

Travail de fin d'études :

LA SEXUALITE DES PERSONNES ÂGÉES EN UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE



CHU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
SAINT-ÉTIENNE

Rhône-Alpes Région

PENON Pauline
Institut de Formation en
Soins Infirmiers du CHU de Saint-Etienne

Travail de Fin d'Etudes
Promotion 2005/2008

REMERCIEMENTS

Je tenais à dire « merci » à plusieurs personnes sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui :

- A Mme ARNAUD, pour son soutien, ses précieux conseils et encouragements,
- Aux patientes et infirmières pour leur sincérité et leur disponibilité lors des entretiens,
- A ma famille et mes amis pour leur présence tout au long des trois années d'étude, leur soutien pendant les périodes de doute, leurs critiques et leurs relectures,
- A mes collègues de promotion pour leur soutien et leur aide,
- A Flo pour ses encouragements et sa patience,
- A mon papy...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
A - A LA RECHERCHE DE MA QUESTION DE DEPART	
A - 1 Situation d'appel	6
A - 2 Pourquoi le choix de cette situation	8
A - 3 Situation complémentaire	9
A - 4 Formulation de ma problématique	11
B - CADRE CONCEPTUEL	
B - 1 Les personnes âgées	
B - 1 - a Définition	12
B - 1 - b Point de vue législatif	13
B - 1 - c Point de vue démographique	14
B - 1 - d Point de vue physiologique	15
B - 1 - e Point de vue psychologique	18
B - 2 La sexualité	
B - 2 - a Définition	19
B - 2 - b Point de vue législatif	21
B - 2 - c Point de vue historique	22
B - 2 - d Point de vue socioculturel	23
B - 3 Sexualité et vieillissement	23
B - 4 Les unités de soins de longue durée	
B - 4 - a Définition	24
B - 4 - b Le projet de vie	26
B - 4 - c Prise en charge et rôle infirmier en USLD.....	27
B - 4 - d Sexualité en unité de soins de longue durée	29

C -	ENQUETE	
C - 1	Méthodologie	
C - 1 - a	Choix des lieux et de la population	31
C - 1 - b	Elaboration de l’outil d’enquête	32
C - 1 - c	Déroulement	33
C - 1 - d	Difficultés rencontrées	33
C - 2	Résultats des entretiens	
C - 2 - a	Entretiens des infirmières	34
C - 2 - b	Entretiens des patientes	36
C - 3	Analyse des entretiens	
C - 3 - a	Le rôle infirmier en USLD	38
C - 3 - b	Le projet de vie face aux besoins des résidents	39
C - 3 - c	La sexualité des personnes âgées vue par les soignants	40
C - 3 - d	Prendre en compte les besoins affectifs et sexuels des personnes âgées en USLD	40
C - 3 - e	Répercussions de la prise en compte ou non des besoins	41
C - 4	Synthèse	42
	CONCLUSION	44
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

« L'amour se lit dans le regard de l'autre et reste heureusement indépendant du poids des ans. »

Dr Nadine GRAFEILLE

INTRODUCTION

Dans le but d'obtenir mon diplôme d'état d'infirmier, j'ai dû réaliser un travail de fin d'études basé sur une situation interpelante vécue lors de ma formation.

L'objectif de ce travail est d'initier l'étudiant à la recherche et de l'encourager à cheminer dans une démarche réflexive. Il conduira donc l'étudiant à se questionner, à poser des hypothèses, à expérimenter de nouvelles méthodes, et à développer son sens de l'analyse et de l'auto-évaluation. Enfin il devra permettre de clarifier le problème identifié et d'en dégager une posture professionnelle adaptée.

Sachant que les personnes nées pendant la période du baby boom sont aujourd'hui les séniors de notre société, il s'avère que dans les années à venir, nous serons de plus en plus amenés à travailler avec des personnes âgées. Face à ce constat et à la situation qui m'a interpellée, j'ai donc choisi de baser mon travail sur la sexualité des personnes âgées.

Ce projet est motivé par un questionnement professionnel sur la façon de prendre en charge la dimension sexuelle des personnes, mais aussi par une curiosité personnelle, sur un sujet qui n'est que très peu abordé et qui pourra tous nous concerner un jour ou l'autre.

Dans un premier temps, j'exposerai ma situation d'appel ainsi que le questionnement qui en découle. Ensuite, je traiterai d'un point de vue théorique les différents thèmes qui concernent mon sujet, puis j'aborderai le travail d'enquête réalisé auprès des professionnels de santé et des patients. Et grâce à un travail d'analyse, je tenterai d'apporter des réponses à ma problématique.

A - A LA RECHERCHE DE MA QUESTION DE DEPART :

A - 1 Situation d'appel :

La situation de départ retenue pour ce travail de fin d'étude s'est déroulée dans un service de médecine gériatrique. Il accueille des personnes âgées pour des convalescences diverses, en vue d'un retour à domicile ou en attente d'une place en maison de retraite ou en Unité de Soins de Longue Durée. J'ai effectué un stage de quatre semaines dans ce service durant ma troisième année de formation en soins infirmiers. Ce service, comme beaucoup, comporte des chambres simples et doubles.

Un après midi, deux aides soignantes sont entrées dans une chambre double masculine, et ont surpris deux patients, Mr J, debout qui masturbait son voisin Mr B, couché dans son lit. Ces deux patients étaient lucides, ils ne se déplaçaient tous deux qu'en fauteuil roulant, mais pouvaient marcher avec un déambulateur pour de courtes distances, comme pour se rendre aux toilettes de leur chambre. Ces deux patients prenaient leurs repas en salle à manger, il fallait donc les accompagner en fauteuil.

Mr J surpris de l'entrée des jeunes femmes et très mal à l'aise, a tout de suite dit que son voisin voulait faire pipi et qu'il l'aidait. Cas de rien, les aides soignantes accompagnent Mr B aux toilettes. Elles profitent de l'occasion pour lui demander si ce qu'elles venaient de voir s'était déjà produit et si ce dernier était d'accord. Mr B répond : « Je ne voulais pas faire pipi, ça fait une semaine que ça dure, il me dit qu'il a envie de moi, il me touche parfois, mais je ne vous en ai pas parlé car je ne voulais pas ameuter toute l'équipe. Mais n'en parlez pas au docteur, ne le changez pas de chambre. »

Les aides soignantes en ont parlé à l'infirmière, au cadre de santé et au docteur. Ce dernier a décidé de placer Mr J en chambre seule et d'avoir un entretien individuel avec chaque patient pour mieux comprendre l'histoire.

Le soir même, je rentre dans la chambre de Mr J pour contrôler sa glycémie capillaire avant le repas. Il me demande si on viendra quand même le chercher pour aller à la salle à manger. Je lui réponds qu'on ne va pas tarder à arriver. J'ai eu le sentiment qu'il se sentait puni, mis à l'écart.

Le lendemain, le docteur appelle l'ancienne résidence de Mr J pour savoir s'ils avaient déjà constaté des faits similaires, on lui répond que Mr J a déjà dans le passé pratiqué des attouchements sexuels sur la fille de sa compagne. Ni le docteur ni l'équipe soignante n'avaient été informés de ces antécédents.

A la relève, les faits ont été évoqués pour expliquer le changement de chambre de Mr J. Une aide soignante relate qu'elle avait déjà retrouvé des sécrétions sexuelles dans sa protection et que désormais, elle ne s'attarderait plus sur sa toilette. Sa réaction a été approuvée par la quasi-totalité de l'équipe.

Le docteur a comme prévu eu un entretien avec chaque patient. Mr J a dit qu'il avait été abusé sexuellement dans son enfance mais n'a pas parlé de ses actes envers Mr B.

Mr B lui, n'a pas voulu parler de ce qu'il s'était passé. Nous n'avons donc pas pu savoir si Mr B approuvait ou non les faits.

Le devenir de Mr J qui était un placement en unité de soins de longue durée en chambre double a donc été modifié par une place en chambre seule.

A - 2 Pourquoi le choix de cette situation ?

Cette situation a tout particulièrement retenue mon attention pour différentes raisons.

Tout d'abord, après le changement de chambre de Mr J, j'ai ressenti un sentiment d'injustice : et si tous deux étaient consentants ? Et si la situation leur convenait ? Pourquoi prendre une décision aussi radicale et rapide ? Pourquoi ne pas clarifier les faits avant d'agir ? Peut-être que le sujet était trop difficile à aborder, aussi bien pour l'équipe que pour les patients. Une décision comme celle-ci est simple, une fois le déménagement effectué, « l'affaire est close », il n'est plus nécessaire d'en parler ou de réfléchir à ce que peut cacher une telle situation. La gestion de cette situation était-elle du ressort de l'équipe soignante ? Peut être que l'intervention d'un psychologue auprès de ces deux hommes aurait été bénéfique pour comprendre leurs actes.

Au moment des faits, je n'étais pas convaincue que Mr B ne soit pas consentant, il n'avait pas voulu que l'équipe le sache, il ne voulait pas que son voisin soit changé de chambre. Ce patient avait les capacités de dire « non », de contester les faits. Mais il ne s'est jamais manifesté d'une quelconque façon. J'ai ressenti au moment du déménagement un sentiment de satisfaction au sein de l'équipe comme si une punition avait été mise en place. Comme si désormais seul il ne pouvait plus nuire. Je n'approuvais pas ce ressenti. Je pense que, pour l'équipe, c'était la seule façon de solutionner le problème. Mais qu'en restait-il de ce qui a entraîné cet acte ?

Suite à l'annonce des antécédents de Mr J, une aide soignante a dit qu'elle ne s'attarderait plus sur sa toilette, j'ai été outrée. Ne doit on pas, en tant que soignant, prendre en charge les patients de façon impartiale ? L'équipe soignante peut-elle se permettre de juger de tels actes ? Jusqu'où doit aller la neutralité des soignants ? Jusqu'à ce jour Mr J était pris en charge au même titre que tous les autres patients du service. Désormais, il allait être traité comme un « pédophile ». Quelqu'un a qui on parle peu ou pas, quelqu'un de mauvais, quelqu'un qui doit être puni, quelqu'un qu'on évite. Sa prise en charge

dans le service allait être modifiée. Le comportement des soignants envers lui allait changer. Etait-il nécessaire de connaître ces antécédents ?

J'ai ensuite réfléchi à cette situation, je n'avais pas le même ressenti que l'équipe. J'ai essayé de comprendre pourquoi elles avaient réagi de cette façon. Qu'elle rôle doit avoir l'équipe soignante dans une telle situation ? Par quoi avait été induit ce changement de comportement des soignants face à ce patient ?

En essayant de répondre à toutes ces questions, j'ai fini par me demander si le problème n'était pas simplement celui de la sexualité. Nous étions confrontés à une situation qui implique la sexualité voire même l'homosexualité d'une personne âgée en milieu hospitalier. N'était-ce pas le problème majeur ? Il est vrai que dans la formation infirmière, le sujet de la sexualité n'est que très rarement abordé. Dans le module concernant les soins infirmiers aux personnes âgées, nous n'avons jamais évoqué le sujet de la sexualité. J'ai aussi pu m'apercevoir que dans les quatorze besoins de Virginia ANDERSON, les besoins affectifs et sexuels n'étaient pas mentionnés. Ne sont-ils pas aussi importants que le besoin d'apprendre, de communiquer... ? Ne sont-ils pas de réels besoins ? La sexualité est-elle un tabou ? Pourquoi parler de la sexualité et plus particulièrement celle des personnes âgées peut faire peur ? Est-ce une peur ou une honte ? Comment introduire la sexualité dans la prise en charge hospitalière ? Comment en instaurer les limites ?

A - 3 Situation complémentaire :

En repensant à mes expériences vécues en stage de gériatrie, je me suis souvenue d'une situation que j'ai pu vivre dans une unité de soins de longue durée. Cette dernière m'a semblé intéressante à confronter avec la précédente car elle concerne elle aussi la place de la sexualité des personnes âgées dans les institutions. Elle reflète un impact positif de la prise en compte des besoins affectifs des personnes âgées.

