

Au fil du mois ...

Prix de vente 13 € Décembre 2010

PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES

**numéro
SPECIAL** *approches de la sexualité*





Centre interRégional d'Étude d'Action et d'Information
en faveur des personnes en situation de handicap
et/ou d'inadaptation dans les champs social,
médico-social et sanitaire

Structure permanente de concertation et d'information dont le rôle
est d'analyser l'ensemble des besoins des personnes en difficulté,
d'élaborer des projets en partenariat avec les associations, les
professionnels et les collectivités locales, d'être en liaison avec les
administrations de l'Etat

Le CREAI est un partenaire indépendant, interface entre les pouvoirs publics, le secteur associatif et les usagers

Ses missions :

Observation Veille

Le CREAI est un pôle de convergence, lieu de partage
d'expériences :

- données démographiques relatives à la population des personnes handicapées.
- données relatives à l'environnement socio-économique pour aider à la détermination d'actions globales et de prévention
- données concernant les clientèles, les moyens d'accueil et d'aide et les modes de prise en charge
- études réalisées à la demande de ses partenaires sur les problématiques actuelles

Animation

Le CREAI est un lieu de rencontre et d'échanges :

- publications d'études
- groupes de réflexion thématiques
- journées d'étude, colloque
- rencontres interprofessionnelles
- organisation de conférence départementale et régionale

Information

Le CREAI propose à l'attention des intervenants sociaux,
des services publics, des associations, des étudiants et des
familles :

- **UN SITE INTERNET www.creai-pacacorse.com**
« actualité médico-sociale régionale, nationale, le point
sur les évolutions législatives et réglementaires, la vie
associative régionale, des articles de fond, une rubrique
emploi ... , une revue thématique annuelle réalisée sur
un thème d'actualité.
- **UNE BASE DE DONNÉES INTERRÉGIONALE**
adresses, caractéristiques et prestations des établissements
sociaux et médico-sociaux, des structures de psychiatrie
et de l'Education Nationale, ainsi que les adresses des
associations gestionnaires des régions PACA et Corse.
Cette base fait l'objet de la publication régulière d'un
Répertoire interrégional.
- **LA DOCUMENTATION** technique et juridique
(plus de 4 000 titres), à disposition des adhérents du
CREAI (Associations et établissements).
- **LA DIFFUSION D'OFFRES D'EMPLOI** sur le site
internet du CREAI. Réception du public mardi et
mercredi de 9 h à 12 h 30. Diffusion de listes
d'établissements et services issues de la base de données.

Expertise Conseil

Le CREAI apporte des conseils et aides techniques à ses
partenaires :

- aide à l'élaboration des projets d'établissements
- aide à l'organisation des services
- accompagnement des équipes éducatives à l'évolution
des pratiques d'intervention en **regard des nouvelles
réglementations**
- avis techniques sur les projets (en vue des passages en
commission d'appel à projets), réalisés par **l'Equipe
Technique Expertale** du CREAI (ETEC)

Formation

Le CREAI est compétent dans :

- la démarche d'évaluation interne avec l'outil PERICLES
développé par l'ANCREAI
- la mise en place de formation ou groupes de travail sur
des thématiques d'actualité comme : Le projet
personnalisé, les écrits professionnels, les maltraitances...
- l'analyse des pratiques professionnelles,
- l'organisation de formations intra établissements à la
demande des structures sur des thématiques préoccupant
les professionnels, comme : le secret professionnel, les
violences institutionnelles comment les prévenir, la mort
en établissement et le deuil...

LE CREAI S'INSCRIT DANS UN RÉSEAU PARTENARIAL CONSTITUÉ :

- des grandes associations et fédérations du secteur
 - des Centres de Formation de la région
et des autres Observatoires locaux
- des CREAI dans le cadre du CTNERHI et de
l'Association Nationale des CREAI (ANCREAI)

CREAI PACA-Corse

6, rue d'Arcole - 13006 Marseille

Téléphones :

Standard : 04 96 10 06 60

Emploi-info : 04 96 10 06 66

Fax : 04 96 10 06 69

E-mail :

Secretariat général :

contact@creai-pacacorse.com

Documentation :

doc@creai-pacacorse.com

Emploi-info :

emploi@creai-pacacorse.com

Site : www.creai-pacacorse.com

s o m m a i r e

Au fil du mois...

é d i t o

Editorial Roland CANOVAS	1
Personnes âgées, personnes handicapées : approches de la sexualité : contribution introductive Philippe PITAUD	3
La subjectivité dans l'amour. Réflexions sur la clinique de la séparation. Augustin GIOVANNONI	6
Vieillesse et sexualité : interdits et dénis Jean-Jacques AMYOT	11
Corps, affectivité et sexualité avec l'avancée en âge Pierre TAP	17
À tout âge l'amour accueille et dépasse la sexualité Fernando Micael PEREIRA	35
L'âge, l'intimité et l'institution Gérard RIBES	40
Appréhension juridique de la sexualité des personnes handicapées : le droit a-t-il réponse à tout ? Jean-Baptiste THIERRY	44
Sexualité et handicap mental ; Lois, majorités et consentement Denis VAGINAY	49
Accompagnement à la vie affective et sexuelle Marcel NUSS	58
Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution Alain GIAMI	63
Le médecin, le vieillard et la sexualité : Quelques réflexions sur les représentations de la sexualité du sujet âgé dans le corps médical et leur impact sur la iatrogénie sexuelle Elisabeth CATENACCI	68
Vie affective et sexuelle des Personnes en situation de handicap ; Témoignage d'une action départementale et associative Madeleine BARBRY-AREVALO	74
Vieillesse et sexualité : douleur et plaisir Roch VALLES	81

Vieillir avec ou sans déficience que notre société transforme en handicap ou naître porteur d'une déficience et vivre avec un handicap, vieillir handicapé, pose avant tout la relation de l'individu au monde qui l'entoure, aux interactions avec les autres porteurs ou non de déficiences et interroge en permanence sur l'échange au sens du partage et dans ce mouvement, de l'amour à donner mais également à recevoir, la sexualité n'étant, elle, que l'une des formes de la manifestation de cet amour si vital et indispensable pour notre survie quotidienne.

C'est de ce thème encore particulier de l'action sociale et médico-sociale dont il est question ici, dans le cadre de ce numéro spécial de la revue du Creai PACA et Corse.

Les professionnels de ce secteur, acteurs de l'accueil en institution comme du soutien au domicile mais également, les familles trouveront là un espace de réflexion, de confrontation et de débats pour se pencher, en retour, sur leurs pratiques professionnelles comme sur leur engagement auprès de ces populations souvent privées d'une vie intime.

Je tiens à remercier, tous les auteurs qui ont contribué gracieusement à ce numéro spécial, souhaitant laisser le dernier mot à l'une des intervenantes en charge de clôturer le colloque qui s'est tenu à Marseille sur ce thème en Avril 2010 ⁽¹⁾

« Tenir debout avec cette question, d'où je parle ?, nous fera peut-être être à la marge. Ce n'est pas toujours confortable mais Foucault a fait l'éloge de la marge, alors restons-y un temps suffisant et acceptons l'inconfort et le dérangement d'être à cet endroit ; je crois que c'est seulement depuis cet endroit qu'il nous est possible d'entendre, de reconnaître et d'accueillir en nous le « je ne sais pas », le « je ne peux pas ». Quittons donc notre toute puissance de professionnels et accueillons la fragilité, mais pas seulement celle des personnes dont nous parlons aujourd'hui, mais notre propre fragilité, ainsi nous pouvons aller jusqu'à affirmer que les fragiles ne sont peut-être pas ceux que l'on croit. » (S. Guyon, Formatrice-consultante).

Roland Canovas
Président du CREAI PACA et Corse

Numéro spécial du Centre Inter-Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse d'Etude, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation dans les champs social, médico-social et sanitaire.
6, rue d'Arcole 13006 MARSEILLE - Tél. 04 96 10 06 60 - Fax 04 96 10 06 66
Emploi info : 04 96 10 06 66
E-mail : contact@creai-pacacorse.com
Site internet : www.creai-pacacorse.com
Directeur de la Publication : Docteur Monique PITEAU-DELORD
ISSN 1148-4047
Imprimeur CREAI - Réalisation PRINT CONCEPT

(1) Personnes âgées, personnes handicapées : approches de la sexualité - Colloque - 22 et 23 Avril 2010 - Marseille - Université de Provence-Master AGIS/Institut de Gérontologie Sociale

Les Politiques sociales : Enjeux et dispositifs

- ➔ **Protection de l'enfance** : secret partagé et transmission des informations préoccupantes (loi du 5 mars 2007)
- ➔ **Protection des majeurs**
- ➔ **La loi 2005-102** : droits des usagers, projet de vie, compensation
 - Module 1 - Approche situationnelle du handicap (CIF, GEVA...)
 - Module 2 - parcours de vie et compensation du handicap
 - Module 3 - Scolarisation : modalités et enjeux
- ➔ **Les nouvelles instances des secteurs social et médico-social** (ARS et DRJSCS)

Stratégie, Fonctionnement et Evaluation

- ➔ Le projet d'établissement : Elaboration - Réactualisation
- ➔ Evaluation interne des établissements et services
 - Module 1 - Conduire l'évaluation et rédiger son rapport d'évaluation interne
 - Module 2 - Prioriser et définir les actions pour l'amélioration de la qualité du service rendu
 - Module 3 - Se préparer à l'évaluation externe
- ➔ ANESMS : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles : Appropriation et mise en œuvre

Accompagnement des usagers et pratiques professionnelles

- ➔ Personnes en situation de « handicap psychique »
- ➔ Autisme et TED : connaissance et prise en charge (en partenariat avec le CRA Autisme PACA)
- ➔ Vieillesse et vieillesse de la personne handicapée
- ➔ Sexualité, Institutions, handicaps
- ➔ Projet personnalisé
- ➔ Ecrits professionnels
- ➔ Responsabilité éducative ou les nouveaux contours du « risque éducatif »
- ➔ Du projet de vie au plan personnalisé de compensation (GEVA)
- ➔ Accompagnement en fin de vie
- ➔ Action éducative en internat
- ➔ Bien-être et Vie quotidienne
- ➔ Comprendre et prévenir les situations agressives
- ➔ L'autorité constructive : punition et sanction

Encadrement : fonctions et outils

- ➔ Prévention des risques psychosociaux
- ➔ Entretien annuel professionnel / évaluation
- ➔ GPEC : Mettre en œuvre une démarche compétence
- ➔ Accompagner la fonction de chefs de service et cadres intermédiaires

Autres thématiques

- ➔ Maltraitance en institution
- ➔ Violences institutionnelles
- ➔ Secret professionnel
- ➔ Connaissance du dispositif de protection de l'enfance
- ➔ Handicap psychique
- ➔ Travail éducatif en internat
- ➔ Epilepsie : connaissance, traitement, vie quotidienne (en partenariat avec l'Association EPILEPSIE PACCA)

Modalités pratiques

Stages intra

Ils répondent aux demandes spécifiques des associations, établissements ou services. Ils nécessitent un travail d'analyse spécifique afin d'ajuster le contenu au plus près des spécificités de l'institution. A votre demande, un projet vous sera adressé accompagné du devis de l'action.

Stages inter

Ils favorisent les échanges tout en permettant aux stagiaires d'acquérir des connaissances ou de les approfondir, de se perfectionner et d'anticiper les évolutions. Coût : 215 €/jour

**Pour tout renseignement sur une formation, pour l'établissement d'un devis, contacter le CREAI
au 04 96 10 06 60 ou contact@creai-pacacorse.com**

Retrouvez aussi toutes nos actualités et nos formations sur : www.creai-pacacorse.com

Personnes âgées, personnes handicapées : approches de la sexualité : Contribution introductive

Philippe PITAUD¹

*« L'autre me regarde et m'oblige, tout d'un coup, il m'ordonne de toute sa charge d'indigence et de faiblesse ; un glissement s'opère alors en moi, du souci de « moi je » vers « me voici »
Levinas*

Écrire en tant qu'intellectuel et qui plus est, comme enseignant-chercheur, c'est avant tout rechercher à être « intelligent à plusieurs ». C'est cette démarche que l'on souhaite généralement insuffler à nos étudiants afin de les amener à lire, à consulter autre chose que des sites internet aux sources douteuses mais également pour organiser leurs pensées, leur donner un autre sens que celui de l'immédiat ; ceci en se nourrissant du cheminement réflexif d'autrui en terme de quête de la Connaissance.

Sur le thème qui nous préoccupe dans ces lignes, un thème complexe, il nous revenait de nous pencher sur les travaux de nos prédécesseurs en la matière, ceci afin de structurer, tel un échange introductif, les cheminements choisis par les auteurs qui ont contribué à ce numéro spécial.

En introduction de ces quelques pages, nous rappellerons avec Stiker, que « le handicap est la preuve de l'insuffisance de ce que nous aimerions voir établir pour référence et pour norme. Il est cette déchirure de notre être qui ouvre sur son inachèvement, son incomplétude, sa précarité. Il empêche la société des hommes d'ériger en droit, et en modèle à imiter, la « santé », la vigueur, la force, l'astuce et l'intelligence. Il est cette écharde au flanc du groupe social, qui empêche la folie des certitudes et de l'identification à un unique modèle. Oui, c'est la « folie des bien-portants » que dénoncent l'enfant mongolien, la femme sans bras, le travailleur en fauteuil roulant...(mais également le vieillard déchu) ce qui ne signifie pas que le handicap soit nécessaire, mais que cette différence-là, quand elle surgit, joue un rôle d'équilibrage et d'avertissement à nulle autre pareille. » (H.-J. Stiker, Corps infirmes et sociétés, Aubier Montaigne, 1982).

Plus globalement et concernant notre objet, nous dirons qu'au plan médico-social, comme social, les professionnels ont désormais pour mission **d'accompagner les parcours de vie des personnes qui « subissent, dans leur environnement, des limitations d'activités et des restrictions de participation »⁽¹⁾ et ce à tous les âges de la vie** ; ceci du fait d'altérations physiques, mentales, psychiques, cognitives, sensorielles ou résultant d'un trouble de santé invalidant.

Cette mission découle de la loi du 11 février sur « l'égalité des chances, la citoyenneté et la participation » des personnes en situation de handicap. Cette loi, a suscité une mobilisation

et un travail inter-associatif sans précédent. Elle constitue un moment historique. Non seulement elle rénove une loi vieille de 30 ans mais élargit complètement sa portée en prenant en compte désormais et pour toutes les personnes en situation de handicap quelque soit leur âge, l'idée du parcours de vie en fonction des aspirations de la personne, de son projet de vie, lui reconnaissant par là un véritable droit aux choix et aux risques.

Tout d'abord, le texte introduit dans la définition même du handicap, l'approche situationnelle et environnementale de la nouvelle Classification Internationale du Handicap et de la Santé adoptée par plus de 68 pays après un travail de plusieurs années initié et conduit par l'OMS et près de 1800 chercheurs.

Ensuite, il précise que tous les âges de la vie sont concernés puisque le législateur a prévu une convergence des dispositifs enfance, adultes et personnes âgées.

Cette convergence va bouleverser durablement l'ensemble des pratiques actuelles. En effet, c'est désormais la notion de **projet de vie** qui est au cœur même de la loi. Le projet de vie renvoie aux aspirations de la personne, à ses attentes. Il est personnel et constitue l'expression de la personne, sa parole. Formulé par la personne, ses parents s'il s'agit d'un mineur, avec son représentant s'il s'agit d'un adulte sous protection juridique, il fonde l'évaluation des besoins et détermine l'accompagnement à mettre en œuvre. (Dherbey, 2008)

Ainsi les enjeux liés à une approche du handicap à tous les âges en termes de projet et de parcours de vie sont ceux d'une personnalisation de l'accompagnement pour une réelle participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap.

Dans le cadre de ce projet de vie, on retiendra plus spécifiquement que la sexualité relève également de cette dynamique.

Rappelons ainsi avec Ribes (2009), la définition de la santé sexuelle de l'OMS : « La santé sexuelle est l'expérience de bien-être physique, psychologique et socio-culturel relatif à la sexualité. La santé sexuelle est naturellement dans l'expression libre et responsable de ses capacités sexuelles, encourageant le bien-être personnel et social et enrichissant la vie individuelle et sociale....

Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient reconnus et maintenus... ».

(Sexualité et vieillissement, ed Chronique Sociale -2009)

¹ Professeur associé à l'Université de Provence, Directeur de l'Institut de Gérontologie Sociale, coordinateur du Numéro spécial de la revue du Creai Paca et Corse
(1) Extrait de la définition du handicap – Loi du 11 février 2005 – Art L 114

La problématique du droit, voire de l'accès à la sexualité, présente tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap des éléments convergents sans pour autant qu'il ne soit fait, en la matière, une confusion des genres comme des vécus.

Il n'en demeure pas moins que « les risques d'annihilation de l'humanité des vieillards commencent avec une tendance au déni de leur identité sexuelle.

Le concept de maltraitance reste aujourd'hui flou et fluctuant. Il gagne à être articulé avec la question de la sexualité, parce qu'elle est intimement liée à la fois aux notions d'interdit et de liberté, mais aussi parce qu'elle imprègne et sert de trame à l'ensemble des rapports humains.

Au croisement de ces deux notions de maltraitance et de sexualité, se pose alors la question du pouvoir institutionnel ». (Lépine – ed Chronique sociale – 2008)

Comme le note Ribes (2009), « la désexuation des aînés a marqué et marque encore le fossé entre le monde des « adultes » et celui des « vieux ». Le vieux serait celui qui n'a plus d'identité » sexuée, sa seule identité étant l'indifférenciation de la vieillesse, une forme d'angélisme l'excluant des sensations de son corps et du plaisir du dialogue des corps. Il n'aurait droit qu'à des plaisirs dénués de toute connotation sexuelle. Chaque individu est sexué et le reste, quel que soit son âge, quels que soient sa maladie, son handicap, le lieu où il se trouve.

Dénier cette potentialité, c'est aller bien au-delà du sexuel. C'est poser la question de l'humanité de ces âgés que l'on se voit dans la nécessité de dénommer « personnes âgées » comme s'il était nécessaire de se souvenir qu'ils sont une personne. »

Sujet tabou, s'il en est il y a encore quelques années, le questionnement auquel tous les professionnels d'établissements et de services, quelques soient leurs métiers et leurs fonctions, ont été confrontés, a permis de lever le voile peu à peu. (Mercier in Reliance n°18-2006)

Pour Ribes, « la personne âgée en institution devient un individu public exposé aux yeux des soignants, de sa famille, de ses enfants. Les établissements doivent se doter d'une stratégie pour répondre à la question de l'intimité et notamment encourager : les opportunités où les résidents peuvent se rencontrer et passer du temps ensemble ; les alternatives à l'expression de la sexualité comme les baisers et se serrer dans les bras, encourager aussi les résidents à cultiver les amitiés et les relations. Des salons de coiffure doivent être à disposition ; on fait d'abord l'amour avec l'image de soi. »

Les familles sont souvent sous le choc, le personnel indigné, le feu est donc dans la maison comme le dit Tremblay, il va falloir faire les pompiers, les questions au sujet de la sexualité dans les institutions sont abordées dans l'urgence et uniquement en terme de problématique. Les questions relatives à la sexualité doivent être anticipées afin de ne pas avoir à traiter ces situations de manière violente et sans recul.

Jusqu'à présent, peu de choses ont été dites ou écrites sur la vie sexuelle dans les maisons de retraite. Puisqu'il est déjà difficile de penser à la sexualité des gens âgés, il est encore plus malaisé de penser à celle des résidents en institution : « Le tabou est toujours fort, on accepte la sexualité des seniors fringants que l'on voit à la télévision, mais pas celle des personnes âgées avec des corps altérés, le vieux monsieur qui a des envies, cela reste un vieux cochon ». (Barbry -2010)

Par ailleurs et dans le champ du handicap, « nos sociétés naïves, semblent découvrir que les personnes handicapées mentales ont une sexualité.

Seules, quelques rares personnes à qui l'idée paraît trop douloureuse, la nient encore. Il faut dire que le grand public a été longtemps maintenu dans l'ignorance par un discours ambiant rassurant tenu par d'officiels représentants de la Science.

Maintenant que la réalité de la sexualité est acquise, le droit de la vivre est revendiqué, comme quelque chose de naturel et d'évident. Allant dans ce sens, on entend de plus en plus fréquemment cette formulation : « les handicapés mentaux ont le droit de vivre leur sexualité, comme tout le monde ». (Vaginay, ed Chronique Sociale – 2006)

Mais comme le souligne Giami (1983) « on voit se profiler le lien entre autonomie, responsabilité et sexualité. Un être difforme ou déficient suscite des images troublantes et contradictoires quant à la séduction et la procréation. Le handicap mobilise des fantasmes de sexualité monstrueuse, et provoque toujours un double mouvement d'horreur et de fascination. »

Dans cette continuité, nous dirons avec Nuss (Handicaps et sexualités, le livre blanc, Dunod, 2008) que la thématique de l'accès à la sexualité des personnes en situation de handicap, derrière sa formulation générale, pose à notre société plusieurs questions, tissées étroitement les unes aux autres. Des questions d'ordre technique et médical mais aussi et surtout d'ordre social, juridique et économique. Ces questions inscrivent la sexualité humaine dans la « chair du monde » qui nous fait nous sentir davantage hommes et femmes à mesure que nous expérimentons notre corps et notre esprit dans la relation à un autre corps et un autre esprit

Divers questionnements émergent de cette démarche réflexive ;

Comment les professionnels travaillant dans les structures (établissements ou services) pour personnes handicapées mais également pour personnes âgées se situent-ils face à l'émergence de désirs amoureux chez les personnes dont ils ont la charge ? Comment font-ils face à des demandes de réalisation d'une vie de couple ou d'un désir d'enfant pour les plus jeunes d'entre eux ?

Compte tenu de ces éléments, nous soulignerons avec Thierry (Séminaire CTNERHI – 2009) que les relations sexuelles des personnes handicapées physiques, mentales ou psychiques, soulèvent de nombreux problèmes. Cette sexualité souvent cachée est généralement abordée sous l'angle psychologique, sociologique, mais peu sous l'angle juridique. Or le droit intervient pour interdire ou autoriser ces relations et en régit les conséquences, notamment en ce qui concerne la parentalité.

L'éventuel recours à un tiers doit être également envisagé. Les enjeux éthiques, psychologiques, éducatifs et juridiques sont ici fondamentaux. »

Globalement, reconnaître la sexualité des personnes en situation de handicap, c'est reconnaître leur humanité et la pleine existence de leur citoyenneté. Ce droit a été plus ou moins rejeté ou nié en raison de préjugés et d'idées préconçues et ataviques. (H.J. Stiker, 2007)

C'est ainsi que pour Nuss, « en attendant que l'accompagnement à la vie intime, affective et sexuelle devienne une réalité, ait

un cadre juridique adéquat et clair, il faut savoir prendre des risques, il faut oser aller vers le délit d'humanité ».

Dans cette dynamique, on admettra, alors, que « l'accompagnement sexuel et affectif des personnes handicapées contraint (positivement) la société occidentale à changer son regard sur les personnes en situation de dépendance en leur reconnaissant une dimension humaine jusque-là évacuée ou négligée. » (M. Nuss in Reliance n°29, 2008)

La sexualité, dans sa complexité est avant tout élément essentiel des relations à soi-même et aux autres et nous renvoie également et surtout aux représentations sociales dans un processus interactif.

Ainsi, « la sexualité pose d'emblée la question de la nature du rôle puisque l'acteur social va intervenir sur ce qui échappe ordinairement au regard d'autrui. De plus, toute analyse préalable à l'intervention va être porteuse de la représentation collective et individuelle de cette sexualité, collective en ce sens qu'elle participe d'un temps et d'un espace commun, individuelle parce qu'elle a une fonction propre d'élaboration des conduites. La situation est alors complexe : la problématique liée à la sexualité est à la fois celle du contrôle social et du vécu intime, du collectif et du privé, et la difficulté est toute entière dans la gestion des représentations. » (M. Barillet-Lepley in Cahiers de l'Actif N°306/307)

Cette sexualité, la nôtre avec ses contradictions, ses ambiguïtés, ses frustrations comme ses aspirations les plus secrètes nous renvoie avant toute chose, au lien social. Ici, nous soulignerons que la question du lien social comme celle relative aux ordres sous-jacents de ce concept (amour, amitié, entendement sexualo-affectif, proximité, isolement social, exclusion....) est aujourd'hui récurrente dans le type de société éclatée dans lequel nous vivons.

Elle l'a certes toujours été dans toutes les sociétés humaines tant sa centralité détermine notre rapport à autrui et concentre la relation étroite que nous entretenons avec nos congénères quant elle ne définit pas notre manière d'habiter le monde.

Dans la convivialité, Illich posant déjà le paradigme de ce désordre qui n'est pas au demeurant que le produit du seul désordre sentimental, désordre qui affecte ici et là, les simples unions affectivo-sexuelles des individus sociaux que nous sommes d'abord (homo sociabilis), nous entraîne vers cette centralité posant par là-même la question des échanges qui font de nous des êtres en perpétuelle quête de restitution.

Mendras (1984), souligne que toute vie sociale est faite d'échanges. L'exigence de réciprocité dans les actes sociaux est vivement ressentie par les individus de toutes les sociétés et de toutes les civilisations et une grande part des règles et des institutions ont pour but de codifier et d'organiser les échanges.

Nous sommes avec la question du lien social, au centre de la vie sociale, une vie sociale qui se nourrit de la relation conviviale comme valeur éthique déterminante dans la spontanéité du don (Illich, 1975).

Guyon nous rappelle alors, « qu'au-delà de nos différences et au-delà des « fragilités visibles » (ou empêchements visibles) de certains d'entre nous, ce que nous avons en commun,

c'est l'aspiration à la relation authentique, l'aspiration au plaisir partagé, l'aspiration à être désiré pour se sentir exister, le besoin de faire couple, le besoin d'un vis à vis qui m'envisage dans la bienveillance, le besoin d'être touché et pas seulement dans un toucher « utile » (en rapport avec la question du soin, toilette, etc...). C'est à tout cela que nous aspirons tous et bien plus encore.

La question est posée ; qu'est ce que mon vécu sexuel dit de mon mode de rapport à l'autre ? Comment vais-je au-delà de la question de l'expression de ma sexualité, dire de mon besoin d'être en lien, en relation ? Qu'est ce que je laisse exprimer ou qu'est ce que je bâillonne en moi d'interrogations liées à mon besoin d'être reconnu(e), de me sentir exister, de ma crainte de l'abandon, de ma peur de la solitude, de mon angoisse de la maladie et ou du handicap et finalement, peut-être, de mon déni de la mort ? » (S. Guyon, Formatrice-consultante- 2010).

La subjectivité dans l'amour.

Réflexions sur la clinique de la séparation

Augustin GIOVANNONI¹

Le titre de cette étude en définit l'intention et les limites. Il s'agit d'interroger la subjectivité du sujet de la relation érotique. C'est sans doute beaucoup. Mais c'est le risque à prendre pour tenter de comprendre comment, dans l'amour, chacun a l'impression de s'échapper sans cesse, de se déborder par une invention, une richesse et une prévenance inlassables. Nous tenterons quelques voies d'approche, sans prétendre épuiser la question.

LA PREMIÈRE VOIE : LE PASSAGE DU UN AU DEUX.

Première voie : est-ce que je veux que l'être aimé existe pour lui-même, ou bien par moi, ou mieux avec moi par la relation réciproque qui nous lie ? C'est toujours indirectement que ce sentiment relationnel est rapporté à la personne de l'aimé. Ainsi entendue, la relation amoureuse n'émane pas du Je, elle va vers lui comme vers l'autre, elle les rejoint en les unissant dans l'existence personnelle. Aimer quelqu'un, ce n'est pas aimer ce qu'il est, encore moins ce qu'il a, mais aimer qu'il soit et qu'il existe. Pris en ce sens, l'amour est l'archétype de la relation humaine. Il n'est pas étonnant que nous recherchions aussi fortement ce modèle de la relation heureuse et privilégiée. Si l'amour fait être ceux qui aiment, c'est qu'il diffère de la possession ou du pouvoir ; il n'est ni une bataille ni une fusion - mais une proposition existentielle, l'acte par lequel deux êtres construisent un monde d'un point de vue décentré au regard de la simple pulsion de survie ou de l'intérêt bien compris. Cela permet de saisir que pour que cette chose inouïe qui s'appelle l'amour puisse surgir, il faut s'engager : l'amour est relation vivante, ni modification de l'ego, ou simple appel de l'autre, ni sortilèges d'une fascination réciproque, mais engagement et qui a besoin de temps pour se déployer. La condition relationnelle de l'amour en fait quelque chose d'immédiatement bilatéral, sinon de symétrique. L'amour donné et l'amour reçu sont en cela comme la parole adressée et la parole reçue. Tout comme la parole pleine, l'amour est créateur de tout ce qu'il y a de positif dans le sujet. Il est expérimentation du monde - énergie créatrice - à partir du Deux et non plus de l'Un. Mais en soutenant qu'on ne peut aimer sans être aimé, nous *ontologisons* l'amour. Or l'amour est certes par-delà l'Un,

mais aussi et surtout par-delà l'Être : l'amour est séparation (à l'égard de l'Un, de la totalité, des conventions), non pas négation mais merveille, filialité, fécondité en raison même de ce retrait. Tel est bien le problème : l'amour peut devenir une relation pleine et pacifiée, mais à condition d'accepter comme arrière-fond l'absence, l'infini, l'extériorité, le mystère et une sorte de « courbure de l'espace », décrite par Lévinas comme une métamorphose des émotions et une transformation de soi². La subjectivité érotique se constitue ainsi récursivement dans l'acte commun du sentant et du senti, comme le soi d'un Autre et, par là même, au sein d'une relation avec l'Autre, l'expression d'une expérience qui permet de rompre avec le neutre, l'anonymat, les codes et les prescriptions. Ce paradoxe qui peut dérouter : absence de l'amour sur le plan de la connaissance, mais présence dans la volupté et la caresse, tient à la dualité insurmontable des êtres (le Deux) et aux limites de l'ordre historique par lequel les sujets en viennent simplement à exister (l'immanence). Il en résulte une difficulté : l'amour qui est ce qui comble, à savoir vérité de la différence comme telle, lieu de la relation faite sentiment peut se transformer en espace de duperie, de souffrance et de cruauté.

DEUXIÈME VOIE : LA PASSION INTRAITABLE.

Une *deuxième voie* apparaît : celle de l'amour fou, de la passion intraitable et de la duperie de soi. Ces trois modalités désignent un autre type de relation à l'autre, de passivation et d'assujettissement, un véritable fourvoiement. Cette idée de fourvoiement suppose que le chemin de l'amant qui se fourvoie est guidé par un but qui *insiste*, la recherche à tout prix de l'idéal, au point d'élever l'autre aimé au rang de cause et d'être. Une telle expérience suppose très concrètement des bifurcations, des possibilités de choix, avec à certains moments une voie en impasse qui se propose et qui est empruntée. Démontrer (dans l'après-coup de la perte) un fourvoiement, c'est mettre en évidence l'erreur, la fausse voie, mais c'est aussi essayer d'en montrer les causes. Ce fourvoiement dans l'ordre du phénomène érotique est au cœur de la clinique de la séparation : alors qu'on s'engage dans un amour, on ne s'engage pas dans une passion. On y est engagé. On s'y trouve engagé pour jouer au plus près de la jouissance, un impossible qu'il nous faudra tenter de nommer

¹ Professeur Agrégé et Docteur en Philosophie – Marseille.

² E. Lévinas, *Totalité et infini, Essai sur l'extériorité*, Martinus Nijhoff, 1971, p. 252.

et dont il faudra bien se séparer. L'intraitable de la passion semble correspondre à *la primauté de l'envoûtement*, au fait que nous sommes toujours déjà impliqués dans une modalité de passivation qui ne peut être ni totalement thématifiée, ni sujette à réflexion, ni rationnellement connue. Ce processus de passivation, par définition aveugle, nous rend vulnérables à l'irruption du narcissisme de l'autre, à la trahison et à la méprise. *Il est le lieu psychique où se loge la tromperie et l'assujettissement. Il sera celui de la représentation aliénée de soi et du désir, en tant qu'il nous rend vulnérables à la dévastation et sujet à l'envoûtement.* Nous insisterons particulièrement sur le principe opératoire de la duperie, repéré par les moralistes français et le théâtre élisabéthain, qui met en lumière le caractère instable de la frontière entre cet autre qui est en moi et le Je. Le soi que j'ai à être dans la quête de l'Autre idéalisé, est dupé dès l'origine, et il l'est en raison d'une scène de violence, d'une destitution contenue dans les signes eux-mêmes. Il ne s'agit pas seulement de l'inversion imaginaire somme toute ordinaire par laquelle le sujet projette ses désirs sur des représentations d'objets et en perçoit l'image à la mesure de son investissement déréglé. Ce qui est en jeu, *c'est le travail coercitif sur soi, le désir et la vie qu'impose l'empire des signes.* Nous sommes en relation non seulement avec des technologies de pouvoir, des normes, mais avec un schéma de retournement sur soi qui peut prendre dans l'amour une forme tragique : passage de l'activité à la passivité en même temps que s'accomplit un retournement sur la personne propre, de la joie à la mélancolie.

L'effort d'émancipation, dans le travail clinique suppose de prendre en compte cette résonance traumatique de façon réflexive (celle de l'autoservitude), et à dépasser ce que le fait d'être interpellé par un système de signes que l'on ne peut ni interpréter ni comprendre comporte de punitif. Admettre que toute relation à l'égard d'un régime de vérité dans le contexte des normes concernées est un rapport à soi est une chose. Favoriser l'accès à la vérité de et sur soi-même et la capacité à transformer les zones d'opacité contenues en soi (affect, représentation confuse...) en un certain horizon d'intelligibilité en est une autre. *La duperie telle qu'elle se manifeste dans l'amour est, d'abord et fondamentalement, l'aliénation de l'homme dans les figures de sa croyance et l'acte par lequel le sujet renonce à son désir, en raison des mécanismes sociaux de normativité qui conditionnent tant la production de subjectivité que les échanges intersubjectifs.*

TROISIÈME VOIE : LA TIERCÉITÉ.

Troisième voie : le sujet de l'expérience amoureuse n'est pas un sujet de savoirs ou de pouvoirs, ni un sujet de connaissance, ou un sujet optique. Comment le définir ? Par la capacité avec laquelle un individu s'accomplit dans la rencontre et la relation (La tiercéité) avec le souci de la durée, surmonte l'état de passion, de servitude, de contre/existence et de passivation propre à l'assujettissement. Si la liberté conquise dans la traversée de la duperie exprime le sens de l'individuation, alors le « devenir sujet » consiste à aller jusqu'au bout des individuations successives avec l'autre et réaliser leur synergie. La subjectivité érotique sera

moins une chaîne d'actes qu'un réseau, résonance d'actes les uns par rapport aux autres. L'amour sera ce par quoi un sujet résiste, s'ouvre au visage de l'autre, à l'extériorité, tente de demeurer un sujet, en refusant de devenir un individu absolu, domaine fermé de réalité, pur *ego*. Ce par quoi le sujet résiste, c'est sa capacité à demeurer vivant dans *la zone centrale de son être pourtant floue et opaque*, lieu où s'exerce la duperie et la haine et, en dépit de cela, de vouloir conserver le sens de l'individuation perpétuée et son ouverture à l'autre. Ce faisant, *Eros* convertit les limites du sujet en potentialités : par exemple, l'actualisation de la puissance d'agir spinoziste, l'esthétique foucauldienne de l'existence, la vraie vie rimbaldienne. Il s'agit de viser dans tous les cas un élargissement, une potentialité active, une instance problématisante et libérante. Les divers paliers de cette individuation morcellent la richesse d'un mouvement simple qui, en une sorte de boucle se recourbe sur lui-même. Cette temporalité transitionnelle à l'œuvre dans l'expérience amoureuse est aussi l'indicateur d'un développement, d'un *et cætera*, d'un *infinitum*. Ainsi, le sujet érotique ne se réduit pas en un point indivisible, il se fait de toutes parts, et secrète un horizon interne et externe qui empiète continuellement sur ses propres données : le « transit », la *transitio* est le vif du sujet, sa puissance *relatante*, nullement son point de saturation.

Sortir du négatif propre à l'Unité fusionnelle (qui débouche inmanquablement sur l'humiliation, le mépris et la haine) suppose le passage du Deux au Trois. La Tiercéité, telle qu'elle a été élaborée par Peirce, - le nombre Trois -, est la forme logique propre au domaine de l'amour, c'est-à-dire de tout ce qui dépasse le monde dynamique des actions habituelles par lesquelles on n'a besoin que de la relation duelle, selon le schème de l'agent et du patient. Pour constituer des ordres de reconnaissance ou passer des relations d'opposition réciproque à des relations de reconnaissance mutuelle et d'amour, il faut passer du Deux au Trois. Ce tiers peut être un juge, un arbitre, un médiateur (le tiers symbolique de Lacan), un partenaire mais il peut s'agir de l'absence et de l'infini posés à titre de conditions, de la relation elle-même.

AUX SOURCES DE LA PASSION.

Revenons au discours passionnel et à ce qu'il déploie : la fascination du soi par le miroir, les effets d'aliénation, la négation de l'altérité, les processus d'évitement et de démenti. L'illusion consiste pour le moi à se représenter comme il se représente le monde - au lieu de l'origine, au « point-source » toujours déjà donné dans une représentation qui ne demande qu'à se déployer.

Se connaître c'est ici se méconnaître, c'est encore et toujours se représenter, fascination et irréalité intérieure se conjuguant dans un même effet de miroir. La duperie est ainsi en chacun de nous car en chacun une part veut voir, voir en train de se voir, « œil » pour lequel lui-même et le monde sont représentation, effet de surface, *Narcisse*.

Dans son rôle habituel, le miroir reflète les apparences et offre l'image des objets visibles placés devant lui. Mais il peut à l'opposé ouvrir une brèche dans la configuration des phénomènes, manifester l'invisible, révéler le divin, le donner à voir dans l'éclat d'une mystérieuse épiphanie. L'image a un statut ambigu et elle semble osciller entre deux pôles contraires : d'un côté l'expression d'un pur semblant, illusion vide de réalité, ombre vaine ; de l'autre l'apparition d'une puissance de l'au-delà, l'affleurement d'une réalité autre, étrangère à l'ici-bas, mais plus pleine que ce que le monde offre aux êtres finis.

Le miroir est aussi instrument de séduction : il évoque le rayonnement de la beauté, l'éclat de la séduction, le charme du regard. Il est utilisé pour se voir, se connaître en se dévisageant. Vernant remarque que depuis la Grèce antique se mirer c'est projeter sa propre face devant soi, en vis-à-vis, se dédoubler en une figure qu'on observe comme on le ferait d'un autre, en sachant qu'il s'agit de soi³. Il n'y a pas d'autre moyen pour s'appréhender soi-même que ce face à face à travers le miroir où l'on se voit en train de se voir, où l'on se regarde en regardant. Le visage en grec se dit *prosopon* : ce qu'on présente de soi au regard d'autrui, la figure individualisée offerte aux yeux de quiconque vous aborde de front et qui est comme le sceau de votre identité. En se voyant visage dans le miroir, on se connaît comme les autres vous connaissant : en face à face, en croisant les regards ; on accède à soi-même en se projetant au-dehors, à la façon d'un autre.

LA TRAGÉDIE DE L'AMOUR DÉSONTOLOGISÉ.

L'étude du théâtre de Shakespeare permet de réexaminer la question de départ, en montrant comment l'amour pose une question qui est proche de celle que soulève le scepticisme : le moment où la connaissance exercée dans des conditions optimales donne prise au soupçon. *S'il y a duperie, cruauté, violence, c'est qu'il existe une vulnérabilité de la connaissance.* La relation du sujet à l'autre fonde le champ de la contrainte interprétative : impossible de savoir ce qu'il en est des intentions de l'autre. Il y a toujours trop à interpréter. La vérité se dérobe, se cache, sans quoi elle ne serait pas la vérité. La vérité ne s'atteint que par ses déformations. D'où la méconnaissance lorsque la vérité surgit ; elle n'est jamais tout à fait la même, donc ce ne peut être elle, pense celui qui refuse de toutes ses forces de la reconnaître. Suivons Cavell dans son étude de la jalousie et de la violence d'*Othello* au moment où le sujet passionné se trouve pris sous la dépendance du scepticisme⁴. Cette expérience d'extranéation décrit la jalousie en ses phases d'excès et de vertige : le désir et l'effroi, le plaisir intense et l'angoisse, la répulsion et l'enivrement. La possession que recherche *Othello* vise à établir entre lui et autrui un lien absolu et inaliénable auquel on ne peut opposer aucune revendication ni aucun désir, au regard duquel aucun désir ni aucune revendication n'est même concevable. Il ne reste

à ce désir de fusion qu'une issue : la dilapidation sous forme catastrophique, dans le meurtre. L'autre de la fusion est en fait cet incommensurable auquel la raison ne peut pas toucher, la jouissance.

Dans *Les voix de la raison*, Cavell⁵ explique, dans les remarques finales de son commentaire d'*Othello*, pourquoi la sexualité humaine est le terrain où se donne libre cours la chimère de la finitude, en même temps que son acceptation et l'effort répété pour la surmonter. La sexualité apparaît comme une forme transcendante originelle, irreprésentable. Mais ce hors-scène, cet irreprésentable insiste dans les failles de la trame qui représente le désir du Maure créant une tension verbale : l'idéalisation amoureuse de *Desdémone* fait sortir *Othello* - sujet parlant - de ses gonds, et le condamne au désêtre⁶. Si la sexualité humaine plonge à ce point *Othello* dans l'horreur, alors nul être humain n'est à l'abri de cette possibilité, celle de la violence, de l'aveuglement et de la cruauté. La tragédie de la dénégation se déploie comme une chevauchée jubilatoire et coupable, en un mouvement perpétuel des sens et du sens tant il est difficile de savoir si nous avons connaissance de ce que signifie « savoir qu'un autre existe ». Question difficile puisque la pièce s'articule autour de l'acte par lequel *Othello* installe une femme, créature finie, à la place de Dieu. Cette idéalisation est en même temps l'indice de la métaphoricité du discours amoureux, de son irreprésentabilité. Il y a là une difficulté dans la mesure où l'amour vise autrui, mais le vise dans sa faiblesse en alternant satisfaction narcissique d'une part et idéalisation d'autre part. *Othello* est la tragédie de l'amour désontologisé : le secret de polichinelle de l'expérience amoureuse, c'est la vulnérabilité, le déracinement de l'espace psychique, l'aveu du désir dans le langage.

Le piège de l'idéalisation tel que le présente *Othello* est de croire que son existence puisse dépendre de l'existence d'un être humain autre que soi et de la possibilité d'éprouver son existence, laquelle est conçue à partir de sa propre demande et de sa propre dépendance. La mort comme un orgasme final attend la fin de la pièce.

Aimer, c'est porter secours à la faiblesse de l'autre, une manière d'accueillir, en une fragilité extrême, une vulnérabilité, geste qu'*Othello* ne peut accomplir. Il y a un aveuglement parce que l'amour se manifeste à la limite de l'être et du ne pas être, la pulsion sexuelle se nouant au narcissisme qu'on lui connaît, qui devient en amour l'envers de *Eros*, *Thanatos*. *Thanatos* entre dans les signes par la thématique de la passion et de la mort, par la jalousie. L'intenable de la position subjective d'*Othello* est l'abolition de son espace psychique, noyé dans une cascade d'images fausses, chargé de leurres, d'hallucinations, de mensonges. Il s'emmure inhibé, hagard, hermétique, brisé de cauchemars, manipulé par *Iago*. De plus, cet intenable se tient dans les limites d'une existence sexualisée, d'une épaisseur souvent non-signifiante et crue.

La tragédie devient le lieu où l'on ne peut échapper aux conséquences de cette contradiction : toute défaillance dans la reconnaissance de l'autre idéalisé s'accompagne d'un déni de l'autre et laisse présager sa mort. Etre pour autrui n'équivaut pas à se présenter comme signe mais à s'exprimer

(3) J. P. Vernant, *Au miroir de Méduse*, in *L'individu, l'amour, la mort*, Folio/Histoire, Gallimard, 2007, p. 126.

(4) S. Cavell, *op. cit.*, p. 197.

(5) S. Cavell, *Les voix de la raison*, Wittgenstein, le scepticisme, la moralité et la tragédie, Coll. L'ordre philosophique, Seuil, 1996.

(6) S. Cavell, *op. cit.*, p. 671.

et à se présenter en personne. Le drame d'*Othello* c'est que la sexualité soit simultanément fusion et distinction. L'idéalisation de *Desdémone* la transfigure, mais la perd dans la mesure où elle tient son identité non pas de son initiative, mais de la passivité de l'amour reçu. Cavell insiste sur le fait que, dans l'esprit d'*Othello*, le thème de la virginité et celui de l'état de virginité pèsent de tout leur poids. Il soutient que le fil conducteur de la pièce est que la chose refusée à notre regard durant la scène d'ouverture nous est dévoilée au cours de la dernière scène, celle du meurtre. Preuve oculaire de la façon dont *Othello* se représente ses deux nuits d'amour conjugal. Il y a dénégation dans la grande tirade qui ouvre la scène dans la mesure où *Othello* veut croire *Iago*, et qu'il s'efforce en dépit même de ce qu'il sait, de le croire. Quoi de plus affreux que l'infidélité de *Desdémone* ? Sa fidélité. Double dénégation présente dans la tirade initiale de la scène du meurtre : qu'*Othello* ait ravi à *Desdémone* sa virginité, et qu'elle soit morte de sa main. Toute la scène du meurtre est construite sur l'idée que le rapport sexuel, ou l'orgasme, est semblable à la mort. *Othello* projette, dans cette morbidité, sa propre instabilité sur *Desdémone* car c'est le propre d'un esprit instable de conjuguer ainsi, dans l'amour, la mort figurée et la mort littérale. Ayant tout misé sur sa propre pureté dont il veut trouver confirmation dans celle de *Desdémone*, *Othello* mesure ce qu'il lui en coûte de ne plus pouvoir compter sur cette confirmation. *Othello* présente un tableau sans fard de la folie et de la duperie, des tortures de l'amour et du caractère mortifère de l'idéalisation. *Othello* était déjà perdu. On est condamné au désastre quand on s'évertue à ne pas savoir.

ATTACHEMENT ET ASSUJETTISSEMENT.

Butler souligne dans de nombreux textes⁷ que la formation du sujet implique deux opérations à deux niveaux distincts : un attachement passionnel originaire, une soumission qui est un assujettissement à un Autre, et son déni, c'est-à-dire la prise minimale qui ouvre un espace de liberté et d'autonomie. L'attachement passionnel originaire est paradoxalement la condition de possibilité de la liberté et de la résistance : hors de cet attachement, pas de subjectivité. La subjectivité ne peut s'affirmer qu'en tant que prise de distance à l'égard de ce fondement qui ne peut jamais être pleinement subsumé. Pour bien saisir les enjeux liés à « la production de pouvoir subjectif », une brève analyse du roman d'Olive Higgins Prouty, *Stella Dallas*, adapté à l'écran par King Vidor, peut nous être de quelque secours.

L'adaptation, réalisée en 1935 par King Vidor⁸ du roman à succès d'Olive Higgins Prouty⁹ - publié en 1923 sous le même titre -, *Stella Dallas*, illustre notre thèse : pour être, je dois me soumettre à un régime de vérité dont l'Autre est le garant. Ce récit du sacrifice d'une mère pour la réussite sociale de son unique enfant est porté à l'écran deux autres

fois, en 1925 par Henry King et en 1990 sous la direction de John Erman. C'est la version de Vidor qui met le mieux en lumière la manière dont *Stella*, l'héroïne se contrecarre elle-même, accomplit son propre assujettissement, fabrique ses propres entraves et retourne contre elle-même un désir qu'elle sait pourtant être sien, jusqu'à la traversée de la duperie, traversée douloureuse qui la conduit à opérer une disjonction absolue, un geste de subjectivation : renoncer. De ce récit, nous retiendrons la scène punitive de l'inauguration du sujet : la prise de conscience progressive - qui constitue *Stella* comme sujet - qu'elle n'appartient pas au même monde que son mari, sentiment de déclassement qui la suit dans chacun de ses actes.

Stella est une jeune femme séduisante, désireuse de fuir un père autoritaire. *Stella Martin* est la « belle » de *Cataracte-Village*. Elle est ambitieuse, contrairement à ses amies qui, pour la plupart, se contentent d'aller travailler dans des ateliers de tissage, ou bien épousent un ouvrier. La volonté d'échapper à l'identique, à une condition sociale inférieure, à l'archaïque de la violence paternelle la conduit à porter son intérêt sur *Stephen Dallas*, le fils d'un milliardaire déchu, mais qui a su demeurer au niveau de son rang original. Les *Dallas* de *Reddington* appartiennent à une famille respectée. La maison *Dallas*, grand cube de briques brun, construite par le grand-père de *Stephen* était solide et cossue jusqu'à la ruine et au suicide du père. Le point intéressant quant à la dénégation est de rechercher ce qu'il y a de commun entre nier et mentir. *Stephen* se ment en imaginant qu'il pourra changer *Stella*, lui inculquer les bonnes manières. *Stella* s'abuse en pensant qu'elle pourra se « tenir », devenir une femme du monde. Au point que mensonge et négation sont exactement du même ordre. Mais en réalité ce n'est pas d'un véritable mensonge dont il s'agit mais d'une négation dite par *Stella* à son fantasme.

Tels sont les éléments du récit : une jeune femme de naissance modeste qui aspire plus que tout à s'élever socialement, un personnage haut en couleur, dont les goûts vestimentaires et le chic pour attirer l'attention sont trop excessifs pour se fondre dans la haute société. Peu de temps après la naissance de leur fille, les *Dallas* se séparent, *Stephen* allant vivre à *New York* où il y rencontre une ancienne connaissance qu'il épousera par la suite. *Stella* est une mère dévouée : elle poussera le sacrifice jusqu'à disparaître totalement de la vie de sa fille *Laurel*, afin de s'assurer qu'elle aura l'existence qu'elle aurait voulu avoir la chance de connaître. Une tentative de réconciliation échoue, le temps passe, *Stephen* s'irrite des manières fortes et vulgaires de *Stella*. Dans le même temps, *Stella* est rebutée par ses remarques sur les bonnes manières et la nécessité de normaliser son comportement. Elle passe du temps avec *Ed Munn*. En fin de compte, *Stephen* et *Stella* divorcent et il épouse *Helen Morrison*. *Stella*, divorcée de son mari, consacre religieusement sa vie à sa fille. Un jour, elle offre à *Laurel* un séjour pour des vacances. Sa fille se lie d'amitié avec des enfants issus de l'aristocratie. C'est à ce moment-là que *Stella* se rend compte qu'il serait préférable de s'éloigner de sa fille, afin de la préserver de son influence et de ses mauvaises manières. Pour assurer le bonheur de sa fille, elle sacrifie son amour et brise son image. Elle envoie *Laurel* chez

(7) J. Butler, *Le récit de soi*, Coll. Pratiques théoriques, PUF, 2007 ; *Défaire le genre*, Editions Amsterdam, 2006 ; *La vie psychique du pouvoir*, Editions Léo Scheer, 2003.

(8) *Stella Dallas*, Samuel Golwyn Inc. Production, Screen Play by Sarah Y. Mason and Victor Heerman ; directed by King Vidor, United Artists, 1937.

(9) O. H. Prouty, *Stella Dallas*, Genève, J. H. Jeheber, 1944.

son père à New York. *Stella Dallas*, prototype du mélodrame, se présente donc comme l'incarnation de l'amour maternel et de la rédemption, mère qui sacrifie son bonheur pour sa fille unique afin d'assurer son épanouissement.

Stella est physiquement tenue à distance du mariage de *Laurel*. Dans la scène finale, lorsque *Stella* assiste en secret au mariage de sa fille, la fenêtre où se déroule la cérémonie devient la représentation de l'écran de cinéma où *Stella* projetait ses rêves de jeune femme. À la fin du film, dans les deux versions, *Stella* est dépossédée de ce qui l'identifiait en tant que mère - sa fille -, et en tant que femme - ses vêtements voyants, son maquillage et ses bijoux. Elle devient un personnage fantôme qui erre parmi la multitude. Revenons à la version de 1937, au moment où *Stella* se faufile dans la foule pour observer depuis le trottoir la célébration du mariage de *Laurel*. *Mme Morrison* (la nouvelle épouse de *M. Dallas*) ayant exigé que les rideaux soient ouverts pour la cérémonie, *Stella* peut redevenir la spectatrice qu'elle était au début du film quand elle et *Stephen* commençaient à se fréquenter. À cette époque, elle admirait les personnages raffinés qu'elle voyait à l'écran et rêvait de faire partie de leur monde. Au mariage de sa fille, le cadre de la fenêtre remplace symboliquement l'écran de cinéma où se déroule le rêve de *Stella* projeté sur sa progéniture. Une clôture de fer limite ses mouvements, augmentant l'impression que *Stella* est face à son destin et qu'elle n'a pas la possibilité de sortir de son anonymat. Elle s'accroche aux barreaux lorsque *Laurel* « entre en scène » avec son père, et refuse de s'en aller avant d'avoir vu le visage de sa fille - d'y voir le bonheur qu'elle espère tant lui avoir donné par son absence. En larmes, elle mordille le mouchoir que *Laurel* lui avait tendu adolescente. La foule se disperse, mais *Stella*, en spectatrice secrète demeure. En dépit ou à cause de ce renoncement et de son effacement, *Stella* se transforme, se transfigure, déployant une puissance d'agir plus grande que tout ce qu'elle a été. La traversée de la duperie de *Stella* rétablit l'équilibre que son refus de la loi du père avait rompu. Le sourire qui illumine son visage en se retirant de la scène de la représentation n'est certes connue que d'elle-même, et cette expérience inouïe de délivrance ne sera pas dévoilée : elle appartient à *Stella* mais cette disparition/effacement n'est pas la compulsion de répétition. Être mort, c'est comme ne pas avoir existé ; *Stella* est aux antipodes de la pulsion de destruction. Elle renonce mais dans ce renoncement, elle parvient à accéder à une dimension lumineuse et éblouissante, la dimension extatique de la vie. Lumineux le coup d'œil de sa fille qu'elle perçoit à travers une des grandes vitres qui fait comme un miroir parfait, éternelle la joie intérieure qui l'envahit.

Il y a dans la trajectoire de *Stella* des éléments de critique sociale : la culpabilisation d'abord qui propose à *Stella* une image de référence qu'elle ne pourra jamais atteindre : elle n'a pas sa place sur l'échelle des valeurs reconnues en tant que telle par la société, elle n'appartiendra jamais au même monde que *Stephen*, elle vacille en permanence dans un espèce de trou, celui des mauvaises manières (et du manque d'éducation) qui fait qu'elle se demande : « en fin de compte, qui suis-je ? Un rien ? ». C'est comme si son droit à l'existence s'écroulait. Qui dit cela ? Pas nécessairement *Stephen*, mais bien quelque chose d'elle-même, en elle-

même et qu'elle-même reproduit. Une instance d'inhibition, un affect d'infériorisation intériorisé. La ségrégation ensuite, celle qui donne une consistance subjective aux élites, logique qui ouvre tout un champ de valorisation sociale à l'intérieur duquel *Stella* a non seulement du mal à se situer, mais dont elle se sent exclue. L'infantilisation enfin : elle consiste en tout ce qui se fait, se pense ou peut en venir à être fait à être médiatisé par un garant, un Autre tout puissant. L'aliénation et l'assujettissement corporel sont donc inscrits dans la réalité psychique : il porte sur les schémas de conduite, d'action, de gestes, de pensées, de sentiment, d'affect, etc. Ils portent sur les montages de la perception, de la mémorisation des instances intrasubjectives. La duperie met en jeu, à travers les comportements et les attitudes de dénégation à l'égard d'autrui, des rapports et des relations de domination. Cet assujettissement corporel se présente souvent à travers un truquage du réel assez banal, moyen d'obtenir la sécurité dans le champ social afin de maîtriser toutes les conditions potentiellement douloureuses et d'accéder à toutes choses désirables, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de soi-même. La vie sociale, envisagée du point de vue de cette corporité aliénée, est un tissu de drames sans fin, d'oppositions sans remède sinon celui d'une guerre civile tantôt froide et tantôt chaude, de sacrifices humains en tout genre, en un mot de différences entre ceux qui jouissent du pouvoir et les autres.

LA PASSION DE LA VÉRITÉ

Il y a donc un prix à payer pour dire la vérité sur soi, parce que cette vérité est cadrée par des normes et des modes spécifiques de justification émergeant historiquement et, de ce fait, contingentes. Dire la vérité est se confronter à un critère de vérité, et nous acceptons que ce critère nous détermine, nous l'acceptons de manière primaire sans remettre en question la forme de rationalité dans laquelle nous vivons. Dire la vérité est douloureux : il s'agit d'une traversée de la duperie, mais cette expérience peut nous conduire à l'amour véritable. La réflexivité, le souci de soi et la maîtrise de soi sont des efforts sans fin et impossibles à satisfaire pour « revenir » à soi à partir d'une situation où l'on est étranger à soi-même.

