Santé Sexuelle

La Revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins

Dans ce numéro

- *Editorial :* Elizabeth LE COGU
- ***Sexualité et handicap :*** Martine COSTES-PEPLINSKI
- ***Sexualité et vieillissement : Retraite ou nouveau départ ?***

Anne-Marie LAFLÛTE, Virginie GASC, Sylvie MONTFORT

- ***L'Intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions :***

Interview réalisée par Isabelle CHAFFAÏ (IC)

Auprès d'Anne-Charlotte Leroux, kinésithérapeute à Paris.

Institut Sexocorporel International
Jean-Yves Desjardins

LA REVUE SANTE SEXUELLE :

La revue SANTÉ SEXUELLE est un organe d'information générale sur les avancées du Sexocorporel et sur la croissance de l'ISI. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit l'envoyer par courriel à :

elllicel@gmail.com
www.sexocorporel.com

Veuillez noter que toute reproduction totale ou partielle d'un article publié dans la présente revue nécessite l'accord écrit de l'ISI et doit être suivie de la référence complète. Les articles publiés dans **SANTÉ SEXUELLE** n'engagent que les auteur(e)s.

POLITIQUE ÉDITORIALE :

Présentation des textes pour la revue:

L'usage du masculin est de rigueur, cela sans aucune discrimination mais en vue d'alléger le texte.

Les textes doivent être écrits dans la langue française pour publication. Il est à noter que si le texte est disponible en italien, en allemand ou en anglais, il sera également publié à la suite de la version française.

Les documents sont envoyés en fichier Word et doivent comporter le nom de l'auteur, son titre professionnel et ses coordonnées complètes (adresse, courriel et numéro de téléphone).

CRITÈRES D'ÉVALUATION :

Tous les textes sont évalués en fonction des critères suivants :

- qualité du français
- réflexions de l'auteur
- nouveauté des concepts amenés par l'article
- approfondissement de concepts déjà connus
- respect du Sexocorporel

ACCEPTATION DES TEXTES :

La décision d'accepter un texte sera prise par les membres de la Commission de la revue **SANTÉ SEXUELLE de l'ISI**. Cette dernière se réserve le droit de faire des modifications mineures aux textes en vue de respecter les normes de publication.

Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un texte, veuillez vous adresser à :

Elizabeth LE COGUIC
elllicel@gmail.com
tel.: +33 (0)3 90 50 59 33

COMITE DE DIRECTION 2014– 2015 :

M. **Jeffrey PEDRAZZOLI** (Suisse) : Président

Mme **Michèle BONAL** (France) : Vice-présidente

Mme **Lise DESJARDINS** (Canada) : Secrétaire générale

Mme **Joëlle GOURIER** (Suisse) :
Trésorière, (responsable de la Commission du budget et des contrats, responsable de la Commission internet et des communications)

M. **Pascal BENOIST** (France) :
Responsable du Comité Scientifique

Mme **Claude ROUX-DESLANDES** (France)

Mme **Patrizia GUERRA** (Italie)

LES COMMISSIONS ET LEURS RESPONSABLES :

Mélanie TREMBLAY (Québec) :
Responsable de la Commission des Formations

Mme **Elizabeth LE COGUIC** (France) :
Responsable de la Commission de la revue

Karoline BISCHOF(Suisse) :
Responsable de la Commission des membres

COMMISSION DE LE REVUE 2014 :

Elizabeth LE COGUIC (France) :
Responsable de la commission

Isabelle CHAFFAÏ, Joëlle GOURIER, Elizabeth LE COGUIC : Relecture et corrections

EDITORIAL

"Les rêves vivent leur vie de rêve et leur réalité nait de la nôtre comme l'ombre de la lumière" Alain Foix

SEXUALITE ET DIFFERENCE … UNE SEXUALITE DIFFERENTE ?

Chers lectrices et lecteurs, chers membres

Le propos de ce numéro est d'ouvrir une perspective « Sexocorporelle » sur la thématique de la différence: celle de la réalité, de l'accueil et de la considération de la marginalité sexuelle, non au vu des pratiques (marginales), mais du point de vue de l'être humain, âgé et/ou souffrant d'un handicap, qu'il soit physique ou mental, lequel désire vivre une relation amoureuse et sexuelle.

Parler de sexualité sans oublier les personnes âgées et les personnes porteuses d'un handicap…. c'est tout un programme.

Quel espace rend possible cette relation amoureuse, et sexuelle, cette intimité dont même la loi reconnaît l'importance ?

Il est vrai que, pour la plupart d'entre nous, notre pratique de sexologue ne nous confronte que rarement à cette problématique.

Cependant, la lecture des articles et témoignages présentés dans ce numéro nous renvoie autant à notre qualité d'humain qu'à celle de thérapeute : la marginalité interroge notre normalité.

Catherine Aghte Diserens, par exemple, s'interroge *: lorsque, à sa demande, nous aidons une jeune femme à se regarder, nue, en entier, dans un miroir, alors qu'elle vit en chaise roulante depuis son plus jeune âge : comment accompagner dignement ce moment si important et si intime ? Devons-nous détourner le regard pour respecter sa pudeur ?

Et surtout : « Et nous, quel est notre rapport à notre propre nudité ? »

Il en va de même pour la sexualité des personnes âgées, comme si, encore une fois, l'étalon or n'était que « jeunesse et beauté ».

Je ne peux m'empêcher de penser aux propos de Jean-Yves Desjardins « Lorsque je me compare, soit je me console, soit je me désole» et aussi au travail qu'il a effectué avec des femmes obèses aux prises avec leur image, leur mobilité moindre...en leur apprenant à s'aimer et à s'accepter comme femmes sexuées.

En sortant des limites étroites de notre pensée conceptuelle, carrée, en acceptant la différence, comme unicité, à travers l'attention particulière que demande la sexualité « hors normes », nous pouvons nous sentir invités à reconsidérer certains aspects du Sexocorporel, à repérer des composantes qui jouent là un rôle prépondérant.

Le langage du corps prime le verbal, alors même que, souvent, viennent s'ajouter une mobilité réduite, une image de soi, une assertivité sexuelle, un narcissisme et un exhibitionnisme moindres. Ce qui touche aussi le Sentiment d'Appartenance à son Sexe Biologique.

Les personnes âgées ou handicapées connaissent les mêmes difficultés que les autres personnes, mais celles-ci sont amplifiées par des limitations corporelles, ou cérébrales, ainsi que les blocages causés par le regard que portent sur ceux-ci la société et l'environnement proche.

La personne handicapée est souvent moins « bloquée » par elle-même que par le regard social, je pense à Gabrielle, ce très beau film, illuminé par la fraîcheur et la spontanéité de ces deux jeunes-gens. C'est leur entourage qui voit des problèmes.

Nous constatons que, plus que les dysfonctions sexuelles, qui font notre quotidien de thérapeutes, ce qui est en jeu, ici, ce sont les circonstances, les conditions de fonctionnement - certes plus contraignants et plus lourds que dans la vie sexuelle et amoureuse de personnes dites « normales ».