Cette situation est celle d'une dame, que j'appellerai Mme A, qui avait été admise dans ce service suite à un diagnostic de démence de type Alzheimer. Avant son entrée elle vivait seule avec son mari. Ils étaient mariés depuis longtemps et entretenaient un amour très fusionnel. Ils ne pouvaient se passer l'un de l'autre. Quelques mois après l'hospitalisation de sa femme, il a été diagnostiqué pour Mr A, une démence de type Alzheimer pour lui aussi. Il a donc été admis dans le même service que sa femme.

Au départ ils étaient dans deux chambres différentes. Mme A était très agitée mais lorsqu'elle était en compagnie de son mari, elle devenait plus calme. L'équipe soignante avec l'accord du cadre de santé et du Docteur du service, a décidé de les installer dans la même chambre. Grâce à ce changement, Mme A a pu retrouver un certain calme. Cette décision a été prise pour que Mme A soit plus paisible, mais à aucun moment le sujet de la sexualité a été abordé. Sachant que ces personnes entraient dans ce service pour y vivre jusqu'à la fin de leur vie, il aurait été souhaitable qu'ils soient dans la même chambre dès le départ. Si Mme A n'avait pas été aussi perturbée, elle aurait peut-être passé la fin de ses jours près d'une dame qu'elle ne connaissait pas. Sachant que son mari était quelques chambres plus loin, et qu'elle aurait pu dormir près de lui. Face à cette situation j'ai le sentiment que l'équipe soignante a réuni ce couple par « obligation », car aucune autre solution ne s'offrait à elle.

Pourquoi le sujet de la sexualité peut-il être choquant, intimidant, parfois même étonnant, alors que toutes les personnes et tous les âges sont concernés.

Cette seconde situation m'amène à me poser de nombreuses autres questions. Pourquoi ne pas avoir installé ce couple dans la même chambre dès l'arrivée de Mr A ? Existe-t-il des règles dans les institutions et plus particulièrement dans les unités de soins de longue durée, qui empêchent les couples de séjourner dans la même chambre ? Nous savons que la constitution de chambre mixte n'est pas possible à l'hôpital mais dans le cas d'un couple

marié, ne peut-on pas faire une exception ? Dans cette dernière situation, le fait de rapprocher le mari et la femme a eu un impact positif.

A - 4 Formulation de ma problématique :

Après relecture de ces deux situations, les questions qui me viennent à l'esprit sont : A-t-on des apports suffisants sur la sexualité au cours de notre formation ? Aborde-t-on suffisamment le sujet ? Le problème majeur ne serait-il pas le manque de connaissance à ce sujet ? Lorsque je réfléchis à mes trois années d'étude, je me rends compte que la sexualité n'est que très rarement abordée, ou trop succinctement, hormis dans des cas particuliers, tels que la pathologie du SIDA, où l'impasse est impossible. Au cours de notre formation théorique seule la sexualité des personnes handicapées a pu être traitée. Je pense que le sujet est développé pour ces dernières parce qu'il concerne des individus souvent plus jeunes que dans les unités de soins de longue durée. La société parle de la sexualité des personnes, jusqu'à un certain âge, passé celui-ci le sujet devient « tabou ». Je pense qu'il y a une sexualité à tous les âges et qu'il ne faut pas avoir honte d'en parler.

Au vue de ces situations, de mes questionnements, ainsi que de mes constats, j'ai décidé de travailler sur la place de la sexualité dans la prise en charge des personnes âgées qui ne vivent plus à leur domicile, et en particulier dans les unités de soins de longue durée.

C'est en prenant en compte tous les éléments de ma réflexion que j'ai élaboré une question de départ :

« En quoi la prise en charge de la sexualité, peut-elle avoir un impact sur le bien vivre d'une personne âgée en Unité de Soins de Longue Durée ? »

**« On n'a pas l'âge de ses artères,
mais l'âge de ses désirs. »**

Dr Marc GANEM

B - CADRE CONCEPTUEL :

Dans cette seconde partie, nous allons aborder trois thèmes : la personne âgée, la sexualité et les unités de soins de longue durée (USLD), chacun d'entre eux sera développé selon plusieurs points de vue.

B - 1 Les personnes âgées :

B - 1 - a Définition :

Il est assez difficile de donner une définition exacte du terme « personne âgée ». Selon les bases de données de l'INSEE, sont considérées comme âgées les personnes de 60 ans et plus¹. Selon l'OMS les personnes âgées sont les plus de 65 ans². Passé cet âge on peut distinguer les notions de troisième et quatrième âge. Elles sont définies par « l'âge de la retraite après 60 ou 65 ans (on parle parfois du quatrième âge après 75 ans) »³. Nous pouvons constater que l'âge défini pour le terme de personne âgée est assez imprécis, nous pouvons donc en déduire que ce n'est pas l'âge qui permet de qualifier une personne d'âgée.

Etant donné que la personne âgée n'a pas de définition précise il m'est paru intéressant de chercher la définition du mot vieillesse qui est la « période de la vie succédant à l'âge mûr que l'on situe actuellement chez l'homme à partir de l'âge de soixante-cinq, soixante-dix ans.»⁴. Grâce à ces définitions nous savons qu'une personne est considérée comme âgée, passé l'âge de 65 ans en moyenne.

Il est intéressant de connaître la définition du mot vieillissement qui est :

¹ <http://www.insee.fr>

² <http://www.who.int/fr/>

³ <http://www.granddictionnaire.com>

⁴ <http://www.cnrtl.fr>

Processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique.⁵

Cette définition démontre que par tous ces changements, les personnes âgées subissent des modifications physiologiques qui influent sur leurs besoins physiques et affectifs, et donc leur sexualité, sujet qui sera approfondi par la suite.

Nous pouvons donc conclure cette première partie en notant que ce n'est pas l'âge mais les modifications physiques, physiologiques et psychiques qui font qu'une personne puisse être qualifiée d'âgée.

B - 1 - b Point de vue législatif :

« La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son épanouissement. »⁶. Malgré un âge avancé, la personne âgée continue à jouir de la vie. « ...il faut avoir à l'esprit que chaque individu, jeune ou âgé, bien portant ou malade, est un être humain égal aux autres et dès lors qu'il bénéficie sur la base de ces principes, des mêmes droits et des mêmes libertés. »⁷. Il est donc indispensable de considérer les personnes âgées comme des êtres humains à part entière avec des droits, des libertés et des besoins. La vieillesse fait partie intégrante de la vie.

D'un point de vue législatif, il existe actuellement une charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Elle a été créée en 1987, revue en 1997 et diffusée en 1999, par la Commission des « Droits et Libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie.

⁵ <http://www.cnrtl.fr>

⁶ <http://www.fng.fr>

⁷ AMYOT (Jean-Jacques), VILLEZ (Alain), Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques, Ed. Dunod, Paris, 2001, p. 65.

Certains articles paraissent importants pour le respect de la personne âgée. Ils donnent des critères de réflexion pour éviter les abus auprès des personnes âgées. Selon l'article I concernant le choix de vie, « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. »⁸.L'article III concernant la vie sociale et culturelle stipule que « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société. »⁹.Ainsi les personnes âgées ont la possibilité de communiquer de quelconque façon avec les personnes de leur choix. L'article IV concernant la présence et le rôle des proches déclare que « Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. »¹⁰.Il est donc primordial que la personne âgée dépendante puisse entretenir des liens amicaux et affectifs avec sa famille et ses connaissances.

De même, les personnes vivant en institutions disposent de droits relevant de la loi du 4 Mars 2002, et selon l'article L.1110-2 « toute personne malade a droit au respect de sa dignité »¹¹, confirmé par l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles :

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité¹².

De ce fait, l'intimité et la dignité de la personne âgée doivent être respectées et plus particulièrement en service de long séjour, terme que nous allons définir plus tard. Nous pouvons constater que les textes législatifs abordent le sujet de l'intimité de la personne âgée, auquel nous pouvons rattacher celui de la sexualité qui doit donc être respectée.

⁸ <http://www.fng.fr>

⁹ ibid.

¹⁰ ibid.

¹¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 Mars 2002.<http://legifrance.gouv.fr>

¹² Code d'action sociale et des familles, version en vigueur jusqu'au 1 janvier 2009, Article L311-3. <http://legifrance.gouv.fr>

B - 1 - c Point de vue démographique :

Pour débiter cette approche démographique il est important de savoir que selon l'INSEE, les personnes de plus de 65 ans représentent 16,3% de la population française en 2008¹³. Ce qui représente une partie considérable de notre population.

Si l'on s'intéresse à la situation matrimoniale des personnes de plus de 65 ans, on remarque que plus de 42% d'entre elles sont mariées¹⁴. Il est aussi intéressant de savoir qu'un quart des personnes âgées vit en institution¹⁵. Nous pouvons donc en déduire qu'une partie des personnes âgées mariées vit en institution, que ce soit un ou les deux membres du couple.

Les enfants du baby-boom sont aujourd'hui les personnes âgées de notre société : « Cette augmentation de la longévité s'accompagne d'un corollaire important : la qualité de vie, dont la sexualité est l'un des composants essentiels. »¹⁶. La sexualité est donc indispensable au bien être des personnes y compris à celui des personnes âgées.

B - 1 - d Point de vue physiologique :

Nous avons pu voir précédemment dans la définition du vieillissement, qu'il entraînait de nombreuses modifications physiologiques. Nous allons plus particulièrement nous intéresser aux effets de l'âge sur les réactions et les fonctions sexuelles. L'homme et la femme ont des besoins et des réactions différentes à tous âges. C'est pourquoi, d'un point de vue physiologique, nous distinguerons tout d'abord la femme puis l'homme, pour pouvoir définir les points communs de leurs modifications.

¹³ <http://www.insee.fr>

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Cours Violence, maltraitance et personnes âgées, Pr M. DEBOUT, Professeur de Médecine Légale, 2003.

¹⁶ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), L'amour longtemps, Ed. Plon, Saint-Amand-Montrond, 2006, p.9.

❖ La femme :

La modification physiologique majeure est la ménopause, c'est un « État physiologique propre à la femme, consistant dans la cessation définitive de l'activité ovarienne et des règles. »¹⁷ . Elle « ... survient pour plus de deux tiers des femmes entre 48 et 52 ans. »¹⁸ La ménopause provoque des modifications hormonales.

La cessation brusque du fonctionnement ovarien provoque une baisse brutale du taux d'œstrogènes et de progestérones. Ces bouleversements endocriniens s'accompagnent chez un certain nombre de femmes d'excès d'irritabilité, de dépression, d'instabilité affective et d'un comportement plus agressif.¹⁹

Outre ces retentissements au niveau de l'humeur, « Chez la femme, le vieillissement n'entraîne pas de modifications suffisamment importantes pour entraver les relations sexuelles et empêcher d'atteindre l'orgasme. »²⁰ . De plus,

La ménopause apporte des avantages que l'on oublie un peu trop souvent : non seulement la femme ne subit plus les secousses occasionnées par les sécrétions hormonales cycliques, mais en plus n'ayant plus ses règles, son corps reste disponible constamment.²¹

Au niveau purement physiologique, les effets de l'âge sont : « lubrification plus lente et moins abondante, ..., la réaction du clitoris demeure toutefois égale,... »²² Grâce à cela, nous savons désormais que la femme subit une modification physiologique appelée ménopause qui influe sur son état psychologique mais qui n'a pas de répercussion majeure sur ses besoins et ses réactions sexuels.

¹⁷ <http://www.cnrtl.fr>

¹⁸ GERMAIN B. et LANGIS P., La sexualité regards actuels, Ed. Etudes Vivantes, Montréal, 1990, p.226.

¹⁹ DALLAIRE (Yvon), « la sexualité après 40 ans ou les effets de l'âge sur la sexualité », In Gérontologie, n°142, 2^{ème} trimestre 2007, p.24.

²⁰ MANOUKIAN (Alexandre), Les soignants et les personnes âgées, 3^e Ed, Ed Lamarre, Paris, 2005, p.107

²¹ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op. Cit., p.86.

