

Toujours vivants Toujours aimants

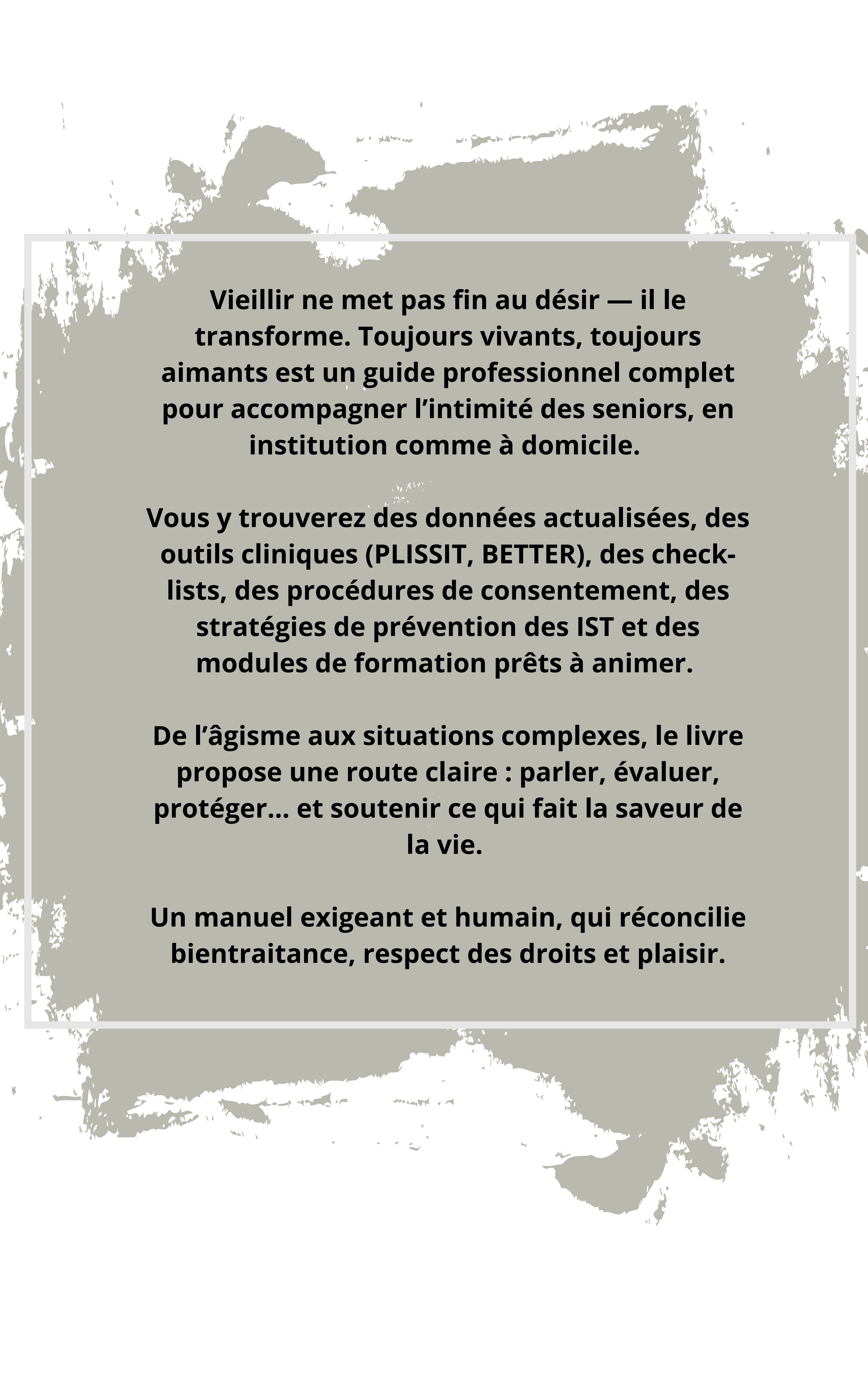
GUIDE PROFESSIONNEL POUR
ACCOMPAGNER LA VIE INTIME
DES SENIORS EN INSTITUTION

Un manuel qui replace l'intimité
au coeur du soin ...