La personne handicapée, comme la personne âgée, vit souvent un isolement provoqué par « le dégoût ou la peur que suscite sa différence », comme il apparaît dans les débats sur l'assistance sexuelle. *"Cette aide redonne confiance et estime de soi,* explique Marcel Nuss, l'auteur de « *Je veux faire l'amour »* (Autrement, 2012). « *Elle m'a apporté énormément aux niveaux physique et psychologique."*

Nb. Marie de Hennezel, psychologue et psychothérapeute et auteure, qui s'est consacrée à l'accompagnement des personnes en fin de vie (pour cause de maladie,) développe aussi une attention ***particulière*** *à la vie des personnes âgées, à la richesse du 3ème âge, et a annoncé, lors d'une émission de France Culture, la parution prochaine d'un livre qui parlera de l'érotisme au troisième âge. Nous aurons probablement le plaisir de vous en parler ici.*

**Catherine Aghte Diserens : « Sexualité et handicaps : Entre tout et rien… » * 24 janvier 2013*

Elizabeth LE COGUIC

Responsable de la revue Santé Sexuelle

La législation, il est vrai, a fait évoluer les mentalités au sujet de la sexualité des personnes handicapées. Cela prend un peu plus de temps en ce qui concerne les « seniors ». Cependant, on peut lire dans un hebdomadaire suisse (« L'Hebdo ») paru durant la deuxième semaine de décembre 2014, deux nouvelles intéressantes :

- *Les premiers diplômes de « travailleurs du sexe » ont été décernés en Suisse Romande à 8 femmes (il n'y a pas d'hommes pour le moment) et ces personnes vont pouvoir intervenir dans les maisons qui accueillent des personnes âgées.*
- *De plus en plus d'annonces dites « coquines » sont libellées ainsi : « seniors bienvenus ».*

Joëlle Gourier

« SEXUALITE ET HANDICAP »

APPROCHE SEXOCORPORELLE

Martine COSTES PEPLINSKI

Sexologue[1], clinicienne formée à l'approche Sexocorporelle depuis 2001[2]

Directrice de L'Espace METANOYA – Formations – consultations

Sexualité et Handicap

Je ne suis pas une spécialiste du handicap. Mais je suis spécialiste :

- En « femme » (militante MLF et MALC dans les années 70 !!!)
- Sur la question « prostitution » (études, formation, accompagnement d'équipes spécialisées)
- En « sexualité humaine » : sexologue et formée à l'Approche Sexocorporelle.

---

1 DU - Diplôme de Sexualité Humaine (Université de Médecine de Bobigny) 2003.

Formation à l'Approche Sexocorporelle (CIFRES) – 2005

2 L'Approche Sexocorporelle (Pr Jean-Yves DESJARDINS) propose un travail de mise en interaction des composantes physiologiques, émotionnelles et cognitives.

C'est ce qui m'a conduit à développer des programmes de formation « **Sexualité et handicap** » pour répondre aux difficultés des personnels soignants et accompagnants à gérer cette question. Le débat autour des «aidants sexuels» exprime bien ces difficultés. Car depuis 2002 en France, la loi ne permet plus d'interdire les rapports sexuels dans les établissements de résidence ni de soumettre les personnes handicapées à des traitements plus ou moins dissimulés, comme la ligature des trompes maquillée en appendicite ou à un traitement androcure non annoncé par exemple. **Le consentement de la personne handicapée est obligatoire**. Pour cela, l'information et l'accompagnement de la vie sexuelle et affective de la personne handicapée s'imposent à tous les professionnels ainsi qu'aux tuteurs. **Tous doivent devenir des aidants sexuels :** entendre et accompagner les besoins, informer, soutenir, et, éventuellement orienter vers des spécialistes. Bref accompagner le développement sexologique des résidents.

Tout comme ils accompagnement l'ensemble de leur vie : dans le soin, la vie quotidienne, l'accès aux droits, le travail, les loisirs et la vie affective. Les institutions et les personnels ont besoin pour cela d'un outillage conceptuel et pratique.

En quoi l'Approche Sexocorporelle peut-elle être utile dans ce domaine ?

Partant du principe que l'approche Sexocorporelle s'étaye sur plusieurs principes :

- Le lien cerveau/corps – corps/cerveau
- La fonctionnalité biologique sexuelle :
    - un équipement hormonal fille/garçon dès le 3ème mois de la vie fœtale
    - sur 3 réflexes : la bascule du bassin (qui se perd souvent avec la station debout), le réflexe d'excitation sexuelle, le réflexe orgastique. Réflexes, car ils ne demandent aucune activation volontaire et sont présents chez tout homme et chez toute femme, de la vie fœtale à la mort.
- La sexualité est développementale : par étapes biologiques et par apprentissages, tout au long de la vie,
- La proposition de travailler avec le corps tel qu'il est dans sa réalité : la petite brune qui rêve d'être une blonde de 1,75m... c'est impossible, sauf en imaginaire. L'homme qui mesure 1,45 ne fera jamais 1,80m, quelle que soit la thérapie choisie. Si certains signes secondaires sont modifiables par artifice (maquillage, bijoux, chirurgie, voire hormonothérapie), le corps tel qu'il est, demeure. Et c'est avec celui-là que l'approche Sexocorporelle propose de vivre sa sexualité au mieux, d'en tirer plus de confort et plus de satisfaction à partir d'une meilleure appropriation de ses potentiels et de ses ressources. C'est le seul moyen, comme disait Jean-Yves DESJARDINS, de ne pas vivre dans la perpétuelle désolation de n'être pas autre que ce que l'on est.

Il m'a donc semblé évident que cette approche est une grande ressource pour le monde du handicap : tirer le meilleur parti de son équipement de base par une meilleure utilisation de cet équipement. D'autant que dans mon expérience, il arrive souvent au personnel des établissements spécialisés d'être dépassé par le potentiel sexuel : «*Ah, ils n'ont rien qui marche, mais ça, ça marche !!*». Donc, si ça marche, comment leur permettre que ça marche au mieux en s'appropriant ce potentiel, en le maîtrisant, en le bonifiant plutôt que de subir cette énergie !

J'ai donc initié des programmes à partir de l'approche Sexocorporelle pour permettre à tout professionnel du handicap d'être «aidant sexuel» de sa place de médecin, d'éducateur, d'infirmière, de kinésithérapeute, d'aide-soignant, d'aide médico-psychologiques (AMP), etc… C'est ce qui m'a amenée à un travail de

formation dans des établissements accueillant hommes ou femmes porteurs de tout type de handicap, C'est ce qui m'amènera les premières demandes de personnes handicapées en consultation à mon cabinet.

Je propose aujourd'hui d'illustrer l'apport de l'approche Sexocorporelle au handicap par une vignette clinique : celle d'une jeune femme que j'appellerai Lili.

VIGNETTE CLINIQUE : LILI – 32 ANS – Infirme moteur-cérébral (IMC) - en fauteuil roulant électrique.

Le premier rendez-vous sera reporté à cause d'une panne d'ascenseur dans le métro. C'est la réalité des contraintes constantes que doivent affronter les personnes handicapées.

ÉVALUATION :

Lecture corporelle : Lili est brune, souriante. Lili a les yeux en amande, grands ouverts. Elle a l'air d'avoir 22 ans. Elle parle haut, le souffle court.

Motif de consultation : Sa demande est très directe : **pouvoir écarter les jambes lors de son premier rapport sexuel auquel elle souhaite se préparer.** En 2 minutes, je sais qu'elle est vierge et qu'elle souhaite vivre un rapport sexuel génital.

Je vois aussi :

- Son intelligence, sa vivacité portée en haut du corps (cou /tête)
- Un « parler » souple et très rapide
- Son émotion déborde plusieurs fois : parlé fort, rires ou pleurs avec perte de contrôle de la tête et du bras droit qui partent en arrière par saccades
- Ses épaules et son buste sont effacés
- Le bassin est écrasé/fondu
- Ses jambes sont collées en fuseau
- Ses pieds pendent – comme des petits pinceaux chinois - hors des marches-pieds.

A l'issue de cette 1ère consultation, je sais aussi :

- Il n'y a pas d'amoureux actuellement : elle le cherche et veut s'y préparer. Jusqu'ici, elle a surtout vécu des amitiés amoureuses (intellectuelles et affectives) sans que cela ne se traduise par un investissement sexuel de la part de ses *amis*.
- Sa situation familiale : elle est la première née avant sa jumelle qui, elle est en bonne santé. La maman est décédée en hôpital psychiatrique quand elle avait 6 ans. Elle a été élevée dans sa famille, plutôt choyée, voire surprotégée.