²² DALLAIRE, Op. Cit., p.25.

❖ L'homme :

L'homme subit une modification appelée andropause que l'on peut définir « comme l'ensemble des manifestations physiologiques et psychiques survenant chez l'homme entre 45 et 70 ans, particulièrement en ce qui a trait à son activité sexuelle. »²³ Les plus importantes répercussions de cette modification sont : « ... une érection plus lente à venir et une éjaculation plus tardive. »²⁴ En revanche, « La contrepartie de la baisse de la spontanéité érectile, ..., est que celui-ci peut maintenir des érections plus longues sans éjaculer. »²⁵ On peut donc dire que « Tant que le désir et l'intérêt porté à la vie amoureuse sont présents, il suffit d'être en bonne santé pour que l'érection reste satisfaisante. »²⁶

Nous pouvons donc conclure, que pour l'homme, malgré certaines modifications, les besoins et les capacités restent sensiblement inchangés « ... ; les hommes âgés exigent simplement plus de temps et des stimulations physiques plus intenses pour continuer à tirer du sexe le maximum de plaisir. »²⁷ Nous pouvons donc dire que malgré l'andropause, l'homme ne subit pas de répercussions sur ses besoins et réactions sexuels.

❖ Les points communs :

Pour les hommes comme pour les femmes, « Malgré les modifications physiologiques, le sujet du troisième âge continue d'éprouver des besoins sexuels. »²⁸ Ce qui n'exclut pas le fait que les relations sexuelles soient légèrement modifiées comme nous venons de le voir.

²³ GERMAIN B. et LANGIS P., Op. Cit., p.227.

²⁴ MANOUKIAN (Alexandre), Op. Cit., p.108.

²⁵ DALLAIRE (YVON), OP. Cit., p.22.

²⁶ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op. Cit., p.13.

²⁷ DALLAIRE (YVON), Op. Cit., p.22-23

²⁸ TORDJMAN (Gilbert Dr.), Réalités et problèmes de la vie sexuelle, Ed. Brodard Graphique, Paris, 1978, p.217.

Le point commun majeur entre les deux sexes est inévitablement : « ..., la monotonie et l'ennui des rapports conjugaux. ..., la fatigue physique et mentale,..., les infirmités physiques et mentales dont l'incidence s'élève après quarante ans. »²⁹. En revanche, « Le vieillissement sexuel n'altère pas le désir et la capacité sexuelle. »³⁰. Nous pouvons en déduire que les modifications sexuelles ne sont pas les plus handicapantes dans les rapports sexuels des personnes âgées, les retentissements de l'âge sur les capacités physiques sont de loin les plus importantes.

Outre les modifications purement physiologiques et physiques, les relations des personnes âgées peuvent être influencées par des facteurs psychologiques, sujet que nous aborderons ci dessous.

B - 1- e Point de vue psychologique :

Nous avons pu noter précédemment que les modifications physiologiques influençaient fortement l'état psychologique général des personnes âgées, car « Le vieillissement est pour chacun synonyme de perte, et c'est cela qui le rend douloureux. »³¹ Le corps se transforme, le visage change, l'image de soi prend des années dans le regard des autres.

Plusieurs facteurs internes ou externes entrant en jeu au cours du vieillissement peuvent être la cause de difficultés, entraînant de profonds remaniements de l'appareil psychique : climatère, maladie, handicap, grand-parentalité, décès, entrée en institution...³²

Le vieillissement avec tout ce qui le constitue peut entraîner de très grands bouleversements dans la vie d'une personne : « Il est difficile pour tout le monde d'accepter de vieillir et de voir son corps se détériorer. »³³.

²⁹ TORDJMAN (Gilbert Dr.), Op. Cit., p.220.

³⁰ Cours Libido et vieillissement, A. QUIQUANDON, Laboratoire de Psychologie de la Santé & du Développement, Université Lumière Lyon 2.

³¹ CAVEY (Michel Dr.), Psychologie du sujet âgé, <http://www.famidac.fr>

³² <http://fr.ca.encarta.msn.com>

³³ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op. Cit., p.126.

D'un point de vue psychologique en lien avec le vieillissement sexuel de l'homme, « La crainte de l'échec induit une perte de confiance en ses capacités sexuelles et peut entraîner chez l'homme un renoncement à toute relation. »³⁴. Mais aussi « La méconnaissance des modifications physiologiques peut entraîner l'angoisse de l'impuissance ou d'une pathologie sous jacente qui évolue parfois vers l'impossibilité de tout rapport sexuel. »³⁵.

En ce qui concerne le vieillissement sexuel de la femme, les répercussions psychologiques sont que «La ménopause revêt un caractère anxiogène pour de nombreuses femmes puisque souvent associée à des sentiments de perte de féminité et de perte de séduction. »³⁶, ainsi que « La diminution de la lubrification vaginale peut être perçue comme une chute de l'éveil sexuel et/ou du désir. »³⁷.

Nous pouvons donc en conclure qu'un manque d'information peut avoir des répercussions sur la sexualité des personnes âgées et que « La poursuite et le maintien d'une activité sexuelle satisfaisante au cours de l'avance en âge va dépendre de la capacité qu'à le sujet à s'adapter à de multiples facteurs: physiologiques, psychologiques, sociaux. »³⁸. Nous pouvons donc dire que chaque personne appréhendera différemment sa sexualité et l'adaptera en fonction des modifications qu'il aura subies.

B - 2 La sexualité :

B - 2 - a Définition :

Nous pouvons trouver la définition générale du mot sexualité qui est :
« Ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, observables chez les

³⁴ Cours Libido et vieillissement, A. QUIQUANDON, Laboratoire de Psychologie de la Santé & du Développement, Université Lumière Lyon 2.

³⁵ Cours Libido et vieillissement, A. QUIQUANDON, Laboratoire de Psychologie de la Santé & du Développement, Université Lumière Lyon 2.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

êtres vivants. »³⁹. « La sexualité ne concerne pas que le cadre de la génitalité. La sexualité concerne toute la palette de potentialités excitatrices physiologiques et psychologiques qui procurent du plaisir à l'individu. »⁴⁰. Nous comprenons donc que la sexualité comprend les actes sexuels mais aussi tout ce qui a trait au sexe. « La sexualité n'offre pas un mais trois aspects : la jouissance, la tendresse et la procréation. En fait ces aspects sont inséparables. »⁴¹. Nous allons donc nous intéresser successivement à ces trois aspects.

Il semble important de connaître la définition du mot jouissance qui est : « Plaisir sexuel éprouvé jusqu'à son aboutissement. »⁴². La jouissance est donc le fait de ressentir du plaisir suite à l'aboutissement d'un acte sexuel. « Tout comme l'alimentation, la sexualité possède une triple valeur psychologique de détente, de sécurité, d'extension du plaisir. »⁴³. On peut noter comme faisant partie de l'aspect jouissif, l'érotisme qui est « ... la culture délibérée du plaisir psycho-sensoriel, psycho-sensitif et psycho-moteur. »⁴⁴ D'un point de vue plus général c'est une « Façon de manifester cette tendance, d'exprimer, de satisfaire, de susciter ce goût; manière particulière d'assumer sa vie amoureuse, notamment de faire l'amour. »⁴⁵. Cet aspect est celui qui pourrait rimer avec la notion proprement dite de plaisir.

Ensuite, nous allons essayer d'en savoir plus sur le terme « tendresse » qui est en général défini comme :

Forme d'amour à prédominance sentimentale, complétant la sensualité et la sexualité (plutôt que s'y opposant), caractérisée par la recherche d'une harmonie dans la douceur et la durée, et manifestant le souci constant d'être agréable à la personne aimée.⁴⁶

³⁹ Le petit Larousse illustré, 100° Ed., Ed Larousse, Paris, 2005, p.981.

⁴⁰ Cours Sexualité et fantasmes institutionnels, A. QUIQUANDON, Laboratoire de Psychologie de la Santé & du Développement, Université Lumière Lyon 2.

⁴¹ MORALI-DANINOS (André), Sociologie des relations sexuelles, 4° Ed., Ed. Presses universitaires de France, Paris, 1973, p. 17.

⁴² <http://www.cnrtl.fr>

⁴³ MORALI-DANINOS (André), Op. Cit., p.18.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ <http://www.cnrtl.fr>

⁴⁶ Ibid.

La tendresse est donc l'ensemble des faits et gestes mis en œuvre pour faire plaisir à l'autre, pour susciter le désir, pour cultiver l'amour.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'aspect de procréation qu'a la sexualité. Le verbe procréer signifie : « donner la vie (à un/des enfant(s)) »⁴⁷. Cet aspect de la sexualité relate la fonction première de l'acte sexuel, celle d'avoir des enfants.

En résumé la sexualité a trois fonctions, celle de procréer, de prendre du plaisir, et de démontrer l'amour que l'on porte à une personne. Si l'on remet ces aspects en lien avec les personnes âgées, étant donné les modifications physiologiques qu'elles ont subi, la notion de procréation ne les concerne plus étant donné que la femme ne peut plus avoir d'enfants suite à la ménopause. En revanche si ce dernier ne les intéresse plus, les deux autres restent omniprésents dans leur vie. Ces aspects ne sont pas toujours pris en compte car pour certaines personnes : « La vieillesse, forcément dégradante, est encore synonyme de perte d'attractivité érotique. »⁴⁸. C'est pourquoi il est difficile d'aborder le sujet de la sexualité des personnes âgées dans notre société.

B - 2 - b Point de vue législatif :

Il est difficile de trouver des lois spécifiques à la sexualité proprement dite. Quelques articles du code de santé publique traitent de l'information et de la prévention portant sur la sexualité, mais aucun droit ne concerne précisément la sexualité des français. Certains articles de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 peuvent être mis en rapport avec le sujet comme l'article 4 qui stipule :

La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles

⁴⁷ <http://www.cnrtl.fr>

⁴⁸ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op. Cit., p.9.

qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.⁴⁹

En relation avec le sujet cet article traduit que chacun peut vivre sa sexualité comme il l'entend tant que cette dernière ne nuit pas à autrui.

D'un point de vue professionnel, on peut lire dans l'article R4311-15 du code de santé publique : « ...en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : ... 6° Education à la sexualité; »⁵⁰. Cet article démontre que les infirmiers et infirmières doivent apporter des réponses aux patients sur la sexualité. Pour ce faire ils doivent donc avoir des connaissances sur ce sujet.

B - 2 - c **Point de vue historique :**

D'un point de vue historique, il paraît plus judicieux de parler de la place de la sexualité au début du XX^e siècle, étant donné que les personnes qui sont aujourd'hui âgées de 60 ans et plus sont nées à cette période.

« ... il y a un demi-siècle on enseignait que la sexualité ne pouvait se réaliser que dans le mariage, dans le noir, pour faire des enfants, et éventuellement sans plaisir. »⁵¹ Plus tard, il y a eu de nombreux changements dans les mentalités, « Incontestablement, à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, un certain nombre de tabous reculent. Les documents commencent à parler du sexe et des plaisirs de la chair. »⁵². Les mentalités ont fortement évolué, « ... le vent de liberté qui a soufflé dans la seconde moitié des années 60 ainsi que l'évolution extraordinaire des années 2000 déteignent sur les seniors qui osent réclamer aussi le droit à l'orgasme. »⁵³.

⁴⁹La constitution, Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1789,
<http://www.legifrance.gouv.fr>

⁵⁰Code de la santé publique, version en vigueur au 8 Aout 2004, Article R4311-15.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

⁵¹ GRAFILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op. Cit., p.218.

⁵² <http://fr.encarta.msn.com>

⁵³ GRAFILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op Cit., p.218.

Nous pouvons conclure en ajoutant, que malgré une éducation sexuelle aujourd'hui erronée, les personnes âgées ont vécu une période de libération sexuelle qui a pour la majeure partie d'entre eux, fait reculer les tabous.