Concret, sensible, outillé

Marianne Bâlon





Vieillir ne met pas fin au désir — il le transforme. Toujours vivants, toujours aimants est un guide professionnel complet pour accompagner l'intimité des seniors, en institution comme à domicile.

Vous y trouverez des données actualisées, des outils cliniques (PLISSIT, BETTER), des check-lists, des procédures de consentement, des stratégies de prévention des IST et des modules de formation prêts à animer.

De l'âgisme aux situations complexes, le livre propose une route claire : parler, évaluer, protéger... et soutenir ce qui fait la saveur de la vie.

Un manuel exigeant et humain, qui réconcilie bientraitance, respect des droits et plaisir.

I. INTRODUCTION

“La sexualité accompagne nos vies, de la naissance au grand âge, se réinvente, se transforme, mais ne s’efface jamais.”

Ah, la sexualité ! Grande voyageuse, elle nous accompagne du premier cri au dernier souffle, passant parfois par des chemins aussi sinueux qu’une route de campagne en hiver — alors que certains prétendent, avec une désinvolture suspecte digne de notre cousine Germaine, qu’elle s’arrêterait à la retraite, pile avec la fin des tickets-resto. Spoiler : c’est faux. Bien au contraire, la santé sexuelle améliore la santé tant physiologique que psychologique.

Ce guide s’adresse à celles et ceux qui préfèrent les faits aux idées reçues, les éclats de rire aux non-dits gênants, et l’art du tact face aux tabous épineux — autrement dit, aux professionnels et aux aidants dotés d’un cœur (et, bonus, d’un sens de l’humour aussi discret qu’efficace, comme un lubrifiant invisible mais essentiel).

Parce qu’il serait dommage de réduire la sexualité à un simple service après-vente du vivant, notre objectif est triple : transformer un sujet sensible en opportunité de bien-être et de respect, s’appuyer sur des données solides — et parfois surprenantes du monde scientifique — et outiller chacun pour une posture professionnelle, inclusive et humaine. Bien sûr, il se peut que vous soyez pris d’un certain désir de rire jaune devant certaines révélations... N’y voyez aucune contre-indication, bien au contraire.

En somme : osez penser, oser agir, et qui sait, oser parler de sexualité, même quand il n’y a personne... mais toujours avec style.

OBJECTIFS:



Transformer un tabou en opportunité de bien-être et de respect



S’appuyer sur la riche littérature scientifique pour penser et agir



Proposer des outils concrets et applicables immédiatement



Favoriser une posture professionnelle, respectueuse, inclusive

II. SEXUALITE ET VIEILLISSEMENT

Réalités & Enjeux

2.1 Prévalence et satisfaction

S'il fallait croire les préjugés, la sexualité s'enfuirait à la première ride et finirait étranglée entre le couvercle d'une boîte à pilules et la fermeture d'un pyjama en pilou. Or, n'en déplaise aux petites blagues du café du commerce (ou du salon de coiffure), la réalité scientifique bouscule ces clichés de manière réjouissante – et parfois désarmante de réalisme.

Les données issues des enquêtes CSF (2006 et la nouvelle vague 2023, Inserm, ANRS, Santé Publique France) le confirment: la vie intime et sexuelle des seniors ne connaît pas de date limite de consommation... ou alors, elle n'est pas marquée en gros sur les boîtes ! Selon l'étude coordonnée de Laumann, 2006, portant sur environ 26 000 personnes âgées entre 40 et 80 ans dans 29 pays: plus de 60,8% des femmes et 79,3% des hommes de 60 à 69 ans disent avoir eu des rapports sexuels au cours de la dernière année, et cette proportion reste conséquente chez les 70-79 ans: 42,8% des femmes, 63,5% des hommes. Même chez les 80-89 ans – âge où l'on préfère parfois la douceur d'un flan au caramel à d'autres émotions fortes – 10,9% des femmes et 39,5% des hommes restent sexuellement actifs. Ces données sont également reprises dans l'étude de Lindau et al. (NEJM, 2007) portant sur 3005 adultes de 57 à 85 ans montrant la persistance de la sexualité à un âge avancé, avec déclin de fréquence mais forte corrélation de santé et conjugalité.

