



pluriâges

Vol. 4, N° 1, AUTOMNE 2013

**TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS
VOULU SAVOIR SUR LA SEXUALITÉ...
DES AÎNÉS.**

**À 70 ans,
la sexualité,
ça existe.**

Sete &

Vieillesse

COMITÉ ÉDITORIAL

Geneviève Lamy, M. Sc.

Conseillère en transfert des connaissances,
CSSS Cavendish-Centre affilié universitaire

Véronique Billette, Ph. D.

Coordonnatrice de l'équipe de recherche VIES -
Vieillissements, exclusions sociales et solidarités, CREGÉS

Shari Brotman, Ph. D.

Professeure à l'École de service social,
Université McGill

Norma Gilbert, B. A.

Coordonnatrice de la pratique de pointe prévention,
promotion: santé et vieillissement, CSSS Cavendish-CAU

Anne-Marie Séguin, Ph. D.

Professeure-chercheure
Institut national de la recherche scientifique (INRS),
Centre Urbanisation Culture Société

Isabelle Wallach, Ph. D.

Anthropologue et professeur de sexologie
Université du Québec à Montréal

COUVERTURE

©Benjamin Mege

RÉVISION ET TRADUCTION

Dana Kobernick, Vanessa Nicolai et Marie-Chantal Plante

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Carole Élie

COLLABORATRICE

Christine Bourgier, photographe
christinebourgier.com

CORRESPONDANCE

CREGÉS

5800, boulevard Cavendish, 6^e étage
Côte St-Luc (Québec) H4W 2T5
Téléphone: 514 484-7878, poste 1463
Courriel: creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Pluriâges est une publication du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CSSS-Cavendish, centre affilié universitaire (CAU). Ses objectifs sont d'informer et de sensibiliser le public aux enjeux sociaux du vieillissement à travers, entre autres, la présentation des activités de recherche et des expertises développées par les membres du CREGÉS. Pluriâges a aussi pour but de favoriser et de valoriser les liens entre les milieux de recherche, d'enseignement, d'intervention et d'action citoyenne pour et par les personnes âgées. Les questions relatives au vieillissement y sont traitées sous l'angle de la gérontologie sociale, abordant ainsi des thèmes tels que la diversité des vieillissements, la reconnaissance sociale et citoyenne des aînés, les expériences d'exclusion sociale mais aussi de solidarité, les enjeux politiques, les orientations de l'État et les politiques publiques en réponse au vieillissement de la population et à ses besoins.

Pluriâges est publiée en français et en anglais, en versions imprimée et électronique. N'hésitez pas à nous contacter si vous désirez recevoir une copie papier dans la langue de votre choix.

Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et n'engagent en rien le conseil d'administration du CSSS ni la direction générale. La reproduction des textes est autorisée à condition d'en mentionner la source.

En ce qui a trait à la féminisation des textes, le comité de rédaction a choisi de respecter l'esprit avec lequel ils ont été rédigés. Ainsi, certains textes sont féminisés et d'autres ne le sont pas.

ÉDITORIAL

Joseph Lévy 5

RETOUR COLLOQUE

Des mythes sur la sexualité et le vieillissement à la non-prévention du VIH/sida
auprès des aînés 8
Isabelle Wallach

Accueillir les personnes âgées transsexuelles et transgenres dans le milieu de la santé
et des services sociaux: données de recherche sur quelques barrières et stratégies 13
William Billy Hébert, Line Chamberland et Mickael Chacha Enriquez

Réalités et besoins des aînés gais et lesbiennes:
des pistes d'action pour une approche adaptée 19
Julie Beauchamp

La sexualité des aînés vivant en centre d'hébergement: un besoin de reconnaissance 24
André Dupras et Hélène Dionne

Prendre soin d'un conjoint: impact sur la sexualité et l'intimité des femmes aidantes âgées 31
Jennifer Drummond et Shari Brotman

ESPACE CITOYEN

Personnes âgées et VIH/sida: il faut en parler! 35
Diane Goulet et Véronique Billette

Retour sur le colloque: perspective féministe 39
Gisèle Bourret

FAÇONS DE PARLER

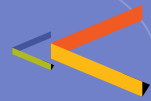
Sexualité au féminin: le regard d'une femme *vintage* 41
Annie C. Bernatchez

Le documentaire: *70 ans et... au placard?* 45
Julie Beauchamp

Communiquer sur un tabou: la sexualité des personnes de plus de 70 ans 47

RESSOURCES EN LIGNE 49

CALENDRIER FORMATIONS 51



Joseph Lévy, Ph. D.

Anthropologue et professeur de sexologie
 Université du Québec à Montréal
 levy.joseph_josy@uqam.ca

Parmi les enjeux démographiques, économiques et socioculturels contemporains, la question du vieillissement de la population et les transformations dans le champ de la sexualité (normes, conduites, identités et orientations sexuelles) interpellent les chercheurs en sciences sociales. Dans cette perspective, la tenue du colloque organisé par le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CSSS Cavendish sur le thème *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sexualité... des aînés* a permis de faire le point sur cette question complexe au Québec et de mettre en évidence certaines des problématiques rencontrées dans ce domaine.



© Benjamin Mégé

Comme le montrent les données démographiques québécoises, on assiste à une transition importante avec l'entrée des baby-boomers dans la tranche d'âge des 65 ans, tandis que le pourcentage des personnes de 65 ans et plus, selon les données de 2009, atteint 14,9% de la population, avec une représentation plus forte des femmes (56,5%) que des hommes (43,5%). Ce déséquilibre qui augmente avec l'âge intervient sur la composition des ménages, les femmes vivant de plus en plus seules au fur et à mesure de leur avancée en âge, même si chez les 65 ans et plus, la majorité, un peu plus de 60%, vit dans le cadre d'un couple marié ou en union de fait. Le mode de résidence tend aussi à se modifier, le

pourcentage des 65 ans et plus vivant dans les ménages collectifs augmentant avec l'âge pour atteindre 36,4% chez les 85 ans ou plus. Dans ce cadre démographique général, on constate par ailleurs l'émergence des minorités sexuelles lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT), dont les identités et les orientations, longtemps vécues dans la clandestinité, sont aujourd'hui de plus en plus mises en lumière à la suite des revendications juridiques et politiques visant à l'obtention des pleins droits de citoyenneté dans tous les domaines, incluant le champ sexuel.

La structure de ce numéro de *Pluriâges* met ainsi en relief une double perspective. D'une part, l'exploration des contraintes entourant la vie sexuelle chez les aînés, vivant ou non en résidence, et, d'autre part, celles rencontrées par les aînés, gais, lesbiennes et transgenres. Ces présentations de chercheurs et d'intervenants ont été complétées par des

ateliers sur les problématiques touchant le domaine de l'intervention (comme parler d'intimité chez les proches aidants, la question du VIH/sida et le positionnement des intervenants face à la sexualité). De cet ensemble thématique, on peut dégager un certain nombre de réflexions qui, sans rendre justice à la diversité des analyses et des nuances exprimées, mettent en évidence les difficultés rencontrées dans l'exercice de la sexualité et de l'intervention dans ce domaine. En premier lieu, on peut noter les contradictions existant, dans le champ de la sexualité des aînés, entre les représentations et les normes, d'une part, et les pratiques d'autre part. Ainsi, l'exercice de la sexualité dans cette population continue d'être situé dans une perspective négative, l'occultation, le déni et la stigmatisation étant encore vivaces. Les tensions dans ce domaine s'expriment dans l'opposition entre les modèles d'asexualité et d'hypersexualité, qui continuent à perdurer, même si de nouvelles >

normes et de nouvelles attitudes tendent à se mettre en place. Sous l'influence de la génération des baby-boomers, de nouvelles avenues dans la construction du vieillissement et la place de la sexualité sont esquissées, avec la valorisation du bien-vieillir et de l'exercice érotique, les études empiriques démontrant le maintien de cette activité chez une proportion importante des personnes avec un registre varié de pratiques. Les contraintes dans ce domaine peuvent se manifester dans le contexte des établissements où les personnes âgées résident et dont la vie sexuelle se voit limitée dans son expression par les règlements administratifs, les attitudes de l'entourage et la surveillance des intervenants. Ces contraintes affectent la qualité de leur vie sexuelle peuvent perturber leur goût de vivre. Chez les personnes qui assument le rôle d'aïdant, la vie sexuelle et intime est le plus souvent perturbée et la discussion de cette dimension reste limitée sinon absente, les intervenants ayant des difficultés à aborder ces questions. Ces problèmes se retrouvent dans le cas des gais, des lesbiennes et des transgenres confrontés aux enjeux complexes de l'invisibilité et de la dissimulation ou au contraire du dévoilement, aux situations de discrimination et de rejet qui interviennent sur la qualité de vie. Cette situation d'exclusion qui se manifeste sur plusieurs plans (symbolique, identitaire et institutionnel) peut empêcher l'accès

aux services sociaux et de santé. Elle exige des capacités d'adaptation et de résilience pour affronter ces violences structurelles qui affectent l'intégrité psychologique et physique des personnes concernées. Dans tous les cas de figure qui viennent d'être esquissés, une réévaluation de la formation des intervenants, souvent mal

entretenu, elles sont accusées, en particulier les femmes, d'hypersexualité et de lubricité, des conduites incompatibles avec la maîtrise sexuelle exigée à cette période de la vie. On peut opposer cette vision du monde à celle que l'on retrouve dans la civilisation chinoise, beaucoup plus ouverte à l'exercice de la sexualité dans

*Expression de la vitalité,
l'activité sexuelle contribue à la santé
et au bien-être des individus et les pratiques
les entourant font partie d'un arsenal
thérapeutique ayant des effets curatifs.*

préparés à affronter ces problématiques, s'impose pour mettre en place des stratégies plus adaptées à l'accueil de la diversité sexuelle et soucieuses d'une écoute plus attentive des besoins, des désirs et des situations personnelles. Les présentations de la journée reflètent le maintien des ambiguïtés face à la sexualité des personnes âgées qui, dans la culture occidentale, reste encore largement négative. La tension dans les rapports entre l'esprit et le corps, dont les passions doivent être dominées, se manifeste en particulier dans la représentation des personnes âgées, comme le montrent les études historiques et contemporaines. Une fois la pulsion sexuelle atténuée par l'âge, elles sont censées accéder à la sagesse, le but ultime de l'existence. Par contre, si l'activité sexuelle continue d'être

son ensemble. Le désir érotique est ainsi considéré comme présent tout au long de la vie, ne cessant qu'avec la mort. Expression de la vitalité, l'activité sexuelle contribue à la santé et au bien-être des individus et les pratiques les entourant font partie d'un arsenal thérapeutique ayant des effets curatifs. Dans cette vision du monde, la sexualité féminine et masculine obéit aux mêmes principes. Pour les hommes, l'avancée en l'âge contribue à une meilleure maîtrise et connaissance des ressorts de la vie érotique, les fameux « arts de la chambre à coucher » qui peuvent contribuer à accroître le plaisir de leur partenaire. L'ensemble de ces perspectives peut sans doute nous amener à réfléchir sur des avenues d'intervention plus innovatrices dans le champ de la sexualité des personnes âgées.

Bonne lecture !

Colloque organisé par

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish
Health and Social Services Centre
Affilié universitaire



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Équipe VIES
Vieillissements, exclusions sociales
et solidarités

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sexualité... des aînés

DIALOGUE INTERVENTIONS INTIMITÉ
SENSIBILISATION TABOUS RÉFLEXION

vendredi 26 avril 2013
de 9 h 00 à 16 h 30

HYATT REGENCY, MONTRÉAL

Animé par
Jocelyne Robert
sexologue



Des mythes sur la sexualité et le vieillissement à la non-prévention du VIH/sida auprès des aînés

Isabelle Wallach, Ph. D.

Anthropologue et professeure de sexologie
Université du Québec à Montréal
wallach.isabelle@uqam.ca

Alors que la sexualité représente un des thèmes médiatiques les plus vendeurs, l'associer à la population âgée semble instantanément lui ôter son caractère glamour. Encore aujourd'hui, la sexualité des aînés demeure un sujet tabou qui suscite malaise, dégoût, déni ou moquerie. Pourtant, un nouvel intérêt semble se dessiner pour le sujet dans les médias et l'on voit proliférer ça et là les recettes pour favoriser le maintien d'une activité sexuelle au long cours. Allant du mythe de l'asexualité à celui de l'importance de prolonger la vie sexuelle, les discours sur la sexualité des aînés semblent se contredire et méritent d'être examinés en profondeur. En outre, on peut se questionner sur leurs répercussions sur la santé sexuelle des aînés. Cet article se propose donc d'identifier et de déconstruire les mythes entourant la sexualité des personnes âgées pour finir par examiner leurs effets sur une dimension importante de la santé sexuelle des aînés, à savoir les risques d'infection par le VIH.

LE MYTHE DE L'ASEXUALITÉ DES AÎNÉS (ET AUTRES MYTHES ASSOCIÉS)

Les études récentes réalisées aux États-Unis¹ et en Europe² montrent qu'entre la moitié et les trois

quarts des personnes âgées de 60 à 69 ans et environ un quart des personnes de 70 ans et plus sont toujours actives sexuellement. Pourtant, le mythe de l'asexualité des aînés perdure au sein de notre société³, plusieurs préjugés et représentations erronées

venant l'étayer. L'asexualité pré-supposée des personnes âgées est tout d'abord attribuée aux changements physiques liés au vieillissement tels que les troubles érectiles, la ménopause (longtemps considérée comme marquant la fin de la vie sexuelle) >

ou la dégradation de la santé qui empêcherait ou rendrait dangereuse toute activité sexuelle. Plus souvent, l'asexualité présupposée des aînés sera imputée à un

Enfin, un dernier mythe découlant de celui sur l'asexualité des aînés a trait à la normativité de leurs pratiques. Ainsi, dans le cas où leur sexualité est reconnue, elle sera

importe d'avoir en tête que les sociétés occidentales nourrissent une vision très négative de la vieillesse et tendent à percevoir les personnes âgées comme des êtres diminués. Selon la perspective âgiste prédominante, les aînés sont considérés comme des êtres fragiles, malades, passifs, laids, non désirables, alors que la sexualité se voit, au contraire, associée aux notions de jeunesse, santé, performance, passion, beauté et attractivité. De plus, la valorisation de l'autonomie et du pouvoir économique au sein de notre société contribue également à la construction d'une vision de la vieillesse comme nécessairement synonyme de dépendance et d'incompétence. La sexualité faisant partie des prérogatives des adultes pleinement autonomes, les personnes âgées, comme les enfants, voient leur droit à la sexualité dénié⁶.

Toute personne âgée apparaissant comme sexuée ou manifestant un intérêt pour la sexualité est perçue comme anormale et donc hypersexuée.

manque d'intérêt sexuel, que ce soit en raison d'une perte de désir supposée inévitable avec l'avancement en âge, d'un manque d'attractivité reliée aux signes physiques du vieillissement ou de l'investissement dans la grand-parentalité jugée comme incompatible avec une vie sexuelle.

Un deuxième mythe relatif à la sexualité des aînés est celui de l'hypersexualité de certaines personnes âgées. Dans la mesure où la vieillesse tend à être associée à une absence de vie sexuelle, il n'est pas surprenant que toute personne âgée apparaissant comme sexuée ou manifestant un intérêt pour la sexualité soit perçue comme anormale et donc hypersexuée.

Walz⁴ pointe ainsi l'existence de la figure de l'homme âgé « pervers » agissant comme un prédateur sexuel envers les jeunes femmes ou de la femme âgée qui s'habille ou se maquille de façon inappropriée et trop provocante « pour son âge ».

nécessairement perçue comme limitée ou standardisée. Selon ce mythe, les personnes âgées auraient nécessairement des pratiques coïtales, hétérosexuelles, monogames et fondées sur un engagement affectif profond. Nourri par une perception tronquée et réductrice des personnes âgées qui constitueraient un groupe social homogène dépouillé de toute diversité⁵, ce mythe dénie l'existence, au sein de ce groupe d'âge, de relations entre personnes de même sexe ou de pratiques sexuelles en dehors du cadre conjugal.