B - 2 - d Point de vue socioculturel :

D'un point de vue socioculturel, « Les sexagénaires et leurs aînés ont reçu des informations sexuelles non seulement fausses et tronquées, mais surtout imprégnées de dangerosité et de modèles à ne pas transgresser. »⁵⁴. « On ne peut oublier que la femme française de 70 à 80 ans a reçu une éducation sexuelle aujourd'hui obsolète. »⁵⁵

Aujourd'hui, « Notre éducation ne conçoit la femme en âge d'être grand-mère que dans la cuisine pour faire des confitures ou dans la nursery pour s'occuper des petits enfants. »⁵⁶. La sexualité des personnes âgées n'est que très peu abordée et reste un tabou. Et lorsqu'elle est abordée, les représentations sont souvent fausses

La difficulté à imaginer l'expérience de la vieillesse apparaît tout particulièrement dans le domaine de la sexualité des hommes vieux, souvent décrite comme radicalement différente de celle des hommes jeunes ou, au contraire, radicalement identique... Une première conception prétend en effet que tout a changé : un vieux n'a plus de désirs ni de sexualité. On lui accorde néanmoins le droit d'aimer la tendresse et les bisous.⁵⁷

Nous comprenons donc que pour un grand nombre d'individus, la personne âgée est un être « asexué » qui ne ressent plus aucun désir. La personne est donc considérée comme un enfant.

B - 2 Sexualité et vieillissement :

⁵⁴ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), Op.Cit., p.218.

⁵⁵ FOJCIK.I, « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances », In Ethique et santé, n°3, Vol 2, Septembre 2005, pp 159 à 161.

⁵⁶ GRAFEILLE, Op. Cit., p.167-168.

⁵⁷ PELLISSIER (Jérôme), Vieillesse et sexualité du tabou au diktat..., <http://www.jerpel.fr/spip.php?article124>

Après avoir étudié en détail la personne âgée ainsi que la sexualité, il est important de lier la sexualité au vieillissement.

Nous avons pu noter dans les parties précédentes que malgré les modifications physiologiques induites par le vieillissement, les personnes âgées peuvent continuer à exercer une activité sexuelle. Cette dernière sera adaptée à chaque individu et à son état de santé.

Néanmoins,

Plusieurs raisons permettent à un couple de mieux vivre sa sexualité :

- Une fois que les enfants quittent la maison, le couple peut faire l'amour à loisir sans craindre d'être interrompu.
 - Le couple peut faire l'amour n'importe quel jour du mois car la femme n'a plus ses règles.
 - Il n'y a plus à se soucier de contraception ou à s'inquiéter du risque de grossesse indésirable.
 - En étant à la retraite, le couple a plus de temps à consacrer à l'amour.
 - Libérés de nombreuses pressions qui pèsent sur les couples jeunes ou d'âge mur, les couples âgés peuvent consacrer plus de temps aux préliminaires amoureux et discuter de leurs désirs ou de leur plaisir.
- Ils sont souvent moins stressés et moins fatigués qu'au temps de leur jeunesse.⁵⁸

Nous pouvons donc en conclure que malgré de nombreuses modifications, tant au niveau physique que psychologique, les personnes âgées bénéficient de certains avantages qui leurs permettent de vivre pleinement leur sexualité.

B - 4 Les unités de soins de longue durée :

B - 4 - a Définition :

Pour commencer cette partie sur les USLD (Unités de Soins de Longue Durée), il est important d'en connaître la définition :

⁵⁸ WALKER (Richard), La sexualité et la vie une encyclopédie pour tous les âges, Ed Larousse, Paris, 1997, p.291.

L'unité de long séjour ou de soins de longue durée dépend de l'hôpital et prend en charge des personnes âgées dépendantes, ayant besoin d'une surveillance médicale continue. Les services de long séjour accueillent des personnes âgées dont l'état de santé ne permet pas l'entrée en résidence de retraite, même médicalisée.⁵⁹

Ces missions sont : « ... l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. »⁶⁰. Il est intéressant de savoir que selon l'article L113-1 du code de l'action sociale et des familles,

Toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail.⁶¹

Nous pouvons en déduire que les services de long séjour accueillent des personnes dépendantes, de 60 ans minimum qui nécessitent une surveillance médicale continue.

« ...le service de soins de longue durée doit être un lieu de vie. Les personnes âgées s'acquittent d'un loyer et leur chambre est leur domicile. »⁶²
C'est pourquoi les personnes âgées sont appelées « résident(e)s » et non pas « patient(e)s ». Nous comprenons donc que les USLD sont des lieux de vie à part entière.

Pour une personne âgée, « L'entrée en institution est souvent synonyme d'inquiétude, tant de la part des familles que des futurs résidents, ce d'autant qu'elle est souvent motivée par un drame personnel ou familial. »⁶³

De ce fait, avec la création d'un projet de vie définissant des pratiques spécifiques, nous assistons à la naissance d'un outil qui transforme les

⁵⁹ <http://www.capretraite.fr>

⁶⁰ DIAMANT-BERGER (Francis), KERANGALL (Corinne), Les personnes âgées pour une prise en charge globale, Ed Masson, Paris, 2000, p.93-94.

⁶¹ Code de l'action sociale et des familles, version en vigueur jusqu'au 1 janvier 2009, Article L311-1.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

⁶² MEDJAHED (Fatima), DE FARIA COUTO (Marie-Laure), « Développer et valoriser les compétences des soignants exerçant en service de soins de longue durée », In Revue de l'infirmière, n°120, Avril 2006, pp 30-31.

⁶³ VERCAUTEREN (Richard), PREDAZZI (Marco), LORIAUX (Michel), Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie, Ed Érès, Ramonville-Saint-Agne, 2001, p. 24-25.

représentations de chacun des acteurs, futur résident et famille, à l'égard de l'institution pour faire de celle-ci le nouveau repère d'une existence qualitative moyennant des pratiques spécifiques.⁶⁴

Nous comprenons donc que pour remédier aux appréhensions qu'une personne peut avoir à l'idée d'entrer dans un service de long séjour, un projet de vie est mis en place. Il est utilisé pour adapter les habitudes de vie du résident dans le service, à celles de sa vie à domicile.

B - 4 - b Le projet de vie :

Le projet de vie est « Fondé sur des valeurs humaines, il est exclusivement centré sur la personne âgée et tous les acteurs de son environnement. »⁶⁵.

Le principe du projet est d'accompagner, et non de substituer, de proposer et non d'imposer, de suggérer et non de catégoriser. Son rôle consiste à « prendre en soin » de la personne âgée fragilisée, en formant un soutien à la vie.⁶⁶

Selon la direction du service central des soins infirmiers - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, le projet de vie est construit à partir de cinq axes décrits comme tels :

AXE 1 : Les valeurs, attentes, souhaits et désirs de chaque personne âgée résidant en Unité de soins de longue durée (USLD) sont les fondements de son projet de vie, quel que soit son degré de dépendance.

AXE 2 : En Unité de soins de longue durée (USLD), le rôle social de chaque résident est maintenu et pris en compte par l'institution.

AXE 3 : La vie quotidienne de chaque résident selon son rythme et ses difficultés est une préoccupation constante des personnels de l'Unité de soins de longue durée (USLD).

AXE 4 : Les équipes professionnelles de l'Unité de soins de longue durée (USLD) prennent en charge l'état de santé de chaque résident en vue de préserver son autonomie.

AXE 5 : Tous les intervenants en Unités de soins de longue durée (USLD) développent une cohérence d'action basée sur une compétence et sur le respect des droits et libertés du résident.⁶⁷

⁶⁴ VERCAUTEREN (Richard), PREDAZZI (Marco), LORIAUX (Michel), Op. Cit., p. 25.

⁶⁵ VERCAUTEREN (Richard), PREDAZZI (Marco), LORIAUX (Michel), Op. Cit., p. 55.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_34.doc Direction du service central des soins infirmiers - AP- HP, Projet de vie pour les unités de soins de longue durée, Novembre 2002.

Dans le premier axe de la construction du projet de vie, il est dit que « La vie affective, familiale, amicale et sexuelle du résident est respectée. »⁶⁸ Nous pouvons donc dire que la prise en charge de la vie affective et sexuelle de la personne âgée résidant en USLD fait partie intégrante de son projet de vie. Cette dimension de la vie du résident doit donc être prise en compte lors de l'élaboration de son projet de vie.

Nous comprenons donc que le projet de vie est mis en place pour prendre en charge les résidents des USLD de façon globale et qu'il est adapté à la personne pour subvenir à ses attentes, ses besoins et ses désirs. Il est mis en place pour que la vie du résident dans l'unité ressemble le plus possible à sa vie à domicile.

Nous avons pu comprendre que l'infirmier avait un rôle important dans la prise en charge de la personne, mais aussi dans l'élaboration de son projet de vie. Nous allons maintenant définir ce rôle.

B - 4 - c Prise en charge et rôle infirmier en USLD :

Il paraît intéressant de débiter cette partie sur le rôle infirmier, avec quelques rappels législatifs. Selon le décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, l'article 1^{er} énonce :

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé....⁶⁹

⁶⁸ http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_34.doc Direction du service central des soins infirmiers - AP- HP, Projet de vie pour les unités de soins de longue durée, Novembre 2002.

⁶⁹ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal officiel n°40 du 16 février 2002, p.3040. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ce qui nous montre, qu'il est du rôle de l'infirmier de recueillir les données pertinentes et nécessaires à l'élaboration du projet de vie, de le réévaluer, l'organiser, et l'appliquer.

En complémentarité de ce dernier article, l'article 3 de ce même décret stipule :

Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.... Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue....⁷⁰

D'un point de vue législatif, de son rôle propre, l'infirmier doit subvenir à la diminution de l'autonomie des personnes tout en la préservant. Il doit identifier les besoins des patients, émettre des objectifs et mettre en place des actions qu'il réévaluera par la suite.

En d'autres termes, « Rechercher comment maintenir ou améliorer chaque jour l'autonomie et la relation humaine malgré les pertes liées à la dépendance physique et/ou psychique est notre objectif majeur. »⁷¹

Dans le rôle de l'infirmier en USLD, « ...les soins relationnels sont aussi importants que les soins techniques. »⁷², ce qui est stipulé dans l'article 2 du décret de compétence infirmier du 11 février 2002 : « Les soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs intègrent qualité des techniques et qualité des relations avec le malade. »⁷³

Nous pouvons donc conclure en disant que l'infirmier en USLD doit être capable de mettre en place un projet de vie adapté aux patients, il doit pouvoir identifier les besoins du résident et mettre en place des actions pour remédier à

⁷⁰ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal officiel n°40 du 16 février 2002, p.3040.
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

⁷¹ MEDJAHED (Fatima), DE FARIA COUTO (Marie-Laure), « Développer et valoriser les compétences des soignants exerçant en service de soins de longue durée », In Revue de l'infirmière, n°120, Avril 2006, pp 30-31.

⁷² Ibid.

⁷³ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal officiel n°40 du 16 février 2002, p.3040.
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

ces derniers. Il doit être capable de prodiguer des soins techniques de qualité, il doit pallier à la perte ou diminution de l'autonomie, et doit aussi prendre en compte l'importante dimension relationnelle nécessaire à la prise en charge des patients.

B - 4 - d Sexualité en unité de soins de longue durée :

Dans les unités de soins de longue durée, et comme dans toutes les institutions, « La tendance lourde va vers une tendance à faire des personnes âgées des êtres asexués. »⁷⁴ Ors « La plupart des études montrent que les équipes soignantes ou accompagnantes ont une attitude positive à l'égard de la sexualité des personnes âgées, ces attitudes ne s'accompagnent généralement pas de comportements qui la facilite. »⁷⁵. Ce qui montre que la dimension sexuelle de la vie d'une personne âgée est reconnue mais elle est peu souvent prise en charge.

« La représentation sociale majoritaire chez les soignants fait des vieillards des gens non seulement impuissants mais sans désirs. »⁷⁶ Ce qui peut expliquer pourquoi la sexualité des personnes âgées n'est pas prise en compte dans leur prise en charge.