Vieillesse et sexualité : interdits et dénis

Jean-Jacques AMYOT¹

LES DOUBLES VIES DE LA VIEILLESSE ET DE LA SEXUALITÉ

La sexualité, comme bien d'autres pans de notre existence, a une double vie : elle se pratique et elle se montre. C'est d'ailleurs vraisemblablement la double vie la mieux cloisonnée qui soit, entre une intimité des pratiques (pour la plupart...) et une parole publique, souvent exprimée en dehors de la présence du ou des partenaires. La sexualité est ainsi un sujet de conversation, de fantasmes, un inépuisable réservoir pour l'imaginaire, essentiellement quand vous vous intéressez à celle des autres. C'est d'ailleurs ce que nous sommes en train de faire. Finalement, elle nous préoccupe plus qu'elle ne nous occupe...

La vieillesse a aussi une double vie. Il y a celle que l'on vit et il y a celle dont on voudrait bien nous vêtir ou nous travestir – une vieille peau d'âge – que l'on retrouve sous la forme de stéréotypes qui construisent culturellement les représentations sociales.

Cette dualité partagée de la sexualité et de la vieillesse donne à leur rencontre un aspect d'échangeur routier routinier. Nous voilà avec deux doubles vies chiasmiques, parallèles ou qui décussent. D'ailleurs - puisque l'étymologie de ce mot nous y conduit - porter sa croix, peut être une allusion à notre vieillesse ou notre sexualité lorsque celle-ci devient une obligation ou un labeur. N'est-ce pas ce qu'on appelle l'avance en nage qui laisse également entendre que ce qui était un plaisir devient un exercice poussif, un effort.

LES REPRÉSENTATIONS DE LA VIEILLESSE DONNENT À VOIR UNE VISION MÉCANIQUE DE LA VIE

Tout ce qui touche la vieillesse est caméléonesque, la langue en moins. C'est bien la force des représentations sociales qui permet de métamorphoser toute réalité au contact de la vieillesse : elle prendra sa couleur ! Le phénomène d'attribution va contribuer à construire un univers monochrome sur le territoire de la vieillesse. Gare à ce qui passe la frontière ! Le roi Midas changeait tout ce qu'il

touchait en or, mais tout ce qui est lié à la vieillesse n'est pas or... Il n'y a pas de Pactole pour l'âge et le grand âge !

On pourrait dire à propos de la vieillesse que tout commence avec deux idées : celle de l'usure et celle de l'erreur. Le corps machine et ses rouages perdent de leur efficacité par abrasion (l'image de la desquamation), par corrosion. Ne dit-on pas que l'on se rouille ?

Et puis il y a l'erreur. Tout ne commence-t-il pas par les théories du vieillissement et, notamment, celle dite de « l'erreur catastrophe » d'Orgel ? Quand une erreur survient au niveau de la synthèse des protéines, elle entraîne en chaîne d'autres erreurs, le tout altérant irréversiblement la cellule. Ici, la vieillesse a déjà le masque d'un réel atrophié, décalé, anormal. L'erreur cellulaire n'en est pas une, elle reflète le fonctionnement normal de la vie, mais les mots nous mystifient. Et comme dans un tour de passe-passe, l'aberration se transmet au jugement : une anomalie du bon sens. L'œil rivé sur la cellule, nous ne voyons plus l'homme ou plutôt nous y voyons *ce que l'homme a cru voir*. L'illusion s'impose et se diffuse à tout un pan de notre pensée. Dans nos représentations, la vieillesse est une erreur alors que l'erreur est celle de la transposition de lecture, du cellulaire à la vraie vie. Voilà la vieillesse en cellule !

Cette vision faite d'usure et d'erreur est remarquablement bien intégrée puisqu'elle détermine nos modes de vie et notre projet commun quant à la vieillesse. Il suffirait de changer quelques éléments de carrosserie pour que notre véhicule terrestre paraisse plus jeune ; il suffira de modifier quelques pièces d'origine (en l'occurrence génétique) pour que l'usure ne soit qu'un mauvais souvenir.

En vieillissant, on ne peut plus rouler des mécaniques et, pour la partie électronique, nos circuits intégrés ne sont plus fiables. À défaut de *hot line*, nous aurions besoin d'assistance : des incapables plus tout à fait majeurs...

La sexualité et l'âge ? L'usure et l'erreur se chargeront de rendre la vie impossible à ce couple hors normes.

(1) Psychosociologue, Directeur de l'Oareil
Dernier ouvrage paru : *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*, Paris, Dunod, 2010

LES REPRÉSENTATIONS DE LA SEXUALITÉ SONT DE PLUS EN PLUS TECHNIQUES

La sexualité comme mécanisme est exacerbée par la meilleure connaissance physiologique que l'on a sur son fonctionnement, par la pornographie qui est la totale dissociation entre l'acte et la sphère psycho-affective, et par les techniques chirurgicales et chimiques.

Dominique Folscheid dans *Le Sexe mécanique*² se plaît à opposer Don Juan qui nommait, comptait ses conquêtes successives, prenant le temps de les séduire tout en étant séduit par elles. Le « baiseur » moderne ne se donne pas cette peine : il agit sur des corps indéfinis, indénombrables, sans identité. Il produit des « actes de sexe », sans relation personnelle, sans amour. Folscheid repère ainsi une logique à l'œuvre qui n'est le discours de personne et qui construit une représentation de la sexualité réduite au sexe. Naturaliser de la sorte la sexualité, c'est gommer justement ce qui fait la spécificité de l'homme dans ce domaine : un discours, un imaginaire, un ensemble d'aspirations et de représentations... Cette sexualité tronquée est portée par la prééminence du besoin sexuel sur le désir. Nous voilà avec une raison qui vise l'efficacité et l'aboutissement de l'acte. Le sexe ignore ou exclut l'attente, l'espoir, la temporalité, toutes ces dimensions qui animent le désir amoureux.

Gabriel Garcia Marquez fait dire à son héros de 90 ans, dans *Mémoire de mes putains tristes*, « Le sexe c'est la consolation quand l'amour ne suffit pas »³

Toute la difficulté en parlant de la sexualité est que très rapidement la partie matérielle, l'acte proprement dit, se dissocie des affects. Cette ligne de partage est parfaitement visible dès lors que la vieillesse entre en jeu. Avec l'avance en âge, il ne resterait qu'une rive du fleuve, celle de la tendresse, des sentiments. On voit combien le maniement de cette césure est dangereux : ne s'intéresser qu'à l'acte laisse peu de place à l'originalité de la sexualité humaine ; n'y voir que de l'affection nie la spécificité de nos relations sexuées en regard des autres relations que nous entretenons dans notre sphère privée.

Parler d'amour, de sentiments, laisse entendre rapidement que c'est (seulement) ce qui reste sur l'autel de la réduction alchimique. Un dépôt allusionnaire d'une sexualité qui fut. Une jeune femme à qui nous parlions de la tendresse comme fondant une relation et l'attrait sexuel, nous répondit spontanément « comme pour des petits vieux ».

LES EFFETS DE L'ÂGE SUR LA SEXUALITÉ RESSEMBLENT À UN CONTRÔLE TECHNIQUE

Une mécanique ne pense pas : on évalue son efficacité avec des critères objectifs qui ne tiennent aucunement compte de la particularité de l'individu évalué. Toute la difficulté, pour ne pas parler du tragique de cette approche, c'est que nous sommes empreints des conditions d'émergence de l'évaluation et de la qualité qui nous est venue avec l'essor de l'industrialisation. La fabrication de séries d'objets qui doivent être rigoureusement identiques, à partir d'un étalon technique ou théorique, induit une possibilité de comparaison, des règles d'usage et des modèles d'usage. Étendre cette vision et ces pratiques à la vie, et à l'homme en particulier, engendre un appauvrissement majeur puisque ne seront gardés pour les besoins de la cause que quelques éléments factuels susceptibles d'être mesurés, mais qui deviendront centraux dans nos représentations. L'érection moins rapide chez l'homme ou la dyspareunie chez la femme ne sont pas des faits spécifiques de la vieillesse, mais mesurés dans le cadre du vieillissement, les voilà immédiatement normatifs.

Les quelques éléments du tableau ci-après ont été recueillis dans divers textes traitant de sexualité et vieillissement...

(2) Éditions de la Table ronde, 2002

(3) *Le Livre de poche*, Grasset, 2005, p. 96

LES EFFETS DE L'ÂGE SUR L'ACTIVITE SEXUELLE

LA SEXUALITÉ DE L'HOMME ÂGÉ

Les effets de l'âge sur la fonction sexuelle de l'homme vieillissant : modification des phases

- *la phase ascendante*

érection moins rapide
sensibilisation plus longue
testicules peu élevés
vasoconstriction du scrotum faible
engorgement des testicules faible

- *la phase en plateau*

plus longue
besoin d'éjaculer plus tardif
meilleur contrôle de l'éjaculation soit par expérience coïtale, soit par réduction de l'intensité de la réponse

- *la phase orgasmique*

éjaculation plus rapide
les deux temps de l'éjaculation sont confondus
périodicité des contractions diminuée
pression d'expulsion et volume séminal faibles
besoin d'éjaculer diminué pouvant aller jusqu'au rapport sexuel satisfaisant sans éjaculation

- *la phase de résolution*

phase de détumescence très rapide (quelques secondes)
période réfractaire plus longue (après 60 ans, en heures)
responsivité sexuelle diminuée

LES FACTEURS DE L'INVOLUTION SEXUELLE MASCULINE

Après 50 ans, augmentation de l'incidence de l'impuissance sexuelle : multiples facteurs organiques et psychologiques en cause

- *pathologies fonctionnelles*

monotonie des rapports sexuels
préoccupations liées aux soucis matériels
fatigue physique et mentale
crainte de l'échec

=> mais la sénescence n'impose pas l'impuissance

- *pathologies organiques*

affections aiguës ou chroniques invalidantes (cardio-respiratoires)
athérosclérose
diabète
alcoolisme aigu ou chronique...

LA SEXUALITÉ DE LA FEMME ÂGÉE

Les effets de l'âge sur la fonction sexuelle de la femme vieillissante :

- carence en stéroïdes ovariens gênant les rapports sexuels
- disparition des menstruations, de la capacité de reproduction importante composante dépressive liée aux tabous, aux références sexuelles, sociales, religieuses, esthétiques et à l'ignorance de sa physiologie

- *syndrome de privation oestrogénique*

atrophie involutive de la muqueuse vulvo-génitale
diminution de l'élasticité vaginale
diminution des phénomènes exsudatifs qui assurent la lubrification
sensibilité du clitoris conservée
réponse orgasmique plus courte
réactions des petites et des grandes lèvres diminuées
contractions du tiers inférieur du vagin et de l'utérus moins nombreuses et parfois douloureuses
seins affaissés et aplatis mais la réponse sexuelle reste identique (érection des mamelons, engorgement des aréoles)
rougeur sexuelle limitée
contraction du sphincter anal faible
tension musculaire globale moindre

- *conséquences de la carence ostrogénique*

dyspareunie liées aux difficultés de l'intromission, aux douleurs de la phase orgasmique et à l'irritation du clitoris lors du coït (lié à l'atrophie vulvaire)
irritation post-coïtale de la vessie et de l'urètre avec brûlure à la miction

=> les modifications involutives n'empêchent pas les orgasmes : pas de castration ménopausique

En quittant ce fabuleux domaine de la connaissance, une longue période réfractaire pour le thème vous guette... On a beau tenter de faire le lien entre sa sexualité et cette description-là, il est bien difficile de joindre les deux bouts... Certains pourraient même penser que le sujet n'a pas été traité ou que l'objet est mal traité... Remarquez, on trouverait la même différence entre, d'une part, quelques textes sur la digestion, la soupe stomacale et le travail de la salive, et d'autre part, la gastronomie et le goût.

Ce qui est probable, c'est que le lecteur, devant pareille description, ait le sentiment d'avoir affaire à un terroriste de la sexualité. Des bombes antipersonnelles : au lieu de perdre la jambe, ici c'est le sexe, symboliquement... Mais ne croyez-vous pas qu'il s'agisse déjà d'une réponse à l'interdit de la rencontre du sexe et de l'âge ? À notre humble avis, la description, même physiologique, de la sexualité des jeunes ou des plus jeunes, s'effectue sur un tout autre plan. N'est-ce pas là un bel exemple de différence entre qualité et quantité ? Les jeunes, c'est l'extase, la découverte et la jouissance ; les vieux, sont réduits à une comptabilité du sexe : plus vite, moins long, plus faible, moins de fois, plus de maladies. Et je ne vous parle pas de ce qui, bien sûr, ne touche que les plus âgés d'entre nous : la monotonie des rapports, les préoccupations liées aux soucis matériels, la fatigue, la crainte de l'échec... Si vous avez plus de cinquante ans, n'insistez pas ; si vous en avez au moins soixante-dix, oubliez !

Edgar Morin met ici des mots sur cette impression désagréable qui nous envahit : « La technique apporte elle-même sa propre barbarie, une barbarie du calcul pur, froide, glacée, qui ignore les réalités affectives proprement humaines »⁴

La sexualité a le même statut que la mémoire dans l'imaginaire social, et la même place dans la réalité. On ne voit que les baisses de performances, mais on néglige le principal : les différences interindividuelles sont plus importantes que les différences d'âge.

Sexe et vieillissement, c'est moins de tout, et donc, dans notre imaginaire digitalisé, c'est nécessairement moins bon. En matière de sexualité, la rareté ne conduit pas à la valeur surajoutée ; la voilà remplacée par la performance. L'ultrasolution de Paul Watzlawick est applicable à notre questionnement et à ce passage de la quantité à la qualité : « Prenons l'exemple de ce que l'on peut appeler la manie de la multiplication. Quoi de plus logique, en apparence, que de penser qu'une solution, une fois qu'on l'a trouvée et constamment appliquée avec succès, doit pouvoir régler des problèmes de plus en plus vastes ? Mais cent fois n'est pas cent fois plus la même chose que dans l'abstraction des mathématiques. Le truc qu'Hécate applique à ces situations et qui mène aux échecs les plus inattendus et « illogiques » consiste à faire rapidement passer les choses, au moment le plus crucial, de la quantité à la qualité. Et c'est ce saut qui

surprend totalement la raison et le bon sens. À manger du gâteau tous les jours, on finit par s'en dégoûter ; cela semble évident »⁵.

VIEILLESSE ET SEXUALITÉ : DES UNIVERS ANTINOMIQUES

Ce qui saute (aux yeux), c'est que le couple sexualité / vieillesse apparaît comme une dualité, c'est-à-dire la coexistence de deux éléments contradictoires, une étrange association de mâle fêteur et de censure. Il nous reste à tirer les conclusions de cette opposition.

Si l'une ne peut aller avec l'autre, si la vieillesse est exclusive de la sexualité et *vice-versa* bien entendu, l'individu âgé sexué ne peut être qu'un transgresseur ou un être hybride, un composé de deux éléments de nature différente anormalement réunis. Devant cet arrangement qui va de l'insolite au pathologique, on s'inquiète, on s'interroge, on rit. Il paraît même que les professionnels se réuniraient entre eux pour causer et écrire sur l'âge du sexe.

Si l'une ne va pas avec l'autre, si rendus sourds par l'incompatibilité qu'ont leur prêté, la sexualité et l'âge ne peuvent s'entendre, que se passe-t-il ? Deux conséquences vont se faire jour : ici, l'on ne verra rien, là on interdira au nom de la bienséance, de la nature ou de la santé de l'impétrant.

Le dire entre la vieillesse et la sexualité, c'est l'inter-dit ; quant à ceux qui ne voient rien, sans être des niais, ils sont déniants. Arme à double tranchant, les déniants qui vieillissent s'ouvrent des perspectives en double aveugle.

LES TROIS DÉNIS

On trouve d'abord, notamment dans la presse régionale, des articles qui voulant pasticher Amour, gloire et beauté, vous servent Amour, soir et vieillesse avec deux vieux assis sur un banc ou se tenant la main, en guise de parole sur la sexualité et l'âge. Faites la même chose avec les générations plus jeunes... Succès garanti ! Le message délivré, au cas où vous ne l'auriez pas compris, est que la tendresse, éventuellement, ne disparaît pas, mais que l'amour au troisième âge n'intéresse plus les vieux, ne les concerne plus.

En second lieu, la presse écrite se fait l'écho des prouesses scientifiques des laboratoires pharmaceutiques qui proposent des miracles sur ordonnance à ceux que l'âge ou la maladie privent de jouissance. La prescription sexuelle a acquis ses lettres de noblesse avec la pilule bleue. Le Viagra, pour ne pas le nommer, fut la première molécule, mais n'est plus la seule. Et toutes sont menacées de vétusté par la Pilule Barbie, surnommée ainsi en référence à la poupée mannequin avec laquelle nous n'avons pas le droit de jouer

(4) Edgar Morin, *Culture et barbarie européenne*, Paris, Bayard, 2009, p. 13

(5) *Comment réussir à échouer*, Paris, Seuil, 1988, p. 22

au-delà d'un certain âge. L'hostie des temps modernes qui absout tous les péchés que vous pourriez commettre, par la bénédiction de la médecine, décuple le désir sexuel tout en ayant des effets autobronzants, coupe-faim, avec en prime, une efficacité contre l'acné, le diabète et les inflammations.

Cette nourriture qui contrarie la vertu peut être perçue quelquefois comme une incitation à la débauche, mais elle est toujours la confirmation que l'étayage médicamenteux est là pour soigner une absence ou une panne pour ceux qui aiment la mécanique sexuelle. Là encore, tout en nous parlant de la sexualité au troisième âge, on nous confirme subrepticement que nous ne sommes plus dans l'ordre du normal, de la nature. Loin de ces contingences, François Dolto pressentait déjà que la sexualité deviendrait un sous-branchement de la mécanique : « Le discours érotique qui règne en ce moment est une voie de garage. Il freine les relations entre les êtres humains en se polarisant sur des effets physiques : la vraie joie est ailleurs ». À l'évidence, pour certains, ailleurs, c'est déjà trop loin.

Troisièmement, la presse rapporte sous une forme qui se veut humoristique, ce qui n'est pas le ton habituel pour ce genre d'article, des scandales liés à la prostitution. Les personnes âgées jouent le rôle du proxénète ou de la prostituée. Les journalistes conduisent le lecteur dans une atmosphère où le côté bon enfant le dispute à l'incongruité. Le signal qui nous est adressé est celui du « hors norme », de la bizarrerie. Nous sommes dans la transgression et les excès. L'amour conjugué avec la vieillesse ne peut être qu'un naufrage. Un véritable Kamasoutrage.

LE PARADIS DU TROISIÈME ÂGE

Une maison close réservée au troisième âge a été découverte à Casilino, dans la banlieue sud de Rome. Les carabinieri ont apposé des scellés à l'établissement, qui, au dire de sa propriétaire, « *offrait une atmosphère familiale et des tarifs raisonnables* ». Les habitués du lieu, où officiaient de jeunes Brésiliennes et Italiennes, bénéficiaient d'une remise. En cas de malaise au cours d'une prestation, pas de problème : les clients trouvaient cardiotoniques et remontants à l'infirmerie. (LA STAMPA – TURIN).

Courrier international n° 292, 6 au 12 juin 1996, p. 39

FIDÉLISER LES INFIDÈLES

À Buenos Aires, les propriétaires d'hôtels de passe offrent à leur clientèle une carte de fidélité leur permettant de bénéficier d'une réduction de 15 %. Une vingtaine d'établissements ont déjà adopté le système « *hot check* », rapporte *América Economía*.

À Gênes, où la police a découvert douze maisons closes, ce sont les retraités qui bénéficiaient d'un régime de faveur, note *La Stampa*. Concettina Papalia, 83 ans, Giovanna Edera, 62 ans et Giuseppina Pascone, 62 ans, qui « géraient » un réseau de jeunes prostituées étrangères, accordaient 30 % de réduction aux clients de plus de 60 ans sur présentation de leur carte d'identité ou d'une carte Vermeil.

Ce qui n'est pas perçu comme naturel est dangereux...

Les trois dénis nous parlent clairement d'absence, de palliatifs, de déviance... Nous avons là l'idée d'un acte contre nature et cette représentation constitue l'armature – la ceinture de chasteté ? – d'un puissant interdit dont la transgression est porteuse d'un risque pour l'individu et pour la société.

LES INTERDITS

Les interdits viennent compléter la panoplie qui doit aboutir à ce que le sexe et la vieillesse ne puissent former un couple. Le SIDA (Sexualité Interdite De l'Âge) se niche partout : tenue vestimentaire, publicité, bienséance, tout nous contraint à renier socialement ce qui exprime la sexualité, ce qui la véhicule en langage social.

Sexe et vieillissement s'ils font bon ménage, ne font pas de bons amants. Les forces sociales en jeu pour interdire toute sexualité aux anciens peuvent donc prendre des formes variées, mais le système arrive à ses fins avec le même processus... L'interdit engendre une culpabilité qui cause une diminution de l'activité sexuelle produisant une décroissance du désir qui induit une continence... Sexualité et désir finissent par être en conformité avec ce que le corps social attend des individus âgés : presque asexués, la chimie pharmaceutique et l'opprobre se partageant l'espace restant.

TROIS EXEMPLES...

La loi interdit désormais de fumer dans les lieux publics et donc *a fortiori* dans les établissements. Certains s'insurgent, dont Pascal Champvert : les institutions ne sont pas *stricto sensu* des lieux publics, mais une composition d'espaces publics et privés. Les pouvoirs publics entendent la voix de la raison et écartent les chambres du champ d'application de la loi... en maintenant l'interdiction pour le lit ! Un beau casse-tête pour les professionnels et une belle occasion d'incompréhension et de désorientation pour les résidents. Entrée en institution : un vrai-faux passeport pour un vrai-faux domicile ? Reste que faire du lit un lieu public, c'est prendre le risque de contrevenir à l'ordre public : le ministère de l'intérieur va-t-il devenir le ministère de rattachement des établissements médico-sociaux ?

Histoire vraie racontée par une aide-soignante en formation. Un vieux monsieur entre en institution en fin de journée. On s'occupe de lui, on lui explique le fonctionnement, on le fait dîner. Puis, l'aide-soignante se tourne vers lui et lui dit : « Allez maintenant on va se coucher ». Le vieux monsieur lui répond « chiche ». Elle pense qu'il n'a rien compris et l'accompagne à sa chambre. Puis en parlant avec ses collègues, elle comprend seulement que le vieux monsieur a bien entendu l'invitation et que c'est elle qui a eu quelque lenteur. La sexualité au grand âge est impensable et le désir qui l'accompagne aussi. Avec des hommes plus jeunes, le risque de méprise surgit aussitôt, on se méfie de ses paroles, de ses gestes. L'aide-soignante en a extrait sa leçon : elle ne dira plus jamais « on ».

L'enquête « Contexte de la sexualité en France » de 2006 a été conduite conjointement par l'INSERM, l'INED, une équipe du CNRS et l'INVS. Il s'agissait de prendre en compte les évolutions des pratiques sexuelles des Français. Or, que découvre-t-on en s'arrêtant sur la partie méthodologique de l'étude ? Le public ciblé a au moins 18 ans et au plus... 69 ans ! Qu'en deçà de 18 ans, cela pose des problèmes éthiques, pourquoi pas, même si... Mais au delà de 69 ans, nous avons quelques difficultés à imaginer ce qui a ainsi réduit la cible, si ce n'est le résultat d'une discrimination. Nous voilà donc quelques dizaines à signer une lettre collective adressée à la Halde⁶ en janvier 2008 qui nous répondra quatre mois plus tard, notamment, qu'« en l'espèce, au vu des éléments transmis, il apparaît que la situation visée ne correspond pas à une discrimination prohibée par la loi ou les engagements internationaux, même si la situation que vous dénoncez est vécue comme discriminatoire par les adultes âgés »⁷

CONCLUSION

Interdits, dénis et discriminations ne vont pas dans le bon sens et c'est bien dommage, car Gérard Zwang nous propose la sexualité comme une solution au vieillissement et non comme un problème, quand il affirme que « L'orgasme se montre ainsi comme le plus efficace et le plus naturel des procédés anxiolytiques, à la portée de tous les humains normaux : c'est le « médicament » des gens bien-portants. Il désarme l'individu, mais le laisse béatement offert, accordé, à l'espace et au temps ». L'orgasme pour combler le trou de la Sécurité sociale et réduire les queues devant les pharmacies ? Un véritable projet social !

(6) Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
(7) Courrier du 27 mai 2008

Congrès Formation

SEXUALITÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Évolutions socioculturelles et accompagnement éducatif, juridique, thérapeutique

à Marseille les Lundi 23 et Mardi 24 Mai 2011

WTC Marseille Provence – 2 Rue Henri Barbusse

13001 Marseille (04 91 39 33 50)

PROGRAMME DU LUNDI 23 MAI 2011

8h00 : Accueil des participants

8h55 : Quelques mots de bienvenue

Les conférences sont d'une durée d'une 1/2 heure, elles sont suivies d'échanges avec le public d'une durée d'une 1/2 heure également

Modération des journées : Antoine Alameda, *Pédopsychiatre*

Animation : Chrystelle Saldhana, *Bibliothécaire spécialisée en Jeunesse, Lectrice*

9h00 : L'évolution des rapports entre jeunesse et sexualité depuis 1950. De la retenue à la responsabilité de soi
Michel Bozon, Sociologue

10h00 : Actualité de la sexualité infantile : fin du mythe oedipien ?
Norbert Bon, Psychologue, Psychanalyste

11h30 : Le nouvel ordre du sexe, en mal d'amour
Dominique Folscheid, Philosophe

12h30 : Pause Déjeuner

14h30 : Animation Lecture

14h35 : La libération sexuelle et la mise à mal de la relation à l'autre
Serge Lesourd, Psychologue, Psychanalyste

15h30 : La première fois : récits d'entrée dans la vie sexuelle adulte
Charlotte Le Van, Sociologue

17h00 : Trop de sexuel peut-il nuire gravement à la santé psychique des enfants ?

Didier Lauru, Psychiatre et Psychanalyste, Directeur du CMPP Etienne Marcel à Paris

PROGRAMME DU MARDI 24 MAI 2011

9h00 : La sexualité des mineurs à l'épreuve du droit
Jean Jacques Baudino, Juge des Enfants

10h00 : Criminalité sexuelle à l'adolescence : dispositif d'évaluation, d'écoute et de soin spécialisé
Samuel Lemitre, Docteur en psychopathologie clinique, psychologue, psychothérapeute

11h25 : Animation Lecture

11h30 : Sexualité des adolescents et institution : risque ou opportunité ?

Responsables, Psychologues et Educateurs de l'Association Plein Soleil (Etablissements d'éducation Spécialisée) sous la Direction de Noëlle Péchairal

14h40 : Risquer une parole sur la sexualité : les représentations à l'adolescence

Florence Bécar, Conseillère conjugale et familiale thérapeute de couple et formatrice afccc

15h30 : « La sexualité est un état de grâce » - D.H Lawrence, éducateur sexuel

Vincent Cespedes, Philosophe

16h30 : Fin des journées

Association ANTHEA

Ilot de l'Horloge - 1 Rue Dou Fabriguié - BP 219 - 83006

Draguignan Cedex

Tél. 04 94 68 98 48 - Fax. 04 94 68 28 74

anthea@club-internet.fr

Retrouvez ce programme sur notre site

www.anthea.fr

Corps, affectivité et sexualité avec l'avancée en âge

Pierre TAP¹

Parler "d'avancée en âge" au lieu de vieillissement n'est pas, bien sûr, une façon d'éviter les effets négatifs de ce dernier². Ce terme prend tout son sens si l'on considère que le vieillissement n'est pas le seul aspect à prendre en compte dans la façon dont la personne se développe tout au long de sa vie. Le fait d'associer le vieillissement au seul 3^e âge est aussi objet à discussion.

Cet âge commence quand ? A 60 ans ? c'est-à-dire au moment de la retraite ? A un moment où s'engagent les négociations sur l'âge de la retraite, on voit au moins que les "bornes d'âges" sont certes importantes dans le découpage social de notre vie, mais elles sont aussi fluctuantes et problématiques. Va-t-on faire appel à une borne physiologique (comme la ménopause ou l'andropause ?!) ou psychologique (accepter la solitude ou accéder à la sérénité ?!). Par ailleurs quand passe-t-on du 3^e au 4^e âge et qu'est-ce que ce changement de catégorie implique, en positif et en négatif ?

Selon les Nations Unies, on serait « âgé » à partir de 60 ans ! Un document de l'OMS remarque cependant que 60 ans « peut paraître encore jeune dans les régions développées du monde et dans les pays en développement où un allongement notable de l'espérance de vie a déjà été enregistré. Cependant, quel que soit l'âge utilisé dans divers contextes, il est important d'être conscient que l'âge chronologique n'est pas toujours le meilleur indicateur des changements qui accompagnent le vieillissement. Il existe d'énormes différences entre l'état de santé et le niveau d'activité et le degré d'indépendance de personnes d'un même âge. Ce sont là des considérations dont les décideurs doivent tenir compte lorsqu'ils conçoivent des politiques et des programmes à l'intention de leurs concitoyens « âgés ». Adopter de larges politiques sociales fondées exclusivement sur l'âge chronologique peut s'avérer discriminatoire et peut aller à l'encontre du but recherché, qui est de veiller au bien-être des personnes âgées » (OMS, 2002).

Comme l'ont montré bien des auteurs, l'important est d'accepter de vieillir, c'est-à-dire justement d'accepter d'avancer en âge avec tout ce que cela implique, mais en

¹ Professeur Émérite de l'Université de Toulouse le Mirail. Intervenant dans le Master « Action gérontologique et Ingénierie Sociale » à l'Université de Provence. www.pierretap.com

⁽²⁾ Le terme « avancée en âge » est en fait la tentative de récupération du terme anglais « aging » qui n'a pas la connotation péjorative inscrite dans le « vieillissement » et qui peut s'appliquer à des personnes de tous âges.

refusant d'être "vieux", quelles que soient les catégorisations, les qualificatifs utilisés pour installer cette identité stigmatisante.

Bien entendu, comme on va le voir, ce sont toujours les autres qui "attrapent les coups de vieux" dont ils auront du mal à se remettre ! Nous, par contre, sommes immortels, même si, tel Prométhée, un aigle est constamment là pour nous "dévorer le foie", symbole de tous ces événements de la vie quotidienne qui dévorent notre énergie, de tous ces petits tracas ou de ces quelques grandes catastrophes qui s'inscrivent dans notre "destinée".

Il est vrai que Prométhée, ce Titan créateur et défenseur des "mortels", symbolise aussi la lutte héroïque moderne pour l'égalité, la solidarité, la diversité grâce au "vol du feu" (de la connaissance).

La faim de la connaissance (quête de sens, de vérité, de compréhension et d'explication) vient s'associer, sans s'y confondre, à la faim alimentaire (se nourrir pour survivre, mais aussi partager les désirs et les plaisirs de la table) et à la faim sexuelle (certes pour se reproduire, mais aussi pour partager les désirs et les plaisirs dans la rencontre des corps). Ces trois faims peuvent s'articuler, s'opposer ou se compenser diversement. Mais elles constituent, en tout cas, les fondements de l'énergie humaine, de la dynamique du développement de la personne (personnation) ou du groupe, familial, social, etc. (syntalisation). Ces trois "faims", faim alimentaire, faim tactile et sexuelle, faim de paroles et de reconnaissance (ou de reconnaît-sens) sont à travailler comme motivations, mobilisations, besoins ou désirs et plaisirs. Elles organisent la personne dans sa relation à l'autre. Elles peuvent déterminer trois façons de se priver soi-même ou d'affamer l'autre : privations alimentaires (anorexie, régimes auto ou hétéro-imposés); privations de caresses et/ou de pratiques sexuelles; privations de paroles tendres, réconfortantes, amoureuses, significatives, prospectives (l'amour à travers l'espérance et le projet). Mais elles peuvent aussi être fondées sur l'angoisse de la perte ou du manque : boulimie, addictivité sexuelle, logorrhée (flot de paroles perçues inutiles par l'autre), par peur d'être vide, isolé, en panne. On perçoit dès lors que les "pannes sexuelles" ont des origines multiples (physiologiques, physiques, environnementales, contextuelles, culturelles), mais y compris, psychologiques ou psycho-sociales (relationnelles) (mais bien sûr ni uniquement, ni systématiquement).

Dans le présent article, c'est donc du désir et du plaisir de vivre (ou de leur absence) dont je vais parler, la sexualité y étant ou non incluse, selon l'évolution et l'histoire de chacun. Il faudra bien sûr prendre ici la sexualité dans son sens le plus large. Elle "ne se réduit pas à la réalisation active d'un coït. Le besoin d'amour et d'attachement, les manifestations de tendresse physique, les caresses, les baisers, les étreintes en sont partie intégrante de même que les fantasmes ou l'intérêt pour les productions érotiques. Ainsi comprise, la sexualité joue un rôle essentiel dans l'économie psychique de l'individu (sentiment d'identité, besoin d'amour et d'attachement) comme dans sa vie relationnelle (recherche d'affection, de cohésion, de partage des émotions)" (Derouesné, 2005, p.281-282).

Freud a comparé la libido (énergie sexuelle) à la faim proprement dite. Mais il l'a surtout associée à "l'instinct de vie". Même si le caractère instinctif de cet élan vital est objet à discussion, retenons que l'énergie produite dans la conduite sexuelle, n'est pas négligeable même si elle n'est qu'un vecteur de la dynamique vitale, c'est-à-dire de cette énergie qui nous fait agir, penser, coopérer, donner sens et chaleur à la vie.

Parler du rapport à notre corps ou à celui des autres, de notre façon d'accueillir nos sensations, de gérer nos émotions et de travailler nos sentiments, dans le cadre de la relation amoureuse et sexuelle, implique donc d'introduire une réflexion sur l'orientation de notre vie, sur l'importance d'une philosophie de la vie, d'une qualité de vie, d'un style de vie, impliquant aussi bien le courage devant l'adversité que la capacité à savoir apprécier bien-être, simplicité, sérénité et optimisme.

La psychologie moderne montre bien sûr la nécessité de décrire, de comprendre et d'expliquer les liens de cette dynamique vitale avec les trois familles de déterminants fonctionnels de tout conduite humaine : le biologique, le psychologique et l'éco-socio-culturel (tout ce qui, hors de nous, tend à nous influencer et à s'introduire en nous). Notre tentation est grande de vouloir tout expliquer par une seule de ces trois familles. Mais, l'exemple de la conduite amoureuse et sexuelle montre clairement l'interaction complexe entre le corps, le psychisme et les déterminismes externes (de la nature à la culture). Je focaliserai ici mon attention sur la dynamique psychologique à l'oeuvre dans la conduite amoureuse et sexuelle, puisque tel est l'objet sur lequel se centre le présent numéro. En analysant, plus loin la notion de conduite, nous retrouverons la nécessité d'une conception complexe, multidéterminante, de la personne en situation. Le psychologique prend en compte à la fois les comportements et les processus internes (pensées conscientes, défenses et fantasmes inconscients, influences culturelles, représentations et stéréotypes sociaux..) mais il le fait à travers trois processus constamment tressés ensemble (stressés ensemble aussi, bien sûr !) : le cognitif (connaissances et informations sur soi, les autres, les objets, les situations, rationalité et rationalisations, intentions et analyses, etc.), l'affectif (désirs et plaisirs, réactions émotionnelles, sentiments, valences et valeurs, préférences)

et le conatif (schèmes d'action, tendances à agir, effort de réalisation).

Les processus conatifs sont bien sûr à associer au "conatus" de Spinoza (Éthique, III. – « De l'Origine et de la Nature des Affections »). Divers auteurs (Damasio, 2003, de Ladoucette, 2005, repris par de Hennezel, 2008, etc.) associent ces processus à "l'intentionnalité vitale", à la "résilience" et à leur importance au 3^e âge. Mais la psychologie du développement et la psychologie différentielle ont montré depuis longtemps l'importance des processus conatifs (tendance à agir, dynamique de l'entreprendre), leurs caractéristiques et leurs liens avec l'acte, la cognition et l'affectivité, dès l'enfance. Voir par exemple l'excellent ouvrage de Maurice Reuchlin à propos des "Différences individuelles dans le développement conatif de l'enfant" (PUF, 1990). Les besoins et les désirs, y compris amoureux et sexuels, dynamisent la conduite concernée par une "tension de réalisation", une "mobilisation conative", justement.

Plutôt que de répéter ou de paraphraser les auteurs qui ont excellemment parlé du vieillissement et de la sexualité, par exemple Gérard Ribes (qui participe au présent numéro, mais donc on lira avec intérêt l'ouvrage "Sexualité et vieillissement", 2009) et Marie de Hennezel, en particulier son dernier ouvrage ("La chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller", 2008), je voudrais replacer la conduite amoureuse et sexuelle dans le contexte de la personation, que l'on peut nommer aussi le "développement durable de la personne". J'évoquerai aussi la question de la sexualité dans les établissements hospitaliers ou dans les maisons de retraite, en France et au Portugal, en relation avec le handicap, la démence ou les personnes très âgées.

Mais revenons à la question du vieillissement et de ce que nous en dit "l'air du temps" (modes, philosophies de vie, constats et développements scientifiques).

LE « VIEILLISSEMENT ACTIF »

Après la rédaction du texte intitulé "Vers une Europe de tous les âges" à l'occasion de l'Année Internationale des Personnes âgées" (organisée par les Nations Unies), une Conférence Internationale a proposé « Un nouveau paradigme politique en matière de vieillissement" (29 Novembre 1999)³. Quelques 250 représentants des décideurs politiques, des partenaires sociaux, d'ONG, d'experts du monde entier et d'organisations internationales, ainsi que des membres des institutions communautaires se sont réunis à Bruxelles pour étudier le potentiel des stratégies et des pratiques dans le domaine du vieillissement actif. La conférence s'est concentrée sur les politiques en faveur des personnes âgées dans les sociétés vieillissantes, en s'efforçant de se consacrer de façon équitable tant aux questions de niveau « macro » liées au vieillissement qu'aux conséquences de ce dernier sur la qualité de vie des individus.

(3) http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/news/paradigm_fr.htm

Le vieillissement actif est présenté comme une stratégie cohérente qui permettra de “bien vieillir” ! Il implique d’adapter notre mode de vie par l’amélioration des conditions d’existence, d’augmenter notre longévité par l’amélioration des conditions de santé et l’augmentation des ressources matérielles et symboliques.

Dans la pratique, il s’agit d’adopter un mode de vie sain, de travailler quelques années supplémentaires, de prendre sa retraite à un âge plus avancé et de rester actif pendant celle-ci. Promouvoir le vieillissement actif, c’est créer les conditions de mener une vie meilleure et non procéder à une réduction des droits des individus. Assurer un niveau de revenu et des soins adéquats fait dès lors également partie des priorités.

Le vieillissement actif implique aussi la capacité à profiter des occasions pour améliorer la qualité de vie et le bien-être personnel. Mais il implique aussi l’hypothèse du maintien des capacités d’action.

Le potentiel des approches du vieillissement actif doit être développé, “dans les domaines de l’emploi, de la protection sociale, de la santé, de l’intégration sociale et de la lutte contre la discrimination”.

On notera que la place de la conduite amoureuse et sexuelle et des actions qui s’y rattachent ne sont pas explicitement évoquées, mais elles y ont bien sûr toute leur place.

LE “VIEILLISSEMENT RÉUSSI”

On a bien sûr tendance aujourd’hui, sur le mode du “management moderne”, à proposer les “bonnes pratiques du vieillissement”, comme existent les “bonnes pratiques des soins en Maison de retraite”⁴, etc..

Le terme de “vieillissement réussi” proposé par l’OMS, est défini comme “le processus d’optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d’améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie”. Mais ces possibilités de santé, de participation et de sécurité dépendent des personnes âgées concernées, de leur capacité à organiser leur propre vie, même si, pour une part elles dépendent de l’extérieur (d’autres personnes, de règles et de pratiques d’établissement) ou de leurs propres handicaps ou incapacités.

Les experts de l’OMS évoquent trois types de vieillissement :

1. Le vieillissement pathologique “marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt”: morbidités : dépression, démence, troubles de la locomotion, troubles sensoriels, affections cardiovasculaires;

2. Le vieillissement usuel ou habituel, sans pathologie mais avec des risques d’en développer par réduction des réserves adaptatives, risques de déséquilibres (syndrome de fragilité: conduisant à un risque de décompensation fonctionnelle, à une aggravation de l’état de santé ou à la dépendance);

3. Le vieillissement réussi, impliquant un haut niveau de fonction, avec le maintien des capacités fonctionnelles (ou leur faible atteinte) , sans pathologie, avec peu de risques d’en développer et une grande autonomie.⁵

Dans l’ensemble de ces travaux et propositions, on constate que se trouvent mis en avant deux dimensions du vieillissement réussi : une dimension quantitative liée à la longévité et une dimension qualitative liée à la qualité de vie. Mais l’une et l’autre peuvent être simultanément expliquées par des facteurs individuels autant que collectifs. Nous avons vu que le même âge chronologique ne se traduit pas de la même façon pour l’ensemble d’un groupe social. Des aspects personnels, géographiques, culturels, etc. peuvent être déterminants dans l’accès à des âges très avancés. En ce qui concerne la qualité de vie, la multicausalité est tout aussi évidente. On y voit en particulier intervenir des dimensions subjectives dans l’appréciation même de ce que peut être la “qualité de vie”, pour soi ou pour les autres.

Selon l’OMS la qualité de vie “est la perception qu’a une personne de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs du lieu où elle vit, par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. Il s’agit d’un vaste champ conceptuel englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. Dans le domaine de la santé, l’analyse de la qualité de vie intègre des aspects objectifs (conditions de vie, santé fonctionnelle) et des aspects subjectifs (satisfaction, bonheur, bien-être) qui permettent d’appréhender la situation des personnes dans sa globalité et de façon dynamique », (OMS, 1994).

Comme le rappellent Le Deun et Gentric (2007), les “critères du vieillissement réussi” ont évolué et se sont multipliés, dans la mesure où “le vieillissement réussi (prend en compte) la personne dans sa globalité et toutes ses dimensions, déterminant une approche médicale, sociale, psychologique, mais aussi éthique et philosophique” (op.cit. p.3). Ainsi la “satisfaction de vie” (associée au bien-être, au bonheur, à la qualité de vie) a été évoquée depuis bien longtemps comme l’un de critères majeurs (Havighurst et Albrecht, 1953 ; Palmore, 1979). Mais, comme nous l’avons déjà évoqué la dimension quantitative (“vivre longtemps”, longévité) doit être introduite en même temps que la dimension qualitative (“bien vivre”, qualité de vie, Roos et Havens, 1991). De par sa définition même, le vieillissement réussi (opposé au vieillissement habituel ou au vieillissement pathologique)

(4) Nous avons évoqué ailleurs (Tap et Roudès, 2008) l’intérêt et les limites de ces “guides de bonnes pratiques”, en particulier à propos des pratiques de soins dans les Maisons de retraites. Pour les bonnes pratiques du vieillissement, on peut citer ici O. de Ladouette Guide du bien vieillir. O. Jacob, 2004.

(5) Ce concept de “vieillissement réussi”, repris par l’OMS (1994) et par la commission chargée du Plan du Bien vieillir en France (2007) a été proposé depuis longtemps en psychologie et en médecine, et plus récemment repris par de multiples auteurs : Lawton G. (1946), Havighurst, R.J., (1963), Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987 et 1999), Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990), Coleman, P.G., (1992), Dubé, M. (2003), Jeandel, C. (2004), Le Deun, P. et Gentric, A. (2007), etc.

implique l'absence d'incapacités⁶, l'engagement actif dans la vie⁷, l'indépendance et l'autonomie⁸. Bien entendu, la notion de vieillissement réussi mise en avant aujourd'hui, impliquait de s'opposer aux conceptions négatives fondées sur le désengagement social et le retrait de la personne âgée.

Comme le rappellent Aguerre et Bouffard (2003) les théories du vieillissement ont évolué en intégrant divers aspects positifs. Contrairement aux théoriciens du désengagement qui mettaient l'accent sur l'acceptation par la personne de son impuissance (Cumming et Henry, 1961), de son renoncement à des buts devenus inaccessibles, de ses handicaps physiques (Bühler, 1968), les théoriciens de l'activité (Havighurst et Albrecht, op.cit ; Williamson, 2002) ont montré le rôle actif du sujet vieillissant, se consacrant à de nouvelles activités jugées plus adaptées à son âge. Les tenants de la théorie des rôles (Rosow, 1974), ont ajouté que le vieillissement réussi passe par l'adaptation à de nouveaux rôles, à une redéfinition du statut social des personnes âgées (le « statut sans rôle » évoqué par Zarit, 1980). Enfin la théorie de la continuité évoque l'importance des trajectoires de vie. Selon elle, la qualité du vieillissement dépend des expériences de vie passées des individus qui en tirent des enseignements pour le présent, assurant ainsi une continuité à travers les changements (Atchley, 1989, Costa et al. 1994a et b). Mais il ne faudrait pas oublier, bien sûr, que les aspects négatifs du vieillissement, y compris dans les conduites amoureuses et sexuelles, sont à l'œuvre et inclus dans le processus du développement « habituel ».

On notera, là encore, que les conduites amoureuses et sexuelles ne sont pas étudiées pour elles-mêmes. Le plus souvent, elles ne sont même pas citées.

Bien entendu, les guides du "bien vieillir" et les plans qui portent le même nom (Plan National « Bien vieillir » 2007 – 2009, gouv. 34 p. ; Gimbert et Godot Vivre ensemble plus longtemps, rapport complet pour gouv. 2010, 263p.), sont présentés sur un mode normatif, ce que, en tant qu'individus, nous devons faire pour devenir centenaires et réussir notre vieillesse. "Il faut être comme ceci et faire comme cela". Ils indiquent aussi ce que les politiques, les organismes décideurs doivent faire et prévoir pour la collectivité.

Cet aspect normatif est évidemment lui aussi présent dans les pratiques plus spécifiques concernant la conduite amoureuse et sexuelle. Nous devons "apprendre à vivre" notre sexualité, apprendre autrement, ou réapprendre, les comportements excitants ou tendres, passer de la séduction à la tendresse..

(6) Row & Kahn (1998, 1999), Friedrich (2001), Vaillant et Mukamal (2001).
(7) Coudin et Paicheler (2002), Baltes et Smith (2003), Aguerre et Bouffard (2003).
(8) Voir par exemple : Williams et Withs (1965), Strawbridge et Wahlhagen (2003). De son côté, Vaillant (2002) a concrétisé les tâches développementales au 3^e âge en un système de mesure simple qui donne un score de vieillissement réussi. Les gens qui vieillissent bien vers 75-80 ans ont les caractéristiques suivantes : 1. Ouverture et utilité sociale, 2. Acceptation des difficultés de la vieillesse, 3. Intégrité eriksonnienne, 4. Autres habiletés eriksonniennes : espoir, autonomie, initiative, etc., 5. Humour, joie et jeu.

DE LA LONGÉVITÉ À LA QUALITÉ DE VIE (À PARTIR DES CENTENAIRES) :

Lorsque l'on s'intéresse aux "centenaires" c'est pour découvrir le secret de leur longévité. Cela signifie à la fois que l'on admire leur "performance" (atteindre un tel âge) et que l'on voudrait les imiter. En développant les pratiques du bien vieillir nous espérons augmenter à la fois le "bien vivre" (qualitatif) et "le vivre longtemps" (quantitatif). Il existe dans le monde des régions ou lieux et des styles de vie qui sont favorables à la longévité. Pourquoi parler des centenaires dans un travail sur la sexualité. Sans doute ne pratique-t-il plus⁹, mais comment perçoivent-ils l'importance de la conduite amoureuse et sexuelle dans leur longue vie ? A-t-elle participé ou non à leur longévité ? La plupart des travaux les concernant évoquent surtout la nourriture. Il n'y a pas si longtemps, il fallait manger des yogourts comme les quelques centenaires caucasiens, ou s'inspirer du style de vie des Crétois ! Aujourd'hui on cite surtout les nombreux centenaires du Japon, malgré les étranges découvertes de ces derniers jours.

Le nombre des centenaires dans le monde est difficile à évaluer pour de multiples raisons techniques, culturelles ou psychologiques. Mais, il a littéralement "explosé", en particulier au Japon, même si le nombre officiel des centenaires japonais va faire l'objet d'une réduction étonnante. Comme l'indique Philippe Pons, dans Le Monde du 15-16.08.2010 : "Le Japon compte de plus en plus de personnes très âgées (plus de 40000 centenaires et « supercentenaires »), mais à la suite de la découverte du corps momifié dans sa chambre de celui que l'on pensait être le patriarche de Tokyo (111 ans), mort en fait depuis une trentaine d'années, des enquêtes viennent de montrer, après quelques jours d'enquête, que 279 centenaires manquent déjà à l'appel.. indifférence des enfants, escroquerie aux pensions, laxisme de l'administration.. ». Pourtant le Japon reste l'un des pays où la piété filiale et le respect des séniors sont les plus développés ! Selon Pons, « Le Japon est en train de devenir un laboratoire de l'adaptation sociale à l'allongement de la vie par la création de services municipaux (livraison de repas à domicile, lieux de sociabilité pour les personnes âgées dans leur voisinage..) et par la mise en service du vieillissement de ses ressources technologiques (armature motorisée venant à la rescousse de muscles défaillants ; toilettes conçues pour personnes dépendantes ; lits mécanisés commandés vocalement), etc. ».

Les centenaires de l'île japonaise d'Okinawa, qui a quatre fois plus de centenaires qu'ailleurs (dont 85% de femmes) a heureusement fait l'objet de recherches et d'attentions plus sérieuses. On a ainsi mis en évidence les caractéristiques essentielles de leur style de vie : "exercices physiques, pratique du yoga et méditation, vie sociale très développée, maintien d'activités commerciales, appartenance à des groupes d'amis, pas d'alcool, ni tabac, pas de sel" (Shimbun,

(9) Il faut être prudent lorsque l'on suppose que les pratiques sexuelles disparaîtraient avec le grand âge. Dans le passé on pensait aussi qu'à 70/80 ans la sexualité était inexistante. Mon expérience et mes entretiens me montrent aujourd'hui que c'était une erreur ! Bien entendu, comme les personnes plus jeunes, les personnes âgées peuvent exagérer leurs pratiques et leurs performances. La prudence est donc de règle, surtout dans les enquêtes fondées sur des données quantitatives (combien de fois ?, etc.).

2002; Rérolle, 2008; Le Deun et Gentric, 2007).

Une autre étude concerne les centenaires de Cuba, qui compte 1541 centenaires (Dépêche AFP, 28.05.2010) Parmi les centenaires interviewés, Marino Gonzalez, un paysan de 101 ans, se sert tous les jours un verre de rhum, fume le cigare, mange de tout et dort "comme un bébé". Ne rien s'interdire, mais tout faire avec modération est selon lui le secret de la longévité. "J'ai travaillé comme un cheval toute ma vie. Mais faire la fête, boire du rhum et manger de tout, mais avec modération, c'est cela ma formule magique", dit Marino, entre deux éclats de rire. Il n'a besoin ni d'une canne ni de lunettes, car "c'est pour les vieux". Il raconte avec délices des passages de sa longue vie. "J'ai eu une seule femme qui m'a donné deux fils, je n'ai jamais arrêté une minute de travailler et j'étais le meilleur, mais maintenant, c'est fini tout ça", confie-t-il. Marino a accepté de participer à une rencontre organisée entre centenaires, avec une seule idée en tête : "je veux me trouver une fiancée centenaire et la ramener à la maison ! ». Francisco Triana, tout juste 100 ans, a travaillé "pendant 40 ans dans une brasserie de la capitale, mais ne buvait que du malt et mangeait toujours très bien". "C'est vrai que j'ai été un homme à femmes", admet-il, appuyé sur une canne (preuve que l'amour et la sexualité ont un rôle dans la longévité !).

Pour Selman-Housein, médecin cubain, le secret de la longévité réside «dans le désir de vivre de ceux qui sont âgés, une alimentation riche en fruits et légumes, l'exercice physique et la culture comme enrichissement spirituel» pour combattre le stress. Iluminada Cedeno, 100 ans, est tout à fait d'accord avec le médecin. «Je n'ai jamais pensé en arriver là. J'ai passé 33 ans de ma vie à «couper des cordons ombilicaux ! «J'aime la danse et la musique, je ne fume pas, je ne bois pas, et j'ai toujours aimé marcher ».

Agée de 103 ans depuis peu, Rosa Cartaya, qui a été enseignante et obstétricienne, raconte qu'elle était une «petite fille très malade» mais que ses parents l'ont « toujours bien nourrie ».

Sans doute, pour bien vivre et longtemps, il faut "faire l'amour" ou de façon moins précise avoir des "activités sexuelles" le plus longtemps possible (avoir une longévité sexuelle en quelque sorte). Mais, là encore et à ma connaissance, aucune des recherches n'évoque le rôle spécifique de la sexualité dans le bien vivre et le vivre longtemps des centenaires, autrement qu'à travers quelques "bravades", dans le style de celles de Marino.

Au moment de rédiger le présent texte, je me trouve dans un charmant village du Sud-Ouest et je viens de rencontrer Alice, âgée de 99 ans, qui a accepté de dialoguer avec moi à propos de la question de la longévité et des conduites durant le 3^e âge. Je me servirai de l'entretien ainsi produit pour introduire mes réflexions, questions, exemples et remarques sur les rapports complexes entre l'âge, le corps, l'affectivité (non réduite à l'amour, mais l'incluant bien sûr !) et la sexualité.

rencontré Alice, petite, un peu courbée, mais constamment prête à se lever pour aider ceux qui l'aident ! Elle commence à me dire «Vous rencontrez aujourd'hui une véritable ruine», affirmation accompagnée de quelques autres remarques, supposées justifier son délabrement physique, alors que c'est le contraire qui frappe le visiteur, dès son arrivée. En fait, elle se lève fréquemment, prend sa canne ou marche en s'appuyant parfois sur un meuble mais de façon aisée. Selon le rituel de bienvenue, elle nous demande si nous voulons boire quelque chose. J'accepte de prendre un café. A 10 heures du matin, elle trouve que ce n'est pas habituel, le café serait plutôt à prendre durant l'après-midi. Elle demande donc à "Titou" (Madame B) de faire le café, en lui faisant des recommandations à mesure : il faudrait des petits gâteaux, le paquet de sucre n'est pas correct, puisque nous avons des sucriers ! etc... J'apprends au passage qu'elle fait elle-même ses repas, à la condition d'avoir le nécessaire en cuisine. Elle évoque son prochain repas : elle se fera des.. ?.. le nom du produit ne lui revient pas, elle se lève, ouvre le frigo et montre le paquet... de lazagnes.. « Ah oui, des lazagnes ! ». Elle me demande mon âge : « 72 ans ? Vous savez vous pourriez être mon fils ! ». Compte tenu de la discussion qui va suivre (elle n'a pas pu avoir d'enfant), cette réaction prend sens. En retour, j'ai d'ailleurs conscience qu'elle pourrait inversement être ma mère (ma mère étant née en 1913). On voit donc s'introduire un investissement réciproque.

Une discussion s'engage. Alice accentue constamment le fait qu'elle a une vie comme tout le monde (en réaction au fait que dans le village on la considère comme « extraordinaire »). Elle va manifester tout au long de l'entretien une grande capacité de remémoration, d'analyse (économique, politique – par exemple à propos de l'Allemagne, de ses rapports avec la France, de l'Europe..), de répartition, de gestion émotionnelle (rires, évitant tristesse à propos de certains problèmes de sa vie...).

Née en 1911, elle parle des deux guerres, évoque son mari (allemand rencontré pendant la seconde guerre ... « ça n'était pas bien accepté !... et leur mariage en 1947). Elle évoque le fait que l'Allemagne était dirigée par un fou. À propos des juifs, elle précise qu'ils (son mari et elle sans doute) ont caché deux juifs jusqu'à ce qu'ils émigrent aux États-Unis. Certains dans l'entourage disaient « il faut nettoyer », mais nous disions, au contraire qu'il fallait les aider.

Elle parle de son père, créateur d'une entreprise d'imprimerie dans le 20^e arrondissement de Paris. Elle a elle-même dirigé cette entreprise pendant un certain temps. Elle en tire une fierté explicite. Mais en dehors de cette période, elle a été la commerciale de l'entreprise. Aujourd'hui, elle vit bien, avec une bonne retraite.