- Sa vie sociale : en formation professionnelle, elle est très active, a des amis, et pratique beaucoup d'activités (cinéma, danse en fauteuil). Elle est aussi en psychothérapie pour régler quelques aspects de son parcours familial.
- Elle a un intérêt intense pour la sexualité : la sienne, celle des autres (famille, parents, amis…)

J'ai interrogé sa demande « d'écarter les jambes », craignant qu'il faille envisager qu'elle accepte des rapports « par derrière » si cet écartement n'est pas physiquement possible. Elle indique alors qu'elle «rêve» d'un rapport face à face pour se voir les yeux dans les yeux. Il va donc falloir explorer les possibilités de répondre à cette demande sans « biaiser ».

Mes premières hypothèses :

- Comme beaucoup d'IMC :
    - Elle a surinvesti l'intellect (la pensée est facile, le mouvement est très difficile) ce qui se traduit par un sur investissement du haut du corps : le visage et le langage dominent. Le reste du corps est comme « *trainé malgré soi* ».
    - Les efforts intensifs pour assurer le contrôle neurologique du langage a induit une tension importante du haut du corps – avec des décharges neurologiques qui surviennent comme des explosions spontanées : elle craint que cela ne survienne dans la relation sexuelle et de faire mal au partenaire en lui donnant un coup de poing involontaire.
    - Ce contrôle en tension intense du cou et de la tête a pour conséquence :
        - une fatigabilité importante
        - une hypertension du haut (tête cou) – et une hypotension du reste du corps.
        - Entre les 2, un écrasement de l'espace émotionnel qui se défend par des spasmes incoercibles (rires ou pleurs)
- enfin, elle est dans une triple appréhension : celle de la 1ère fois, celle d'une relation avec un partenaire fiable, celle des spasmes incontrôlés.

Nous convenons donc d'établir un diagnostic physiologique et sexologique pour déterminer si son projet est envisageable et poser les pistes d'un travail corporel pour l'atteindre. Ce diagnostic va pointer :

→ ses lignes de force (points d'appuis)

→ ses craintes (à déjouer)

→ ses limites (à dépasser)

SET UP THÉRAPEUTIQUE :

Et pour moi, un set up thérapeutique se dégage : vérifier sa capacité d'un contrôle neurologique du bassin, des jambes, des sphincters et de la zone génitale. Cette exploration va confirmer une fonctionnalité de base normale (sensibilité, capacité de mobilisation musculaire) mais le bas du corps n'a pas été investi, - malgré les encouragements médicaux. Deux raisons principales :

- Sa survie est passée par le haut de son corps (comme chez beaucoup d'IMC), monopolisant toute son énergie

- La surprotection familiale : toujours portée et maintenue en fauteuil pour éviter qu'elle ne se blesse, le bas du corps n'a pas été sollicité.

La mobilisation du bas du corps est donc possible. Pour cela, soulager le haut d'abord.

- Installer une respiration ventrale pour :
    - asseoir les émotions
    - descendre la voix
    - enrayer ses pertes de contrôle nerveux « du haut » car ils perturbent fortement la communication avec les autres.
- Affirmer le haut du corps :
    - dégager cou, épaules, poitrine. Ce mouvement doit modifier la position assise et dégager l'espace émotionnel aujourd'hui oppressé.
- Mobilisation du bas du corps :
    - mise en mouvement et en ressentis de l'espace génital
    - bascules du bassin en position assise, allongée, sur le côté, à 4 pattes
    - mobilisation des jambes et des pieds
- Beaucoup d'échanges sur la sexualité :
    - informations et échanges sur le « être femme », comment « sont les hommes » ?
    - préparation à la contraception
    - les amoureux potentiels : qui, où comment le reconnaître ? Porteur aussi de handicap ou non ?

ÉVOLUTION EN COURS DE TRAITEMENT :

Aujourd'hui, au bout de 9 mois d'accompagnement à raison d'une consultation toutes les 2 semaines environ :

Sa posture et appropriation de son corps au féminin :

- Elle se tient bien assise, droite au fond du fauteuil
- Les gestes parasites de la tête et du bras droit ont disparu
- La voix ne part plus en vrille dans les montées émotionnelles
- Mobilisation du bassin et des jambes : elle a pris conscience que ses pieds ne touchaient pas les marches-pieds. Son fauteuil a donc été réglé pour une posture assise « portée » et ancrée.
- L'écartement volontaire des jambes atteint 15 à 20 cm.
- Elle a mis en place une contraception (1ère visite chez la gynécologue)

Les bonus énoncés :

- « *Je sens un creux* », dit-elle en montrant son bas ventre.
- « Certains me croient paraplégique. Mais, non, je sens tout !!! ». Alors, montrez-le ! !! Car si elle veut qu'un homme investisse sur elle un désir sexuel (et pas seulement un désir amical ou intellectuel – et encore moins un désir de surprotection), il faut bien que ce « bas du corps » soit un peu vivant !
- « *Si je marche un jour…* », dit-elle. Indiquant que la position verticale ne lui est plus totalement étrangère car sa position intégrée comme ordinaire hors fauteuil était -malgré le verticalisateur utilisé au travail- d'être au sol, à quatre pattes.

Se reconnaître FEMME :

- Nous avons travaillé sur la restauration de l'image de sa mère et de ses qualités féminines qu'elle peut maintenant s'approprier (la maladie mentale avait annihilé toute transmission positive : pourtant cette mère était belle, vive et créative). Aujourd'hui, Lili réalise sur ordinateur un montage de photos de sa mère.
- Elle a pu mettre en valeur son sourire, ses épaules et un décolleté splendides : tout son corps féminin (hanches, fesses…) : c'est une belle jeune femme.
- Séances de photos ont eu lieu avec ses amis qui la disent « belle ». Et elle se voit belle.
- En ce qui concerne l'habillement, elle a trouvé progressivement un style pratique **et féminin** dans lequel elle s'aime. Elle a éprouvé un ressenti érotique en découvrant le port de la jupe !

Trouver un amoureux :

- Elle a testé les sites de rencontres et commence à regarder les hommes autour d'elle
- Elle s'est pour la 1ère fois sentie reconnue comme femme dans ses besoins (et non regardée comme handicapée) par un homme rencontré dans le cadre du travail
- Elle commence à mettre à distance le dilemme : un amoureux valide ou un handicapé ? « *J'ai droit à un valide comme tout le monde – ou est-ce que quelqu'un comme moi me comprendrait mieux ?*... » L'important, c'est la rencontre !

Suite du travail envisagé :

- Consolider la puissance et les sentis du bas du corps (bassin, fesses, espace génital, jambes et pieds)
- Ne pas fuir quand elle se sent désirable, désirée et désirante : trouver un équilibre de femme sexuée sans passer pour une pétasse ou pour une pute....

Sur ces points, elle est bien comme toutes les femmes, valides ou non : comment être reconnue dans ses besoins affectifs et sexuels sans être abusée, utilisée par des hommes qui profiteraient de l'aubaine de l'époque où les femmes « couchent ! ». Bienvenue, Lili, dans le monde des femmes d'aujourd'hui ! En l'occurrence, sa méfiance risque de la laisser dans l'isolement.

_ Trouver l'équilibre entre « attention », surprotection et la volonté d'autonomie... Aimer, c'est aussi accepter de dépendre affectivement de quelqu'un...