À L'ORIGINE DU MYTHE SUR L'ASEXUALITÉ DES AÎNÉS

Comment expliquer que le mythe de l'asexualité des aînés soit encore si prégnant dans notre société, à tout le moins concernant les plus âgés ? L'origine de ce mythe réside à la fois dans les représentations sociales de la vieillesse et dans celles de la sexualité. Pour comprendre ces mythes, il

Un autre point important sous-jacent à la perception des aînés comme asexués a trait à l'association entre attractivité et sexualité. Selon Gott⁷, il existe une tendance à considérer que la sexualité constitue une qualité intrinsèque qui est visible extérieurement, à travers l'apparence. Ainsi, le fait d'être une personne attrayante sexuellement, selon les critères de beauté et de désirabilité prédominants au sein de notre société, constituerait davantage un marqueur de sexualité que les comportements sexuels en eux-mêmes. De ce fait, les personnes ne possédant pas un corps conforme ➤



© istock

aux normes de beauté idéales ne seraient pas considérées comme sexuées. Étant donné l'âgisme et la dévalorisation des corps âgés qui prévalent au sein de notre société, ce présupposé implicite ne peut que contribuer à la construction du mythe sur l'asexualité des personnes âgées. Il importe en outre de souligner que les femmes âgées risquent d'être plus touchées par ce présupposé que les hommes en raison du double standard existant relativement à l'exigence de perfection corporelle et de maintien continu d'une apparence jeune et séduisante⁸.

Pour finir, le mythe de l'asexualité des personnes âgées trouve sa source dans deux présupposés relatifs à la sexualité⁹. Le premier concerne le caractère naturel de la sexualité qui aurait pour objectif

premier la procréation. Insufflée par la morale chrétienne et renforcée par les travaux des premiers sexologues, cette conception de la sexualité a participé à la construction d'une vision de la sexualité à visée non reproductive comme moralement condamnable puis comme anormale voire pathologique. Bien que notre société contemporaine dissocie de plus en plus la sexualité de la reproduction, les activités sexuelles ayant un but reproductif paraissent toujours plus légitimes que celles fondées uniquement sur la recherche de plaisir.

Le second présupposé qui sous-tend le mythe de l'asexualité des aînés réside dans l'assimilation de la sexualité aux relations coïtales. La primauté accordée à cette pratique sexuelle, considérée comme

la norme de référence, laisse supposer que toutes les activités sexuelles sans pénétration seraient des succédanés. L'activité sexuelle des personnes âgées s'appuyant souvent sur des pratiques non pénétratives, que ce soit en raison de problèmes de santé, de troubles érectiles ou de sécheresse vaginale, elle se voit donc privée du statut de vraie sexualité.

LE MYTHE DES JEUNES VIEUX SEXY

Parallèlement au mythe de l'asexualité des aînés, il importe de relever un second mythe en émergence mais étant appelé à prendre de plus en plus d'ampleur, à savoir celui des jeunes vieux sexy. Se posant en rupture avec les préjugés âgistes sur l'absence de vie sexuelle des aînés, ce nouveau ➤

mythe promeut au contraire les bienfaits du maintien d'une activité sexuelle jusqu'à un âge avancé. Comme le souligne Gott¹⁰, la place accordée à la sexualité des aînés, considérée désormais comme nécessaire au vieillissement réussi, contribue à la construction d'un nouvel ensemble de stéréotypes sur la sexualité des aînés qui pourraient se révéler tout aussi réducteurs et problématiques que les précédents. Le premier mythe sur lequel il importe de revenir concerne l'idée que le maintien d'une activité sexuelle serait nécessaire à un vieillissement en santé. S'inscrivant dans la continuité du mouvement récent du vieillissement réussi et actif, cette perspective fait du maintien de la santé physique le premier objectif de la sexualité des aînés, transformant celle-ci en une nécessité, voire une responsabilité, au risque de pointer du doigt ceux qui ne s'y livreraient pas.

En outre, le mythe de l'importance de l'activité sexuelle pour rester en santé peut se doubler d'un second mythe, celui de l'importance de la performance sexuelle¹¹. Influencé par le phénomène de la médicalisation et de la pharmacologisation des troubles érectiles associés au vieillissement, désormais pathologisés et conçus comme des dysfonctions sexuelles qui nécessitent un traitement, ainsi que par la survalorisation des rapports coïtaux, ce mythe entretient l'idée que la poursuite d'une activité sexuelle satisfaisante en étant âgé ne peut

se faire sans le recours à des produits sexopharmaceutiques afin de maintenir un niveau de performance sexuelle conforme aux standards sociétaux.

UN IMPACT MAJEUR DES MYTHES: LE VIH CHEZ LES AÎNÉS

La question qui se pose pour finir est celle de savoir si ces mythes peuvent avoir un impact sur la santé sexuelle des aînés, et plus spécifiquement, s'ils peuvent être mis en relation avec l'augmentation continue des nouvelles infections par le VIH observée chez les personnes âgées dans les sociétés occidentales. En 2009, 28,4% des nouveaux diagnostics de VIH au Québec concernaient des personnes de 50 ans et plus contre

contre les dysfonctions érectiles¹³. Cette possibilité nouvelle de prolonger les rapports coïtaux à l'aide de produits sexopharmaceutiques n'est pas problématique en soi, bien qu'il importe de questionner dans quelle mesure elle n'est pas en partie influencée par les nouveaux mythes de l'importance d'une vie sexuelle active chez les aînés et de la performance sexuelle.

Au-delà de cette problématique qui constitue un sujet à part entière, le problème majeur n'est pas tant l'utilisation de produits sexopharmaceutiques par les personnes âgées que l'absence de prévention du VIH qui devrait l'accompagner. Ce problème ne se limite d'ailleurs pas aux aînés ayant recours à ces médicaments

Ce mythe a entre autre effet de les dissuader d'aborder le thème de la sexualité avec leurs soignants par honte ou peur d'être jugés négativement.

seulement 16% en 2002¹². Un autre point notable relatif au VIH chez les personnes de 50 ans et plus concerne la forte proportion des hommes et des femmes hétérosexuels nouvellement infectés, qui équivaut à celle des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes dans ce groupe d'âge. Parmi les facteurs contribuant à l'ampleur du phénomène des nouvelles infections chez les aînés figure l'utilisation de médicaments

mais s'étend à l'ensemble de la population âgée. En effet, l'absence d'une campagne de santé publique de prévention du VIH destinée aux aînés, l'absence d'information et de prévention auprès de la clientèle âgée par les professionnels de la santé, de même que la méconnaissance du VIH au sein de la population âgée font partie des principaux facteurs de l'augmentation de nouvelles infections par le VIH dans ce ➤

groupe d'âge¹⁴. Une des raisons majeures de la non-utilisation du condom par les aînés, à l'origine du risque accru d'infection, réside dans la croyance partagée par les professionnels et les aînés eux-mêmes qu'ils ne sont pas à risque d'être infectés par le VIH. Or cette fausse croyance trouve sa source en grande partie dans les mythes relatifs à l'asexualité des aînés. Intériorisé par les personnes âgées, ce mythe a entre autre effet de les dissuader d'aborder le thème de la sexualité avec leurs soignants par honte ou peur d'être jugés négativement¹⁵. Quant aux professionnels, percevant la population âgée comme dénuée de sexualité ou ayant des activités sexuelles limitées au cadre conjugal ou à des relations hétérosexuelles, ils se sentent mal à l'aise de questionner leurs clients âgés sur leur vie sexuelle ou considèrent tout simplement que ceux-ci n'ont pas de pratiques à risque¹⁶. Force est de constater que les mythes entourant la sexualité des aînés ont des implications très concrètes et constituent un obstacle majeur au travail de prévention du VIH qui

devrait être accompli par les professionnels de la santé auprès de la population âgée. Il est donc urgent de changer les mentalités et de sensibiliser les intervenants à la prégnance de ces mythes pour les déconstruire et améliorer la qualité de vie sexuelle des aînés.

1. Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C.A. et L.J. Waite (2007). «A study of sexuality and health among older adults in the United States», *The New England Journal of Medicine*, 357, 762-774; Fisher, L. (2010). *Sex, Romance, and Relationships. AARP Survey of Midlife and Older Adults*. Washington, É.-U., AARP. Récupéré de http://assets.aarp.org/rgcenter/general/srr_09.pdf.
2. Bajos, N. et M. Bozon (2011). «Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans: un vieillissement genré», *Genre, sexualité & société*, 6. Récupéré de <http://gss.revues.org/index2165.html>.
3. Ribes, G. (2009). *Sexualité et vieillissement. Comprendre et anticiper les évolutions*, Québec, Presses de l'Université Laval.
4. Walz, T. (2002). «Crones, Dirty old men, sexy seniors: représentations of the sexuality of older persons», *Journal of aging and identity*, 7(2), 99-112.
5. Charpentier M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie J.-P., Grenier A. et I. Olazabal (dir.) (2010). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec.; Wallach, I. (à paraître), «Diversité et vieillissement», *Frontières*, 25(1).
6. Gott, M. (2005). *Sexuality, Sexual Health and Ageing*, Berkshire, É.-U., Open University Press.
7. *Ibid.*
8. Sontag, S. (1972). «The double standard of aging», *Saturday Review*, September 23: 29-38.
9. Gott, *ibid.*
10. *Ibid.*
11. Marshall, B. (2006). «The New Virility: Viagra, Male Aging and Sexual Function», *Sexualities*, 9(3), 345-362; Katz, S. et B. Marshall (2003). «New Sex for Old: Lifestyle, Consumerism and the Ethics of Aging Well», *Journal of Aging Studies*, 17(1), 3-16.
12. Bitera, R., Fauvel, M., Alary, M., Parent, M., Sylvain, D. et M. Hastie (2011). *Programme de surveillance de l'infection par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Mise à jour des données au 30 juin 2010*, Québec, Institut national de santé publique.
13. Minichiello, V., Hawkes, G. et M. Pitts (2011). «HIV, sexually transmitted infections and sexuality in later life», *Current Infectious Disease Reports*, 13:182-187.
14. *Ibid.*; Davis, T. et F. Zanjani (2012). «Prevention of HIV Among Older Adults: A Literature Review and Recommendations for Future Research», *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1399-1420; Coon, D.W., Lipman, P.D. et M.G. Ory (2003). «Designing effective HIV/AIDS Social and behavioral interventions for the population of those age 50 and older», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, S194-S205.
15. Minichiello *et al.*, *ibid.*
16. Gott, M., Hinchliff, S. et E. Galena (2004). «General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people», *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093-2103.



LA JOURNÉE MONDIALE CONTRE LE SIDA

1^{er} décembre

La Journée mondiale contre le sida, qui a lieu le 1^{er} décembre, est l'occasion de commémorer ceux et celles qui nous ont quitté et de sensibiliser le public au sida et à la pandémie du virus du VIH.



catie.ca/fr/journee-mondiale-contre-le-sida

Accueillir les personnes âgées transsexuelles et transgenres dans le milieu de la santé et des services sociaux : données de recherche sur quelques barrières et stratégies

William Billy Hébert, M. A.

Chargé de projet
Aide aux transsexuels et transsexuelles du Québec
hebertbilly@gmail.com

Mickael Chacha Enriquez, B. A.

Candidat à la maîtrise
Département de sociologie
& Institut de recherches et d'études féministes
Université du Québec à Montréal
m.chacha.enriquez@gmail.com

Line Chamberland, Ph. D.

Sociologue et professeure de sexologie
Chaire de recherche sur l'homophobie
Université du Québec à Montréal
chamberland.line@uqam.ca

Le vieillissement de la population transsexuelle et transgenre (aînés et aînées trans) demeure méconnu, voire incompris, dans le milieu de la santé et des services sociaux. Cet article tente de remédier à cette situation en présentant des informations générales¹ ainsi que les résultats sommaires d'une recherche-intervention sur le vieillissement chez les personnes trans, menée dans le cadre d'un partenariat entre l'Aide aux transsexuels et transsexuelles du Québec et la Chaire de recherche sur l'homophobie (UQAM). Les exemples sont tirés d'entrevues menées auprès de 12 personnes trans de 54 à 81 ans et de cinq professionnels de la santé et des services sociaux et intervenants de groupes communautaires. >

QUI SONT LES PERSONNES TRANS ?

L'identité de genre désigne la perception qu'une personne a de son sexe d'appartenance, autrement dit le fait de s'identifier comme homme ou femme. Chez les personnes trans, l'identité de genre n'est pas conforme au sexe qui leur a été assigné à la naissance à partir des données biologiques apparentes. Le terme «trans» fait référence à un large éventail d'identités qui peuvent être revendiquées par des personnes ou qui leur sont attribuées à cause de cette non-correspondance entre leur identité de genre et le sexe assigné. La transidentité peut donc être le fait de personnes qui s'identifient nommément comme transsexuelles ou transgenres, ou qui ont vécu une transition et qui s'identifient désormais comme hommes ou comme femmes, et non pas comme personnes trans et, dans certains cas, de personnes qui se perçoivent comme non conformes aux normes de genre.

Il est important de respecter les termes préférés par les personnes trans de même que les pronoms appropriés pour leur genre d'identification. C'est pourquoi nous parlons d'homme trans pour désigner une personne catégorisée comme une fille à la naissance, mais qui s'identifie au sexe masculin. De même, l'on parle de femme trans pour désigner une personne catégorisée comme un garçon à la naissance, mais qui s'identifie au

sexe féminin. Quant à l'orientation sexuelle, elle se réfère à l'attrance émotionnelle et sexuelle envers une personne de même sexe, de l'autre sexe, ou des deux sexes. Elle ne doit donc pas être confondue avec l'identité de genre. Une personne trans peut tout aussi bien être hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle.

DES PARCOURS DE TRANSITION VARIÉS

Le terme transition désigne le processus émotionnel et physique durant lequel une personne se perçoit ou est perçue comme en train de changer d'identité de genre. Le processus de transition peut ou non inclure une transition sociale, une transition médicale et une transition juridique. La transition sociale désigne les aspects interpersonnels et sociaux de la transition, ce qui peut comprendre le *coming out*, soit le moment où la personne dévoile à ses proches et à ses relations son désir de faire une transition, la demande faite à l'entourage de s'adresser à elle en utilisant un nouveau prénom et le genre grammatical («il» ou «elle») correspondant ainsi que le port de vêtements cadrant avec cette identité. La transition médicale fait référence aux interventions médicales visant une réassignation de sexe – il peut s'agir d'une hormonothérapie accompagnée ou non d'interventions chirurgicales. La transition juridique renvoie aux changements d'ordre juridique, comme le changement de prénom

et de mention de sexe sur les documents d'identité (ce qui, au Québec, relève du Directeur de l'état civil)².

Les étapes de la transition ne doivent pas être vues comme un cheminement fixe. Dans les faits, les parcours de transition sont très variés. Selon nos recherches, les ➤



aînés et aînées trans se heurtent à deux grands types de barrières. Le premier concerne les normes de soins très rigides qui régissent l'accès aux diverses étapes de la transition médicale au Québec. Ces normes sont nombreuses et les exigences le sont tout autant. Mentionnons entre autres les évaluations psychologiques

coûteuses, les longs délais d'attente, l'obligation de passer par certaines étapes, comme la chirurgie, avant d'accéder au changement légal de mention de sexe³. Soulignons-le: toutes les personnes trans qui se présentent dans le milieu de la santé et des services sociaux n'ont pas forcément passé à travers toutes les étapes sociales, médicales et juridiques de la transition. Et toutes ne souhaitent pas le faire. Ainsi, que ce soit par choix ou à cause d'obstacles, certaines personnes trans auront une apparence, une anatomie ou des documents d'identité qui ne seront pas conformes aux normes de genre.

Le deuxième type de barrières a trait à des problèmes liés au vieillissement qui peuvent compliquer l'accès à la transition médicale ou même l'empêcher dans certains cas. De nombreux professionnels de la santé connaissent mal les interactions de l'hormonothérapie avec d'autres traitements médicaux et certains problèmes de santé. Ils ont alors tendance à agir avec une prudence excessive et à interrompre l'hormonothérapie au moindre problème, voire de manière préventive, alors que ce ne serait pas nécessaire. Cela dit, si les réticences des professionnels de la santé quant à l'hormonothérapie ou aux interventions de réassignation de sexe chez un aîné ou une aînée sont souvent injustifiées ou exagérées, des contre-indications médicales réelles, liées ou non au vieillissement, peuvent empêcher certaines personnes

âgées de recourir à un traitement hormonal ou chirurgical. On note l'exemple de Linda, atteinte de deux cancers et souffrant d'autres problèmes de santé (anémie, diabète) qui l'empêchent de subir des interventions tant pour traiter ses cancers que pour achever sa transition.