Elle avait 36 ans au moment de son mariage. Malgré une opération, elle n'a jamais pu avoir d'enfants. "Nous avons en quelque sorte été punis de notre amour". Elle a par contre de nombreux neveux et nièces, arrière-neveux et arrière-nièces. Elle va d'ailleurs aller déjeuner tout à l'heure au Restaurant avec une dizaine d'entre eux. Ce soir elle a rendez-vous avec son masseur, un jeune « vraiment attentif » et « qui l'aide beaucoup pour son mal de dos » : certaines de ses vertèbres sont « mal en point, selon le masseur », mais il n'est plus utile d'opérer ! Ceci dit, les massages lui font le plus grand bien ! "Il fait ce que je lui demande, quand j'ai mal, ici ou là ! »

Elle ne lit pas les journaux locaux. Elle ne lit que la série des Figaro (Le Figaro, Le Figaro littéraire, le Figaro Magazine). « Mon vrai job aujourd'hui ce sont les mots croisés du Figaro. Dans le passé, c'est Mr Y. qui construisait les mots croisés du Figaro. Aujourd'hui, c'est un plus jeune. Les mots croisés sont devenus plus compliqués parce qu'il introduit des termes anglais. Or moi, je connais bien l'allemand, mais pas l'anglais ; il y a des mots que je ne peux trouver ».

Une discussion s'engage à propos de la politique. Alice manifeste clairement qu'elle est au courant des problèmes actuels, aussi bien de la crise, des problèmes financiers (l'un de ses neveux est dans une banque, un autre est enseignant de droit et avocat d'affaires..), que des difficultés quotidiennes. Le fait qu'elle ait vécu deux guerres l'amène à penser que ça l'obligeait, comme les autres, à s'adapter. Si cela arrivait aujourd'hui, elle se demande si les gens pourraient s'adapter de la même façon. En ce qui concerne la retraite, elle dit qu'il faut continuer à agir, à trouver des activités, tout le reste de sa vie, et que la retraite à 60 ans, c'est pas du tout rationnel. « En ce qui concerne ma façon de vivre ? Depuis toujours j'ai eu une vie bien remplie, et je suis prête à partir : à mon âge, ça peut arriver n'importe quand (je lui fait remarquer que c'est vrai, quel que soit notre âge : elle acquiesce, rit mais contenue) ... Il y a toujours des événements qui rythment mes journées. Je vis au jour le jour. Aujourd'hui je vais bien, j'ai plusieurs rendez-vous, hier ça allait moins bien, d'où le fait que j'ai remis notre RV à aujourd'hui, demain ça pourrait être pire. Mais il faut s'adapter à ces changements. Je suis entourée de gens qui m'aident. Z., ma femme de ménage, elle est là si je peux avoir besoin de quelque chose, elle sait m'aider et s'occuper en même temps. Et puis, si nécessaire, il suffit que j'ouvre ma fenêtre et que je demande à des voisins ou à des passants qui me connaissent de m'aider, et puis il y a Titou, qui me bichonne, me coiffe, m'enlève les poils de trop. Elle est à mes petits soins ! Et puis il y a la famille. La famille c'est bien, mais c'est fatigant ! Il suffirait qu'ils viennent me voir, qu'on parle une heure, comme maintenant. Tandis que là il faut sortir, aller déjeuner en voiture, avec des enfants jeunes un peu turbulents ! C'est fatigant ! ».

A propos de relations amoureuses au 3^e âge ? « Bien sûr, pourquoi pas, le corps et le cœur ont des besoins à tous les âges. Se sentir aimé, c'est important ! » La discussion dévie sur le sentiment de vieillissement. « Moi, je me sens très jeune. D'ailleurs, je viens de revoir Madame A., que je n'avais pas vue depuis trois ou quatre ans : elle vient de prendre sa retraite (64 ans) : elle a attrapé un sacré coup de vieux ! Je me sens plus jeune qu'elle ! »

« L'important dans la vie, c'est d'être active. Marcher, lire, rencontrer des amis et discuter ». Je lui dis qu'il serait intéressant qu'elle écrive ce que fut sa vie, ou qu'elle la raconte à quelqu'un qui serait là pour écouter et noter. Elle dit qu'elle aime lire et écrire, mais qu'elle lit parfois des livres écrits par des gens qui n'ont pas vécu grand-chose (en l'écoutant je pensais à ceux qui brodent sans avoir appris la couture !). Elle ne veut pas écrire des choses qui n'auraient aucun intérêt. « Nous sommes tous pareils, il faut donc transmettre ce que nous savons aux plus jeunes, mais sans se sentir différent ». À propos du lien entre l'écriture et son âge, elle n'a aucune envie d'être réduite à être « un monument historique ». « Je veux vivre ma vie et transmettre des choses, mais pas à cause

de mon âge ! ». Elle me raconte alors plusieurs événements significatifs de son passé.

L'heure avance. Elle me fait visiter la terrasse, me montre les fleurs. Me parle du village : qu'est-ce que j'en apprécie ? Suis-je là pour quelques jours ou de passage ? Je peux repasser ? « Bien, alors ma porte vous est grande ouverte. C'est toujours ouvert en bas, vous montez et vous m'appelez, j'aurai plaisir à vous accueillir. Avant que nous partions, elle embrasse Titou, je réclame la même faveur : elle rit, heureuse de la demande, « J'adore les barbus ! D'ailleurs, il y avait une émission sur les barbus ! », Je lui confirme le nom de l'émission, dans les années 50 : « Malheur aux barbus ! » : Elle est un peu interloquée : « Vous êtes sûr que c'était : « Malheur » ? », « Oui » ; « Bon, je vais rechercher ça !... Je préférerais les petites barbes dans le style Napoléon III ! Allez, profitez de la journée, à bientôt ! ».

Pour cette première rencontre, il était exclu que je puisse lui poser directement des questions plus intimes concernant la place des conduites amoureuses ou sexuelles durant sa vie. Mais sa liberté de parole et sa spontanéité me laissent supposer qu'elle aurait pu y répondre.

DÉVELOPPEMENT DE LA « PERSONNE GLOBALE » (PERSONNATION) ET ÉVOLUTION GÉNÉRATIONNELLE : CONSÉQUENCES POUR LES PERSONNES ÂGÉES.

Ce qui frappe la plupart des psychologues spécialistes du 3^e âge, c'est l'importance psychologique de l'estime de soi, de la reconnaissance, de la compassion, de la sociabilité et de l'autocompassion (le « prendre soin de soi-même ») dans l'avancée en âge.

Soeur Emmanuelle a lucidement déclaré : « J'ai compris qu'il est impossible de séparer le noyau dur de son propre intérêt du souffle d'amour pour les autres. Notre nature cherche son épanouissement. Elle contient elle-même la soif de jouir, de posséder, de « se faire mousser », comme elle contient aussi l'élan du don, du service, de la compassion » (2005, p.110).

Le processus de valorisation, le désir d'être reconnu par les autres et de s'accorder à soi-même une valeur, est évidemment engagé dès l'enfance et l'adolescence, mais il est toujours présent, jusque chez les centenaires !

À titre d'exemple limite, à propos de la représentation de soi dans et par la sexualité, l'homme macho peut fonctionner à partir d'un étrange cartésianisme du type « Je bande donc je suis ! », pratique ainsi la synecdoque sans le savoir (c'est-à-dire la « confusion du tout et de la partie » !). La « puissance sexuelle masculine » peut effectivement être devenue fondamentale dans la définition de son identité personnelle toute entière. Par contre, s'il dit « Je bande, donc je vis ! », on retrouve certes une reconnaissance identitaire, mais après un détour par la mort et par l'énergie vitale, dont la sexualité fait partie sans s'y confondre.

La femme amoureusement déçue qui élimine les relations sexuelles de sa vie parce qu'elle ne « veut plus être un objet sexuel », c'est-à-dire qui ne veut pas être réduite à son organe sexuel (refusant ainsi la synecdoque!), affirme de cette

façon son besoin d'être reconnue dans son « entièreseté » de personne.

L'un et l'autre doivent bien sûr questionner leurs pratiques et la hiérarchie de leurs valeurs, et à travers elles leur identité personnelle en relation avec leurs divers rôles et actions, en relation avec toutes les identités qui s'y trouvent conflictuellement impliquées : être homme et/ou femme, hétéro et/ou homo, dominateur et/ou dominé, père-mère et/ou fils-fille, tendre et/ou sec !, etc.).

Les travaux sur l'estime de soi (forte ou faible, positive ou négative) ont, au moins partiellement, analysé ce besoin d'affirmation et de reconnaissance de soi. On peut citer comme exemplaires les recherches de l'équipe de Richard W. Robins de l'Université de Californie, concernant l'évolution de l'estime de soi dans l'avancée en âge, de l'enfance à la vieillesse. Dans un article publié dans *Psychology and Aging* (Robins & al. 2002, repris dans 2005), les auteurs précisent qu'ils ont fait passer une échelle d'estime de soi à 326 641 américains, hommes et femmes, de 9 à 90 ans, pour comprendre comment évolue l'estime de soi générale (!). Les résultats (cf. graphique ci-dessous) montrent que l'estime de soi (autoévaluée) baisse au moment de l'adolescence, augmente progressivement jusqu'à 70 ans, puis diminue fortement entre 70 et 90. Par ailleurs les hommes ont une meilleure image d'eux-mêmes que les femmes, entre 13 et 70 ans, mais cette « supériorité affichée » disparaît après 70 ans !

428

ROBINS, TRZESNIEWSKI, TRACY, GOSLING, AND POTTER

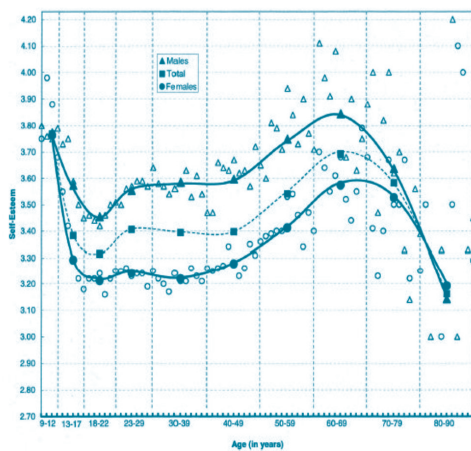


Figure 1. Mean level of self-esteem as a function of developmental period, separately for the total sample, males, and females. Also plotted are year-by-year means, separately for males (open triangles) and females (open circles).

Dans une étude longitudinale plus récente de deux des auteurs précédents (Robins et Trzesniewski) associés à Orth, collègue suisse (Orth et al., 2010), 3617 personnes (de 25 à 104 ans) ont répondu quatre fois à l'échelle d'estime de soi, avec une attente de 16 ans entre chacune des passations. On retrouve globalement la même courbe que ci-dessus (avec la différence importante que ce sont les mêmes personnes qui répondent quatre fois dans leur vie). Les auteurs montrent le poids des différences selon, l'âge, le sexe, l'ethnie (blancs et noirs) et le niveau d'éducation.

Mais lorsque l'on évoque les différences selon l'âge, en particulier à propos des différences de représentations, d'attitudes et de pratiques amoureuses ou sexuelles, on fait aujourd'hui intervenir les différences entre générations,

en particulier la génération des "baby boomers" (qui ont aujourd'hui 60 ans et plus) comparée à la génération précédente mais aussi à la génération suivante (ceux qui ont aujourd'hui 40 ans et moins, la génération Y).

Dans son ouvrage « Generation Me¹⁰ » publié en 2006, Jean Twenge (Mme) affirme que les membres de la génération Y (post 68) se caractériseraient par une surévaluation de leurs capacités et par un niveau exagéré d'estime de soi, un narcissisme exacerbé. En 2009, Jean Twenge et W. Keith Campbell, en viennent même à affirmer l'existence d'un narcissisme épidémique à partir d'une éducation fondée sur la survalorisation individualiste des enfants et qui pourrait même expliquer les origines de la crise économique actuelle. Cette hypothèse est objet à discussion : les auteurs minimisent l'existence de bas niveaux stables d'estime de soi accompagnés de souffrance psychique et de difficultés adaptatives multiples. Par ailleurs, Baumeister et al. (2003) évoquant une recherche auprès de la génération Y, déclarent « Nous n'avons pas trouvé d'indications qui prouverait que renforcer l'estime de soi (par intervention thérapeutique ou en milieu scolaire) soit bénéfique. Nos résultats ne plaident pas en faveur de la promotion et de l'extension de l'estime de soi dans l'espoir que cela pourrait améliorer les résultats scolaires. Au regard de l'hétérogénéité des hauts degrés d'estime de soi, complimenter sans mesure pourrait tout aussi bien promouvoir le narcissisme et ses conséquences indésirables. ¹¹ L'incitation à l'humilité proposée par Twenge a été largement discutée. Par contre la notion de « self-compassion » (Schoendorff, 2009b), très étudiée aujourd'hui, en particulier par Kristin D. Neff et al. (2009a, b, c), introduit des hypothèses nouvelles susceptibles de réorienter la compréhension des liens entre le stress, le coping et l'estime de soi.

Par ailleurs, en 2008, Greenberg et Weber, publient un ouvrage intitulé « Generation We »¹² dans lequel sont évoqués mille exemples d'engagement, de mobilisations solidaires.

L'opposition entre une société individualiste (primat du Soi) et une société solidaire (primat du Nous) n'est pas nouvelle, mais elle se trouve enrichie par la nécessité de mieux comprendre la transaction entre le développement durable et la défense positive. L'émergence d'une psychologie écologique fondée sur l'interaction complexe entre la personne, les groupes (à diversité culturelle) et la Nature semble pouvoir s'appuyer aujourd'hui sur l'émergence parallèle de la Psychologie positive fondée par Martin Seligman et Mihaly Csikszentmihalyi, 2000¹¹.

Bien entendu, le problème évoqué s'applique parfaitement aux conduites amoureuses et sexuelles (et pas seulement scolaires, professionnelles, institutionnelles) et à la population des personnes âgées. Marie de Hennezel (2008) déclare d'ailleurs : "J'ai tenté, tout au long de cette méditation

(10) Avec un sous-titre significatif : « Why today's young Americans are more confident, assertive, entitled -- and more miserable than ever before »

(11) Voir the Journal of positive psychology dedicated to furthering research and promoting good practices. Publié par Taylor and Francis Group. Edition : Routledge.

sur l'avancée en âge, de garder les deux yeux ouverts¹². Un oeil sur tous les maux qui nous font si peur, un oeil sur les joies qu'elle nous réserve. J'ai tenté pour cela, de me tenir à distance du catastrophisme, de la sinistrose ambiante, qui ne voient dans cet âge de la vie que désastre, sans pour autant tomber dans l'euphorie du mythe de la vieille heureuse" (op.cit.p.13).

L'un de mes meilleurs amis, Sandy Jackson, psychologue hollandais bien connu, quelques temps avant sa "mort annoncée" (cancer), critiquait justement Martin Seligman qui, dans le cadre de la psychologie positive, voulait "tout expliquer par l'optimisme" ! Il aurait pu dire lui aussi, qu'il gardait "les yeux ouverts", signe de réalisme et d'adaptation, tant il vivait réellement ce qu'il cherchait et enseignait sur l'importance des stratégies de gestion du stress (coping). Cela ne signifie pas bien sûr que l'optimisme ne joue pas un rôle majeur, mais il n'est pas le seul en jeu.

Il en est de même pour l'estime de soi, ou toute autre dimension mise en avant (conatus, résilience, sociabilité, etc.). L'important est de replacer ces dimensions dans la complexité des "conduites" en même temps que dans la "personnation", la dynamique temporelle de développement global de la personne tout au long de sa vie.

LA CONDUITE (PERSONNELLE OU COLLECTIVE) COMME COMPLEXITÉ ET LE PROCESSUS DE PERSONNATION : PRÉALABLE THÉORIQUE.

La conduite comprend tout ce qui permet à la personne d'attribuer du sens à sa situation, de légitimer ses propres attitudes et comportements en fonction des valeurs qu'elle défend et des projets qu'elle développe.

Pour comprendre l'importance des processus relationnels, et plus précisément amoureux et sexuels, il convient d'analyser leur lien avec la dynamique personnelle totale, de les replacer dans le jeu des conduites individuelles et collectives. On entendra par «conduite», l'articulation intrapersonnelle (ou intragroupe) complexe des activités mentales et des comportements liés à un champ donné des pratiques humaines (par exemple amoureuses et sexuelles) caractérisé par l'interaction entre la personne, une autre personne ou un groupe, un entourage humain et un environnement physique, social et culturel. Mais il convient de préciser cette notion, importante à mes yeux.

Les conduites sont souvent considérées comme synonymes de comportements. Il convient pourtant de les différencier. Le comportement est supposé « objectif », observable, alors que la conduite introduit la dynamique non visible des mêmes comportements, c'est-à-dire les activités mentales et les sentiments avant leur expression.

La conduite est l'ensemble organisé des activités comportementales et mentales orientées par des désirs, des motivations, des valeurs à défendre et des défenses à activer. Ainsi les convictions et les croyances, les fantasmes et les rêveries, le langage intérieur, les sentiments amoureux

(12) M. de Hennezel s'appuie pour cette image sur l'abbé Pierre qui disait "il faut toujours garder les deux yeux ouverts, un œil ouvert sur la misère du monde pour la combattre, un œil ouvert sur la beauté ineffable, pour rendre grâce ».

ou agressifs, les désirs sexuels, les évaluations mentales dans les activités professionnelles sont autant d'opérations psychologiques qui permettent d'articuler les représentations et les actes, le corps et les communications sociales. La notion de conduite renvoie à l'hypothèse du caractère organisé, structuré, unifié de la personne¹³. La conduite ne peut se réduire à ses aspects physiques ou sociaux. « Par conduites il faut entendre celles qui s'extériorisent en action, mais aussi celles qui sont intériorisées sur le mode des fantasmes ou sous la forme de rapports intrasubjectifs entre les diverses tendances de l'appareil psychique » (Widlöcher, 1973). Des auteurs comme Meyerson (1948) et Malrieu (2003) ont montré l'importance des émotions, des sentiments et des systèmes de valeurs dans l'émergence et le fonctionnement des représentations socio-personnelles dans la dynamique des conduites.

Selon Malrieu, « La conduite consiste dans le passage du mécontentement et des désirs à la satisfaction, par l'intermédiaire de l'acte d'adaptation. C'est à l'interaction des phénomènes affectifs et des comportements d'ajustement au monde qu'est dû l'équilibre relatif à chaque stade » (1967, Introduction, p. 12). Cette définition pour les premières années de la vie est aujourd'hui utilisée par bien des auteurs comme objectif de toute la vie, s'appuyant sur une philosophie hedoniste, libérée, associée au bien-être et à la qualité de vie.

Dans la conclusion de son dernier ouvrage sur La construction du sens dans les autobiographies, le même auteur (40 ans plus tard, à l'aube de ses 90 ans) synthétise ce qu'il appelait justement les « actes de personne », au-delà des comportements et même des conduites ; ces actes que l'on pose dans les situations critiques et qui obligent la personne à trouver ou retrouver le sens qu'elle donne à sa vie, à sa propre histoire, en référence à des valeurs, et liés à des adhésions et à des engagements les plus divers.

« L'individu (...) imagine ce qu'il doit faire en se dégageant des conduites où il a été engagé, de leur signification limitée, pour s'engager dans un acte de rupture, qui lui permet de resignifier son histoire personnelle. Mais (...) il n'y parvient que dans des dialogues multiples avec des tu qui le réorientent, (et en prenant en compte) l'immense mouvement social dans lequel il est pris. (Il devient) un sujet qui débat avec les autres, et dans son for intérieur, de l'avenir des hommes ». (Malrieu, 2003, p. 276). Cette stratégie serait plutôt liée à une philosophie « héroïque » assez opposée à la philosophie hédoniste du bien-être. A vrai dire ces deux philosophies interviennent constamment, tout au long de la vie, leur relative harmonisation permettant à la personne de se libérer d'aliénations et de dépendances multiples, et de construire jour après jour une philosophie de la personnation (construire et/ou préserver des marges de liberté permettant de poser des "actes de personne").

(13) Lagache définit la conduite comme « l'ensemble des opérations matérielles et symboliques, par lesquelles un organisme en situation tend à réaliser ses possibilités et à réduire les tensions qui menacent son unité et le motivent. L'expression « ensemble des opérations » n'exclut aucune réaction ou réponse de l'organisme, et implique en outre que ces réactions ou réponses forment une totalité structurée » (1951, p.310).

En fait, et la conduite amoureuse et sexuelle en est un bon exemple, toute conduite fait intervenir sept processus diversement "tressés", chacun d'eux activant des décisions et orientant de multiples représentations, intentions et actions, en fonction de ces décisions.

1. *L'Energie, à travers les Besoins, les pulsions, les désirs, les motivations;*
2. *L'Information à travers la dynamique cognitive, les représentations de soi (identités), du corps, de l'autre, des attentes sociales..;*
3. *La Mobilisation par le projet et sa tension réalisatrice;*
4. *La Légitimation par les valeurs et les "référénts";*
5. *Le Contrôle (interne-externe : normes, modèles, règles, rôles, statuts);*
6. *Les Actions/réalisations;*
7. *Les Sanctions (c'est-à-dire les effets, positifs ou négatifs, en feed-back, relance ou fermeture, etc.)*

Mais la personne développe ainsi de multiples conduites impliquant chacune ses objectifs, ses moyens d'expression et de réalisation. Elles peuvent s'harmoniser ou se combattre. La violence intra ou interpersonnelle trouve son explication de cette difficulté de la personne à harmoniser simultanément ses propres conduites et celles des personnes avec qui elle entre en relations (couple, famille, groupe professionnel).

Les difficultés liées à la sexualité peuvent être le résultat de multiples causes, anciennes ou récentes, physiques, psychologiques, environnementales ou sociales. L'une des difficultés provient de la nécessité d'harmoniser le rapport entre soi, l'autre et le « nous ». Opposition à dépasser entre la sexualité assertive (fondée sur le narcissisme et la domination : du style du « tirer un coup » évoqué par les hommes, ou la recherche des « derniers tickets », des « dernières poires pour la soif » du 3^e âge, évoqués par les hommes comme par les femmes !, se tourner vers des partenaires plus jeunes, passer de l'hétérosexualité à l'homosexualité, etc.) et la sexualité oblatrice (don, tendresse, amour centrés sur l'autre et ses attentes). Analyser les liens entre les troubles identitaires, les mécanismes de reconnaissance ou de méconnaissance et les blocages ou conflits associés à l'amour, à la sexualité. Difficulté du passage de la dynamique de séduction à la dynamique de tendresse, difficulté à gérer les identités multiples construites à la fois par soi et par l'autre : être à la fois le mari (la femme), l'amant (la maîtresse), le père (la mère), le fils (la fille), etc. de l'autre. L'interaction peut être complémentaire ou contradictoire, harmonisée et constructive ou conflictuelle et aliénante. (Exemple de couple mère-fils, la femme de 20 plus âgée que l'homme - sans relations sexuelles depuis plusieurs années, comme si pesait (peut-être) l'interdit de l'inceste).

Ceci nous amène à évoquer les effets de « l'infantile » dans la dynamique amoureuse et sexuelle des séniors, que cet infantile soit perçu ou non comme des « retours catastrophiques » ou des « régressions positives » aux aspirations ou aux conduites enfantines. Mais prenons d'abord un exemple questionnant, celui des relations d'une adolescente déficiente mentale avec son père :

LA SEXUALITÉ ET LE HANDICAP MENTAL : LE CAS D'INCESTE CONSENTI (HISTOIRE RACONTÉE PAR ROLANDE ROUDÈS, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, FRANCE).¹⁴

« En Hôpital psychiatrique, il y avait une adolescente déficiente mentale, sans grand contact, poussant des cris de temps en temps. Elle marchait, elle vivait, mais elle n'avait pas de relations véritables, avec qui que ce soit. Mais son père venait la voir. Quand il arrivait, elle ne disait pas « papa », mais son visage s'illuminait. Il l'amenait dans les bois voisins et il lui faisait l'amour (ça on le savait). Elle savait bien reconnaître le stimulus « plaisir » (même si le stimulus « père » était flou). Elle avait sans doute accès à d'autres plaisirs corporels (nourriture ou autre). Mais son père était une référence à « un homme qui lui faisait du bien », à mon avis. Le personnel médical a réagi en laissant faire, parce que le seul plaisir qu'elle avait dans la vie était celui-là ».

L'ATTACHEMENT : BASE DE SÉCURITÉ ET DE COMMUNICATION PRÉCOCE

L'exemple qui précède amène bien sûr à rappeler l'importance de l'interdit de l'inceste dans la dynamique amoureuse et sexuelle, à évoquer la question des effets du handicap (physique ou mental) sur l'expression du désir et du plaisir sexuels, sur la difficulté d'établir des relations acceptables (cf. les interventions dans le présent numéro sur l'aide possible aux handicapés sur le plan sexuel).

L'attachement est un système de conduites primaires spécifiques, qui permet au bébé d'établir et de maintenir la proximité ou le contact avec sa mère, afin de réduire la crainte et l'anxiété, (Bowlby, 1984). L'enfant va progressivement construire un « Modèle interne opérant » qui va évoluer à l'adolescence puis à l'âge adulte et au 3^e âge (Pierrehumbert & al. 1996), orientant de véritables stratégies relationnelles fondées sur l'angoisse de séparation, l'instauration de réactions « abandonniques » (ne me quitte pas) ou « d'affirmation de soi » (lâche-moi la grappe ! je n'ai besoin de personne, je peux vivre seul) ou intermédiaires (« ne me quitte pas mais lâche-moi la grappe », etc. (Tap, 2000, 2002).

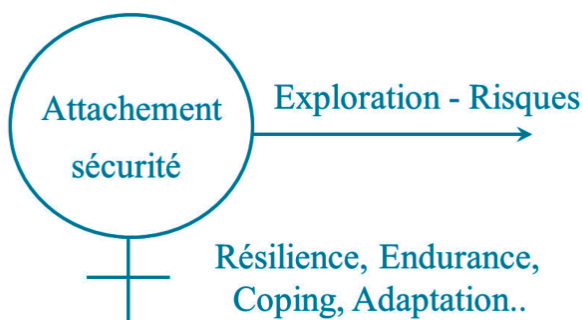
En ce qui concerne la question du retour à "l'attachement infantile", on peut symboliser la théorie correspondante à partir de l'interaction complexe entre trois éléments constituant l'attachement primaire fusionnel du bébé, de l'enfant à sa mère, et réciproquement (mais d'une réciprocity indifférenciée, en quelque sorte) : la sécurité, la prise de distance, la gestion des souffrances provoquées par la trop forte proximité et/ou la trop forte séparation !

1. Le cercle peut symboliser la fusion liée au besoin de sécurité et à l'accroche, à l'enracinement, à l'ancrage : philosophie du bien-être fusionnel ;

(14) Extrait de l'entretien à quatre (Michel et Christiane Chiessal, (M) et (C), Rolande (R) et Pierre (P) dont une partie a déjà été publiée dans les actes du colloque sur la professionnalisation des personnels de Maisons de retraite (Tap et Roudès, 2009)

2. La flèche symboliserait l'exploration et la prise (relative) de risques, permettant à long terme l'autonomisation et l'orientation ; (philosophie de la liberté d'être soi-même, indépendant et responsable, séparé mais engagé dans d'autres relations, externes ;

3. La croix enfin symboliserait le conflit, la crise, qu'il faut subir puis dépasser, grâce à la résilience, à l'endurance, au coping (gestion du stress), et en définitive à la dynamique de multiples processus d'adaptation-dépassement : philosophie héroïque de l'être solitaire, isolé, ou en solidarité mais capable de faire face, dans les deux cas (avec ou sans aide).



Bien entendu, le fait que ce schéma contienne à la fois le sigle masculin (cercle+flèche) ou le sigle féminin (cercle+croix) n'est qu'un clin d'œil signifiant clairement que ces trois processus sont sans (aucun) doute universels, et entre autres communs aux hommes et aux femmes ! Tout être humain dispose donc de ce que l'on pourrait appeler une « androgynie d'action ». La sécurité peut être évoquée aussi bien en termes émotionnels et affectifs qu'en termes de sécurité physique (éviter les maltraitances sexuelles, sida et préservatifs, etc.). L'exploration implique le droit et la capacité de chercher de nouveaux amours et de nouvelles expériences, de s'engager dans de multiples activités valorisantes. Enfin prendre le risque de la liberté, prendre le risque d'accepter le vieillissement, assumer le fait que nous sommes mortels, nécessite la résistance au stress, à l'angoisse, la capacité à s'adapter en assumant les changements, à renforcer résilience et endurance, à assumer même sa façon de vivre ou de mourir.

LE FOL AMOUR DE L'ANCIEN COMBATTANT (HISTOIRE RACONTÉE PAR MICHEL ET CHRISTIANE CHIESSAL, FRANCE)

M- Tu te souviens de la femme qui se faisait rouler des pelles par un pensionnaire ?

C- Ce n'était pas marrant pour elle !

R- C'était peut-être bien pour elle aussi ?!

C- Sauf qu'il avait failli l'étouffer en l'embrassant ! Il était écoeurant ce vieux ! Il était laid !

M- En plus, il avait pris une balle dans un oeil. Il avait aussi l'ongle du gros orteil qui recouvrait la totalité des autres doigts. A l'époque, on n'allait pas voir leurs pieds ! Quand ce Monsieur est arrivé, je l'avais pas pris en affection. Il était tellement misérable, pitoyable, démuné ! Il ramassait les mégots pour se faire des cigarettes. Il n'avait rien pour s'habiller. Il avait en plus cet oeil révulsé. C'est vrai qu'il

n'était pas chouette. Enfin bref ! Il avait reçu une balle pendant la guerre, mais il ne touchait pas de pension. Ce n'était pas normal. Il aurait dû toucher quelque chose. J'ai écrit aux Anciens combattants. J'aurais dû me méfier davantage. En fait, il faisait partie de la Légion Française contre les bolcheviques, alliés des allemands contre les russes ! Forcément, il n'avait pas droit à une pension !

R- Ceci dit, il faisait du gringue à une démente, si j'ai bien compris ?

M- ça n'a pas duré très longtemps. Il a eu des problèmes d'ongles. Il a eu la pelade. Mais avant ça, il était fou après cette femme qui tombait sa culotte en marchant ! Lui avait une fille qu'il avait abandonnée à la naissance. Elle avait réussi à le retrouver et à le fixer dans le coin. Elle avait aussi réussi à lui obtenir une pension qu'il ne touchait pas. C'est elle qui récupérait cette pension à ses dépens. Il y a quelques cas comme ça qui portent à rire aujourd'hui.

C- C'est vrai qu'il a été pris d'affection pour cette femme-là !

M- La fille de cette femme avait giflé ce monsieur. Après, elle s'était excusée ; mais il avait failli l'étouffer. Je suis sûr qu'elle aussi prenait plaisir !

C- Le jour où il avait failli l'étouffer, elle ne devait pas aimer !

M- Non, non, « étouffer », c'est une façon de parler !

C- Pour toi, c'était accepté, mais pour moi ?!

M- En tout cas, elle n'a jamais crié pour se défendre !

R- Par rapport à la femme embrassée : ce n'est pas valorisant de n'être qu'un objet sexuel devant un public !

P- Dans l'intimité, la femme aurait changé d'attitudes sans doute.

C- Souvent les amants on les envoie sur la chambre d'hôtes

M- De toutes façons tu ne peux pas les empêcher

C- La mémé était démente

P- Une démente pas religieuse !

Les travaux sur les rapports entre la sexualité des personnes démentes (à domicile ou en institution) sont relativement rares. L'opinion généralement répandue selon laquelle les préoccupations sexuelles des personnes âgées seraient anormales, égoïstes, voire perverses, est encore plus stigmatisée pour les personnes vivant en institution, surtout si elles sont atteintes de démence. Derouesné (2005) note la rareté des recherches sur la sexualité des personnes démentes et de leurs conjoints. Il constate que dans les recherches publiées, seule l'opinion des aidants (conjoints ou enfants) ou du personnel soignant a été pris en compte. Aucune n'a accordé de place à ce que les patients pouvaient déclarer sur leur propre sexualité ! (op.cit. p. 282).

Ehrenfeld et al. (1999) ont analysé les réactions du personnel soignant face aux comportements de séduction, aux gestes amoureux ou sexuels des patients en maisons de retraite. Le personnel manifeste de l'amusement lorsqu'il s'agit de « rapprochements romantiques » entre résidents. Par contre, devant les comportements sexuels considérés comme inappropriés (surtout de la part d'hommes à l'égard du personnel féminin), les réactions sont de rejet, de colère ou de dégoût. Mais les auteurs discutent le caractère « inapproprié, attribué souvent à tort à ces comportements. Voyons ce qu'il en est dans les Misericordias portugaises et dans les EHPAD en France.

LA SEXUALITÉ DANS LES « MISERICORDIAS » AU PORTUGAL (ENTRETIEN AVEC MARIA EDUARDA TEIXEIRA DA SILVA)¹⁵

P - Dans les Misericordias (Maisons de retraite) la sexualité n'est-elle pas posée en termes d'interdits ? Même si les personnes âgées voulaient et pouvaient faire l'amour, n'en sont-elles pas privées, empêchées par l'institution, par le fonctionnement de l'Établissement, indépendamment des capacités ou des incapacités des personnes concernées à gérer la conduite amoureuse et sexuelle ?

E - La structure de l'Établissement n'est en effet pas prévue pour tenir compte de l'intimité des relations entre les résidents. Les chambres ne sont souvent même pas individualisées (chaque chambre reçoit deux résidents qui ne se sont pas choisis, qui sont imposés l'un à l'autre au moment de l'admission. L'intimité, même individuelle, est ainsi impossible, à plus forte raison l'intimité en couple. Les salles de bains sont communes à plusieurs. Cela pose donc des problèmes difficiles en termes d'hygiène personnelle, de respect corporel, de honte, etc. Pour la sexualité, au-delà de ce problème architectural et spatial, intervient un second problème : c'est celui de la mentalité des personnels, et pour commencer la mentalité du Directeur (ou de la Directrice), de la personne gestionnaire. Certains collègues sont très durs là-dessus. Dans la mesure où nous ne proposons pas les conditions minimales de gestion de l'intimité, en particulier sexuelle, nous sommes nécessairement amenés à instaurer des règles strictes. La tendance de certains est donc d'interdire, par exemple le fait d'aller dans les chambres des autres. Mais il y a maintenant de plus en plus de gestionnaires qui se posent des questions sur cet état de choses. Mais même pour ces personnes, la conception de l'espace de l'Établissement empêche des changements significatifs dans les pratiques, dans la façon de vivre des résidents, même si les mentalités évoluent.

P - Il y a donc deux causes au blocage : le système spatial et architectural est inadapté et le système des règles instituées est trop rigide encore, même si la mentalité des directeurs et des personnels change ?

E - Oui. Mais les personnes âgées essayent, malgré tout ça, de résoudre leurs problèmes, de s'adapter. Il y a une chose importante que j'ai instituée, parce que c'était nécessaire : c'est la formation du personnel. Celui-ci doit respecter la dignité des résidents, il faut qu'ils apprennent le respect, taper à la porte avant d'entrer, ne pas critiquer méchamment les personnes qui ont des problèmes de malpropreté, etc. L'attitude du personnel à l'égard des résidents est déterminante ; et cet aspect peut, plutôt doit être travaillé dans le cadre d'une formation (plus ou moins continue). En ce qui concerne la question de la structure spatiale, j'ai contourné le problème en créant une chambre à utilisation temporaire, libre. C'est une chambre pour deux personnes.

P - C'est donc la seule chambre de couple ?

E - Non, il y a huit chambres pour des couples mariés. Mais il y a les personnes qui ne sont pas mariées et qui peuvent avoir envie de constituer un couple, même temporaire, qui ont besoin d'une relation et qui n'ont pas d'espace pour ça.

P - ... Sauf cette chambre qui permet de fonctionner temporairement en couple ?

E - Exactement. Par ailleurs, peut intervenir la situation d'une personne qui se trouvait seule dans une chambre. Une autre personne peut obtenir de s'installer avec elle (plus ou moins temporairement). Aujourd'hui ces variations ne provoquent plus de scandales, comme dans le passé.

Par contre, c'est différent si les personnes sont homosexuelles.

P - L'homosexualité n'est encore pas perçue comme acceptable ?

E - En effet ! Les chambres des non mariés sont toujours occupées par deux personnes de même sexe, mais il y a un contrôle (insidieux) de la part du personnel ou de la direction.

P - Combien avez-vous de chambres ?

E - En tout il y a 28 chambres, dont 8 pour les mariés, 1 libre et 19 couples, à peu près la moitié avec deux femmes, et l'autre moitié avec deux hommes. Le fait qu'il n'y a que 8 couples de mariés est évidemment lié à au moins trois causes : la première est que beaucoup de couples mariés n'ont pas tenu jusque là (divorces, mort de l'un des conjoints), la deuxième, c'est que dans les couples vivant à domicile, l'un de membres du couple peut être dépendant mais aidé par le conjoint, ce qui retarde leur venue en MdR ; enfin, troisième cause : dans la mesure où la MdR coûte cher au couple, ils ont intérêt à retarder leur venue.

P - En termes d'âge, y a-t-il des différences entre couples mariés et les autres, entre les hommes et les femmes ?

E - Les différences ne sont pas très fortes en termes d'âges, même si les couples mariés sont un peu plus âgés, ou les femmes seules. (contradiction relative avec remarque précédente).

P - Pour les couples mariés, as-tu le sentiment que le vécu en MdR transforme leurs pratiques sexuelles par rapport à leur vécu à domicile ?

E - Certains couples sont venus volontairement, d'autres n'ont pas vraiment choisi, ils y ont été « poussés » (pb de santé, décisions familiales). Sur la sexualité, je ne peux répondre. Je précise par contre un cas particulier : celui où le couple marié arrivant en MdR, l'un est dépendant, l'autre autonome. Ce dernier se sent libéré par la prise en charge du conjoint (ou de la conjointe) souvent après des années difficiles de prise en charge de l'autre, à domicile. Il va alors avoir tendance à prendre des libertés, à se laisser inviter, à jouer, etc. Il (elle) peut aussi libérer sa sexualité. Du fait des pressions de mentalités, certains ne vont pas jusque là, mais on perçoit qu'ils peuvent avoir des désirs

(15) Cf. sa participation à l'article Tap, Teixeira Da Silva et Roudès (2005).

renouvelés, un renouveau physique et psychologique. Selon les établissements considérés, les couples extraconjugaux peuvent ou non faire l'objet de stigmatisations ou disposer d'une certaine « marge de liberté ».

Après la mort de l'un des membres du couple, intervient aussi, éventuellement, ce genre de renouveau chez la personne survivante, qui peut s'engager dans une nouvelle relation, en dépit de l'âge parfois avancé des personnes.

Lorsque la personne dépendante perçoit que son conjoint la trompe, s'instaure souvent une jalousie destructrice. Il y a encore, au Portugal, des MdR réservées à l'un ou l'autre sexe. C'est surtout pour les femmes (plus nombreuses).

P - A propos des contacts physiques. Quel sens prennent les gestes, le fait de toucher ou d'être touché. Le contact entre résidents, mais aussi par rapport au personnel, par rapport aux membres de la famille ?

E - Les personnes qui dirigent sont déterminantes dans la façon dont sont pris en compte/orientés/signifiés les gestes, le contact physique. Si la direction et les personnels ont la conviction de l'importance et de la positivité du contact et si elles y « travaillent », cela peut changer fondamentalement les relations entre les résidents ou avec le personnel. L'inverse du contact, c'est la douleur. Le contact est une façon de lutter contre la douleur, contre la souffrance physique ou mentale. Les personnes expriment leurs souffrances à ceux avec qui elles peuvent entrer en contact. Le contact est obligatoire lorsque la maladie oblige à des soins sur le corps.

P - Peut-on faire la différence entre les contacts nécessités par les soins (pansements, curetages, etc.) et les contacts spontanés impliquant caresses, embrassades, prises en mains, dans les bras, etc. déterminés par une volonté empathique ou sympathique ?

E - Oui, mais justement les deux types de contacts peuvent parfois se mêler : le contact technique, professionnel peut être lui aussi associé à des actes plus humains. Lorsque le personnel est formé dans cette prise en compte, il a tendance à dé-mécaniser, à humaniser les soins (ce qui se transforme en « prendre soin de.. ») ; à cela il faut ajouter l'importance d'actes tels que le massage, l'hydratation, qui accentuent la positivité humaniste du contact.

Pour les relations entre résidents, il est très important de faciliter aussi le toucher : par les jeux, la danse, etc. Il existe pourtant des établissements très rigides sur certains points. Dans ceux-là, les personnes ne peuvent que se toucher la main.

Par rapport aux membres de la famille, c'est très variable. Certains sont très corporels : s'embrasser, apporter des cadeaux, se prendre dans les bras (abraços), etc... D'autres, au contraire, sont très distants. Ce sont d'ailleurs ces derniers qui passent leur temps à critiquer le fonctionnement de l'institution, le personnel, les autres résidents. La culpabilité (ressentie à propos de la présence du parent dans la MdR) accentue l'agressivité, les revendications. C'est alors plus difficile pour le résident de s'adapter lorsque ses parents viennent constamment revendiquer, critiquer : « Dis-moi les personnes que tu n'aimes pas, etc. » !

P - Ils se servent d'un sentiment supposé acceptable (améliorer le bien-être du résident) pour agresser le personnel ?

E - C'est ça ! Il est vrai que certains résidents participent à ce processus en évoquant dès l'arrivée des parents tout ce qui n'a pas marché, qui est critiquable.

P - rappelle la différence entre l'identité narrative (Ricoeur, Damasio) et l'identité argumentative et reconstructive (JM Ferry). L'être n'a pas seulement besoin de se raconter, il cherche aussi à se défendre. L'identité narrative serait fondée sur la sérénité, le bien-être, la qualité de vie, partiellement obtenus grâce au fait de se raconter, à travers la mémoire, le soi construit. L'identité argumentative et reconstructive serait, elle fondée sur la quête du sens (individuel et collectif) de ce que l'on a vécu en relation avec ce que l'on vit, sur la justification, la légitimation de nos propres réclamations, sur le sentiment de l'injustice à réduire, sur la lutte pour la reconnaissance, la dignité, etc.

Bien sûr, les revendications que tu viens d'évoquer peuvent être inacceptables, exagérées, injustes, ou accrochées à des processus pathologiques (démence, etc.).

On peut comprendre alors pourquoi les parents, inconsciemment déterminés par la culpabilité, développent un processus réclamatif, pour exiger des autres ce qu'ils ont le sentiment de ne pas avoir assumé eux-mêmes. Ils le font au nom de la justice, au nom des intérêts du client qui paye (parfois très cher) et veut en avoir pour son argent, etc.

Ces deux stratégies : le retour vers un passé raconté, sur le modèle fusionnel ou le retour vers les caprices de l'enfant agressif qui réclame une reconnaissance, mais ne fait qu'exaspérer les parents. Ce sont deux processus fondés peu ou prou sur la régression.

Cela nous amène à la question de l'attachement dans les conduites des personnes âgées.

A ton avis comment intervient le problème de la reconnaissance à travers le contact physique, la sexualité, l'attachement ? Au niveau des couples, ou dans les interactions plus générales, qu'est-ce qui se passe dans l'établissement, sur ces aspects psycho-sociaux ? Qu'est-ce qu'il en est des conflits de revendications ? Qu'est-ce qu'il en est des difficultés de reconnaissance ? de la perte d'estime de soi ? Quand on est vieux, est-ce qu'on est reconnu pour soi-même ? ou pour ce que l'on n'est pas ?

E - Dans la dynamique du corps l'occupation de l'espace joue un rôle : exemple d'une lutte pour une chaise. Tout le monde n'a pas sa « place » ! Une chaise pour chacun ? L'administration répond « c'est trop cher, c'est de l'imaginaire ! » Il y a aussi les conflits relationnels (entre personnes, entre « réseaux », à propos du lien avec les « chefs ». Je signalerai par contre les aspects positifs (quoique rares) liés à la récupération de relations anciennes (amitiés d'enfance ; « nous étions ensemble en classe, etc.)

Il y a aussi la lutte pour les vêtements, voler un vêtement, enlever le nom (ou la marque) de l'autre, pour y mettre le sien propre !

P - Qu'est-ce que l'on peut dire à propos des modalités d'expression, en particulier d'émotions ou de sentiments ?

E - Une MdR, c'est une micro – société. Tout ce qui fait fonctionner la société, se retrouve dans la MdR. Tout ce qui se passe ailleurs a des incidences sur le dedans. Dans l'établissement il y a un pourcentage énorme de personnes dépendantes : perte du potentiel relationnel, choix ou rejet des personnes, j'aime/je déteste, amour/haine. « Je voudrais que la personne avec moi dans la chambre s'en aille », etc. Généralement, le personnel peut percevoir une foule de choses étonnantes, un monde d'interaction très riche en termes de compréhension de ce qui se passe. Il est donc nécessaire d'apprendre à être attentif, à observer et à réagir pour accentuer le positif. Par exemple, une personne peut être « clouée au lit » et pourtant tout savoir sur ce qui se passe dans l'institution, par observation directe, par questions-réponses, etc. La dépendance oblige le personnel à augmenter l'appui, le support affectif et social. Malheureusement il y a beaucoup d'appuis techniques mais pas beaucoup d'appui psychologique. Résultat : l'enfermement, le retrait, le détachement.

P - Qu'en est-il du rapport avec l'extérieur ?

E - Les « bénévoles » jouent un rôle important dans la mesure où ils font entrer l'extérieur dans l'établissement. La difficulté est en effet que les résidents veulent se couper de la réalité qu'ils ne veulent même pas voir. Les animations leur permettent de retrouver cette réalité mais de façon acceptable pour eux. Par exemple, les expériences intergénérationnelles sont un moyen de réduire les stigmatisations de l'établissement (confondu avec une prison, etc.)

P - On peut bien sûr évoquer le double mouvement : la réalité extérieure vient à l'intérieur, mais aussi les résidents sortent de l'établissement ?

E - Il est sans aucun doute plus intéressant que les résidents sortent plutôt que de se limiter aux bénévoles qui entrent (cf. les « visiteurs de prisons »..) .. Il faut donc que l'entrée des bénévoles dans l'établissement, soit concerté, intégré à un projet. Je suis pour un bénévolat organisé. Le bénévolat ne doit pas être proposé sur le thème « Soignez-vous en allant vous occuper de ceux qui sont plus démunis que vous ! ».

LA SEXUALITÉ EN MAISON DE RETRAITE : AUTRES EXEMPLES (EN FRANCE) ET REMARQUES (ENTRETIEN AVEC ROLANDE ROUDÈS, MICHEL ET CHRISTIANE CHIESSAL)¹⁶

P – Comme on l'a vu dans l'entretien précédent, au Portugal, la sexualité fait l'objet de rejet, implicite ou explicite, dans les Etablissements, quel que soit l'âge des pensionnaires (exemple d'établissements recevant de jeunes délinquants, aussi bien que Maisons de retraite, etc.). La règle

(16) La plus grande partie de l'entretien à quatre, non citée ici, a été publiée dans Tap et Roudès (2009). Au moment de l'entretien Michel Chiessal était Directeur d'Ehpad et Christiane Chiessal, animatrice d'un Foyer-Logement.

(implicite) semble être : « pas de sexualité à l'intérieur de l'établissement », ou, pour transposer : « pas de sexualité visible, voyante, tapageuse dans l'Établissement ». Il y a aussi la tendance à dénier le problème, à fermer les yeux sur les effets d'interdits non-exprimés.

C – Au début, au contraire, on était obligé de dire aux résidents : “Mais vous faites ce que vous voulez”. Les gens avaient tendance, en effet, à supposer qu'être pensionnaire, comme dans un collège, impliquait l'interdit sur les conduites amoureuses et sexuelles¹⁷.

M – Le seul problème en Établissement provient de personnes qui ne peuvent contrôler leurs gestes, leurs désirs, leurs expressions (devant un public quelconque). De façons générales, les choses se passent bien.

C – Actuellement, nous avons une pensionnaire qui avoue aux yeux de tous ses sentiments. En séance de Loto, un autre pensionnaire lui a dit de se taire un peu. Ils étaient trois dans le couloir à faire beaucoup de bruit. Je suis allé discuter avec elle, à un moment je lui ai dit : « Vous dormez avec qui vous voulez. Mais il m'est arrivé jusqu'aux oreilles que vous faites beaucoup de bruit. Il faut éviter de trop parler, d'une chambre à l'autre ».

P – Il ne faut pas confondre les espaces publics et les espaces privés. Dans le passé, il était très mal vu que les couples s'embrassent dans la rue. Aujourd'hui les choses changent à propos de ce qui est perçu comme normal, ou « convenable », ou seulement « toléré », ou perçu comme inacceptable/inadmissible.

C – En fait le problème c'est qu'ils sont un peu sourds. Ils vont exprimer trop fortement leurs sentiments, leurs émotions. C'est plus à cause du bruit que sur le contenu de la communication. En plus, l'Établissement n'est pas valablement équipé pour limiter le bruit (insonorisation).

M – On a eu le cas d'un couple qui est allé jusqu'à décider/vouloir se marier. Dans le contexte de la dépendance : est-ce que le choix du mariage est adapté, viable ? Ça pose des questions en tout cas. C'est un problème pour la famille (problème affectif, problème financier et d'héritage, etc.). Mais c'est un problème aussi pour nous. Mis à part ce cas, on a vu de très nombreux couples s'installer. Mais il y a parfois des harcèlements, entre autres, par téléphone. Mais parfois c'est la santé qui les sépare ou la mort. Madame M, par exemple, avait une pêche incroyable avant la mort de son ami qui avait 10 ans de moins qu'elle. A la mort de son ami, elle a subitement beaucoup baissé. D'autres au contraire peuvent se sentir libérés.

C - A des âges avancés, les personnes ont parfois des comportements de collégiens. Ils peuvent être, devenir très amoureux.

(17) Il faut noter d'ailleurs un étrange conflit linguistique à propos du terme « résidents », que beaucoup d'organismes ou établissements écrivent « résidants » et ceci pour éviter par le terme « résidents » (ou pensionnaires) de voir assimiler la Maison de Retraite à des lieux d'enfermements (internats scolaires, prisons, etc). Bien entendu, il ne suffit pas de changer les mots pour éviter la chose. Cela montre, en tout cas, combien la peur de l'enfermement (supposé ou vécu) préoccupe les responsables des Maisons de retraite.

P – En se référant, par comparaison, à ce qui se passe à l'adolescence, on peut évoquer trois niveaux d'implication amoureuse : l'amour platonique, l'amour avec tendresse et caresses, et la sexualité (avec sans doute des niveaux, là aussi). A la limite peu importe si c'est l'un ou l'autre de ces niveaux, ou les trois. Sans doute la personne âgée peut avoir envie de revivre des émotions et des sentiments déjà ressentis dans le passé ancien, ou au contraire avoir envie d'en vivre de nouveaux. Mais la question est : « Comment les comportements, les attitudes, les émotions et les sentiments amoureux, se manifestent-ils ? Peuvent-ils se développer ? Qu'est-ce qui les favorise ou les empêche de s'exprimer ? Sont-ils acceptés, avec ou sans témoins, dans le groupe ou à l'écart du groupe ? Comment intervient la question des enfants, de leurs réactions, de leur influence, positive ou négative ?

C – Le problème vient, le plus souvent, des membres du personnel. Il a parfois fallu les remettre en place, mais généralement, ils tolèrent. Monsieur R, lorsqu'il est arrivé, était très charmeur. Toutes les dames se disputaient pour être à côté de lui. Par contre, lorsqu'il a établi une relation privilégiée avec Madame L, celle-ci ne voulait pas du tout « le partager » ! Il y a eu conflit entre eux, au point que Madame L lui a proposé que chacun reste dans son logement. Elle allait parfois chez lui, faire un scandale. Mais la nuit, quand même, on sentait bien qu'il aurait aimé la rejoindre. Ce que je préconise, moi, c'est la séparation des studios. Autre exemple. Lui était seul. Une dame est arrivée de Reims, ils se sont mis chez lui. Mais ça posait constamment des problèmes. Il vaudrait mieux que chacun garde son studio. Ils sont excédés l'un et l'autre, pour des raisons multiples.

M – Il y a des problèmes de couples, comme partout. Mais on constate souvent dans les couples, que lorsque l'un meurt, c'est un soulagement pour l'autre, qui peut alors « refaire surface ».

C – Je crois qu'il y a deux cas : la personne qui n'arrive pas à faire le deuil, à se retrouver, à revivre, à vivre autrement après la mort de l'autre. Par exemple elle a pu être trop étouffée et ne pas avoir envie d'en profiter après. D'autres sont plus à l'aise et se libèrent.

M – Ceci dit, je n'ai jamais vu de couples se monter de façon vraiment volontaire, c'est-à-dire que chacun soit vraiment en possession de ses moyens intellectuels ou émotionnels. Une relation peut s'instaurer entre deux personnes qui « ont perdu la tête ». Il peut y avoir des « attouchements », mais on ne sait pas si les personnes sont « consentantes », s'il s'agit de phénomènes presque « animaux ».

P - S'il y a un Alzheimer, la question des limites de la reconnaissance identitaire se trouve posée, avec tous les court-circuits possibles.

R - Cela me rappelle le film dans lequel une femme atteinte d'Alzheimer qui retrouve, sans le reconnaître (explicitement) un amour de jeunesse, mais qui par contre ne reconnaît plus son mari. (Film de Sarah Polley Loin d'elle/Away from her, film canadien, 2006).

P - L'un de mes fils m'a raconté qu'un jour (vers ses 35 ans), il s'est retrouvé avec trois vieilles dames dans un ascenseur. Elles se sont mises chacune à le « dorloter », le « caresser », le « peloter ». Il ne savait pas trop quel qualificatif employer ! On retrouve ici la question des « attouchements » et de leurs significations ambiguës.

C - Je me souviens au début, il y avait deux vieilles filles, anciennes enseignantes. Lorsqu'elles venaient à mon bureau, je trouvais qu'elles étaient des « mémés très palpeuses ». Mais aujourd'hui, à force de vivre moi-même dans ce milieu, je me rends compte que j'ai moi aussi tendance à toucher. Comme eux, je prends la main des gens, etc.

M - C'est même à la limite de la caresse. Ça fait partie des soins palliatifs, notamment lorsque la personne a des escarres assez douloureuses, on a tendance à la caresser pour alléger sa souffrance.

P – Comprendre la signification du toucher est important dès l'enfance. L'attachement se manifeste d'abord par « l'agrippement » du bébé, le « grasping » des anglo-saxons qui sera ensuite remplacé par le « pointing » (montrer du doigt l'objet du désir, l'endroit où l'on veut aller, etc). Mais par la suite, on habitue plus ou moins l'enfant à ne pas toucher l'adulte (sauf embrasser et toucher la main). Deux exemples inverses : Lors d'un Congrès en Guadeloupe, nous étions allés à la plage. J'étais en maillot de bain. Un jeune guadeloupéen (5-6 ans) s'est approché de moi, et m'a caressé le ventre, sans doute étonné de sa « prééminence », se demandant sans doute si j'étais « enceint » ou si c'était du « bidon » ! Mais ce fut une séquence sans parole ! Autre exemple récent, à l'occasion d'un anniversaire : un enfant (5-6 ans aussi) fait le tour de la longue table, derrière les convives. Pour passer derrière moi, le passage est étroit, il se faufile plusieurs fois. À un moment, il me touche, avec un regard complice. La fois suivante, je lui demande s'il a « la carte pour passer ». Il tape dans ma main pour symboliser le droit de passage, passe, revient en arrière et me tape dans le dos, comme pour « m'amadouer ». Qu'est-ce qu'il en est du « toucher » dans les relations en Maison de retraite ?

M – Moi aussi je touche de plus en plus. Des fois tu es forcé : tu as le sentiment que c'est la seule chose que tu peux faire avec quelqu'un, comme si le langage n'était plus possible ou utile. Ensuite j'ai du mal à retirer les mains. La personne s'accroche. Elle parle de sa famille ou autre, mais sans te lâcher !

P – Je me souviens de la première fois où j'ai amené ma mère à sa première maison de retraite (elle a eu à en changer à mesure que ses difficultés d'orientation, difficultés mentales, augmentaient), j'ai été surpris de ces contacts physiques. Il est vrai que dans les familles, les contacts physiques entre parents et enfants sont très variables (des fusionnels aux détachés). Mais j'avais rapproché ces attouchements, de l'attitude des jeunes déficients mentaux et de leur famille. On utilisait à l'époque ce mot affreux de « viscosité » à leur propos (accrochage physique). Mais cela peut provenir simplement de l'impossibilité d'exprimer à l'autre le

besoin de donner ou de recevoir de la tendresse et de la reconnaissance (gratitude). Du coup, ça n'a pas grand-chose à voir avec la sexualité. Je pensais aussi à la réaction physique des footballeurs sur le terrain, lorsqu'un membre de leur équipe vient de marquer un but : ils se précipitent tous sur lui, se jettent dans les bras les uns des autres, en grappe. C'est sans doute la même chose entre téléspectateurs qui regardent ensemble, se congratulant, devant le même écran de TV.