Et toute la bagarre fondamentale d'une personne IMC, c'est de prendre le contrôle... sans se rigidifier. Pour laisser venir les liens, la fluidité d'une relation, il faut lâcher du lest pour que ce contrôle ne devienne pas un

bouclier autant physique qu'intellectuel via de belles rationalisations. La relation amoureuse et sexuelle est toujours une prise de risque : le risque du plaisir... et le risque du déplaisir aussi. C'est sur ce lâcher du lest en sécurité que nous avançons maintenant par un programme sur :

- La modulation sensorielle
- Se vivre femme du haut en bas, de la tête aux pieds pour permettre à une relation amoureuse de s'installer !

Merci à Lili d'avoir autorisé la diffusion du travail thérapeutique réalisé ensemble

SEXUALITÉ ET VIEILLISSEMENT :

RETRAITE OU NOUVEAU DÉPART ?

Des préjugés aux connaissances et aux apprentissages sexuels

D'après la présentation en 2013 à la 8ème Journée scientifique et clinique de l'ISI et ateliers d'approfondissement en Sexocorporel à San Remo

Faite par Mesdames A.M Laflûte, Virginie Gasc et Sylvie Montfort

Je suis médecin et je soigne Adèle.

Alors qu'il y a une semaine, une de mes patientes, Adèle, la tête baissée, recroquevillée dans son fauteuil, nous confiait : « Maintenant à 97 ans, il va falloir que je pense à mourir. », hier, elle s'est confiée à la kinésithérapeute qui la stimule pour la marche : « Le mari de ma voisine de chambre a pris ma main et l'a posée sur sa braguette. » ... (Le mari de la voisine de chambre, 82ans, est alerte et sportif...)

A la visite, l'infirmière me demande si j'ai été informée qu'il s'est passé« quelque chose de très grave ». Quand nous entrons dans la chambre d'Adèle, nous la trouvons souriante.

A ce moment-là, la lecture corporelle que je fais est en faveur d'un épanouissement d'Adèle et n'est pas congruente avec la réaction des soignants. L'infirmière reste sur sa position.

Il s'agit là de scènes courantes en milieu institutionnel, c'est ce qui nous a donné l'envie de questionner les soignants qui côtoient des personnes âgées afin de mesurer le niveau de leurs représentations.

- **Etats des lieux et représentations de la sexualité des personnes âgées en maison de retraite** : Enquête réalisée auprès du personnel soignant, par V. GASC, psycho gérontologue et sexologue.

J'exerce depuis plusieurs années en EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, appelé plus communément « maison de retraite ».
Le rôle du Psychologue est d'accompagner le résident, soutenir les familles et d'intervenir auprès des équipes soignantes lorsque celles-ci rencontrent des difficultés dans la prise en charge des résidents.
Ainsi, j'ai, à de nombreuses reprises, été interpellée par les soignants à propos de situations renvoyant à la sexualité des résidents.

Ces sollicitations m'ont fait m'interroger sur les difficultés rencontrées par le soignant, les stratégies mises en place et les connaissances, outils, qu'ils ont à leur disposition. Mes hypothèses de départ ont été les suivantes : **Le personnel soignant est confronté à des manifestations de la sexualité chez les résidents et ne dispose pas assez de connaissances et d'outils sur ce sujet, ce qui le confronte à des difficultés dans la prise en charge des personnes accueillies.**

J'ai donc souhaité mettre en place une enquête qui ferait un état des lieux des pratiques de la sexualité des personnes âgées que les soignants observent en institution ainsi que les représentations et connaissances qu'ils ont de cette sexualité. J'ai conçu un questionnaire, à l'attention du personnel soignant, que j'ai proposé à l'ensemble des maisons de retraite du département des Hautes-Pyrénées. Si la direction acceptait, je m'engageais à réaliser des interventions pour présenter les résultats obtenus, apporter des connaissances et engager une réflexion sur ce thème. Le questionnaire a été validé par le psychosociologue Réjean Tremblay.

Il se compose de 16 items correspondant aux 9 dimensions de la personnalité développées par Lazarus :

Questionnaire

• 16 items correspondant aux 9 dimensions de la personnalité (BASIC IDEA) proposées par Lazarus sur « l'évaluation des changements de base pouvant intervenir lors d'une intervention profonde sur un ou des individus »

B : Behavior = le **comportement**

A : Affect = Les **émotions qui l'accompagnent**

S : Sensation = Les **sensations**

I : Imagery = Les **représentations**

C : Cognition = Les **connaissances et croyances**

I : Interpersonal = Le **contexte relationnel**

D : Drugs = Les **risques liés au comportement**

E : Expectation = Les **attentes du sujet**

A : Attitude = L'**attitude**

Cadre de l'enquête

* « En France, environ 10 000 établissements d'hébergement pour personnes âgées (5000 publics, 3200 privés associatifs et 1800 privés commerciaux) accueillent 680 000 personnes.

* Ces résidents sont âgés de 86 ans en moyenne, souffrent de démence pour 50% d'entre eux, ont de multiples pathologies (au moins 5) et prennent en moyenne 8 médicaments par jour. »

In La lettre du réseau REHPAn°0-nov 2008 GERONTOPOLE TOULOUSE

Sur les 32 maisons de retraite des Hautes-Pyrénées sollicitées, 10 ont accepté de participer à l'enquête. J'ai donc distribué 411 questionnaires à l'ensemble du personnel soignant. J'ai eu un retour de 233 questionnaires.

J'ai également effectué 9 interventions intitulées « Sexualité et vieillissement » auprès de 65 membres du personnel soignant sur la base du volontariat.

Cette enquête a permis de mettre en évidence que le personnel soignant s'accorde à dire que la sexualité des personnes âgées ne doit pas être considérée comme inadmissible. Selon les soignants, les personnes les plus gênées par la sexualité des résidents sont les familles. Les sujets, essentiellement des aides-soignant(e)s, peuvent parfois observer des manifestations de la sexualité, en particulier des pratiques masturbatoires et sont parfois l'objet d'invitations sexuelles. En effet, les aides-soignant(e)s sont les plus exposés à l'intimité des personnes accueillies. L'enquête révèle que les soignants interrogés sont en majorité des femmes, qu'elles sont aides-soignant(e)s, agents de service hospitalier, infirmier(e)s et aides-médico-psychologiques.
Près de la moitié des sujets pensent plus accepter la sexualité des résidents que les autorités institutionnelles. De plus, les soignants pensent que les personnes âgées peuvent parfois avoir et du désir sexuel et du plaisir sexuel.
Enfin, les soignants pas du tout ou peu informés, tant sur l'attitude à adopter face à des situations sexuelles que sur les droits en matière de sexualité, sont des aides-soignant(e)s et agents de service hospitalier, travaillent en établissement privé et sont intéressés voire très intéressés par une formation sur la sexualité des personnes âgées.

Peu de soignants se sont rendus disponibles pour participer aux interventions menées auprès du personnel soignant :

Sur les 142 personnes intéressées et très intéressées par la formation seulement 65 personnes se sont rendues disponibles.

Ceci laisse supposer que la sexualité des personnes âgées en institution reste un sujet fragile, difficile à aborder, pouvant renvoyer à des difficultés ou projections personnelles.
Une formation sur la sexualité semble indispensable dans les établissements considérés comme lieux de vie. Une piste de travail pourrait être proposée sur l'amélioration de la démarche institutionnelle, à travers notamment une réactualisation du règlement intérieur, une diffusion plus large et systématique des textes afin d'en permettre une appropriation par le personnel soignant, par les familles des résidents et par les résidents eux-mêmes.

2. L'approche Sexocorporelle, par A.-M. Laflûte-Maurette. Médecin Gériatre et Sexologue

Je vous propose un autre angle de vue, une deuxième paire de lunettes. Pour cela, j'ai revu la littérature concernant la sexualité des personnes âgées en l'analysant sous l'angle du Sexocorporel selon le Professeur Jean-Yves DESJARDINS.