Dans les services accueillant des personnes âgées,

Rares sont les dossiers qui font référence à la sexualité du patient... Alors, dans ce désert, chacun ira de son attitude, tolérante où de refus, chaque équipe campera sur des positions stéréotypées, et le patient qui veut vivre sa sexualité la verra souvent niée, bafouée, soumise au rire, voire mise en scène.⁷⁷

« Concernant la sexualité proprement dite, l'organisation gérontologique, en bafouant la pudeur et en interdisant toute intimité aux clients, ne la tolère

⁷⁴ LEPINE (Nicolas), Vieillir en institution sexualité, maltraitance, transgression, Ed chronique sociale, Lyon, 2008, p.42.

⁷⁵ Cours Sexualité et vieillissement, Pr G.RIBES, Laboratoire de psychologie de la santé & du développement, Université Lumière Lyon 2.

⁷⁶ LEPINE (Nicolas), Op. Cit., p.54.

⁷⁷ La sexualité dans les institutions de soins, Texte de la communication de Yves Gineste au congrès d'ergothérapie et de médecine physique de la grande Motte, Mai 2000, <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/sexualite.html>

que très difficilement et uniquement sur un mode « animal ». »⁷⁸ Ce qui nous montre que les représentations des soignants, ainsi que le manque d'intimité entraînent une dénégarion de cet aspect important de la vie d'une personne âgée.

Pour conclure, nous pouvons dire que dans les unités de soins de longue durée, la prise en charge de la sexualité des résidents est souvent « oubliée », alors que cet aspect fait partie intégrante de leur vie et mériterait d'être pris en charge.

⁷⁸ LEPINE (Nicolas), Op. Cit., p.57.

« On peut très bien avoir soixante ans sur son acte de naissance, quarante à la ville et vingt dans un lit. »

Dr Julien BESANÇON

C - ENQUÊTE :

Dans cette troisième partie, nous découvrirons la méthodologie de mon enquête, les résultats des entretiens et l'analyse de ces derniers.

C - 1 Méthodologie :

C - 1 - a Choix des lieux et de la population :

Ma problématique étant la sexualité des personnes âgées en Unité de Soins de Longue Durée, il était donc important que mon enquête se déroule dans des services de soins de longue durée. Pour cela, j'ai choisi deux services différents. Tous deux sont des Unités de Soins de Longue Durée, mais mon choix ne s'est pas dirigé vers ces services par hasard. Je savais qu'un couple de résidents s'était formé dans l'un d'eux, ce qui me paraissait très intéressant pour mon enquête, et à l'inverse, je savais que dans le second, tous les résidents étaient veufs ou divorcés, et qu'aucun couple ne s'y était créé. Le choix précis de ces lieux d'enquête était donc volontaire, dans le but de récolter des points de vue différents.

Dans le choix de la population, il me paraissait incontournable d'interroger des infirmiers diplômés d'état étant donné que le Travail de Fin d'Etude a pour but de s'interroger sur la pratique de la profession d'infirmier. J'ai donc mené mon enquête auprès de deux infirmières :

- Mlle A, infirmière depuis trois mois dans le service,
- Mme B, infirmière depuis un an et demi dans le service.

Il m'est apparu pertinent de confronter les représentations de ces dernières, à celles de patients qui résident dans les mêmes services. C'est pourquoi j'ai choisi d'enquêter auprès de deux patientes :

- Mme X, 80 ans, divorcée, résidente depuis plus d'un an,
- Mme Y, 85 ans, résidente depuis 8 ans, veuve, mais en couple avec un autre résident.

Par la même occasion, il me semblait intéressant de confronter les points de vue d'une résidente qui avait une relation amoureuse dans le service, avec ceux d'une autre résidente qui elle n'en avait pas.

C - 1 - b Elaboration de l'outil d'enquête :

L'outil qui m'est apparu le plus judicieux est un guide d'entretien. Celui-ci est complet, fiable, et permet ainsi d'effectuer une enquête pertinente. En effet, selon les réponses obtenues, il est possible de réajuster les questions en cas de mauvaise formulation ou de non compréhension de la part des personnes interrogées. Il permet également d'envisager d'autres questions afin d'approfondir un sujet en particulier. Il s'agit alors d'un entretien semi-directif. Le face à face crée une relation de confiance et permet une communication non verbale, qui parfois apporte des précisions aux réponses.

Pour créer cet outil, je me suis appuyée sur les grands thèmes de mon cadre conceptuel. Pour chacun de ces thèmes j'ai élaboré une question. Il me semblait important de partir d'une question générale, pour arriver ensuite à des questions de plus en plus ciblées sur l'objet de mon travail. Pour mon enquête, il était important de créer deux guides d'entretiens, un pour les professionnels de santé (annexe I), et un pour les patients (annexe II), car il était nécessaire d'adapter les questions et le langage aux personnes interrogées. Lors de l'élaboration du guide d'entretien destiné aux patients, le mot « sexualité » n'a pas été utilisé volontairement, pour ne pas sembler trop intrusif et ne pas heurter les personnes.

Les objectifs des guides d'entretien sont :

- Apporter un point de vue pratique à mon cadre conceptuel de part les entretiens infirmiers,
- Confronter les représentations des soignants face à celle des patients,
- Confronter le ressenti des soignants face aux besoins des patients,
- Confronter le ressenti des deux patientes,
- Confronter les représentations des deux infirmières.

C - 1 - c **Déroulement :**

J'ai tout d'abord contacté par téléphone le cadre de santé de chaque service, expliquant l'intérêt de mon travail et l'objectif de ma démarche et ai demandé leur accord pour interroger un infirmier et un patient de leur service. Nous avons donc convenu d'un rendez-vous.

Je me suis rendue dans un premier temps dans l'un des services, j'ai été accueillie par le cadre de santé qui m'a présenté l'infirmière que j'allais interroger. J'ai pu effectuer l'entretien de cette dernière dans une pièce isolée et calme. L'infirmière m'a ensuite présenté Mme X qui avait été choisie pour mon entretien. Je me suis présentée, et lui ai expliqué le but de cet entretien ainsi que son caractère anonyme.

Dans un deuxième temps, je me suis rendue dans le second service. J'ai interrogé l'infirmière présente dans le service, puis Mme Y qui avait été volontairement choisie par le cadre de santé et l'infirmière pour répondre à mes questions.

J'ai ensuite procédé à la retranscription des entretiens (annexes III, IV, V, VI).

C - 1 - d **Difficultés rencontrées :**

Au départ de l'entretien avec la seconde infirmière, j'ai pu ressentir un désintérêt de cette dernière quant à mon travail, celle-ci a répondu à ma première question de façon très brève, ce qui m'a mis en difficulté. J'ai par la suite reformulé mes questions et tenté de lui faire approfondir ses réponses, ce qui m'a semblé être efficace, étant donné qu'elle s'est investie davantage à la suite de l'entretien.

Après avoir effectué les quatre entretiens, j'ai pu m'apercevoir lors de la retranscription, que je n'avais pas su rebondir sur certaines réponses, oubliant de faire approfondir certains éléments importants par mes interlocuteurs.

C - 2 Résultats des entretiens :

C - 2 - a Entretiens des infirmières :

Nous allons comparer les données recueillies lors des entretiens des deux infirmières.

❖ Question n°1 : Quel est votre rôle auprès des personnes âgées en tant qu'infirmière en Unité de Soins de Longue Durée ?

Pour les deux infirmières, leur rôle englobe un aspect technique et un aspect relationnel. La notion de lieu de vie, et d'adaptation de la personne âgée au service, n'ont été cités que par l'une des deux.

❖ Question n°2 : Pour vous, qu'est-ce que le projet de vie, et quels éléments prend-il en compte ?

Pour l'une des infirmières, le projet de vie est un élément qui permet l'adaptation et l'épanouissement des personnes, et leur permet de se sentir comme chez elles, en personnalisant leurs chambres par exemple. Il aide aussi le personnel de santé à connaître les résidents. Pour la seconde infirmière, le projet de vie est remplacé dans le service par une synthèse qui est une évaluation des pertes, des possibilités de la personne et de leur traitement, qui est faite une fois par mois. Cette dernière paraît moins précise que le projet de vie et essentiellement centrée sur l'aspect médical. En revanche l'autonomie et la mise en place d'activités adaptées sont des éléments cités par les deux professionnelles. Il est à noter que l'histoire de vie antérieure des patients n'a pas été évoquée.

❖ Question n°3 : Pour vous, en quoi consiste la sexualité d'une personne âgée, et quelle place elle a dans sa vie ?

Une infirmière répond naturellement que dans la société actuelle la sexualité est toujours pratiquée même chez les personnes très âgées, et que le vieillissement n'oblige pas à réduire les plaisirs. Pour elle la sexualité est un élément important de leur vie qui leur permet de s'épanouir, et pense que pour des personnes âgées les actes de tendresse et les caresses sont très importants et sont une réelle forme de sexualité. Néanmoins, avant même de parler de la sexualité en USLD, elle précise qu'il n'est pas possible qu'une personne âgée est une sexualité dans les unités de soins.

La seconde commence par parler des problèmes de masturbation ou d'érection au moment des soins, ce qui n'est pas en lien avec la question. Après reformulation de ma question, elle explique que par principe d'éducation et suivant l'époque à laquelle les personnes sont nées, la sexualité était cachée, et rajoute en souriant qu'elle était quand même pratiquée. Elle pense que la sexualité ne se traduit pas au quotidien et est occultée par peur de choquer, car pour elle, certaines personnes peuvent être choquées. Selon elle les personnes âgées vivent une sexualité mais n'en parlent pas, c'est pourquoi elle ne détaille pas plus sa réponse.

❖ Question n°4 : Pour vous, est-il possible de prendre en compte les besoins affectifs et sexuels d'une personne âgée en USLD ?

Pour subvenir aux besoins affectifs, les deux infirmières sont d'accord pour dire qu'elles essaient elles mêmes de donner de l'affection aux résidents. Toutes deux donnent un rôle important à la famille. La première pense que la famille peut apporter l'affection dont les résidents ont besoin. La seconde accorde à la famille, un rôle de décision sur la vie de son parent, et explique que pour qu'un résident puisse avoir une relation amoureuse, la famille doit auparavant donner son accord.

Une infirmière répond que les besoins affectifs et sexuels des patients sont ressentis mais pas forcément verbalisés ou exprimés. Elle explique ensuite

qu'un couple s'est formé dans le service, et qu'avec l'accord de la famille, le personnel soignant l'accepte.

❖ Question n°5 : Quelles répercussions cela peut-il avoir ?

La réponse d'une des infirmières est que si la sexualité des résidents n'est pas acceptée, comme cela est le cas dans son service, certains peuvent avoir les mains « baladeuses », autrement dit, elle a pu remarquer que les besoins n'étaient pas verbalisés. Elle dit ne jamais avoir entendu une personne se plaindre clairement d'un besoin sexuel. Pour elle, si la sexualité des résidents était acceptée, ils seraient plus épanouis. Elle pense que si les couples pouvaient être dans le même service cela serait bénéfique pour les patients. Elle explique que dans son service, tous les résidents sont veufs et qu'ils n'ont donc pas ce désir. Pour elle, si un couple de patients était dans un état de dépendance, il serait souhaitable de les mettre dans la même chambre.

Pour la seconde infirmière interrogée, du moment que les personnes qui ont une sexualité, sont non démentes, consentantes, et que leurs familles ont donné leur accord, cela ne la regarde pas. Elle ne s'implique pas réellement dans sa réponse et ne semble pas concernée. Pour elle la prise en compte de ce besoin ne semble pas avoir de bienfaits, ni sur les patients, ni sur leur prise en charge.

C - 2 - b Entretiens patientes :

De la même façon que précédemment, nous allons comparer les données recueillies lors des entretiens des deux patientes.

❖ Question n°1 : Mis à part la présence du personnel soignant, qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis votre entrée dans le service ?

Mme X exprime un manque d'indépendance, qui est dû selon elle à un manque de personnel. Mme Y dit que la vie n'est pas la même, mais quelle se

sent bien et que rien a changé, elle a la possibilité d'aller chez sa fille, où elle peut cuisiner. Elle a accès aux soins qui lui sont nécessaires, et dit que tout le monde est gentil avec elle.