M – Il y a des moments privilégiés où les personnes ont besoin de communiquer leurs sentiments par le contact physique. Autant lorsque je suis dans la rue et que je vois un couple de 50-60 ans qui se tiennent par la main, je trouve ça un peu ridicule, autant des personnes de 80 ans et plus, à l'Ehpad, ça me paraît normal.

P – A Paris, les gens de tous âges peuvent se tenir par la main, ou même s'embrasser, dans la rue, ça ne choque personne. Ils n'ont pas peur du ridicule ! C'est sans doute moins vrai dans les petites villes de Province où les gens se connaissent.

M - Je pense au comportement de Madame G, qui est à la Maison de retraite en face de chez nous, un peu folle, qui vient me voir de temps en temps. J'interprète son comportement comme un mouvement de séduction de sa part. Si je l'appelle, elle vient de suite.

C – Tout le monde pense que tu as fait l'amour avec elle !

M – Rit « Non ! ». En m'appuyant sur des témoignages du personnel, il y a des comportements réguliers dans le style du « voyeurisme ». Par exemple Monsieur V n'a jamais eu de geste déplacé vis-à-vis des femmes du personnel, mais parfois, le soir, au sortir de la douche, il se montre en état d'érection à ces mêmes femmes. Elles en rient. Elles gèrent très bien ce problème, parce que l'une d'elle racontait qu'elle aimait faire l'amour sur la machine à laver en position d'essorage ! C'est quand même difficile de discuter avec le personnel sur ces situations et de savoir quelle serait la bonne attitude à adopter.

R – Prendre ça sous l'angle de la plaisanterie n'est pas plus mal, après tout. Il n'y a pas de raison d'en faire un drame.

M – Oui, ou alors on en revient au contrat. « Je ne suis pas là pour ça ». Il ne faut pas se culpabiliser ou s'inquiéter ou se « laisser aller ». Il faut simplement dire que « ça ne fait pas partie ...

R – ... de la prestation de service ! » (Rires). Il faut voir le lien et les différences avec la femme de ménage ou l'aide-ménagère, à domicile. Les « débordements » sont courants : ça commence par les petits cadeaux, ou on va la payer un peu plus ou de petits pourboires.. et la personne est embêtée !

C – Je pense à Monsieur R, vieux, dans sa maison de campagne. Il avait recruté une jeune fille au pair. Il voulait « l'avoir ». Mais toute la famille s'est opposée à ça !

M – Autre exemple : Madame W, passée 80 ans, était très belle. Elle et son mari ont eu besoin d'une voiture et d'un chauffeur. Ils demandent à une agence. Le mari est derrière, la femme à côté du chauffeur. En chemin, elle le fait arrêter et va avec lui acheter des chocolats.. et puis c'était la main sur le genou, etc ; Par la suite, elle a dit à l'employeur du chauffeur : « J'aime beaucoup le Monsieur que vous m'avez envoyé pour nous amener à L. ! ».

C – Physiquement elle ressemblait un peu à Amanda Lear. Des maris et des amants, elle en avait usé beaucoup !

M – A propos de la vieille dame d'en face (Madame G) ..

C – Elle est bien conservée, elle aussi ! Hier, elle a aidé M à ramasser des noix !

M – Avec elle, c'est toujours la même rengaine : « J'ai personne. J'ai pas un homme dans mon lit pour me réchauffer les petits doigts » !

R – Mais peut être qu'elle n'en a rien à faire, en fait, que ça fait seulement partie de sa façon de se plaindre, de dire sa solitude !

C – Je suis de ton avis. Tout le monde dit qu'elle cherche, mais c'est peut-être une apparence !

P – Si elle joue, ce serait sur le mode de la perversion : quand on dit « être une allumeuse », c'est peut-être de cela qu'il s'agit ! Elle n'en a rien à faire, mais elle veut provoquer le désir chez l'homme ?

C – Les hommes pensent qu'elle cherche, qu'elle est prête à faire l'amour avec eux, mais je pense qu'elle n'en a pas le désir.

R – Les femmes peuvent dire, ou faire, pas grand-chose. De suite les hommes pensent que ce sont des avances ! Les femmes, selon moi, vont vers le « père Noël » qui est asexué, mais qui est tout : à la fois père et mère !

P – La question est de savoir si c'est ou non une tentative de séduction, et quelle est la nature véritable du désir qui s'exprime, parce qu'il y en a un, nécessairement.

C – A vrai dire, elle est un peu démente. Elle ne sait pas trop quel jour on est, etc. Elle ne sait même pas quel âge elle a.

M – Ok, mais les démentes mises à part, il y a des grand mères qui s'attachent à moi (à l'Ehpad) ! (rires). Mais parfois le divorce intervient alors que les membres du couple ont 85 ans ou plus. Après 50 ans de vie commune, ils se séparent ! L'un de ces couples nous a expliqué qu'ils avaient attendu pour divorcer « que leurs enfants soient morts ».

P – Ca peut être simplement pour « relâche » et « régression » ?!

M – A propos de règles, il m'arrive parfois de regretter un peu de mettre tant de règles.

P – Dans toute organisation, il y a trois temps de "régulation" :
1. Celui de la fusion : tout le monde s'aime. La règle est perçue inutile, la solidarité fonctionne à plein ;

2. Le retrait, chacun chez soi, mais il y a alors des conflits, et la solidarité étant absente il faut imposer des règles qui sont constamment contestées à travers le prisme des réactions égocentriques ;

3. La contractualisation qui facilite la régulation des conflits, mais qui implique, par définition, la participation des usagers à l'évolution des règles et des limites. Mais, comme le disent les directeurs et le personnel, tout dépend de la perception de l'on a des usagers, de leur capacité à discuter les règles et à les assumer lorsqu'elles sont installées.

Il reste que se pose, en tout temps, la question de la souplesse de règles, de la nécessité de prendre en compte les aspects humains : chaque conflit ayant nécessairement ses caractéristiques propres, liées aux personnes et aux situations concernées. Souples : cela signifie suffisamment structurées pour être prises en compte, difficilement transgressables, mais suffisamment souples aussi pour éviter les ruptures et les refus.

C – De mon point de vue, l'une des qualités essentielles pour les personnels des Ehpad, c'est la tolérance. L'établissement est en quelque sorte une société diverse et variée.

M – Oui, ça c'est une des grandes valeurs

C – la tolérance implique d'accepter la différence. C'est valable aussi bien pour les résidents, pour les intervenants, pour le personnel.

M – Accepter la différence, c'est une valeur, mais il faut l'habiller comme une norme.

C – Quand les gens sont chez eux, la différence est moins brutale que dans l'Ehpad.

Dans celui-ci, les différences s'accroissent et les causes de conflits s'aggravent. Il devient très important que la tolérance se développe par le respect des différences ; c'est important pour maintenir une bonne ambiance.

M – Il ne faut pas négliger les soins. L'ambiance est nécessaire pour faire ce qu'il faut.

C – Chacun a son rôle.

M – Oui, l'accueil est important mais aussi l'animation, les soins, l'hôtellerie, la propreté et le confort.

À propos de la sexualité des personnes démentes on a mis en exergue quatre caractéristiques (Derouesné, 2005) :

- La diminution des activités sexuelles du patient (selon les dires de leur conjoint). Dans la recherche de Wright (1998) auprès de 30 couples, 27% des couples étaient sexuellement

actifs 5 ans après le début de la maladie. Dans une seconde recherche (Eloniemi-Sulkowa et al. 2002) auprès de 42 couples, 76% des couples étaient sexuellement actifs au début de la maladie (72 ans d'âge moyen), 46% l'étaient encore 3 ans plus tard, 41% 5 ans plus tard, 28% 7 ans plus tard. Cette diminution progressive est moins liée à l'âge qu'à un « émoussement affectif et à l'apathie » (partiellement liés à des lésions cérébrales), à l'effet de certains médicaments, et aussi à l'altération des désirs et sentiments du conjoint, fatigue, « laisser aller physique du patient »,..

- L'hypersexualité serait caractérisée soit par une augmentation des demandes sexuelles (5%) soit par des comportements sexuels considérés comme « inappropriés » (3 à 8%) ;

- La modification qualitative des pratiques sexuelles. Cette modification peut se caractériser soit par une baisse de la libido, soit par une levée des interdits antérieurs (désinhibition éventuellement due à des changements neurologiques) ;

- Les mauvais traitements sexuels dus au caractère égoïste et abusif de la demande.

Les auteurs ont en général tendance à discuter le caractère inapproprié ou agressif des comportements sexuels concernés. Ils montrent que le jugement porté sur ces comportements est parfois lié à une mauvaise interprétation des intentions du patient ou de la situation.

Le constat le plus important formulé par les chercheurs (Eloniemi-Sulkowa, 2002 ; Wright, 1991 ; Derouesné et al., 1996) est que la démence a beaucoup moins d'impact négatif sur la vie du couple lorsque les relations sexuelles persistent. Ils supposent que l'activité sexuelle a un caractère protecteur de l'équilibre affectif, aussi bien pour le patient que pour son conjoint, et qu'elle est un moyen efficace de lutter contre la dynamique régressive qui élimine la positivité du passé.

Je terminerai sur l'histoire de Blandine et de Monsieur Berger, qui montre s'il en était besoin que l'amour peut résister à l'absence de conduites coïtales, à la virginité !

L'HISTOIRE DE BLANDINE ET DE MONSIEUR BERGER (RACONTÉE PAR MARIA EDUARDA DA SILVA. PORTUGAL)

Madame Blandine, m'a dit un jour : « Madame, je suis là pour vous exposer une situation délicate. J'ai consacré ma vie à mes parents. Mon père est décédé et ma mère ne lui a survécu que six mois.

Quand j'ai enterré ma mère, j'avais déjà 70 ans. Je n'ai jamais eu des amis, et encore moins un compagnon. Je suis venu à la maison de retraite à 75 ans et je pensais que j'allais enfin me reposer et avoir une vie tranquille, mais je suis tombée amoureuse.

Monsieur Berger avec sa sensibilité et sa façon d'être particulière, m'a touché et alors j'ai retrouvé en moi, mon adolescence. - Nous avons beaucoup parlé, lui et moi, et nous voulons assumer totalement notre relation, mais il y a un problème, je suis vierge. Quand je pense qu'il est possible

d'être ensemble (pour faire l'amour), j'ai des craintes. J'ai peur de tout : de me déshabiller, de ne pas être bien regardée, bien qu'il me trouve très belle et personne jamais ne m'avait dit ça, à l'exception de ma mère. De son côté, il a peur de ne plus être capable de consommer la relation, car il se déplace en fauteuil roulant. J'ai besoin de vos conseils, Madame. En plus d'être directrice de l'Établissement, vous êtes mère de trois enfants et vous possédez de l'expérience.

Est-ce que vous êtes d'accord sur le fait que je perde ma virginité ? »

- Ma chère, comment puis-je vous donner des conseils dans cette situation ? Nous sommes en train de parler de choses qui appartiennent à votre intimité.

- « Je n'ai personne avec qui partager sur cette situation, madame. »

- Bon, nous pourrions parler de toutes les choses que vous avez besoin de partager, mais je ne peux pas intervenir dans votre décision.

Toutefois, si vous décidez d'être ensemble (de faire l'amour), comme vous le savez, les maisons de retraites ne sont pas des espaces propices à des rencontres amoureuses, mais si vous êtes d'accord, je peux téléphoner à un hôtel, parler avec son directeur, et lui dire d'organiser votre hébergement pour un week-end. Je pourrai assurer le transport, pour l'aller et le retour, tranquillement, afin d'éviter que vous soyez, ici, la cible de commérages.

Elle m'a dit qu'elle me donnerait sa réponse. Une semaine plus tard, elle est venue me remercier et me dire que Monsieur Berger ne se sentait pas prêt pour la situation et surtout qu'il ne voulait pas me faire perdre mes illusions. Neuf mois plus tard, il est mort. Blandine et moi, nous nous sommes embrassées et elle m'a dit tout bas : « Je meurs vierge, mais il m'a rendue très, très heureuse ».

Bibliographie

Aguerre, C & Bouffard, L. (2003) *Le vieillissement réussi : théories, recherches et applications cliniques*. *Revue québécoise de psychologie*, 24(3), pp. 107-123

Atchley, R.C. (1989) *A continuity theory of normal aging*. *The Gerontologist*, 29, pp. 183 - 190

Baltes, P. B., and Baltes, M. M. (1990) "Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation." In *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Edited by P. B. Baltes and M. M. Baltes. (Pp.1-34.). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press. (À consulter: <http://medicine.jrank.org/pages/1549/Selection-Optimization-Compensation-model-selection-optimization-compensation.html#ixzz0x8b83ok3>).

Baltes, P.B. & Smith, J. (2003) *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. *Gerontology* 49(2), pp.123-135.

Baumeister, R.F, Campbell, J.D., Krueger, J.I., and Vohs K.D. "Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?" *Psychological science in the public interest*, vol.4 n° 1, 1-44, 2003

Bowlby, J. (1978a) *Attachement et perte: 1. L'attachement*. Paris, PUF
Bowlby, J. (1978b) *Attachement et perte: vol. 2. La séparation. Angoisse et colère*. Paris, PUF.

Bühler, C. (1968) *The development structure of goal setting in group and individual study studies*. In C. Bühler & F. Massarik (Eds) *The course of human life (chap 2)*. New-York: Springer

Coleman, P.G. (1992) *Personal adjustment in late life: successful aging*. *Reviews in clinical gerontology*, 2 , pp. 67-78.

Conférence international des Nations Unies. « Nouveau paradigme politique en matière de vieillissement » (29.11.1999). http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/news/paradigm_fr.htm

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1994a) *Personality as a lifelong determinant of well-being*. In C.Z. Malatesta & C.E. Izard (Eds) *Emotion in adult development (pp. 141-157)*. Beverly Hills, CA: Sage

Costa, P.T. Metter, E.J. & McCrae, R.R. (1994b) *Personality stability and its contribution to successful aging*. *J. of Geriatric Psychiatry*. 27(1), pp. 41-59.
Coudin, G. & Paicheler, G. (2002) *Santé et vieillissement : approche psychosociale*. Paris, Armand Colin, pp. 81 – 146.

Cumming, E. & Henry, W.E. (1961) *Growing old: The process of disengagement*. New-York: Basic Books.

Damasio, A. R. Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions. Paris, Ed. Odile Jacob, 2003

Derouesné, C. (2005) *Sexualité et démences*. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 3 (4) : pp. 281-289.

Derouesné, C, Guigot, J. Chermat, V. Wincester, N. & Lacomblez, L. (1996) *Sexual behavioral changes in Alzheimer disease*. *Alzheimer Dis Ass Disord*. 10, pp. 86-92.

Dubé, M. (2003) *Le vieillissement réussi*. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(3), pp. 15-22

Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tubak, N., Bergman, R. (1999) *Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia*. *Nurs Ethics* 6, pp. 144-149

Eloniemi-Sulkowa, U., Notkola I.L., Hamalainen, K. & al. (2002) *Spouse caregivers' perceptions of influence of dementia on marriage*. *Int Psychogeriatr* 14, pp. 47 – 58

Friedrich, D.D. (2001) *Successful aging : integrating contemporary ideas research findings, and intervention strategies*. (pp.49-51). Springfield, Illinois: Thomas.

Gimbert, V. & Godot, C. (2010) *Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population*

française. Rapport complet pour le gouvernement. Centre d'analyse stratégique. 263p

http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=1204

Greenberg, E. and Weber, K. (2008) *Generation We: How millennial youth are taking over America and changing our world forever*, Emeryville, CA Pachatusan.

Havighurst, R.J. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New-York: Longmans

Havighurst, R.J., (1963) « *Successful aging* » in R.H. Williams, C. Tibbitts & W. Donahue (Eds) *Processes of aging* (vol. 1), New-York: Atherton.

Hennezel, M. de (2008) *La chaleur du corps empêche nos corps de rouiller. Vieillir sans être vieux*. Paris, R. Laffont. 239p.

Jeandel, C. (2004) *Le vieillissement réussi : plus qu'un paradigme, un objectif à atteindre*. In collectif *Vieillir au XXI^e siècle*. Ed. Universalis, le Tour du sujet. 192p.

Ladoucette, O. de (2004) *Guide du bien vieillir*. Paris, Odile Jacob.

Ladoucette, O. de (2005) *Rester jeune, c'est dans la tête*. Paris, Odile Jacob

Lawton G. (1946) *Aging successfully*. New-York: Columbia University Press

Le Deun, P & Genric, A. (2007) *Vieillesse Réussie. Définition, stratégies préventives et thérapeutiques*. Médecine thérapeutique, vol. 13, n° 1, pp.3-16

Malrieu, P. (1967) *Les émotions et la personnalité de l'enfant*. Paris: Vrin

Malrieu, P. (2003) *La construction du sens dans les dires autobiographiques*. Toulouse : Erès

Meyerson, I. Les fonctions psychologiques et les œuvres. Paris, Vrin, 1948
Neff, K. D. (2009a) "The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself". *Human Development*, 52, 211-214.

Neff, K. D. & Lamb, L. M. (2009b) "Self-Compassion". In S. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 864-867). Blackwell Publishing.

Neff, K. D. & Vonk, R. (2009c) "Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself". *Journal of Personality*, 77, 23-50.

Organisation Mondiale de la Santé (2002) *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation. Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillessement, Madrid, Espagne, 2002*. 60p. (doc. OMS WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf). (document rédigé par Peggy Edwards).

Organisation Mondiale de la Santé - OMS (1994/1998) *Déclaration du groupe de travail sur la qualité de vie en 1994, publiée dans WHO Health promotion glossary, Genève 1998*. Document WHO/HPR/HEP/98.1

Orth, U., Trzesniewski, K.H. & Robins, R.W. (2010) *Self-esteem development from young adulthood to old age : a cohort-sequential longitudinal study*. *J. of Personality and social psychology*. Vol. 98, N° 4, pp. 645 – 658.

Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. & Halfon, O. (1996). *Les modèles de relations : développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes*. *Psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF. Vol. XXXIX, Fascicule 1, 161-206.

Plan du « Bien vieillir en France » (2007-2009) 34p.
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

Rérolle, R. (2008) *Le temps des centenaires (enquête)*. *Le Monde*, 12.12.2008
Reuchlin, M. (1990) *Différences individuelles dans le développement conatif de l'enfant*. Paris, PUF

Ribes, G. (2009) *Sexualité et vieillissement. Comprendre et anticiper les évolutions*. Lyon, *Chronique Sociale*. 144 p.

Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Tracy, J.L., Gosling, S.D. & Potter, J. (2002) *Global self-esteem across the lifespan*. *Psychology and aging*. 17, pp. 423 – 434.

Robins, R.W. & Trzesniewski, K.H. (2005) *Self-esteem development across the lifespan*.

Roos, N.P. & Havens, R.L. (1991) *Predictors of successful aging : a twelve-year study of manitob elderly*. *Amer J. Public Health* 81, pp. 63-68.

Rosow, I. (1974) *Socialization to old age*. Berkeley: University of California Press

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987) *Human aging: usual and successful*. *Science*, 237, pp. 143-149.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998) *Successful aging* New-York: Pantheon Books

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1999) *The future of aging*. *Contemp Longterm care* 22(2), pp. 36-42.

Schoendorff, B. (2009a) "Pour en finir avec l'estime de soi" .
<http://souffranceaction.blogspot.com>

Schoendorff, B. (2009b) "Cultiver la compassion pour soi plutôt que l'estime de soi" . <http://souffranceaction.blogspot.com>

Seligman, M. E. P.; Csikszentmihalyi, M. (2000) "Positive Psychology: An introduction". *American Psychologist*. Vol. 55 (1), p. 5 à 14.

Shimbun, A. (2002) *Okinawa. L'île des centenaires*. *Courrier International* 604, pp. 1-3.

Sœur Emmanuelle (2005) *Vivre, à quoi ça sert? Paris, J'ai lu*.

Spinoza, B. Éthique III. - De l'Origine et de la Nature des Affections.

Strawbridge, W. & Wahlhagen, M. (2003) *Self rated successful aging: correlates and predictors* New-York: Springer

Tap, P. (2000) *Le lien social et la personnalisation dans l'autoformation in S. Dalava Autoformation et lien social*. (pp. 53-74) Toulouse, Ed. du Sud.

Tap, P. (2002) *La dynamique des séparations : crises, transitions et développement personnel in M.C. Saint-Jacques & R. Cloutier Séparation conjugale : Pour qui les gains, pour qui les pertes ?*, (pp. 7-25) Université Laval, Québec.

Tap, P. & Roudès, R. (2009)(Avec la collaboration de Christiane et Michel Chiessal) *La professionnalisation des personnels et la personnalisation des usagers en gérontologie sociale. Colloque Gérontologie sociale Avril 2009*, pp. 9 - 47.

Tap, P., Teixeira Da Silva, M.E. & Roudès, R. (2005). *Identité, corps et vieillissement in Les représentations sociales, numéro spécial, Revue du CREA. Paca et Corse*, pp. 17 – 32.

Twenge, J. M. (2006) *Generation Me: Why today's young Americans are more confident, assertive, entitled -- and more miserable than ever before*. New York: Free Press.

Twenge, J. M. & Campbell, W. K. (2009) *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York: Free Press.

Vaillant, G.E. (2002) *Aging well*. Boston: Little Brown

Vaillant, G.E. & Mukamal, K. (2001). *Successful aging* *Am J Psychiatry* 158, pp. 839-847

Widlöcher, D. (1973)« *Le développement de la personnalité. Point de vue psychanalytique* » dans Hélène Gratiot-Alphandery et René Zazzo (Eds) *Traité de psychologie de l'enfant (Tome V)*, Paris, P.U.F.

Williams, R.H. & Wirths, C.G. (1965) *Lives through the years: styles of life and successful aging*. New-York: Atherton.

Williamson, G.M. (2002) *Aging well: outlook for the 21^e century in C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds) Handbook of positive psychology* (pp. 676-686). New-York: Oxford University Press

Wright, L.K. (1998) *Affection and sexuality in the presence of Alzheimer's disease: a longitudinal study*. *Sex disabil*. 16. pp. 167-179

Wright, L.K. (1991) *The impact of Alzheimer's disease on the marital relationship*. *Gerontologist* 31: 224 - 237

Zarit, S.N. (1980) *Aging and mental disorders: psychological approaches to assessment and treatment*. New-York: Free Press.

À tout âge l'amour accueille et dépasse la sexualité

Fernando Micael PEREIRA¹

Chaque génération, étant ce qu'elle est, a son originalité. En matière de sexualité, il faut se prémunir dès le début contre les généralisations trop faciles.

Il est vrai que la génération du baby-boom arrive à la retraite et rêve une fois de plus de faire l'Histoire et si possible de faire une Histoire centrée sur l'épanouissement, une Histoire de libération, cette fois-ci plutôt sexuelle que politique, comme si la libération était inscrite dans le code génétique de cette génération.

Cette libération, un rêve qui se projette dans la réalité, est une aventure, et comme toutes les grandes aventures, elle est risquée et romantique. Elle court, ainsi, le risque de passer de la libération à l'imposition et du romantisme au drame ou à la dégradation. Pour mieux comprendre cette génération, plutôt que chaque personne elle-même, regardons un peu son parcours à travers le temps.

Les racines de l'aventure de cette génération – Cette aventure plonge ses racines dans l'écrasement provoqué par la guerre, avec son mépris d'humanité. Elle plonge dans la perte des parents, des frères et de tant d'autres familiers, et s'enracine également dans les amours d'occasion, dans les joies de compensation, dans les mirages des incertitudes de l'avenir, dans l'espoir contre toute espérance. Elle plonge ses racines ultimes parmi les temps durs et difficiles partagés si intimement avec des amis nouveaux, soudainement intimes, hier encore inconnus et devenus aujourd'hui tellement proches.

Mais les enfants qui forment cette génération ont été le fruit de la joie et de l'espoir, de la certitude de ce qu'il fallait que le monde ne fut jamais plus le même. Malgré les difficultés de chaque jour on se sentait en train de bâtir un monde nouveau. Ces enfants de l'espérance ont grandi dans le paradoxe du rêve de la grandeur au risque de tout perdre.

Comme le rappelait récemment Flora Yacine¹, nous pouvons nous souvenir que cette génération au temps de sa jeunesse croyait à la dimension civilatrice d'Éros,² se sentait capable de rompre avec l'unidimensionnalité de la vie et de la société, luttait pour la libération du désir, voulait jouir sans entraves,

voulait déchaîner les plaisirs sans restriction, constatait la mort de la famille, trouvait des paradis insoupçonnés en Mélanésie³, mettait en œuvre la révolution sexuelle, tout en contestant la bureaucratie et les mandarins.⁴

Cette révolution plutôt culturelle et symbolique mis de nombreuses années pour s'accomplir même si les faits ne se sont pas toujours pliés à la volonté de ceux qui voulaient mettre en œuvre un ordre nouveau. La révolution, bien qu'elle veuille imposer l'ordre, n'y obéit pas. Ce truisme n'est pas toujours compris par la génération née de l'espoir.

Le désir et l'interdit – À partir des années soixante et soixante-dix, les premières pilules sont apparues, le recul du mariage-institution s'est confirmé, la croissance des unions libres a commencé à prendre forme, les chiffres du divorce ont été multipliés par trois, la cohabitation prénuptiale s'est généralisée et surtout, on a vu prendre place une séparation entre orgasme et reproduction.

Toutefois, en dépit de ces changements radicaux, on doit constater que les discours comme les images ont beaucoup plus changé que les pratiques.

Au fil des années tous ces changements se sont approfondis, mais pas toujours dans le même sens. Flora Yacine rappelle ainsi qu'au cours des années soixante, Master and Johnson proposaient des partenaires de remplacement à leurs patients célibataires. Aujourd'hui, nous dit-elle, ils seraient poursuivis pour proxénétisme. Elle suggère également que Kinsey, avec son célèbre rapport, serait peut-être expulsé de l'enseignement pour harcèlement sexuel.

Les années quatre-vingt et quatre vingt-dix, ont, du fait des risques liés au Sida, vu apparaître un grand nombre d'interdits alors que dans le même temps, on a assisté à l'abrogation des lois homophobes. Nicolas Journet souligne par ailleurs qu'aujourd'hui, plus encore que la moralité, ce que l'on contrôle d'abord, ce sont les conséquences des abus sexuels. L'inceste même, surgit avec un contenu nouveau, comme un tort infligé à l'enfant.⁵

De nos jours et à bien des égards, chaque individu peut se considérer comme un petit roi, seigneur de ses désirs, libre de choisir ce qui lui semble, ce qu'il veut faire. Cependant, il subit des interdits nouveaux lié au respect de l'intégrité

¹ Regente de Curso à l'universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa

de l'autre. Le viol, la pédophilie, les violences sexuelles non consenties, sont plus que jamais sanctionnées. L'individu, roi de son désir, côtoie le criminel qui agit sur l'intimité de l'autre. Ainsi le débridé, l'agressif, l'exhibitionniste devra savoir se contenir sous peine d'être poursuivi en Justice.

Une vie pleine de changements – Actuellement, les personnes plus âgées, ont vécu de grands changements dans tous les domaines de leur vie et également en ce qui concerne leur sexualité. Leur vie a changé aussi bien d'une façon matérielle, formelle, qu'à travers les images et les représentations du monde et des autres. En matière de sexualité nous pouvons nous reporter à la liste des items établie par Journet, tout en ajoutant quelques petites remarques: le plaisir féminin (valorisé), la contraception (effective), l'avortement (bien plus généralisé et légitimé), la procréation artificielle (si désirée), l'oubli de la virginité (intentionnel), l'amour libre (au grand jour), l'égalité des sexes dans la famille (parfois avec la perte de l'identité), le dépérissement du concept de perversion sexuelle converti en Paraphilie (le mot cache, adouci et renforce la réalité).⁶

Nous avons déjà mentionné l'exhibitionnisme envisagé comme une agression, mais nous pouvons ajouter encore, le concept de viol conjugal et sa punition, l'offre de l'industrie pharmaceutique pour atteindre de belles érections à tous âges, les conseillers sexuels en tous genres et j'en passe.

Mais plus que le répertoire de tous les changements importants en matière sexuelle qui concerne la génération du baby-boom, ce qui m'intéresse plus particulièrement, c'est le contraste constant entre liberté et interdit, entre libération et sanction, entre l'ordre et le mouvement.

Je crois qu'il est important de ne pas oublier la présence continue de ces deux pôles. Quand on parle du droit au plaisir, au désir, quand on dit que le projet est celui de chacun, que le choix est personnel, on parle, bien évidemment, de l'autonomie et de la maturité des plus âgés, mais on évoque aussi sans le dire, le cadre, le prix, les risques de toute option. On révèle autant que l'on cache. On fait surtout tourner la roue de la vie. Toutefois, si nous travaillons avec les plus démunis, avec ceux qui ne contrôlent plus toutes les dimensions de leur vie, taire un des deux aspects de la réalité, quelle que soit la société où nous agissons, c'est l'équivalent de tromper, de fausser la réalité face à ceux qui en payeront le prix le plus élevé. Dans cette dynamique, il vaudrait mieux, alors, se gargariser avec d'autres personnes moins vulnérables.

De nombreuses personnes parmi les plus âgés sont isolées, ont perdu l'espoir et le bonheur. On doit leur permettre alors, si possible, de bâtir un présent et un avenir, de tisser à nouveau des liens, de confier et de se confier, d'aimer. Il faut le faire sans croisade, avec toute l'efficacité possible et la discrétion souhaitable.

Une sexualité et un projet structurés - Découvrir aujourd'hui la sexualité des plus âgés c'est avant tout reconnaître qu'ils ont structuré pendant toute une vie leur sexualité, et qu'il est souhaitable que les incidents de leur vie actuelle ne brisent

pas la cohérence sexuelle qu'ils ont probablement acquise tout au long de leur vie. Ils sont ce qu'eux mêmes ont plus ou moins structuré à partir de leurs gênes, de leurs relations comme de leur histoire personnelle.

Leur projet de vie est commencé depuis très longtemps; on ne doit pas feindre de croire qu'il va commencer ce soir ou demain matin, juste après l'intervention, la médication, le nouvel horizon, les possibilités entrevues, les informations et le dialogue que l'on vient d'établir. Leurs choix de vie si différents fussent-ils de ce qu'ils ont fait ou dit encore hier, seront néanmoins toujours enracinées dans les mémoires et les habitudes, de même que dans l'image qu'ils donnent et se donnent d'eux mêmes depuis longtemps.

Connaitre leur projet de vie ne peut jamais être confondu avec ce qu'il vient d'être établi, décrété, ni avec ce que nous, les techniciens, nous membres de la Direction d'une structure d'accueil, voulons leur proposer, ni non plus, être confondu avec un questionnaire préétabli.

Le projet vient de loin et changera à son rythme et avec son temps. D'autre part, il y a parfois des événements qui nous font changer du jour au lendemain, des événements traumatisants loin d'être toujours heureux.

Récupérer des capacités perdues c'est toujours agréable, mais il ne faut pas tomber ni dans le discours ni dans la pratique du fétichisme de l'acte envisagé sans contexte, sans réciprocité, dans un désarroi qui porte malheur. Des attitudes dont la lecture serait évidente aux autres âges de la vie, doivent être prises en considération quelle que soit l'âge de chacun.

Un appel à l'autre - Dans toutes les espèces sexuées, et également au niveau de l'humain, la sexualité c'est un appel à l'autre. L'espèce en elle-même est représentée seulement par le couple. L'un et l'autre se complètent. Cet appel radical à l'autre est aussi valable à vingt qu'à quatre vingt ans. D'ailleurs il y a mille façons de lancer cet appel. Il y a mille façons de le mettre en œuvre et de le consolider à tous âges.

Chez les plus âgés, comme aux autres âges de la vie, cette complémentarité passe par les organes sexuels, par les hormones, par le psychisme, bref, par les corps, et va bien au delà du langage primaire, bien au delà de la sexualité génitale, jusqu'aux niveaux symboliques du sexué. Il y a non seulement un style différent entre l'homme et la femme, entre le masculin et le féminin, avec leurs multiples graduations, comme il y a également, une interaction sexuée, assez différente de celle qu'ignore la sexuation.

Quand nous interagissons intentionnellement avec une personne de l'autre sexe, quand nous prenons conscience, ici et maintenant, du fait de que nous sommes des hommes et des femmes jouant un rôle social quelconque, tout se passe d'une façon bien différente des autres occasions où nous oublions la dimension sexuée de la vie.

Une sociabilité plus riche - Dans le contexte en question, le problème n'est pas explicitement celui du désir, ni non plus, celui du plaisir sexuel, mais plutôt, celui du plaisir d'une

sociabilité plus riche, plus contrastée, plus raffinée et plus totale qui va nous impliquer à un niveau bien plus profond et qui nous fait par exemple, prendre soin de nos vêtements, assumer un langage corporel diversifié, choisir des objets, des façons de dire, de penser, de sentir, assez différentes.

Tout le monde sait, quelle que soit la culture, que les hommes et les femmes n'agissent pas de la même façon face à des personnes de leur sexe et face à celles de l'autre sexe. Ceci est vrai quelque soit l'âge, la classe sociale ou encore, la culture locale de la population. Un auteur disait que les institutions réservées à un seul sexe, sont effectivement des institutions homosexuelles.

Prendre les plus âgés au sérieux, les considérer avec leur dignité, c'est reconnaître que la sexualité a du sens à leur âge, et qu'elle va être également le vecteur de leurs émotions d'hier, et d'aujourd'hui. C'est un langage qui va varier selon les personnes, les ambiances, les classes, etc. Réduire ce langage au plaisir et au désir, ne serait-ce qu' à titre de libération, est une autre façon de mépriser l'humanité des plus âgés.

Le langage des corps et le langage des personnes, dénudées ou vêtues, au lit ou à la table, chez elles ou dans la rue, est un langage qui va de l'expression de l'intimité à sa manifestation en public.⁷

L'expression sexuée passe par la façon dont on s'habille, par la chorégraphie des gestes, par le choix des tâches que l'on veut accomplir. La sexualité des relations n'est pas un comportement obsessionnel, ne relève pas seulement des différences de genre, mais est également et surtout une interaction entre plusieurs personnes qui agissent tout en prenant conscience de qui elles sont, à savoir, homme et femme.

Accepter l'humanité du vieillard c'est l'aider, s'il en a besoin, à soigner son corps, ses vêtements, sa posture, son ambiance, l'aménagement de sa maison, l'ordre et le goût de ses affaires, son goût de vivre, de cultiver son esprit, de poursuivre sa vie avec renouvellement ; ce que nous accomplissons de mille façons.

Le sexe en privé - Nicolas Journet nous rappelle le fait que les humains ne font pas l'amour en public à moins qu'ils soient dans la provocation, la réalisation d'un rite, celle d'un spectacle, ou encore pour gagner de l'argent. La génération baby-boom a déjà promu assez de spectacles à propos de la sexualité et en a été également largement la spectatrice. Ira-t-elle tambour battant promouvoir de nouveaux spectacles en ce domaine ou sera-t-elle capable tout simplement, de faire l'amour et de laisser faire l'amour quand on peut et quand on en a envie, surtout si l'amour est là.

Parmi les personnes âgées, nombreuses sont les personnes encore capables d'aimer et qui aiment effectivement.

Travailler le langage sexué permet de fixer le désir et le plaisir dans un contexte plus élaboré, plus spécifiquement humain, lequel ne se réduit plus aux circonstances qui entourent l'acte de séduction mais qui peuvent conduire

aussi à la multiplication des relations amoureuses dans un contexte donné. Ces relations passeront ou ne passeront pas par la rencontre des corps; ceci dépendra de l'histoire, de la sensibilité, du vouloir, du projet, des interdits de ceux qui s'aiment.

Plaisir et reproduction – Il est ici nécessaire d'aborder le clivage créé, surtout à partir des années soixante, entre plaisir et reproduction. Ce clivage a été fait d'une façon trop hâtive soit au niveau du discours, soit au niveau de la pratique. La reproduction c'est à beaucoup de niveaux et pas seulement en tant que procréation, un bout pour la sexualité, un de ses objectifs. La sexualité produit une œuvre humaine. Au delà de la procréation, elle constitue une certaine alliance qui donne des fruits avec une existence continue et qui nous entourent. Cette œuvre n'est pas seulement la vie que l'on peut bâtir ensemble, mais c'est également le réseau de tout ce que nous faisons, des initiatives, des projets effectifs, de tout ce que l'on construit et que l'on aime. La présence de cette vie commune, des personnes, des objets, des espaces, des tâches, des mémoires, des chagrins, des espoirs, tout cela passe par l'un et par l'autre, et traverse également plusieurs générations.

Ceci nous parle à la fois de l'œuvre commune, du partage, des partitions de l'humain, de nos complémentarités, de l'appel à l'autre. C'est alors la vie que l'on crée de façon sexuée et parfois dans une dimension sexuelle.

Parmi les hommes et les femmes, il y a ceux qui envisagent le sexe et il y a des moments où l'on envisage le sexe uniquement comme un rapprochement des corps sans que des sentiments soient présents et sans que rien n'advienne de cette relation. L'acte sans lendemain, restreint à la réciprocité et au plaisir du moment, c'est l'acte qui nous laisse seul. On est en présence d'un véritable acte incomplet, du sexe interrompu, coupé de la plupart de ses dimensions.

Le lien entre amour et plaisir – Aux cours de ces années, on a assisté également à une conjonction entre amour et plaisir, que l'on retrouve bien dans l'expression «faire l'amour». Ainsi, faire l'amour a coïncidé avec la pénétration, comme si à chaque fois et pour tout le monde, la seule et l'indispensable façon de faire l'amour, ou d'avoir du plaisir, consistait en l'acte de pénétration.

Plusieurs auteurs envisagent cette perspective comme étant masculine. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il y a d'autres façons de s'exprimer qui sont, en ce domaine souhaitées, pratiquées par des hommes et par des femmes aux différents âges de la vie. Il faut toujours être attentif à la sensibilité et à l'expression de chacun.

Après avoir fait état des conclusions de *l'Enquête sur la Sexualité en France, Pratiques, Genre et Santé*, (La Découverte, 2008) Catherine Halpern cite un texte où Natalie Bajos et Michel Bozon montrent comment s'est peu à peu institutionnalisée la représentation pathologique de la panne sexuelle sous la pression des urologues, des sexologues et avec l'appui des revues médicales et des laboratoires pharmaceutiques. Or cette redéfinition des normes du bon

*rapport sexuel centre encore plus l'acte sur la pénétration, envisagée du point de vue masculin. Le désir et le plaisir féminins sont largement absents (...) Le Viagra peut traiter certains des problèmes rencontrés par les hommes, mais pour que des rapports sexuels satisfaisants aient lieu, encore faut-il que les problèmes des femmes soient envisagés. Le sexe à 20, 50, ou 70 ans reste d'abord une affaire de désir. Et si possible des deux partenaires.*⁸

Si quelqu'un est autonome, il s'exprimera par lui-même, avec les ressources, les limitations et les interdits de sa culture, de son contexte de vie, de l'éthique qu'il professe, de son environnement, et s'exprimera surtout en interaction avec son partenaire,. Si l'on vit en internat, il faudra chercher des conditions non seulement de discrétion, mais aussi de goût et de sensibilité, pour que le contexte des espaces soit accueillant et suffisamment flexible en termes d'expression masculine et féminine, plutôt qu'en langage unisexe, plus ou moins aseptisé et bureaucratique. Il va de soi que je ne suis pas en train de proposer des chambres d'amour!

La prise en compte du handicap - Si quelqu'un n'est pas autonome, l'appui doit-être discret, conscient des faits déjà mentionnés, à savoir que l'espèce humaine copule en privé, hormis les scénarios déjà évoqués.

Voiler et dénuder sont des gestes propres à la sagesse de tous les peuples. Chacun sait symboliser et mettre en œuvre les façons les plus diversifiées de l'accès à l'autre, du respect, des formes de proximité et de contact ainsi que le jeu des significations qui les accompagnent.

En ce qui concerne les personnes présentant un handicap, on doit se rappeler que le handicap est également un appel à l'autre. Cet autre qui va pouvoir compléter ce que je ne peux faire dans ma vie quotidienne. Le handicap fait appel à la sexualité, avec tout le symbolisme que lui donne la possibilité de répondre à l'appel profond de la vie. Cet appel ne se réduit pas, non plus, au seul plaisir, ni au seul désir. Le désir c'est la face d'une demande bien plus élargie, demande qui ne sera pas toujours consciente de la part du sujet.

L'acte bénéfique - Colleen Mc Couloughe dans son roman Tim, fait le portrait d'une vieille dame célibataire et soutient qu'il y a des tas de choses bien plus bénéfiques pour elle, que la très simple satisfaction sexuelle, tout en louant sa bonne mine et son apparence. Il écrit à ce propos: *c'est ça ce qui opère des miracles, cette sensation merveilleuse d'être désirée, nécessaire, appréciée.*⁹

La sexualité advient seulement par accroissement. Etre capable de consoler quelqu'un, fait que le jeune Tim se voit comme un adulte. Autrefois les plus âgés étaient des adultes, ils le sont toujours mais parfois ils rêvent d'être des jeunes et on leur propose alors de pratiquer le sexe comme des adolescents.

Avoir du plaisir traverse tous les âges de la vie ; c'est la façon de s'exprimer qui peut devenir plus ou moins mature et efficace.

Il ne faut pas infantiliser les adultes, ni appuyer leurs régressions, mais au contraire, les aider à ce qu'ils soient capables de s'épanouir et de réaliser leur projet jusqu'au plaisir et au delà du plaisir, paisiblement. Une fois de plus, Mc Coulough fait Tim s'émerveiller devant Mary: on me regarde comme si j'étais une personne comme les autres. Pouvoir ressentir cet émerveillement, en paix, pouvoir le dire, nous est décrit comme étant au delà du désir et du plaisir.

Je te cherche, je cherche ton âme et ton corps; je te cherche avec ce que tu as de si nouveau pour moi; je te cherche dans ce que tu es et dans ton mystère. Je te cherche parce que tu es ce que je ne suis pas, parce que tu nous manques pour que nous puissions devenir nous mêmes.

L'injonction au bonheur - On ne peut pas oublier, par ailleurs, que l'injonction au bonheur, est un impératif des sociétés contemporaines et que ces mêmes sociétés deviennent chaque jour, un peu plus oppressantes quant à l'objectif, pour chacun, d'une vie active et réussie. Cette injonction peut engendrer de nouvelles frustrations. Elle peut aussi accroître la médicalisation du sexe, par exemple, moyennant encore plus de Viagra ou de pharmacopées similaires, comme le rappelle Flora Yacine.

D'ailleurs si l'on insiste trop sur la sexualité même, nous pourrions avoir des Lolitas de soixante-dix ans et plus, adoptant un style plus jeune nourri de pratiques cosmétiques et d'opérations de chirurgie esthétique de plus en plus nombreuses, comme le prédit Michel Brix.¹⁰

Nicolas Journet écrit, qu'aujourd'hui, il est difficile de savoir si la prostitution est consentie, ou non, et que la pornographie peut être dans de nombreux cas, envisagée comme une addiction.¹¹

La vie est une œuvre en soi - Reproduire de mille façons la vie est ce qui nous donne le plus de plaisir, et *ce plaisir c'est ce que nous cherchons à travers les grandes peines et les grandes souffrances*, à travers l'effort, à travers la contrainte mais également, le défoulement ; tout ceci en paraphrasant l'une des formules les plus connues de Benton, un des auteurs de la pensée économique la plus classique et un des théoriciens les plus radicaux des théories du bonheur. Ainsi, lui même ne doutait pas, que l'on ne peut uniquement parler seulement du plaisir et du bonheur et qu'il faut donner une place aux autres dimensions de la vie.

Les personnes âgées savent que la vie est faite de toutes les nuances, que l'amour n'est pas seulement bâti autour du conjoint. Elles savent qu'il y a un monde autour de chacun de nous, et que c'est ce monde et ces réseaux qui sont alimentés en effet par l'amour. L'amour c'est le fleuve que l'on doit prendre la peine de bien nourrir.

Todorov disait que *nous sommes entièrement faits des autres, de ce qu'ils nous ont donné, de leurs impressions, de leurs réactions* et ajoutait que *la vie est une œuvre en soi*.

Il soulignait l'importance de la douleur et de la vulnérabilité soit pour bâtir, soit pour reconnaître cette œuvre commune: *je constate en effet qu'il existe une inquiétante liaison entre*

*la vulnérabilité, la souffrance et la capacité d'aller plus loin dans la connaissance de l'humain.*¹²

Nous tous ici, nous connaissons le travail de ceux qui essayent d'aider les plus démunis. Si quelqu'un est sensible à la douleur des autres, ce sont bien ceux qui les aident. On comprend alors que leur mission consiste à produire du bonheur.

Toutefois, il faut avoir le courage d'aller plus loin et aller au delà du bonheur jusqu'à donner de l'amour.

En nous référant pour finir à Dortier, nous dirons que tout le monde, jusqu'à la fin, a besoin de savoir *développer l'art de bien piloter sa vie*¹³

1 - Yacine, Flora, *La Révolution Sexuelle a-t-elle eu lieu? in Sciences Humaines, Hors-série Spécial sur Le Sexe dans tous ses états, Nov./Décembre 2009 pag. 30.* Yacine rappelle aussi Guattari, *Libérer le Désir, l'antipsychiatrie de Lang et de David Cooper, Wilhelm Reich et La Révolution Sexuelle.*

2 - Vd. Marcuse, Herbert, *Éros et Civilisation, Paris, Ed. Minuit*

3 - Margareth Mead, *a fait rêver toute une génération, d'une rive à l'autre de l'Atlantique avec Mœurs et Sexualité en Océanie.*

4 - Michel Crozier avec son livre *Le Phénomène Bureaucratique et Henri Lefebvre répercuté par tout le monde soixante-huitard autour de la Sorbonne et aussi avec La Vie Quotidienne dans le Monde Moderne ont tracé le contexte au moins parisien de cette contestation.*

5 - Journet, Nicolas, *La Sexualité et ses Usages, in Sciences Humaines, Hors-série Spécial n° 10, pag.6ss.*

6 - « comportement sexuel peu fréquent utilisé par la personne pour récolter un plaisir sexuel ou une gratification sexuelle. » Jean François Marmion nous avertit que le concept de perversion apparaît à la fin du XII siècle et désigne à l'origine les individus agissant à l'encontre de l'ordre du monde, en particulier si leur sexualité sort du cadre conjugal et procréatif imposé par l'Église[...]La notion de «perversion sexuelle» se médicalise dans les années 1840,(...)Les psychiatres forgent une terminologie qui fleure bon le grec: homosexualité en 1869, exhibitionnisme en 1877, fétichisme, 1887... Sciences Humaines, Hors-série Spécial n° 10 pag.46

7 - *ibidem pag.8* Journet cite encore Bozon,M, *Les Significations Sociales des Actes Sexuels, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n° 128, Juin, 1999*

8 - Halpern, Catherine, *La Galipete après 50 ans Sciences Humaines, Hors-série Spécial, n° 10 pag. 91*

9 - McCullough, Colleen, Tim, Lisboa, *Biblioteca Sábado, passim, vg. pag.94*

10 - Brix, Michel, *L'Amour Libre, Brève Histoire d'une Utopie, Molinari,2008*

11 - Marc Ganem, *Président de la Société Française de Sexologie Clinique indique que la Médecine Sexuelle n'est qu'une partie de la Santé Sexuelle elle-même, transcrite sous la forme de la dernière définition formulée par l'OMS : La Santé Sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La Santé Sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la Santé Sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.*

12 - *Entrevue donnée à propos de La Signature Humaine, Sciences Humaines, n° 2009, Décembre 2009*

13 - Dortier, Jean François, *L'art de Piloter sa Vie in Sciences Humaines, Pensées pour Demain, N° 200, Janvier 2009*



MASTER 2 PRO ACTION GÉRONTOLOGIQUE ET INGÉNIERIE SOCIALE *accessible en formation continue*

D.U.G.A. DIPLÔME D'UNIVERSITÉ DE GÉRONTOLOGIE APPLIQUÉE *accessible en formation continue*

RESPONSABLE Philippe PITAUD,
Directeur de l'Institut de Gerontologie
Sociale, Professeur associé.
En collaboration avec les Universités de
MILAN, LISBONNE, SAN SEBASTIEN.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Université de Provence, Master AGIS,
3 place Victor Hugo, 13331 Marseille
Cedex 3, à partir du mois d'Avril.

Dossier à retirer auprès de M. PITAUD
04 13 55 07 74 / 04 91 37 03 79
E-mail : dessagis@univ-provence.fr
ou sur le site :
www.univ-provence.fr/agis

L'âge, l'intimité et l'institution

Gérard RIBES¹

INTRODUCTION

La construction de la sexualité est un mécanisme évolutif qui concerne tous les âges. Envisager que le développement de la sexualité s'arrête à la fin de l'adolescence, voire de l'enfance ce serait considérer que le développement d'un individu est terminé dès les premières années de sa vie. Certes, les empreintes de l'enfance sont importantes et vont pouvoir faire trace mais les différentes rencontres, les expériences, la maturation psychologique, l'évolution du corps vont modeler, remanier les expériences primordiales de l'enfance. La sexualité d'un individu est une adaptation permanente entre du biologique, de l'organique, du social et du culturel. Ces deux derniers points délimitant le normal du pathologique, l'acceptable de l'inacceptable, le pensable de l'impensable.

La sexualité n'est pas réductible à l'instinct, car l'apprentissage contraint par les représentations et les modèles sociaux jouent un rôle à la fois structurant et répressif. Cette fonctionnalité de l'organisme n'est pas vitale mais pour une grande majorité d'individus elle est au fil de l'existence un élément d'équilibre à la fois personnel et relationnel participant à l'image et à l'estime de soi, voire à la construction identitaire. Elle est une mise en acte de la dynamique psychique de l'individu, une tentative de renforcement d'une construction mentale identitaire dans un lien entre psyché et corps. Elle permet la confrontation à l'autre dans une dialectique entre semblable et différent.

La sexualité ne concerne pas que la génitalité. La sexualité concerne toute la palette des potentialités excitatrices physiologiques et psychologiques qui procurent du plaisir à l'individu. Cette double dimension qui converge vers le plaisir est au centre de la compréhension de la sexualité humaine quel que soit l'âge et l'environnement. La sexualité est une dimension individuelle qui doit rester en sens et en cohérence avec l'existence de chacun en fonction de l'évolution personnelle et relationnelle propre à chacun. Il n'existe pas d'obligation à la sexualité. Il ne doit pas exister d'empêchement quel que soit l'environnement ou les contextes de l'existence. Chaque individu est sexué et le reste, quel que soit son âge, quels que soient sa maladie, son handicap, le lieu où il se trouve. Dénier cette potentialité c'est aller bien au-delà du sexuel. C'est poser la question

du respect et de la place de l'intimité de la personne. En vieillissant chaque individu est confronté à son intimité. Avec lui en premier lieu par les remaniements physiques et psychologiques liés à l'âge, avec les autres ensuite dans une permanence ou un effacement de la rencontre. Plus qu'à l'âge adulte la question de la protection de son intimité se pose pour la personne vieillissante. Cette capacité à protéger son espace intime peut être mise à mal par les fonctionnements institutionnels.

CROYANCES SUR LA SEXUALITÉ DE L'ÂGÉ

Les représentations et les conditionnements sociaux ont une place prépondérante dans le fonctionnement des individus. La plupart répondent à ce que les psychosociologues appellent l'influence sociale normative. Les normes sociales, qui sont souvent implicites, vont déterminer ce qui est un comportement normal et attendu. Ne pas se conformer à ces normes à un coût social qui peut être très élevé, renvoyant celui qui ne les respecte pas au rang de marginal, de délinquant ou de malade mental. Vis-à-vis de la sexualité des seniors, les représentations sociales, outre ces dimensions, renvoient parfois l'image de la perversion.

La peur des conséquences du vieillissement est vraisemblablement un moteur important des représentations négatives. Dans une enquête dirigée par Colson (Colson, 06) les principales craintes des adultes français interrogés quant à leur sexualité future ne sont pas la survenue de troubles sexuels, la baisse du désir ou du plaisir ou du nombre de rapports sexuels mais bien le vieillissement par lui-même, la perte du partenaire et le sentiment de ne plus être désirable. Ce vécu de non-désirabilité participe à la perte d'une certaine image sociale de soi, à ce vécu d'effacement dans le regard de l'autre, à une forme de transparence ressentie par l'âgé.

Winn et Newton (Winn, 82) ont comparé la sexualité des plus âgés dans 106 cultures. Ils ont conclu que les facteurs culturels peuvent être l'une des causes déterminantes pour le prolongement ou l'arrêt d'une sexualité. Selon eux, notre société occidentale peut être considérée comme restrictive face à la sexualité des adultes les plus âgés.

¹ Psychiatre, Professeur Associé - Université Lyon 2

Pour Sherman (Sherman, 98) qui reprend les travaux de Butler, les mythes concernant la sexualité des séniors sont encore bien vivants. Les principaux étant 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.

Cinq grandes croyances ont été identifiées par Felstein (Felstein, 73) pour justifier que la sexualité est l'apanage des jeunes gens. La première est que la sexualité sert à la procréation et se limite donc à ceux qui sont en âge de procréer. La deuxième est que la tension sexuelle se manifeste en réponse à l'attrait physique, qui n'est plus présent chez les âgés. La troisième est que la tension sexuelle, qui est maximale chez les jeunes gens, disparaît presque totalement chez les âgés. La quatrième est que l'on aime quand on est jeune et que la sexualité est en lien avec l'amour. La cinquième est que le niveau de fonctionnement optimum est atteint pendant la jeunesse, alors que le temps de la vieillesse est celui des incapacités. Ceci confirme que dans notre société il est préférable de ne pas être identifié à la classe des âgés pour ceux qui veulent garder une activité sexuelle.

Les âgés peuvent ainsi s'interdire eux même une sexualité pris qu'ils sont dans leur histoire et par la permanence des images actuelles. Comme l'écrit Delbes « Si en vieillissant on a moins souvent un partenaire sexuel, cet effet de l'âge n'est-il pas accentué par un effet de génération ? Ayant du mal à laisser s'exprimer une sexualité jugée socialement inconvenante, les aînés feraient preuve d'autocensure. Et ce, d'autant plus facilement pour certains d'entre eux, et surtout d'entre elles, qu'ils n'ont trouvé que peu de satisfaction dans l'amour physique, conditionnés par une éducation rigide où la sexualité était un sujet tabou, où l'on ne parlait pas du plaisir et des moyens de l'atteindre » (Delbes, 01). Pour Spence (Spence, 92) la vision des personnes âgées sur leur sexualité est largement influencée par les représentations sociales et les comportements des soignants. L'attitude sociale influence grandement la représentation des âgés sur eux même. Cette pression sociale n'est-elle pas utilisée par certains âgés ? La solitude, les modifications corporelles, la peur des « pannes sexuelles » confrontant à une dégradation de leur image, peuvent être des facteurs d'évitement de la sexualité. Il est préférable à ce moment-là qu'ils se définissent comme non désirables pour ne pas être confrontés à leur désir. Il est plus aisé pour eux de renvoyer la responsabilité de l'absence de désir à des facteurs externes même si leur importance est réelle.

INSTITUTION GÉRIATRIQUE

L'institution gériatrique se situe dans l'ambiguïté de ce carrefour entre lieu de vie, lieu de soin et lieu de mort. Selon la nature, l'histoire des institutions ces trois axes n'ont pas la

même place. Du foyer logement au soin palliatif la gamme est importante. N'oublions pas que de nombreuses institutions sont issues d'ordres religieux ou l'abstinence était prônée comme un chemin vers le salut. Le point nodal ou la notion de lieu de vie ne devient plus prioritaire a souvent comme substratum l'importance et la technicité des soins corporels qui justifient que le soignant prenne la première place. La réalité se situe plus dans le fonctionnement institutionnel et sur l'interrogation que les soignants peuvent avoir de leur place dans l'institution et du respect de la différence de chacun. Dans certains cas les soignants se sentent « propriétaires » d'un espace qu'ils ont du mal à considérer comme pouvant abriter des zones privées et ont tendance à penser collectivité plutôt qu'individu. D'une manière plus générale l'institution gériatrique oscille entre une volonté de préserver l'intimité et le devoir de l'enfreindre en permanence, pour l'hygiène des locaux et la toilette des patients. Cette effraction peut devenir ou du moins être prise comme un contrôle par la personne âgée. Comment peut-elle s'assurer que son espace ne sera pas intrusé à n'importe quel moment ? Quel contrôle va-t-elle garder sur l'espace de sa chambre ? Les sphères du public et du privé se confondent. La chambre, initialement espace privé devient le « stigmaté » d'un double langage entre un lieu réservé à une personne âgé mais appartenant à l'institution.