A. La fonction d'excitation sexuelle

Depuis les travaux de MASTERS & JOHNSON, publiés en France en 1968, qui ont étudié des hommes jusqu'à 89 ans et des femmes jusqu'à 78 ans : on sait que « la sexualité de la femme ne connait pas de limite d'âge » et « l'homme garde assez fréquemment sa capacité sexuelle jusqu'à 80 ans et même au-delà, s'il est placé dans des conditions physiques et émotives convenables ».

A. KINSEY, dans ses observations, a inclus des sujets jusqu'à 90 ans.

De ces deux études, il ressort qu'il y a très peu de variation au niveau de l'excitation sexuelle, avec l'avance en âge.
Ces auteurs évoquent le maintien de la régularité de l'expression sexuelle.

Ensuite, pour L. G. BARBACH, le meilleur moyen d'empêcher l'inconfort sexuel est de garder une vie sexuelle active, soit en ayant des rapports sexuels, soit en se masturbant, ou bien encore les deux.

Puis Jean-Yves DESJARDINS publiait : « savoir comment, par des apprentissages appropriés, modifier la façon dont les hommes et les femmes vivent leur excitation sexuelle ».

Enfin, dans la revue de Sexologies, P. BONDIL propose le « sexercice » comme facteur de prévention contre la bio fragilisation de la santé sexuelle.

B. Les composantes sexodynamiques

Selon Shere HITE, dans l'enquête sur les hommes et les femmes âgées : « le désir sexuel augmente-il ou diminue-t-il avec l'âge ? Et le plaisir ? »,

- Les hommes témoignent d'un plaisir sexuel maintenu (y compris à 80 ans et plus), et observent la baisse d'intérêt sexuel de la part de leur partenaire.

- La plupart des femmes estiment que le plaisir sexuel a augmenté avec l'âge.

Helen KAPLAN écrit que, tandis que certaines femmes signalent une diminution du désir sexuel, d'autres très nombreuses, ressentent réellement un « accroissement de l'appétit érotique ».

Le psychiatre J. -G. LEMAIRE, en clinique quotidienne, confirme que « bien des couples maintiennent leur vie sexuelle tout au long de leur existence, jusqu'à un âge extrêmement avancé et, qu'en tous cas, l'érotisation du partenaire se maintient. Et, d'autre part, le décès du conjoint, montre parfois chez les couples abstinents, le réveil du désir et de l'activité sexuelle chez le survivant »

P.BONDIL, en 2008, a fait une revue de la littérature dans laquelle il retient que la sexualité conserve toujours ses fonctions de désir et de plaisir ainsi que ses rôles identitaires et relationnels.

C. Les composantes cognitives

- **Les tabous**

Pour reprendre les propos de Jean Yves DESJARDINS : « la sexualité est un sujet qui passionne et qui dérange parfois par son côté privé, voire tabou ».

Le thème du tabou a été approfondi par Réjean TREMBLAY dans un article de Sexologies, où il décrit le rituel magique qui est basé sur la peur, ce qui revient à dire qu'il y a une menace pour l'institution si les personnes âgées ont une sexualité.

Jean Yves DESJARDINS avait noté que les composantes cognitives jouent un rôle très important dans la sexualité des hommes et des femmes, « les fausses idées joueront un rôle inhibiteur et réducteur » de leurs capacités sexuelles.

- **Les idées fausses, les croyances**

Dans la littérature, pour Sherman, qui reprend les travaux de Butler de 1991, les mythes concernant la sexualité des séniors sont encore bien vivants. Les principaux sont que :

- Les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel ;
- Elles ne pourraient pas faire l'amour même si elles le voulaient ;
- Elles sont fragiles physiquement et le sexe peut leur causer de la douleur ;
- Elles ne sont pas attirantes physiquement et donc pas désirables;
- Le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers.

- **Les connaissances** :

La majorité des difficultés sexuelles est due à un manque de connaissances

Jean Yves DESJARDINS parle de santé sexuelle lorsqu'une personne possède un minimum de connaissances exactes sur la sexualité.

Cette nécessité d'éducation à la sexualité et d'apprentissage avait déjà été notée par H. KAPLAN car elle constate que la majorité des difficultés sexuelles est due à un manque de connaissances.

- **Les composantes relationnelles**

Pour illustrer les habiletés à communiquer, à séduire, à établir une relation amoureuse que J-Y. DESJARDINS avait développées, j'ai cherché l'existant dans la littérature.

MASTERS & JOHNSON avaient déjà noté l'importance de conditions émotives convenables pour les réactions sexuelles chez l'homme.

S. HITE fait le même constat pour l'homme avec l'importance des relations. En ce qui concerne la femme, l'auteure écrit que tandis que certaines femmes innovent et font des découvertes, d'autres ont été déçues par leurs expériences sexuelles. Finalement, nous ne savons pas si elles sont déçues sur le plan relationnel ou sexuel, voici une piste à développer !

Tandis que J. MONEY note l'importance de la sexualité pour « les vieux », B-D. STARR remarque que les gens âgés ont eux-mêmes, involontairement contribué à l'idée du manque d'intérêt en « jouant le vieux ».

3. La complexité de la sexualité, la petite voix intérieure… par S. Monfort-Portet.

Conseils en sexologie, éducatrice à la sexualité humaine, chargée de cours au DIUS-DIUESH Toulouse

Si nous revenons à l'histoire d'Adèle :, *l'infirmière reste sur sa position* (« Quand même, vivre ça à 97ans ! ») , et elle avance que, elle, quand elle avait 14 ans, il lui est arrivé la même chose avec son grand-père. A mon avis, que ce soit à 97 ans ou à 14 ans, ce n'est pas une question d'âge. Cela nous permet d'illustrer l'analyse que nous avons tous une petite voix à l'intérieur.

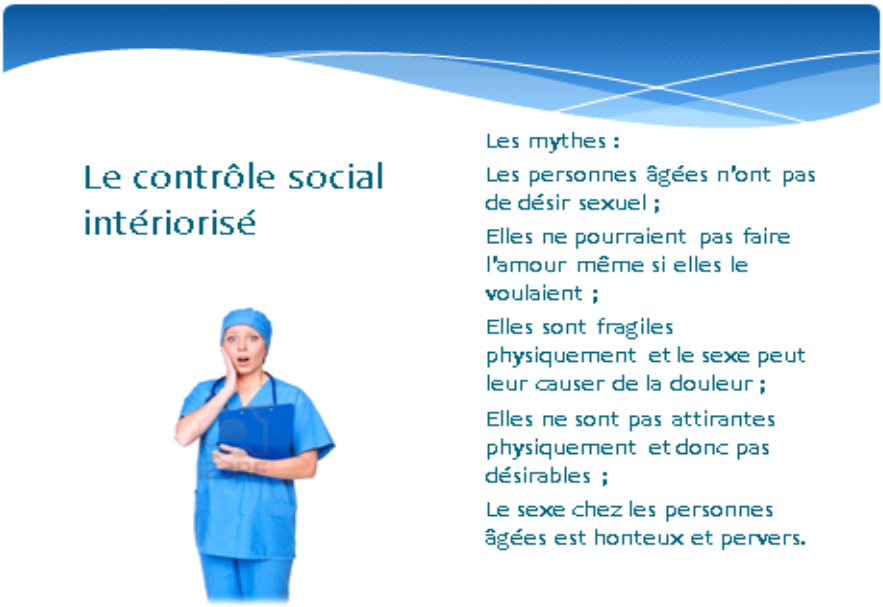
Jean Yves DESJARDINS parle de « santé sexuelle lorsqu'une personne fonctionne dans un système de pensée qui lui donne la liberté de pouvoir faire des apprentissages érotiques sans se sentir bloqué, inhibé ou culpabilisé ». La 3ème paire de lunettes, la complexité de la sexualité.