❖ Question n°2 : Aujourd'hui, quels sont vos besoins et sont-ils pris en compte ?

Mme X exprime un fort sentiment de solitude qui lui est très pénible. Elle dit ensuite qu'elle crée des affinités avec d'autres résidents et que le personnel soignant l'invite à passer du temps avec eux, pour ne pas rester seule, ce qui lui fait beaucoup de bien. Elle ajoute enfin qu'en passant une journée, une soirée, une nuit seule, le temps paraît long. Contrairement à la réponse de Mme X, Mme Y dit n'avoir besoin de rien, et explique ensuite sans demande de ma part, qu'elle a un petit copain dans le service, avec qui elle passe toutes ses journées. Elle affirme être heureuse et ne manquer de rien.

❖ Question n°3 : Avez-vous la possibilité d'avoir une vie affective et intime dans le service ?

Mme X ayant effectué toute sa carrière d'aide soignante à l'hôpital, avec comme elle le dit beaucoup de monde (ambulanciers,...) elle retrouve dans le service, une ambiance similaire à celle dans laquelle elle a pu travailler. Elle explique qu'elle a la possibilité d'aller discuter avec les autres résidents qui malheureusement n'ont pas de visites. Mme Y explique que sa relation avec son ami est acceptée dans le service et que la cadre de santé a donné son accord.

❖ Question n°4 : Comment vous le vivez, qu'est-ce que ça vous apporte ?

Mme X affirme bien vivre cette situation même si ses paroles laissent penser qu'elle l'accepte tout simplement. Pour Mme Y, la possibilité d'avoir une vie affective et intime lui change la vie, elle dit que ça donne du piment à sa vie et lui fait du bien. Elle explique que le fait de se trouver dans une chambre avec une personne qui n'est pas intéressante n'est pas agréable et qu'elle est très

bien lorsqu'elle sort de la chambre. Elle ajoute que si elle n'avait pas son petit ami, la vie serait plus triste.

C - 3 Analyse des entretiens :

C - 3 - a Le rôle infirmier en USLD :

Concernant le rôle de l'infirmier dans les Unités de Soins de Longue Durée, nous avons pu apprendre, dans la première partie de ce travail, que son rôle se divisait en quatre axes principaux : rôle technique, relationnel, préventif dans la diminution de l'autonomie et constructif dans l'élaboration du projet de vie.

Au cours des entretiens avec les infirmières, les dimensions techniques et relationnelles de leur rôle ont été citées de façon unanime. Pour les professionnelles de santé, le rôle relationnel apparaît comme un élément très important pour la prise en charge des personnes âgées en particulier, mais aussi pour leur adaptation au service, qui devient leur nouveau lieu de vie.

Concernant leur rôle dans la prévention de la diminution de l'autonomie, cet aspect n'est évoqué par les infirmières, qu'en lien avec le projet de vie. Ce qui peut laisser supposer que sans la mise en place de ce dernier, pallier à cette diminution ne ferait pas partie intégrante de leur rôle propre. En revanche, nous pouvons constater que des actions sont mises en place pour pallier à la perte d'autonomie. Ces dernières sont ensuite évaluées, comme cela est défini par le rôle propre, que nous avons découvert dans le cadre conceptuel.

Le rôle infirmier dans la construction du projet de vie consiste à recueillir les données nécessaires à l'élaboration de ce dernier, en identifiant les besoins de la personne et en mettant en place des actions, pour permettre à la personne de s'adapter au service. Nous avons pu noter dans les entretiens effectués que ce rôle n'avait pas été clairement cité, mais que l'adaptation de la personne était ressortie comme un élément important dans la prise en charge.

Ce qui montre que sans même définir clairement cet aspect de leur rôle, les infirmières mettent en place des actions pour contribuer à la création du projet de vie.

C - 3 - b Le projet de vie face aux besoins des résidents :

Nous avons pu comprendre dans la première partie de ce travail, que le projet de vie était mis en place pour que la vie des personnes admises dans les USLD, ressemble le plus possible à leur vie antérieure.

Pour les infirmières, le projet de vie parfois appelé « synthèse », apparaît comme un élément qui permet au résident, de s'adapter au service, de s'épanouir et enfin de se sentir comme chez lui. En revanche les réponses des professionnelles sont centrées d'avantage sur le maintien de l'autonomie, que sur les actions mises en place pour que le résident vive de la même manière qu'à son domicile. Elles expliquent que de nombreuses activités sont à la disposition des patients, mais elles ne parlent pas des données recueillies sur leur vie antérieure, nécessaires à l'élaboration de ce projet.

Lorsque l'on analyse les réponses des patientes, nous constatons que mis à part le manque d'indépendance relatif aux sorties, aucune d'entre elles ne note de différences entre leur vie à domicile et leur vie actuelle. Même si le témoignage des infirmières peut laisser supposer que les projets de vie ne sont pas réellement personnalisés, nous pouvons noter que cela n'a aucune répercussion sur la vie des résidents.

Lorsque l'on s'intéresse aux besoins des patients, nous pouvons observer que les réponses obtenues s'orientent de façon directe sur l'aspect affectif de leur vie. La patiente qui vit une histoire amoureuse avec un autre résident, exprime qu'à l'heure actuelle elle n'a besoin de rien. La patiente célibataire exprime très fortement le problème de la solitude qui lui est très pénible. Nous pouvons donc penser que le besoin affectif est un besoin majeur

chez ces personnes, et qu'il n'est pas ou trop peu pris en compte dans l'élaboration du projet de vie, ce qui peut nuire à leur bien être.

C - 3 - c La sexualité des personnes âgées vue par les soignants :

Nous avons pu apprendre précédemment que la sexualité englobait deux aspects importants, la jouissance, relative à la notion de plaisir, et la tendresse. Pour l'une des infirmières interrogées, l'importance de ces deux aspects a été soulignée. Pour elle, la sexualité contribue à l'épanouissement et doit restée omniprésente dans la vie des personnes malgré le vieillissement. Ce qui corrobore les données recueillies dans les différents ouvrages. Cela montre la vision tout à fait positive que peut avoir cette professionnelle sur le sujet, même si aucun couple ne réside dans son service. Elle affirme que dans la société actuelle, la sexualité est toujours pratiquée même par des personnes très âgées.

L'infirmière travaillant dans le service qui héberge un couple reste plus réservée dans sa réponse. Elle explique que par principe d'éducation, la sexualité est une sorte de tabou, qui peut choquer. Nous pouvons nous demander si elle n'est pas elle même choquée ou gênée. Ors nous avons pu noter dans la première partie de ce travail, que dans l'éducation que les personnes âgées d'aujourd'hui ont reçue, la sexualité était cachée, mais qu'après une période de libération sexuelle, les tabous ont reculé.

C - 3 - d Prendre en compte les besoins affectifs et sexuels des personnes âgées en USLD :

Les réponses des infirmières montrent que les besoins affectifs et sexuels des résidents se traduisent par des actes comme la masturbation, mais ne sont en aucun cas verbalisés. Nous pouvons ressentir dans les réponses des professionnelles, que les besoins n'étant pas exprimés, ils ne sont pas

réellement pris en compte. Nous pouvons penser que si une personne n'exprime pas un besoin quelconque, il ne sera pas pris en compte par les professionnels de santé, même si ces derniers le ressentent.

Lorsque l'on demande aux infirmières si il est possible de tenir compte des besoins affectifs et sexuels des personnes, la réponse est unanime, elles expliquent qu'elles essaient de leur apporter elle même de l'affection. D'un point de vue personnel, je pense que la réponse des soignants ne correspond pas au besoin réel des personnes. Aux vues de ces réponses, nous pouvons avoir le sentiment que les personnes sont infantilisées. L'accord qui est demandé aux familles pour toute relation entre deux résidents, peut confirmer cette pensée. Ce qui démontre que la personne n'a plus l'entière liberté de ces choix, et que ses relations amoureuses sont soumises au consentement de ses proches.

Si l'on se tourne du côté des patientes, on peut noter que Mme X pour qui la solitude est très pénible, explique que l'affection apportée par les soignants lui fait beaucoup de bien. Ce qui montre que la réaction des professionnels de santé face aux besoins des patients est adaptée et bénéfique. Elle rapporte ensuite que la possibilité de rendre visite aux autres résidents et de discuter avec eux, lui permet d'avoir une certaine intimité. Mme Y qui vit une histoire amoureuse avec un autre résident exprime qu'elle a l'entière possibilité d'avoir une vie affective et intime dans le service où elle réside.

C - 3 - e Répercussions de la prise en compte ou non des besoins:

Lorsque Mme X dit bien vivre cette situation de solitude, nous pouvons penser qu'elle la supporte puisqu'elle vit avec depuis quelques années, mais que si l'occasion se présentait, elle aurait volontiers une relation amoureuse. Mme Y explique que sa relation lui apporte beaucoup de bonheur, qu'elle donne un sens à sa vie, et que sans cette dernière la vie serait triste. Cela montre que pour des personnes qui voient la fin de leur vie approchée,

satisfaire ces besoins affectifs et sexuels est très important et donne un sens à leur vie.

D'un point de vue professionnel, la prise en compte des besoins affectifs et sexuels des personnes leur permettrait d'être plus épanouis et serait bénéfique pour les résidents. En revanche elle serait délétère si l'une des deux personnes n'était pas consentante.

C - 4 Synthèse :

Nous avons pu remarquer dans l'analyse des entretiens que certaines réponses apportées par les professionnelles corroborent la recherche documentaire qui a initié ce travail. Toutefois, à l'issue de cette enquête, deux éléments ont retenu mon attention.

Le premier est celui des besoins qui ne sont pas pris en compte car non verbalisés. L'un des rôles de l'infirmier est pourtant d'identifier les besoins d'une personne, sans pour autant qu'ils soient exprimés. Dans les services de soins généraux, de nombreux besoins sont identifiés sans être clairement entendus. Le problème qui se pose face à la sexualité est peut être que le besoin est ressenti mais n'étant pas considéré comme vital, il n'est pas pris en charge. Aux yeux des professionnels de santé, la sexualité n'a peut être pas assez d'importance pour être prise en charge au même titre que le besoin de se nourrir.

Le second élément qui a retenu mon attention est celui de la place donnée à la famille des résidents, par les professionnels de santé. De nos jours, dès l'âge de 18 ans, sauf exception, nous sommes considérés comme des êtres égaux en droits. Aucune loi ne mentionne qu'après un certain âge, ou une entrée en Unité de Soins de Longue Durée, nos droits nous soient retirés. C'est pourquoi le fait que l'accord des familles soit demandé pour toute relation entre deux résidents m'interpelle. Il me semble que toute personne majeure est responsable d'elle-même, et a le droit de choisir ces relations sans que sa

famille donne obligatoirement son accord. Nous avons pu comprendre que les USLD étaient des lieux de vie et que par le biais d'un projet de vie, tout était mis en place pour que les résidents vivent de la même façon qu'à leur domicile. Il me semble donc légitime, que toute personne non démente admise en USLD, conserve ses droits, au même titre qu'ils seraient conservés à domicile. Ce principe m'amène à penser que les résidents des USLD sont infantilisés. Ils ne sont plus considérés comme responsables de leur propre personne. Ils sont soumis au consentement de leurs proches. Cette réflexion me pousse à me poser la question suivante :

« Dans quelles mesures la place accordée à la famille d'un résident en USLD, peut-elle démunir la personne de ses propres droits ? »

**« Ce qui me console de souffler
bientôt ma soixantième bougie,
c'est que dans sexagénaire il y a
sexe. »**

Guy BEDOS

CONCLUSION

Au commencement de l'élaboration de ce projet, il m'était difficile de penser que j'allais parvenir à le réaliser car je n'en comprenais pas réellement la finalité. Une fois ma problématique définie, j'ai pu commencer mes recherches, et là j'ai trouvé un réel plaisir à travailler sur ce sujet.