*Un cancer, c'est un cancer.
Moi, je suis vouée
à certaines opérations liées
à ce phénomène-là de santé.
Mais je ne peux pas avoir
les résultats [d'une opération
de réassignation de sexe]
avant. Ça m'angoisse.
Ça m'attriste énormément,
parce qu'à ce jour, moi,
j'aurais dû être «réalisée».*
(Linda, 57ans)

Outre sa profonde déception, Linda doit naviguer dans le système de santé munie de documents d'identité indiquant un prénom et un sexe masculins, ce qui l'a amenée à vivre plusieurs expériences difficiles.

Les personnes âgées trans ont parcouru des chemins variés. Certaines personnes ont fait leur transition tôt et assument les divers aspects d'une vie dans leur genre d'identification depuis de nombreuses années. Cela peut impliquer qu'elles auront accumulé des expériences négatives et des difficultés liées à leur santé, soit parce que le climat social était plus répressif pendant leur jeunesse ou parce >



©Shutterstock

que les doses d'hormones alors prescrites étaient nettement supérieures à celles recommandées de nos jours. Par ailleurs, divers facteurs ont pu mener une personne à commencer sa transition tardivement, par exemple le désir d'attendre le départ des enfants de la maison familiale ou la prise de la retraite, le décès des parents ou d'un conjoint de longue date. Un tel changement étant rarement accepté facilement par leur entourage, ces aînés trans peuvent connaître un grand isolement, en plus d'être confrontés à des problèmes de santé qui peuvent mettre en péril leur admissibilité à certaines étapes de la transition.

LES BARRIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX

Les aînés et aînées trans peuvent se heurter à trois types de barrières lorsqu'ils tentent de recevoir des soins et services appropriés.

1

Certaines vulnérabilités peuvent compliquer l'accès aux soins et aux services ou augmenter la probabilité d'y vivre des expériences négatives. Un premier facteur est l'impossibilité pour une personne aînée trans d'être reconnue dans son genre d'identification, parce qu'elle n'a pas pu changer ses documents d'identité par exemple. Aussi, certaines personnes «se fondent» plus aisément avec le reste de la population, notamment

2

celles ayant débuté tôt leur transition, alors que d'autres sont plus repérables en tant que personnes trans ou sont perçues comme des personnes non conformes aux normes de genre. Parce qu'elles n'ont pas le choix de dévoiler leur transidentité, ces personnes courent plus le risque de ne pas être bien accueillies dans les services, mais aussi de subir des discriminations et des violences dans d'autres sphères de leur vie, ce qui, en retour, peut avoir un impact sur leur santé et leur bien-être. Le deuxième facteur de vulnérabilité est l'accumulation d'expériences négatives, vécues en particulier dans le système de soins de santé et de services sociaux. Plusieurs personnes âgées ont dit éprouver beaucoup de honte et de peur lorsqu'ils doivent faire appel à ces services. Certains craignent de revivre des expériences négatives, ce qui peut les amener à négliger leurs besoins même s'ils savent avoir des problèmes de santé.

Des difficultés peuvent également surgir lorsque des professionnels du milieu de la santé et des services sociaux sont mal à l'aise avec la transidentité, entretiennent des préjugés ou ont de l'aversion pour les personnes trans et pour leur apparence physique. Ces attitudes peuvent se manifester de diverses manières, allant de la simple gêne devant l'anatomie d'une personne trans jusqu'à l'omission de proposer certains soins liés aux organes

génitaux. Par ailleurs, certains examens plus courants avec l'avancée en âge (examen de la prostate, mammographie, etc.) peuvent devenir des sources de crainte, d'humiliation et même de honte pour de nombreux aînés trans mal à l'aise de dévoiler leur anatomie. La curiosité et les préjugés de la part de certains professionnels peuvent porter atteinte à la dignité des personnes en posant par exemple des questions sur sa sexualité ou sur son anatomie alors que ces renseignements ne sont pas requis pour les soins ou les services à dispenser ou en dévoilant à des collègues l'identité d'une personne trans sans son consentement. C'est arrivé à Monique, son médecin ayant invité des collègues à assister à une intervention sans la consulter au préalable. ➤

Un moment donné, j'étais allée à l'hôpital pour une dilatation des voies urinaires [un traitement qu'elle doit subir régulièrement depuis son opération de réassignation de sexe] et, tout de suite... le fait que j'étais une personne trans...

Bien là, il y avait tellement de personnel à l'entour de moi... ça, ça me mettait mal à l'aise. Les gens sont curieux même s'ils sont dans le domaine.
(Monique, 67ans)

Enfin, il faut bien sûr mentionner les paroles et les gestes homophobes ou transphobes de certains professionnels, qui peuvent aller du refus d'offrir des services à la maltraitance et à la violence.

3

Une dernière catégorie de barrières relève de la structure institutionnelle du milieu de la santé et des services sociaux. Tout d'abord, l'occultation institutionnelle efface les personnes trans ou les réduit à des anomalies, contribuant ainsi au manque d'information sur leurs réalités et leurs besoins⁴.

Deuxièmement, les personnes trans de tous âges se heurtent à une invisibilité institutionnelle qui tient à la rigidité avec laquelle les sexes sont différenciés et ségrégués dans le milieu de la santé et des services sociaux, ne faisant aucune place aux personnes pour qui certains aspects de l'identité de genre ne convergent pas. Enfin, la psychiatrisation de la transidentité réitère le point de vue selon lequel celle-ci relève de la maladie mentale, ce qui peut amener des professionnels à percevoir erronément les problèmes des personnes trans comme étant d'ordre psychiatrique, surtout si elles se présentent dans une urgence en état de crise.

QUELQUES STRATÉGIES POUR MIEUX ACCUEILLIR LES PERSONNES TRANS


Vu le rôle crucial de l'obtention de soins adéquats dans le respect de la dignité des personnes, voici quelques stratégies s'adressant pour la plupart aux professionnels de la santé et des services sociaux susceptibles d'interagir directement avec des personnes âgées trans.

UNE APPROCHE ACCUEILLANTE, UN MILIEU OUVERT

Il est important que les personnes trans se sentent à l'aise de dévoiler leur transidentité. Des gestes simples, comme le fait de laisser à la vue des affiches ou des dépliants traitant positivement des personnes trans peuvent faire une grande différence et les inciter à s'ouvrir et à parler librement de leurs expériences. Il importe aussi de respecter leur identité. En cas de doute, il vaut mieux poser respectueusement la question que de faire des suppositions. On peut tout simplement demander à la personne si elle préfère le masculin ou le féminin, puis s'efforcer de respecter cette préférence. Dans vos paroles comme dans vos actes, montrez-lui que vous reconnaissez son identité et que vous la voyez comme il ou elle souhaite être vue. Vous pouvez aussi inscrire son prénom et le pronom désiré dans leur dossier et demander

à vos collègues et au personnel d'accueil de les utiliser (en particulier dans les salles d'attente). Pour les dossiers médicaux où le nom légal de la personne est requis, il peut suffire d'ajouter un autocollant où figure le nom de préférence. Enfin, vous pouvez donner l'exemple à vos collègues en respectant l'identité des personnes trans.

ADAPTER LES SOINS ET LES SERVICES

Une discussion respectueuse est un premier pas vers des soins et des services mieux adaptés. Si vous vous interrogez sur l'anatomie d'une personne trans pour des raisons médicales, demandez-lui si elle est à l'aise de parler de son corps et de son parcours de transition. Avant de lui poser des questions délicates, expliquez-lui ce que vous avez besoin de savoir et pour quelle raison. Il faut également faire preuve de délicatesse lorsque vous proposez un examen lié aux organes génitaux et montrer de la compréhension si une personne âgée trans n'accepte pas d'emblée de le passer. Pour les personnes requérant certains soins, comme les soins d'hygiène, soyez conscients que l'anatomie pourrait ne pas être conforme à l'identité et que ces situations peuvent être encore plus gênantes pour elles. Il faut aussi traiter la transidentité comme une information confidentielle pour éviter de les embarrasser ou de les exposer à un dévoilement non 

consenti, à de la discrimination ou à des mauvais traitements. Si vous êtes dans l'obligation de dévoiler sa transidentité pour des raisons professionnelles, prévenez la personne et expliquez-lui les raisons. Finalement, sachez qu'une relation positive établie avec un intervenant de la santé et des services sociaux peut souvent atténuer les difficultés et les discriminations vécues avec d'autres intervenants ou dans d'autres sphères de la vie d'une personne.

En terminant, nous vous invitons à consulter le site Internet de l'organisme Aide aux transsexuels et transsexuelles du Québec atq1980.org ainsi que ceux d'autres organismes œuvrant en santé trans. On y retrouve des renseignements et des outils pouvant vous guider en vue de mieux accueillir les personnes trans de tous âges et de leur offrir des soins adéquats⁵.



1. Ces renseignements proviennent entre autres du guide d'intervention *Intervenir auprès des aîné.e.s trans: s'outiller pour rendre les milieux de la santé et des services sociaux plus inclusifs*. Hébert, B., Enriquez, M. C. et L. Chamberland (2013). Aide aux transsexuels et transsexuelles du Québec.
2. Pour en savoir davantage, consultez le site www.atq1980.org/aîne-es-trans/definitions.
3. Pour en savoir davantage, consultez le site www.atq1980.org/aîne-es-trans/faire-sa-transition.
4. Bauer, G. B., Hammond, R., Travers, R., Kay, M., Hohenadel, K. M. et M. Boyce (2009). « "I Don't Think this is Theoretical; This is our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5): 348-361.
5. Pour en savoir davantage, consultez le site www.atq1980.org/aîne-es-trans/outils-et-liens.

Réalités et besoins des aînés gais et lesbiennes : des pistes d'action pour une approche adaptée

Julie Beauchamp, M. A.

Candidate au doctorat en sexologie
Université du Québec à Montréal
beauchamp.julie.8@courrier.uqam.ca

Ce texte présente d'abord quelques-uns des principaux enjeux sociaux touchant les aînés gais et lesbiennes dans leurs rapports avec les services sociaux et de santé. Nous verrons ensuite comment ces enjeux peuvent être croisés avec les différentes dimensions du cadre conceptuel de l'exclusion sociale élaboré par l'équipe de recherche FROSC Vieillissements, Exclusions sociales et solidarités (VIES).

Au préalable, il importe de souligner deux constats. Tout d'abord, la population aînée a augmenté considérablement et cette croissance prendra une ampleur imposante au cours des prochaines décennies¹. Ensuite, la population aînée n'est pas homogène, y compris parmi les gais et les lesbiennes : il existe une diversité dans les caractéristiques sociales et dans les parcours de vie des individus au cours de leur vieillissement².

BREF RETOUR SUR LE PASSÉ DES AÎNÉS GAIS ET LESBIENNES

La population aînée des gais et lesbiennes a connu historiquement des expériences de discrimination et de stigmatisation reliées aux discours juridiques, médicaux et sociaux qui prévalaient antérieurement.

En effet, il est essentiel de rappeler que c'est en 1969 que l'homosexualité a été décriminalisée

au Canada lors de l'adoption du projet de loi C-150 (Loi de 1968-69 modifiant le droit pénal). En 1973, elle a été retirée du DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual) par l'Association américaine de psychiatrie (APA), cessant alors d'être considérée comme un désordre mental³. D'autre part, l'hétérosexisme, que l'on peut définir comme la « croyance en la normativité ou la supériorité de l'hétérosexualité appliquée à tous les individus »⁴, constituait le discours

dominant dans la société. Ce discours s'est répercuté dans toutes les sphères de vie des individus, ce qui a conduit plusieurs gais et lesbiennes à vivre entre autres de l'exclusion, même au sein de leur famille d'origine.

Malgré les changements institutionnels et sociaux majeurs survenus dans la société au cours des dernières années, la cohorte des gais et lesbiennes aînés demeure largement silencieuse et invisible⁵. L'invisibilité sociale ➤

des membres de cette génération, les réticences à divulguer leur orientation sexuelle auprès des fournisseurs de services ainsi que les impacts de la discrimination et de la stigmatisation sont des enjeux auxquels les aînés gais et lesbiennes sont encore confrontés aujourd'hui.

QUELQUES ENJEUX SOCIAUX

Les expériences vécues de discrimination et de stigmatisation ont fortement contribué à l'invisibilité de cette population. Afin d'être en mesure de pallier ces difficultés rencontrées au cours de leur vie, telles que l'intolérance et le rejet par les proches, les aînés gais et lesbiennes ont développé une diversité de stratégies de survie comme dissimuler leur orientation sexuelle ou l'identité de leur partenaire ou encore éviter les communautés gaies et lesbiennes⁶. Or, chez nombre d'entre

craintes peuvent être associées à la peur de recevoir des traitements différents ou d'être mal accueillis par les professionnels ou les bénévoles dans les services, ainsi qu'à la peur de la non-reconnaissance et du rejet par les autres aînés dans les résidences pour personnes âgées, les centres hospitaliers de soins de longue durée ou au sein d'organismes pour aînés⁸.

Plusieurs stratégies identitaires sont mises en place par les aînés gais et lesbiennes afin de négocier la divulgation de leur orientation sexuelle selon le contexte où ils se retrouvent, par exemple en privé ou en public, ainsi qu'en fonction des coûts et bénéfices attendus⁹. Ainsi, certains couples de gais et de lesbiennes vont s'identifier comme des amis afin de protéger leur vie privée et éviter des réactions négatives^{6,10}. Pour d'autres gais ou lesbiennes âgés, l'identité sexuelle est perçue comme n'étant pas centrale et relève du domaine

soins et des services⁶. L'invisibilité de la population aînée gaie et lesbienne s'avère donc un enjeu capital, car elle peut compromettre l'adéquation des services aux besoins et aux réalités des gais et des lesbiennes aînés.

Cette génération d'aînés a également développé des stratégies d'adaptation en réponse à des événements homophobes. Ainsi, à la suite du rejet par leur famille d'origine, certains se sont entourés d'une famille de choix constituée d'amis proches qui sont «comme de la famille». Ces stratégies peuvent avoir pour effet d'augmenter leurs capacités de résilience et d'indépendance, ce qui leur permettrait de mieux s'ajuster au vieillissement^{6,12}. D'ailleurs, il ressort de certaines recherches que le stigmat^b relié à l'âge est souvent expérimenté moins difficilement par les aînés gais et lesbiennes que le stigmat d'être homosexuel l'a été au cours de leur jeunesse¹³. De plus, l'acceptation de son orientation sexuelle et la reconstruction positive de l'identité gaie et lesbienne, lorsqu'elles ont eu lieu, permettraient d'expérimenter le processus du vieillissement et ses multiples défis avec plus de facilité¹⁴.

Certains couples de gais et de lesbiennes vont s'identifier comme des amis afin de protéger leur vie privée et éviter des réactions négatives.

eux, les craintes relatives à l'homophobie^a, à l'hétérosexisme et à la discrimination, que celle-ci soit réelle ou anticipée, persistent et peuvent constituer une barrière à l'accès aux services sociaux et de santé ainsi qu'aux activités des organismes communautaires^{6,7}. Ces

de la vie privée¹¹. Néanmoins, il ressort que la divulgation est souvent nécessaire afin que les intervenants soient en mesure de mieux répondre aux besoins et aux réalités de ces aînés et aussi afin d'inclure la participation du ou de la partenaire dans l'organisation des

Les partenaires, la famille de choix et les réseaux d'amis représentent pour les aînés gais et lesbiennes une source de bien-être, de soutien et d'assistance¹⁵. La famille de choix s'apparente à une communauté d'appartenance ➤

dont les individus sont présents les uns pour les autres¹⁶. Ce soutien s'exprime dans l'appui apporté et procure de l'estime de soi et du bonheur⁷. Il est donc important pour les intervenants en santé et services sociaux de prendre en compte l'ensemble de ce réseau social. Cependant, les expériences négatives vécues antérieurement, le repli sur soi qu'elles ont pu engendrer et les craintes actuelles de subir du rejet peuvent amener plusieurs aînés gais ou lesbiennes à souffrir d'isolement et de solitude¹⁷.

Les divers enjeux soulevés précédemment peuvent entraîner des inégalités. Dans une optique d'amélioration des interventions auprès des aînés gais

et les-biennes, le cadre conceptuel de l'exclusion sociale propose un modèle intéressant pour comprendre le processus pouvant amener les personnes à vivre de l'exclusion sociale.

L'EXCLUSION SOCIALE DES AÎNÉS GAIS ET LESBIENNES

Le cadre conceptuel élaboré par l'équipe VIES¹⁸ se fonde sur une conception multidimensionnelle de l'exclusion sociale ainsi définie: «Un processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources, à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et intérêts divergents.

