou pédagogique au sens classique des professionnels sur la sexualité... Je ne sais pas. En tout cas, les conduire à réfléchir sur la sexualité de l'autre et l'acceptation sur tout type de sexualité, car il y a aussi la notion d'homosexualité. A Paris, il était question de l'ouverture d'un EHPAD permettant d'accueillir exclusivement des personnes âgées homosexuelles... On en est encore là ! »

D03 : « Oui cela m'intéresserait et intéresserait les équipes aussi, car c'est vrai que ce sont des sujets redondants. J'en attends du concret. La théorie c'est bien, l'approche comportementale c'est bien... Une vraie formation avec des éléments clefs sur comment résoudre cette problématique, cas cliniques, comment on a réussi à résoudre... on peut trouver des grands axes de travail : c'est le plus important. Un travail en équipe par la psychologue – mais là, il y a la question du temps de psychologue qu'on a sur les établissements... Voir si les médoco sont formés à ça, ou la cadre ? On ne peut pas demander à une AS, au personnel terrain, d'avoir cette connaissance théorique sur cette problématique, c'est peut-être quelque chose à travailler en amont. »

C01 : « [*Quel contenu pour ces formations ?*] De l'ouverture, de la réflexion autour de comment on peut faire et vraiment le présenter tout de suite comme ça, car les soignants attendent tellement de... Il n'y a pas de solution miracle en fait. Après si, le respect, quand tout le monde est d'accord... Permettre les choses, faire un rappel sur le fait que les gens sont chez eux, que c'est à nous aussi, alors c'est compliqué car s'ils sont sourds et tout, des fois on a beau frapper ils n'entendent pas, mais malgré tout, vraiment, rappeler, car le fonctionnement institutionnel peut faire qu'on oublie que c'est un lieu de vie, qu'ils sont chez eux. »

C03 : « Rassurer les équipes surtout au niveau de la législation : pour les soignants, car ce sont souvent eux en première ligne qui vont nous le relater, et après effectivement, si c'est ça, une formation sur qu'est-ce qu'il y a lieu de faire, un protocole en fait. Mais après surtout, la loi... savoir... Je pense que la psychologue peut, elle doit être confrontée à ça, enfin cela dépend des psychologues, elles font des suivis de personnes qui se font agressées physiquement, peut-être qu'elle a les réponses d'ailleurs... »

C04 : « Des formations, cela devrait exister, des formations, comment réagir. Accompagner les équipes au niveau de la législation. Une formation sur ce qu'on peut faire. Car effectivement quand le directeur avait proposé la poupée gonflable, on avait tous rigolé, mais on se posait la question, mais en fait pourquoi pas. »

Résumé

Ces deux dernières décennies, un certain nombre de développements, notamment législatifs, ont permis l'affirmation de droits et libertés pour les personnes âgées accueillies d'EHPAD en France. Néanmoins, la sexualité, pourtant composante du droit au respect de la vie privée, y est vécue comme un sujet doublement tabou car cela fait écho aux représentations sociétales de la sexualité et de la vieillesse. Leurs fondements sont profondément ancrés dans l'histoire de notre société occidentale et donc, dans chaque individu. Si dans un EHPAD, la direction se doit de garantir les droits et les libertés des résidents, ainsi que de veiller à la protection de son personnel, des situations de manifestations de la sexualité des résidents, souffrant de troubles cognitifs ou non, posent des dilemmes éthiques. Les professionnels des établissements, soignants et non-soignants, se sentent souvent démunis, y compris les directions.

Ce mémoire se propose d'étudier les fondements théoriques et conceptuels des droits et les libertés des personnes âgées en EHPAD, ainsi que le vécu et le regard des professionnels confrontés au tabou de la sexualité des résidents. Une enquête de terrain donne la parole à 46 professionnels, soignants et non-soignants, de 6 EHPAD de Gironde. Les résultats montrent une certaine homogénéité dans le vécu et le regard des professionnels soignants et non-soignants, notamment une prédominance des ressentis à connotations négatives face à la manifestation de la sexualité des résidents. Les situations de sexualité sont variées, de même que les réactions des professionnels, qui, dans leur très grande majorité, n'ont reçu aucune formation sur la sexualité des personnes âgées. Aussi, à l'issue de la présentation des résultats de l'enquête de terrain, des préconisations sont proposées aux directions d'établissements.

Mots-clés : EHPAD, droits et libertés, sexualité des personnes âgées, professionnels, direction, enquête de terrain