La conjugalité s'avère un moteur important: vivre en couple dope largement la prévalence, avec 77,2% de femmes et 84,9% d'hommes entre 60 et 69 ans qui restent charnellement curieux... preuve que les duos de longue haleine sont parfois plus toniques qu'une cure de magnésium. Toutefois, la sexualité n'est pas réservée aux seuls couples formés depuis Baudouin Ier: même hors du couple ou après un veuvage, les seniors — surtout les hommes — poursuivent leur activité, là où l'on note une chute marquée pour les femmes seules (environ 4% restent actives), reflet d'enjeux sociaux, de disponibilité de partenaire ou d'attentes qui évoluent avec l'âge.

Mais la quantité ne fait pas tout! La récente vague d'enquêtes européennes met en évidence une transformation qualitative remarquable. La fréquence moyenne des rapports diminue mais la diversité explose: sexe oral, caresses prolongées, sextoys (avec ou sans options bluetooth), et un plaisir réinventé qui fait la part belle à la lenteur, la tendresse et à une créativité dont seuls les seniors ont le secret — «À notre âge, les relations ressemblent plus à une promenade agréable qu'à un sprint», plaisante Ghislaine, 74 ans, preuve vivante que la vie ne s'arrête pas à la notice d'utilisation du tensiomètre.

Du côté de la satisfaction, le scénario est tout aussi réjouissant: 65 à 74% des seniors actifs jugent leur vie sexuelle satisfaisante et, petite révolution, même parmi ceux qui ne sont plus sexuellement actifs, une majorité déclare leur satisfaction grâce aux gestes tendres et à l'intimité partagée. Emancipée de la performance, la sexualité se fait complicité, confiance, et si possible... fous rires à répétition.

Au final? Non, la sexualité ne s'évapore pas après la retraite... À la limite, elle troque parfois l'exubérance contre l'élégance, la performance contre la fantaisie, et le marathon contre la randonnée contemplative. De quoi rappeler que l'érotisme n'est pas une discipline olympique réservée aux moins de 60 ans, mais un art de vivre où l'ironie, le plaisir et l'humanité grandissent avec les saisons.

2.2. Psychosocial et soutien au désir

Il serait tentant de croire qu'une vie sexuelle épanouie viendrait avec la carte senior, à cocher lors de la même visite que pour la montre connectée anti-chute ou la réduction à la piscine. Pourtant, les études rappellent que la qualité de vie et la sexualité dans le grand âge fonctionnent davantage comme des vases communicants (ou des montagnes russes, selon la saison) que comme des compartiments cloisonnés.

Plusieurs recherches internationales montrent que les seniors sexuellement actifs affichent non seulement un moral plus stable, mais aussi une vie sociale et psychologique plus riche: baisers, caresses, gestes tendres, jusqu'aux rapports pénétrants, entretiennent la sensation de jeunesse et de continuité, tout en consolidant les liens conjugaux ou amicaux. Près de 75 à 89% des personnes âgées interrogées dans une étude écossaise ont rapporté une activité sexuelle sous une forme ou une autre, soulignant que la sexualité va bien au-delà du simple acte sexuel classique.

À l'inverse, la pauvreté et l'isolement social jouent le rôle de frein: la précarité limite l'accès à l'information, aux lieux d'intimité (y compris en institution), et peut rendre difficile l'entretien de soi et la confiance nécessaire pour l'expression des désirs. Quant à la santé, elle ne fait pas dans la demi-mesure. La douleur chronique s'apparente à cette invitée malpolie qui, non contente de s'installer à table, éteint la lumière de la libido et préfère la tisane à la passion: elle contribue directement à la chute du désir, à l'altération de l'image corporelle et – conséquences en cascade – à la réduction de l'intimité dans le couple ou la relation amoureuse.

Ce constat n’est pas une fatalité ! Des pratiques telles que la gestion de la douleur, des massages, l’accompagnement sexologique peut rouvrir la porte à d’autres formes d’intimité – avec parfois, plus d’attention au plaisir sensoriel, ou à l’exploration de gestes nouveaux. Car si la gymnastique devient plus douce, elle peut n’en être que plus inventive... Je recommande d’ailleurs une communication sans détour, aussi bien pour s’adapter que pour éviter d’user les ressorts du lit inutilement !