Ces processus mènent à des inégalités et, éventuellement, à une mise à l'écart dans sept dimensions de la vie en société :

- 1 l'exclusion symbolique
- 2 l'exclusion identitaire
- 3 l'exclusion sociopolitique
- 4 l'exclusion institutionnelle
- 5 l'exclusion économique
- 6 l'exclusion des liens sociaux significatifs
- 7 l'exclusion territoriale».

Nous reprenons ici quatre dimensions de l'exclusion sociale qui nous semblent particulièrement pertinentes pour éclairer les difficultés vécues par des gais et lesbiennes aînés¹⁸. Ces dimensions sont étroitement interreliées. ➤



©Shutterstock

L'exclusion symbolique

«se caractérise par les images et les représentations négatives accolées au groupe d'appartenance ou encore par la négation de la place qu'il occupe et de ses rôles au sein de la société». Le silence et l'invisibilité touchant la population aînée homosexuelle se traduisent par une méconnaissance de ses besoins et rendent plus difficile la décision de divulguer son orientation sexuelle lorsque le besoin s'en fait sentir.

L'exclusion identitaire

«renvoie à une identité réduite à un seul groupe d'appartenance [...] niant ainsi ses multiples caractéristiques identitaires [...]». La non-reconnaissance des multiples caractéristiques identitaires, de la diversité des parcours de vie et des modes de vie des gais et lesbiennes aînés peut avoir un impact sur la divulgation de leur orientation sexuelle et sur leur possibilité de pouvoir vieillir en cohérence avec leur parcours de vie.

L'exclusion institutionnelle

«implique une absence ou une réduction, pour les aînés, de l'accès aux politiques et mesures de protection sociale et sanitaire prévues par les institutions sociales et politiques». Pour la population gaie et lesbienne aînée, l'exclusion institutionnelle peut s'exprimer, entre autres, par une inadéquation des services si les besoins des aînés gais et lesbiennes ne sont pas formulés, compris et pris en compte.

L'exclusion des liens sociaux significatifs

«se caractérise par l'absence ou la perte de réseaux de sociabilité ou encore par le rejet de ces réseaux». La stigmatisation et la discrimination, la perte du ou de la partenaire de vie peuvent amplifier ce type d'exclusion.

PISTES D'ACTION >>>>

En dernier lieu, voici quelques pistes d'action visant à contrer l'exclusion sociale des aînés gais et lesbiennes. Sans être exhaustives, ces pistes d'action et d'intervention, qui viennent lutter contre les différentes dimensions d'exclusion vues précédemment, se dégagent de la littérature sur les besoins en services sociaux et de santé^{6,7,8,10,11,16,19}.

Les organismes communautaires peuvent contribuer à briser l'isolement et l'exclusion sociale en mettant en place des services adaptés et inclusifs. Le défi demeure de taille: rejoindre la population aînée des gais et des lesbiennes qui est souvent invisible, promouvoir les services et les activités et encourager leur participation. En somme, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les gais et les lesbiennes aînés afin d'être en mesure de mieux connaître et comprendre leurs réalités et leurs besoins à travers leurs parcours de vie. >

Ne pas présumer l'hétérosexualité des individus

Reconnaître les multiples caractéristiques identitaires des individus, leurs expériences de vie, leurs modes de vie et leurs contributions

Élaborer des programmes d'éducation et de conscientisation sur la diversité des expériences des gais et lesbiennes aînés en vue d'offrir un portail de services adaptés et accessibles et concevoir des politiques assurant l'équité entre les aînés

Organiser la création d'environnements sécuritaires, ouverts et inclusifs

Favoriser la diversité sexuelle et l'expression positive de cette diversité, dans les services et les milieux de travail, par l'affichage d'images positives et de signes relatifs à la communauté gaie et lesbienne pour inviter les aînés à s'ouvrir en confiance

Créer des réseaux sociaux formels et informels par la mise en place de lieux de rencontres et d'échanges qui puissent être signifiants et rassembleurs pour les aînés gais et lesbiennes

Mettre sur pied des groupes de soutien adaptés aux besoins et aux réalités des gais et des lesbiennes (groupe d'aidants, de personnes endeuillées, etc.)

Inclure les partenaires, la famille de choix et les organismes communautaires dans les stratégies et le processus décisionnel concernant les aînés gais et lesbiennes



©Shutterstock

- a. « La peur, la haine ou le manque de confiance envers les gais et lesbiennes, souvent exprimé par des manifestations ouvertes de discrimination. » (Brotman et al., 2006: 2).
- Brotman, S., Ryan, B., Meyer, E., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Peterkin, A. et B. Richard (2006). « Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada, rapport de synthèse », École de service social de l'Université McGill.
- b. Selon Goffman (1975), le stigmate désigne « [...] un attribut qui jette un discrédit profond [...] » (p. 13).
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de minuit.
1. Rochman, J. et D.-G. Tremblay (2010). « Services et séniors: l'impact du programme MADA sur le développement des services municipaux communautaires et privés au Québec », *Gérontologie et société*, 4(135), 285-339.
 2. Grenier, A. et I. Ferrer (2010). « Âge, vieillesse et vieillissement », dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie J.-P., Grenier A. et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 35-54.
 3. Drescher, J. (2010). « Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual », *Archive of Sexual Behavior*, 39(2), 427-460.
 4. Chamberland, L. et M.-P. Petit (2009). « Le vieillissement chez les lesbiennes: y a-t-il des enjeux spécifiques? », dans Charpentier et al. (2009), *Vieilles et après! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 107-136.
 5. Orel, N. (2006). « Community needs assessment: documenting the need for affirmative services for LGB older adults », dans Kimmel, Douglas et al. (dir.), *Lesbian, gay, bisexual and transgender aging*, New York, Columbia University Press, 227-246.
 6. Brotman, S., Ryan, B. et R. Cormier (2003). « The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada », *The Gerontologist*, 43 (2), 192-202.
 7. Clover, D. (2006). « Overcoming barriers for older gay men in the use of health services: A qualitative study of growing older, sexuality, and health », *Health Education Journal*, 65(1), 41-52.
 8. Stein, G.L., Beckerman, N.L. et P.A. Sherman (2010). « Lesbian and Gay Elders and Long-Term Care: Identifying the Unique Psychosocial Perspectives and Challenges », *Journal of Gerontological Social Work*, 53 (5), 421-435.
 9. Mellini, L. (2009). « Entre normalisation et hétéronormativité: la construction de l'identité homosexuelle », *Déviance et Société*, 33, 3-26.
 10. Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., et B. Richard (2007). « Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada », *The Gerontologist*, 47(4), 490-503.
 11. Hughes, M. (2008). « Imagined Futures and Communities: Older Lesbian and Gay People's Narratives on Health and Aged Care », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20 (1-2), 167-186.
 12. Morrow, D. F. (2001). « Older Gays and Lesbians », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13 (1-2), 151-169.
 13. Butler, S. S. (2004). « Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender (GLBT) Elders », *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(4), 25-44.
 14. Friend, R. A. (1991). « Older lesbian and gay people: A theory of successful aging », *Journal of Homosexuality*, 20(3/4), 99-118.
 15. Barranti, C. C. R. et H. L. Cohen (2000). « Lesbian and gay elders: An invisible minority », dans Schneider, R., Krypt, N. et A. Kisor (dir.), *Gerontological social work: Knowledge, service settings and special populations* (2^e éd.), Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 343-367.
 16. Gabrielson, M. L. (2011). « "We Have to Create Family": Aging Support Issues and Needs Among Older Lesbians », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(3), 322-334.
 17. Smith, L. A., McCaslin, R., Chang, J., Martinez, P. et P. McGrew (2010). « Assessing the Needs of Older Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender People: A Service-Learning and Agency Partnership Approach », *Journal of Gerontological Social Work*, 53 (5), 387-401.
 18. Billette, V. et J.-P. Lavoie (2010). « Vieillissements, exclusions sociales et solidarités », dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie J.-P., Grenier A. et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1-22.
 19. Phillips, J. et G. Marks (2008). « Ageing Lesbians: Marginalising Discourses and Social Exclusion in the Aged Care Industry », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20 (1-2), 187-202.

La sexualité des aînés vivant en centre d'hébergement : un besoin de reconnaissance

André Dupras, Ph. D.

Professeur de sexologie
Université du Québec à Montréal
dupras.andre@uqam.ca

Hélène Dionne, M. A.

Sexologue clinicienne et psychothérapeute

« La reconnaissance n'est pas simplement une politesse que l'on fait aux gens, c'est un besoin humain vital. »

Charles Taylor¹

Comme toute autre personne, les aînés vivant en centre d'hébergement sont des êtres humains sexués et sexualisés qui ont, à des degrés divers, des désirs érotiques et des besoins affectifs. Ils utilisent différents moyens pour exprimer leurs besoins sexuels, entre autres la parole et le toucher. Dans une large mesure, les besoins sexuels des résidents ne peuvent être satisfaits que si les soignants les reconnaissent, les comprennent et offrent l'aide nécessaire pour améliorer leur qualité de vie sexuelle. L'observation partagée des manifestations sexuelles sert d'outil de connaissance et de reconnaissance de la sexualité des aînés. Cette démarche contribue à reconnaître l'importance de la vie sexuelle et la pertinence d'une approche positive de la sexualité.

LE PROJET DE RECHERCHE

Des soignants sont étonnés d'être convoqués à un programme de formation sur la vie sexuelle des personnes âgées vivant en centre d'hébergement. Lorsque nous leur demandons de rapporter des

expressions de la sexualité qu'ils ont pu observer chez les résidents, ils nous répondent : « il ne se passe rien ! ». Ils n'en voient pas, car la sexualité n'est pas censée exister. Toutefois, ils rapportent avoir surpris un résident qui se masturbait. Cet événement est souvent jugé exceptionnel au sein d'une

population de personnes âgées et malades qui paraît désintéressée de la sexualité. Dans ce contexte, ces soignants interrogent la pertinence de la formation sur ce sujet puisqu'ils refusent au résident « d'exister en tant que personne sexuellement marquée »². Il est important de préciser cependant >

que d'autres intervenants réagissent différemment à la sexualité des résidents et souhaitent recevoir une formation pour mieux les accompagner.

Comme activité de formation³, nous demandons de procéder à une cueillette de données provenant de l'observation de manifestations sexuelles et de la consultation avec les collègues de travail⁹. Cette première activité leur permet de découvrir différentes expressions de la sexualité chez les résidents. Ils prennent conscience que les résidents ont une vie sexuelle, plus ou moins active, qu'il importe d'accompagner. L'engagement des soignants dans des pratiques d'accompagnement de la vie sexuelle des résidents suppose au point de départ qu'ils reconnaissent l'identité sexuelle et la sexualité des résidents. Les soignants sont de plus en plus incités à reconnaître les besoins et les droits sexuels des aînés: «The recognition of sexuality as a real part of the older person's life is important»⁴. Cette demande de reconnaissance peut demeurer un vœu pieux si elle n'est pas explicitée. L'objectif du présent texte consiste à présenter des formes de reconnaissance de la vie sexuelle des aînés vivant en centre d'hébergement. L'atteinte de cet objectif se réalisera en s'inspirant de données puisées dans la littérature scientifique et de celles obtenues à partir de nos observations lors des activités de formation.

LA DÉFINITION DE LA RECONNAISSANCE

Reconnaître signifie «admettre pour vrai après avoir nié, ou après avoir douté»⁵. Les soignants arrivent à tenir pour vrai les besoins sexuels des résidents après une démarche d'observation. Au départ, ils étaient sceptiques, mais leurs recherches les conduisent à admettre l'existence de la sexualité des résidents. La reconnaissance comporte un processus cognitif d'identification des signes qui témoignent de la vie sexuelle des aînés. Ricœur⁶ souligne que la reconnaissance implique également un geste pratique de confirmation qui atteste des capacités et des responsabilités des personnes concernées. Ainsi, une soignante peut témoigner des besoins sexuels d'un résident qui lui a volontairement touché les seins et les fesses. En le disputant, elle ne lui indique pas seulement son désaccord, mais confirme également la nature sexuelle des gestes posés. Reconnaître la sexualité des résidents ne consiste pas à accepter toutes leurs demandes. Les réactions à des gestes déplacés et irrespectueux doivent être empreintes de compréhension et de respect qui ouvrent au dialogue et à la recherche de réponses appropriées à ses besoins sexuels: «Je comprends que vous ayez des désirs sexuels, mais mon rôle auprès de vous est celui d'une soignante et non pas d'une partenaire sexuelle».

LA RECONNAISSANCE DES MANIFESTATIONS SEXUELLES

Lors de leurs observations, les soignants constatent que l'expression de la sexualité n'est pas identique et uniforme pour tous les résidents. Elle se distingue selon leurs caractéristiques individuelles et sociales. La sexualité s'exprime de multiples manières en vue de rechercher la satisfaction de besoins sexuels. Des résidents se limitent à tirer du plaisir à regarder une personne à la dérobée ou avec insistance. D'autres apprécient l'exhibition du corps nu dans les médias, ce qui leur procure des sensations de plaisir et alimente leur imaginaire érotique. Des études rapportent que la majorité des aînés rencontrés affirment avoir des pensées et des fantasmes sexuels^{7,8}. Au lieu de se limiter aux regards dans le silence, des résidents utilisent la parole pour exprimer leurs pulsions et leurs désirs sexuels. Ils trouvent plaisant de parler de choses sexuelles, soit de manière délicate ou grossière. Ils aiment faire des compliments et passer des commentaires qui dénotent leur intérêt pour la sexualité. Le véhicule souvent utilisé est l'humour érotique⁹. Après avoir fait émerger la sexualité par la parole, certains résidents la font voir en exposant leur corps ou leurs pratiques sexuelles. ➤

Soulignons que des résidents demandent des services, allant d'un simple baiser à des caresses génitales. Dans certains cas, ces demandes sont insistantes et peuvent prendre la forme d'un harcèlement sexuel¹⁰.

Une autre manière de satisfaire les besoins sexuels consiste à utiliser le toucher. Il s'agit d'abord de se toucher. Des résidents utilisent des pratiques autoérotiques. Pour certains d'entre eux, la masturbation est la seule activité génitale réalistement accessible, car ils ne peuvent pas ou ne veulent pas avoir un partenaire sexuel. Des résidents touchent d'autres personnes avec leur approbation.

Il arrive qu'en l'absence de partenaire sexuel, les besoins soient comblés par un comportement de remplacement, comme le plaisir de boire et de manger. Ehrenfeld *et al.*¹¹ ont regroupé les comportements sexuels en trois catégories: affectifs, romantiques et érotiques.

Si les résidents ont des désirs sexuels, peu d'entre eux s'engagent toutefois dans des relations sexuelles^{12,13}. Dans la plupart des cas, l'expression de la sexualité ne se produit pas à une fréquence élevée. L'âge avancé et la condition physique ne sont pas propices à une vie sexuelle très active. Toutefois, certains résidents possèdent une constitution

LA RECONNAISSANCE POSITIVE

Les observations faites auprès des résidents permettent de reconnaître l'existence d'une vie sexuelle chez les aînés. Des soignants confirment l'appartenance des résidents au monde des vivants dont la sexualité existe tout au long de la vie. Ils considèrent que la sexualité est une composante centrale de la constitution de l'identité des résidents. Ces soignants confirment également les compétences des résidents lucides à gérer leur vie sexuelle. Ils sont capables de séduire et de trouver un partenaire, d'avoir et de donner du plaisir. Ils sont aptes à contrôler leurs pulsions sexuelles et à s'assurer du consentement de leur partenaire.

Un des premiers effets de la reconnaissance positive est le développement de la conviction que la satisfaction des besoins sexuels comporte des bénéfices importants aux plans physique, psychologique et social. La recherche du plaisir érotique peut être une raison à vouloir une activité sexuelle. L'exercice de la sexualité permet d'éprouver des sensations et des émotions agréables liées à la satisfaction d'un besoin sexuel. Si la douleur et la souffrance ont envahi la vie de nombreux résidents, il reste de la place pour le plaisir et la jouissance. À la recherche du plaisir sexuel s'ajoute la satisfaction de besoins psychologiques comme l'expérimentation ➤

Des études rapportent que la majorité des aînés rencontrés affirment avoir des pensées et des fantasmes sexuels.