L'institution est pensée pour des individus isolés. Les lits sont pour une personne. Les chambres à deux sont encore très nombreuses et relèvent plus d'une réalité financière que d'un choix personnel. Le seul espace privé devenant celui du lit exposé en permanence au regard des tiers. L'arrivée de couples peut être vécue par les soignants et les résidents comme une intrusion, voire une anomalie dans ce monde de personnes seules. La création de nouveaux couples peut provoquer agression et rancune ces derniers enfreignant une règle du jeu tacite marquée par l'obligation d'être seul dans cet univers communautaire. Pour Charazac (Charazac,98) « le fait institutionnel ne se place pas seulement dans l'accomplissement d'une mission mais aussi dans l'illusion de maintenir au dehors quelque chose qui mettrait cet objectif en danger ». L'institution gériatrique peut ainsi s'arroger le droit pour le bien des patients de maintenir hors de ses murs ce qui pourrait troubler sa mission d'une vieillesse soit disant sereine, apaisée, en dehors des tensions qui résulteraient d'une dynamique amoureuse voire, pire encore, sexuel. Pour un soi disant bien être des patients qui est trop souvent un évitement des soignants les institutions annihilent toute velléités de différence des résidents dans une uniformité contrôlante.

L'arrivée en institution qui se fait de plus en plus tardivement renvoi à la question de l'incapacité de l'âgé à être « comme tout le monde » c'est-à-dire autonome et à son domicile. L'âgé en institution n'est donc plus comme tout un chacun et sa différence va marquer le fossé entre le monde des « adultes » et celui des « vieux ».

LES SOIGNANTS ET LA SEXUALITÉ DES ÂGÉS :

La confrontation quotidienne au corps de l'âgé évoque chez le soignant un sentiment d'ambivalence et des éprouvés contradictoires. Comme l'ont défini Laplanche et Pontalis (Laplanche, 1967) l'ambivalence est la « présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine ». Peut-on parler d'amour dans ce contexte ? L'ambivalence est largement portée par une forme de fascination face à cette différence qui est elle-même source de rejet. Cette dégradation des corps peut projeter le soignant dans son propre avenir. Il lui est nécessaire de mettre en place des défenses. La proximité des corps à travers les différents sens peut provoquer un rejet de la personne dans son identité humaine et confronter le soignant à une image de bestialité. Comme l'écrit Kaes (Kaes, 87) « La distance permet de contrôler aussi bien les angoisses persécutives que les angoisses dépressives ». Le travail en institution gérontologique, comme le note Fustier (Fustier, 99) se réalise souvent dans un état de « morosité généralisée ». Il rajoute que les gestes professionnels sont ressentis comme monotone, ennuyeux, « ne produisant plus la prime de plaisir nécessaire ». Dans ce contexte penser le plaisir de l'âgé devient source d'agression car le vécu d'agression n'est pas que du côté des âgés. Les soignants confrontés de manière quotidienne à des âgés pas toujours coopératifs peuvent s'installer dans un épuisement relationnel transformant le contact physique en combat, la relation en confrontation interdisant tout plaisir.

La question de la sexualité de l'âgé renvoie le soignant à des éprouvés de sentiments filiaux et pose la question de l'irreprésentable de la sexualité des parents. Le fossé générationnel qui existe entre le soignant et le vieillard participe à ces éprouvés. Quelle représentation le soignant peut-il construire de la sexualité de la génération de ses grands parents. La dimension maternante et infantilissante n'est-elle pas un moyen de se défendre par rapport à la sexualité de l'âge ? L'autre (l'âgé) est déséquilibré. Son corps ne peut être qu'un objet de soin et exclu toute notion de désir. L'âgé est enfermé dans un univers où le plaisir ne peut passer par son corps. Il peut se concevoir autour d'une animation, d'un moment familial mais difficilement dans un épanouissement sexuel. Les représentations à l'égard du vieux dans les institutions gérontologiques sont plus orientées du côté du pathologique et du déficient. Quelle place va-t-elle être accordée pour la pulsion de vie et plus loin pour la pulsion sexuelle ?

LE VÉCU DES FAMILLES

Le fonctionnement institutionnel se fait largement en écho avec les interactions familiales. Le parent est un parent ! Lui reconnaître une dimension sexuée est peu pensable. Dans sa lointaine jeunesse cela pouvait éventuellement être présent mais dans un chœur réunissant famille, soignants et parfois personne âgée « Ce n'est plus de son âge ». L'âgé devient un intouchable au sens propre et figuré du terme. Garant de l'image du passé il se doit d'être fidèle au passé même si son

conjoint est décédé depuis de nombreuses années. Il reste le compagnon ou la compagne confondu avec l'image du père ou de la mère, son attention, son amour étant disponible pour sa descendance.

L'arrivée d'une tierce personne devient dans ce contexte une concurrence inacceptable. Le risque d'une captation de ce qui doit être totalement au service de la famille devient un danger de déstructuration familiale, un péril transformant l'âgé en débauché entachant toute la famille qui devient gardienne de ses propres bonnes mœurs en se protégeant contre les agissements d'un parent en perdition. Le parent très souvent exonéré d'un comportement volontaire par une turpitude attribuée à « l'autre ». Ce peut être le temps des règlements de compte aboutissant à la séparation des couples car comme l'évoque Charazac citant la parole d'enfants que nous avons maintes fois entendus en entretien (Charazac, 98) « Ils se disputent sans cesse et se font souffrir » niant l'importance de cette intimité structurante, même si elle est souffrante, construite au fil des ans.

A l'opposé, d'autres enfants peuvent se trouver soulagés de ce nouvel investissement affectif les rassurant.

SEXUALITÉ EN INSTITUTION GÉRIATRIQUE

« En franchissant le seuil de l'établissement, l'individu contracte l'obligation de prendre conscience de la situation, d'en accepter les orientations et de s'y conformer... Il fonde, de toute évidence, son attitude envers l'établissement et implicitement la conception de lui-même que lui offre cet établissement » écrivait Goffman (Goffman, 75). L'âgé rentrant dans une institution va se conformer à ce qu'il perçoit, interprète du fonctionnement institutionnel dans l'ensemble de ses composantes dont la sexualité.

Dans cette ambivalence, ce paradoxe du fonctionnement institutionnel vont se confronter un discours et des comportements. 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 facilitent. Si l'on interroge les âgés en institution sur la place de la sexualité, 81% des hommes et 75% des femmes considèrent qu'il est normal que les âgées puissent avoir une sexualité (Wasow, 79).

Quel que soit l'âge, de nombreux éléments sont nécessaires pour permettre une sexualité. On peut retenir une bonne estime de soi qui dans le contexte du vieillissement renvoie souvent au sentiment d'utilité. Une bonne image corporelle, dimension souvent difficile dans le vieillissement qui outre la gestion des déficits va poser la question de l'attention que l'âgé porte à lui-même. Rappelons par exemple que 46% des femmes ayant une incontinence urinaire subissent un impact négatif sur leur sexualité (Hilton, 88). Une capacité d'affirmation de soi et de communication en lien avec les deux composantes précédentes. La réflexion institutionnelle doit pouvoir englober ces différentes dimensions afin de permettre à l'âgé de pouvoir prendre le risque de la rencontre de l'autre.

Se surajoutent de nombreuses barrières (Hosman, 01). Nous retiendrons :

Le manque d'intimité : Élément qui revient en priorité dans la plupart des études et qui pose la question de l'absence de réflexion des institutions sur ce point crucial tant au plan collectif qu'individuel. N'oublions pas qu'un des éléments du fonctionnement des institutions totalitaires est l'absence de toute intimité.

Le manque de partenaire : Surtout du côté féminin. Rappelons que le ratio hommes/femmes est de l'ordre de 1 pour 2 après 75 ans dans la population générale et très vraisemblablement plus faible en institution compte tenu de l'âge moyen.

La pathologie mentale : En particulier déficitaire qui constitue une clientèle importante des établissements. Il ne faut pas pour cela penser que le patient avec une pathologie de type Alzheimer ou apparenté est sans désir et que ses attentes sexuelles ne révèlent qu'un comportement en lien avec la maladie. Sans oublier les pathologies dépressives souvent sous estimées.

La pathologie physique : En particulier articulaire. La réflexion est loin d'être mure en France sur les aides à la sexualité alors que des pays voisins comme l'Allemagne et la Suisse en sont déjà à la mise en application.

L'attitude de l'équipe : Par son regard négatif qui est la conséquence d'une absence quasi-totale de formation sur la sexualité et l'affectivité des personnes âgées mais aussi en lien à l'absence de lieux de paroles ou les soignants puissent exprimer leurs questionnements, leurs craintes ou leurs souffrances face à des attitudes et des comportements qui les mettent en difficulté.

L'attitude des membres de la famille : Nous pouvons dire que dans bien des cas il n'y a pas de pires censeurs que les enfants. Mais cette censure est, elle aussi, empreinte de craintes, d'ignorance, de représentation erronées.

Les effets iatrogènes des médicaments : Une résidente me dit un jour : « Vous savez, Docteur, on me touche que lorsque je suis malade. J'ai donc tout intérêt à être malade ». De nombreuses pathologies nécessitent certes un traitement. Dans certains cas, la réponse médicamenteuse traduit un signe d'impuissance d'équipes débordées par une charge ne laissant plus le temps de la parole et de la réflexion.

Le sentiment de ne pas être attractif : Point clef qui passe entre autre par les soins de beauté mais aussi par les paroles concernant la vêtue ou la toilette.

La dysfonction érectile chez l'homme, les dyspareunies chez la femme : L'évolution de la pharmacopée permet l'utilisation de différents traitements pouvant être une aide à la sexualité. Une information, une écoute peut s'avérer une aide tout aussi précieuse.

Butler R.N. et al *Love and sex after 60: how physical changes affect intimate expression. Geriatrics*, 49(9), 1994, p 20-27

Charazac P. (1998) *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Dunod, Paris

Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P (2006) *Sexual behaviours and mental perception, satisfaction and expectations of sex Life in men and women in France. J Sex Med*; 3: 12

Delbés C., Gaymu J. (2001) *La vie sexuelle des seniors, L'Esprit du Temps, Champ Psychosomatique* 4 .24 : 69-80

Felstein I. (1973) *Sex in later life*, Penguin Books, Inc. Baltimore

Fustier P. (1999) *Le travail d'équipe en institution*,Dunod,Paris

Goffman, E.(1975) *Stigmates, Les usages sociaux du handicap*, Editions de Minuit, Paris

Hosam K. (2001)*Annals of long care Vol 9, number 5*

Kaes R. et al (1987) *L'institution et les institutions*. Dunod. Paris

Laplanche J., Pontalis J.B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris

Sherman B.(1998)*Sex,Intimacy & Aged Care (Ed) Jessica Kingsley ,London*

Spence, S.H. (1992). *Psychosexual Dysfunction in the Elderly. Behaviour Change*, 9, 55-64

Wasow M.,Loeb MB. (1979) *Sexuality in nursing homes j am geriatr soc ; 27:73-9*

Winn, R.L., & Newton, N. (1982). *Sexuality and Aging: A Study of 106 Cultures. Archives of Sexual Behavior*, 11, 283-298.

Appréhension juridique de la sexualité des personnes handicapées : le droit a-t-il réponse à tout ?

Jean-Baptiste THIERRY¹

Les représentations cinématographiques sont des plus éloignées lorsqu'elles évoquent la sexualité des personnes handicapées : baiser entre Dustin Hoffman – le *Rain man* – et Valeria Golino dans une cage d'ascenseur, perte de la virginité de Forrest Gump, les œuvres évoquant frontalement cette question délicate sont presque aussi rares² que les écrits juridiques sur la question. Les revues et ouvrages juridiques ne contiennent que quelques rares incises³ et peuvent être marqués par un parti-pris important⁴ qui affecte le propos. Est-ce alors à dire que le questionnement sur la sexualité des personnes handicapées ne pose guère de problèmes juridiques ? La réponse est négative. Les publications s'attachent en effet à certains aspects de la sexualité comme la procréation, la stérilisation⁵, l'interruption médicale de grossesse⁶, la caractérisation du consentement de la personne particulièrement vulnérable⁷. Ensuite, de réelles réflexions sont menées dans des articles aux titres évocateurs – « Implications de l'assistance sexuelle : regard éthico-légal »⁸, « Enjeux politiques et juridiques de l'accompagnement sexuel »⁹ – même s'ils paraissent dans des revues appartenant à d'autres disciplines¹⁰. Enfin, le champ disciplinaire de l'étude de la sexualité des personnes handicapées n'est pas limité en droit, et le juriste a beaucoup à apprendre des problématiques soulevées par les autres disciplines¹¹. La question lancinante est alors de savoir si le droit a vraiment vocation à encadrer juridiquement la sexualité en général et celle des personnes handicapées en particulier.

La question centrale est celle de la nature juridique de la sexualité, des personnes handicapées comme des valides. « Le droit à la sexualité peut être considéré comme un droit fondamental »¹². L'affirmation ainsi assénée a la force de l'évidence et pourrait même remporter l'adhésion

en se livrant à une rapide recherche. Car après tout, la Cour européenne des droits de l'homme reconnaît un droit d'entretenir des relations sexuelles, expression de l'autonomie personnelle contenue dans l'article 8 de la Convention¹³. Mais à bien y réfléchir, le droit à la sexualité est une expression malheureuse qui résulte d'une confusion entre « le droit à » et « le droit de » : « le droit d'avoir des relations sexuelles n'est pas garanti sous la forme d'un « droit à » »¹⁴, le droit à la sexualité n'existe pas. La sexualité est l'expression d'une liberté, qui peut être particulière¹⁵, mais qui demeure une liberté. Reconnaître un droit à l'assistance sexuelle, ce serait donc reconnaître un droit à la liberté, « concept mal construit [...]. Tout d'abord cette idée donne l'impression fautive d'un conflit inévitable entre la liberté et les autres valeurs quand une réglementation sociale [...] est proposée. Ensuite cette idée apporte une réponse trop simple sur ce qui nous fait considérer certaines catégories de contraintes [...] comme particulièrement injustes »¹⁶. Le droit appréhende donc la sexualité comme une liberté, à laquelle il ne saurait être atteint, mais qui ne crée pas de droit opposable aux tiers. Au demeurant, il est plutôt rassurant de voir que le droit n'aborde qu'exceptionnellement cette question éminemment intime.

Outre les hypothèses d'agressions sexuelles, une question nouvelle traduit particulièrement bien l'interrogation sur le rôle du droit : l'assistance sexuelle. Elle fait partie des objets d'études privilégiés par des disciplines comme la psychologie ou la sociologie et délaissés par le droit. L'interrogation sur les implications juridiques de l'accompagnement érotique n'en est que plus nécessaire. Il est en effet important d'apporter une pierre supplémentaire à la réflexion sur la sexualité des handicapés, en prenant soin de dépassionner un débat fortement marqué par le militantisme des associations de personnes handicapées¹⁷ ou l'opposition farouche à l'accompagnement sensuel¹⁸. Ceci n'est possible qu'en recherchant ce qu'est l'assistance sexuelle.

L'étendue de cette pratique est difficile à connaître. Elle n'existe pas en France – c'est d'ailleurs sur ce point que portent nombre de revendications¹⁹ – et serait reconnue dans quelques pays européens : l'Allemagne, le Danemark, la Suisse, et les Pays-Bas. Malheureusement, parmi les sources consultées – l'obstacle de la langue s'ajoutant à la difficulté –, aucune ne fournit d'indications sur la manière dont les États organisent cette pratique, et il est à craindre que le régime de l'assistance sexuelle découle

¹ Maître de Conférences de Droit privé
Faculté de Droit, Sciences économiques et Gestion, Université Nancy 2 MSH Lorraine
(USR 3261) - ISCRIMED-CRDP (EA 1138)

² Il faut ici mentionner Nationale 7, de Jean-Pierre Sinapi.

³ V. par ex. D. Lochak, « La liberté sexuelle, une liberté (pas) comme les autres ? », in D. Borillo, D. Lochak (sous la dir.), *La liberté sexuelle*, Paris : PUF, 2005, note 1, p. 18.

⁴ V. par ex. M. Iacub, *Le crime était presque sexuel et autres essais de casuistique juridique*, Paris : Flammarion, 2002, Champs, p. 82.

⁵ Sans souci d'exhaustivité, v. par ex. au sujet de la stérilisation : A. Boumaza, « La stérilisation contraceptive et le « handicap mental » après la loi du 4 juillet 2001 », *Rev. dr. san. soc.*, 2002, p. 233 ; Th. Fossier, Th. Verheyde, « La stérilisation à des fins contraceptives des incapables majeurs, L. n° 2001-588, 4 juillet 2001 », *JCP*, 2001, *Aperçu rapide*, p. 1477 ; J. Massip, « Peut-on procéder à la stérilisation d'une majeur incapable ? », *Deffrénois*, 1999, p. 314.

⁶ P. Sargos, « Réflexions « médico-légales » sur l'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique », *JCP*, 2001, I, 322.

⁷ C. Barberger, « Les personnes vulnérables », in *Actes du congrès du 29 février et 1^{er} mars, Versailles*, « Deux ans d'application du Nouveau Code pénal », *Rev. pén.*, 1996, p. 277.

tout entier de celui de la prostitution : si la prostitution fait l'objet d'un encadrement particulier²⁰, rien n'empêche qu'elle soit « spécialisée ». Certains évoquent la formation des assistants sexuels²¹, ce qui laisse alors penser qu'il s'agit d'une formation sanctionnée par un diplôme, mais il n'en est rien : lorsque ce point est évoqué, il s'agit de la formation offerte en Suisse par une association²². Il est alors bienvenu de se rappeler la leçon du Doyen Carbonnier au sujet du droit comparé : a beau mentir qui vient de loin. En outre, « *une loi n'est pas seulement un texte avec les juges et les praticiens qui l'appliqueront, c'est aussi le peuple auquel on prétend l'appliquer. Sa réception fait corps avec elle, ensemble fragile qui se brise dans les transports internationaux. Avant d'imiter une loi étrangère, le législateur français devrait s'assurer qu'elle trouvera en France le climat dont elle était environnée dans son pays d'origine* »²³. Autrement dit, la réflexion juridique autour de l'assistance sexuelle doit se faire sans préjugés, mais elle ne peut se fonder sur des éléments matériellement indisponibles.

Il n'est pas bon de rester focalisé sur la détresse sexuelle de certaines personnes handicapées, et il faut contraire replacer la question de l'assistance sexuelle dans le contexte plus vaste – qui traverse toutes les questions liées au handicap – de *l'égalité*. Autrement dit, il est tout autant question de savoir si l'absence d'assistance sexuelle est une atteinte juridique à l'égalité que de déterminer si l'assistance sexuelle peut être créée en droit français. Le particularisme de toute réflexion juridique autour de l'assistance sexuelle est qu'elle est purement prospective et, qui plus est, entièrement basée sur des suppositions en l'absence de modèle auquel se référer. Il est donc nécessaire de s'attacher à l'étude de l'assistance sexuelle, dont la reconnaissance en droit positif est difficile (I), et à celle de la reconnaissance nécessaire de la sexualité des personnes handicapées (II).

I – LA DIFFICILE RECONNAISSANCE DE L'ASSISTANCE SEXUELLE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'assistance sexuelle est difficilement admissible en droit français, en raison de sa délicate délimitation (A) et de la détermination de son régime (B).

A – La délicate délimitation de l'assistance sexuelle

Les termes sont en effet des plus confus : il est tout autant question d'assistance sexuelle que d'accompagnement érotique, sensuel, sexuel. Par commodité, toutes ces expressions seront considérées comme synonymes. Il n'existe pas d'unanimité sur les définitions de ces pratiques qui sont très variées : il peut s'agir d'une aide à la relation sexuelle – si l'accompagnant aide deux personnes à se positionner, à se coucher, à se relever, etc. –, mais également de caresses érotiques, voire de relations sexuelles. Il est également établi que l'assistant sexuel peut être un homme ou une femme, et – même si ce fait n'est pas mis en avant – qu'il ne s'agit pas d'une personne dont le handicap l'empêcherait d'exercer cette activité. L'assistant sexuel est donc un valide, du moins

une personne physiquement apte à accomplir un certain nombre de gestes et de positions, ce qui mérite d'être noté : envisagée sous l'angle de l'accompagnement érotique, la sexualité des personnes handicapées s'entend d'une sexualité avec des personnes qui ne le sont pas.

Les témoignages d'assistants sexuels varient²⁴ : certains excluent l'acte de pénétration, se contentant de caresses, d'autres envisagent la pénétration, mais n'en font pas le but de l'assistance sexuelle. Fondamentalement, l'assistance sexuelle diffère de la prostitution en ce qui concerne le mobile : dans un cas, il s'agit d'éveiller à la sexualité, d'apporter un certain bien-être, dans l'autre, il s'agit d'obtenir une rémunération contre une prestation sexuelle. Mais si les mobiles diffèrent, les pratiques sont formellement identiques et entrent dans la qualification juridique de prostitution qui a été définie par la Cour de cassation comme le fait de « *se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui* »²⁵. La jurisprudence n'opère pas de distinction selon l'intention – charitable ou non – ou selon le type d'acte puisqu'il est question de contacts physiques de quelque nature qu'ils soient. En l'état du droit positif, ni la prostitution ni l'assistance sexuelle, entendue comme une forme particulière de prostitution, ne sont réprimées, au contraire du proxénétisme et du racolage. L'une des pistes de réflexion est celle de la gratuité de l'assistance sexuelle, mais il est alors à craindre que la pratique bénévole ne rencontre pas le même succès que la pratique tarifée.

Toute réflexion sur l'accompagnement érotique doit inclure l'identité juridique entre l'assistance sensuelle et la prostitution. Il est vain de chercher à différencier juridiquement les deux types de pratique : seuls les mobiles différents, lesquels, on le sait, sont indifférents en droit pénal.

L'autre question liée à la délimitation de la pratique de l'assistance sexuelle ne concerne pas les assistants, mais les assistés. Car en effet, si l'assistance sexuelle concerne les personnes handicapées, il est nécessaire de déterminer quelles sont celles qui vont y avoir accès, à moins d'autoriser l'accès à l'assistance sexuelle pour tous, ce qui dénaturerait la spécificité et la finalité de cette pratique. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées²⁶ a défini le handicap à l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Cette définition est particulièrement large et doit être confrontée à l'assistance sexuelle. Toutes les personnes handicapées bénéficieront-elles de l'assistance sexuelle ? Ceci est très discuté : tous les handicaps ne justifient pas une telle assistance. Comment déterminer les handicaps qui permettent d'y recourir ? Est-il envisageable de limiter le recours à l'assistance sexuelle aux seules personnes qui ne peuvent pas se satisfaire elles-

mêmes – qui ne peuvent pas se masturber – ou doit-on élargir la possibilité de l'accompagnement aux individus qui ont des difficultés à rencontrer des partenaires ? Si oui, quelle sera la limite ? La difficulté de rencontrer un partenaire devrait-elle être d'origine physique, mentale, esthétique ? Et alors, qu'est-ce qui justifierait que les valides en soient exclus ? Il n'y a guère de différence entre le handicapé qui ne peut pas avoir de relations sexuelles et le valide qui n'arrive pas à en avoir.

Le degré de handicap – si un tel critère est envisagé – permettant de recourir à l'assistance sexuelle est donc délicat à préciser. La nature du handicap l'est tout autant : le handicap mental, psychique, peut-il justifier le recours à l'assistance sexuelle de la même manière que le handicap physique ou sensoriel ? Les témoignages d'assistants sexuels insistent sur les bénéfices importants pour certains handicapés mentaux de recourir à l'assistance sexuelle : mais est-ce l'individu lui-même ou ses proches qui contactent, paient, accueillent l'assistant sexuel ? L'inégalité serait loin d'être combattue si le recours aux services d'accompagnement érotique était entièrement dépendant du bon vouloir de tiers. Le handicap sensoriel doit-il également permettre d'avoir accès à l'assistance sexuelle ? Certains sourds, par exemple, ne se perçoivent pas comme handicapés, mais davantage comme membres d'une communauté linguistique ; on peut toutefois imaginer que la surdité rend plus difficile la rencontre de partenaires potentiels. Les sourds doivent-ils pouvoir accéder à l'assistance sexuelle ? Fixer un critère du recours à l'assistance sexuelle revient à chercher la quadrature du cercle. Et l'on voit que les « exemples » étrangers – du moins ceux qui sont couramment cités – ne le tentent pas et englobent l'assistance sexuelle dans la prostitution.

On le voit, les interrogations autour de l'assistance sexuelle doivent dépasser le simple appel militant à la reconnaissance en France de cette pratique. Ses bienfaits sont peu connus, son régime est inconnu. Il faut enfin préciser que les personnes handicapées peuvent avoir recours aux services de personnes prostituées : rien ne l'interdit. Certes, celles-ci ne sont en général pas sensibilisées au handicap, mais beaucoup ont parmi leurs clients réguliers des handicapés²⁷. Le recours à la prostitution existe et est possible. Il est d'ailleurs pratiqué dans certains établissements sociaux et médico-sociaux. La crainte des personnels est alors d'être poursuivi pour proxénétisme. Mais il faut ici souligner qu'aucun exemple de poursuites ou de condamnations pénales n'est accessible : il y a ici un manque d'intérêt évident de réprimer de telles pratiques²⁸.

L'ensemble de ces questions pourrait être perçu comme une opposition de principe à l'assistance sexuelle. Il s'agit au contraire d'approfondir la réflexion, sous un angle qui n'est jamais abordé dans les différentes études qui traitent de l'accompagnement érotique. Ces interrogations sont également nombreuses lorsqu'il s'agit d'étudier le régime de l'assistance sexuelle.

B – La détermination du régime de l'assistance sexuelle

Si l'assistance sexuelle venait à être introduite en droit positif, il serait nécessaire de lui appliquer un régime juridique. Celui-ci devrait tout à la fois avoir trait à la formation des assistants sexuels, mais également aux régimes civil et pénal de cette pratique.

En ce qui concerne la formation des assistants sexuels, le droit n'a que peu à dire sur le contenu pédagogique. En revanche, il est possible de s'interroger sur les modalités et le statut de cette formation. Sans entrer dans les détails, il semble que l'assistance sexuelle se rapproche du domaine paramédical, en ce que ses partisans la présentent souvent comme un soin. Il serait donc nécessaire qu'un diplôme sanctionne un parcours donné, diplôme qui pourrait, comme le titre de médecin ou d'infirmier, donner une compétence particulière. Mais à qui ouvrir cette profession ? Aux étudiants qui viennent d'avoir le baccalauréat ? Ou au contraire à des personnes plus mûres, ayant une certaine expérience de la vie ? Il est parfois question de refuser de faire de l'activité d'assistant sexuel une profession à part entière, en ce sens que les individus ne devraient pas retirer l'essentiel de leurs revenus de cette pratique. Il est également question de réserver le titre d'assistant sexuel à des personnes qui vivent déjà en couple, l'assurance d'une vie conjugale stable permettant d'éviter le risque de recruter des individus animés par d'autres mobiles que l'aide de son prochain. Mais une telle restriction serait-elle admissible et ne constituerait-elle pas une discrimination injustifiée ? Certes, les exemples de professions limitées à certaines personnes existent – comme le mannequinat pour lequel la loi prévoit la possibilité de distinguer les personnes selon leur apparence physique, par exemple –, mais ils sont peu nombreux. La création d'une instance ordinaire est-elle envisageable pour contrôler la « déontologie » des assistants ? Les exemples étrangers ne sont d'aucun secours : tout au plus en Suisse la formation est-elle dispensée par une association, ce qui montre la limite de son action. Quel serait enfin le choix dont disposerait la personne handicapée ? La sexualité a ceci de particulier qu'elle répond certes aux besoins d'une personne, mais également et surtout à ses désirs : ceux-ci doivent-ils être entièrement satisfaits ?

Le régime civil de l'assistance sexuelle pourrait donner lieu à des développements jurisprudentiels inédits sur la responsabilité. Car si l'assistance sexuelle consiste en une prestation de service – l'accompagnement sexuel – contre rémunération – voire gratuitement – en exécution d'un accord de volontés, le contrat entre en action avec ses conditions de formation et la sanction de son inexécution. L'individu incapable juridiquement ne pourrait ainsi recourir seul à l'assistant sexuel, le tuteur pouvant seul consentir à cet acte – à moins que l'on ne considère qu'il s'agit d'un acte strictement personnel, ce qui est peu probable vu l'enjeu financier qui nécessite une gestion du patrimoine du majeur protégé. L'objet du contrat pourrait également être problématique car il est pour l'heure illicite. Il ne le serait plus si la loi reconnaissait qu'il est possible de conclure un

contrat, selon des conditions déterminées, qui porte sur la prestation de services de nature sexuelle. Enfin, sans entrer dans les détails grivois, même s'ils ne manqueraient pas de se poser, il faudrait bien déterminer l'étendue de l'engagement des deux cocontractants. L'un devrait verser une somme d'argent en échange d'une prestation, l'autre devrait fournir cette prestation. Comment qualifier l'obligation de l'assistant sexuel ? Une obligation de sécurité lui serait-elle imputable ? Une obligation de moyens, de résultat ? Comment apprécier les moyens adaptés²⁹ ?

Sur un plan pénal enfin, il faut reconnaître que les difficultés seraient moindres : un texte qui reconnaîtrait expressément l'assistance sexuelle constituerait une permission de la loi qui viendrait donc justifier la commission d'une infraction. Malgré tout, l'autorisation de la pratique ne suffirait pas à la faire sortir du champ pénal, si elle devait être accessible aux personnes handicapées mentales. Comment s'assurer du consentement de la personne quand cette même personne peut entrer dans la catégorie des individus qui ne sont pas à même d'exprimer leur volonté quand ils doivent subir des soins ? On sait par ailleurs les difficultés existantes en matière d'agressions sexuelles. Il convient à cet égard de rappeler que « *la vulnérabilité de la victime, connue de l'auteur, constitue une présomption de contrainte chez cette dernière, présomption qui joue contre l'accusé, et donc en faveur des personnes vulnérables [...] La combinaison «vulnérabilité de la victime – abus de fonction de l'auteur» peut créer une présomption d'intention de viol difficile à détruire* »³⁰. Au reste, une limite d'âge sera-t-elle fixée ? Qu'en sera-t-il pour les grands handicapés mentaux dont l'expression du consentement paraît sujette à caution ? L'acte bénéfique pour leur santé qui se ferait sans qu'ils soient à même d'y consentir est-il envisageable ? N'y a-t-il pas là une « dépossession » discutable de leur sexualité ? La vulnérabilité de ces personnes justifie une plus grande protection car elle les expose à un risque plus important d'être victime d'une infraction. Certes les assistants sexuels « formés » ont une certaine éthique, mais l'on sait que celle-ci est bien souvent insuffisante dans la prévention des infractions³¹.

Cette liste des problèmes soulevés par l'assistance sexuelle n'est pas exhaustive, mais elle démontre la nécessité de dépasser l'évidence, de porter le regard au-delà d'une revendication qui, prise isolément, pourrait même avoir un effet contre-productif et masquer un aspect plus fondamental de l'égalité à laquelle peuvent prétendre les personnes handicapées : la reconnaissance de leur sexualité.

II – LA NÉCESSAIRE RECONNAISSANCE DE LA SEXUALITÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

La reconnaissance de la sexualité des personnes handicapées comporte des aspects que la seule assistance sexuelle n'est pas à même d'appréhender. Cette reconnaissance est d'ailleurs indépendante de celle de l'assistance sexuelle (A) ce qui démontre la nécessité de dépasser l'interrogation sur l'assistance sexuelle (B).

A – L'indépendance entre la reconnaissance de la sexualité et la reconnaissance de l'assistance sexuelle

Cette indépendance résulte de la différence entre un droit – qui serait créé si l'assistance sexuelle était introduite en France – et une liberté – qui est le statut actuel de la sexualité. L'illusion du lien entre la reconnaissance de l'accompagnement érotique et la liberté sexuelle vient de ce que cette liberté peut apparaître comme un droit. La Cour européenne des droits de l'homme exerce un contrôle sur l'ingérence des États dans la vie privée des citoyens et, conséquemment, dans leur liberté d'entretenir des relations sexuelles. La décision phare en la matière est l'arrêt K. A et A. D. contre Belgique du 17 février 2005³² où la Cour a précisé que « *le droit d'entretenir des relations sexuelles découle du droit de disposer de son corps, partie intégrante de la notion d'autonomie personnelle* » et, au sujet du sadomasochisme, ajouté que « *la faculté pour chacun de mener sa vie comme il l'entend peut également inclure la possibilité de s'adonner à des activités perçues comme étant d'une nature physiquement ou moralement dommageables ou dangereuses pour sa personne* ». Malgré l'importance de cette motivation, elle a refusé de conclure à une ingérence injustifiée des autorités belges dans la vie privée des requérants, eu égard à la gravité des actes commis. Lorsque la Cour emploie les termes « *droit d'entretenir des relations sexuelles* », elle ne vise pas le droit-créance qui astreint à une obligation positive de la part des États de le satisfaire, mais une liberté qui empêche les États d'y porter atteinte. Il existe donc une différence essentielle entre l'obligation faite à un État de mettre un œuvre un mécanisme de satisfaction des désirs sexuels et l'interdiction qui lui est faite de porter atteinte à l'autonomie personnelle des individus. Autrement dit, rien n'empêche, selon l'argument européen, de fréquenter des prostituées – encore que des considérations liées à l'ordre public peuvent entrer en ligne de compte – et *a fortiori* des assistants sexuels, mais rien n'oblige à permettre un accès effectif à des services sexuels.

On pourrait alors être tenté de suivre un autre raisonnement qui consisterait à dire que l'État porte atteinte à la liberté sexuelle des handicapés en n'autorisant pas l'assistance sexuelle³³, mais ce serait confondre l'atteinte de nature juridique et l'atteinte de nature factuelle : la première est encadrée par le droit, la seconde, qui découle de la force des choses, lui est inconnue. L'analogie avec l'arrêt Pretty contre Royaume-Uni³⁴ est ici évidente, les problèmes soulevés étant de nature similaire même si leur intensité varie. Dans cette affaire, la requérante demandait à l'État de l'aider à mourir, en garantissant l'absence de poursuites pénales contre l'auteur du geste homicide qu'elle ne pouvait accomplir seule. La Cour européenne a refusé de voir dans le refus britannique une atteinte à une disposition quelconque de la Convention, tout en reconnaissant à M^{me} Pretty la liberté de se suicider. Il n'y a pas davantage de violation d'une disposition de la Convention en refusant l'instauration d'un système d'aide sexuelle. Une autre solution serait bien évidemment envisageable, mais elle supposerait d'avoir une acception différente de l'autonomie personnelle, la transformant en

une créance contre l'État, ce qui est pour l'heure loin d'être le cas. La *ratio decidendi* des décisions où l'autonomie personnelle est en cause réside plus dans le contrôle des ingérences actives que dans celui des ingérences découlant de la passivité ou l'inaction³⁵.

L'absence de dispositif d'accompagnement érotique n'est pas une atteinte à l'égalité des personnes. Tout comme la rupture d'égalité inhérente au handicap, les difficultés d'entretenir des relations sexuelles ne peuvent pas être entièrement compensées par le droit. La loi du 11 février 2005 a certes introduit la notion de compensation, mais en prenant bien garde d'y intégrer la sexualité : l'article L. 114-1-1, alinéa 2, du Code de l'action sociale et des familles dispose que « *cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre 1^{er} du code civil* ». Il faut, en matière d'assistance sexuelle comme en toute autre, prendre garde au risque du panjurisme : le droit n'a pas vocation à intervenir dans toutes les sphères de la vie, « *le droit est plus petit que l'ensemble des relations entre les hommes* »³⁶.

Légiférer sur l'assistance sexuelle serait une illustration de l'effet macédonien, mis en avant par le Doyen Carbonnier : « *la force de l'effet macédonien vient d'une conjonction des techniciens du droit et de la masse non technicienne : les techniciens, par profession, ne connaissent guère que des cas limites, et ces cas limites on le don de révolter la masse, déclenchant en elle des ondes de sentimentalité. [...] Il est des seuils de trouble social et même d'injustice individuelle en deçà desquels il vaut mieux s'abstenir de faire une loi, les avantages de l'intervention législative étant balancés par les inconvénients généraux de toute intervention législative* »³⁷. Au reste, l'utilité d'une législation sur l'assistance sexuelle est encore davantage mise en cause par la nécessité de dépasser cet aspect.

B – Le dépassement de l'interrogation sur l'assistance sexuelle

Il est en effet tout à fait possible de prendre en compte la sexualité des personnes handicapées sans y inclure l'assistance sexuelle. Mêler les deux problèmes nuit à la clarté des objectifs qui peuvent être assignés au droit. En outre, se concentrer sur l'assistance sexuelle est peut-être une erreur stratégique car il existe un risque réel de

passer sous silence les autres problèmes liés à la sexualité des personnes handicapées. Aborder frontalement ces problèmes et tenter de les résoudre pour, finalement, discuter de l'éventuelle instauration de l'accompagnement érotique apaiserait le débat. Tant que l'on se concentre sur l'assistance sexuelle, on met de côté l'autonomie de la personne et son intégration sociale. Instaurer l'assistance sexuelle risque de réduire les autres questionnements sur la sexualité des personnes handicapées à peau de chagrin⁸. Le handicap est la conjonction de deux facteurs : une défiance – quelle que soit son origine – et une rupture d'égalité qui découle de ce handicap. N'envisager que l'assistance sexuelle revient à se focaliser sur une rupture d'égalité spécifique dans un domaine particulier, mettant de côté les autres ruptures d'égalité. Avoir des relations sexuelles est le résultat d'une conjonction de facteurs, parmi lesquels figure la possibilité de faire des rencontres, peu importe le lieu, de faire œuvre de séduction, etc. L'accompagnement érotique contribuerait à laisser les clients handicapés de côté. Il peut certes s'agir d'une solution pour les personnes qui ne peuvent même pas se déplacer, mais pour les autres, cet accompagnement peut être synonyme d'une plus grande stigmatisation. La tâche n'est pas facile, mais des progrès existent dans l'accessibilité des lieux et la reconnaissance des personnes handicapées comme des citoyens à part entière. Des régressions existent également, telle la stérilisation non thérapeutique instaurée par la loi du 4 juillet 2001 : comment concilier l'aversion contre la reproduction des femmes handicapées mentales et la reconnaissance de leur sexualité ?

Il n'existe pas un chemin unique vers l'égalité, mais plusieurs voies à emprunter. Certaines sont plus importantes, d'autres sont essentielles, bien que secondaire. Ne voir la sexualité des personnes handicapées que par le spectre de l'assistance sexuelle déplace le problème et tend à admettre que les individus qui souffrent d'un handicap ne peuvent qu'avoir une place à part. Il ne peut s'agir que d'une solution d'exception, secondaire, qui ne peut être mise en place qu'après que les autres leviers de l'égalité aient été actionnés. Permettre l'accès au travail, à l'éducation, aux loisirs, favoriser les échanges personnels sont autant de possibilités d'intégration et d'accès à l'égalité qui devraient être privilégiés au détriment des discussions ponctuelles dont l'ensemble des implications juridiques est grandement ignoré. Il faut lutter contre l'idée selon laquelle « il suffit de faire une loi » pour qu'un objectif soit atteint. La loi du 11 février 2005 est encore jeune et il faut lui laisser le temps d'entrer dans les mœurs, de n'être plus vue comme une contrainte mais comme une simple expression du bon sens. La précipitation et la réflexion nécessaire à l'élaboration des lois n'ont jamais fait bon ménage.

(8) Ils sont pourtant nombreux : V. par ex. N. Diederich (sous la dir.), *Stériliser le handicap mental ?*, Ramonville Saint Agne : Érès, 1998, « Études et recherches » ; N. Diederich, D. Moyses, *Les personnes handicapées face au diagnostic prénatal : éliminer avant la naissance ou accompagner ?*, Ramonville Saint Agne : Érès, 2001, *Connaissances de l'éducation*.

Sexualité et handicap mental ; Lois, majorités et consentement

Denis VAGINAY¹

Le public averti, constitué de familles et de professionnels, part du principe que l'accès à la sexualité est un droit acquis pour les personnes handicapées mentales², même s'il sait plus ou moins confusément que, dans la réalité, tout n'est pas si simple. D'ailleurs, il est difficile de dépasser les déclarations d'intention généreuses et générales qui s'affirment comme un aboutissement satisfaisant de ce processus de conquête de pratiques jusqu'alors interdites et de vérifier ce qui se passe dans la vie quotidienne des personnes concernées, le plus souvent au prétexte que cela relève de leur domaine privé et de leur intimité. Si cette assertion n'est pas fautive, il se pourrait bien qu'elle serve essentiellement à cacher notre hypocrisie vis-à-vis de cette question. C'est en tout cas la piste que nous allons tenter d'explorer en partant de situations banales dans lesquelles se joue le statut de la personne handicapée mentale et ses possibilités à s'exprimer comme sujet à part entière.

Nous montrerons aussi que la question de la sexualité des personnes handicapées mentales évolue en même temps que celle de la population générale, notamment quand elle concerne les adolescents. C'est pourquoi nos observations rapporteront diverses situations dans lesquelles sont impliquées soit des personnes handicapées, mentales ou physiques, soit des personnes qui ne le sont pas.

L'APPARITION D'IMAGES PORNOGRAPHIQUES EN IME ET CE QU'ELLE PEUT RÉVÉLER

La vignette qui suit est tirée de la présentation faite par le directeur d'un IME³ dans le cadre d'une formation pour de futurs directeurs d'établissements sanitaires et sociaux⁴.

Monsieur D. intervient pour illustrer l'intérêt du règlement de fonctionnement tel qu'il est préconisé par la loi de 2002 et les possibilités d'intervenir lorsqu'il n'est pas respecté.

Alors que dans son établissement, il est spécifié que les téléphones portables ne doivent être utilisés qu'à des fins de communication, à des moments bien définis de la journée, et qu'un travail pédagogique a été mené sur le respect de la vie privée et de l'image, des jeunes ont été surpris en train de faire circuler sous le manteau des images pornographiques

stockées dans leur appareil. Prévenu par les éducateurs, monsieur D. confisque, comme le prévoit le règlement, le matériel et l'enferme dans le coffre de son bureau après avoir tancé les coupables. Enfin, il convoque les parents et, en présence de leur enfant, dévoile sa conduite inqualifiable et toute l'affaire, en leur demandant de prendre toutes les précautions pour qu'elle ne se renouvelle sous aucun prétexte.

À la question de savoir s'il procède de la même manière lorsque les jeunes incriminés sont majeurs, il répond par l'affirmative, ne voyant pas la nécessité d'établir une quelconque distinction autour de ce critère.

Le schéma de cette brève séquence est simple, limpide, et le choix de son déroulement paraît irréfutable : des jeunes ont bravé des interdits, ils doivent être sanctionnés pour qu'ils puissent prendre la mesure de leur faute et pour que l'ordre institutionnel soit rétabli.

Mais que se passe-t-il réellement dans ce scénario ?

En s'appuyant sur l'apparition d'images pornographiques montrées en catimini en un espace collectif, monsieur D. instaure une complicité de fait entre lui et ses futurs collègues qui ne peuvent que partager son point de vue : on ne se promène pas avec de telles photographies, a fortiori quand on est jeune, et on les montre encore moins à ses camarades, d'autant que si on le fait en cachette, c'est qu'on a bien la notion que c'est interdit. Implicitement, il établit une ligne de partage entre ceux qui sont, avec lui, du côté de la norme, et les autres, ceux que leur conduite réprochée assimile à des êtres dénaturés, voire à des pervers – dangereux pour leurs pairs.

On peut, malgré tout, se demander quels sont les interdits qui ont été ici transgressés et ce qui, du coup, est réellement sanctionné et avec quels effets.

Par leur discrétion maladroite (cherchaient-ils à être pris la main dans le sac ou, plutôt, l'œil sur la chose ?), les jeunes impliqués montrent bien qu'ils ne sont pas naïfs et qu'ils savent que leur conduite ne sera pas acceptée ou cautionnée par la horde éducative⁵. Mais ce qu'ils cachent relèverait

¹ Docteur en Psychologie clinique, praticien et formateur

² Denis Vaginay, *Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale, Chronique sociale, 2002*

³ Institut Médico-Educatif : Institution qui reçoit des jeunes déficients intellectuels généralement âgés de douze à vingt ans.

⁴ Collecte personnelle.

⁵ Nous manquons ici de vocabulaire car il est impossible de dire dans ces circonstances « par les adultes » dans la mesure où certains éducateurs sont à peine plus âgés que les jeunes handicapés mentaux dont ils s'occupent et qu'on a bien affaire à une espèce d'entité qui est censée en conduire une autre sur le chemin de l'intégration par le phénomène de la transmission.

plutôt de la pudeur que de l'interdit. Ils ont perçu et intégré que ce qui a à voir avec le sexe se déroule dans l'intimité, c'est pourquoi, ces images-là, ils se les passent sous le manteau. Qu'ils le fassent entre eux indique aussi qu'ils ont une notion de la dimension générationnelle ou identitaire et la perception aiguë qu'on ne mélange pas, toujours à propos du sexe, ce qui est trop différent car alors on s'approcherait de relations incestueuses. Ainsi ne montreront-ils pas leurs images à un éducateur, même si celui-ci a le même âge qu'eux. Entre eux une barrière de verre existe, fragile et infrangible.

L'origine des photographies a son importance. Les jeunes les trouvent sur Internet d'où ils les téléchargent sur leur téléphone portable, prouvant ainsi leur maîtrise suffisante du matériel informatique.

L'ordinateur est pour eux un objet familier et leur entourage les encourage à l'utiliser. Ce qu'ils peuvent y découvrir se trouve banalisé par les adultes –parents et professionnels- qui s'émerveillent de les voir progresser dans la manipulation de l'outil qui ne peut donc pas vraiment se révéler dangereux⁶. Tout ce qu'on y trouve émane forcément de personnes responsables, qui savent ce qu'elles font et avec qui l'ensemble des adultes est en accord puisque rien ou si peu n'est fait pour supprimer certains contenus qui pourraient être tendancieux.

Les avertissements qui signalent les sites pornographiques et invitent les moins de dix-huit ans à passer sagement leur chemin sont rarement efficaces ou dissuasifs. Ils peuvent même encourager les plus hardis à franchir activement la frontière dont l'absurde matérialité ne tient qu'à un clic.

Une fois les images trouvées, les jeunes les dérobent, conscients d'accéder à un matériel qui ne leur appartient pas, propriété ou prérogative habituelle des adultes inducteurs justement. Ils se les approprient en les chargeant. Curieux larcin puisqu'il repose sur une copie qui laisse l'original intact, vol sans trace, si ce n'est celle de l'historique⁷, si facilement effaçable.

Se faire prendre pourrait bien être une tentative pour affirmer, devant les tenants de l'autorité, leur capacité à user de la chose. Ils nous montrent qu'ils sont prêts à nous rejoindre comme des adultes, que ce que nous leur cachions jusqu'alors, si laborieusement, ils l'ont découvert, qu'ils n'en sont ni malades ni morts et qu'ils partageraient bien les délices (ou les affres) qui accompagnent le sexe, tout en ayant compris qu'ils doivent le faire de leur côté, avec des gens de leur âge. De plus, ils sont très fiers de nous avoir fait cette bonne blague, d'avoir grandis sans que nous ne l'ayons remarqué.

C'est peut-être ça qui nous est insupportable, à nous qui ne sommes pas handicapés : l'idée qu'ils ont aboli une différence essentielle et qu'ils s'annoncent dans une exacte continuité avec nous. Ils affirment qu'ils nous ressemblent (ce qui, de plus n'est pas très agréable quand ils soulignent des aspects

(6) Comme la voiture confortable et accueillante quand elle transporte l'enfant ne peut apparaître à ses yeux comme dangereuse pour lui quand elle roule et qu'il est au bord de la route.

(7) Nous parlons ici de l'historique de la navigation sur Internet qui permet de retrouver le parcours qu'on vient d'y effectuer. Véritable mouchard, c'est une des premières choses que les jeunes utilisateurs apprennent à faire disparaître, là encore, d'un seul clic.

de la sexualité dont nous ne sommes pas forcément le plus satisfaits, comme ici le voyeurisme).

Car enfin, encore une fois, qu'ont-ils transgressé comme interdits en baladant dans une semi-clandestinité leur butin ? Sans doute ont-ils bousculé les règles de bonne conduite. Sans doute ont-ils pris le risque de heurter la sensibilité de leurs camarades qui ne seraient pas prêts à découvrir de telles images. Mais quoi de plus ? Ce qu'ils ont fait mérite indiscutablement une bonne réprimande qui, de plus, aura l'avantage de consolider les frontières nécessaires entre deux générations (la première étant, au moins symboliquement, définie par la possession de l'autorité sinon par l'âge). En effet, toute complaisance devant un tel acte pourrait laisser penser à une excitation commune face à des images suggestives, et cela, justement, c'est ce que tout éducateur se doit d'écartier. Réprimande qui sous-tend donc implicitement ces deux choses : « Faites attention à vos camarades qu'il ne faut pas entraîner malgré eux là où ils ne demandent pas à aller et faites attention à nous, les personnes qui représentent la génération précédente, que vous ne devez pas convier à partager votre jouissance ». L'admonestation servant exactement à remettre les choses à leur place, c'est-à-dire chacun des protagonistes à la sienne. Démonstration d'autorité qui devrait suffire.

Mais là, monsieur D., parangon sans doute de bien des directeurs, ne saurait se contenter de ce sévère rappel à l'ordre. Non seulement il confisque le matériel mais, en plus, il l'enferme dans son coffre. Tel un fabuleux prestidigitateur, il fait passer les images dérobées dans la boîte à malices (ou de Pandore ?) que représente l'ordinateur⁸ à cette autre boîte, cadenassée, inaccessible à qui ne possède pas la clef, attribut et symbole suprême du pouvoir. Conduite que le jeune pourrait bien entendre comme ça : « Je récupère ce que tu (nous) as pris, que tu croyais posséder, et je le mets hors de ta portée, peut-être définitivement. Tu pensais avoir changé de catégorie, avoir quitté l'enfance pour l'âge adulte, alors qu'il me suffit, pour te renvoyer à ton statut précédent, d'enfermer tes nouveaux attributs. Ils sont serrés de toute la force de ma conviction⁹, près de mes autres biens, mes trésors mystérieux qui font ma puissance et que je tiens scellés, peut-être pour mon propre usage ».

Pour qu'il n'y ait aucun doute résiduel sur la réattribution des rôles respectifs, monsieur D. convoque les parents et les prend à témoins de la situation, les conviant à se mêler de la sexualité de leur enfant. De plus celle-ci étant présentée comme déviante ou, en tout cas, transgressive, ces parents ont toutes les chances de se sentir mal à l'aise, en pensant, par exemple que les professionnels pourraient imaginer qu'ils ont une responsabilité dans l'existence de cette déviance. Comment alors pourraient-ils s'insurger d'être ainsi convoqués et refuser de se glisser dans la peau de censeurs adjoints sans craindre de confirmer ce soupçon ? Quel plus beau moyen de stigmatiser le jeune et de l'humilier ? Il peut passer ainsi du triomphe prométhéen chargé des promesses

(8) L'ordinateur, dans la continuité de la télévision, s'avère une véritable réserve inépuisable des biens de consommation, proies rêvées de la pulsion.

(9) On perçoit dans cette position d'autorité singulière, notamment dans la confiscation et l'enfermement du « matériel », choisis au détriment d'un effacement de images par exemple, un résidu régressif de la position sadique-anale

du monde adulte (voler l'indice éclatant du pouvoir), triomphe ravalé une simple et sordide prétention, à la honte la plus terrible.

Appeler ses parents revient à confiner le jeune dans un statut de petit pris en faute, au moment où il essaie de s'affirmer grand qui plus est, et à accentuer le côté vexatoire de la situation en révélant un début de pratique sexuelle justement appelée à demeurer cachée ou, au moins, discrète. L'aspect infantile de cette sexualité, souligné par son côté bravache, ludique et inabouti, s'en trouve renforcé en devenant l'objet d'une critique partagée entre «adultes » complices, ceux dont la sexualité apparaît alors aux yeux du jeune encore plus inaccessible.

Si la position œdipienne du père consiste à interdire l'objet de la pulsion à l'enfant (tu ne posséderas pas la mère que tu convoites), ce qui est à la base de la castration symbolique (ainsi tu auras accès aux autres femmes), ici, la figure paternelle, tirée du côté de la toute puissance, frappe de son interdit la source de la pulsion elle-même, laissant « l'enfant » en désarroi.

LE STATUT DE MAJEUR INACCESSIBLE OU INACCEPTABLE

Ignorer, comme dans la situation précédente, que les jeunes handicapés puissent être engagés dans un processus adolescent de conquête de la sexualité en les traitant comme de petits pervers est déjà grave, mais le faire aussi avec des personnes handicapées majeures révèle une certaine inconscience. Il faut dire qu'une telle attitude s'inscrit dans une habitude aussi fortement ancrée que désastreuse dans le champ du handicap (mental ?), et pas seulement dans les établissements spécialisés pour les jeunes puisqu'on la retrouve en ESAT¹⁰ ou en foyer de vie. Les référents éducatifs, notamment les cadres, n'hésitent jamais à y appeler des parents à la rescousse pour la moindre incartade de leur enfant, notamment pour tout ce qui concerne les questions de discipline, même lorsque celui-ci a trente, quarante ou cinquante ans, continuant à affirmer un lien de dépendance autoritaire et à maintenir une contradiction pourtant évidente entre les projets d'autonomie et cette infantilisation. Si le statut de la personne handicapée mentale est figé dans l'enfant éternel, celui de ses parents est lui aussi caricaturé, sous une forme archaïque de toute puissance qui, au fil du temps, ne parviendrait jamais à s'atténuer ou à disparaître.

Il faut croire que les institutions ne peuvent pas se passer d'une telle figure puisqu'elles attribuent, dès qu'elles en éprouvent le besoin, la même fonction autoritaire au tuteur à qui elles continuent de demander des autorisations inutiles. En corollaire et de manière contradictoire, elles craignent aussi le courroux ou les exigences de ce tuteur, facilement présenté comme un tyran qui empêcherait de vivre son mandant.

Pourtant, la législation est claire sur ce point et la loi du 4 mars 2002 rappelle que « l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant ». « Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité » de celui-ci. Elle ne se poursuit pas au-delà. Demeurent

évidemment les liens affectifs et la responsabilité morale que tout parent conserve envers ses enfants, notamment quand ceux-ci sont dans la détresse ou l'incapacité de faire face aux réalités quotidiennes.

De même, la loi du 5 mars 2007 sur la protection des majeurs vulnérables n'attribue pas au tuteur l'autorité parentale mais un devoir de conseil et de protection très encadré. Par exemple, « il ne peut entraver les relations du mandant avec des tiers », c'est-à-dire qu'il n peut pas intervenir explicitement dans le choix de ces relations (ce qui ne réduit pas, évidemment, les effets d'une influence réelle et d'autant plus forte qu'elle s'appuie sur l'existence de liens affectifs). Pour ce qui nous intéresse ici, son rôle sera même plutôt de s'assurer que les volontés de son mandant, telles qu'elles peuvent par exemple s'élaborer et s'exprimer dans son projet personnalisé, soient bien reconnues et respectées.

Le recours « naturel » des professionnels à une instance tutélaire archaïque, toute-puissante et éternelle, s'avère une sorte de redondance de leur propre positionnement qui, finalement, est très proche par certains aspects de celui de cette instance. Cet accord tacite, même dissimulé sous des conflits parfois profonds et violents, revient à museler les deux parties qui s'entendent sur ce point : l'accès à la majorité n'a pas de sens pour les personnes handicapées mentales qui, de ce fait, doivent continuer à être traitées comme des enfants.

Evidemment, l'ambiguïté d'une telle position est plus forte dans les établissements de type IME qui s'inscrivent dans la loi de la protection de l'enfance, y compris pour les usagers qui bénéficient de l'amendement Creton¹¹ et qui peuvent avoir dépassé l'âge de la majorité de plusieurs années. Ils continuent à relever du statut de l'enfant confié pour qui les professionnels reçoivent une délégation partielle de l'autorité parentale. Dans ce cadre-là, et pour le sujet qui nous occupe, les jeunes relèvent, comme les scolaires, de la circulaire Fontanet et des dispositifs qui ont été mis en place pour une éducation à la sexualité et à la santé.

Ainsi, certains de ces établissements s'estiment-ils quittes dès lors qu'ils ont créé des ateliers dévolus à la prise en compte de l'affectivité qui permettent d'aborder les questions afférentes à la découverte du corps, au rapport à l'autre, à la contraception ou à la protection personnelle et altruiste. Mais leur règlement de fonctionnement, dans la rubrique règles de bonne conduite, peut continuer à interdire tout contact ou tout rapprochement physique, sous-entendant l'interdit de toute relation sexuelle. Or, s'il est évidemment normal et licite d'exiger des jeunes un comportement décent, on ne peut pour autant considérer que cela implique nécessairement qu'ils abandonnent toute velléité de rapports affectifs ou sexuels qui ne deviendraient possibles que dans un futur hypothétique, étrangement lié à une orientation dans un établissement pour adultes (quand tu seras là-bas, ailleurs, « grand », tu pourras ; en attendant, ici, ronge ton frein). C'est pourtant ce que nous avons entendu clairement exprimer par des cadres d'institutions

(11) Dispositif législatif imposant le maintien temporaire en IME ou en IMPro (Institut médico-professionnel) de jeunes adultes de plus de 20 ans, dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.