Le tableau ne serait pas complet sans évoquer le rôle crucial du regard sur soi, des valeurs intimes, du rapport au corps vieillissant, de la spiritualité et des croyances familiales. Les standards de beauté, l’intériorisation d’idéaux jeune-vigueur, voire la crainte du regard des autres, agissent en sourdine ; leur impact est souvent plus marqué chez les femmes, mais n’épargne aucun sexe ni aucune orientation. Accepter son corps, cultiver une sensualité adaptée à ses moyens, et parfois s’en remettre à ses propres codes (ou, disons-le, à un brin de second degré face à la gravité du temps), aident bien plus que tous les magazines spécialisés réunis. Dans certaines études, la spiritualité apaise l’anxiété de performance et permet de prioriser la tendresse sur la prouesse — preuve qu’on peut être à la fois mystique et coquin sans tomber dans l’hérésie.

En résumé (mais sans vouloir conclure trop vite – on n’est pas à un sprint) : les routes de la sexualité senior serpentent entre la santé physique, le moral, la relation à l’autre et à soi, tout en croisant régulièrement les embûches de la société. Mais, entre art de vivre et humour bienveillant, chacun·e peut (ré)inventer sa joie de l’intime, encore et toujours, même si le GPS du désir semble recalculer l’itinéraire à chaque âge de la vie.

2.3. Dimensions qualitatives

Malgré les défis souvent liés à l’âge, force est de constater que certains couples seniors rapportent une satisfaction sexuelle accrue. Ce n’est pas seulement la liberté d’une vie sans risque de grossesse qui flatte l’égo — même si, avouons-le, cet absent du décor simplifie bien des scénarios. Non, c’est avant tout l’intimité profonde, la complicité tissée au fil des années, et la liberté d’explorer la tendresse avec moins de pression qui élèvent l’expérience sexuelle à un autre niveau.

Les seniors réinventent parfois leur sexualité en douceur. Fini le sprint endiablé des jeunes années ; place à cette danse lente, où un regard, un frôlement, un sourire peuvent déclencher des feux d’artifices dignes d’un festival d’été. Une étude récente révèle qu’environ 72 % des seniors en couple se déclarent satisfaits, contre seulement 49 % des célibataires de la même tranche d’âge. Cela souligne non seulement l’importance du partenaire, mais aussi l’écho psychologique des liens construits sur la durée.

Plus encore, l’activité sexuelle chez les seniors n’est pas qu’un plaisir – elle fait office de « marker » de bien-être global. En effet, les rapports charnels sont souvent le reflet d’un équilibre physique, mental et relationnel satisfaisant. Les couples épanouis signalent une meilleure qualité de sommeil et un niveau de stress réduit ; avec tous les bienfaits physiologiques en cascade qui en découlent. On pourrait presque dire que la sexualité chez les plus de 60 ans est un indicateur aussi fiable qu’un thermomètre... mais nettement plus agréable à mesurer.

En fin de compte, ce nouvel âge d’or de la sexualité senior allie expérience, tendresse et humour : « Nous ne sommes plus pressés, on prend le temps de savourer chaque étape », confie souvent un septuagénaire. Et puis, comme on dit, pourquoi courir alors qu’on peut flâner en bonne compagnie... avec le petit plaisir de découvrir que l’orgasme peut être à la fois un retour aux sources et une petite surprise bien méritée et parfois inattendue.

III. TRANSFORMATIONS ...

Physiologiques & psychologiques

3.1. Changements biologiques

Avec l'avancée en âge, le corps ne cesse de nous surprendre – parfois gentiment, parfois avec une efficacité redoutable dans l'art de déjouer nos plans. La sexualité, compagne fidèle des premières heures, subit elle aussi son lot de transformations biologiques qu'il est utile de connaître pour mieux les comprendre... et les accompagner.