Par contre, les pratiques sexuelles sans consentement soulèvent des problèmes éthiques et juridiques. Certains osent toucher un soignant (un sein ou une fesse) qui vient leur prodiguer un soin, tandis que d'autres échangent des caresses avec une personne qui consent à s'engager dans une relation intime avec eux. Ce partenaire sexuel le fait avec ou sans rémunération financière. Il peut s'agir d'un conjoint, d'un ami, d'un résident ou d'une escorte. Dans certains cas, les besoins sexuels sont satisfaits uniquement par des baisers sur la bouche ou sur la joue.

et un vécu qui les portent à s'intéresser davantage à la sexualité que d'autres. Ils ont des besoins, une excitabilité et une sensibilité au plan sexuel dont l'intensité est supérieure à d'autres résidents. Soulignons qu'il est aussi possible d'observer des manifestations d'hypersexualité causées par des troubles neurologiques¹⁴.



©Shutterstock

d'émotions agréables, l'expression de sentiments amoureux ou d'attachement, la consolidation de son identité sexuelle. S'y greffent aussi des besoins sociaux comme le fait de vivre une rencontre intime, de se faire plaisir mutuellement, de solidifier une relation. Somme toute, la satisfaction de ces besoins sexuels contribue à l'amélioration de la qualité de vie des résidents¹⁵.

Un second effet de la reconnaissance positive consiste à concevoir et à coordonner des actions professionnelles pour assurer le bien-être sexuel des résidents. Un projet de vie institutionnel peut être élaboré et appliqué en donnant les orientations majeures quant aux attitudes et aux

comportements à adopter, rendant ainsi possible une vie sexuelle saine et épanouissante¹⁶. Ce cadre de référence permet aux soignants de discuter entre eux de leurs observations et de s'entendre avec les résidents sur les règles normatives pour assurer le bon fonctionnement des services offerts.

LA RECONNAISSANCE NÉGATIVE

Les interventions des soignants adoptent souvent les formes d'une reconnaissance négative. Ainsi, les besoins sexuels des résidents sont ignorés ou dépréciés. À titre d'exemple, un soignant se montre indifférent à l'expression de la sexualité ou refuse de répondre à une question posée

par le résident. L'intervenant envoie le message que la sexualité du résident ne compte guère à ses yeux... et à ses oreilles. Si la vie sexuelle était importante avant d'entrer en centre d'hébergement, maintenant elle n'a pas de valeur: le plus souvent, le soignant l'ignore et ne s'en préoccupe pas. Les résidents sont perçus comme des êtres qui n'ont plus d'intérêt pour la sexualité ou qui peuvent s'en passer sans inconvénients¹⁷. Combien de soignants croient que les résidents ont des besoins sexuels sans pour cela penser qu'il est nécessaire pour les résidents d'exprimer leur sexualité?

Le résident apprend à éteindre ses désirs et à réprimer l'expression de ses besoins sexuels. ➤

La reconnaissance négative a pour effet de produire des blessures narcissiques causées par une dépréciation de soi et de son identité sexuelle. À titre d'exemple, un résident pris en flagrant délit de se masturber dans sa chambre se sentira humilié de se faire réprimander. Ce processus est d'autant plus insidieux que le résident est appelé à coopérer à sa propre dévalorisation en se modelant à l'image asexuée qu'on lui impose.

Il va sans dire que des résidents refusent et s'opposent à cette dépréciation de leur identité personnelle et sexuelle. Ils vivent un sentiment d'injustice d'être traité comme des citoyens de second ordre à qui la liberté et l'autonomie leur ont été confisquées. Ils revendiquent leurs droits à une vie sexuelle en exigeant le respect de leur intimité sexuelle. Des conflits peuvent éclater entre des résidents et des soignants qui défendent chacun leurs intérêts. Des récits de vie témoignent de ces affrontements¹⁸. Dans ce contexte, Habermas¹⁹ invite les deux parties à défendre leurs intérêts par l'argumentation et la délibération en cherchant à se convaincre mutuellement. Ce dialogue exige la reconnaissance de l'égalité entre les interlocuteurs.

CONCLUSION

Lors de leur formation initiale, les intervenants ont rarement eu l'occasion d'aborder la question de la sexualité chez les aînés vivant

en centre d'hébergement, ce qui a contribué à renforcer le préjugé de son absence. Il importe qu'un programme de formation les incite à prendre en compte la vie sexuelle des résidents, qui est souvent passée sous silence dans les centres d'hébergement. Aller à la rencontre de la sexualité des résidents, en observant comment elle s'exprime, contribue à sa reconnaissance comme une réalité riche et complexe qui ne se limite pas à un acte coïtal. L'observation partagée entre les intervenants constitue une démarche qui permet de restaurer la reconnaissance positive des besoins et des droits sexuels des résidents. Les soignants deviennent convaincus de la valeur de la sexualité pour les résidents puisque qu'elle apporte non seulement santé, plaisir et joie, mais aussi valorisation de soi et de l'autre.

a. L'observation constitue la première phase avant celle du diagnostic commun puis des objectifs d'action. L'observation partagée procède « par des constats faits en commun, un vocabulaire commun, des regards complémentaires et pluralistes; elle donne une vision plus globale, avec (re)connaissance mutuelle, culture de partenariat, et permet d'aller vers un projet de conviction et un ancrage local ».

Malhomme, M.-C., Mouterde, F. et B. Simon (2006). « Les observatoires sociaux et la prospective face à l'évaluation », dans G. Cauquil et R. Lafore (dir.), *Évaluer les politiques sociales*, Paris, L'Harmattan, p. 323-334.

1. Taylor, C. (1994). *Multiculturalisme. Différence et démocratie*. Paris, Aubier.
2. Lépine, N. (2008). *Viellir en institution. Sexualité, maltraitance, transgression*, Lyon, Chronique sociale.
3. Dupras A., H. Dionne et J. Théorêt (2009). « La vie intime et sexuelle en CHSLD: bilan d'un projet de politique et de formation », *Vie et vieillissement*, vol. 7, no 3, p. 5-9.

4. Brogan, M. (1996). « The sexual needs of elderly people: addressing the issue », *Nursing Standard*, vol. 10, no 24, p. 42-45.
5. Robert, P. (2006). *Le Petit Robert*. Paris, Dictionnaires le Robert.
6. Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock.
7. Aizenberg, D., Weizman, A. et Y. Barak (2002). « Attitudes toward sexuality among nursing home residents », *Sexuality and Disability*, vol. 20, no 3, p. 185-189.
8. Gershman, K. et C. Nielsen (1995). « Prevention and screening in the nursing home », *Primary Care: Clinics in Office Practice*, vol. 22, no 4, p. 731-753.
9. Dupras, A. (2004a). « Humour et sexualité en milieu hospitalier », *Infirmière canadienne*, vol. 5, no 5, p. 4-7.
10. Dionne, H. (2007). « De l'intimité à l'intimidation. Le harcèlement sexuel à l'égard des soignants », *Gérontologie et société*, no 122, p. 139-144.
11. Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R. et R. Bergman (1999). « Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia », *Nursing Ethics*, vol. 6, no 2, p. 144-149.
12. Mulligan, T. et R. F. Palguta (1991). « Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 20, no 2, p. 199-204.
13. Spector, I. P. et S. M. Fremeth (1996). « Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities », *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 22, no 4, p. 235-246.
14. Couture Y. et J.-F. Trudel (2005). « Comportements sexuels désinhibés », dans J. Allard et M. Arcand (dir.), *Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie: actes des Échanges cliniques sur le vieillissement*, Acton Vale, Edisem, p. 41-56.
15. Robinson, J. G. et A. E. Molzahn (2007). « Sexuality and quality of life », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 33, no 3, p. 19-27.
16. Dupras, A. (2006). « La vie sexuelle des aînés en CHSLD », dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, Montréal, Éditions du Nouveau pédagogique, p. 525-532.
17. Dupras, A. (2004b). « La qualité de vie sexuelle des personnes âgées hébergées en CHSLD: une conséquence du vieillissement ou des contraintes institutionnelles? », *Intervention*, no 121, p. 139-142.
18. Messier, C. (2002). *Confessions d'un paquet d'os*, Montréal, VLB éditeur.
19. Habermas, J. (1996). *Morale et communication*, Paris, Cerf.

Prendre soin d'un conjoint : impact sur la sexualité et l'intimité des femmes aidantes âgées

Jennifer Drummond, M. Serv. Soc.

Chercheure au Centre de recherche sur l'enfance et la famille
Université McGill
jennifer.drummond@mail.mcgill.ca

Shari Brotman, Ph. D.

Professeure à l'École de service social
Université McGill
shari.brotman@mcgill.ca

Collaboratrices: M. Silverman, T. Sussman, P. Orzeck, L. Barylak, I. Wallach

On reconnaît davantage depuis les vingt dernières années les conséquences émotionnelles, sociales et financières imposées aux femmes qui prennent soin d'un conjoint malade. La question de la sexualité et de l'intimité dans ce contexte a été toutefois fort peu analysée. Certaines études ont permis de relever que l'intimité faisait partie des aspects positifs de l'expérience vécue par les aidantes qui prennent soin de leur conjoint. Les femmes ayant la possibilité de maintenir une relation de camaraderie, d'amitié et une proximité physique et émotionnelle avec leur conjoint semblent retirer plus de satisfaction de leur rôle d'aidante que les autres¹. Or, malgré l'évidence apparente des bienfaits qu'apporte l'intimité chez les aidantes qui prennent soin de leur conjoint, on a rarement tenté de définir ou d'analyser cette question².

PROJET DE RECHERCHE

Une recherche s'est intéressée à la sexualité et à l'intimité chez des couples où l'aidante s'occupe d'un conjoint ayant une maladie

cognitive comme l'Alzheimer^{3,4,5}. Les résultats ont pu démontrer que le rôle d'aidante a des effets sur la relation de couple^{6,7} et qu'elles en discutent rarement avec les prestataires de services

de santé et sociaux⁸. L'absence d'études empiriques et d'approches pratiques portant sur l'intimité chez les aidants peut être due en partie aux stéréotypes associés à l'âge, les personnes >



©CREGÉS

âgées, et en particulier les femmes, étant perçues asexuelles^{9,10}.

Comme il a été démontré qu'une vie intime et sexuelle épanouie chez les aînés contribue à la qualité de vie et au bien-vieillir^{11,12}, il importe d'analyser l'impact du rôle assumé par la conjointe aidante sur la sexualité et l'intimité du couple. Par cette recherche nous souhaitons combler les lacunes sur le sujet, améliorer la situation des femmes aidantes âgées et aider les prestataires de services de santé et sociaux à intégrer dans leur pratique la question de la sexualité et de l'intimité.

MÉTHODOLOGIE

L'approche phénoménologique adaptée^{13,14,15} a été privilégiée pour analyser la compréhension qu'ont les femmes âgées de leur expérience d'aidante. Cette approche s'est révélée particulièrement efficace pour recueillir les données et analyser le sens construit à partir de l'expérience de vie d'une participante. Nous voulions interroger des femmes aidantes âgées de 60 ans ou plus prenant soin à domicile de leur conjoint et vivant dans leur communauté. Par l'intermédiaire des agences de services de santé et sociaux, nous avons recruté au total six femmes aidantes, la petite taille de l'échantillon convenant

fort bien à l'approche phénoménologique. Des entretiens menés auprès d'informateurs clés, recrutés parmi les professionnels de la santé et des services sociaux, ont permis d'approfondir notre analyse et d'obtenir une perspective différente sur ce nouveau sujet d'étude. Nous nous sommes entretenus avec dix prestataires de services œuvrant auprès d'aidantes âgées dans un centre local de services communautaires.

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les femmes que nous avons rencontrées ont mentionné que leur rôle d'aidante a provoqué un certain nombre de changements ➤

dans leur identité, comme la transition d'épouse à aidante ou de femme sexuelle à femme asexuelle ou non attrayante. Le rôle d'aidante ayant pris toute la place, il en reste fort peu pour la sexualité et l'intimité à l'intérieur de la dynamique du couple aidante-aidé. Certaines femmes ont révélé que la sexualité ne comptait plus pour elles, que ce soit à cause de leur âge ou de l'impact de leur rôle d'aidante. Les mêmes observations ont été soulignées par les informateurs clés, à savoir que la sexualité et l'intimité n'étaient pas des priorités pour ces femmes débordées par leur rôle d'aidante.

Même si les femmes rapportent ne plus avoir d'activités sexuelles avec leur conjoint, elles trouvent tout de même des moyens d'exprimer leur intimité et leur sexualité. Pour certaines, il peut s'agir de câlins, de faire de belles choses l'un pour l'autre, de se souvenir de leur intimité partagée ou bien de masturbation. Les femmes interrogées dans le cadre de cette étude ne parlent pas de sexualité ou d'intimité avec leur conjoint, leurs amis ou leur famille et quelques-unes ont même eu des expériences négatives en tentant de le faire. Il faut toutefois noter qu'elles ont toutes affirmé qu'elles ne discutent pas de ce sujet avec un prestataire de services de santé ou sociaux à cause du malaise perçu chez les prestataires de services. D'après notre recherche, les femmes aidantes âgées ne parlent que très rarement ou jamais de

leur vie sexuelle ou intime à quiconque, ce qui nous amène à nous poser des questions sur l'impact que cela peut avoir sur leur santé et leur bien-être.

Les entretiens auprès des prestataires nous ont permis de mieux comprendre les propos émis par les aidantes âgées. Ils soulignent tous l'importance d'aborder la question de la sexualité et de l'intimité dans le cadre de leur pratique, et ce, pour différentes raisons. Il s'agit pour certains tout simplement d'un aspect essentiel de la relation de couple alors que pour d'autres le fait de l'aborder permet de faire surgir des problèmes sous-jacents comme des problèmes médicaux ou de la maltraitance.

Les femmes aidantes âgées ne parlent que très rarement ou jamais de leur vie sexuelle ou intime à quiconque, ce qui nous amène à nous poser des questions sur l'impact que cela peut avoir sur leur santé et leur bien-être.

Les prestataires de services ont parlé du silence presque total sur ce sujet lors des rencontres avec leurs clientes et ont ciblé plusieurs barrières qui les empêchent de l'aborder dans le cadre de leur pratique. Le silence provient en partie des mythes et des tabous entourant la sexualité des personnes âgées, ce qui pourrait expliquer le malaise à en parler. Ils disent qu'aborder ce sujet peut être délicat et embarrassant. Plusieurs hésitent parce qu'ils croient que ce

n'est pas important pour les aidantes. Le malaise ressenti de part et d'autre provient de la nature privée du sujet. On mentionne également le facteur de l'âge ou du genre pour expliquer la difficulté à aborder le sujet. Les prestataires de services pensent qu'avoir le même âge ou être du même genre que le client serait plus facile à l'heure d'aborder la question de la sexualité et de l'intimité.

Les barrières institutionnelles contribuent également au silence présent autour du sujet de la sexualité et de l'intimité lors des rencontres avec les prestataires de services. Ils notent qu'on n'y accorde pas une grande place au sein de leur organisation. Par exemple, la plupart des presta-

taires de services rencontrés ont rapporté que les questions en lien avec la sexualité étaient rarement posées aux clientes dans le cadre de l'outil d'évaluation multicientèle (OEMC). Cette section est laissée en blanc ou bien on y inscrit « sans objet » ou « sujet non abordé ». Les superviseurs ne les incitent pas à poser des questions, ce qui contribue à la perception que la sexualité et l'intimité ne concernent pas les personnes âgées. Ils mentionnent en outre ➤

qu'ils ne se sentent pas encouragés à en discuter avec leurs clients et qu'ils n'ont pas reçu de formation spécifique sur la façon d'aborder ce sujet dans le cadre de leur pratique.

Malgré ces barrières, certains prestataires de services essaient d'aborder la sexualité et l'intimité avec leurs clientes aidantes. Ils ont parlé de l'importance de tisser un lien de confiance avec elles et d'introduire par la suite doucement le sujet en employant d'abord le terme intimité avant de parler de sexualité. Les professionnels détenant plus d'expérience clinique et étant plus âgés croient que ces facteurs facilitent la discussion, pour eux comme pour leurs clientes.

RECOMMANDATIONS

Les prestataires de services ont un important rôle à jouer relativement à la question de la sexualité et de l'intimité chez les femmes aidantes âgées afin de mieux répondre à leurs besoins. Les entretiens menés auprès des prestataires de services ont permis de dégager quelques recommandations en vue d'améliorer leur pratique.

Les prestataires de services souhaitent apprendre des personnes âgées afin de mieux comprendre le vieillissement et la sexualité et de cibler les besoins qui en émergent. Ils aimeraient avoir une formation pour les aider à contrer le malaise à aborder ce sujet et

connaître des stratégies qui leur permettraient d'entamer la discussion avec leurs clientes. Des ateliers de formation peuvent être l'occasion d'obtenir de l'information et d'éliminer tout préjugé âgiste sur la question de la sexualité des personnes âgées.