(10) Etablissement et Service d'Aide par le Travail

(IME en internat, avec une proportion importante de jeunes en aménagement Creton, certains ayant vingt-six ans, par exemple), qui voulaient répondre à l'obligation d'éducation à la sexualité tout en considérant ne pas être concernés par une quelconque mise en pratique de leurs savoirs, de leurs envies ou de leurs désirs par les jeunes adultes du fait même que ceux-ci étaient reçus dans un lieu accueillant des enfants.

Si cette option semble cohérente et tenable, elle est loin de résoudre quoi que ce soit car elle entre en contradiction avec d'autres points de la législation. En effet, dans son article 8, la convention européenne des droits de l'homme énonce que « toute personne a droit au respect de sa vie privée » et dans le droit fil de cette logique, la loi de janvier 2002 impose la mise en œuvre d'un projet associant la personne concernée avec le « respect de [sa] dignité, [de son] intégrité, [de sa vie privée], [de son] intimité et [de sa] sécurité ». Tout cela étant valable aussi pour les mineurs.

Ce qui permet de rappeler que toutes les dernières lois en faveur du handicap concourent à ramener la personne handicapée dans le droit commun qu'elles partagent intégralement avec l'ensemble de la population.

LE CAS DE LA MAJORITÉ SEXUELLE

Par exemple, l'âge de la majorité sexuelle est légalement le même pour tous, c'est-à-dire quinze ans en France. Bien sûr, cette notion délicate qui est déjà interprétée curieusement pour les adolescents sans problèmes particuliers¹² est à manier avec précaution dans le champ du handicap qui suppose une vulnérabilité fréquente des sujets. Vulnérabilité qui pour être réelle n'est pas pour autant quantifiable a priori et qui va amener, en cas de situation tendancieuse, à évaluer la capacité des personnes à consentir, ce qui pourrait être, si nécessaire, fait par des experts médicaux.

Concrètement, cela veut dire que rien ne s'oppose légalement à une entrée dans une sexualité active pour des jeunes handicapés mentaux au même âge que ceux qui ne le sont pas. Rien ne s'y oppose légalement, mais des résistances s'interposent, qui peuvent d'ailleurs être fondées, qui renvoient aux notions, réelles bien que teintées d'idéologie, et surtout relativement floues, de vulnérabilité et de consentement. Ces dernières impliquant obligatoirement la présence et même l'intervention de tiers qui, la plupart du temps, considèrent à tort ou à raison que la personne handicapée est fragile et victime, potentielle ou certaine, de pratiques vécues comme dangereuses.

Ainsi, les images pornographiques que nous évoquons ci-dessus peuvent-elles être considérées par certains comme un vecteur de dangerosité capable de mettre à mal la personne handicapée mentale, voire de compromettre son équilibre psychique.

(12) La majorité sexuelle permet à un jeune de quinze ans d'avoir des rapports sexuels sans rendre de comptes à personne ou à une jeune fille du même âge d'avorter sans l'autorisation de ses parents qui ne seront informés ni de sa situation ni de son choix si elle choisit cette option. En revanche, un jeune de plus de quinze ans et de moins de dix-huit, ne peut choisir de se prostituer ou d'assumer pleinement le choix de n'importe quel partenaire, notamment si celui-ci est beaucoup plus âgé que lui, même s'il affirme le faire librement et en toute connaissance de cause.

LA CONFUSION ENTRE VULNÉRABILITÉ ET FRAGILITÉ

Les personnes handicapées mentales sont définies comme vulnérables, car elles présentent peu d'aptitude à se défendre et qu'elles se prêtent facilement à une manipulation qui peut s'avérer préjudiciable à leur développement et à leur équilibre. Mais est-ce une raison suffisante pour considérer qu'elles sont essentiellement fragiles et que la sexualité est un vecteur privilégié de leur destruction annoncée, comme semble le suggérer les craintes que l'on éprouve pour elles et les systèmes de « prévention » de protection mais aussi d'interdits qu'on leur impose ? En tout cas, rien ne permet de le confirmer dans la clinique : certaines peuvent se trouver traumatisées par un événement vécu –qui effectivement comporte une charge potentiellement traumatisante– alors que d'autres l'intégreront sans dommage ni séquelle, comme cela peut arriver pour des personnes non handicapées.

Qu'est-ce qui nous conduit alors à les considérer aussi systématiquement et aussi radicalement fragiles et au bord d'un danger permanent ?

C'est dans le domaine du handicap visible que nous allons chercher un début de réponse. En effet, il nous semble trouver une première explication à cette idée de fragilité dans les descriptions que fait Pierre Ancet¹³ de la réaction d'un observateur « normal » devant le corps monstrueux, défini ainsi par ses déformations importantes, l'absence ou la fusion de différents membres, etc. Ancet montre très bien que le membre absent, par exemple, n'est pas retranché d'une représentation du corps entier mais « d'abord rétabli, rajouté par la possibilité d'action déposée de manière absolue dans le corps de chacun. Reprendre ce corps à [notre] compte, c'est faire repousser ce bras de l'intérieur, et constater à chaque instant l'échec de cette intention. Le manque n'est rien d'autre que le constat sans cesse répété de cette absence. Or la complétude de la forme est toujours d'abord saisie sur le corps de l'autre, étayée par [nos] sensations internes avant d'être retranchée¹⁴. Il ajoute ; « Regarder ce corps, c'est comme perdre une partie de soi qui est bien présente et ressentir cette perte comme l'homme amputé ressent la complétude de son corps malgré l'absence de ses membres¹⁵. » Pour illustrer ce phénomène, il va jusqu'à inventer cette magnifique et sans doute très juste expression de « membre fantôme inversé ».

Cela peut sembler étonnant tant les mondes du handicap physique et mental sont différents, mais nous retrouvons dans cette description faite à partir de la rencontre d'un corps abîmé, déformé, incomplet ou, au contraire, surabondant, ce qui peut se vivre dans la confrontation avec une personne handicapée mentale à qui, à première vue, il ne manque rien. La curiosité n'est qu'apparente car ce que nous découvrons ici, c'est que nous ne pouvons appréhender l'expérience de l'autre qu'à travers la nôtre et, plus archaïquement, qu'à partir de ce qui nous a construits comme être humain dans notre corps éprouvé qui, toujours, existe dans la communication. Autrement dit, ce que réveille la différence en nous, ce sont

(13) Pierre Ancet, *Phénoménologie des corps monstrueux*, PUF, 2006

(14) *Ibid.*, pp. 77 et 78

(15) *Ibid.*, p. 78

nos premières identifications, issues d'un corps conçu pour se révéler dans sa complétude et de la voix de l'Autre qui lui a donné son épaisseur symbolique, liant à jamais la chair érigée et le verbe.

Chez le déficient intellectuel, le « membre manquant », celui qui fait défaut dans la réalité de l'amputé, va justement « apparaître » de manière immatérielle dans la défaillance du verbe et celle-ci sera ressentie comme une absence angoissante en notre corps archaïque. Ce phénomène est d'autant plus frappant que la personne handicapée mentale présente un corps préservé : nous pouvons constater en effet que la déroute de l'observateur est d'autant plus grande qu'il y a une dissociation entre l'état du corps et l'état mental de la personne déficiente, comme s'il était plus aisé de se reconstruire à partir d'une part manquante visible qu'à partir d'un membre fantôme immatériel, celui de la seule intelligence.

Le manque n'est perçu chez l'autre que par la perte que nous ressentons en nous-mêmes et qu'en retour nous lui attribuons alors qu'il n'éprouve vraisemblablement rien de semblable dans la mesure où il s'est construit dès son origine à partir de ses éprouvés et de ses moyens.

On peut dire que nous découvrons et même que nous vivons l'autre, déficient, qu'à travers l'angoisse de notre corps amputé, troué par l'expérience qu'il nous fait vivre. Traversés par des lignes de faille, nous l'imaginons tel. Fragilisés, nous le pensons fragile.

C'est dans cet état d'angoisse et de sensation de corps alvéolé et d'éprouvés archaïques qu'apparaît pour nous la question de la sexualité de la personne handicapée mentale. Dans ce contexte, cette sexualité ne peut qu'être perçue dans toute sa dimension corporelle la plus brute : celle d'une pénétration, de l'introduction vive, voire explosive, d'un corps dans un autre, qui nous ramène au schéma classique qui oppose l'actif au passif, le masculin au féminin, le sadique (aveugle et avide) au masochiste (fragile et sans défense).

C'est ainsi que le manque, le creux supposé de la personne handicapée appellera le pénis en embuscade qui ne demandera qu'à pénétrer ce corps et à s'y répandre le long des failles préexistantes, en en menaçant l'intégrité.

Sans doute est-ce une construction de ce genre qui amène si souvent les parents d'enfants handicapés mentaux à les considérer comme d'inévitables futures victimes de sévices sexuels et à refuser de les lâcher dans des lieux de vie communs qu'ils considèrent comme une véritable jungle désertée de toutes lois.

Sans doute est-ce ce même phénomène qui nous fait considérer les personnes handicapées si fragiles et si peu aptes à vivre une expérience sexuelle, voire à survivre à celle-ci.

Il existe d'autres raisons qui nous amènent à lier sexualité et fragilité chez les personnes handicapées mentales. Nous les repérons plus aisément chez leurs parents mais elles peuvent exister, plus ou moins élaborées, chez chacun de nous.

L'existence de l'enfant handicapé renvoie à sa conception et impose un retour sur la sexualité des procréateurs qui apparaît

aussi anormale ou monstrueuse que l'enfant peut sembler l'être. Elle s'inscrit dans la logique des fantasmes développés lors des théories sexuelles infantiles, notamment ceux qui relèvent d'un coït anal agressif auquel correspond l'enfant fécal, ou d'un désir incestueux et transgressif culpabilisant¹⁶. Dans ce cas-là d'ailleurs, les adultes ont beaucoup de mal à reprendre une vie sexuelle normale (dangereuse et révélatrice des traces résiduelles des conceptions de l'enfant pervers polymorphe) et passent par une phase d'abstinence ou de régression¹⁷.

La sexualité des personnes handicapées entraîne immédiatement l'idée de leur descendance et réactive le moment de l'annonce qui coïncide avec celle de la rencontre de l'enfant en tant qu'enfant handicapé, réveillant aussi les vécus parentaux catastrophiques entraînant à la confusion, et les désirs de meurtres plus ou moins conscients qui les accompagnent¹⁸. Ici, la personne handicapée mentale est d'autant plus fragile qu'elle a échappé de peu à la mort, après avoir mis en péril ses parents ou ceux qui peuvent se reconnaître en eux.

Dans la continuité du point précédent, l'idée de descendance qui s'impose si facilement s'autonomise et favorise une identification à l'enfant fragile à venir qui ne pourrait que souffrir d'avoir des parents handicapés dont il faut alors le protéger. Comme on ne peut envisager de supprimer directement cet enfant-là, d'autant plus qu'on est engagé dans une dynamique de protection à son égard, il est plus simple d'éliminer symboliquement ses parents, c'est-à-dire les personnes handicapées mentales procréatrices en le leur enlevant (placement) ou en l'élevant à leur place (grands-parents qui s'interposent, même avec la meilleure intention du monde, même en ne pouvant pas faire autrement). Ce qui revient à les écarter de la chaîne générationnelle donc, à peu près, à les supprimer. Là encore, le rééquilibrage s'effectue au prix de leur disparition.

C'est bien la sexualité procréative, une fois qu'est dépassée la perception d'un acte sexuel destructeur, qui s'accompagne de dangerosité provoquant son rejet, ce qui nous incite à imaginer qu'une sexualité dépouillée de cette dimension serait mieux tolérée par l'entourage. Oui, sans doute, mais une telle sexualité, dans la mesure où elle est imposée par des tiers, est réduite à la jouissance tirée de l'objet partiel et elle ressortit à l'infantile. On pourrait dire que c'est une sexualité « pour de rire » (c'est-à-dire à laquelle on n'attache pas d'importance, une sexualité qui serait « pour de semblant », comme disent aussi les enfants), mais une sexualité pour de rire, ce n'est pas drôle. Impossible, et l'on ne peut que s'en réjouir, pour les personnes handicapées mentales de s'en satisfaire.

Pour établir un étiage possible à partir duquel une relation sexuelle pourrait d'abord ne pas être dangereuse puis, pourquoi pas, satisfaisante, on a recours à la notion de

(16) Simone Sausse, *Le miroir brisé*, Calmann-Lévy, 1996, Denis Vaginay, *Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale*, Chronique sociale, 2002

(17) Kenzaburo Oë, *Une affaire personnelle*, Stock, 1968, traduction française en 1985. Le héros du roman (autobiographique) après une période d'errance provoquée par la naissance d'un enfant anormal, ne pourra reprendre d'activité sexuelle que dans un état second (il est ivre) et en sodomisant sa partenaire, alors qu'ils ne sont adeptes ni l'un ni l'autre de telles pratiques.

(18) Bruno Avitabile, *La posture du père*, in *Le Journal des psychologues* n° 226, 2005

consentement des protagonistes qui a l'avantage de ramener à l'ensemble de la population puisqu'elle est évoquée par la loi et qui, paraissant saine et cohérente, semble recueillir tous les suffrages. C'est pourquoi dans notre cheminement, nous quitterons momentanément le domaine du seul handicap mental pour aborder les questions sous un angle général.

La difficile et pourtant centrale question du consentement

Qui pourrait de nos jours s'opposer à l'idée qu'une relation sexuelle se déroule sans le consentement des protagonistes ? Personne évidemment, dans la mesure où l'on se représente, comme il est naturel de le faire, le contraire du consentement comme une contrainte ou une violence.

L'utilisation de ce terme s'explique parfaitement par sa présence dans la loi qui prévoit de sanctionner, dans toute relation qui ne serait pas consentie, le profiteur. Jusque-là, tout va bien. Mais le maniement de cette notion devient moins simple dès lors qu'on interroge le déroulement d'une relation en ce qu'elle contient du sexuel (émoi, séduction, érotisation, excitation...) qui peut évoluer en relation sexuelle.

La définition d'un consentement, c'est l'acquiescement donné à un projet. Ce qui veut dire qu'est établi entre les personnes concernées l'objectif à atteindre et, peut-être, les étapes pour y arriver. Ce qui peut tout à fait se concevoir pour une relation durable qui peut même prendre une forme symbolique comme le mariage ou le PACS. D'ailleurs, si le consentement est mutuel, on peut parler de contrat. Mais à l'intérieur de cette relation (ou indépendamment d'elle), peut-on dire que ce qui amène aux jeux sexuels ou au coït relève essentiellement du consentement ? Est-on assez lucide, distancié ou détaché à ce moment-là pour évoquer avec son (ou ses) partenaire(s) la validité d'un projet ? Est-on suffisamment maître de son désir ? Nous parlons bien ici, sans équivoque, d'une situation où rien n'est imposé ni subi. Le temps de la relation sexuelle qui, si souvent, résulte d'un entraînement de l'un par l'autre, n'est-il pas plutôt une espèce d'accordage, d'ajustements progressifs et continus, que le fruit d'un consentement ? Et ce pour la plus grande satisfaction, en général, des partenaires ? L'insatisfaction de l'un d'entre eux ou de tous n'étant pas obligatoirement le signe d'un désaccord.

Par ailleurs, le consentement, dans la mesure où nous ne sommes pas dans la passation lucide d'un contrat, éloigne de la notion d'une relation équilibrée dans laquelle les demandes, émanant de l'un ou l'autre des partenaires, évoluent, fluctuent et s'accordent plus ou moins. L'idée de consentement entraîne avec elle une notion sous-jacente plutôt insidieuse qui apparaît assez systématiquement lorsque la question de son existence se pose : celle d'une relation dissymétrique dans laquelle il y aurait forcément un entraîneur vis-à-vis duquel l'entraîné aurait à se positionner, ne serait-ce que sur le plan de son désir. Un qui voudrait, auquel l'autre aurait à répondre (ou à se soumettre). Pace que l'homme peut se montrer brutal, parce qu'il l'a sans doute été dans l'histoire de la sexualité, c'est à lui qu'on attribue presque systématiquement ce rôle de « dominant » abusif. Ou à celui qui apparaît, dans la relation, l'actif.

En réalité, si cette notion de consentement est devenue aussi importante et centrale, c'est parce qu'elle définit actuellement à elle seule les frontières de la norme sexuelle, alors que les anciennes balises de la psychiatrie, qui signalaient les déviances, ont presque toutes disparu et que les valeurs morales soutenues par les récits fondateurs de notre culture (religieux, philosophiques, sociaux) se sont effondrées.

Ne dit-on pas de nos jours que dans le domaine de la sexualité, tout ce qui se passe entre adultes consentants est licite et normal ?

Pas étonnant qu'avec un tel énoncé la question de la validité du consentement se pose. Pas étonnant non plus qu'elle soit plus aiguë pour les populations définies par la faiblesse de leur jugement, comme le sont celles constituées par les personnes handicapées mentales (ou les enfants, mais jusqu'à quel âge ?).

Comment, sous son égide, repérer ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui se fait et ce qui ne se fait pas, ce qui peut faire du bien sans pour autant faire de mal à l'autre ?

Comme nous ne pouvons rien en savoir et que nous n'avons plus de références internalisées liées à une structure psychique élaborée en fonction d'interdits forts représentés par un père magistral, il nous faut recourir à une figure tierce et suprême qui s'incarne dans la fonction du magistrat, le juge.

IL FOURRE SON NEZ PARTOUT OU LE DÉVELOPPEMENT HASARDEUX DE L'ESPACE SOCIAL

À ce juge majuscule, nous n'hésitons plus à faire appel au moindre doute. Ce sera à lui de trancher et de valider la réalité du consentement ou, au contraire, de condamner celui qui s'en sera passé. Ce qui lui impose de s'immiscer partout, y compris dans le lit conjugal et dans les lieux d'intimité pour y déceler les abus dont la possibilité lui aura été signalée¹⁹, réduisant ainsi la consistance d'un espace privé devenu poreux.

Comme nous venons de l'évoquer ci-dessus, cette figure moderne de l'autorité, relayée sur le terrain par les « directeurs » ou leurs représentants, est imposée par la disparition d'un ordre transcendant ou figé par la tradition dont elle cherche pourtant à perpétuer l'existence en s'appuyant sur des lois hypertéliques, accommodées sur le vif aux inquiétudes du moment, mais qui se donnent des allures de profondeurs historiques et de vérité absolue en mimant des valeurs présupposées éternelles. C'est le combat d'une ancienne garde qui ne se rend pas compte que le monde dans lequel elle évolue a changé et réclame de nouvelles dispositions comme l'illustrent les situations qui suivent. Nous tirons celles-ci volontairement de la population générale pour mieux établir la continuité qui

(19) La loi 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance utilise pour la première fois le terme « maltraitance » et organise l'obligation de signalement aux autorités administratives et judiciaires et une circulaire du 5 mai 1998 du ministère de l'emploi et de la solidarité demande aux préfets de faire preuve de vigilance en matière d'abus sexuels commis sur des mineurs, au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux. Rappelons que les professionnels n'ont pas le droit ni la possibilité d'évaluer eux-mêmes la qualité des événements pour choisir ou non de les signaler.

existe dans l'ensemble de la société sur ce sujet, y compris pour les personnes handicapées mentales dont le statut apparaîtra bien proche de celui des adolescents que nous allons rencontrer ci-dessous.

LA DIFFUSION D'IMAGES VOLÉES

Une jeune fille a effectué un strip-tease devant sa webcam pour son petit ami et les images de sa prestation, relayées par les téléphones portables, ont vite fait le tour de son collège²⁰. Les autorités de celui-ci ont convoqué les parents qui, offusqués et affolés, ont décidé de porter plainte contre le diffuseur. Elles ont aussi demandé à une association qui s'occupe en leurs murs de l'accompagnement à la sexualité de recevoir cette jeune fille individuellement pour l'aider à surmonter cette épreuve et de traiter cette situation collectivement pour qu'elle puisse mettre en garde les jeunes contre les dangers que représentent de telles pratiques, en rappelant toutes les notions d'interdits et de respect du droit à l'image.

Les membres de l'association en question, devant la multiplication d'événements de ce genre, s'interrogent sur la pertinence de la démarche qu'ils ne trouvent plus forcément appropriée. De fait, la jeune fille semble plus perturbée par les interventions multiples des adultes, le remue-ménage occasionné par son histoire et par son débordement dans l'espace public que par la diffusion des images de sa nudité auprès de ses camarades.

Pour admettre cette réaction qui spontanément nous choque, il faut se rappeler que les jeunes gens n'ont pas le même rapport à l'image et à sa diffusion que leurs parents. Ils baignent dans ce monde qui leur est totalement familier depuis leur plus tendre enfance et c'est avec la plus grande banalité qu'ils s'échangent des photographies de tous ordres, encouragés sans doute par une ambiance exhibitionniste omniprésente dans leur environnement (tous les médias). Comment pourraient-ils comprendre qu'il est mal de publier sa nudité lorsqu'il leur suffit de quelques clics sur Internet pour collecter de nombreuses photos de la première dame de France actuelle dans le plus simple appareil ? Figure symbolique qui naguère encore était censée donner l'exemple ! Et qui, sans doute, toujours le donne ; l'exemplarité ayant simplement évolué.

De plus, la notion d'espace public n'est sans doute pas la même pour cette nouvelle génération. Finalement, l'image, bien que dérobée, était destinée à être distribuée essentiellement à l'intérieur d'un réseau constitué de proches, de connaissances, dans un mouvement relativement proche des diverses expériences que ces jeunes peuvent faire dans leur groupe d'amis (heures passées à s'entasser en nombre dans une chambre obscure en se tripotant plus ou moins, discussions sur Internet avec tous les débordements verbaux que la distance favorise, jeux variés avec l'image fixe ou filmée, sexualité erratique, partenaires éphémères...).

(20) Collecte personnelle auprès d'une personne intervenant en milieu scolaire pour le compte d'une association (planning familial). Des faits de ce genre, largement diffusés par les médias, ont déjà donné lieu à des condamnations.

Ce qui est sûr, c'est qu'en intervenant ainsi, les adultes ont mêlé à leur sexualité celle de leurs enfants, en la captant et en la projetant sur la place publique. Ils l'ont aussi dévalorisée et ont accentué la dangerosité qu'elle contient ou qu'elle est supposée contenir (risques liés aux mauvaises rencontres sur Internet).

Le sextoys qui s'affiche

Ce fait²¹ est rapporté par une mère, étonnée et embarrassée, qui découvert, bien en évidence, un godemiché dans la trousse de toilette de sa fille adolescente. Celle-ci l'avait laissée ostensiblement ouverte dans la salle de bains. Si cet « acte manqué » n'est pas forcément une provocation, il est au moins une annonce, perçue comme possible, faite par une fille à sa mère qu'elle a accédé à une vie sexuelle active. Vie sexuelle qui détaille ses pratiques et qui reconnaît, sans gêne, une dimension masturbatoire ou, au moins, une composante particulière de préliminaires importants. Ce qui peut paraître choquant ou, pour le moins, troublant. Mais que l'on pondère très vite si l'on se rappelle les messages redondants des médias directement accessibles (Internet, journaux télévisés ou papier, reportages, revues féminines surtout) concernant l'usage des sextoys en développement chez la femme moderne. Les commentaires vont tous dans le même sens : la pratique est bonne et appelée à se développer. Les femmes libérées se réunissent lors de soirées festives (mais tout de même mercantiles) pour diffuser l'objet. À la limite, seules les ringardes s'en passeront²².

Là encore, on procède à un grand brassage des générations, confondues dans des pratiques (de consommation ?) communes, alors que si celles-ci sont découvertes par les jeunes en même temps que leur sexualité, elles étaient pratiquement inconnues il y a encore peu de leurs mères.

La signalisation judiciaire intempestive

Cette situation est rapportée, finement et très heureusement analysée par la psychologue Véronique Saadi²³. Elle vilipende les signalements obligatoires qui, quand ils ne sont pas appropriés, empêchent le processus adolescent d'identification sexuelle d'arriver à son terme. Nous reprendrons fidèlement ici dans ses propos les éléments qui nous intéressent plus particulièrement, en utilisant les mêmes prénoms qu'elle.

Clotilde est surprise au collège avec un garçon dans les toilettes. Le conseiller d'éducation la convoque avec ses parents pour les tenir informés de la situation. À cette occasion, la jeune fille évoque des rapports sexuels qu'elle a eus avec deux autres garçons dont Gregory. Les parents décident de porter plainte et les trois jeunes hommes sont poursuivis pour agression sexuelle. Interrogée, Clotilde reconnaît d'emblée avoir elle-même invité les garçons dans sa chambre où elle leur a proposé une fellation. Elle confirme avoir accepté des relations sexuelles avec Grégory.

(21) Collecte personnelle auprès d'une personne intervenant pour le compte d'une association s'occupant de l'accompagnement à la sexualité en milieu scolaire ou spécialisé.

(22) Messages récents des médias : en France, seulement 20% des femmes utilisent des sextoys contre déjà 50% en Allemagne (qui est donc un pays en avance).

(23) Véronique Saadi, *Transgressions adolescentes et dérivés des signalements administratifs*, Lien social n°978, 24 juin 2010

L'affaire a été instruite parce que l'accusation a contesté le fait que Clotilde eût un consentement éclairé malgré ses déclarations.

Enfermée dans un statut de victime par cette option, Clotilde s'est vue privée de toute position subjective responsable. Gregory lui, a été traité avec violence comme un dangereux délinquant sexuel durant son instruction : stigmatisé, honteux, perturbé, il a aussi dû quitter son établissement puisqu'il était interdit par son contrôle judiciaire de tout contact avec « sa victime », perdant ainsi repères familiaux et amis. Quand, au bout d'un an, il reçut une ordonnance de non-lieu, sans commentaires ni explications, et dont il ne comprit pas réellement le sens, il était bien mal en point, victime réelle d'un procédé aussi aveugle qu'inhumain.

LA RÉSISTANCE AUX CHANGEMENTS OU LE SYNDROME INASSUMÉ DE LA BELLE-MÈRE DE BLANCHE-NEIGE

Rapprocher ces trois situations nous permet de repérer des points communs qui se révèlent instructifs.

Les jeunes filles présentent des comportements sexuels aboutis qui étaient relativement inédits chez leurs parents au même âge. Elles les ont tous découverts dans leur environnement où ils sont immédiatement accessibles, présentés en situation, considérablement répétés, banalisés et même, avalisés par ceux qu'on appelle les people et qui servent de modèles. Tous les médias s'en font le vecteur, pour des gens de plus en plus jeunes : publicités, séries, sitcoms, films, chansons, BD, mangas... L'ensemble de ces modèles, conséquemment orientés vers le sexe, constitue une espèce de chaudron, l'espace social, dans lequel mijotent les supports identificatoires proposés (imposés ?) aux jeunes. Cet espace social qui s'étend au détriment des espaces privé et public n'existait pas naguère²⁴. Les informations concernant la sexualité étaient alors à chercher essentiellement dans l'espace privé.

Les comportements sexuels évoqués auraient tous relevé des perversions dans la nomenclature médicale ancienne, celle qui a précédé l'ère du « consentement éclairé ». On se seraient attendus à les rencontrer dans des lieux de plaisirs tarifés, proposés par des professionnelles. Ils utilisent ou visent l'objet partiel dans un partage ludique où la demande est plutôt celle de l'acte en soi que la relation. Tous s'effectuent dans un espace rendu ambigu par un certain exhibitionnisme tranquille, quasi familial (caméra, partenaires multiples, objet laissé en vue) qui relève de l'espace social, ici restreint par l'adresse faites aux seuls proches (malgré le risque de débordement). Cet encanaillement chez des jeunes filles sans doute très « comme il faut » correspond à ce que Jean-Pierre Lebrun a qualifié de perversion ordinaire²⁵. Ici, la dynamique en est très simple. Elle s'appuie sur une imitation consciente des modèles proposés par les figures marquantes de la société : « Si elle le fait, pourquoi pas moi ? » Et quelles pourraient en être les conséquences puisque les grands de

ce monde le font bien²⁶ ?

Et, peut-être surtout, ce sont ici les filles qui prennent les devants. Dans l'activité sexuelle, elles se montrent actives et même entreprenantes.

En résumé, nous voyons apparaître une génération qui invente de nouvelles formes d'expression de la sexualité. Nouvelles, mais directement issues des évolutions que nous avons réclamées et mises en place. Ces formes nous dérangent parce qu'elles tranchent sur nos traditions mais peut-être aussi parce qu'elles mettent en scène presque publiquement nos fantasmes les plus secrets et qu'elles révèlent le refus des différences dans lequel nous nous sommes engagés. Refus des différences qui implique une confusion des sexes²⁷ et des générations, ce qui se traduit dans la relation, au mieux par une familiarité benoîte et fraternelle, au pis par une réelle perversion.

Nous éprouvons beaucoup de difficultés à accepter ce qui émane de cet espace social et se construit comme nouvelles normes de l'ensemble des pratiques sexuelles, échappant à nos traditions et à la logique de l'éducation sexuelle qui repose encore sur des valeurs morales obsolètes.

Ces nouvelles normes nous effrayent et nous les déclarons traumatisantes pour nos enfants alors qu'ils s'en amusent – ce qui ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas se « brûler les ailes » comme cela a toujours été le cas en entrant dans une sexualité activement partagée.

Finalement, sous une forme modernisée, nous sommes toujours comme la belle-mère de Blanche-Neige qui n'arrive pas à accepter de vieillir et de voir la nouvelle génération pousser la précédente pour prendre sa place, avec des « arguments » plus verts, plus fermes et plus tentants. Comme nous ne pouvons pas décemment la vouer à la mort, nous nous contentons de la déclarer fragile, immature et irresponsable et, sous couvert de la protéger, nous tentons de l'éloigner de la chose du sexe pour la renvoyer à ses jeux. C'est exactement ce qui s'est passé avec Gregory²⁸ : les « adultes », complices, ont mis en pâture sa sexualité en la projetant dans l'espace public. Alors que Gregory et Clotilde vivaient une expérience normale, au regard de leurs informations, sur le chemin de la vie adulte, codifiée par l'espace social, même pas transgressive, ces adultes l'ont déclassée et définie comme déviante, faisant de l'une une victime et de l'autre un monstre, des deux des irresponsables.

Ce qui est le plus amusant dans cette résistance de la génération en place, c'est que ce qui passe sans doute le plus mal à ses yeux, c'est la part active que prend la fille dans la sexualité. Celle-ci est peut-être en train d'inverser le schéma traditionnel²⁹ qui veut le mâle actif (et abuseur) et la femme passive (et potentiellement abusée), concrétisant la revendication des féministes qui sont pourtant les premières à s'insurger contre les situations qui nous ont servi d'illustrations.

(24) Valérie Daoust, *De la sexualité en démocratie ; L'individu libre et ses espaces identitaires*, PUF, 2005

(25) Jean-Pierre Lebrun, *La perversion ordinaire*, Denoël, 2007

(26) Dany-Robert Dufour, *La cité perverse ; Libéralisme et pornographie*, Denoël, 2009

(27) Michel Schneider, *La confusion des sexes*, Flammarion, 2007

(28) Voir ci-dessus, *La signalisation intempestive*.

(29) Elle le perturbe en tout cas.

Et c'est là que nous pouvons revenir explicitement au champ du handicap. Celui-ci est associé, dans les représentations liées à la sexualité, à la position passive, généralement féminine donc, sauf quand on lui attribue, dans une inversion radicale, la position opposée de bête soumise à ses forces pulsionnelles. Or, toutes les personnes handicapées sont confrontées de nos jours à l'espace social qui les informe, les forme et les influence. Elles suivent donc, en fonction de leurs capacités cognitives et adaptatives, la même évolution que la population générale. Ce qui est très difficile à admettre aussi pour nous qui nous accrochons à l'idée qu'elles sont et quelles restent fragiles.

Pourtant, il se peut qu'elles soient d'abord victimes des personnes qui se veulent leurs protectrices. Pour le bien annoncé qu'elles leur souhaitent, ces personnes ne sont-elles pas parfois incohérentes ? Ne les coincent-elles pas dans des situations douloureuses et inextricables comme on peut l'observer à propos de leur contraception ?

Passons rapidement sur le fait que cette contraception semble indispensable, tant l'idée de leur descendance paraît insupportable, pour voir comment elle est envisagée au quotidien. Les femmes sont pratiquement les seules à supporter cette contraception dont sont libérés les hommes. En effet, la contraception est encore très fréquemment recommandée, voire imposée aux femmes, par les institutions qui accueillent des adultes. Elle peut à nouveau prendre des formes invasives comme celle de l'implant, pratique et sûr. Ce qui est surprenant, c'est que dans le questionnaire à remplir par les familles à l'entrée de leur enfant, il y a une partie réservée à la contraception pour les femmes qui n'existe simplement pas pour les hommes. Comme si cela était normal. Or, la contraception féminine plus ou moins imposée et agissant en continu est censée protéger la femme alors qu'elle ne fait qu'éviter les grossesses, la rendant pratiquement disponible aux hommes de passage, alors que la contraception masculine permettrait de travailler la substance de la relation et le respect du partenaire, ne serait-ce qu'à cause du temps qu'il faut consacrer à l'envisager et à la mettre en place.

Quel moyen plus catégorique de renvoyer la femme, ici handicapée mentale, à une position passive, associée à celle d'une victime ? À celle d'une personne, pas plus apte que les adolescents à accéder à une sexualité adulte et responsable³⁰ ?

« JE VEUX BIEN MAIS QUAND MÊME » OU LA PERVERSION ORDINAIRE

Nous sommes engagés dans une démarche de reconnaissance de la sexualité des personnes handicapées mentales qui n'autorise aucun retour en arrière partiel. Pourtant, nous restons coincés dans une réserve hypocrite qui ne nous permet pas d'en accepter franchement les conséquences et nous tergiversons, arguant d'une fragilité largement

(30) Denis Vaginay, « L'adolescence : processus psychique ou simple moment biologique ? » in *La vie psychique des personnes handicapées ; Ce qu'elles ont à nous dire, ce que nous avons à entendre* (Sous la direction de Simone Korff-Sausse), Erès, 2009

surestimée qui leur rendrait toute pratique sexuelle dangereuse pour elles.

C'est comme si nous leur refusions d'une main ce que nous leur donnons de l'autre, exprimant notre ambivalence ainsi : « Je veux bien mais quand même », dans une parodie de la célèbre formule d'Octave Mannoni « Je sais bien mais quand même » qui cerne le mécanisme du déni, central dans la perversion.

Je veux bien (qu'il ait une pratique sexuelle) mais quand même (je souhaiterais qu'il n'ait aucun désir, ce qui rendrait mon premier prédicat caduc). Je veux bien (il est parfaitement apte à consentir) mais quand même (pas tout le temps). Ce qui impose que je surveille ses choix, que je les valide ou les réfute, c'est-à-dire que je le reconnais autonome mais que je surveille son autonomie qui, du coup, n'en est pas une. La sexualité acceptée l'est alors sous une surveillance qui s'apparente au voyeurisme, réfutant la réalité d'une véritable intimité.

Le « Je sais bien mais quand même » exprime le choix de l'énonciateur d'ériger sa loi à la place de celle de la nature, normalement relayée par la loi des hommes, en toute radicalité. Le « Je veux bien mais quand même » s'en différencie en amollissant la place de cet énonciateur qui, cohérence sociale oblige, laisse planer un doute quant à l'issue de son énoncé, ouvrant la voie à la négociation, le « Je veux bien mais... » indiquant qu' « On peut en parler et qu'on verra après ». La loi proposée n'est plus la sienne mais celle qui se construit dans son discours à venir.

Le « Je veux bien mais quand même » s'inscrit dans la mouvance actuelle de la perversion ordinaire que nous ne quitterions ici qu'en acceptant que les personnes handicapées assument, sur le chemin de l'autonomie, les risques inhérents à leur vie mais aussi en confirmant que notre société s'engage à poursuivre l'accompagnement dont elles ont et auront encore besoin, y compris en ce qui concerne les fruits de leur sexualité.

Accompagnement à la vie affective et sexuelle

Marcel NUSS¹

ANECDOTE ÉDIFIANTE

Jean amène Louis tous les deux ou trois mois à Paris². Chaque fois, il fait environ 200 km pour Louis. Jean est directeur d'une MAS [Maison d'accueil spécialisée], Louis est un de ses résidents, il est atteint de déficience intellectuelle. Mais c'est un homme d'abord et avant tout. Et, comme tous les humains (ou presque), Louis a des envies, des désirs et des pulsions. À tel point que, pendant plusieurs mois, il fugue régulièrement à Paris, où cela lui arrive de se perdre et de passer des nuits sous les ponts. Jusqu'au jour où Jean s'en inquiète. Et se rend compte que les fugues sont motivées par la volonté, pour Louis, d'avoir des relations sexuelles avec des « femmes bordel³ ». D'où les évasions vers Paris, où il errait quelques jours avant d'appeler Jean au secours ou de rentrer bredouille et malheureux. C'est ainsi que, bouleversé, Jean décidera d'emmener son résident tous les deux mois environ à Paris.

Chaque fois, ils retrouvent la même prostituée. Une femme d'origine asiatique, traductrice le matin et péripatéticienne dans la journée. Une femme rencontrée le premier jour de leurs pérégrinations, alors qu'il cherchait LA femme qui pourrait plaire à Louis. Des heures à arpenter les rues de Pigalle avant de la croiser. Et, trois quarts d'heure d'attente angoissante pour Jean, attablé dans un bistrot situé en face du logement de cette femme, une fois l'affaire conclue. Avant de les voir réapparaître, avec un grand soulagement, complices et très satisfaits l'un de l'autre.

C'est cela l'accompagnement sexuel en France, pour le moment. C'est une prise de risque empathique, assumée par un directeur d'établissement ou un aidant, pour soulager les souffrances physiques et morales induites par un refoulement sexuel et affectif. Ou c'est une mère qui masturbe son fils. Ou des personnes dites handicapées qui se saignent pour se payer un voyage « touristique » en Hollande ou en Suisse, souvent avec la complicité de l'institution qui les héberge, juste pour « connaître ça au moins une fois » dans leur vie. Ici, ce n'est pas la raison qui parle mais le cœur et/ou la détresse. La morale ou la légalité paraissent bien dérisoires face à ces situations.

Est-ce normal ? Est-ce acceptable de mettre des personnes dans des situations aussi dures à gérer et, qui plus est, délictueuses ?

¹ Consultant, formateur et écrivain. Site personnel : nussmarcel.fr

⁽²⁾ Deux pseudonymes.

⁽³⁾ On peut lire l'anecdote en détail in « L'accompagnement sexuel : un enjeu pour la France », Dunod, 2008.

LA COMPASSION N'EST PAS LA RÉALISATION

Depuis une vingtaine d'années au moins, on ergotait sur le sexe des « anges » dans l'Hexagone, entre gens autorisés et très compatissants, quand les Hollandais proposaient l'accompagnement sexuel à leurs concitoyens dits handicapés... dès 1982 ! Suivis par le Danemark, l'Allemagne à la veille du XXI^e siècle et la Suisse⁴ allemande puis romande.

Pourtant, en France aussi les attentes étaient bien réelles et de plus en plus fortes et insistantes. D'autant plus fortes que des voisins européens montraient la voie.

Évidemment, ce n'était peut-être pas aussi simple à mettre en œuvre que l'auraient espéré les intéressés mais, à bien y regarder, ce n'était pas non plus aussi difficile qu'on a bien voulu le croire et/ou le leur faire croire.

Mais, pour comprendre les tenants et les aboutissants de l'accompagnement sexuel, il est nécessaire de voir comment et pourquoi cela « marche » ailleurs ? Donc, d'analyser le contexte juridique, politique et social des pays où l'accompagnement sexuel existe déjà.

L'ACCOMPAGNEMENT SEXUEL EN EUROPE

Aux Pays-Bas, une structure, regroupant à l'origine des call-girls pour personnes dites handicapées, avait vu le jour dès 1980. Elle comptait alors dix femmes et deux hommes. Aujourd'hui, elle comprend plus d'un millier de membres. Ces professionnels vont jusqu'à la relation sexuelle complète et l'assurance-maladie rembourse leurs prestations à raison de deux séances par mois.

Au Danemark, les professionnels de l'éducation spécialisée avaient demandé, à la fin des années 1980, la levée des obstacles à l'assistance sexuelle qui existaient dans le Code pénal danois, afin de ne pas tomber sous le coup de la législation sur le proxénétisme. Les progrès réalisés depuis lors sont indubitables puisque, désormais, comme aux Pays-Bas, les frais d'accompagnement sexuel pour personnes en situation de handicap sont pris en charge par l'assurance-maladie.

En Allemagne, un « service de contact corporel », SENSIS, fut créé en 1995 par une organisation fondée en 1959, IFB [Interessengemeinschaft Für Behinderte]. Mais la

⁽⁴⁾ Cela se pratique également en Israël mais la prise en charge est médicale ou aux États-Unis.

législation y étant plus stricte, le contact corporel ne peut aller jusqu'au rapport sexuel que dans certains Länder et les accompagnant(e)s doivent suivre une formation de plusieurs semaines avant d'exercer.

En Suisse allemande⁵, depuis 2002, c'est le FAbS [Fachstelle Behinderungen und Sexualität] de Bâle qui assure la formation des accompagnant(e)s sexuel(le)s, à l'initiative et sous la direction de Mme Aïha Zemp, elle-même en situation de handicap.

Puis en 2008, la Suisse romande, sous la tutelle de l'association le SEHP, lui emboîta le pas en proposant la première formation francophone à l'accompagnement sexuel⁶, à l'instigation et sous la direction de Françoise Vatré et de Catherine Agthe-Diserens. Les 10 premiers diplômés furent distribués en juin 2009, à quatre femmes et six hommes.

QU'EST UN ACCOMPAGNANT SEXUEL

Les accompagnants sexuels sont des hommes et des femmes entre 30 et 55 ans, venant en général du secteur médical, paramédical ou médico-social : kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier(e), aide-soignant(e), accompagnant(e) professionnel(le), psychologue, etc., mais également du milieu de la prostitution⁷. Ces accompagnant(e)s exercent le plus souvent une autre activité professionnelle⁸. En Suisse romande, les candidat(e)s ont déboursé près de 2500 € pour faire cette formation. Il y avait au départ plus de 100 candidats, dont il ne resta que 12 personnes après la phase de la sélection. Une phase très exigeante car les responsabilités et les attentes en matière d'accompagnement sexuel nécessitent un équilibre psychologique très important. Surtout que la plupart des accompagnant(e)s sexuel(le)s sont marié(e)s et ont des enfants ; on imagine donc aisément l'amour et l'entente qu'il faut entre les deux partenaires d'un couple où l'un des deux engage son corps pour le bien-être d'un tiers, et que ce tiers ait un handicap ne change rien à l'investissement affectif et sexuel de ce couple. Et cette démarche est d'autant plus délicate à assumer qu'elle est en totale contradiction avec la culture judéo-chrétienne ambiante. Sans compter la comparaison permanente avec la prostitution.

Pourtant cette activité ne peut être comparée à de la prostitution, d'une part, parce qu'elle implique une exigence de moralité (loyauté et discrétion) et de professionnalisme (suivre une formation adaptée). D'autre part, il est

(5) Je préciserai qu'en Suisse la prostitution est légale, les prostitué(e)s y sont réuni(e)s en association et ce statut leur donne des libertés beaucoup plus importantes qu'aux futur(e)s assistant(e)s sexuel(le)s. Être prostitué(e) est une profession reconnue en Suisse. D'autre part, sauf dans le canton de Genève, les accompagnant(e)s sexuel(le)s sont assimilés aux prostitué(e)s.

(6) Sous la conduite conjointe de la SEHP [Association Suisse Sexualité et Handicaps Plurielle] et du CEFOC [Centre d'Études et de Formation Continue]. Le SEHP assume la sélection des candidat-e-s avec des critères très sévères, car cette étape est fort complexe et délicate et le SEHP est aussi l'organe qui supervisera les assistant-e-s sexuel-le-s une fois formé-e-s (www.sehp-suisse.ch). Catherine Agthe est la présidente de la SEHP.

(7) Dans ce cas, les prostitué(e)s ont suivi la formation d'accompagnant(e) sexuel(le), comme tout postulant(e).

(8) Il est difficile de subsister avec une moyenne de quatre ou cinq séances d'accompagnement sexuel par mois, rémunérée chacune une centaine d'euros environ, sauf aux Pays-Bas où certains accompagnants sexuels assument cette activité à plein temps du fait d'une demande très importante.

indispensable de connaître les différents types de handicap que l'on sera amenée à rencontrer mais, également, avoir des capacités d'adaptation et de réactivité en fonction des personnes et de leur handicap.

On peut ajouter que, selon leur tempérament, elles et ils accompagnent soit uniquement des personnes de leur sexe, soit des deux sexes, et elles et ils acceptent d'aller jusqu'au rapport total ou non.

Contexte juridique

La prostitution (du latin *prostituere* : mettre devant, exposer au public) se définit comme l'activité consistant à solliciter, accepter ou obtenir, en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération, des relations de nature sexuelle⁹. Alors que l'accompagnement sexuel consiste à prodiguer des prestations sexuelles à des personnes ayant un handicap, en contrepartie d'une rémunération.

Sans se confondre, ces deux activités sont pourtant proches. Notre crainte d'une confusion était donc fondée¹⁰.

Néanmoins, tous les pays d'Europe occidentale n'ont pas la même approche de la prostitution, qui n'a d'ailleurs pas le même statut juridique dans tous les pays¹¹.

Par exemple, l'Allemagne ou les Pays-Bas sont des pays dits « réglementaristes ». Cela signifie que la prostitution est acceptée dans un cadre juridique précis, qui la réglemente comme toute autre activité. Ces pays, à la vision plus ouverte et libérale en matière de prostitution, sont ceux-là mêmes qui ont accepté la mise en œuvre de l'accompagnement sexuel. Tandis que la Suède, pays « prohibitionniste », interdit la prostitution et, par conséquent, l'accompagnement sexuel y est également interdit.

Enfin, entre le régime réglementariste et le régime prohibitionniste, la France se démarque en adoptant un régime dit « abolitionniste ». Ainsi, elle n'interdit pas la prostitution de manière générale et absolue mais elle la réprime lorsqu'elle concerne des mineurs ou des personnes particulièrement vulnérables¹². Elle ne réglemente pas non plus son activité en tant que telle, mais met tout en œuvre pour lutter contre la criminalité dont elle est un des principaux vecteurs.

Un droit fondamental

Un droit fondamental est un droit que l'État doit respecter et faire respecter.

Or, le droit à la sexualité peut être considéré comme un droit fondamental étant donné qu'à ce jour, le droit d'entretenir des relations sexuelles n'est pas clairement garanti par un texte. Toutefois, ce droit existe et est analysé par les juridictions comme une manifestation du droit à la vie privée, bien plus qu'une manifestation du droit de disposer de son corps¹³.

(9) Code Pénal Article L 225-12-1 alinéa 1 (définition de la prostitution).

(10) Le Mouvement du NID, et tous les détracteurs de l'accompagnement sexuel, s'en est d'ailleurs largement servi de cette confusion pour essayer d'interdire l'accompagnement sexuel en France, sauf... si les accompagnant(e)s sexuel(le)s exerçaient bénévolement.

(11) Savoirs en commun <http://savoirs.u-strasbg.fr/telecharger/pdf/Hors-la-loi.pdf> 42 (12) Code Pénal, Article L 225-12-1.

(13) G. Lebreton, « Liberté publique et droits de l'Homme », Armand Colin, 6^{ème} édition, 264.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme a condamné la répression pénale en Irlande des actes homosexuels de majeurs consentants en privé¹⁴, jugeant que toute législation condamnant de telles pratiques est contraire à l'article 8 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales [CEDH], comme affectant en permanence et directement le droit au respect de la vie privée.

La question qui se posait à nous était celle du « comment faire ? » ou « que faut-il faire afin que l'accompagnement sexuel devienne une réalité tangible dans notre pays ? »

Car les personnes dites handicapées qui revendiquent leur droit à la sexualité signifient pour la plupart que, n'ayant pas de vie sexuelle, il faudrait leur garantir qu'elles pourront en avoir une, ce qui est très différent de ne pas interdire de vivre une sexualité existante.

La loi du 11 février 2005 intitulé « en faveur de l'égalité des droits, des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées » est une avancée majeure dans la politique sociale. Comme nous l'avons vu précédemment, page 2, dans le chapitre intitulé « Du droit à la sexualité », cette loi pose les bases de l'autonomie et de la liberté de choix, incluant implicitement la vie intime. Du reste, le droit de vivre une sexualité est implicitement reconnu et protégé par l'article 8 de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Mais aussi par l'Article 22 intitulé « Respect de la vie privée » et 23, intitulé « Respect du domicile et de la famille », de la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes handicapées¹⁴. Dans cette même Convention, il est également dit dans l'Article premier : « La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine jouissance de tous les Droits de l'Homme et de *toutes les libertés fondamentales* pour les personnes handicapées et de promouvoir le *respect de leur dignité intrinsèque*. » et dans l'Article 25 : « [...] Ils¹⁵ prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui *prennent en compte les sexospécificités*, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties : a. Fournissent aux personnes handicapées de services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris les services de santé sexuelle¹⁶ et génésique et des programmes de santé publique communautaires. »

Même si dans aucun texte, il est clairement édicté un droit à l'accompagnement sexuel, les libertés fondamentales et le droit à une vie sexuelle sont reconnus aux personnes dites handicapées comme à tout un chacun. Difficile donc, à mon sens, de continuer à ignorer la revendication, de la part de femmes et d'hommes qui ont un handicap, de bénéficier d'un accompagnement sexuel.

(14) Adoptée le 6 décembre 2006 par l'Assemblée Générale des Nations Unies, entrée en vigueur le 3 mai 2008 et ratifiée, ainsi que le Protocole facultatif, par la France le 18 février 2010 (seulement).

(15) Les États.

(16) Souligné par moi.

DES SOLUTIONS CONCRÈTES

Comme le laissait entrevoir ce qui précède, des solutions existaient donc bel et bien pour mettre en œuvre l'accompagnement sexuel en France, tant au niveau juridique que législatif.

Et celle-ci apparut lors d'une réunion du CHS [Collectif Handicaps et Sexualités] qui eut lieu le 17 décembre 2009. Ce jour-là, les membres du collectif avaient convié des juristes ; lesquels suggérèrent finalement de demander une dérogation de la loi¹⁷.

J'envoyai aussitôt cette proposition au député et président de la Commission des Affaires Sociales, Jean-François Chossy, qui, par retour du courrier, me proposa d'être auditionné le 24 mars 2010. À la fin de l'audition, les députés présents proposèrent de présenter un projet de loi allant dans le sens de notre suggestion, en automne 2010. Ce qui signifiait que l'accompagnement sexuel serait légal en France avant fin 2010, si une majorité de députés votait en sa faveur. Une très grande victoire, si c'est le cas, après cinq ans de combat.

Mais pourrait-il en être autrement alors que la loi du 11 février 2005 a introduit l'article L.114-1-1 du CASF qui dit : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. **Cette compensation consiste à répondre à ses besoins**, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein **exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement** ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, **des aides de toute nature à la personne** ou aux institutions **pour vivre en milieu ordinaire** ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre 1er du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins. »

Nous pouvons également faire ajouter, dans le décret 2005-1591, du 19 décembre 2005, à l'annexe 2-5, à l'énumération des différents actes essentiels : «... actes liés à l'entretien personnel, actes liés aux déplacements, actes liés à la participation à la vie sociale, actes liés à la vie intime. »

(17) Nous demandons la création d'un fait justificatif, une dérogation de la loi aux délits de proxénétisme et de racolage actif ou passif pour tout acte de nature sexuelle rémunéré aux bénéficiaires des personnes en situation de handicap tels que définis par la loi 11.02.2005 (Article L114 du code de l'Action Sociale et des Familles)

PRISE EN CHARGE ET GESTION DE L'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Cependant, obtenir ces modifications juridiques et législatives n'est pas tout. Deux problèmes restent en suspens : comment prendre en charge l'accompagnement sexuel et qui va gérer l'accompagnement sexuel ?

En ce qui concerne la prise en charge financière, il nous semble logique que celle-ci se fasse dans le cadre de la PCH [Prestation de Compensation du Handicap]. Plus exactement, qu'elle entre dans le cadre des charges spécifiques prévues par la loi.

Mais il nous paraît tout aussi logique, si nous voulons rester en adéquation avec l'esprit de la loi du 11 février 2005, c'est-à-dire si nous voulons continuer à défendre le droit à l'autonomie et au libre choix, de ne proposer qu'une prise en charge partielle afin de rester dans cette logique d'autonomie des personnes et non de revenir à une logique d'assistantat.

Car, si l'accompagnement sexuel est un droit, ce n'est pas un dû et, en aucun cas, il faut que cela le devienne.

Ce n'est pas davantage une maladie. D'où notre réticence à demander une prise en charge, même partielle, par la Sécurité sociale, comme c'est le cas aux Pays-Bas et au Danemark.

Et puis, il faudra certes mettre en place une formation adaptée pour les futur(e)s postulant(e)s à l'accompagnement sexuel¹⁸, un encadrement, un suivi, des formations continues et des supervisions indispensables afin de garantir un accompagnement compétent et responsable. Et il faudra aussi mettre en place des antennes locales capables d'offrir des conseils, des informations, de proposer une écoute de qualité et d'organiser des groupes de paroles. Car l'essentiel de l'accompagnement à la vie affective et sexuelle reposera sur du travail de terrain, du travail d'accompagnement à la personne et des proches.

C'est à cela que se prépare depuis 2007 le CHS, ainsi que le GCSMS¹⁹ qu'il vient de créer à cet effet. Ce collectif interassociatif²⁰ est la meilleure garantie pour les usagers, à mon sens, car chaque association adhérente à ce collectif sera amenée à assumer pleinement sa part de responsabilité dans le fonctionnement de cette structure. Aussi bien en matière de sélection et de formation des candidat(e)s à l'accompagnement sexuel, que de gestion des demandes d'accompagnement et d'accompagnement des personnes en situation de handicap (mineures ou majeures) et/ou de leur famille, voire de leurs accompagnants ; par parenthèse, s'il paraît délicat, voire impossible, pour le moment, d'envisager un accompagnement sexuel au profit des adolescents mineurs (bien que leurs congénères valides ont très fréquemment, de nos jours, des rapports sexuels avant 18 ans...), il n'empêche qu'il est primordial de leur proposer une écoute, des

(18) Celle-ci devrait être franco-suisse afin de profiter de l'expérience de nos ami(e)s suisses romands en la matière, de partager les coûts que représente une telle formation, et de faire fructifier nos compétences réciproques.

(19) Groupement Coopératif Social et Médico-Social.

(20) APF, AFM, CHA, GIHP, UNAPEI, etc.

informations et, pourquoi pas, un accompagnement sensuel « soft », en attendant qu'ils soient majeurs et/ou qu'il y ait une meilleure ouverture des mentalités. Tout cela demande du temps, des moyens et du personnel compétent.

D'autant plus, qu'après réflexion et concertation avec les associations de tutelles, il faudra dans la foulée que tous les types de handicap puissent être pris en compte dans l'accompagnement sexuel (déficience mentale, psychique, etc.), ainsi que les personnes âgées. Ces populations ne doivent pas être négligées.

Mais, quoiqu'il en soit, deux garanties devront nécessairement être offertes : celle d'une formation adaptée et celle d'une certaine moralité par la prestation d'un serment²¹.

UNE RÉPONSE PAS UN IDÉAL

Comme nous l'avons vu, l'accompagnement à la vie affective et sexuelle est une révolution sociale, culturelle, et même religieuse. Un tel accompagnement ne peut reposer que sur des professionnels ayant une grande dimension humaine et éthique. Il demande à chacun, politique, professionnel de l'accompagnement, accompagnant sexuel, personne en situation de handicap, parent, citoyen lambda, de s'interroger sur sa sexualité, la sexualité en générale et le droit au plaisir. Elle nécessite de la part de chacun d'entre nous de reconsidérer son rapport à la sexualité, la sienne et celle d'autrui. Ne serait-ce que parce que l'accompagnement sexuel, et plus particulièrement les accompagnant(e)s sexuel(le)s et leurs conjoint(e)s, nous mettent face à une vérité inaudible sous nos latitudes judéo-chrétiennes : l'amour ce n'est pas le sexe, pas plus que l'accompagnement sexuel n'est de la prostitution. On peut avoir des rapports physiques et/ou sexuels en dehors de son couple, sans que cela remette pour autant l'amour en question dans ledit couple, à condition d'être clair et ouvert.