Ce travail de recherche a été pour moi très enrichissant, aussi bien d'un point de vue personnel que professionnel. Il a été l'occasion d'approfondir mes connaissances quant aux répercussions du vieillissement sur la sexualité, et de rencontrer des professionnels et des patients qui m'ont apporté beaucoup par leur témoignage.

Ce travail m'a également permis de remettre en question ma propre attitude face aux personnes âgées et d'être plus attentive à leurs besoins. Il a fait naître une autre problématique qui permettrait de compléter ce travail. Il m'a enfin permis de m'inscrire dans un processus d'auto-évaluation.

Après réflexion, je pense que mon guide d'entretien n'était peut être pas assez ciblé sur la prise en charge de la sexualité des personnes âgées, seules deux questions sur cinq traitaient réellement du sujet. En outre j'ai pu retirer de nombreuses informations de ces entretiens. Je pense avoir mené à bien ce travail en apportant des données théoriques et en les confrontant aux représentations des professionnels de santé.

Je ressens une certaine frustration à mettre fin à ce travail qui m'a occupé durant toute une année, et auquel je n'ai apporté que des réponses et pas de réelles solutions, alors que je savais pertinemment qu'aucunes solutions ne seraient apportées.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- ❖ AMYOT (Jean-Jacques), VILLEZ (Alain), Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques, Ed. Dunod, Paris, 2001, 216 p.
- ❖ AMYOT (Jean-Jacques), BILLE (Michel), Vieillesse interdites, Ed L'Harmattan, Paris, 2004, 216 p.
- ❖ COUDIN (Geneviève), PAICHELER (Geneviève), Santé et vieillissement approche sociale, Ed Armand Colin, Paris, 2002, 171 p.
- ❖ DIAMANT-BERGER (Francis), KERANGALL (Corinne), Les personnes âgées pour une prise en charge globale, Ed Masson, Paris, 2000, 164 p.
- ❖ GERMAIN B. et LANGIS P., La sexualité regards actuels, Ed. Etudes Vivantes, Montréal, 1990, 602 p.
- ❖ GRAFEILLE (Nadine Dr.), FAUVEAU (Nicolas), L'amour longtemps, Ed. Plon, Saint-Amand-Montrond, 2006, 254 p.
- ❖ LEPINE (Nicolas), Vieillir en institution sexualité, maltraitance, transgression, Ed chronique sociale, Lyon, 2008, 175 p.
- ❖ MANOUKIAN (Alexandre), Les soignants et les personnes âgées, 3° Ed, Ed Lamarre, Paris, 2005, 165 p.
- ❖ MANOUKIAN (Alain), MASSEBEUF (Anne), La relation soignant-soigné, 2° Ed., Ed Lamarre, Reuil-Malmaison, 2001, 173 p.
- ❖ MORALI-DANINOS (André), Sociologie des relations sexuelles, 4° Ed., Ed. Presses universitaires de France, Paris, 1973, 127 p.
- ❖ TORDJMAN (Gilbert Dr.), Réalités et problèmes de la vie sexuelle, Ed. Brodard Graphique, Paris, 1978, 280 p.
- ❖ VERCAUTEREN (Richard), PREDAZZI (Marco), LORIAUX (Michel), Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie, Ed Èrès, Ramonville-Saint-Agne, 2001, 198 p.
- ❖ WALKER (Richard), La sexualité et la vie une encyclopédie pour tous les âges, Ed Larousse, Paris, 1997, 320 p.

- ❖ MEMIN (Charlotte), Projet de vie avec les personnes âgées en institution, infirmières d'aujourd'hui, N°33, Ed du Centurion, Paris, 1984, 126 p.
- ❖ Le petit Larousse illustré, 100° Ed., Ed. Larousse, Paris, 2005, 1968 p.

ARTICLES :

- ❖ DALLAIRE (Yvon), « la sexualité après 40 ans ou les effets de l'âge sur la sexualité », In Gérontologie, n°142, 2^{ème} trimestre 2007, pp. 21-25.
- ❖ DE FARIA COUTO (Marie-Laure), MEDJAHED (Fatima), « Développer et valoriser les compétences des soignants exerçant en service de soins de longue durée », In Revue de l'infirmière, n°120, Avril 2006, pp 30-31.
- ❖ FOJCICK.I, « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances », In Ethique et santé, n°3, Vol 2, Septembre 2005, pp. 159-161.
- ❖ LOGEART (Agathe), « 40 ans après 68. La nouvelle sexualité des français », In Le nouvel observateur, n°2261, du 6 au 12 Mars 2008, pp. 8-17.
- ❖ VERAN (Sylvie), « « Plus d'exaltation à 60 ans qu'à 30 ! » Sexygénaires toujours verts », In Le nouvel observateur, n°2261, du 6 au 12 Mars 2008, p.22.
- ❖ WARNET (Sylvie), « Faire d'une institution de longue durée un vrai lieu de vie ! », In Revue de l'infirmière, n°122, Juin-Juillet 2006, pp.32-33.

DOCUMENTS DIVERS NON PUBLIES :

- ❖ Cours Violence, maltraitance et personnes âgées, Pr M. DEBOUT, Professeur de Médecine Légale, 2003.
- ❖ Cours Libido et vieillissement, A. QUIQUANDON, Laboratoire de Psychologie de la Santé & du Développement, Université Lumière Lyon 2.
- ❖ Cours Sexualité et fantasmes institutionnels, A. QUIQUANDON, Laboratoire de Psychologie de la Santé & du Développement, Université Lumière Lyon 2.
- ❖ Cours Sexualité et vieillissement, Pr G.RIBES, Laboratoire de psychologie de la santé & du développement, Université Lumière Lyon 2.

TEXTES LEGISLATIFS :

- ❖ Code d'action sociale et des familles, version en vigueur jusqu'au 1 janvier 2009, Article L311-3.

- ❖ Code de l'action sociale et des familles, version en vigueur jusqu'au 1 janvier 2009, Article L311-1.
- ❖ Code de la santé publique, version en vigueur au 8 Aout 2004, Article R4311-15.
- ❖ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal officiel n°40 du 16 février 2002, p.3040
- ❖ La constitution - Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1789.
- ❖ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 Mars 2002.

DOCUMENTS INTERNET :

- ❖ <http://www.fng.fr>
- ❖ <http://legifrance.gouv.fr>
- ❖ <http://www.who.int/fr/>
- ❖ <http://www.insee.fr>
- ❖ <http://www.granddictionnaire.com>
- ❖ <http://www.cntrl.fr>
- ❖ <http://fr.encarta.msn.com>
- ❖ <http://www.capretraite.fr>
- ❖ PELISSIER (Jérôme), Vieillesse et sexualité du tabou au diktat..., <http://www.jerpel.fr/spip.php?article124>
- ❖ CAVEY (Michel Dr.), Psychologie du sujet âgé, <http://www.famidac.fr>
- ❖ Direction du service central des soins infirmiers - AP- HP, Projet de vie pour les unités de soins de longue durée, Novembre 2002, http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_34.doc
- ❖ La sexualité dans les institutions de soins, Texte de la communication de Yves Gineste au congrès d'ergothérapie et de médecine physique de la grande Motte, Mai 2000, <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/sexualite.html>

ANNEXES

Annexe I Guide d'entretien des infirmiers

Annexe II Guide d'entretien des patients

Annexe III Retranscription entretien infirmier n°1

Annexe IV Retranscription entretien infirmier n°2

Annexe V Retranscription entretien patient n°1

Annexe VI Retranscription entretien patient n°2

Guide d'entretien des infirmiers

- ❖ Quel est votre rôle auprès des personnes âgées en tant qu'infirmière en unité de soins de longue durée ?

- ❖ Pour vous, qu'est-ce que le projet de vie et quels éléments prend-il en compte ?

- ❖ Pour vous, en quoi consiste la sexualité d'une personne âgée, et quelle place elle a dans sa vie ?

- ❖ Pour vous, est-il possible de prendre en compte les besoins affectifs et sexuels d'une personne âgée en unité de soins de longue durée ?
Si oui, comment ?
Si non, pourquoi ?

- ❖ Quelles répercussions cela peut-il avoir ?

Retranscription entretien infirmier n°1

Mme A, infirmière dans le service depuis 3 mois, diplômée depuis 7 mois.

Pauline PENON : Quel est votre rôle auprès des personnes âgées, en tant qu'infirmière en unité de soins de longue durée ?

Mme A : Donc ici donc c'est on peut dire un lieu de vie, c'est une unité de soins de longue durée donc c'est des personnes qui arrivent ici donc qui ... Notre rôle premier quand elles arrivent ici c'est que elles s'adaptent bien parce que voilà ça va être leur dernier lieu de vie donc déjà leur permettre de parler, de, de bien s'adapter, de faire des activités diverses. Ensuite notre rôle propre c'est bien sur le nursing donc tout ce qui est toilette euh prévention d'escarre, tout ce qui est de ce, de cette gamme là et ensuite ben nous en tant qu'infirmières, on a beaucoup de soins donc techniques, donc on a plutôt les prises de sang le matin, les injections euh tout ce qui est euh les gouttes dans les yeux, tout ce qui est petit, la bobologie mais bon qui faut faire au quotidien chez les personnes âgées voilà et le soir ça sera plutôt les perfusions, tout ce qui permet que la personne âgée reste en bonne santé dans les meilleurs conditions en fait.

Donc pour vous qu'est-ce que le projet de vie et quels éléments il prend en compte ?

Ben le projet de vie pour une personne âgée donc c'est comme je l'ai dit bien s'adapter au service, et après être épanouie dans, dans ce service enfin être comme si il était chez lui donc si tu veux il peut amener des éléments qu'il pourrait mettre chez lui par exemple donc la chambre elle ressemble plutôt à une chambre de domicile qu'une chambre d'hôpital, c'est vrai qu'on essaie au maximum de leur laisser euh un petit peu euh s'exprimer autour de leur lieu de où y dorment, où y se lavent, donc il y aura souvent des photos des choses comme ça et euh...

Et les éléments qu'il prend en compte.

Voilà donc euh ben c'est nous ici on fait beaucoup d'activités, donc ils vont avoir de la musique, de la gymnastique, donc il y a la chorale qui vient une fois par semaine, il y a un monsieur qui vient une fois par semaine jouer de la guitare avec eux, euh qu'est-ce qu'il y a, il y a l'atelier jardin, il y a beaucoup de choses comme ça qui permettent euh, en fait ça leur permet de garder leur autonomie et s'exprimer autour du dessin par exemple, de la peinture, c'est très important pour eux et nous ça nous apprend beaucoup de choses sur eux aussi.

Pour vous en quoi consiste la sexualité d'une personne âgée et quelle place elle a dans sa vie sans parler qu'elle soit en USLD, en général ?

Ah d'accord en général moi je pense que la sexualité chez les personnes âgées c'est quelque chose qui doit rester omniprésent enfin qui doit rester d'actualité même si ils ont 60-70 ans, 80 ans enfin c'est quelque chose qui permet de s'épanouir dans la vie et même pour la personne âgée c'est pas parce qu'on vieillit qu'il faut qu'on réduise nos plaisirs enfin moi c'est ce que je pense et c'est vrai que donc en unité de soins c'est pas du tout possible mais dans la vie extérieure je pense que si c'est possible si ils ont encore leur faculté et tout ça voilà ils devraient poursuivre et je pense que dans la société actuelle ça se fait toujours même chez les personnes très très âgées.

Donc pour vous la sexualité elle consiste simplement en l'acte sexuel ?

Non la sexualité chez les personnes âgées euh je pense que déjà ça doit pas être si évident quand le monsieur par exemple a 80 ou plus donc je pense que ça passe par des actes de tendresse, des caresses pour eux c'est vraiment une sexualité voilà après ils le vivent différemment et voilà je pense que pour eux c'est vraiment quelque chose de très important.

Donc vous y avez déjà un peu répondu, pour vous est-il possible de prendre en compte les besoins affectifs et sexuels d'une personne âgée en USLD ?