Une petite voix intérieure nous encourage ou nous limite dans nos choix. Nous avons une idée plus ou moins bonne de nous-mêmes. Nous sommes plus ou moins optimistes sur nos chances de réussite. Nous portons aussi des jugements de valeur sur la sexualité. Certains aspects nous paraissent très bons, d'autres moins valables et d'autres carrément négatifs.
Nous dialoguons aussi avec nos proches de manière plus ou moins directe. Nous observons et imitons le comportement d'autrui, nous échangeons, nous confrontons nos idées en permanence, nous réagissons plus ou moins en fonction des émotions déjà observées chez les autres.
Nous dialoguons également avec la société. Tout au long de notre vie nous réfutons ou acceptons certains modèles qu'elle nous propose. Nous choisissons d'être dans la norme et d'être comme on nous dit qu'il faut être ou nous refusons ce qui entraîne des conflits, mais aussi de nouvelles propositions.

Ces trois dialogues s'entrecroisent en permanence. Ils sont là pour encourager ou limiter le développement de chaque personne.
Pour citer R. TREMBLAY: en conséquence, nos institutions se sont donné les moyens de normaliser les rapports sexuels humains par un contrôle social à trois niveaux :

- Le **contrôle formel** est représenté par les lois, les règles à ne pas transgresser. Les uns seront récompensés, les autres punis.
- Le **contrôle social relationnel** vient renforcer le contrôle formel. Nous modelons nos comportements sur nos proches; sinon ils peuvent nous retirer leur estime et même leur amour. Nous cherchons inconsciemment à nous rapprocher de nos amis de peur d'être rejeté.
- En résumé, un **autocontrôle**. Nous pouvons nous accuser et nous punir de nos mauvaises pensées et actions : le contrôle social formel a atteint son but. Nous n'avons plus besoin de surveillance, puisque nous le faisons si bien nous-mêmes. REICH, dans son livre « Ecoute petit homme », a parfaitement bien illustré ces trois types de contrôle social.

Revenons à notre histoire : l'infirmière se dit : « c'est inacceptable »



Alors que moi lorsque j'ai rencontré Adèle rayonnante je me suis dit : « C'est en accord avec la charte des droits de l'homme… et la lutte contre les discriminations liée à l'âge» (cf. annexe concernant les textes de loi).

Ainsi, il apparaît inutile de créer de nouveaux textes et de nouvelles lois. Les droits fondamentaux doivent être respectés tout au long de notre vie. Les personnes âgées ont les mêmes droits ; c'est juste que nous n'avons pas trouvé les moyens de communiquer avec eux, notamment dans la maladie d'Alzheimer.

L'approche Sexocorporelle englobe chacune des composantes impliquées dans la sexualité humaine et constitue une base solide pour aborder la complexité de la sexualité dans ce contexte institutionnel.

L'approche globale de l'éducation à la sexualité a été définie par R. TREMBLAY, il reste un champ d'étude pour l'application en institution pour personnes âgées.
Notre présentation a pour objectif d'ouvrir la réflexion et des pistes de travail.

BIBLIOGRAPHIE

- **BARBACH L.G.** L'accomplissement sexuel de la femme. Editions BUCHET/CHASTEL Paris. 1977. Page 185-8.

- **BONDIL P.** Vieillissement sexuel : mythes et réalités biologiques. Sexologies 2008 ; 17 : 152 – 173.
- **DESJARDINS J.Y.** Approche Sexocorporelle. La compétence érotique à la portée de tous. la sexothérapie sous la direction de Mansour EL FEKI. De Boeck. Belgique.2007. 62 – 3

- **DIONNE H, DUPRAS A.** L'avis sexologique : un outil de réflexion et d'action pour les soignants de centres de soins de longue durée. Sexologies 2008 ; 17 : 127 - 34.

- **DUPRAS A, SOUCIS P.** La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. Sexologies 2008 ; 17 : 190 - 8.

- **GEORGE L, MADDOX**, éds. L'encyclopédie du vieillissement 2ème édition française. Paris : Serdi Edition, 2002

- **HITE S.** Le rapport Hite. Edition Robert Laffont Paris. 1976. 455-471
- **HITE S.** Rapport Hite sur les hommes. Edition Robert Laffont Paris. 1983. 749-783
- **KAPLAN H.-S.** (1974) La nouvelle thérapie sexuelle, Brunner-Mazel.
- **KINSEY A « et al. ».** Le comportement sexuel de la femme. Paris : Amiot-Dumont. 1954.
- **LEMAIRE Jean-G.** Le couple : sa vie, sa mort. La structuration du couple humain. Paris : Payot. 1979 : 243.
- **MASTERS W.H. et JOHNSON V.E.** Les réactions sexuelles. Paris : Robert Laffont. 1968 : 249 - 97.
- **MASTERS W.H. et JOHNSON V.E.** Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris : Robert Laffont. 1970.

- **MONEY J. et TUCKER P.** Etes-vous un homme ou une femme ? Les Editions la presse. 1977.
- **RIBES G.** Sexualité et vieillissement. Chronique sociale. 2009.

- **STARR B.** D Sexualité. Encyclopédie du vieillissement. 2ème édition française. Serdi Edition Paris. 2002**.**
- **TREMBLAY R.** Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 1 l'adolescence. Erès. 1998

- **TREMBLAY R**. Morale, droit de montrer et peur de voir, Sexologies 1992 ; 1 n° 6 :26-31

- **TREMBLAY R.** L'éducation sexuelle en institution. Paris : Privat. 1992.

ANNEXE CONCERNANT LES TEXTES DE LOIS

Extrait de la déclaration universelle des droits de l'Homme Article 12 et 26

L'Assemblée générale proclame la présente Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'idéal commun à atteindre...

Article 12

Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 26

- Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire. L'enseignement technique et professionnel doit être généralisé ; l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite. 2. L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux, ainsi que le développement des activités des Nations Unies pour le maintien de la paix.

  3. Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants.

Légifrance. Gouv. Code civil.

Code civil (article 9) : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. ».

La définition de la santé sexuelle et des droits sexuels par l'OMS en 2002

<u>Définition de la santé sexuelle :</u>

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal, relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités.

La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels».

Droits sexuels :

- « Le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction.
Le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité,
Le droit à une éducation sexuelle,
Le droit au respect de son intégrité physique,
Le droit au choix de son partenaire,
Le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non,
Le droit à des relations sexuelles consensuelles,
Le droit à un mariage consensuel,
Le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir des enfants, au moment de son choix,
Le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque ».

Légifrance. Gouv. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Code de l'action sociale et des familles

Loi du 2 janvier 2002 (art. L311-3), qui reconnaît à la personne prise en charge dans les établissements ou services médico-sociaux le droit au « respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité »

Code de l'action sociale et des familles Légifrance. Gouv. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Code de la santé publique

Code de la santé publique : Loi du 4 mars 2002 (art. L1110-4 al 1) selon lequel « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement […] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant».

JORF n°234 du 9 octobre 2003 page 17250. Texte n°21. ARRETE
Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
NOR: SANA0322604A
Voir article 1er et 12 de l'annexe de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Article 1er : Principe de non-discrimination
Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, **de son orientation**

sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité
Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.
Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

WAS 2005 (Association Mondiale pour la Santé sexuelle)

Déclaration de Montréal « Santé Sexuelle pour le Millénium »

WAS 2005 (Association Mondiale pour la Santé sexuelle). Déclaration de Montréal « Santé Sexuelle pour le Millénium »

- Reconnaître, promouvoir, assurer et protéger les droits sexuels pour tous.
- Avancer vers l'équité de genre.
- Eliminer la violence et l'abus sexuel sous toutes ses formes.
- Fournir l'accès universel à l'information et à l'éducation intégrales de la sexualité.
- Garantir que les programmes de santé reproductive reconnaissent l'essentiel de la santé sexuelle.
- Arrêter et renverser la propagation du VIH/AIDS et autres infections transmises sexuellement (ITS).
- Identifier, prendre en charge et traiter les soucis, les troubles et les dysfonctions sexuelles.
- Aboutir à la reconnaissance du plaisir sexuel comme une composante du bien-être.