L'accompagnement sexuel est *une* réponse mais pas *la* réponse, pas un idéal. Sûrement pas un idéal. Une réponse à une demande et à une souffrance récurrentes et prégnantes. À des souffrances mêmes.

En effet, si l'on pense d'emblée à la souffrance des personnes dites handicapées privées de tout contact charnel et sensuel, d'expression et d'expériences sexuelles, on oublie la souffrance de ces mères qui masturbent leur fils par compassion. Tout comme l'on oublie ces personnes en situation de handicap qui se saignent aux quatre veines pour expérimenter au moins une fois dans leur vie « ça », en s'offrant un voyage en Hollande ou en Suisse, avec leur maigre allocation.

Sans compter, comme nous l'avons vu au début de cet article, les professionnel(le)s de l'accompagnement à la personne qui prennent des risques par compassion car, en France, la loi

(21) Le serment fixe un cadre éthique un exercice d'une profession. Il est un rite de passage qui fait prendre conscience à celui qui le prononce du poids des responsabilités morales et éthiques qui lui incombe dans sa vie professionnelle. C'est notamment un passage obligé de l'avocat, du médecin, du magistrat, de l'officier ministériel, etc.

n'est pas adaptée à la demande d'accompagnement sexuel, quitte à être poursuivi(e)s pour proxénétisme !

Il n'est plus possible désormais d'ignorer cette réalité et d'aller contre l'évolution qu'elle sous-tend.

Par contre, si nous voulons réussir cette révolution, il est indispensable que chacun à son niveau se pose les bonnes questions, voire se remette en question.

Pour l'accompagnant(e) sexuel(le), il s'agit par exemple de se demander pourquoi il veut s'engager dans un accompagnement aussi intime et révélateur de ses capacités autant que de ses limites. Comme il doit se demander ce qu'il en attend.

Quant à la personne qui souhaite bénéficier d'un accompagnement sexuel, elle devra entre autres être consciente des limites de sa demande et des retours qu'elle aura. Par exemple, pourra-t-elle accepter d'être touchée, accompagnée sexuellement par quelqu'un(e) ne correspondant pas à son canon de beauté ? Car l'accompagnant(e) sexuel(le) pourra avoir 10 ou 20 ans de plus que l'accompagné(e), être bedonnant(e) ou dodu(e), chauve, petit(e), etc. Ce d'autant plus que le choix des accompagnants ne sera pas pléthorique. En somme, la personne qui a un handicap devra savoir si la prestation est plus importante que les fantasmes qu'elle peut provoquer. Faute de quoi les malentendus et les déconvenues pourront être cuisants²².

L'accompagnement sexuel est un soulagement proposé à toute personne coupée de sa corporéité et de sa sensualité, mais ce n'est pas l'amour que d'aucuns pourraient espérer. Aucune prestation, aussi engagée et généreuse soit-elle, ne peut apporter l'amour. Mais l'accompagnement sexuel peut amener la personne à reprendre confiance en elle-même, donc à être en mesure de tisser à nouveau des liens, d'entrer à nouveau en relation et, par conséquent, d'être de nouveau en capacité de rencontrer l'amour. L'accompagnement sexuel est une forme de thérapie de l'incarnation, de la réappropriation de sa corporéité et de sa charnalité. Elle permet aussi à la personne dite handicapée de se reconnecter à elle-même et/ou d'apprendre à se maîtriser. En cela, l'accompagnement sexuel est vital pour beaucoup de personnes que l'accompagnement au quotidien a désincarnées et déshumanisées à force de maltraitances (passives) répétées.

Il faut donc espérer que le vote sera positif cet automne à l'Assemblée Nationale, c'est-à-dire qu'une majorité de parlementaires entende enfin la souffrance et la demande

(22) Récemment, un Strasbourgeois IMC qui s'était rendu à Bâle pour bénéficier d'un accompagnement sexuel, en était revenu complètement dépité et même vindicatif car il n'avait pas eu d'accompagnement sexuel. Pourtant, renseignements pris, tout avait été fait dans les règles de l'art et avait duré plus longtemps que de coutume, l'assistante sexuelle était même allée jusqu'à la pénétration, et elle avait payé très cher son « professionnalisme » puisque l'homme, dans son excitation, ayant perdu toute maîtrise de son corps spastique, lui avait fait très mal. En fait, complètement obnubilé par ce qu'il avait vu dans les nombreux films pornos qui lui avaient servi d'exutoire jusque-là, il attendait autre chose, à tel point qu'il fut incapable de savourer l'accompagnement qui lui était offert et de se rendre compte qu'il avait été jusqu'à la pénétration de l'assistante. Ce qui démontre combien il est vital de faire un travail éducatif et informel en amont d'un accompagnement sexuel.

qu'elle induit depuis si longtemps.

Après, ce sera à chacun de prendre ses responsabilités, d'être responsable, d'assumer ses choix et ses engagements personnels ou collectifs, afin de faire de l'accompagnement sexuel une réalité crédible et incontournable.

Une réponse humaniste et humanisante de plus.

ADIHM

ESAT Jean Guglielmi « Les Argonautes »



Les Argonautes la boutique

Ouvert toute l'année du lundi au vendredi de 9h00 à 12h15 et de 13h15 à 16h00
2 COLLECTIONS PRINTEMPS ET HIVER

Tissus d'ameublement et linge de maison
plaids, housses et galettes de chaise, voilages, stores sur mesure, dessus de lit, coussins, nappes, serviettes, sets de table, linge de bain...
Mais aussi coussins de bateaux, matelas de plage...

Restauration et vente de meubles anciens
armoires, tables, secrétaires, tapisserie d'ameublement sur sièges traditionnels ou modernes, cannage, paillage...

Services pour les particuliers retouches, ourlets...

Services pour les entreprises conditionnements divers...

ADIHM-ESAT - Jean Guglielmi
LES ARGONAUTES
Etablissement et Services d'Aide par le Travail
17, bd de l'Océan - 13009 Marseille
Tél. 04 91 73 61 62
www.argonautes.org
adihm-argonautes@orange.fr

Accès par transports en commun, à partir du Rond Point du Prado - Ligne 23, arrêt Océan Réa

SAVS

Les SAVS ont pour vocation d'apporter un accompagnement adapté en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ce service fonctionne 24h/24h dans un immeuble de 31 logements adaptés et propose un accompagnement médico social



17 Bd de l'océan – 13009 MARSEILLE
Tél. : 04.91.73.61.62
Fax. : 04.91.25.07.59
Site : www.argonautes.org

Sexualité, handicaps et vieillissement : Comment penser les prises en charge en institution

Alain GIAMI¹

L'APPORT DES SCIENCES SOCIALES

L'apport des sciences sociales constitue un point de vue différent de celui des professionnels inscrits dans la pratique sociale, clinique, éducative ou du soin en général; de celui des parents au titre de leur expérience personnelle ou de leur engagement associatif ou politique et, *last but not least*, de celui des personnes elles-mêmes qui a émergé au cours des 30 dernières années sous une forme militante d'abord (et l'on repense aux *Handicapés Méchants* des années 70') et sous des formes revendicatives ou associatives. Les mouvements associatifs de personnes handicapées restent cependant beaucoup plus développés dans les pays anglo-saxons où ils fonctionnent comme de véritables lobbies (Shakespeare, 1996). Le point de vue du chercheur – plus en retrait – vise à une interrogation et une analyse des pratiques, des représentations et des significations qui sont présentes chez ces différents acteurs. Il consiste en un déplacement de point de vue : réflexivité et distanciation plutôt que normativité et s'inscrit dans des perspectives anthropologiques, ethnographiques, psycho-sociologiques et critiques. Il s'appuie aussi sur une mise en perspective historique qui peut permettre une identification et une évaluation des changements. Le chercheur peut aussi se mettre dans une posture d'expert en proposant des instruments d'analyse utiles aux intervenants et en proposant l'utilisation de la démarche de recherche elle-même comme méthode de travail dans le contexte de l'intervention (Giami, 2009). C'est le propos de ce texte.

Ce texte propose aux professionnels travaillant dans des établissements de prise en charge – qu'il s'agisse de personnes handicapées ou de personnes âgées – une méthode de réflexion visant à aider à repenser les attitudes et à mieux organiser les finalités d'un accompagnement de la sexualité de personnes placées en institution. On a privilégié ici une approche à partir de la dimension institutionnelle plutôt que par les types de handicaps ou de vulnérabilité qui pourront faire l'objet d'une adaptation et d'une interprétation au cas par cas. La dimension institutionnelle apparaît dans ce domaine à la fois comme un levier et un obstacle aux changements (Giami & de Colomby, 2008).

¹ Directeur de recherche, Inserm, U 1018 Equipe : Genre, santé sexuelle et reproductive. Le Kremlin-Bicêtre
alain.giami@inserm.fr

POURQUOI TRAVAILLER AVEC LES PROFESSIONNELS ?

Cette démarche a commencé en 1981 au moment de la réponse à un appel d'offres du Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle où l'on proposait de «s'interroger sur les problèmes posés par la sexualité des adultes handicapés mentaux placés en institution». Il m'avait semblé indispensable, alors qu'à l'époque on ne connaissait rien de cette sexualité (et pas grand chose sur la sexualité en général dans le domaine des sciences sociales en France) de remettre en question les présupposés, les préjugés sur lesquels étaient fondés cette affirmation. Et j'avais tenté par le biais d'une inversion du regard de renverser la question en demandant : «Qui dit qu'il y a des problèmes avec cette vie sexuelle ? Il s'agissait bien évidemment des parents et des éducateurs compte tenu du fait qu'à cette époque on n'écoutait pas beaucoup les personnes handicapées mentales. Il s'est donc agi de ne pas tenir pour acquis les discours assignant la responsabilité des situations problématiques aux personnes désignées, et en l'occurrence, les adultes handicapés mentaux et d'étudier le discours et les postures de «ceux qui disent qu'il y a un problème» et qui construisent socialement le problème en le rendant évident, c'est-à-dire inquestionnable. Dans cette perspective il devient impossible de remettre en question le fait qu'il s'agisse d'un «problème» et toute la réflexion s'engage vers la recherche de solutions à ce qui est posé comme un problème incontournable. Cette évidence constitue toujours la pensée dominante : la «sexualité des handicapés mentaux» est toujours problématique. Mais si on inverse le regard on peut aussi se demander si ce n'est pas le regard qui est posé sur cette population et sa vie sexuelle qui est problématique.

IDÉES ACTUELLES SUR LA SEXUALITÉ : LA SANTÉ SEXUELLE

Avant même d'aborder la question de la sexualité des handicapés mentaux, essayons de cerner les grandes dimensions de l'idéologie contemporaine de la sexualité et notamment l'orientation vers la santé et les droits sexuels. Cette présentation permettra d'évaluer les décalages avec la «sexualité des handicapés mentaux».

La sexualité représente beaucoup plus de choses que le sexe et l'activité sexuelle. Les significations de la sexualité oscillent actuellement entre le maintien du sacré, l'inscription dans la santé, la médicalisation et les droits de l'homme, l'érotisme

et la pornographie, la justice et le droit pénal. J'ai tenté de regrouper l'ensemble de ces idées contemporaines qui concernent la population générale qui s'inscrivent culturellement dans l'optique d'un certain optimisme sexuel développé depuis les débuts du 20^e siècle (Robinson, 1976) :

- La sexualité est au fondement des identités, des subjectivités et de la dignité humaine.
- Le sexe est bon pour la santé et améliore la "qualité de vie".
- Une bonne santé favorise une vie sexuelle épanouie.
- La santé sexuelle est un élément du "bien être".
- La santé sexuelle est un droit humain ("droits de l'Homme").
- Les maladies chroniques, les handicaps, le vieillissement altèrent la vie sexuelle.
- La société et le "regard des autres", les discriminations s'opposent à la réalisation et la concrétisation de cette sexualité et donc du bien-être et de l'expression de la plénitude de leurs droits humains.

Ces significations ne sont pas exemptes de contradictions et face à cet optimisme dominant, on observe un certain nombre de limitations. Ainsi dans le même temps où la centralité de la sexualité est affirmée comme source du bien-être, on observe un fort pessimisme sous-jacent, moins visible au plan culturel : le caractère positif de la sexualité n'est pas général et universel et certains groupes de la population ne sont pas concernés par cette idée et notamment les jeunes pour lesquels la sexualité reste un risque majeur (maladies sexuellement transmissibles, grossesses, infections, risque d'abus, etc....) contre lesquels il faut les protéger.

Santé sexuelle et droits sexuels : le discours de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 2003 un ensemble de définitions concernant la Santé sexuelle :

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle repose sur une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et de la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés (Giarni, 2005).

Cette définition est complétée par la liste des droits sexuels – liste déjà énoncée par d'autres organisations internationales dans d'autres versions dont l'OMS donne sa propre version édulcorée :

«Les droits sexuels sont inscrits dans les droits humains qui sont déjà reconnus dans les législations nationales de nombreux pays, les documents portant sur les droits humains ainsi que d'autres documents élaborés à la suite de consensus. Ils comprennent le droit pour toutes les personnes, à bénéficier sans aucune contrainte, discrimination ou violence :

- *des critères les plus élevés et accessibles en matière de santé concernant la sexualité et en y incluant les services de santé en santé sexuelle et reproductive ;*
- *de demander, recevoir et partager toute information en matière de sexualité ;*
- *de l'éducation sexuelle ;*
- *le respect de l'intégrité corporelle ;*
- *le choix de partenaire ;*
- *de décider d'être actif sexuellement ;*
- *d'avoir des relations sexuelles consensuelles ;*
- *le droit à un mariage librement consenti ;*
- *de décider si oui ou non, et à quel moment le cas échéant, avoir des enfants ;*
- *et de pouvoir avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité et qui apporte du plaisir ».*

La théorie de la Santé sexuelle complétée par celle des droits sexuels a pour objet de donner une valeur positive à l'expression sexuelle de tous les individus et de considérer que les obstacles et les empêchements à cette expression sexuelle source de bien-être peuvent être considérés comme des violations des droits humains. Cette théorie est encore assez peu divulguée en France, mais elle peut servir de critère d'analyse et d'évaluation de la situation qui est faite aux personnes handicapées ou âgées qui sont placées en institution. Cette théorie permet ainsi de renverser le «problème» tel qu'il est habituellement formulé : il y aurait ainsi un problème dans la mesure où les droits sexuels et par conséquent la santé sexuelle de ces personnes serait bafouée et pas traitée avec le soin nécessaire au même titre que les autres dimensions de la santé. On peut aussi observer que la sexualité des handicapés mentaux est considérée pratiquement dans la gestion et l'accompagnement quotidiens, sous le même angle que la «sexualité des jeunes», c'est-à-dire comme la source d'un ensemble de risques et pas vraiment comme un des moyens de l'épanouissement de la personne et de son bien-être. Pourquoi ces idées très répandues dans la population générale et actuellement reconnues comme des droits ne sont – elles pas appliquées aux handicapés mentaux ?

CONSTATS

L'accompagnement de la sexualité est fondé principalement sur des actes de communication verbale entre professionnels et usagers, mais aussi entre usagers eux-mêmes. Or tous les professionnels concernés font état de difficultés à parler de la sexualité en situation professionnelle, aussi bien en équipe qu'avec les personnes dont elles ont la charge. Ce phénomène a été observé depuis longtemps (Giami & Giust, 1987). Par ailleurs, d'autres observations font ressortir que le thème de la sexualité constitue un des thèmes de communication les plus répandus dans le milieu socio-éducatif et on peut en donner pour preuve les innombrables journées d'étude, colloques séminaires et publications qui se sont tenus au cours des trente dernières années.

Contrairement à une idée répandue, il est donc difficile d'affirmer que la "sexualité est niée dans les institutions" et plus réaliste de constater que la vie sexuelle fait l'objet de traitements et d'approches différents entre ce qui est encouragé, ce qui est toléré et dont on ne parle pas et ce qui est à proprement parler interdit et réprimé parfois avec des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion d'un établissement. En d'autres termes, il importe d'identifier le type de vie sexuelle qu'on veut favoriser dans l'institution, celles que l'on tolère et celles que l'on souhaite limiter, éradiquer, réprimer.

Il est par ailleurs une idée très répandue selon laquelle "on ne ferait rien en ce qui concerne la sexualité" et il faut aussi nuancer cette idée en considérant que quoique l'on fasse on fait toujours quelque chose dans ce domaine et au moins reproduire la morale dominante dans l'institution (la séparation des sexes est l'activité "éducative" minimale qui permet de maintenir toutes les hypocrisies en matière de morale sexuelle) (Giami, 1999). On ne part pas de rien, mais on vient rencontrer des pratiques (des actes de la vie quotidienne des établissements et de la société) et des schémas mentaux (représentations) séculaires. Par ailleurs, au plan de la parole : le "silence" a longtemps été la forme principale du contrôle, accompagné des procédures de "l'aveu" : contrôle des expressions légitimes (Foucault, 1999). Avant de lancer un projet éducatif, il importe de développer une démarche réflexive et d'identifier les façons dont on s'occupe déjà de la sexualité, y compris – et peut-être surtout lorsque l'on dit ne rien faire.

PROPOSITIONS DE TRAVAIL ET D'ACCOMPAGNEMENT

La grille de travail présentée ci-dessous vise à aider les équipes à structurer les questionnements préalables et nécessaires à une réflexion et à des actions éducatives ou d'accompagnement de la sexualité dans des institutions. Comme on le verra, cette grille n'a pas pour objectifs de fournir des solutions, mais bien de structurer et d'aiguillonner le travail de questionnement des équipes.

Grille de lecture et de réflexion

1 – Au service de qui ?

Etablissement / Institution
Personnels
Usagers
Représentants des usagers

Dans cette première série de questions, il importe d'identifier les sources de la demande initiale d'une intervention avant de lancer un projet ou de développer une action. Le discours explicite qui est tenu à cette occasion considère que toute action éducative est réalisée au service des usagers / des clients qui doivent en être les principaux bénéficiaires. Or un minimum d'analyse de la demande – voire même dans certains cas de la «commande» qui est passée émane d'autres acteurs qui visent par là à réaliser leurs propres objectifs en prenant pour prétexte l'intérêt des usagers. Il importe ainsi de bien réfléchir à la dimension et la dynamique de la politique intra-institutionnelle pour bien s'assurer des objectifs réels de l'action. Les intérêts des représentants de l'établissement ne sont pas toujours les mêmes que ceux du personnel ou même des usagers et les intérêts des représentants des usagers peuvent encore répondre à d'autres logiques divergentes.

2 - Hiérarchies, différences et égalité

Hommes et femmes
Hétérosexuels / Homosexuels
Age : «enfants» / «adolescents» /
«jeunes» / «adultes» / «vieux»
Degré de handicap et autonomie mentale /
responsabilité

Cette deuxième série de questions doit aider à identifier les représentations de ceux qui s'engagent dans ce type d'actions et notamment de mieux comprendre les attitudes que l'on a à l'égard des différents segments de la population que l'on accompagne au regard de la sexualité. Compte tenu du fait que les questions de la sexualité sont toujours des questions morales en même temps que des questions sanitaires, il importe de comprendre les caractéristiques des personnes qui peuvent ainsi venir constituer des obstacles ou au contraire des éléments qui légitiment l'exercice de la vie sexuelle. Ainsi par exemple, on ne «traite» pas de la même façon les hommes et les femmes au regard des risques liés à la santé sexuelle et reproductive, de même que l'on na pas le même type d'exigences en fonction de l'âge des personnes. L'homosexualité «bénéficie» aussi de traitements particuliers en fonction du type d'institution ou de population. Il importe de mettre à plat les arguments que l'on utilise pour justifier et légitimer l'engagement dans une prise en charge ou au contraire les arguments qui légitiment l'absence de prise en charge ou le laisser-faire.

3 – Types de relations possibles ?

absence de relations stables
passagères
éphémères
recours à la prostitution
ou des «aides sexuelles»

5 – Sanctions

Exclusion
Isolement
Privations
Restrictions d'activité et de participation à la vie collective

Toutes les formes de vie sexuelle et notamment les types de relations ne sont pas acceptables de la même façon dans le monde social et a fortiori dans les institutions. Ainsi par exemple, va t'on considérer que l'absence totale de relations sexuelles – quelle qu'en soit la nature – et d'activité sexuelle avec un(e) partenaire soit néfaste pour les personnes ou nuisible à leur état de santé ou à leur bien être ? De la même manière, est-ce que l'on va se soucier de la même façon des troubles érectiles d'un homme handicapé mental qui rendent plus difficile la participation à une activité sexuelle ou bien les troubles du désir et les troubles de l'orgasme chez une jeune femme handicapée mentale ? Va t'on chercher à rétablir chez ces individus une «activité sexuelle normale» telle qu'elle est recommandée par les sexologues, ou bien va t'on préférer laisser les choses en l'état dans la mesure où cela ne pose pas de problèmes à l'équipe ou aux parents, bien trop occupés par ceux et celles qui revendiquent une activité sexuelle. Ainsi les limitations à la vie sexuelle harmonieuse et satisfaisante des personnes font l'objet d'évaluations et d'interventions différentes selon les contextes. De même, dans le cas où des relations s'établissent entre deux personnes, est-il nécessaire de s'ingérer dans leur vie relationnelle et leur imposer un certain type de relations.

La nature et l'intensité des sanctions qui sont appliquées en cas de transgression des normes explicites ou implicites permettent aussi d'apporter des indications précieuses sur le statut des différentes pratiques et relations sexuelles qui peuvent avoir lieu dans l'institution. On sait par exemple que la survenue d'une grossesse peut constituer le motif d'une exclusion définitive d'un établissement compte tenu de l'impossibilité matérielle de trouver une forme d'hébergement approprié à la mère et l'enfant (et au père le cas échéant). Mais par ailleurs, on sait aussi que ce type d'exclusion est souvent fondé implicitement sur des critères moraux. On sait aussi que les actes de violence ou de harcèlement sexuel sont plus sévèrement réprimés quand ils sont perpétrés par des hommes que par des femmes.

4 – Critères de hiérarchisation et d'acceptation

Encouragement
Tolérance
Interdiction

6 – Modes d'application

Contrainte / Autoritaire
Persuasion
Education
Laissez-faire et accompagnement a posteriori

Toutes les situations socio-sexuelles ne sont pas traitées de la même façon et il importe de tenter de les classer, aussi, selon le type d'attitudes ou de pratiques que l'on essaie de mettre en place. Le degré d'encouragement ou d'interdiction d'une pratique sexuelle ou d'un type de relation peut ainsi être mis en comparaison avec le degré d'attitude sociale qui est développé à son égard dans le monde social hors institution. Ainsi par exemple, le couple hétérosexuel installé dans une relation stable qui constitue la norme socio-sexuelle de plus de 80% de la population générale ne concerne que moins de 20% des adultes placés en institution (et ce quelque soit le type de handicap). La majeure partie des adultes vivant en institution spécialisée vivent donc en marge de la norme sociale dominante : est-ce de leur fait ? ou bien est-ce du fait des institutions qui n'encouragent pas la «mise en couple» de ces personnes pour des raisons bureaucratiques d'incompatibilité avec le fonctionnement de l'établissement (Giami & de Colomby, 2008). Compte tenu de ces réalités socio-démographiques, est-ce que les politiques d'établissement et les projets d'équipe ont pour objectif de favoriser la vie de couple des personnes hébergées dans ces mêmes établissements ?

Le type d'intervention, la force ou la conviction employée pour appliquer les règlements ou les sanctions, permet de mieux comprendre le caractère rationnel ou irrationnel selon que les actions menées apparaissent raisonnées ou moins réfléchies menées sous l'impulsion et l'émotion.

Enfin, le dernier critère à prendre en compte dans une évaluation réflexive des pratiques, des attitudes et des représentations est le caractère explicite ou implicite des normes qui sous tendent l'organisation institutionnelle. Comme nous l'avons vu concernant la possibilité de vivre en couple, les normes des établissements ne sont pas nécessairement homologues aux normes sociales qui régissent le monde social hors des institutions.

L'utilisation d'un outil de réflexion systématique peut aider à la réflexion et l'élucidation des normes et des représentations implicites qui guident les conduites éducatives souvent à l'insu des acteurs eux-mêmes. Ces type de démarche a souvent eu lieu dans le passé sous la forme des différents types de recherche-action (Dubost, 1987), d'intervention sociologique telle qu'elle a été développée par Alain Touraine (Touraine, 1984) ou par l'adoption d'une posture clinique (Giami, 2009).

- Dubost, J.** (1987). *L'intervention psycho-sociologique*. Paris: PUF.
- Foucault, M.** (1999). *Les anormaux - Cours au Collège de France 1974-75*. Paris: Gallimard, Le Seuil, EHESS.
- Giami, A.** (1999). *Les organisations institutionnelles de la sexualité*. *Handicap - revue de sciences humaines et sociales*, 83, 3-29.
- Giami, A.** (2005). *Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être*. *Comprendre (revue de philosophie et de sciences sociales)*, 6, 97-115.
- Giami, A.** (2009). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaines*. In S. Ionescu & A. Blanchet (Eds.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 33-52). Paris: PUF.
- Giami, A., de Colomby, P.** (2008). *Relations sociosexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête "Handicap, incapacités, dépendances" (HID)*. *ALTER, Revue européenne de recherche sur le handicap*, 2, 109-132.
- Giami, A., Giust, A.** (1987). *Les résistances et les défenses contre le dévoilement de l'implication personnelle*. *Psychiatrie Française*(2), 71-76.
- Robinson, P.** (1976). *The modernization of sex*. New York: Harper & Row.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., Davies, D*(1996). *The Sexual Politics of Disability*. London: Cassell.
- Touraine, A.** (1984). *Le retour de l'acteur*. Paris: Fayard.

Rex-Rotary

REX-ROTARY EN FRANCE, C'EST...

- + 27 000 Clients
- + 50 000 Machines
- + 95M€ de CA
- + 550 collaborateurs

Une structure commerciale et technique assurant une couverture nationale de proximité

UNE GAMME COMPLÈTE DE SOLUTIONS...

- Multifonctions
- Imprimantes laser couleur et N&B
- Imprimantes à gel d'impression couleur
- Systèmes d'impression haut volume
- Télécopieurs
- Duplicopieurs

NOTRE MÉTIER, NOS SOLUTIONS...

- Gestion de formulaires
- Gestion de documents et d'informations
 - Archivage intelligent de documents scannés
 - Reconnaissance des codes à barres
 - Sécuriser un document
- Distribution des documents
 - Scanner simultanément vers une ou plusieurs destinations en une seule action.
 - Diffusion de documents papier ou de télécopie



Agence de Marseille
Z.A. La Haute Bédoule
13240 Septèmes les vallons
Tél : 04 91 09 54 20
Fax : 04 91 09 72 12

Le médecin, le vieillard et la sexualité

Quelques réflexions sur les représentations de la sexualité du sujet âgé dans le corps médical et leur impact sur la iatrogénie sexuelle

Dr Elisabeth CATENACCI¹

Il existe un concept de santé sexuelle, concept mis en avant dans les années 1972 à 1975 par l'OMS. Cette notion de santé sexuelle a vu le jour dans le prolongement de la dynamique commencé en 1946 avec la définition de la santé par l'OMS.

Définition de la santé (OMS 1946) : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La santé en général une fois définie au sens large, dans les années soixante dix sous l'influence de l'évolution des mœurs et de l'ouverture d'une certaine parole concernant la sexualité, avec l'apparition de la contraception et la dissociation possible entre sexualité et reproduction, la notion de santé sexuelle a émergé.

Pour définir la santé sexuelle, l'OMS a proposé 3 points fondamentaux :

- Une **capacité de jouir** et de contrôler le comportement sexuel et reproductif;
- Une **délivrance** de la peur, de la honte, de la culpabilité, des fausses croyances et facteurs psychologiques inhibant la réponse et les relations sexuelles;
- La **santé reproductive**.

En ce qui concerne les sujets âgés, il nous apparait donc que la santé sexuelle porte sur deux éléments, d'une part biologique « la capacité de jouir » et, d'autre part, son corollaire psycho-social « la délivrance » par rapport à tous les tabous, les peurs et les idées reçues... La sexualité étant posée comme élément de la santé, les médecins se doivent d'être concernés par la sexualité des patients et c'est le cas pour la sexualité reproductive, pour les dysfonctions sexuelles des adultes qu'elles soient biologiques ou psychosociales. Mais que faisons-nous de cette notion de santé sexuelle au grand âge ? Quelle place les médecins font-ils à la sexualité en tant que composante de la santé de l'individu ?

Il est pourtant véhiculé une notion de bien vieillir et dans ce bien vieillir la sexualité a toute sa place... Qu'en est-il de la

relation du médecin à la santé sexuelle des seniors et de fait, de la relation des seniors à leur propre santé sexuelle ?

En tant que gériatres, nous constatons souvent la souffrance des personnes âgées et très âgées face à leurs problèmes de « santé sexuelle » dans une société où la sexualité de l'âgé fait l'objet d'un déni, d'une défiance voire d'une condamnation...

La santé sexuelle relève pour les seniors autant d'un droit des individus que d'un devoir de la société envers eux et on pourrait rajouter d'un devoir du corps médical... Or, il semble qu'en ce qui concerne le corps médical les fausses croyances, les blocages psychologiques, l'ignorance soient encore de mise.

On est frappé par les agressions dont sont victimes les personnes âgées en ce qui concerne leur santé sexuelle tant du point de vue relationnel que biologique (on peut considérer la sexualité comme la rencontre du biologique et du relationnel...). En ce qui concerne le corps, les agressions sont importantes et dans notre société fascinée par la jeunesse des corps, qui propose comme modèle des adolescents de 14 ans, on est frappé par l'atteinte portée au corps comme élément de « l'être au monde » et de la « geste d'être »...

Parmi les agressions que subit la personne âgée dans le domaine de la santé sexuelle la iatrogénie c'est-à-dire la pathologie d'origine médicale, l'action nocive, néfaste, délétère des pratiques médicales nous paraît être une réalité fréquente dont l'impact sexuel semble méconnu aux yeux des médecins.

La prise en charge qui se veut globale de la personne âgée par les médecins y compris les gériatres ignore cette iatrogénie sexuelle liée au vieillissement mais aussi aux médicaments prescrits.

On est frappé par le paradoxe existant d'une part entre l'augmentation du nombre des personnes âgées, l'allongement de la durée de vie sans dépendance, l'apparition de nouvelles thérapeutiques des dysfonctions érectiles, de la sécheresse vaginale et de l'anorgasmie et l'attitude du corps médical d'autre part, corps médical encore marqué par le poids des idées reçues, croyances et déni sur la sexualité des seniors.

LE POIDS DE L'HISTOIRE

Si l'espérance de vie a augmenté de 25 ans les 50 dernières années, les mentalités n'ont pas évolué aussi vite.

Jusqu'au XIXe siècle, l'espérance de vie était de 37 ans, les vieillards étaient rares, c'était des hommes le plus souvent en raison de la forte mortalité obstétricale des femmes et ils se remariaient avec des femmes jeunes souvent pour assurer leur descendance. L'image du vieillard libidineux, riche et pervers tel qu'on le voit dans les comédies de Molière à la vie dure. L'impact au niveau des mœurs pèse encore de nos jours...

Au XIXe siècle, on va assister à l'émergence du corps médical tel que nous le connaissons avec des docteurs en médecine et des officiers de santé et disparition des barbiers chirurgiens... La médecine qui se structure prend une forte connotation hygiéniste. Mais longtemps, les traités de médecine ont été rédigés par des théologiens...

Et la sexualité reproductive semble au fond être restée, malgré la révolution sexuelle, la seule vraie sexualité...

Le vieillard conjugue alors deux handicaps dans la vision sociale de sa sexualité : d'une part être improductif, inactif (retraité) et d'autre part, être non fertile, non reproductif...

Debay en 1862 écrit un traité à forte connotation hygiéniste qui s'intitule "Hygiène et Physiologie du Mariage". Dans cet ouvrage dont on peut imaginer qu'on recommandait la lecture aux jeunes couples, on trouve un florilège d'idées reçues dont l'emprise est encore importante si on y regarde de près.

Par exemple, pour les hommes, il établit des normes qui sont les suivantes :

- De 20 à 30 ans, l'homme marié peut exercer ses droits deux à quatre fois par semaine ;
- de 30 à 40, l'homme doit se borner à deux fois par semaine ;
- De 40 à 50, une fois ;
- De 50 à 60, une fois tous les 15 jours et moins encore si l'on en ressent pas le besoin ;
- La «seconde vieillesse» étant condamnée à une continence indispensable à sa survie.

Dans le même ouvrage pour les femmes, il écrit cette remarque édifiante :

«Quoique la femme puisse, sans inconvénient, répéter l'acte amoureux plus fréquemment que l'homme, elle aura néanmoins raison d'en être sobre, puisqu'il est avéré que celles qui en abusent sont sujettes aux tristes affections des ovaires et de la matrice et à ce terrible mal que l'on nomme cancer».

Debay écrit en 1862 et on pouvait espérer ou croire que les choses avaient évolué au moins dans la deuxième partie

du XXe siècle mais Butler en 1991 a colligé « les croyances contemporaines » les plus répandues concernant la sexualité des âgés et ces idées les plus répandues pourraient être tirées de la lecture d'un ouvrage du XIXème car elles ne sont pas si différentes des admonestations de Debay... Les mentalités ont peu changé en un siècle...

On peut citer, d'après Butler, ces quelques idées les plus répandues :

- 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.

Comment s'étonner du fait que les idées reçues et les préjugés et la défiance impactent encore de façon forte la vision que les médecins portent actuellement sur la sexualité des âgés et comment d'ailleurs, s'étonner du fait que cette vision médicale pèse lourd sur les attentes et les attitudes des personnes âgées ?

Les patients âgés ou très âgés intériorisent les conceptions que les autres et, en particulier le corps médical, leur imposent plus ou moins inconsciemment. C'est le médecin qui définit le sain et le malsain, le bon et le mauvais, le bénin et le malin, le normal et le pathologique dans une société avide de normativité...C'est le médecin qui autorise au nom de la normalité physiologique... « Docteur, est ce que c'est normal ? »

De plus, les médecins sont responsables d'apparition de pathologies sexuelles par le biais de la iatrogénie...

Dans notre société et dans le corps médical en particulier, la représentation de la sexualité de la personne âgée revêt un triple statut de savoir, de croyance et de déni en ce sens que l'on sait qu'il y a des personnes âgées qui ont une vie sexuelle et d'autres non, que l'on croit que c'est comique ou déplacé, que l'on nie l'existence d'une continuité de la libido et de la vie affective, la poursuite d'une identité sexuelle et affective au-delà du temps qui passe et la possibilité de recommencer à vivre des sentiments amoureux tardifs dans une dynamique de l'Eros.

Après 60 ans dans les représentations, c'est en quelque sorte comme s'il n'y avait plus rien. C'est comme si toute sexualité s'arrêtait. Comme si l'approche des échéances vitales repoussait toute libido et annihilait les pulsions érotiques et gommait l'affect amoureux. On ne conçoit les amours de vieillesse que comme la continuation des amours de jeunesse, la pérennité tranquille des couples formés de longue date comme un compagnonnage où passions et désirs se sont endormis au fil du temps... Le vieux apparaît comme pouvant

seulement être capable de continuer (ou incapable bien sûr) d'avoir une vie sexuelle. Du vieillard amoureux qui commence une nouvelle histoire d'amour au vieillard libidineux il n'y a qu'un pas et du vieillard libidineux au vieillard pathologique qu'on étiquette « frontal » ou « désinhibé » si ce n'est « dément » un autre pas peut être rapidement franchi... Tout se passe comme si dans l'imaginaire général mais également médical il n'était pas possible d'envisager qu'un sujet âgé ou très âgé puisse initier une histoire amoureuse... Il y a en quelque sorte un trou représentationnel... quoi que... Ce trou représentationnel si l'on peut dire, en tant qu'il concerne la sexualité de l'âgé, est en fait une forte représentation de la psychodynamie de la personne âgée et l'idée prégnante de l'extinction du vouloir et du désir dans une dynamique de projet lors du vieillissement... Vieillir c'est finir... C'est aller à un terme, un terminus libidinal et pulsionnel... Cette conception retire à la personne âgée son statut d'adulte âgé et interrompt fantasmatiquement une continuité identitaire de l'individu...

Jung a écrit :

« Continuer l'animal lui-même peut le faire, commencer est la prérogative de l'homme. »

Penser qu'une personne âgée est seulement capable de continuer c'est lui enlever sans doute une partie de ce qui fait l'humain voulant et désirant, c'est regarder les amours de vieillesse comme des obscénités et des incongruités...

Simone de Beauvoir a écrit :

« Dissocié de la jeunesse, de la vigueur, de la séduction, l'acte sexuel est ravalé au rang de pure fonction animale ».

Et on la croyait moderne... On peut mesurer combien l'idée de l'animalité reste même au XXème siècle une représentation forte lorsqu'on imagine la sexualité du corps âgé donc forcément libérée de la reproduction ou plutôt sans notion de fécondité... La sexualité de l'âgé en tant qu'inféconde fait écho à la conception du retraité inactif, improductif, qui coûte cher à la société...

La sexualité n'a pas beaucoup changé de nos jours pour les personnes âgées...

La vie sexuelle des personnes âgées est peu parlée et passe pour une curiosité, une demande inhabituelle, un sujet de discussion où idées reçues, bons sentiments, complaisance, abandon rationnel et l'optimisme béat se mêlent, y compris dans les cabinets médicaux.

Les amours de vieillesse sont des amours stigmatisés et contrariés. De nos jours, Romeo et Juliette auraient 75 ans... car la vie amoureuse et sexuelle des ados est banale et facile parce que valorisée et idéalisée.

LA IATROGÉNIE

Avec l'accroissement de la population âgée, on voit apparaître de plus en plus de pathologies iatrogènes.

Dans le grand âge, la iatrogénie est 3 à 4 fois plus fréquente que chez le sujet jeune.

La iatrogénie en matière sexuelle se surajoute à tous les autres visibles au travers du traitement des représentations, de l'interaction médecin-malade. L'idée que l'insuffisance érectile est une fatalité, comme l'incontinence urinaire ou que la sexualité, ça ne concerne pas ou plus la personne âgée est largement répandue dans le corps médical comme dans l'ensemble de la population. Le discours médical comme celui de l'ensemble de la société est normatif et moralisateur. Les médecins, au travers de leurs attitudes, véhiculent et entretiennent les idées reçues que les personnes âgées mémorisent dans leur esprit et même dans leurs corps. Elles se résignent et se découragent de vivre leurs désirs...

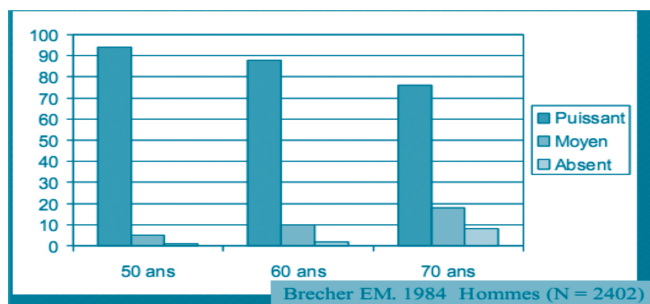
Primum non nocere, c'est une règle essentielle. Des traitements utilisés régulièrement et en pratique courante comme certains anti-hypertenseurs ou traitements cardiaques, les traitements médicaux et chirurgicaux des cancers de la prostate, les psychotropes si fréquemment prescrits dans notre pays devraient faire l'objet d'une information des patients et de discussion éclairée du rapport bénéfice-risque avec les patients. Il semble que ces discussions -bénéfice-risque- aient fort rarement lieu, aux dires des patients, en matière d'iatrogénie sexuelle. Les médecins n'aborderaient pas le sujet avec les patients de plus de 75 ans et les patients n'oseraient pas interpellier les médecins dans ce domaine.

Il faut dire que la médicalisation de la santé de l'âgé fait parfois abstraction et du biologique et de relationnel... La physiologie du vieillissement est peu ou pas enseignée et les pathologies du grand âge aussi. La médicalisation du grand âge par la iatrogénie contribue à l'altération des fonctions...

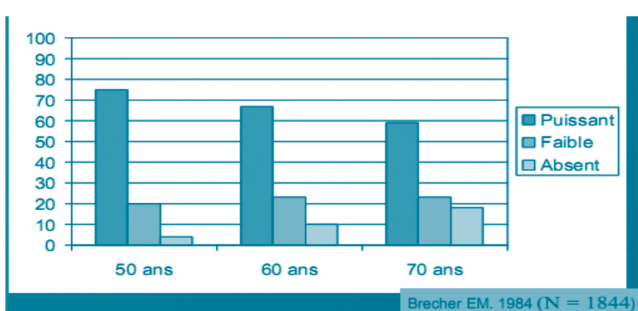
Mais il semble que le sujet de la sexualité soit très rarement abordé dans les cabinets médicaux avec les personnes très âgées. Nous avons, pour notre part, mené une étude sur 100 médecins généralistes et spécialistes sur un secteur d'activité dans le territoire sanitaire Bouches du Rhône – Nord concernant une population de 50000 habitants afin de confronter notre opinion à la réalité du terrain et tenter une approche des limites de la prise en charge de la sexualité des personnes âgées.

Avant de détailler les résultats de notre étude, il est bon de rappeler quelques données statistiques. Nous savons que la sexualité des personnes âgées est fragile pour de multiples raisons, certaines biologiques et d'autres psychosociales. Cependant des études ont montré que l'intérêt pour la sexualité était important chez les hommes comme chez les femmes âgées.

Etude sur l'intérêt persistant pour la sexualité chez l'homme :

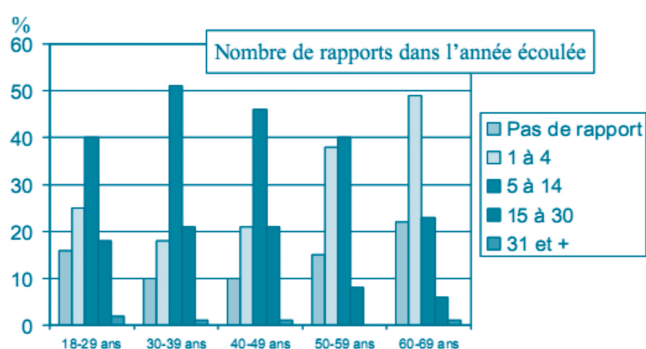


Intérêt persistant pour la sexualité chez la femme :



Ces tableaux parlent d'eux-mêmes et montrent que la diminution de l'intérêt pour la sexualité est relativement faible tant chez les hommes que chez les femmes.

Des études françaises sur le comportement sexuel des français qui n'ont pas étudié les plus de 69 ans et portant sur des cohortes importantes, ont montré les résultats suivants en 1992 :



La même étude menée en 2006 a montré une augmentation de l'activité sexuelle chez les femmes de plus de 50 ans (50 à 69 ans) ; le nombre de rapports mensuels passant de 5.3 à 7.3 et le rapport de 2006 conclut à une augmentation de la sexualité des femmes plus âgées.

On dispose également d'études américaines comme par exemple cette étude de Lindau et Coll portant sur l'activité sexuelle avec un partenaire sur 12 mois, en 2007, pour 3005 sujets de 57 à 85 ans.

L'intérêt de ces études repose sur le fait qu'elles interrogent des personnes de plus de 75 ans ce que n'ont pas fait les études sur le comportement sexuel des français...

Les chiffres que fournissent les différentes études montrent que la sexualité est une préoccupation pour les personnes âgées et que l'activité sexuelle au 3^{ème} âge est loin d'être anecdotique.

Compte tenu de la fragilité de la sexualité du vieillard et des nombreuses causes qui peuvent générer des altérations sexuelles, les médecins devraient avoir à répondre à de nombreuses consultations pour plaintes sexuelles et devraient avoir à aborder la plainte sexuelle quasiment aussi souvent qu'ils ont à aborder la plainte mnésique si l'on peut dire. Or, il semble qu'il n'en soit rien. Les plaintes sexuelles sont peu fréquentes. Les consultations pour ce motif sont rares...

Des études récentes ont montré que la sensualité et la sexualité contribuaient à la « bonne santé » des seniors avec un impact sur la vitesse de cicatrisation, la durée de consolidation, les capacités de rééducation, la réponse aux infections... Ces études avaient déjà été menées en ce qui concerne le toucher et les gestes d'affection chez les nourrissons...

Nous, médecins, devrions véhiculer ces notions clairement positives sur la sexualité et la sensualité comme « Il est intéressant de faire l'amour à un âge avancé. Sur le plan psychique, il s'agit d'une représentation de soi positive. L'orgasme est une réponse neurophysiologique qui met tout le corps en éveil du cerveau aux muscles. La libération d'endorphines liée à l'orgasme contribuerait à la prévention du vieillissement ; etc... »

Alors qu'en est-il sur notre bassin d'activité et quelles conclusions pouvons-nous tirer de notre étude locale qui concerne donc 100 médecins généralistes et spécialistes libéraux sur un secteur d'activité dans le territoire sanitaire Bouches-du-Rhône Nord avec une population de 50 000 habitants ?

NOTRE ÉTUDE PERSONNELLE

Un questionnaire a été adressé aux médecins, questionnaire anonyme, bien entendu.

Les questionnaires étaient adressés par courrier avec une lettre expliquant nos motivations, c'est-à-dire le questionnement que le gériatre pouvait avoir concernant les représentations de la sexualité de l'âge, la prise en charge des dysfonctions sexuelles du grand âge et la iatrogénie sexuelle.

LE QUESTIONNAIRE

- Année de naissance
- Sexe
- Pensez-vous être formés en ce qui concerne la sexualité des vieillards ?
- Pensez-vous être informés en ce qui concerne la sexualité des vieillards ?
- Vos patients de plus de 75 ans vous consultent-ils pour des plaintes sexuelles?
- Vos patients de plus de 75 ans vous demandent –ils des conseils?
- Vos patients de plus de 75 ans vous font-ils des demandes de traitements médicamenteux pour des dysfonctions sexuelles ?
- Traitez-vous des patients pour des dysfonctions sexuelles?
- Connaissez-vous les bilans à pratiquer pour explorer les dysfonctions sexuelles?
- À qui adressez vous les patients de plus de 75 ans qui se plaignent de dysfonctions sexuelles?
- Quand vous optez pour un traitement dans votre spécialité ou en général vous posez vous le problème de la iatrogénie sexuelle possible: à 65 ans? 75 ans? 85 ans? Si non pourquoi?
- Interrogez vous de manière systématique vos patients de plus de 75 ans sur la iatrogénie sexuelle des traitements prescrits?
- Selon vous quel est le pourcentage de femmes de plus de 75 ans ayant une activité sexuelle?
- Des hommes ?
- Selon vous quel est le pourcentage de personnes en maison de retraite qui se disent intéressées par le sexe?
- En quelques mots comment caractériseriez-vous la sexualité des plus de 75 ans ?
- Répondre à ce questionnaire vous a –t-il paru gênant ?
- Pensez vous qu'il y a un intérêt à se préoccuper de la sexualité des vieillards ? Et pourquoi ?

LES RÉSULTATS

Les observations, tirées de l'étude des questionnaires renvoyés, nous paraissent intéressantes et éclairent les attitudes du corps médical dans le domaine qui nous intéresse.

En ce qui concerne la répartition par âge : la moyenne d'âge des médecins questionnés est de 49 ans. Le plus âgé a 63 ans et le plus jeune 34 ans.

Concernant les questions portant sur les consultations pour plaintes sexuelles, on constate que les médecins femmes sont nettement plus consultées pour des plaintes sexuelles que les hommes (40 % de consultations en plus) qu'elles se considèrent comme mieux informées (4 fois plus que les hommes) et que le seul médecin généraliste qui s'estime formé à la prise en charge de la sexualité de la personne âgée est une femme.

En ce qui concerne les traitements des dysfonctions sexuelles, on recueille les chiffres suivants :

10 ont des demandes

14 font des traitements des dysfonctions sexuelles

15 font des bilans

12 savent quel bilan faire...

En ce qui concerne l'adressage aux spécialistes, des patients ayant des dysfonctions sexuelles, on recueille les chiffres suivants concernant les médecins généralistes :

10 adressent à l'urologue (on peut en déduire qu'ils n'adressent que des hommes),

6 adressent au sexologue,

6 adressent à l'angéiologue (on peut en déduire aussi qu'ils n'adressent que des hommes),

2 adressent au psychiatre.

Un généraliste a déclaré n'adresser ses patients à aucun spécialiste et un généraliste a envisagé d'adresser éventuellement à un gériatre.

Un seul généraliste a envisagé le problème de la sexualité féminine en parlant d'adressage au gynécologue, les urologues étant consultés souvent pour les hommes.

On constate que la seule sexualité envisagée est la sexualité masculine en grand majorité sous son aspect « mécanique » ; en effet les réponses laissent entendre que c'est le dysfonctionnement érectile qui occupe le champ des investigations (urologue, angéiologue...)

Bibliographie :

Hazif-Thomas C. Iatrogénie, vie sexuelle et représentation de la sexualité du sujet âgé. *La revue de gériatrie*, 2002 ; 6 : 405-14

Hygiène et physiologie du mariage. *Histoire naturelle et médicale de ...* Auguste Debay. (29ème édition : 1862).

Butler J. Bodies that matter. *On the discursive limits of sex.* New York. Routledge.

Ribes G. Sexualité et vieillissement. *Chronique sociale. Comprendre les personnes.* 02/04/2009

Lindau ST. *A study of sexuality and health among older adults in the United States.* *N england J Med* 2007; 357:762-74

H.A.S. *Eviter les risques iatrogéniques chez la personne âgée.* PMSA 2003-2005 www.has-sante.fr

I.N.P.E.S *Polymédication et poly-iatrogénie chez la personne âgée.* 2008 www.inpes.sante.fr

Quand on questionne sur la prise en compte de la iatrogénie sexuelle, on constate que seules les médecins femmes (50%) se préoccupent de ne pas nuire à la sexualité des personnes de plus de 85 ans, les hommes considérant qu'à cet âge le problème ne se pose pas. On constate que les médecins femmes se préoccupent plus de la iatrogénie sexuelle que les médecins hommes dans la tranche 75-85 ans (20% plus) ainsi que dans la tranche 65-75 ans où 100% des médecins femmes se sentent concernées contre 66% des hommes.

Quand on interroge les médecins sur la fréquence des désirs et de l'activité sexuelle des plus de 75 ans, on constate que les médecins femmes ont une idée assez réaliste et 2 ont une évaluation reflétant exactement les chiffres statistiques. Une seule femme a dit ne pas connaître les chiffres. 5 médecins hommes n'ont pas répondu à la question. Les réponses des hommes comportent des chiffres avec un gradient homme/femme élevée par exemple 10% versus 50% de personnes intéressées en conformité avec le peu d'intérêt pour la sexualité féminine et dans l'ensemble, les chiffres évoqués sont globalement bas.

En ce qui concerne les questions ouvertes, les hommes répondent peu ou par dérision du genre « gentil souvenir » ou « différente de la mienne » pour qualifier la sexualité de la personne âgée...ou dans le déni « contingente » ou « problème secondaire » ou encore « rare ».

Les femmes ont donné des réponses élaborées avec des mots clés comme : amour, tendresse, plaisir, désir de vivre, qualités de vie, tabou, longévité, bonheur, couple, solitude...

Quand on questionne sur l'intérêt médical de se préoccuper de la sexualité des vieillards, un seul homme et une seule femme répondent qu'ils ne voient pas d'intérêt. Tous les autres pensent que c'est important et évoquent la qualité de vie, la nécessité de maintenir le bien être, de ne pas être iatrogène ce qui est paradoxal avec leurs réponses ...

Certains évoquent le fait que le questionnaire a attiré leur attention sur un questionnement qu'ils n'avaient pas envisagé et sur leur manque de formation.

On peut donc conclure que les médecins ne sont ni formés ni informés sur la sexualité des personnes âgées, que la sexualité des personnes âgées et d'ailleurs la sexualité tout court ne fait pas partie des choses enseignées aux médecins, que les médecins interrogés agissent donc uniquement avec leurs références personnelles dans la relation à la sexualité du sujet âgé dans leurs pratiques quotidiennes, que la sexualité des personnes de plus de 85 ans n'existe pas de fait dans les préoccupations des médecins, que leurs attitudes cliniques et thérapeutiques la nient et seront de fait source de iatrogénie dans l'idée que ce que nous n'interrogeons pas n'existe pas...

On peut en conclure également que de fait, les médecins sont en partie responsables de la fin de la vie sexuelle d'une partie des patients âgés, soit pas leurs attitudes purement médicales soit par la vision de la sexualité de la personne âgée qu'elles impliquent et que les patients intériorisent.

Vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap

Témoignage d'une action départementale et associative

Madeleine BARBRY-AREVALO¹

*« ...Notre personnalité sociale est une création de la pensée des autres. Même l'acte si simple que nous appelons « voir une personne que nous connaissons » est en partie un acte intellectuel. Nous remplissons l'apparence physique de l'être que nous voyons de toutes les notions que nous avons sur lui, et dans l'aspect total que nous nous représentons, ces notions ont certainement la plus grande part. »
Marcel Proust «A la recherche du temps perdu»*

Porter un regard différent sur le handicap c'est avant tout regarder la personne comme un homme ou une femme, un petit garçon ou une petite fille et non comme je l'entends trop souvent dans le monde médical **comme un patient, un malade.**

Donc poser un regard différent sur la personne en situation de handicap, c'est déjà la voir tout simplement comme un être humain **« Naitre, n'être humain et n'être que cela toute sa vie »** comme le dit si bien Axel Kahn, médecin généticien, directeur de recherche médicale (INSERM) et président de l'université Paris Descartes.

La vie affective et sexuelle est une composante essentielle de l'équilibre de tout être humain, souvent au cœur de la genèse des troubles de la personne accompagnée (résident, usager...), c'est dire la complexité du travail que nous devons réaliser autour de cette question pour vraiment être au plus près de leur singularité.

Mais bien entendu c'est également un droit de l'homme, le droit à la sexualité, droit à la vie conjugale, de plus en plus souvent droit à la parentalité, avec toutes les questions préventives que nous nous posons, que toutes les personnes concernées elles-mêmes se posent autour de ces questions.

Mais si c'est un droit de l'homme, c'est également un droit de l'usager, un droit du patient, du résident, de la personne âgée, du détenu, de toute personne qui se trouve dans son parcours de vie confrontée à un accompagnement socialisé, à une institutionnalisation quelle qu'elle soit.

Un droit, constamment réaffirmé par une législation qui pose en cadre fondamental (loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale), l'égalité des droits pour les personnes en situation de handicap, dans le libre

choix du projet de vie (étape ultime de cette construction juridique avec la loi du 11 de février 2005 « pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées»). Une égalité renforcée par un droit à la protection, comme pour tout un chacun, avec un accès à l'information autour de la vie affective et de la sexualité.

Je suis infirmière spécialiste clinique sexologue et ingénieur en gérontologie sociale et je travaille dans un foyer occupationnel à l'APAJH du Tarn, cette association m'a confié une mission transverse dans ses établissements.

Je suis donc personne ressource « Qualité de vie et Sexualité » et « Vieillesse des personnes en situation de handicap ».

Le public accueilli dans nos structures, est très hétérogène, puisque nous recevons des enfants, des travailleurs handicapés, des adultes mais aussi des personnes en plus grandes difficultés qui sont orientées en maison d'accueil spécialisé, c'est dire toutes les situations singulières.

J'accompagne également les professionnels par des actions de formation dans notre établissement mais aussi dans divers centres de formation.

En 2003, une réflexion a été engagée dans le département du Tarn (81) et j'y ai largement participé dans le cadre du Comité de pilotage de promotion de la contraception. Ce comité avait été initié par la DDASS, le service des droits des femmes et la PMI.

C'est dans le cadre de ce comité de pilotage, suite à la loi de 2001, que le service de PMI du Tarn a fait état de difficultés d'accompagnement des personnes adultes handicapées face à la parentalité et à la contraception.

Suite à ce constat, le comité de pilotage s'est saisi de ces questions et a donc souhaité l'ouverture d'une réflexion collégiale avec les acteurs du champ concerné. Il a engagé un état des lieux visant d'une part :

¹ Infirmière clinicienne sexologue, Castres

- à recueillir les besoins auprès des établissements accueillant des personnes adultes en situation de handicap afin de connaître les problématiques rencontrées dans la prise en compte de l'éducation sexuelle des publics.

- un état des lieux, des actions d'accompagnement sur ce thème, mises en place par ces mêmes structures.

Cet état des lieux a permis de faire apparaître les deux points suivants :

- une gestion et des pratiques institutionnelles très hétérogènes au sein des structures

- une demande très forte des professionnels d'information, de formation, de réflexion et de débats sur ce thème.

En première réponse aux besoins exprimés, il est donc apparu qu'un travail préalable sur une approche institutionnelle concertée entre établissements était donc un point de départ incontournable. Pour ce faire, en 2004, un groupe de travail coordonné par la DDASS et Co-animé par le CODES (Comité départemental d'éducation pour la santé), s'est constitué avec des représentants de différentes institutions (FOT, ESAT, SAVS...).