Ben on essaie au maximum de leur apporter nous de l'affection même si y faut qu'on reste soignants donc y faut qu'on se mette quand même une barrière pour pas être trop touché et que eux non plus soient trop touchés et c'est vrai que ça arrive qu'ils nous appellent par nos prénoms, qu'ils nous donnent des

petits noms, c'est la même chose alors que voilà c'est pas très très conseillé sinon au niveau de l'affectif nous on privilégie beaucoup la famille on insiste beaucoup pour qu'elle soit présente, pour eux c'est très important même pour la famille ça leur apporte beaucoup de chose de voir leur parent dans une autre, un autre lieu de vie que chez eux voilà mais par contre l'affectif des fois la famille est top trop présente par contre et ça handicape la personne âgée nous on a souvent vu que la famille qui est trop présente va réduire l'autonomie de son parent, parce que voila la personne âgée voyant que la famille est toujours là auprès d'elle, et ben elle va moins en faire et elle va laisser faire la famille quoi.

Est-ce que ça peut avoir des répercussions justement que cette sexualité elle ne soit pas possible comme vous dites dans le service ?

C'est vrai que nous des fois on voit des personnes qui ont un peu les mains baladeuses donc euh mais bon après plus que ça je pense pas enfin ils le verbalisent pas en tout cas, moi j'ai jamais entendu une personne s'en plaindre clairement.

Et si c'était possible justement que cette sexualité elle soit prise en compte est-ce que justement ça aurait d'autres répercussions ?

Ben peut-être je sais pas peut-être qu'y...

Bonnes ou mauvaises.

Ouais je pense que peut-être ils seraient plus épanouis si par exemple à l'hôpital il y aurait de nouvelles euh comment dire... une nouvelle organisation, par exemple les maris et femmes pourraient être dans le même service ou des choses comme ça, ça se fait en maison de retraite je vois pas pourquoi ça se ferait pas en unité de soins de longue durée et c'est vrai que ça serait bien mieux. Donc là nous dans ce service en particulier on a pas de personnes, elles sont toutes veuves ou veuf, donc on a pas de personnes qui ont ce désir là mais c'est vrai que si il y aurait des encore des conjoints je pense que ce serait bien si ils étaient dans un état de dépendance ou de soins constants de les mettre dans la même chambre à l'hôpital.

Retranscription entretien infirmier n°2

Mme B, infirmière dans le service depuis un an et demi.

Pauline PENON : Quel est votre rôle auprès des personnes âgées, en tant qu'infirmière en unité de soins de longue durée ?

Mme B : Euh un rôle de technicité par rapport à leur polypathologie et un rôle relationnel qui est important pour des personnes de cet âge.

Pour vous qu'est-ce que le projet de vie et quels éléments il prend en compte ?

En fait nous ici dans le service on met en place ce qu'on appelle des synthèses donc c'est une évaluation qui est faite une fois par an où on fait le point sur les pertes de la personne, ces possibilités et tout ce qui concerne un petit peu le traitement. Et donc on réadapte euh, je dirais pas c'est pas un projet de vie mais c'est essayer de maintenir au maximum l'autonomie qui reste et de proposer des activités, des choses adaptées à leur état.

Pour vous en quoi consiste la sexualité d'une personne âgée et quelle place elle a dans sa vie en général ?

En général euh... en général euh, y'a pas de, comment dire ça s'exprime pas sinon il arrive effectivement qu'on ait des problèmes de masturbation ou d'érection au moment des soins ou euh.

Mais pour une personne âgée dans sa vie sans forcément être en service mais à domicile, pour vous la sexualité elle est traduite par quoi ?

Ben chez les personnes de cet âge là, la sexualité par principe d'éducation et puis par rapport à l'époque où ils sont nés c'était quelque chose de plus ou moins caché de non-dit même si c'était pratiqué automatiquement mais euh... sinon euh ... Sinon ça se traduit pas au quotidien je pense que c'est plutôt une sexualité qui est cachée par peur des dires et puis de choquer aussi parce que ça peut choquer certaines personnes.

Pour vous est-ce qu'il est possible de prendre en compte les besoins affectifs et sexuels d'une personne âgée en USLD ?

Qu'est-ce que vous entendez par là ?

Ben de prendre en compte justement le fait qu'ils aient des besoins pas forcément sexuels par l'acte sexuel proprement dit mais des besoins affectifs toujours quand même, même à des âges assez élevés et est-ce qu'il est possible justement dans les USLD de prendre en compte cette dimension là de la personne ?

euh...

Comme on peut prendre en compte les besoins alimentaires, les besoins d'activité justement.

Ben on a des, des personnes. Ben ça revient un petit peu à leur âge parce que on ressent des besoins comme ça mais c'est pas automatiquement verbalisé ou exprimé, on a des personnes aussi qui ont besoin de contact, donc de prendre la main, voilà de dire bonjour etc....Et on a des personnes, on a un couple qui s'est reformé ici, donc il y a quand même, on laisse si la famille n'a pas, n'a rien enfin à exprimer par rapport à ça on laisse faire.

D'accord donc c'est accepté dans le service ?

Oui.

Et quelles répercussions justement ça peut avoir, aussi bien bonnes ou mauvaises répercussions, le fait que justement vous acceptiez ces liens qui se créent entre deux personnes.

Ben enfin pour ma part, moi je pars du principe que ça ne me regarde pas, à partir du moment où les familles le savent qu'on est pas trop à jouer les gendarmes euh y'a pas de souci, ils sont majeurs donc (sourire) donc voilà ça posera un problème si on avait une personne qui n'est pas consentante par rapport à ça. Effectivement là ce serait notre rôle d'intervenir et de mettre le holà mais sinon si c'est deux personnes qui sont d'accord et qui sont comment dire non démentes et qui ont toute leur raison y'a pas de souci.

Retranscription entretien patiente n°1

Mme X, 80 ans, divorcée, résidente depuis plus d'un an.

Pauline PENON : Mise à part la présence du personnel soignant, qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis votre entrée ?

Mme X : C'est-à-dire que je suis malade, mon fils a appelé le docteur, le docteur a appelé les infirmières et tout et on m'a mis ici parce que comme j'ai 80 ans que je suis toute seule et qu'il fait les déplacements qu'il est jamais là et qu'il a trois gosses et que sa femme est partie, il se faisait beaucoup de soucis, il voulait pas me laisser, alors c'est lui si vous voulez qui m'a fait mettre là mais j'en suis bien contente hein.

Et entre votre vie que vous aviez chez vous et ici est-ce qu'il y a beaucoup de choses qui ont changé ?

Et ben les choses qui ont changé c'est qu'ici on peut pas sortir alors que chez moi bon je faisais mes commissions, je faisais mon travail et puis je sortais voir des collègues et tout bon ben on peut pas tout avoir on sait qu'ici on peut pas sortir hein c'est ce qui est un petit peu bête parce que seulement c'est toujours pareil moi j'ai fait ma carrière à l'hôpital c'est toujours le manque de personnel y'a personne pour nous accompagner hein.

Aujourd'hui quels besoins avez-vous ?

Et ben je me rend compte mon mari m'a laissé mon fils avait 4 ans vous vous rendez compte il en a 42 la solitude je trouve que c'est un des pires des mots hein vous voyez quand mon mari m'a laissé j'ai passé par un manque d'argent et par un manque de solitude c'est sur hein mais je trouve que la solitude c'est encore pire que le manque d'argent parce que le manque d'argent vous arrivez à faire quelque chose à trouver un petit peu hein , à chauffer vos épinards, tandis que la solitude vous allez pas attraper un gars dans la rue lui dire bonjour

viens ici je suis toute seule. Alors moi je trouve que la solitude est encore plus pénible que le manque d'argent pourtant moi je suis passée par les deux.

Est-ce que vous pensez que cette solitude est prise en compte dans votre vie que vous avez ici ?

Je pense oui parce que quand même on se fait des collègues et puis je me fais beaucoup avec le personnel du moment qu'elles sont obligées de travailler à l'hôpital et que j'étais aide soignante et tout, elles m'appellent le soir, « restez pas toute seule Marie claire venez avec nous » ben rien que ça, ça fait un bien quand même parce que une journée une nuit une soirée c'est long hein.

Est-ce que vous avez la possibilité ici dans le service d'avoir une vie affective et intime ?

Ben oui parce j'ai toujours travaillé disons avec beaucoup du monde à l'hôpital, avec les ambulanciers avec du monde quoi et bien je retrouve qu'ici, y'a quand même ça ressemble un petit peu parce que vous savez quand on est tout seul chez soi, mon fils est parti quand j'ai arrêté le travail, parce qu'il a trouvé sa copine et puis ... Alors ça me faisait laisser mon travail puisque c'était fini alors j'ai demandé à faire jusqu'à 60 ans alors ça me faisait mon fils et mon boulot alors je suis partie voir le Pr Z qui était mon patron et je lui ai dit mais je veux pas partir et y m'a dit mais pourquoi tu veux pas partir je lui ai dit parce que mon fils est parti avec sa copine je peux pas l'empêcher je veux pas me retrouver toute seule alors y m'a fait faire 5 ans de plus il a fait une lettre au directeur de l'hôpital et j'ai fait 5 ans de plus. Jusqu'à 60 ans mais quand on se retrouve vraiment tout seul ben c'est pas drôle hein je pouvais pas empêcher mon fils de partir avec sa copine quand même.

Donc vous avez la possibilité dans le service d'avoir une certaine intimité ?

Oui, oui, oui, oui et puis je vais parler aux malades, je vais leur discuter parce que c'est pas marrant, elles ont pas de visites ou n'importe alors je vais dans les chambres je leur dis bonjour coucou le matin au revoir le soir et elles sont contentes quoi.

Donc vous le vivez bien quand même ?

Oui, oui moi je le vis bien hein.

Retranscription entretien patiente n°2

Mme Y, 85 ans, veuve, résidente depuis 8 ans.

Pauline PENON : Mise à part la présence du personnel soignant ici dans le service, qu'est-ce que vous pourriez dire qui a changé dans votre vie depuis votre entrée ici, à comparer à votre vie chez vous ?

Mme Y : Ben c'est pas la même vie non plus, c'est pas on a pas la même vie mais enfin moi je me trouve bien ici je suis très bien moi, tout le monde est gentil avec moi et c'est réciproque je suis bien gentille avec tout le monde aussi, tout le monde m'aime bien, moi aussi. Mais rien a changé, j'ai les soins qu'il faut, j'ai la nourriture bon ça laisse un peu à désirer mais enfin à notre âge. De temps en temps je vais chez ma fille faire le diner, c'était la fête des mères dimanche, j'y suis allé j'ai fait un bon diner bon ben ça va. Je suis arrière grand-mère, alors j'ai un arrière petit fils qui a neuf mois, alors on le baptise le 28 Juin, alors je suis invitée.

Aujourd'hui quels sont vos besoins, de quoi vous auriez besoin ?

Non rien, non j'ai besoin de rien, j'ai un petit copain là qui est très gentil, on s'entend bien tous les deux, on est à peu près du même âge, on a été éduqué à peu près pareil, lui a été éduqué chez les frères moi chez les sœurs. Il a 6 garçons qui sont très gentils avec moi, il est malade pour le moment malheureusement mais enfin c'est rien ça passera. Mais on s'entend bien on est tous les jours toute la journée ensemble, on va se promener on a le fauteuil électrique tous les deux on part se promener, on est très bien, je suis bien, bien contente, je me plains pas ici.

Donc ici vous venez de me le dire vous avez la possibilité d'avoir une vie affective et intime dans le service ?

D'accord, exactement, Catherine (Cadre de service) elle le sait oui, oui.

Et qu'est-ce que ça vous apporte justement d'avoir la possibilité ...

Et ben ça me change ma vie ça me donne un piment à la vie ça, ça fait du bien au lieu de vous trouvez dans une chambre surtout si c'est une chambre avec une personne qui est pas intéressante alors je suis très bien quand je m'en vais de la chambre. Ben je suis bien autrement bien.

Et si vous n'aviez pas la possibilité justement, vous pensez que ...

Et ben ce serait plus triste, ce serait plus triste, non mais je suis bien comme ça. Non mais je suis bien heureuse, je ne me plains pas, je ne me plains pas.