FNG : Fondation nationale de gérontologie. Article IV (présence et rôle des proches) de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. 20ème anniversaire. 2007. 49, rue Mirabeau – 75016 PARIS – Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr

« La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance » réactualisée en 2007, impose dans l'article IV « présence et rôle des proches » le respect de la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle.

CHARTE ALZHEIMER -ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ 2010 - Département de recherche en éthique,

université Paris-Sud 11 – Assistance Publique des hôpitaux de Paris

La charte éthique Alzheimer comprend 10 chapitres dont voici le détail des 4 premiers :

1) reconnaît le droit de la personne malade à être, ressentir, désirer, refuser.

2) respecte le choix de la personne malade (autonomie d'action et de décision). Les privations de liberté arbitraires ou inutiles constituent des abus et des violences.

3) respecte la personne malade, ses biens et choix matériels : la protection de la personne contre tout abus, négligence ou violence physique, morale, sexuelle et financière, doit lui être assurée.

4) respecte les liens affectifs de la personne malade : conserve la liberté de communiquer et de participer à la vie en société. Les relations familiales, les liens affectifs et amicaux dans toutes leurs diversités anciens et nouveaux, doivent être préservés et respectés.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : « Qualité de vie en EHPAD », janvier 2011. L'accueil : associer et soutenir les proches. Chapitre IV-4 du volet 1 (page 43-44)

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) actualise les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Concernant la qualité de vie en EHPAD, l'ANESM recommande d'associer et soutenir les proches « en facilitant l'intimité du couple éventuellement » (chapitre IV-4 du volet 1, de l'accueil de la personne à son accompagnement)

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : « qualité de vie en EHPAD »,: (septembre 2011). Reconnaître la vie affective et intime des résidents. Chapitre I-4 du volet 2 (page 19-20)

Les besoins d'affection et d'amour font partie des besoins fondamentaux de tout individu.

Les besoins sexuels ne disparaissent pas au fil des ans : ils diminuent, en intensité ou en fréquence, mais peuvent s'exprimer à tout âge… même très avancé. D'après certaines études menées aux Etats-Unis, 8% des résidents en maison de retraite ou autres établissements d'accueil seraient sexuellement actifs. Néanmoins, le tabou qui entoure la sexualité des personnes très âgées laisse les professionnels désemparés lorsqu'ils sont confrontés à de telles situations, parfois sources de conflits avec les proches. La réflexion autour des questions relatives à la vie affective et sexuelle des résidents s'appuie nécessairement sur une réflexion éthique collective.

Enjeux

Les résidents peuvent continuer à avoir une intimité avec leurs proches (famille et amis) dans leur espace privatif.

Les résidents peuvent nouer de nouvelles relations d'amitié et d'amour et les vivre en toute intimité.

Recommandations

Permettre l'accès de l'établissement aux familles et proches, y compris le soir ou la nuit lorsque celui-ci est sécurisé et mettre à disposition des résidents les moyens favorisant le lien à distance.

Prévoir dans le logement la possibilité d'accueillir des proches. Comme par exemple :

- Systématiquement deux sièges à disposition ;
- Des chaises supplémentaires facilement disponibles à proximité ;
- Possibilité de consommation : réfrigérateur, « tisanerie » proche, etc.
- Prendre en compte la vie de couple en offrant la possibilité d'un lit à deux places ;
- Réfléchir collectivement aux situations posant des problèmes éthiques et, si possible, au sein de l'instance éthique mise en place ;
- Sensibiliser les familles et les professionnels à la question de la sexualité et des tabous qu'elle soulève (conférence, lectures conseillées, etc.)
- Accompagner les familles lorsque le choix de leur parent d'avoir des relations intimes avec un(e) nouveau (elle) compagnon/compagne leur est difficile à admettre, sous réserve du consentement des personnes concernées.

Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées (Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme CNCDH)
NOR : *CDHX1320078V*
(Assemblée plénière du 27 juin 2013)

I-4.4. Respect de la vie privée et de la vie familiale en EHPAD

31. Afin de respecter le droit à l'intimité et le droit au respect de la vie privée et familiale, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH)
propose que certaines mesures soient effectivement mises en place : installation de lieux de visite spécifiques pour les rencontres avec les familles, mise à disposition de chambres dans les établissements pour les familles éloignées, horaires des visites compatibles avec les possibilités des familles, droit au téléphone. De même, les personnes sont parfois infantilisées (tutoiement par le personnel ou utilisation de la troisième personne) et leur intimité n'est pas suffisamment protégée.

32. Par ailleurs, la vie affective et sexuelle des personnes âgées doit être respectée. La sexualité des personnes âgées, principalement celles en institutions, est encore un tabou, alors même qu'il s'agit d'une question importante pour les personnes concernées. Le droit à l'intimité dans les EHPAD est rappelé spécifiquement dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (15). Cette intimité inclut la sexualité.
L'article 4 dispose qu'une personne âgée « *doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime* ». Le personnel n'a donc pas le droit de s'y opposer. Si la famille peut être informée de la vie affective de la personne âgée, son accord n'a pas à être recueilli.

Conclusion

54. La CNCDH considère que les droits fondamentaux doivent être respectés à toute étape de la vie. Elle estime que l'approche à privilégier pour une mise en œuvre effective des droits des personnes âgées est celle de la lutte contre les discriminations. En effet, les droits des personnes âgées ne sont ni contestés ni méconnus, mais ces dernières rencontrent des obstacles persistants dans l'exercice effectif de leurs droits. Pour la CNCDH, il convient donc de veiller à une meilleure application du droit commun et de lutter contre toutes les formes de discriminations liées à l'âge afin de rendre effectifs les droits des personnes âgées.

«Quand je cesserai de m'indigner, je commencerai ma vieillesse»

André Gide

L'exploration du corps humain (entre autres) est très importante pour moi. J'y consacre une partie de mon travail à travers des dessins de nus dans lesquels je me sens de plus en plus à l'aise. Il s'agit pour moi d'exprimer tout ce que le corps peut ressentir, en émotions positives comme négatives.

Le tracé d'une veine, une ossature, un bourrelet de chair ou au contraire un muscle, toutes ces choses qui donnent à un être humain sa personnalité m'émeuvent, et c’est ainsi que tout à fait en dehors des critères classiques et subjectifs de beauté, je cherche à susciter l’émotion, la vibration dans le regard du spectateur. Il m'arrive par ailleurs, et de plus en plus souvent, de dessiner le corps humain, nu ou habillé, de mémoire, c'est-à-dire techniquement parlant, en me servant de l'expérience acquise dans le dessin d'observation, une étape importante et nécessaire à mon sens. Les dessins figurant dans cette revue sont donc le fruit de mon imagination et j’ai pris un immense plaisir à réaliser les embrassements de ces couples.

Michèle Munier

COMMENT UTILISEZ-VOUS LE SEXOCORPOREL DANS VOTRE METIER DE BASE ?

Nom : **LEROUX**

Prénom : **Anne Charlotte**

Année de formation kinésithérapeute : 1977 ; début avec JYD : 2005.

Niveau de formation: sexologue clinicienne ISI

Interview réalisée par Isabelle Chaffaï (IC) auprès d'Anne Charlotte Leroux au mois d'octobre 2013 à Paris

IC : comment avez-vous entendu parler du Sexocorporel ?