La réflexion de ce groupe de travail a conduit à rédiger une charte relative aux droits et à l'accompagnement de la personne dans sa vie affective et sexuelle. Charte à l'intention des établissements, permettant d'offrir un cadre institutionnel formalisé à l'intention des personnes accueillies, des familles (ou représentant légal) et des professionnels.

Pour accompagner cette démarche, ce groupe de travail a souhaité que des formations soient proposées aux professionnels des établissements concernés, dans l'objet d'accompagner une réflexion autour de la vie affective et sexuelle de leurs publics. La Coordination est confiée au CODES du Tarn qui va solliciter deux intervenantes : Mme ARNOULD, médecin gynécologue et moi-même. Après concertation sur les objectifs et le contenu de la formation, la première session a été mise en place en septembre 2006.

Depuis, deux évaluations ont été faites en 2006 et 2008. Le projet consistait à donner des outils professionnels et à améliorer les connaissances des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des publics en structure spécialisée sur la prise en compte de la sexualité. Par ailleurs, il s'agissait d'échanger pour modéliser une démarche plus cohérente, assortie d'une mise en pratique réelle sur le terrain, se fondant sur des pratiques déontologiques claires, qui serviraient de point de référence à tous.

Il s'agissait pour nous de proposer un cadre de réflexion lisible et partagé de manière plus professionnelle, tout en conservant un aspect humain. Le constat étant fait d'une hétérogénéité des besoins au niveau du soutien de leur représentation de la sexualité, de leur demande de parentalité et de leur désir d'enfant.

À ce titre, la gestion et les pratiques institutionnelles à propos de ce positionnement sur la sexualité ont constitué le questionnement essentiel, d'où une participation active et massive des professionnels dans les échanges. Il y a eu une forte demande des partenaires professionnels, éducateurs, directeurs, associations, souhaitant que la parole émerge davantage dans les institutions.

Il en est également ressorti la nécessité de cadrage institutionnel de la question, celui d'avoir, (parce que ce n'était pas toujours le cas), une politique claire dans les institutions définies dans ce champ d'intervention d'un point de vue triple je dirais :

Celui des usagers, des équipes et des familles. Je pense là entre autres au projet d'établissement.

La démarche d'élaboration de cette charte c'est donc constituée après une large consultation du terrain, un recueil de documentation, pour élargir notre réflexion, et divers échanges sur une année.

La charte a été rédigée par M. DE BOURAYNE, Mme JOULIA et moi-même fin 2004 et a été diffusée début 2005.

Par rapport au concept de la charte, il faut comprendre au-delà d'une piste de réflexion, d'un repère commun, une possibilité collective d'expérimentation sur quatre ans avec échanges, évaluations successives, pour adapter voire faire évoluer les pratiques dans le temps.

En ce sens, la charte n'est pas qu'un aboutissement, ce n'est pas qu'un texte. C'est un prétexte donné et validé à la réflexion collective et individuelle, pour améliorer la qualité des prestations dans l'intérêt des usagers.

Le concept n'est pas figé, il a d'ailleurs donné lieu à une évaluation en 2006 et 2008, le point d'aboutissement de toute cette réflexion collective a été l'organisation d'un colloque en décembre 2008.

La sexualité ne se réduit pas à la génitalité. Une personne en situation de handicap est avant tout une personne sexuée avant d'être une personne handicapée. L'accompagnement de sa sexualité la renvoie donc à sa condition humaine.

Permettre une réelle qualité de vie à la personne en situation de handicap c'est aussi l'accompagner dans toutes les dimensions de la sexualité : affective, psychologique, socioculturelle, morale, biologique, cognitive...

Au niveau de la représentation, encore aujourd'hui, la personne en situation de handicap se réduit et se détermine selon cette déficience; sa sexualité est donc comprise comme fixée par son quotient intellectuel.

Il est encore difficile de sortir de l'angélisme ou de la bête comme le dit M. Alain GIAMI qui la définit dans sa recherche il y a déjà 20 ans : asexué pour les parents et surtout avec l'idée de pulsions et de non contrôle pour l'équipe éducative.

À mon avis, il est très important de modifier notre langage professionnel.

On entend souvent dire aux équipes éducatives, on va «traiter» la sexualité.

Qui dit «traiter», dit «éradiquer», dit «parler de problème», dit «parler de symptômes».

Or, aujourd'hui, la sexualité est un domaine qu'il faut accompagner dans le projet individuel.

Le projet individuel de la personne, validé par le projet associatif, validé également par le projet institutionnel.

Aujourd'hui des outils existent par rapport à l'évaluation de la qualité, par rapport à la démarche qualité. Cela nous permet d'évaluer les besoins, demandes et attentes des personnes qui permettent de constituer la trame du projet individuel de la personne et de répondre au plus près de son projet de vie.

On intègre dans ce support des items de la vie affective et sexuelle de la personne accueillie afin de systématiser ce questionnement et permettre de l'aborder en axe de travail prioritaire. Cet axe sera abordé avec la personne accueillie, sa famille ou son tuteur légal et fera partie intégrante de son projet individuel personnalisé.

En voici quelques un :

« La conscience d'être un homme ou une femme, marque son identité sexuée, peut exprimer sa préférence sexuelle, exprime par l'attitude un désir affectif, peut accepter un soutien dans sa vie affective, prend un contraceptif, pose des questions... »

Il y a 26 items qui nous permettent de mettre en œuvre un accompagnement par rapport à cette thématique.

Tous les établissements ne sont pas arrivés à la même réflexion, d'abord parce qu'ils accueillent des publics très hétérogènes.

Pour les Instituts Médicaux Educatifs souvent la dimension de la sexualité est réduite à la génitalité et donc non interrogée, certainement car nous sommes encore bien imprégnés par une société judéo chrétienne qui réduit la sexualité à la procréation.

La gestion de l'adolescence avec la naissance des fantasmes, des désirs, des relations amoureuses de la transformation du corps et de la révolution pubertaire entraîne de multiples questions ou exhibitions qui peuvent être comprises comme des passages à l'acte ou de la perversité. On veut alors que cela cesse, que cela s'arrête !!! Comme dit une éducatrice il faut que cela disparaisse !! On ne peut plus travailler avec lui !!!

L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux enfants et aux jeunes adultes les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la -et de leur- sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation qui se fonde sur les valeurs

humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre les aider à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle et sociale.

Permettre une réelle qualité de vie aux enfants ou jeunes adultes accueillis dans les institutions passe obligatoirement par une prise en compte globale de leur processus d'apprentissages et de l'accompagnement de toutes les dimensions de la sexualité humaine :

- **Affective** : expression des sentiments et des émotions...

- **Psychologique** ; ancrage de l'identité sexuée de la personne, estime de soi, image corporelle, partage, intimité...

- **Socio-culturelle** ; règle, normes, comportement, représentation...

- **Morale**, spirituelle, croyance, valeurs...

- **Biologique** ; contraception, reproduction

- **Cognitive** ; information anatomie, physiologie, sexualité, génitalité...

Les notions d'apprentissage passent obligatoirement par des notions autour du savoir être, des codes sociaux et surtout de la reconnaissance des émotions qui nous habitent.

Je cite souvent un exemple qui m'a profondément marqué :

L'exemple de l'enfant atteint de trisomie 21 qui s'élançait vers un étranger et qui l'enlace et lui dit « je t'aime ».

C'est vrai que ce sont des enfants affectueux mais ne faut-il pas comme pour tout enfant « dit normal » lui inculquer que cela ne se fait pas, que l'on aime ses parents, ses amis, sa famille mais pas l'étranger qui passe dans la rue. Lui expliquer qu'en ayant cette attitude, il peut se mettre en danger.

La loi du 4 juillet 2001 prévoit « qu'une information et une éducation à la sexualité et à la contraception doivent être dispensées dans les structures accueillantes des personnes en situation de handicap ».

Les lois de janvier 2002 et 2005 témoignent de la reconnaissance de cette notion fondamentale :

Donner à la personne en situation de handicap mental son identité de sujet à part entière suppose notamment la reconnaissance de son identité sexuée, préalable à la considération de son droit à la sexualité qui est un droit inaliénable.

Ces mêmes lois soulignent le rôle d'information et d'éducation qu'ont à apporter et soutenir les établissements d'hébergement d'adultes en situation de handicap.

Poser la problématique des enjeux éthiques en promotion de la santé des personnes handicapées mentales dans le domaine de la sexualité, implique une approche intégrative, comme le rapporte **M. Tremblay** dans ses différents ouvrages et le définit l'OMS :

« La sexualité fait partie intégrante de la personnalité de tout être humain : homme, femme, enfant. C'est à la fois un besoin essentiel et un aspect de la vie.

Bien que les étapes de leur développement psycho-sexuel se franchissent avec un certain décalage dans le temps et s'expriment de manière très diversifiée selon le handicap vécu, les découvertes sexuelles sont les mêmes chez les personnes dites « normales » que chez les personnes déficientes mentales.

La question qui se pose à nous maintenant est de se doter d'outils d'écoute et d'accompagnement, compte tenu du handicap mental (défaillances des processus cognitifs, des mécanismes de compréhension...).

Après de longues années de réflexion, de formation, j'ai pu initier, dans l'établissement ou j'exerce mes fonctions, le projet suivant.

Celui-ci a pour but l'élaboration d'un « espace » institutionnel, fonctionnant comme cadre protecteur et promoteur de la vie affective et sexuelle, basé sur le développement de la « *qualité de vie sexuelle et affective* ».

Il s'agit d'un « espace » pluridimensionnel, une « aire » à la fois éducative et pédagogique.

L'objectif consiste ainsi à promouvoir la personne handicapée mentale par l'amélioration de la qualité de vie sexuelle et affective en institution, et à associer l'image de cette sphère affectivo-sexuelle non plus, à une contrainte et à un risque, mais, désormais à un élément indispensable constitutif de son épanouissement.

Il s'agit pour cela de privilégier la mise en place d'un lieu qui exploite la communication dans sa fonction utilitaire, et favorise l'émergence de l'individu comme sujet de son discours.

Temps de prévention qui devient lieu d'expression du sujet dans sa singularité, mais aussi temps de reconnaissance et de valorisation par les autres, ses pairs et nous-mêmes les professionnels.

Il nous semble important de privilégier trois axes dans l'élaboration de cet espace :

- **La parole verbale ou non verbale** : travail d'information autour de l'anatomie, physiologie... la compréhension de la vie affective et sexuelle en entretien individuel selon le projet individuel du résident et valider par l'équipe pluridisciplinaire lors de la préparation de projet de celui-ci.

- **L'éducation** : travail autour des émotions, du savoir être, de la connaissance des maladies sexuellement transmissibles, de la contraception... qui pourra être mené en groupe avec un éducateur et moi même.

- **Les échanges** entres résidents : Il s'agit de petits groupes de paroles fonctionnant dans la régularité et la continuité : « **Paroles d'hommes et Paroles de femmes** ». Ces espaces de paroles sont nécessairement médiatisés par deux

professionnelles : une psychologue clinicienne (Isabelle Corteggiani) et une infirmière spécialiste clinique sexologue (Madeleine Barbry).

La finalité de ce projet étant de permettre :

- **De transmettre une information** sur les différentes étapes de la vie ainsi que sur les modifications corporelles que cela peut entraîner.

- **De faire émerger les méconnaissances** ou croyances erronées à propos du corps et des non dits sur la vie affective et sexuelle, de vérifier les savoirs autour de la représentation du schéma corporel.

- **De confronter à une réalité** les informations transmises par les médias.

- **D'intégrer** notre prise en charge dans une vision holistique et humaniste de la personne en santé.

Ce projet d'accompagnement de la vie affective et sexuelle des résidents doit être mené au long cours, dans un cadre précis : lieu et horaire qui pourront faire repères dans le temps, l'espace. Il doit permettre également la circulation de l'information de manière informelle, invitant ainsi le questionnement entre individus (ou entre le résident et les accompagnateurs).

Quelques exemples viennent ici ponctuer ma pratique et surtout restituer la parole du résident et surtout les représentations qui semblent le construire :

« Je ne suis pas une femme, ma mère ne le veut pas, elle dit que je serais toujours une fille, sa fille ».

« Je ne suis pas une femme, je suis une fille je ne fais pas le ménage ! ».

« Ah bon, ce n'est pas par ce que je suis handicapée que j'ai les règles ? ».

« Je ne suis pas un homme, je suis un garçon, je ne me marierai jamais, c'est maman qui l'a dit ».

« Je me marierai quand j'aurais le permis de conduire ».

« Ils ont dit plus tard quand je serais grand ».

« Ma mère, elle m'a toujours dit, plus tard quand tu seras plus grand, regarde je suis un beau jeune homme de 48 ans, c'est quand plus tard ! On m'a menti !! Maintenant ma mère est morte et mes neveux sont tous mariés, j'étais pourtant le seul garçon de la famille, ça c'est maman qui le disait ».

« C'est vrai que moi aussi j'ai été un bébé dans le ventre de maman, mon nombril c'est la cicatrice ».

« Je veux me marier et avoir une alliance, pourquoi ? Parce que c'est un symbole qui unit deux êtres pour toujours ».

« Non, je ne serai jamais vieux, pas moi, quel âge avez-vous ? 60 ans, je suis jeune d'ailleurs l'année prochaine j'en aurais 59 ans, maintenant je recule ».

Pendant ces années d'alternance entre mes deux formations et ma pratique institutionnelle, **j'ai également été frappée par l'évidence du manque de messages que peuvent recevoir les personnes handicapées mentales sur la construction de leur identité sexuelle.**

Au quotidien, on se rend compte combien il est difficile pour eux de se définir homme ou femme.

Par opposition ou réaction à ce regard sur eux, je constate dans ma pratique qu'une question revient sans cesse dans leur interrogation, celle du mariage qu'on leur interdit sans pour autant leur donner une réponse qui soit crédible.

« ET MOI, C'EST QUAND QUE JE ME MARIE ? »

J'ai été touchée, émue, dirais-je par cette question car elle est présente en filigrane par les questions qui les préoccupent dans leur quotidien, leur vie d'homme et de femme adulte.

Car, c'est de cela dont il s'agit, ne nous trompons pas, sur le sens de leur interpellation, au-delà des mots, mots clés de notre société, frontière entre le rationnel et l'irrationnel, frontière de notre normalité.

Oui, la question est fondamentale !

Oui, la question est incontournable !

Non, nous n'avons pas le droit de l'ignorer !

Non, nous n'avons pas le droit de l'éluider !

Cette interpellation pose pour moi la question :

- Du devenir donc de l'avenir, quel avenir pour moi ? Quelle projection puis-je faire au-delà du travail et du loisir. Quelle est ma place dans la relation à l'autre, de ma construction affective, émotionnelle, sensuelle et sexuelle ?

- La question de l'identité sexuelle, question qui me permet de me situer à travers l'autre, cet autre différent qui va me permettre de construire mon identité d'homme ou de femme.

Etre quelqu'un c'est avoir un passé, une filiation une appartenance au genre humain.

- La question du droit, droit fondamental à l'affectivité, à la rencontre de l'autre, cet autre qui, à sa manière, interroge.

Suis-je, remarquable pour toi, donc digne d'amour.

Le mariage ! N'ont-ils pas le droit eux aussi d'exister pour quelqu'un et par la même, d'être reconnu et revalorisé par lui ?

Au-delà des mots, mots confisqués, mots calqués, peut-être posent-ils tout simplement cette question fondamentale pour tout être humain, puis-je exister pour quelqu'un d'autre que ma famille, mes proches, ai-je droit à cette normalité ?

Si c'est dans la famille que l'enfant s'identifie, c'est bien par la séparation du milieu familial et la rencontre avec d'autres que chaque personne peut acquérir son autonomie.

Le rôle des institutions est d'encourager ce passage tout en renforçant la filiation à la famille d'origine et surtout le sentiment d'appartenance qui rejoint celui du vieillissement et de la mort : tabou de notre société mais aussi de nos institutions.

Dans l'acte de filiation, il y a une nécessité à reconnaître que son enfant est un autre.

Il est important de réintégrer dans l'accompagnement, les notions de risque et de finitude étroitement liées à la vie « La vie est une maladie sexuellement transmissible et constamment mortelle » dit Willy Rozembaun, chercheur à l'université de Marie Curie et spécialiste des maladies infectieuses.

« La famille est le lien où l'on naît. Elle est aussi le lieu d'où l'on part. Partir, non pour partir, mais pour tisser d'autres liens, car le lien familial est aussi et d'emblée un lien social » Donval Albert.

Le témoignage de Jeanine Chanteur, professeur de philosophie morale et politique à l'université de Paris-Sorbonne et mère d'une enfant en situation de handicap nous en dit long sur cette question :

« Petit à petit, parce que d'autres l'ont tout naturellement, un autre regard devient possible pour les parents. C'est vrai, c'est toujours vrai, ils souhaiteraient tellement qu'il en fut autrement.

Mais parce que cet enfant, tel qu'il est, a été accueilli par d'autres hommes, d'autres femmes qui l'ont regardé simplement comme un être humain, en trouvant normal de le reconnaître comme ils le feraient de n'importe quel enfant, et lui ont apporté ce qui lui convient à lui, l'angoisse commence à se dénouer et les peurs diminuent d'intensité. Les parents, à leur tour, vont oser regarder leur enfant autrement. Malgré la douleur, naît un autre sentiment, très profond, très fécond ; cet enfant que nous, les parents connaissons qu'à travers l'écran de notre souffrance et de nos peurs, voilà qu'il est une valeur que nous pouvons enfin accepter, sans l'encombrer de notre imaginaire : il n'y a pas de modèle standard de l'humanité »

Dans le champ du handicap mental, de la déficience mentale souvent associée à un handicap physique, il est très difficile pour les professionnels d'y associer la notion de sexualité et de désir.

Pourtant la sexualité renvoie à la question du sujet, toute personne, quelle soit handicapée ou non reste un sujet et on doit la considérer dans sa singularité.

La question de la sexualité renvoie à l'identité, tout être humain est sexué, hommes et femmes. En maison d'accueil spécialisée, c'est vrai qu'on doit être vigilants car il s'agit de personnes en plus grandes difficultés.

On ne voit dans un premier temps peut être que le handicap, et on ne s'aperçoit pas, on ne s'aperçoit plus qu'il s'agit simplement d'un homme, ou d'une femme.

La sexualité renvoie à la question du désir. Toute personne a du désir : désir de vivre, désir de plaisir, désir de bien-être.

Pour les professionnels de Maison d'Accueil Spécialisée, la dimension sexuelle des usagers n'apparaît pas en priorité, le soin est omniprésent et il est habituel de prioriser la propreté à la sexualité.

J'ai choisi de vous soumettre quelques exemples de terrain tout simplement :

Par exemple, par rapport à la perception que l'on peut avoir d'une personne, d'un usager, qui a un comportement cognitif d'un nourrisson, en s'attrapant les doigts de pied ou en jouant avec des petits objets, et qui, lors de la toilette, présente un corps d'homme, poilu, avec un sexe d'homme et ayant des manifestations sexuelles telles qu'une érection... Ce paradoxe provoque chez les soignants des comportements d'évitement ou, en guise de protection, on place la personne « en objet de soins ».

Je pense qu'il faut souligner la difficulté des professionnels à considérer ce paradoxe entre la personne qui a un comportement de nourrisson et des manifestations d'homme, qu'il faut accepter en tant qu'homme aussi.

Pour les usagers de la MAS, on a souvent une vision infantile de la sexualité parce que les usagers nous renvoient à une personnalité très égocentrique et auto érotique. Il est vrai qu'en Maison d'Accueil Spécialisée, on parle beaucoup de masturbation parce que la sexualité n'est apparemment pas tournée vers les autres résidents.

Alors que le handicap moteur pourrait s'expliquer par des causes médicales, rationnelles, le handicap mental renverrait lui à l'énigme de l'origine, cachée dans un dedans mystérieux.

Le clivage moteur/mental renvoie ainsi à un clivage dehors/dedans. Cette distinction revient souvent dans les entretiens avec les professionnels, avec l'entourage de la personne handicapée, ou plus banalement lorsque ce sujet est abordé dans le cadre des conversations quotidiennes.

« Ainsi, le handicap moteur serait du «dehors handicapé» permettant ainsi un travail et une mise en communication, car il est possible de le dépasser en découvrant «du dedans humain» .

Au contraire, le handicap mental serait du «dedans handicapé», la folie ou la débilité, la différence absolue qu'on ne peut résoudre, l'impossibilité de communiquer ».

Qu'en est-il alors du regard que l'on porte sur la personne accompagnée ?

La vision du handicap mental nous renvoie à des représentations, à un archaïsme que nous croyions dépasser, refoulé à tout jamais et qui ressurgit brutalement «Tout se passe comme, si l'autre, à la fois familier et étranger,

avait le pouvoir de nous renvoyer une image déformée de nous-mêmes jusqu'à détruire le sentiment intime de notre identité ».

Nous nous retrouvons confrontés à l'image du double, c'est-à-dire ce qui est à la fois soi et pas soi, étranger et familier, identique et pourtant autre image inquiétante et angoissante.

Il est difficilement admissible que ces handicapés qui nous font tellement peur nous renvoient à un reflet inconnu de nous-mêmes !

Par rapport à ces représentations, il est évident qu'il nous faut être très vigilant à cet évitement des manifestations sexuelles notamment la nuit, c'est un exemple très concret mais il faut y réfléchir, pour un usager de 25 ans qui porte une protection parce qu'il est incontinent et qui, lors d'attouchements va déplacer sa couche, sa protection, et prend le risque de souiller son lit.

Au niveau de l'institution, fréquemment le personnel a tendance à se dire qu'il faut trouver une solution pour que le résident reste propre. Nos établissements étant confrontés à des impératifs de sécurité, de fonctionnalité et d'efficacité, le personnel par « souci de bien faire » prendra la plus part du temps la décision de mettre une grenouillère à ce jeune adulte.

Ainsi, sous couvert de «bonne intentions», ce jeune adulte sera plus considéré comme objet de soins que sujet porteur de désirs.

Ne faut-il pas dans ce cas précis prioriser la sexualité de ce résident et l'accompagner dans son désir et ses manifestations en prenant le risque qu'il reste souillé quelques heures dans son lit la nuit ? Un réel travail en équipe est à mener pour trouver des réponses à ces situations.

Donc, au regard de tous ces exemples, on peut dire que la sexualité, au sein des MAS, est parfois incomprise, taboue, ou pas du tout abordée. Une réflexion doit être menée au long cours notamment par de l'analyse de pratique concernant les représentations et les réponses au quotidien à amener à ces personnes. Il ne faut jamais oublier, que, en toute personne, même profondément handicapée, se trouve inscrit le désir d'aimer et d'être aimé.

Même s'il n'y a pas de recette, un langage pluridisciplinaire commun est possible en matière de sexualité. Il est nécessaire de rompre avec la loi du silence sur tout ce qui touche à la sexualité des usagers, il faut toujours s'appuyer sur les concepts de «respect» et de «responsabilité» et les formaliser dans le projet d'établissement.

Je voudrais terminer en vous lisant un extrait de l'écrivain et philosophe Alexandre JOLLIEN, atteint d'un handicap et ayant passé 16 ans en institution. Cet auteur développe l'attention de singularité, il s'agit d'un extrait du livre « Le métier d'homme » :

« Le handicapé ouvre une porte sur la condition humaine, lui qui, avec une intensité sans pareille, est contraint de soutenir le regard des autres, montre au commun des mortels les plaies qui enveniment ses rapports à autrui.

En plus de la pitié, il subit l'infantilisation. Présente-toi en titubant dans un restaurant, et pour peu que tu affiches l'air absent que donnent des mouvements brusques, le tutoiement t'accueillera.

C'est auprès de la personne qui accompagne que l'on s'enquerra du menu que tu as choisi. Par des discrètes attentions, c'est bien elle que l'on félicitera de son dévouement, supposant sans doute qu'elle travaille dans le social.

Semblables humiliations répétées et répétées, secrète la méfiance qui trop souvent enferme et rend suspect même le plus amical des tutoiements. Non, les hommes ne sont pas encore tous égaux aux yeux de la société, car certains discours persistent à installer le pauvre, le handicapé, le malade au rang des malheureux.

Il faut combattre l'idée qui automatiquement laisse entendre que chaque handicapé connaît un sort peu enviable. Voilà à quoi doivent contribuer les milliers de différents qui, dérangeant et bousculant les indifférents sont bien forcés d'assumer leur fragilité avec joie et persévérance et savent aussi jubiler devant la vie.»

Bibliographie

DENIS VAGINAY et COL *Trisomie21-Transmission et intégration-Lyon-Chronique Sociale-2000-224pages*

DEVILLE (Jacqueline) - MERCIER (Michel) *Sexualité - vie affective et déficience mentale - Bruxelles - De Boeck Université - 1997 - 235 pages.*

GIAMI (Alain) - *Les organisations institutionnelles de la sexualité- Revue de sciences humaines et sociales- 1999- (n°83).*

GIAMI (Alain) - *l'ange et la bête - Représentations de la sexualité des handicapés Mentaux par les parents et les éducateurs - Paris - rapport ministère de la santé-1982.*

GREACEN (Tim) - HEFEZ (Serge) - MARZLOFF (Aude) *Prévention du SIDA en milieu spécialisé - Ramonville - Editions Erès - 1996 - 169 pages.*

JOLLIEN (Alexandre) - *Le métier d'homme - Normandie - Edition Seuil - octobre 2002 - 90 pages.*

LE MANER-IDRISSI (Gaïd) *L'identité sexuée - Paris - Dunod -1997- 111pages.*

MONEY (John) - *Etes-vous un homme ou une femme - Paris - Editions Robert Laffont - 1976 - 196 pages.*

MUCCHIELLI (Alex) - *L'identité - PUF -1996 (Que sais-je ? n° 2288) - 123 pages.*

TREMBLAY (Réjean) - *Education sexuelle en institution - Toulouse - Editions PRIVAT - 1992 - 213 pages.*

TREMBLAY (Réjean) *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels, Tome 2 - La personne handicapée mentale - Ramonville - Editions Erès - 2001 - 160 pages.*

LA BOSQUE D'ANTONELLE

Maison de Retraite

La Bosque d'Antonelle est un établissement médicalisé qui accueille des personnes âgées, valides, semi-valides et dépendantes (unité pour les personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer) au titre de l'aide sociale ou à titre privé.

L'établissement est un ensemble de pavillons de style méridional ayant tous accès au parc boisé de six hectares ; son parc animalier est accessible à tous.

L'équipe de la Bosque d'Antonelle a la volonté commune de mettre en œuvre une prise en charge individuelle du résident dans sa globalité.

Des projets sont en cours afin de mettre en place une palette d'accueil et de pouvoir répondre aux besoins de différentes populations.



**470 Chemin d'Antonelle,
Quartier Célony, 13 090**

AIX-EN-PROVENCE

Tél : 04 42 23 91 61

Fax : 04 42 96 55 39

Vieillesse et sexualité : douleur et plaisir

Roch VALLES¹

QUELQUES TEMOIGNAGES

Le Docteur P gériatologue, se souvient de l'un de ses premiers clients : un monsieur de 89 ans qui arriva consterné dans son cabinet parce qu'il enregistrait ses premières pannes sexuelles....

Michel : « Mon épouse a 83 ans, nous nous entendons très bien, mais il n'y a plus rien entre nous sur le plan physique depuis 25 ans. D'ailleurs nous ne nous embrassons jamais, pourtant j'adore embrasser ! Depuis quelques années j'ai une maîtresse de 40 ans de moins que moi. Jusqu'à la fin du mois dernier, nous nous faisons l'amour deux fois par semaine, sauf pendant les vacances ! Elle vient maintenant de mettre un terme à notre liaison pour se marier. »

Pierre, lui, a 87 ans. Veuf à 72 ans, il s'est rapidement engagé dans une nouvelle relation amoureuse, « pas du tout platonique », avec une amie, célibataire de 68 ans. Tout fonctionnait bien dit-il, jusqu'à ce qu'il souffre d'arthrose et rentre, fin novembre en maison de retraite. Depuis son amie vient le voir une fois par semaine et leur relation n'est plus qu'amicale. Pourtant, Pierre n'a pas renoncé à l'amour physique : « Avec elle, c'est fini, mais pourquoi pas une autre ? Ici, il y en a qui m'ont fait des propositions : je les ai envoyées sur les roses. Mais un jour qui sait ? J'aime trop les femmes et l'amour, il n'y a que ça de beau ! »

Selon un sondage à grande échelle sur la sexualité réalisée récemment au Canada, une grande majorité des personnes de 65 ans ont déclaré que le sexe était important. Le quart des répondants n'avaient pas été actifs sexuellement l'année précédant le sondage, mais la majorité de ceux de 65 ans à 74 ans se considéraient comme sexuellement actifs.

Pour le Professeur Georges ABRAHAM, professeur en psychiatrie à l'université de Genève, vieillissement et sexualité sont au départ deux entités qui peuvent être vécu en soi comme étant contradictoire.

« A partir de quand considère-t-on que le vieillissement est là ?

La notion de vieillissement est entourée de malentendus et donc d'ambiguïté.

La société des personnes âgées ne peut pas échapper à cette ambiguïté. » (...)

Si on considère comme paramètre une notion qui relève de l'efficacité, la rapidité des réflexes par exemple, on peut penser que la personne âgée essaie tant bien que mal, et jusqu'à un certain point, de s'adapter. Elle parle d'une réalité : « j'ai déjà vécu, je vous garantis de ma capacité vitale ! »

En définitive, si on regarde bien, le vieillard est un fort. »

Or les croyances contemporaines concernant la sexualité et les personnes âgées sont négatives.

BUTTLER en 1991 les a mis en évidence :

- elles 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 des douleurs, des maux
- elles ne sont pas attirantes et donc pas désirables
- le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers

Ces croyances sont elles-mêmes portées par les personnes âgées.

Conversation avec Monsieur T .

Question : « *ça vous est déjà arrivé de vouloir être en couple ?* »

« *Oui mais en 10 minutes c'était fini* »

Question : « *pour quelles raisons ?* »

« *Je me suis dit : « tu pars en vrille* ».

J'ai dit « non » dans moi-même, parce que c'est plus de mon âge. Il me semble qu'il y a un âge où on envoie tout ça promener ! »

Comme le développe le Professeur Gérard RIBBES, vieillir peut être synonyme de la rencontre avec son corps et pose la question de la place d'un désir sexué.

¹ Directeur, EHPAD, La Résidence du BAOU, Marseille

La sexualité, plus que le problème du vieillissement, est déjà en soi même une entité complexe car il y a au moins quatre piliers qui la composent, nous dit le Professeur G ABRAHAM.

La sexualité définit l'identité d'un individu, trouve sa place entre les notions de reproduction et de plaisir, permet de comprendre les relations homme femme, et donne son sens à l'érotisme.

Pour lui l'érotisme implique la gestion du plaisir.

« Pourquoi le plaisir est-il si difficile à gérer ?

Parce qu'il est fugace. La chose est inquiétante parce que parfois (...) c'est mieux de se réfugier dans une douleur. On peut mieux la localiser dans le corps, elle est reproductible.

Chez le sujet âgé, la sexualité n'est plus d'ordre fonctionnelle, elle est méta fonctionnelle, c'est-à-dire libérée de la fonction, nous dit le professeur.

En devenant « propriétaire de son corps, la personne âgée est libérée des rythmes physiologiques. Elle doit cependant réapprendre à l'appivoiser.

Madame S, 95 ans :

« J'ai plus besoin d'affection. Je suis attaché à Monsieur C. Hier il est venu, on a discuté jusqu'à 21 heures, il m'a fait des gros bisous, comme des amis. Peut-être qu'il y a quelque chose qui m'attire chez lui. C'est fini les bricoles. A notre âge on ne sait plus comment faire (dit elle en rigolant !) »

Freud montre que la sexualité n'est pas seulement l'acte coïtale ou la masturbation.

Nous avons la possibilité d'érotiser beaucoup de choses, nous dit G ABRAHAM et il prend l'exemple suivant :

« Si une personne âgée accorde plus d'érotisme à promener son chien, pour elle, la vitalité va du côté de la promenade de son chien. C'est que sa libido amplifiée a envahi d'autres secteurs.

Aller promener un chien est pour elle un véritable plaisir qui est donc érotisé et substitue l'acte sexuel.

Comme le précise Gérard RIBBES, la question du bien-être sexuel est liée à une dimension individuelle ou la norme n'existe pas, il est évolutif, il a du sens et de la cohérence par rapport à soi et à son existence.

Monsieur F, 96 ans, nous raconte :

« A 17 ans, j'étais avec une fille avec qui je devais me marier. Mais finalement ça n'a pas pu se faire, mais on a continué à garder ce côté amitié/amoureux, on s'appelle toutes les semaines on se rencontrait aussi, même aujourd'hui on s'appelle deux fois par semaine. Je n'ai jamais voulu la toucher, je connais son mari, c'était un bon copain.

Vous n'avez même pas voulu avoir une aventure avec quelqu'un d'autre ?

Non, même pas.

Vous avez continué à avoir de l'attirance vers les personnes du sexe opposé ?

Oui, sans aucune défaillance sexuelle, elles sont tellement gentilles les mamies ici. Quand je suis revenu de l'hôpital, c'était un défilé « alors, comment allez-vous... ». Avec la vieillesse, il y a un manque d'affection.

La solitude c'est lourd ?

Oui exactement, exactement...

Est-ce que la libido disparaît avec l'âge ?

Non ! Non !

C'est-à-dire qu'on a encore une attirance, comment ça se traduit ?

Comment vous expliquez ? C'est un petit quelque chose qui vous prend là (en montrant le ventre). Là on en parle mais j'aurais envie d'un petit bisou.

On a encore des besoins ?

Oui, absolument.

Vous pensez que c'est possible d'être en couple ici en collectivité ?

Faut-il que les deux personnes aient leurs esprits parce qu'il faut faire attention aux malades sexuels ?

Les malades sexuels ?

Oui, les hystériques, dès qu'ils voient une fille... »

Comme nous le disions précédemment,

En devenant 'propriétaire' de son corps, la personne âgée est libérée des rythmes physiologiques. Elle doit cependant réapprendre à l'appivoiser. En s'intéressant à des parties de son corps auxquelles elle n'avait pas jugé bon de s'attarder quand elle était jeune, elle laisse place à ses inquiétudes, ce qui est souvent traduit, de manière incorrecte, par de l'hypocondrie.

« Parfois, nous dit G ABRAHAM, on voit apparaître à un âge avancé une certaine propension sexuelle qui semble être de l'ordre de la perversion. Et là, on croit qu'il faut calmer la personne âgée, lui donner des médicaments.

Non !

Car il s'agit de pseudo libido parce que l'angoisse, la dépression, peuvent déterminer, faire voir comme voie de sortie, la possibilité d'accomplir un acte sexuel.

Dans ce type de cas, il faut que le personnel des établissements soit préparé pour discuter un peu avec lui.

Pourquoi est-il tellement angoissé ? C'est peut-être la peur de la mort, la peur de vieillir ?

Là, nous croyons voir quelque chose de mauvais, en réalité, il y a quelque chose de non sexuel qu'il faut prendre en charge. C'est un appel de la part du sujet, bien sûr inconscient et indirect. »

F, a 39 ans, il est aide soignant depuis 7 ans :

La sexualité, il est certain que c'est atténué chez eux.

L'amour ne meurt jamais, c'est peut être éphémère, mais ça ne meurt jamais.

Il y avait un papi et une mamie qui se sont rencontrés, ils se retrouvaient toujours. Il n'y a pas d'âge pour les sentiments.

Comment vous réagissez par rapport à ça ?

Nous, on ne juge pas. En formation, on nous a dit qu'il ne fallait pas juger. Ce sont des personnes qui on eu une histoire, une histoire de famille, on ne sait pas ce qu'il y avait chez eux.

En général, les maisons de retraite partent du principe qu'elles doivent s'occuper de personnes arrivées à un âge qui les a affaiblies, comme si elles étaient malades de vieillesse, donc affaiblies.

Monsieur A, 85 ans, veuf depuis 5 ans, entrée en établissement, il y a 3ans :

« A l'arrivée, j'avais un peu de besoin, d'envie. J'avais 2 compagnes ici. Puis après ça m'embêtait plus qu'autre chose, puis j'ai arrêté.

J'étais surpris d'avoir envie de fréquenter des personnes du sexe opposé.

A l'arrivée, je me demandais si les femmes âgées avaient encore du désir.

Ma première compagne : on avait le même âge.

Comment ça s'est passé ?

On était au salon Alcazar. On a discuté, j'ai lancé la main, j'ai fait des attouchements.

Elle a rien dit ?

Non

Sa famille était au courant, elle était même contente qu'elle ait un copain. Puis elle est partie.

La seconde : elle était psychologiquement beaucoup touchée. A un moment, elle m'embêtait plus qu'autre chose. Elle ne sait pas lire l'heure, elle raconte des histoires abracadabrantes. Quand j'ai réalisé son niveau intellectuel, je me suis dit c'est une erreur. Elle me collait.

Maintenant je l'évite.

Comment ça s'est passé au début ?

On a parlé, puis on a fait des bisous.

Ça se passait comment ? Des bisous ...?

Des bisous et un peu plus... (Avec un sourire).

Vous faisiez ça où ?

Ça se passait dans la chambre.

Vous en avez parlé avec vos enfants ?

Je ne vais pas raconter ma vie sentimentale. La seconde, elle me collait, ma fille a du s'en apercevoir.

Les autres personnes se sont aperçu que vous étiez ensemble ?

La seconde, les gens ont peut être deviné, elle me collait tout le temps. On nous appelait Madame et Monsieur.

Vous avez dit que votre sexualité est négative ?...

Ben on le sait, le matin normalement on se lève on est en érection puis on va pisser et ça s'arrête.

On ne se réveille plus en érection. Je n'ai plus de désir sexuel. Puis ça m'embête plus qu'autre chose.

Ne pas prendre en compte la sexualité des résidents en établissement est une erreur.

Certains travaux ont montré que l'expression de la sexualité se faisait surtout à travers la volonté de se maintenir physiquement attirant.

Les établissements doivent donc faciliter l'épanouissement des résidents en évitant les sentiments de frustration.

Les équipes doivent donc trouver le juste équilibre entre assurer la sécurité des résidents individuellement et collectivement tout en les laissant libres d'aller et d'agir.

Souvent le principal obstacle est le manque d'intimité lié à l'organisation architecturale et / ou au fonctionnement des équipes (je frappe et je rentre sans attendre de réponses).

A cela peut s'ajouter le manque de formation du personnel qui ne va pas savoir comment se comporter et quelles attitudes avoir : dois je laisser faire ou dois je intervenir et si oui, comment ?

Au manque d'information du personnel se rajoute celui des familles contrariant l'expression d'une sexualité chez les résidents :

Monsieur F, aide soignant :

Et les familles comment elles réagissent ?

« Les familles sont souvent outrées par ce qui se passe. »

AUTRE OBSTACLE, L'ABSENCE DE PARTENAIRES

Madame B, 91 ans, entrée depuis 3 ans,

Vous pensez que les personnes âgées ont encore du désir ?

« Je ne sais pas. A quoi ça sert ?

Ma vie est bien.

Et puis, il n'y a pas tellement de gens qui m'attirent. On se connaît peu, on ne connaît pas l'éducation des personnes. On parle, on s'entend bien, mais ça s'arrête là. Il y a peu d'homme, puis parfois, ils ne sont pas aimables, de bonne humeur, alors je fais très attention. »

Et puis, il y a les personnes désorientées souffrant de maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées qui sont souvent désinhibées.

On peut penser que leur désir sexuel est réel et que seul leur façon de l'exprimer est liée à leur pathologie.

Ils peuvent ne pas avoir conscience de leur environnement et adopter un comportement considéré comme normal en privé mais pas en public, par exemple la masturbation.

De même un résidant peut identifier un autre résidant ou un soignant comme étant son conjoint et adopter le comportement en lien avec son imagination.

L'équipe soignante doit donc différencier les comportements sexuels dits anormaux des comportements sexuels dits normaux.

Madame S, 95 ans, entrée depuis 9 mois :

Est-ce que vous pensez que les personnes âgées hommes/femmes ont encore du désir ?

Les deux on s'arrête, on s'arrête.

Il y a des hommes qui sont restés jeunes sur tout.

Si un jour Monsieur. C. me dit « on y va... » je ne ferais, je ne dirais pas non. J'aurais accepté. Il m'attire. Dès le premier jour, il me collait, je devais lui plaire.

C'était le coup de foudre ?

Ha, je ne sais pas si ça existe encore.

Ma fille se demandait pourquoi il me suit toujours. Il a 10 ans de moins que moi. Ça fait partie de la vie, on peut aimer à tout âge. Mais pas forcément se remarier car mon mari était souvent hospitalisé, je ne veux pas que ça recommence.

Mais ne pas forcément faire des bricoles.

Mais oui, car vous savez la solitude, c'est lourd... on a besoin de quelqu'un à qui parler, mais sans s'engager.

Et votre famille, elle sait ce qui se passe avec Monsieur C. ?
Elle comprend que c'est un copain.

Il me plaît. Il m'a plu depuis le début. Il est intelligent, il a 10 ans de moins que moi. S'il me dit « on va faire... » je ne dirais pas non.

Parfois, ça déraile un peu chez lui, je le reprends.

C'est gênant pour vous qu'il déraile ?

Non ça ne m'embête pas

Il faut rêver vous ne croyez pas ?

Comme l'écrivait Delphine DUJARDIN dans *senioractu*, une chose est sûre, l'imaginaire joue chez la personne âgée un rôle primordial. Le simple fait de se tenir la main par exemple peut être vécu comme une résurrection du corps sur l'affectivité. A ce titre, la mémoire corporelle permet aux couples âgés de vivre une union harmonieuse.

« L'érotisme n'est pas fait seulement de réalité. La réalité subit une usure incroyable mais l'imaginaire, lui, est doublé par la mémoire. » nous dit G ABRAHAM

« Deux conjoint âgés qui se tiennent tout simplement par la main, c'est leur sensibilité à eux ; c'est comme si le corps disait : »tu te souviens corps, tu te souviens cellule, tu te souviens organe quand on, faisait l'amour, quand on était jeune ; c'est comme un miracle parce qu'il y a une sorte de résurrection du corps fondé sur la sensibilité » G ABRAHAM.

Parfois refoulés, les souvenirs corporels peuvent dans certains cas, être reconvertis en sensations. Tout comme les rêves.

Cette « boîte à images » dans laquelle sont canalisées toutes les sensations fortes éprouvées pendant le sommeil, peuvent donner à la personne âgée le sentiment d'exister. De plus, raconter ses rêves présente un intérêt relationnel chez la personne âgée, une manière de communiquer avec autrui.

«Quand on rêve, on est toujours jeune», rappelle M. Abraham. Que dire de plus ?

« La longévité est une force, elle n'est pas quelque chose qui mérite la résignation. »

La personne âgée face à l'avenir est en question, sans trop savoir où elle va.

On peut citer alors ce proverbe africain :

«Si tu ne sais plus où tu vas, tourne-toi en arrière pour savoir au moins d'où tu viens !»

La sexualité chez l'être humain débute à la naissance et se poursuit tout au long de son existence.



Accompagnement à la fonction de Chef de Service et Cadre Intermédiaire

Cycle pris en compte dans le cadre de la Formation Continue

Démarrage du cycle Mercredi 26 janvier 2011 - 9h à 12h

Contexte général

L'activité professionnelle quotidienne des chefs de service, sur le long terme auprès de tous les personnels, des usagers et de leurs familles, sollicite chacun des chefs de service et cadres intermédiaires dans l'ensemble de leurs investissements. Un des versants essentiels de l'encadrement, est ainsi constitué par la "qualité de la relation" que chacun pourra développer avec sa hiérarchie et surtout avec les différents acteurs engagés dans la vie des établissements

Ce personnel se doit donc de poursuivre le développement de ses compétences au niveau de la qualité relationnelle et de la prise de distance pour réussir au mieux dans ses tâches multiples.

Prendre le temps d'interroger la complexité de ce qui se joue avec l'ensemble du personnel, avec les usagers, leur entourage, avec la hiérarchie, peut permettre que perdure du sens pour tous les acteurs des établissements et in fine une amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des usagers.

Objectifs généraux

Cet objectif se décline dans les points suivants :

- Accroître les capacités des intéressés dans l'exercice de leurs fonctions
- Prendre conscience des attitudes usées habituellement avec les divers interlocuteurs du chef de service, repérer les blocages, les émotions, les ressources de chacun, et apprendre à entendre ces multiples informations,
- Interroger la "bonne distance", celle que chaque personnel éducatif et soignant tente d'établir entre lui et l'usager, celle qui permet que se développe une relation professionnelle de qualité, sans qu'opère la bascule vers l'épuisement ou le clivage,
- Apprendre à respecter les limites et les résistances des différents agents, de même que ses propres limites dans la relation,
- Interroger et conceptualiser les incidences relationnelles de la situation de cadre intermédiaire : conflit, dépendance, influence, autorité ...
- Apprendre à développer la prise de recul, notamment pour ce qui concerne les relations affectives qui se tissent entre personnels et entre personnels et résidents,
- Questionner la manière collective et individuelle de faire face à l'angoisse devant la part de tragique contenue dans la situation de placement et son évolution

Dispositif de formation

- ⇒ Ce type de formation vise à permettre que la qualité de l'encadrement et de l'animation puisse se maintenir, malgré l'usure inévitable due au travail
- ⇒ La participation de chefs de service et des cadres intermédiaires issus d'établissements très différents par la taille et le type de public accueilli constitue un des points forts du dispositif
- ⇒ Il permet à la fois de construire progressivement une identité professionnelle collectivement élaborée et de faire l'expérience concrète de reconnaître et d'accepter des différences.,
- ⇒ .Durée : Il est opportun de réaliser cette action sous forme de **séquences**, de manière à accompagner les préoccupations de chacun des professionnels et à cheminer collectivement en veillant à l'appropriation des problématiques envisagées et des mises en sens réalisées,
- ⇒ Par conséquent, nous proposons **10 demi-journées, soit 5 jours de formation au total.**

Dispositif pédagogique

- L'orientation méthodologique de cette formation s'appuie sur les **situations réelles** de travail dans lesquelles les participants sont engagés en abordant les difficultés rencontrées, ressources utilisées, de façon individuelle et de groupe...,
- Le travail alternera entre **présentations de cas et théorisations**, de manière à permettre à chacun de faire des liens avec sa pratique quotidienne,
- Les méthodes et les outils servant de références à l'intervenant sont issus de la psychologie clinique

Principes pédagogiques

- **Transparence** : circulation des informations concernant la démarche de formation instaurée,
- **Participation & adhésion** des participants à la démarche,
- **Souplesse & flexibilité** : les méthodologies et les approches proposées au cours de l'intervention doivent s'adapter aux besoins et problèmes rencontrés, dans le respect de l'esprit du contrat global et des objectifs fixés,
- **Accompagnement** : soutien et régulation en fonction des besoins rencontrés.

Déroulement

Les contenus qui seront développés devront donc s'adapter à la constitution du groupe, et aux compétences déjà intégrées et mises en actes par les participants à cette formation. Un des éléments de l'apprentissage réside dans la capacité à connaître ses limites, tout autant que les ressources des différents membres d'une équipe, afin d'optimiser ce versant du travail d'encadrement

Objectifs et contenus

Afin de dessiner un parcours, nous proposons quelques **jalons probables** qui devraient rejoindre les interrogations initiales des chefs de service et cadres intermédiaires. :

- ☞ Mettre à jour les compétences relationnelles déjà existantes et les optimiser,
- ☞ Repérer ce qui est source de difficultés pour chacun des participants,
- ☞ Repérer sa manière particulière d'écouter. S'exercer à l'observation, à l'écoute et à l'accueil de l'autre,
- ☞ Conceptualiser et comprendre les formes et les modes de communication dans la relation éducative et soignante (projections, relations transférentielles ...),
- ☞ Reconnaître les diverses représentations de l'autorité et en définir le sens et la valeur
- ☞ Développer sa capacité à prendre du recul (implication, désengagement). Établir une distance "suffisamment bonne", dans la relation avec les divers protagonistes de l'institution.

Intervenant : **M. Benjamin JACOBI**
Professeur d'Université, Psychopathologie Clinique, Psychanalyste, Psychologue Clinicien.

Public concerné : Personnels d'encadrements (éducatif, soignants, médicaux et para médicaux).
Participants : Groupe de 15 personnes (maximum)
Durée : 10 demi-journées (5 jours) Horaire : 9 h – 12 h
Lieu : CREA I 6 rue d'Arcole 13006 Marseille (métro Estrangin Préfecture – Ligne 1 -)
Coût : 1 150 € (Formation prise en compte dans le cadre de la Formation Continue)
N° FC : 93130003013

Mercredi 26 Janvier 2011 - 9 h à 12 h
(les dates suivantes seront programmées avec l'ensemble du groupe)

Renseignements-inscription - Tél : 04 96 10 06 66

Martine Abad - e.mail : emploi@creai-pacacorse.com

« Accompagnement à la fonction de Chef de Service et Cadre Intermédiaire »

Janvier 2011 - Creai 6, rue d'Arcole 13006 Marseille

BULLETIN D'INSCRIPTION A LA FORMATION
Mercredi 26 Janvier 2011 - 9h à 12 h

Accompagnement à la fonction de Chef de Service
et Cadre Intermédiaire

Animé par Benjamin JACOBI

M Mme NOM _____ Prénom _____

Fonction _____

Etablissement _____

Adresse Professionnelle _____

Tél _____ Fax _____

Email _____

Bulletin d'inscription dûment complété et règlement par chèque (à l'ordre du CREA I)
à retourner au

CREAI 6 rue d'Arcole 13006 Marseille

(Une attestation de présence vous sera délivrée en fin de formation)

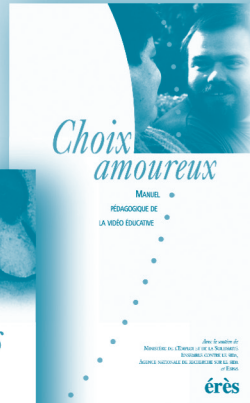
Adaptation française par **Tim Greacen et Nicole Diederich**

LA SEXUALITÉ PAS À PAS

Une vidéo d'éducation sexuelle et son livret pédagogique à destination des personnes ayant des difficultés intellectuelles

Cet outil d'éducation sexuelle aborde de nombreuses questions de la vie affective et sexuelle, depuis les aspects les plus pratiques et techniques de l'acte sexuel jusqu'aux notions plus abstraites de consentement, d'amour, de tendresse mais également d'affirmation de soi, de respect mutuel. L'utilisation des marionnettes permet une présentation sobre, sensible et pourtant parfaitement explicite qui s'adapte à différents niveaux de déficience intellectuelle. Cette vidéo accompagnée de son livret pédagogique est conçue pour s'intégrer à un projet d'établissement ou à un projet d'accompagnement individuel incluant des actions plus larges destinées à permettre aux personnes ayant des difficultés intellectuelles d'acquiescer une plus grande maturité dans le respect d'elles-mêmes et d'autrui.

Cassette vidéo 30 mn + livret pédagogique 180 pages, 75 €



Adaptation française par **Tim Greacen et Nicole Diederich**

CHOIX AMOUREUX

Une vidéo d'éducation sexuelle et son livret pédagogique à destination des personnes ayant des difficultés intellectuelles

Interprété par des comédiens ayant des difficultés intellectuelles, ce film de 25 mn à but éducatif montre comment Aline, avec le soutien de ses trois colocataires, de son éducatrice et, enfin, de sa mère malgré ses réticences, réalise ses propres choix amoureux. Cet outil éducatif adapté aux personnes ayant des difficultés intellectuelles montre qu'il est indispensable que soient créées des conditions favorables – estime de soi, confiance en soi, respect

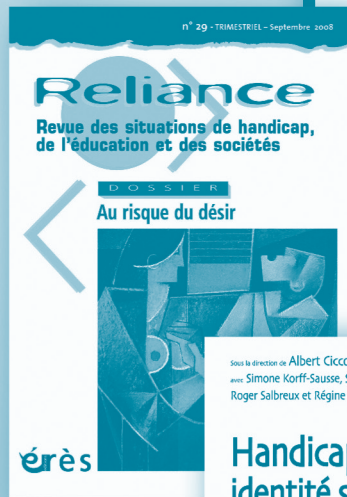
entre partenaires, soutien de l'entourage éducatif, familial et amical – pour que les relations amoureuses soient bien vécues et que la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont le sida devienne effective.

Cassette vidéo 30 mn + livret pédagogique 88 pages, 75 €

AU RISQUE DU DÉSIR

Le silence assourdissant qui entoure la sexualité des personnes en situation de handicap cède peu à peu sous l'affirmation de leurs droits et la pression de leurs revendications pour conquérir les moyens de la pratiquer. Aux Pays-Bas, en Suisse alémanique, entre autres, des réponses sont apportées, notamment sous la forme d'une assistance à l'exercice de la sexualité. Des témoignages de personnes en situation de handicap et de professionnels de l'assistance sexuelle, les réflexions de chercheurs engagés sur les questions du handicap mettront en débat les avancées permises par ces pratiques nouvelles et les interrogations éthiques qu'elles ne manquent pas de soulever.

Reliance n° 29, 144 pages, 15 €



Denis Vaginay
Découvrir les déficiences intellectuelles

Denis Vaginay

DÉCOUVRIR LES DÉFICIENCES INTELLECTUELLES

L'ouvrage offre une description poussée des déficiences intellectuelles, basée sur les réalités actuelles comme sur des données historiques et pluriculturelles, tout en apportant au lecteur un ensemble d'informations pratiques. Par cette analyse précise, qui refuse de nier, d'éviter ou de réduire la déficience, l'auteur propose d'entrer dans une réflexion anthropologique et psychologique sur ce sujet dérangent, y compris sous certains aspects peu abordés tels que la lecture ou la sexualité. Admettre que la déficience se définit comme un écart à la norme ne l'exclut pas de ce qui est humain mais, au contraire, permet de soutenir une position éthique.

192 pages, 13 €

Sous la direction de **Albert Ciccone, avec Simone Korff-Sausse, Sylvain Missonnier, Roger Salbreux et Régine Scelles**

HANDICAP, IDENTITÉ SEXUÉE ET VIE SEXUELLE

Cet ouvrage rend compte du 4e séminaire interuniversitaire sur la clinique du handicap, où se retrouvent annuellement, de plus en plus nombreux, chercheurs et professionnels désireux de confronter leurs expériences relatives au handicap. Autour de la thématique de l'identité sexuelle dans les contextes de handicap seront abordées dans ce nouveau volume les questions relatives à la construction identitaire, à la place de la sexualité, à la parentalité.

272 pages, 25 €

Sous la direction de **Simone Korff-Sausse, avec Albert Ciccone, Sylvain Missonnier, Roger Salbreux, Régine Scelles**

LA VIE PSYCHIQUE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Ce qu'elles ont à dire, ce que nous avons à entendre

Cet ouvrage est entièrement consacré à la subjectivité de la personne handicapée. Que peut dire la personne handicapée de son expérience singulière, en partant de l'hypothèse que toute personne humaine, aussi démunie soit-elle, a quelque chose à dire de sa position subjective ? Encore faut-il l'entendre... Peu de publications font place à cette dimension qui implique d'interroger les places respectives du Soi et de l'Autre. Car la question de la subjectivité engage celle de l'identification. Comment s'identifier à une personne qui paraît si différente ? Si loin de notre expérience quotidienne et de nos certitudes perceptives, de nos éprouvés corporels ? Bref de nos présupposés inquestionnés ? Qu'avons-nous en commun ? Malgré les conséquences invalidantes et l'impact de la réalité traumatique et traumatisante, les personnes atteintes d'un handicap ont quelque chose à dire et nous avons quelque chose à entendre.

240 pages, 23 €



Apprendre
Éduquer
Apprendre à signer



Sous la direction de **Albert Ciccone, Simone Korff-Sausse, Sylvain Missonnier, Régine Scelles**

CLINIQUES DU SUJET HANDICAP

Actualité des pratiques et des recherches

Pour le psychanalyste, le psychologue clinicien, la personne handicapée est avant tout un « sujet », et les questions relatives à la sexualité, à la filiation, à la temporalité, ou encore à la parentalité se posent pour elle, comme pour tout autre sujet. Malgré ses déficiences, cet « autre » reste un être pensant et induit des mouvements contre-transférentiels réellement originaux sur lesquels il est nécessaire de se pencher. Les réflexions théoriques, cliniques et épistémologiques menées dans ce livre ouvrent sur des questionnements et des propositions concernant les dispositifs

de soin qui favoriseraient le travail de la pensée permettant pour tous une subjectivation singulière et aussi groupale de l'atteinte au corps, ceci à toutes les étapes de la vie des sujets.

240 pages, 23 €

EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Editions éres - 33 avenue Marcel Dassault F-31500 Toulouse
Tél. 05 61 75 15 76 - Fax 05 61 73 52 89 - e-mail : eres@editions-eres.com