Chez la femme, la baisse progressive des œstrogènes entraîne des changements sensibles: sécheresse, diminution de la lubrification naturelle, fragilité des tissus vaginaux, et parfois des douleurs qui rendent les rapports moins agréables, voire redoutés. Cette délicatesse accrue de la muqueuse vaginale, loin d'être un simple désagrément, est la conséquence physiologique d'une ménopause souvent – mais pas toujours – synonyme de fin d'un cycle hormonal. Cependant, cette étape ouvre aussi la voie à une sexualité réinventée, moins centrée sur la performance mécanique et davantage sur la tendresse, l'intimité et la créativité.

Chez l'homme, l'âge modifie la production de testostérone. Ce phénomène naturel se traduit par une baisse des niveaux, qui impacte directement la libido, la qualité des érections, ainsi que le temps de latence entre deux stimulations. La dysfonction érectile, fréquente mais non inéluctable, correspond souvent à un trouble neurovasculaire aggravé par des comorbidités comme l'hypertension ou le diabète. Mais là encore, il ne faut pas désespérer: les avancées thérapeutiques et la compréhension globale des processus permettent aujourd'hui de nombreuses aides, de la communication au traitement médicamenteux, voire chirurgicaux in fine.

Par ailleurs, il est essentiel de mentionner le rôle des médicaments et des comorbidités, hantises silencieuses des seniors, mais souvent coupables désignés. Nombreux traitements prescrits au long cours (antidépresseurs, antihypertenseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens, et même certains traitements hormonaux) peuvent altérer notablement la libido, la lubrification, l'érection ou l'orgasme. Difficile parfois de démêler ce qui relève de la pathologie elle-même ou de sa pharmacopée, mais la bonne nouvelle, c'est que l'écoute et l'ajustement des traitements en concertation avec le médecin et le sexologue permettent de redonner au désir toute sa place.

Enfin, il ne faut pas négliger la fatigue, la douleur chronique, et les conditions physiques liées au vieillissement, qui ont également un impact sensible sur la sexualité, parfois à la manière d'un conjoint grincheux qui serait toujours prêt à rappeler les limites... mais là encore, des adaptations existent et méritent le détour.

Schéma simplifié : facteurs biologiques influençant la sexualité chez les seniors

Facteur	Femme	Homme	Médicaments & Pathologies
Changements hormonaux	↓ Œstrogènes → sécheresse, douleurs. (Ménopause)	↓ Testostérone → baisse libido. troubles érectiles, temps de latence accru	Antidépresseurs, antihypertenseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens, problèmes cardiaques, ...
Physiologie	Fragilité muqueuse, → sensibilité accrue	Dysfonction érectile, fatigue sexuelle	Hypertension, diabète douleurs chroniques

Autres facteurs : Comorbidités, Effets secondaires des traitements

Ce panorama met en lumière la complexité et l'interdépendance des logiques physiologiques, médicales et même psychologiques dans l'évolution de la sexualité des plus de 60 ans. Plus qu'un état, cette sexualité devient une œuvre collective, où outils, soutien et dialogue jouent un rôle clé pour transcender les défis du temps.

3.2. Douleur chronique, libido, bien-être

Parler de la sexualité des personnes âgées sans évoquer la douleur chronique serait comme tenter de décrire l'hiver sans la neige : on minimise un élément fondamental qui bouscule le quotidien. Les douleurs persistantes, qu'elles soient liées à l'arthrite, à la fibromyalgie, à des séquelles neurologiques ou simplement à l'usure naturelle du corps, créent un véritable frein au désir sexuel.

Plusieurs études récentes indiquent que près de 80% des personnes souffrant de douleurs chroniques rapportent une baisse notable de leur libido. Cette chute du désir n'est pas seulement physiologique. Elle s'accompagne souvent d'une altération profonde de la qualité de vie, avec fatigue, troubles du sommeil, anxiété et stress qui viennent alimenter un cercle vicieux. Fatigue et douleur réduisent l'énergie disponible pour l'intimité, et l'appréhension de la douleur pendant l'acte peut provoquer un renoncement préventif.

Les douleurs peuvent aussi augmenter la sensibilité corporelle, transformant certaines caresses en sources d'inconfort, voire de souffrance. C'est souvent le cas pour les femmes atteintes de dyspareunie, une douleur vaginale particulièrement invalidante. Pour les hommes, les douleurs associées à certaines pathologies comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires peuvent aggraver les troubles érectiles, compliquant la vie sexuelle et affectant la confiance en soi.