A la faculté de Bobigny au cours du DIU de sexologie, un atelier était proposé avec Monsieur le Professeur JY Desjardins – JYD - et co-animé par le Docteur François Parpaix (FP) qui nous présentait JYD comme un homme très pragmatique.

Cette approche Sexocorporelle était dite intégrative ; il n'y pas d'hégémonie entre le corps et le cerveau.

L'unicité fondamentale corps/cerveau – cerveau/corps ! (Axiome 1).

C'est tout à fait ce que je faisais dans mon exercice de kinésithérapeute, ne faisant que de la rééducation du périnée de l'homme et de la femme et cela depuis 30 ans. La kinésithérapie se veut fonctionnelle, ré adaptative et la prise en charge est globale. Le Sexocorporel s'appuie sur les réalités du corps biologique. JYD & FP parlaient de réflexe de l'excitation sexuelle avec les phénomènes de vaso-congestion tout à fait observables, de corps-miroir, de lois du corps, de cognitions qui affectent les émotions qui affectent à leur tour les comportements….Tout cela faisait écho en moi.

IC : Et comment s'est déroulée cette rencontre avec Jean-Yves Desjardins?

JYD est de ces hommes qui font que quand vous l'écoutez, vous vous sentez intelligent ! J'ai été impressionnée par l'immensité de ses connaissances et par le respect avec lequel JYD parlait de ces hommes et ces femmes que son exercice l'avait amené à rencontrer. Il avait une compréhension de la sexualité qui m'impressionnait.

IC: Vous vous êtes alors inscrit à la formation en Sexocorporel ?

J'ai eu la chance que Mme Françoise Jablon Dreyfus me signale une nouvelle formation de 2 ans à Paris et j'y ai couru. C'est ainsi que, séduite par l'enseignement, j'ai persévéré.

IC: Quelle est votre profession ?

Je suis kinésithérapeute, spécialisée en rééducation urogynécologique de l'homme et de la femme. Connaissant bien le périnée, je suis retournée à la fac pour un DU d'urodynamique pour mieux comprendre la physiologie de la vessie. Mais je sentais bien que des patients me posaient des questions sur leur ou la sexualité ; j'ai cherché à me former. Donc je suis allée à la fac de Bobigny pour le DIU de sexologie. Après il me fallait des outils thérapeutiques : c'est ainsi que je me suis formée à l'Approche Sexocorporelle et à ce-jour, j'ai deux métiers, le 2° étant sexologue clinicienne ISI. En tout, parcours de neuf années dont je suis bien heureuse.

IC: Qu'est-ce que la formation en Sexocorporel vous a apporté dans le cadre de votre profession ?

JYD m'a appris à m'intéresser plus au « comment » faites-vous et moins à « pourquoi » faites-vous ainsi. Quand je regardais JYD, une certaine fluidité se dégageait de son grand corps. Et JYD mettait toujours et toujours l'accent sur la respiration. JYD insistait sur l'apprentissage de cette respiration : passer de l'automatisme à la conscience. Comment oser exprimer son désir, son désir sexuel, si on n'est pas à l'aise avec sa respiration ?

IC: Quels sont les outils et/ou habiletés acquises au cours de la formation, qui vous servent dans votre profession ?

- Parler du concept de santé sexuelle

- Mimer dans une réalité biologique. Donner un feedback ou être un miroir pour le patient.

- Aller dans la lenteur.

Mimer une bascule de bassin dans différentes positions ; mimer la fluidité qui permet de diffuser ; mieux parler du senti interne vaginal et de l'érotisation de l'archétype.

Etre un professionnel de santé à qui les patients osent poser une question sur la sexualité.

En 3ème niveau, les mini-résumés de cours m'ont aidée à mieux placer mon timbre de voix par la centration, à mieux communiquer.

IC : Qu'est-ce qui vous a donné envie de poursuivre votre formation en deuxième niveau ?

Ce que j'avais pu comprendre pour ma sexualité en 1er cycle, il me fallait l'approfondir car je ne me sentais pas capable alors d'aider sereinement mes patients dans l'exercice de leur sexualité.

IC : Et que vous a apporté ce deuxième niveau et comment vous vous en servez dans le cadre de votre travail?

JYD avait parlé de constipation et sexualité : l'une gênait l'autre…

Bien m'en a pris de persévérer auprès du Sexocorporel car ce n'est qu'à ce moment de mon parcours de kinésithérapeute du périnée que j'ai modifié ma perception et ma façon d'expliquer la bonne posture pour aller à la selle.

ET je peux dire que JYD m'a rendu un grand service car cela m'a amenée à être plus proche de notre physiologie et de permettre à moult personnes dyschésiques de ne plus « être constipées »,

évidemment en dehors de toutes pathologies digestives. J'aurais bien voulu que JYD m'entende lui dire ce que je vous écris ce-jour.

Et toute personne qui a réglé ce problème de constipation dite terminale, se sent beaucoup mieux dans son corps, dans son corps sexuel.

IC : Que vous a apporté ce troisième niveau et comment ~~vous~~ vous en servez-vous dans le cadre de votre travail?

Ce troisième niveau ! Je crois que nous avons eu la très grande chance d'être amenés à faire un bilan en 15 minutes des demi-journées de l'enseignement de la veille. Il nous a fallu nous approprier cet enseignement afin que nous puissions par biofeedback, en faire un résumé.

Et puis, en ce qui concerne la centration, j'ai pris conscience du travail que l'on pouvait faire sur le socle de notre charpente si je parle toujours de la respiration : je veux parler des ISCHIONS, pierre de base de notre tronc. Nous sommes assis dessus toute la journée.

Et cet apprentissage permet une bonne centration avec une respiration fluide et qui nous permet de mettre en lien notre cerveau, nos émotions, notre génital. Et ce travail sur les ischions s'inscrit dans le travail de la double bascule du bassin, des épaules et du lâcher de la tête.

Trop souvent nous entendrons encore dire que nous sommes assis sur nos fesses. Et bien non, nous sommes assis sur nos ischions.

IC : Quel serait votre mot de la fin ?

Merci.

Un GRAND MERCI à Jean Yves et à tous ceux qui enseignent cette thérapie avec bienveillance. Essayer au mieux de travailler cette prise de conscience corporelle, pour nous comme pour nos patients.

A nous de porter cette thérapie en nous appuyant sur des données scientifiques : c'est le vœu le plus cher du Président de l'ISI afin de valider cette Approche de la sexualité humaine.

Tous au travail avec bonheur.

IC :

Je vous remercie pour votre participation et je vous souhaite bon succès dans la poursuite de vos projets.

Appel à contribution

Qu'ils pratiquent ou enseignent le Sexocorporel, nos lecteurs sont certainement en mesure de nous faire parvenir des études de cas, assorties de la logique de système dégagée à travers les évaluations,

Cela constituerait une belle mine d'observations et d'illustrations des thèmes abordés dans les articles de fond.

Vous l'avez compris, nous aimerions regrouper les articles et les études de cas autour de thèmes, c'est pourquoi il nous serait agréable de disposer d'une petite réserve de cas cliniques de toutes sortes.

Nous vous serons reconnaissants de nous envoyer ce qui vous semble intéressant pour étayer le travail des personnes qui nous envoient des articles.

« Voici une fleur que j'ai cueillie pour toi. Elle t'arrivera fanée, mais parfumée encore ; doux emblème de l'amour dans la vieillesse. Garde-la ; tu me la montreras dans trente ans. Dans trente ans tu seras belle encore, dans trente ans je serai encore amoureux. Nous nous aimerons, n'est-ce pas, mon ange, comme aujourd'hui. »

Lettre d'amour de Victor Hugo à Léonie Briard