On suggère également d'offrir des ateliers et des séances d'information portant sur la sexualité à l'intention des aînés. Ces ateliers pourraient être adaptés en fonction des femmes, des hommes, des couples ou même en fonction de maladies spécifiques et y aborder des problèmes comme la stigmatisation internalisée, l'estime de soi et les changements de rôle vécu par les aidants.

L'augmentation des services à l'intention des aidantes âgées faciliterait la discussion sur la sexualité et l'intimité, les prestataires de services ayant signalé le besoin de temps suffisant pour créer un lien de confiance avec leurs clientes. Le counseling à long terme est important à cet égard. La question de la sexualité et de l'intimité peut être abordée dans le cadre de programmes de soutien aux aidants, d'un programme de counseling postdiagnostique et lors du suivi.

En somme, la recherche continue et la diffusion de l'information est essentielle pour mieux comprendre les conséquences des soins à apporter à un conjoint sur la dimension sexuelle et ainsi mieux répondre à leurs besoins.

1. Harris, S., M. Adams et al. (2011). « Caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy », *Aging and Mental Health*, 15(8), 950-960.
2. Hubley, A., D. Hemingway et al. (2003). « A Comparison of Older Informal Caregivers and Non-Caregivers Living in Non-Metropolitan Areas », *Social Indicators Research*, 61(3), 241-258.
3. Davies, H., L. Newkirk et al. (2010). « The impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships », *International Psychogeriatrics*, 22(4), 618-628.
4. Boylstein, C. et J. Hayes (2011). « Reconstructing Marital Closeness While Caring for a Spouse with Alzheimer's », *Journal of Family Issues*, 33(5), 584-612.
5. Harris, S., M. Adams et al. (2011). « Caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy », *Aging and Mental Health*, 15(8), 950-960.
6. Davies, H., L. Newkirk et al. (2010). « The impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships », *International Psychogeriatrics*, 22(4), 618-628.
7. Harris, S., M. Adams et al. (2011). « Caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy », *Aging and Mental Health*, 15(8), 950-960.
8. Gilbert, E., J. M. Ussher et al. (2009). « Accounts of disruptions to sexuality following cancer: the perspective of informal carers who are partners of a person with cancer », *Health*, 13(5), 523-541.
9. Deacon, S., V. Minichiello et al. (2006). Sexuality and Older People: Revisiting the Assumptions. *Educational Gerontology*, 21(5), 497-513.
10. Allen, R., K. Petro et al. (2009). Factors influencing young adults' attitudes and knowledge of late-life sexuality among older women. *Aging and Mental Health*, 13(2), 238-245.
11. Weeks, D. (2002). « Sex for the mature adult: Health, self-esteem and countering ageist stereotypes », *Sexual and Relationship Therapy*, 17(3), 231-240.
12. Katz, S. et M. Marshall (2003). « New sex for old: lifestyles, consumerism, and the ethics of aging well », *Journal of Aging Studies*, 17, 3-16.
13. Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*, Bedford, (G.-B.), LSL Press Ltd.
14. Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*, Thousand Oaks, Sage.
15. Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*, Thousand Oaks, Sage.

Personnes âgées et VIH/sida : il faut en parler !

Diane Goulet

Membre du conseil d'administration de la Maison Plein Cœur

Véronique Billette, Ph. D.

Coordonnatrice de l'équipe de recherche FRQSC Vieillissements, Exclusions sociales et solidarités (VIES)
veronique.billette.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Diane Goulet a 68 ans. Elle est bénévole depuis un grand nombre d'années auprès des personnes qui vivent avec le VIH/sida au sein de différents organismes. Elle s'intéresse particulièrement à la question des femmes vivant avec le VIH/sida. Elle a aussi eu l'occasion de travailler à la Clinique médicale Quartier latin comme technicienne d'entrées de données dans le cadre de recherches. Elle est actuellement membre du conseil d'administration (C.A.) de la Maison Plein Cœur, un organisme communautaire situé dans le quartier Centre-Sud de Montréal et fondé en 1991'. L'organisme lutte contre la solitude, l'isolement et la pauvreté grandissante des personnes vivant avec le VIH/sida et vise à prévenir la maladie et à promouvoir la santé chez ces personnes. Le présent article résume les propos que Diane Goulet a tenus lors d'une entrevue faite avec elle pour Pluriâges. >



POUVEZ-VOUS ME PARLER UN PEU DE VOTRE IMPLICATION BÉNÉVOLE ?

Je suis membre du C.A. de la Maison Plein Cœur depuis quatre ans. Mais avant ça, je me suis beaucoup impliquée à la Maison Plein Cœur, mais aussi dans un groupe pour les femmes qui s'appelle CASM, le Centre d'action SIDA Montréal (Femmes). On a rédigé des documents pour aider les femmes séropositives. J'ai participé à la réalisation d'un guide qui s'appelle « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », qu'on peut retrouver sur Internet². C'est un document pour les intervenantes pour leur faire connaître les questions qui touchent les enjeux du dévoilement ou du non-dévoilement. Qu'est-ce qu'il faut dire, quand il faut le dire, est-ce nécessaire? C'est aussi une petite brochure qu'on donne pour qu'on parle des femmes séropositives. Comme membre du C.A. de la Maison Plein Cœur, chaque année, je vais à l'assemblée générale de la Société canadienne du sida. Quand j'y participe, c'est pour parler du thème « vieillir avec le VIH ».

POURQUOI CETTE QUESTION VOUS PRÉOCCUPE-T-ELLE ?

Avant, les gens qui avaient le VIH/sida mouraient jeunes. Ce n'était pas compliqué. Mais aujourd'hui, il y a beaucoup de personnes qui vieillissent avec le VIH/

sida. Il y a plusieurs personnes que je rencontre qui ont appris dans les années 1980 qu'elles étaient séropositives.

Ce n'est pas la grosse majorité parce qu'il y en a beaucoup qui sont décédés, mais il y en a encore et elles vieillissent. Les autres qui l'ont appris plus tard ont pu avoir de meilleurs médicaments et vieillissent elles aussi. Aussi, de plus en plus de personnes qui contractent le virus sont des personnes âgées³.

Mon implication bénévole m'a confrontée à des situations, à plusieurs témoignages qui nous font réaliser à quel point on ne connaît pas la diversité des situations vécues par les personnes âgées en lien avec le VIH/sida. Par exemple, celle d'une femme d'environ 80 ans qui, après le décès de son mari, a commencé à consulter parce qu'elle n'allait pas bien. Elle passait des tests qui se révélaient tous négatifs. Jusqu'à ce qu'un médecin lui fasse passer le test de dépistage du VIH, qui s'est révélé positif. Les médecins n'ont pas fait ce test avant parce qu'elle n'était pas dans la catégorie des personnes à risque. Elle était séropositive depuis quand? Parce que tu n'es pas nécessairement malade, ça varie selon les personnes. Est-ce que son mari l'était? Est-ce qu'il est décédé pour cette raison? On ne le sait pas. Mais cette dame a appris qu'elle était séropositive à 80 ans. Ce n'est pas évident.

D'autres femmes âgées décident d'aller dans le sud après un deuil ou une séparation et rencontrent des gens au cours de leur voyage, un homme qui devient un amant. Et là, elles reviennent et elles apprennent qu'elles sont séropositives. Souvent, c'est des grands-mères. Quand on les appelait pour faire partie d'un groupe, ça ne marchait pas. Elles ne voulaient pas en parler, ni à leur famille, ni à d'autres. J'ai récemment aidé une femme qui a le même âge que moi et qui a appris qu'elle est séropositive. On a parlé des différentes ressources. C'est dur à accepter. Mais là, elle va mieux.

QUELLES SONT LES PLUS GRANDES DIFFICULTÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES QUI VIVENT AVEC LE VIH/SIDA ?

Tout le monde le sait, il y a beaucoup de tabous et de rejet. Les gens ont peur. Quand j'ai dit à quelqu'un que je faisais du bénévolat avec des personnes séropositives, elle m'a demandé si j'avais peur. Peur de quoi? Il y a beaucoup d'incompréhension et de préjugés pour les personnes qui le vivent. Personne n'est à l'abri pourtant.

Pour les hommes, c'est associé au fait d'être gai. Si c'est une femme, on pense qu'elle a dû coucher avec tout le monde. Quand on apprend qu'une personne est séropositive, il ne faut pas toujours la blâmer. ➤

C'est normal d'avoir des relations sexuelles, même quand on est âgé. Si une personne apprend qu'elle a le VIH et qu'elle se fait rejeter en plus, c'est épouvantable!

Les personnes séropositives vivent un choc aussi gros que si c'était un cancer... mais elles n'ont pas la même sympathie de la part de leur famille, de leurs amis et même de certains professionnels de la santé.

Quand une personne va annoncer à ses proches qu'elle a le cancer, tout le monde va prendre soin d'elle. Si tu dis que tu es séropositif, ce n'est plus pareil. «Ah! Tu as dû le chercher!» Non seulement les personnes peuvent penser et dire que c'est de sa faute, mais il y a des gens aussi qui vont s'éloigner à cause du diagnostic par peur ou préjugé, ce qui va causer l'isolement de la personne qui vit avec le VIH. Les personnes séropositives vivent un choc aussi gros que si c'était un cancer... mais elles n'ont pas la même sympathie de la part de leur famille, de leurs amis et même de certains professionnels de la santé.

Avant, on a vu des cas où les médecins et d'autres professionnels de la santé pouvaient refuser de traiter des personnes séropositives. Les choses ont changé mais il y a encore beaucoup à faire.

Les infirmières ne sont pas bien formées à ce sujet. Dans leurs cours, elles n'ont presque pas de temps

pour aborder les questions du VIH. Et pourtant, le nombre de personnes séropositives augmente.

Les personnes qui vieillissent avec le VIH/sida ou qui le contractent dans la cinquantaine ou plus tard vont vivre en résidence. Il y a des places réservées pour les personnes séropositives (en résidence, HLM, etc.) mais ça ne veut pas dire qu'elles vont toutes aller là! Quand je me suis retrouvée en résidence, je me suis dit: il faut en parler! Je me suis rendue compte que les gens ne connaissent pas ça.

LA QUESTION DES RÉSIDENCES VOUS PRÉOCCUPAIT PARTICULIÈREMENT. POUVEZ-VOUS M'EN PARLER?

Lorsque je suis moi-même démenagée en résidence, je me suis rendue compte que les gens ne connaissent pas ça. En n'en parlant pas, les personnes âgées se disent: «ce n'est pas pour nous autres», et elles ne connaissent rien de ce qu'il faut faire pour se protéger.

Tout ça parce que le VIH/sida est associé au sexe et que les personnes âgées ne sont plus censées penser à ça. Mais dans les résidences, en arrière des portes, il se passe toutes sortes de choses! Et c'est normal!

Le VIH est en hausse chez les personnes âgées. Pas nécessairement une hausse énorme, mais une hausse. C'est en lien avec le viagra et les autres médicaments du genre. Les messieurs ont des relations plus tard. Et les femmes, souvent, elles n'ont pas eu beaucoup de partenaires. Elles ont eu un mari, elles sont maintenant veuves ou séparées et elles rencontrent un autre homme. Elles n'ont jamais utilisé un condom avant et elles se disent «ce n'est pas pour nous»... et plus tard, elles apprennent qu'elles sont séropositives.

Aussi, à cause des préjugés, la majorité des personnes qui vivent avec le VIH ne veulent pas que ça se sache. Elles sont prudentes parce qu'elles ont souvent vécu du rejet par le passé ou elles ont peur d'en vivre de nouveau. Dans les résidences, les choses peuvent se savoir vite, les gens peuvent se retrouver isolés. Parfois, les personnes âgées n'en ont pas parlé à personne, ni à leurs enfants, ni à leur famille, ni à leurs amis. En arrivant à la résidence, les questions du dévoilement ou du non-dévoilement sont importantes: les personnes ne veulent pas que ça se sache et en même temps, il faut parfois qu'elles en parlent ➤

si elles sont malades. Ou encore, les infirmières le découvrent parce qu'elles reconnaissent les médicaments. Ce n'est pas évident.

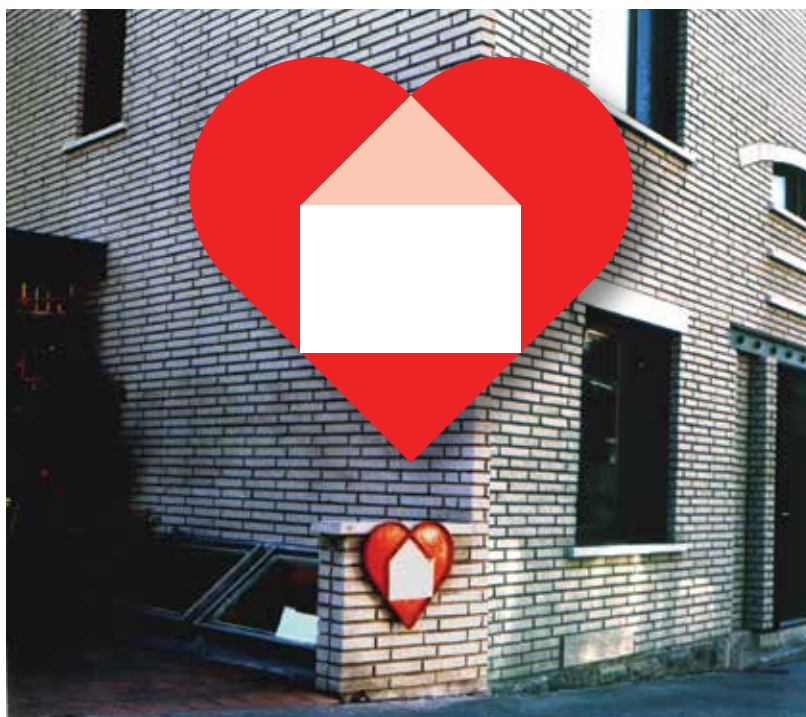
L'IMPORTANT D'EN PARLER...

Quand je suis arrivée à la résidence, là je me suis dit: il va falloir que ça change, qu'on fasse quelque chose, qu'on commence à en parler dans les résidences, mais en ce moment, les directeurs ne sont souvent pas très chauds à l'idée d'en parler. Dans la mienne comme dans plusieurs autres. Et le gouvernement aussi. Il faut faire des conférences. Il faudrait que les gens changent d'opinion.

Il faut regarder la vérité en face. C'est ça que je veux passer comme message: même si tu es âgé, même si tu penses que tu n'es pas séropositif, même si tu n'as jamais utilisé le condom, même si tu rencontres une personne qui te semble très bien dans ta résidence, tu ne sais pas si cette personne est séropositive ou non. Il y a des gens qui ne savent pas qu'ils sont séropositifs et qui le transmettent comme ça. Et d'un autre côté, il faut savoir qu'une personne séropositive, aujourd'hui, ce n'est plus comme avant. Si elle connaît sa situation, avec les médicaments d'aujourd'hui, le taux de transmission est très faible si la charge virale est indétectable.

Il faudrait faire des réunions. Mais quand on fait des réunions dans les résidences, la moitié des gens ne s'y rendent pas. Ça serait bon que les gens viennent voir et en parler pour mieux comprendre qu'il faut se protéger et comment le faire. Mais aussi que les personnes puissent comprendre que vivre dans la même résidence qu'une personne séropositive, ce n'est pas dangereux. Il faudrait arriver à ce que ces personnes n'aient plus peur et ne soient plus rejetées.

1. www.maisonpleincoeur.org.
2. Il s'agit d'un projet de la Chaire de recherche du Canada pour l'éducation à la santé (Johanne Otis, professeure du département de sexologie, UQAM), www.catie.ca/fr/cnp/programme/pouvoir-partagerpouvoirs-partages.
3. Près du tiers des nouveaux diagnostics impliquaient des personnes de 50 ans et plus en 2009. Se reporter à l'article d'Isabelle Wallach, à la page 8 de ce numéro.



Retour sur le colloque: perspective féministe

Gisèle Bourret

Au nom du comité des aînées de la Fédération des femmes du Québec
info@ffq.qc.ca / ffq.qc.ca/mots-cles/femmes-ainees-veillessement



©Christine Bourcier

Photos tirées de l'Exposition **VisÂges et TémoignÂges**.