La bonne nouvelle est qu'une gestion efficace de la douleur peut favoriser la résurgence du désir. Que ce soit par la physiothérapie, l'accompagnement médical, la thérapie physique ou les approches complémentaires, chaque progrès dans la réduction des douleurs ouvre une porte vers une vie intime plus apaisée et plus satisfaisante. Le dialogue entre patient, soignant et partenaire est capital pour ajuster attentes et pratiques, favoriser d'autres formes d'intimité (massage, caresses, préliminaires longs), et dire adieu aux tabous qui font le lit du silence.

“Identifier s’il existe des douleurs non prises en charge : les gérer, c’est souvent ouvrir une porte sur le désir.”

En définitive, aborder la sexualité et la douleur chronique conjointement, c'est reconnaître la complexité de l'être humain dans sa globalité — corps, cœur et esprit. C'est aussi offrir un horizon d'espoir : non, douleur ne rime pas forcément avec fin de vie sexuelle, mais plutôt avec une réorganisation sensible où chaque geste, chaque échange peut retrouver son poids de plaisir et de complicité.

IV. OBSTACLES

Tabous & stigmatisation

4.1. Âgisme et invisibilisation

Dans l’imaginaire collectif, la sexualité des personnes âgées est trop souvent reléguée au rang de mythe ou de légumes oubliés au fond du frigo. La croyance tenace veut que passé un certain âge, le désir s’évapore comme un mauvais rêve ou que les seniors seraient devenus des créatures asexuées, condamnées à la platitude affective. Cette perception n’est pas seulement erronée, elle est toxique, car elle enferme les seniors dans une invisibilité sexuelle qui entrave leur épanouissement personnel et relationnel.

Les études montrent que ce stéréotype est non seulement faux, mais qu’il provoque des conséquences concrètes : il empêche la reconnaissance du droit à une vie sexuelle épanouie, génère honte et silence, et complique l’expression des désirs. Ce déni se traduit aussi, dans les centres d’hébergement, par une pathologisation excessive de l’expression des besoins sexuels, parfois perçus comme des désinhibitions problématiques plutôt que des manifestations naturelles du vivant.

Du côté des soignants, la situation n’est pas meilleure. Beaucoup se sentent mal armés, en manque de formation spécifique et de temps pour aborder sereinement ces sujets délicats. La sexualité des seniors est souvent laissée de côté, ou abordée avec gêne, renforçant une forme d’auto-censure chez les professionnels aussi bien que chez les résidents. Au final, cela crée un cercle vicieux où le tabou nourrit le rejet, qui entretiendra la stigmatisation.

Pourtant, la majorité des personnes âgées interrogées s’affirment plutôt à l’aise avec leur sexualité et souhaitent qu’elle soit davantage prise en compte dans les soins et le quotidien. Fait encourageant, 92% des seniors ne considèrent pas la sexualité comme un sujet tabou, ce qui incite à lever les freins institutionnels et culturels. Il est temps de sortir du cliché et de considérer la sexualité des aînés comme un droit fondamental, un élément clé de leur dignité et de leur qualité de vie.

Un brin d’humour ...

Il est temps de revoir nos classiques: comme disait Simone de Beauvoir, non sans ironie: *«La vieillesse, c’est ce moment où on a l’esprit jeune... mais qu’on doit sortir muni d’un déambulateur.»*

4.2. Conséquences institutionnelles

Dans les maisons de repos et les services spécialisés (MR/S), la sexualité des résidents est trop souvent réduite à un symptôme à gérer plutôt qu’à un droit fondamental à respecter. L’intimité est rarement prise en compte comme un besoin de base, ce qui contribue à maintenir les personnes âgées dans une forme d’invisibilité affective et sexuelle.