Un regard sur la beauté de la vieillesse, des réflexions remplies de sagesse!

Organisée par Les Petits Frères, automne 2012.

En tant que responsable du comité des femmes aînées de la Fédération des femmes du Québec, je voudrais d'abord exprimer au comité organisateur mon entière satisfaction pour la tenue de ce colloque et le choix du thème retenu. Il est temps, en effet, de déconstruire les mythes et les tabous entourant la sexualité des personnes aînées et le programme proposé a contribué à le faire de façon très satisfaisante. Je veux souligner entre autres l'audace que vous avez eue d'aborder des sujets dont on ne parle pas en général comme la diversité sexuelle (les personnes aînées gaies, lesbiennes et transgenres). De mon point de vue, les grands objectifs du colloque ont été atteints.

Lors des échanges qui ont eu lieu à la suite des communications ou des ateliers, deux éléments m'ont cependant interpellée: la perception exprimée par certains participants à propos de l'agression sexuelle et la question du recours possible à des escortes pour répondre aux besoins sexuels des hommes.

L'agression sexuelle n'origine pas d'une pulsion sexuelle étouffée ou contrainte, mais relève plutôt d'une volonté de dominer, de soumettre, en faisant fi du consentement de l'autre personne. Cela fait pratiquement l'unanimité aujourd'hui. L'agression sexuelle constitue un abus injustifiable quel que soit l'âge de l'agresseur et de la victime et l'abuseur doit ➤

en venir à le reconnaître afin de ne pas reproduire ses comportements. Il me semble que l'intervention auprès d'un abuseur devrait se faire dans cette perspective.

Dans le cadre de certaines discussions qui ont eu lieu durant le colloque, des échanges ont laissé entendre qu'une des solutions – pour limiter les dommages – consistait à diriger un abuseur vers une escorte. Cela n'a absolument rien, c'est le moins que l'on puisse dire, de curatif pour l'abuseur, ni de rassurant pour les femmes (résidentes et membres du personnel) qui l'entourent. C'est aussi croire que, lorsqu'il s'agit d'une escorte, la question de l'agression sexuelle ne se pose plus !

Cela m'amène à parler du deuxième sujet, le recours possible à des escortes. J'ai été assez décontenancée d'apprendre que cette question était à l'étude à certains endroits et que c'était perçu comme un service à offrir aux hommes âgés. Cette question, il me semble, soulève plusieurs enjeux sociaux. Je me limiterai à en énumérer quelques-uns.

Le premier enjeu est la reproduction du double standard à propos de la sexualité masculine et féminine, la sexualité masculine étant conçue à l'aune des besoins impératifs demandant satisfaction. Selon cet angle, il faut à tout prix offrir des « services » qui permettent de satisfaire ces besoins et l'un des plus rapides ou des plus faciles serait de recourir à des escortes. Mentionnons d'emblée que cela évite de se pencher sur des solutions plus imaginatives concernant les modes d'expression, dans une résidence pour personnes âgées, de la sexualité des hommes et **des femmes**, dans le respect et la dignité des unes et des autres. Le champ d'exploration ici, large et novateur, permettrait de tenir compte des besoins, exprimés ou pas, des unes et des autres.

En second lieu, il faut souligner que, selon nous, les « services » sexuels, comme les « services » d'escortes, ne sont pas des services comme les autres « soins » aux personnes. Pour le mouvement des femmes en particulier, contrer la marchandisation du corps des femmes représente un enjeu social important dans la recherche de l'égalité entre les femmes et les hommes, même s'il n'y a pas de position unanime au sujet de la prostitution et du travail du sexe.

Avaliser le recours à des travailleuses du sexe pour des résidents de centres d'hébergement certifiés par le gouvernement équivaut à prendre partie en faveur du travail du sexe, ce qui est éminemment discutable. Il faudrait donc procéder à une réflexion plus en profondeur sur les impacts d'une telle décision.

Enfin, il me semble que l'on n'a pas beaucoup parlé dans ce colloque de la sexualité féminine et que la sexualité des aînés était surtout vu, implicitement, à travers le prisme de la sexualité masculine. Nous aurions souhaité d'ailleurs que le titre du colloque soit la sexualité des « personnes âgées ». Voilà quelques-unes des interrogations et des réflexions que je vous sou mets à la suite de ma participation au colloque. Je vous remercie de votre attention et vous souhaite bonne chance dans votre travail.

Sexualité au féminin : le regard d'une femme vintage

Annie C. Bernatchez, B. A.

Candidate à la maîtrise en santé communautaire
Université de Montréal
acbernatchez@gmail.com

Une démystification de l'inconnu, une sorte de dévoilement d'un non-dit exposant les identités, les tabous et bien plus, le colloque sur la sexualité des aînés a contribué à la dissidence de nos croyances sur le sujet. Jocelyne Robert, sexologue et écrivaine québécoise, a été une animatrice hors pair lors de cette journée et c'est avec plaisir que je l'ai interviewée. En lien avec son livre, Les femmes vintage, voici quelques questions-réponses inspirées par ce colloque.

ACB: Pouvez-vous nous décrire la femme vintage en quelques mots ?

JR: C'est une baby-boomer. Elle a franchi la cinquantaine et elle est authentique, pas retouchée et savoureuse comme un bon porto millésimé. Ce n'est pas parce qu'elle est au carrefour tabou du quinquagénat ou du sexagénat qu'elle se laisse mettre en quarantaine ! Les femmes vintage n'ont pas de cadre de référence puisque celles qui les ont précédées étaient déjà vieilles à cet âge ou avaient déjà trépassé. Elles doivent donc inventer leur vie. Les nombreuses années qui se déclinent devant elles méritent d'être vécues joyeusement. Ce sont des créatures toutes nouvelles, sans précédent historique.

ACB: Quelle est la différence entre la femme vintage et les autres générations de femmes ?

JR: Les plus vieilles ont moins subi la dictature de rester jeune à tout prix, de l'interdit d'être vieille, grosse ou laide. La femme vintage a vécu la révolution sexuelle et féministe, l'amour libre, les communes, etc. Elle est de la première cuvée mamie-boomer revendiquant de conserver son statut de femme. Les plus jeunes sont nées dans cette culture des c: cul, corps, cash, chirurgie pathétique et chosification du corps et du sexe des femmes... La pression pour ressembler à un modèle hégémonique est pour elles une réelle oppression. Mêmes seins soufflés à l'hélium, babines repulpées, yeux étirés, front botoxé: les femmes finissent toutes par se

ressembler. Or, pour la grande majorité des femmes, même jeunes, il est bien difficile de ressembler à ce modèle sans se faire remodeler et transformer. Pour une femme mûre-mûre (vintage), c'est carrément impossible. Celles qui sont prises dans le tourbillon et poursuivent cette quête finissent par avoir l'air d'avatars, d'êtres humains fabriqués en série.

ACB: En quoi la sexualité des femmes vintage est-elle différente ?

JR: C'est la première génération de grands-mères sexuées et sexuelles (en tant que groupe, car il est évident qu'il y a eu, avant, des femmes post-méno qui étaient sexuelles, individuellement). Elles n'ont pas renoncé à plaire, à séduire ou à être séduite. ➤

ACB: Vous parlez de vieillir au féminin, que voulez-vous dire ?

JR: C'est plus difficile de vieillir pour les femmes que pour les hommes. Difficile, car nous évoluons dans des univers nourris de doubles contraintes et de doubles discours. Vieillir n'est pas un choix. Mais la société ne nous en donne pas, non plus, le droit. J'essaie d'introduire l'idée que la beauté n'est pas l'apanage exclusif de la jeunesse, qu'elle est multiple. Si l'on s'ouvrait, ne serait-ce qu'un tant soit peu, à cette idée, les femmes s'accepteraient bien davantage en vieillissant et accueilleraient plus joyeusement et plus sereinement les modifications liées à l'âge qui patinent le corps sans l'enlaidir.

ACB: Dans votre livre, vous faites référence à un personnage fictif, du nom de Gwendoline Dubois, une femme érotique, voire impudique, qui transcende les femmes nées du baby-boom. Pensez-vous que cette femme qui nous est immanente saura atténuer les tabous de la sexualité des femmes qui avancent en âge ?

JR: Oui et non. Je crois simplement que le fait de reconnaître qu'elle existe ou du moins qu'elle peut exister serait déjà une victoire.

ACB: La sexualité fait souvent référence aux performances sexuelles sans prendre en compte le jeu de la séduction. Cette femme

que vous décrivez est, depuis son jeune âge, un vecteur de stéréotypes reliés à la beauté et au rôle, imprégné de religiosité, qu'elle doit accomplir dans un couple et dans la société. Depuis les années 1970, une révolution s'est amorcée pour que la femme puisse s'en affranchir. Pensez-vous que ces révolutions considèrent qu'il y a aujourd'hui une ouverture dans les perceptions touchant le rôle de la femme et son identité sexuelle ?

JR: L'identité sexuelle ne meurt jamais alors que l'expression sexuelle (laquelle passe par l'agir sexuel – homosexuel, hétérosexuel ou autosexuel) peut se taire. La femme (l'homme tout autant) a besoin d'être perçue comme une femme jusqu'à la fin du voyage. L'identité sexuelle est un sentiment intérieur, intrapsychique, d'appartenance au groupe des femmes quand on est une femme (des hommes quand on est un homme). Elle s'exprime entre autres par le besoin d'être reconnu en tant que femme ou homme jusqu'à la mort, par la fierté liée au fait d'être homme ou femme.

ACB: En mettant en perspective la sexualité, qu'est-ce que vous pensez du féminisme et du vieillissement des femmes ?

JR: Un des échecs du féminisme est précisément la hantise des femmes de vieillir, le vouloir rester jeune à n'importe quel prix. Prenons l'âge, cette phobie de dire simplement son âge illustre

un des échecs flagrants du féminisme.

ACB: Pensez-vous que les féministes vintage sauront dissiper, pour les générations futures, le sentiment de tabougénaire ?

JR: Certes pas totalement, mais je crois qu'elles peuvent y contribuer, mais pour cela il faut oser, il faut qu'elles osent, qu'elles s'expriment, au lieu de se taire et de s'éclipser.

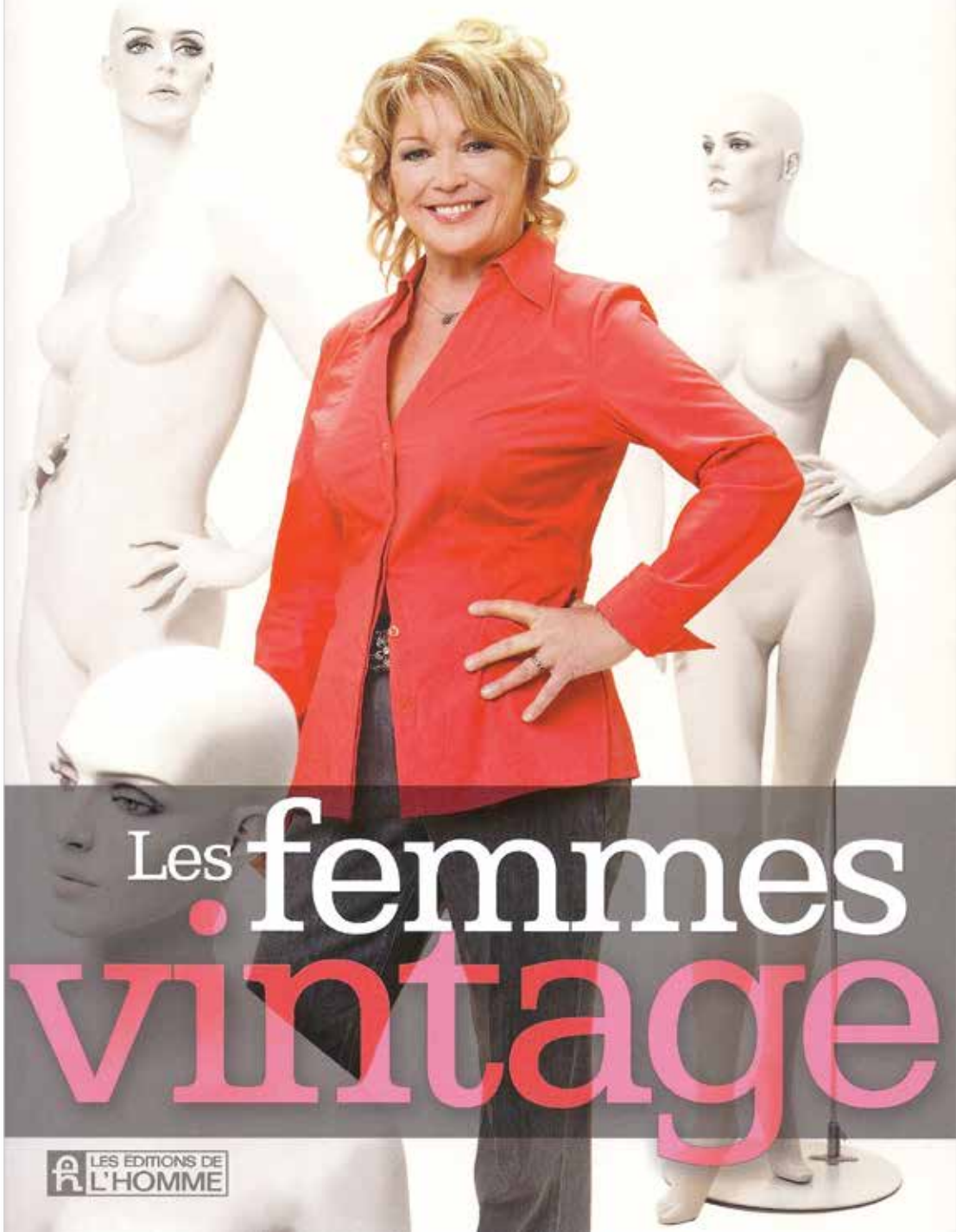
ACB: Pensez-vous que l'importance accordée à la beauté du corps et à la jeunesse influence le rôle de la séduction chez les femmes qui ont dépassé la soixantaine ? Et celles qui vivent dans un centre d'hébergement ?

JR: Définitivement. Il ne peut en être autrement.

ACB: Vous parlez du viagraman, pensez-vous qu'il augmente la pression chez les femmes, déjà très marquée, sur le fait de ne pas avoir le droit d'être grosse, laide ou de vieillir ?

JR: Une contrainte supplémentaire. J'ai entendu des femmes s'exclamer mi-figue mi-raisin : « Tiens, il me faut être prête, pépé a pris sa pilule ! » D'autres qui, à 70-75 ans, aiment la pénétration apprécient réellement. Le danger avec le viagra c'est de le proposer allègrement au lieu, parfois, de questionner la relation. Parfois aussi au détriment de toute la ➤

Jocelyne Robert



panoplie d'échanges érotiques qui se passent de pénétration. Par ailleurs, je crois que bien des viagrammes se tournent vers des femmes plus jeunes parce qu'ils croient que les femmes de leur âge ne sont pas « désirantes ». Et pas toujours parce qu'ils les jugent non désirables. La femme vintage (vieillissante) ne se sent pas toujours autorisée d'avoir du désir et de l'exprimer manifestement. Sentiment de ne pas y avoir droit précisément parce qu'elle ne correspond plus au modèle consacré (jeune, fraîche, conforme aux stéréotypes culturels dominants de beauté).

ACB: En quoi les femmes vintage peuvent-elle contribuer à modifier les préjugés envers la sexualité des aînés ?

JR: Surtout en témoignant. En s'affichant.

Pour conclure, je tenais à laisser la touche personnelle de Jocelyne Robert.

Je veux que l'on cesse de nous faire croire que les rides sont obscènes. La grossièreté est ailleurs. La quadragénaire qui se donne des allures de nymphette et la sexagénaire qui se fait reconstruire en modèle trentenaire me semblent bien plus obscènes. La chirurgie esthétique me semble pathétique parce qu'elle fige et pétrifie la chair, le visage, donnant au corps une aura de mort (fixité et lissité) bien plus que de beauté (mouvement et vie). Les plus-que-quinquas que je connais sont belles et désirables, dans la mesure où elles sont vivantes et désirantes. Les femmes se font refaire pour demeurer séduisantes et désirables. Personne ne leur a donc jamais dit que l'érotisme est dans le mouvement et non dans la fixité ?

Selon moi, l'âgisme est un enfermement, une mise à mort bien avant la mort. Le jeunisme est une idéologie, une religion, une idolâtrie, une illusion. On devrait plutôt faire la différence entre l'âge

chronologique et l'âge subjectif ou ressenti. Au moment où j'écris ces lignes, il fait 33°C à Montréal, mais avec l'humidité ambiante, on perçoit 40°. Il en va de même pour l'âge. Celui que l'on éprouve me semble bien plus vrai, plus authentique. Dans cet esprit, on est vieille quand on se sent vieille. Cela peut être à 40 ans ou à 90 ans, ou jamais, selon le « temps » qu'il fait à l'extérieur – l'environnement, le regard et le jugement des autres, etc. – et celui qu'il fait à l'intérieur de soi – satisfaction personnelle, estime de soi... Hélas, la météo extérieure contamine bien souvent notre météo intérieure.

Dans toutes les sociétés occidentales existe désormais une horde de femmes (les baby-boomeuses) qui, bien qu'elles soient les plus nombreuses et actives, appartiennent à un groupe d'âge inconnu. À 60 ans, on n'est plus une femme mûre, mais on n'est pas non plus une vieille. Et c'est connu que ce qui n'est pas nommé est inexistant. Dans Les femmes vintage, j'ai voulu nommer ce qui existe de manière aussi flagrante qu'un nez au milieu du visage.

>> Visitez le blogue de Jocelyne Robert : jocelynerobert.com

Le documentaire : *70 ans et... au placard ?*

Julie Beauchamp, M. A.

Candidate au doctorat en sexologie
Université du Québec à Montréal
beauchamp.julie.8@courrier.uqam.ca

Robin McKenna nous propose un documentaire incontournable sur les réalités et les enjeux méconnus des aînés lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la communauté franco-ontarienne.

Dès les premières minutes, nous sommes interpellés par le témoignage d'un des participants : « C'était bien difficile, je savais que j'aimais les hommes, mais on n'en parlait pas ». Les peurs ressenties autrefois sont exprimées dans la profondeur du vécu des individus, ce qui vient, à la fois, nous émouvoir et nous troubler. Les craintes liées à l'exclusion, au rejet et à la découverte de leur homosexualité m'ont bouleversée. >



À travers le récit d'aînés gais et lesbiennes, l'on découvre les réalités parfois difficiles du vieillissement des LGBT ainsi que la place qu'ils ont et auront dans le système de santé (services à domicile, résidences pour aînés, programmes spécifiques). On y aborde la problématique reliée à la langue française dans les services offerts. Le documentaire soulève également l'idée que les aînés ne devraient pas avoir à choisir entre deux identités: l'identité de la langue d'origine francophone et l'identité sexuelle.

Jean-Rock Boutin, fondateur de FrancoQueer, l'association des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) francophones de l'Ontario, explique: «quand on traite tout le monde égal, ça veut dire qu'on est tous traités comme des hétéros», ce qui exclut d'emblée les réalités vécues par la population LGBT. Le témoignage d'un autre participant ayant perdu son conjoint nous montre la souffrance vécue par ce dernier à travers le deuil. Des témoignages touchants sur «la vie cachée» menée par plusieurs d'entre eux traversent le documentaire: «Les choses les plus belles qu'on vivait, on ne pouvait pas en parler.» Cette solitude, si lourde à porter, revient comme un thème essentiel dans les récits.

Les témoignages, évoquant l'appréhension de «retourner dans le garde-robe» au cours du vieillissement, nous amènent à prendre conscience que rien n'est acquis. La reconnaissance sociale des aînés LGBT est une bataille qu'il faut mener dans toutes les sphères de la société, de là l'importance de ce documentaire.

Un certain nombre d'aînés gais et lesbiennes ont vécu de la discrimination au cours de leur vie, allant de l'injure à l'internement, ce qui a mené plusieurs individus à l'invisibilité. La prochaine génération, celle des baby-boomers, veut changer cette réalité. Line Chamberland, chercheure et professeure au département de sexologie et titulaire de la Chaire de recherche sur l'homophobie, qui a participé à la recherche de l'Université McGill portant sur les gais et lesbiennes aînés, considère qu'il y a un travail de sensibilisation à faire auprès des institutions afin de créer des environnements inclusifs et sécuritaires pour les LGBT. On y découvre aussi l'existence d'une résidence privée *gay friendly*. Il s'agit d'une option pour les aînés qui veulent cohabiter ensemble dans un milieu de vie qui tient compte de leurs réalités en tant que LGBT.

L'éducation demeure toutefois la pierre angulaire afin de faire évoluer les discours, les mentalités,

casser les préjugés et assurer une vieillesse inclusive et sécuritaire pour les LGBT aînés. De plus, la question de la langue demeure un enjeu important en Ontario, surtout vers la fin de la vie, afin d'assurer des services adéquats en français.

Que faut-il faire pour changer la situation? C'est à cette question capitale que ce documentaire nous invite à réfléchir: prendre conscience des besoins, des craintes et des réalités des aînés LGBT. Finalement, ce que je retiens essentiellement est que l'invisibilité créée par les craintes de la discrimination est une voie sans issue. Les gais et les lesbiennes aînés souhaitent ne plus se taire, être eux-mêmes dans les multiples facettes de leur histoire de vie. Ils espèrent que la société accepte leurs réalités différentes. Leurs voix doivent s'élever au-delà de nos institutions et préparer le chemin pour que des environnements plus inclusifs et équitables soient accessibles.

70 ans et... au placard?, un documentaire touchant à découvrir, qui donne un visage et une voix à une population qui a vécu dans l'ombre trop longtemps.

Un documentaire produit par Médiatique inc. et réalisé par Robin McKenna pour Radio-Canada en 2012. Durée: 49:12.

>> Pour visionner la bande-annonce: www.youtube.com/watch?v=kV0w_-7km4M

Communiquer sur un tabou : la sexualité des personnes de plus de 70 ans

Propos recueillis par Véronique Billette, Ph. D.

Coordonnatrice de l'équipe de recherche FRQSC Vieillissements, Exclusions sociales et solidarités (VIES)

Ce numéro de la revue *Pluriâges* a le plaisir de présenter différentes images provenant du mémoire en design graphique de Benjamin Mege, étudiant au Diplôme Supérieur d'Arts Appliqués (FORM- Lycée des Arènes, Toulouse, France) en 2009.

Le projet, intitulé « Communiquer sur un tabou : la sexualité des personnes de plus de 70 ans », vise à analyser la nature des tabous dans notre société et à trouver différentes façons de les aborder pour un large public. Sensible aux tabous qui forgent notre rapport au monde, Benjamin Mege s'est intéressé aux différents tabous encore présents en France en réalisant une « cartographie » des tabous où se retrouvent le vieillissement, la mort, l'argent, l'inceste, le sexe, les infections transmises sexuellement, les déviances sexuelles, etc. La sexualité des personnes âgées s'inscrit de façon significative parmi les tabous recensés.

Le projet s'appuie sur des enquêtes réalisées dans des maisons de retraite de Toulouse et de Clermont-Ferrand (France) et sur une revue de littérature



© Benjamin Mege

portant sur les tabous, le vieillissement et la sexualité des personnes âgées. Les entretiens ont d'abord confirmé l'existence d'un tabou autour de la sexualité des personnes âgées, tabou plus ancré encore que la sexualité des enfants et des adolescents. Le tabou s'est révélé de plusieurs façons : prise de conscience de l'intervieweur

de ses propres tabous et préjugés, ne pas dévoiler le thème des entretiens aux administrateurs de certaines maisons de retraite pour éviter les réponses négatives, patience et discussions variées avant d'aborder le sujet avec les personnes âgées qui pourraient avoir des réticences. Les entretiens réalisés auprès de personnes >

âgées et de membres du personnel des maisons de retraite révèlent que la vie sexuelle est présente et active dans ces lieux de vie. Les relations sexuelles, les nouvelles rencontres de partenaires, les couples qui se font et se défont, les préoccupations des personnes pour être en mesure d'avoir une vie sexuelle malgré les troubles de santé et la médication, le désir de plaire et d'entretenir des relations sont des réalités quotidiennes. Au-delà des préjugés, malgré les obstacles physiques et psychologiques qui peuvent être des freins à la vie sexuelle des personnes âgées, différentes formes d'expression de la sexualité et des désirs sont toujours bel et bien présentes passé 70 ans.

Toutefois, cette réalité n'est que rarement discutée et prise en compte dans les soins et les services offerts aux personnes habitant en maison de retraite.

L'analyse des entrevues et des observations a permis de faire ressortir trois objectifs de communication visant à briser ce tabou :

Les idées proposées dans le mémoire sont diversifiées et nombreuses, allant de la création d'une exposition artistique itinérante destinée à visiter les différentes maisons de retraites en France à la production d'affiches format abribus pour la sensibilisation grand public ou d'affiches à l'intention du personnel et des résidents des maisons d'hébergement (voir pages 26-27 de ce numéro). Une des idées originales présentée en lien avec l'exposition itinérante consiste à produire une porcelaine animée : pendant l'exposition, la vaisselle du centre serait remplacée par une vaisselle coquine. Techniquement, il s'agit d'assiettes imprimées avec de l'encre thermochrome (voir images ci-dessous). Pour chaque degré de température, l'encre fait apparaître une image. Dans ce cas

précis, après que le repas chaud soit servi dans l'assiette, une animation coquine se déclencherait au fur et à mesure que le plat refroidit. Une façon intéressante de susciter la discussion sur le sujet autour de la table.

Les objectifs du projet soulignent tous l'importance de se sensibiliser aux réalités diversifiées de la vie sexuelle des personnes âgées afin de permettre une discussion impliquant les aînés, les professionnels et la population en général, une discussion qui permettra de briser des mythes, d'élargir les façons de voir et d'améliorer les conditions de vie en hébergement pour les personnes âgées actuelles et futures.

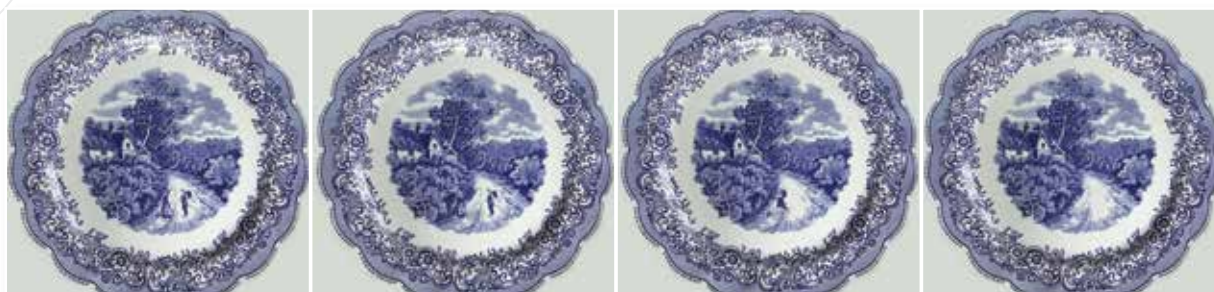
Pour plus d'information, veuillez communiquer avec Benjamin Mege à l'adresse courriel suivante : mege.benjamin@gmail.com.

Mege, Benjamin (2009). Communiquer sur un tabou: la sexualité des personnes de plus de 70 ans. Mémoire en Design graphique, Diplôme Supérieur d'Arts Appliqués, FORM-Lycée des Arènes, Toulouse, France.

Réveiller la question de la sexualité en maison de retraite ou bien comment trouver des médiums artistiques qui peuvent susciter des discussions sur ce thème en milieu hospitalier

Éduquer le personnel aide-soignant

Sensibiliser le grand public sur le thème de la sexualité après 70 ans





LE SEXE APRÈS LA CINQUANTAINE

par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

La sexualité, la sensualité et le besoin d'aimer et d'être aimé ne s'évaporent pas avec l'âge. La vie sexuelle change avec l'âge, mais ne s'évanouit pas! En fait, la plupart des Canadiens de plus de 65 ans sont actifs sur le plan sexuel et déclarent que la sexualité est importante pour eux.

La sexualité ne consiste pas seulement en ce que nous faisons, ou comment nous le faisons. La sexualité comprend notre façon de penser, nos sentiments et notre comportement. Il s'agit d'une partie importante de la vie et de l'appréciation de la vie. Les habitudes en matière d'activités sexuelles ne changent pas beaucoup avec l'âge. Si vous étiez actif sur le plan sexuel lors de votre jeunesse, il y a fort à parier que vous le serez encore en vieillissant, bien que les conditions de santé puissent changer la façon dont vous exprimez votre sexualité.

>> masexualite.ca/sante-sexuelle/le-sexe-apres-la-cinquantaine



PAS DE RETRAITE POUR LE SEXE

par Sophie Marcotte, 11 février 2013 - Cet article fait partie du dossier *Et la sexualité, ça va ?*

«Le sexe chez les personnes âgées est l'un des derniers grands tabous, affirme l'infirmière sexagénaire Claire Dubé, qui donne des conférences sur ce sujet (entre autres). Les gens ont l'air de croire que, passé la ménopause, les femmes n'ont plus de désir sexuel et cessent toute activité de cette nature.»

>> gazettedesfemmes.ca/6552/pas-de-retraite-pour-le-sexe



L'ÂGE DU DÉsir OU « FULL SEXUELLE » À 78 ANS

par Jocelyne Robert, sexologue

On imagine toujours que nos parents ou grands-parents ne font que dormir. Bien sûr qu'ils dorment. Il faut bien qu'ils se reposent entre deux parties de jambes en l'air... Parfois donc, ils dorment, parfois ils s'engueulent, parfois ils baisent. C'est ça la vie. C'est ça l'amour.

>> jocelynerobert.com/2010/11/01/lage-du-desir-ou-full-sexuelle-a-78-ans



SAFER SEX FOR SENIORS

Si vous êtes à la recherche de réponses sur les défis uniques, les joies du sexe et de l'intimité des personnes âgées, vous avez frappé à la bonne place! **SaferSex4Seniors.org** fournit des informations précises mises à jour par des experts dans le domaine. «Safer sex» signifie s'informer concernant les infections sexuellement transmissibles et agir de manière responsable en se protégeant adéquatement.

>> safersex4seniors.org

Communication in palliative care Training offered in English Formation offerte en anglais	jeudi 14 novembre 2013	Patrick Durivage et Luiza Zacchia Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
L'outils « AIDE-Proches »	vendredi 22 novembre 2013	Nancy Guberman Chercheur associée, CREGÉS	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Les soins palliatifs et l'aide au proche : une formation pour professionnels multidisciplinaires - Formation offerte en français	vendredi 17 janvier 2014	Patrick Durivage Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
Musclez vos méninges ! Promouvoir la vitalité intellectuelle des aînés	mardi 21 janvier 2014	Manon Parisien Prévention et promotion Santé et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
Counseling de courte durée auprès des proches aidants	mercredi 22 janvier 2014	Pam Orzeck Centre de soutien aux proches aidants CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Introduction to palliative care Training offered in English Formation offerte en anglais	jeudi 20 février 2014	Luiza Zacchia Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
Caregiving in the Palliative Stage: A Training for Multidisciplinary Professionals Training offered in English Formation offerte en anglais	jeudi 27 février 2014	Zelda Freitas Soins palliatifs à domicile Pam Orzeck Centre de soutien aux proches aidants CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Jog your mind! Promoting the intellectual vitality of seniors Training offered in English Formation offerte en anglais	vendredi 14 mars 2014	Norma Gilbert Prévention et promotion Santé et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
Introduction aux soins palliatifs à domicile	jeudi 10 avril 2014	Patrick Durivage Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 19-20-21	40 \$ Dîner non inclus
Intervention auprès des personnes âgées en soins palliatifs	jeudi 8 mai 2013 vendredi 9 mai 2014	Patrick Durivage Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish Isabelle Van Pevenage Chercheure en CREGÉS	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	160 \$ Dîner inclus
Problèmes de santé mentale et personnes âgées	vendredi 16 mai 2014	Alan Regenstreif Santé mentale et vieillesse CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 19-20-21	80 \$ Dîner inclus
Short-term counseling to caregivers Training offered in English Formation offerte en anglais	jeudi 29 mai 2014	Pam Orzeck Centre de soutien aux proches aidants CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus

Les inscriptions aux formations peuvent se faire en ligne en cliquant sur ce lien :

www.creges.ca/site/partage-des-savoirs/formations/inscription-aux-formationen

par téléphone au : 514-484-7878 poste 1340

ou par courriel à : creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca

*NB : La formation est gratuite pour le personnel, les bénévoles et stagiaires du CSSS Cavendish.

Commandez ce livre ! >> pulaval.com



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish
Health and Social Services Centre
Affilié universitaire