Les équipes soignantes, confrontées à des situations complexes — notamment avec des résidents présentant des troubles cognitifs ou des comportements dits « inappropriés » comme l’exhibitionnisme ou la masturbation compulsive — souvent manquant de formation spécifique. Dans ces contextes, la sexualité peut être perçue comme source de risque ou de malaise, ce qui renforce le réflexe de contrôle, d’exclusion, voire d’ignorance du sujet. Pourtant, nier la sexualité revient à mettre un fil à la patte d’une dimension humaine essentielle.

Dans la pratique, cela se traduit parfois par des restrictions institutionnelles excessives, un défaut de confidentialité et un manque d’espaces privatifs adaptés à la vie intime des résidents. Toutes ces barrières accentuent le sentiment d’une banalisation du besoin sexuel et de la réduction de la personne à sa seule dimension médicale ou pathologique.

Gérer ces aspects sans tomber dans la surprotection ni dans la négligence demande un dosage délicat. Il s’agit notamment de :

- Reconnaître que **la sexualité est un droit** à préserver, avec des règles claires, notamment sur le consentement, qui tiennent compte des capacités cognitives et de la volonté des résidents.
- Mettre en place une **communication ouverte au sein des équipes** et avec les familles, en laissant l’autonomie du résident au cœur des décisions.
- **Former le personnel** à aborder ces questions sans tabou, mais avec professionnalisme et empathie.
- **Aménager des espaces** dédiés à la vie intime, garantissant la confidentialité et le respect.
- **Prévenir et gérer avec humanité** les comportements sexuels problématiques, par des stratégies adaptées et respectueuses.

4.3. Impacts psychologiques

Le silence autour de la sexualité des personnes âgées agit comme un voile qui non seulement dissimule une part essentielle de leur humanité, mais nourrit aussi des émotions lourdes à porter. La honte, l’isolement, la peur d’être jugé·e ou incompris·e ferment l’accès au soutien émotionnel et sexuel dont les seniors ont pourtant grandement besoin.

Cette invisibilisation freine la parole, fragilise les relations et peut exacerber des troubles psychologiques tels que l’anxiété ou la dépression. Isolé·e dans un duo muet où chacun cacherait ses désirs et ses blessures, le résident risque de s’éloigner non seulement de son partenaire, mais aussi d’une part précieuse de lui-même. Sans aide ni reconnaissance, la solitude devient plus lourde, tandis que le plaisir, loin d’être un luxe, s’efface petit à petit.

Pourtant, «casser le silence» ne signifie pas forcément lancer un pavé dans la marre, mais souvent juste ouvrir une fenêtre, tendre l’oreille et offrir une écoute véritable. Le moindre mot libérateur – parfois aussi fragile qu’un soupir – peut faire basculer l’équilibre vers un mieux-être salutaire.

Une note légère

On dit parfois que parler de sexualité chez les seniors, c’est comme essayer de convaincre un chat de prendre un bain : ça demande de la patience, un peu d’humour, et surtout une grande dose de respect. Mais quand on réussit, la récompense est à la hauteur, avec un épanouissement souvent inattendu... et une complicité renforcée.

V. SANTE PUBLIQUE

IST, prévention & représentation

5.1. Evolution épidémiologique

L'idée que les infections sexuellement transmissibles sont l'apanage des seuls jeunes aujourd'hui fait de plus en plus long feu — ou plutôt de plus en plus vite, comme le montrent les données récentes. Au Royaume-Uni, l'agence de sécurité sanitaire (UKHSA) constate une progression constante et marquée des diagnostics d'IST chez les plus de 50 ans depuis une décennie. Entre 2014 et 2023, le nombre de cas diagnostiqués de gonorrhée, chlamydia et syphilis chez les seniors a été multiplié par presque trois, avec 1 649 cas en 2023 contre 576 en 2014.

Cette tendance à la hausse ne se limite pas au Royaume-Uni. En Europe, selon l'ECDC et des études complémentaires publiées en 2023-2024, les personnes de plus de 50 ans représentaient près de 17 % des nouveaux diagnostics de VIH en 2020, et près de 32 % des cas de syphilis en 2023 concernent les 45 ans et plus. En France, la survenue de gonorrhée, de syphilis et d'autres IST a également considérablement augmenté chez les plus de 50 ans entre 2021 et 2023, avec une progression sensible de la chlamydia chez les hommes de cette tranche d'âge.

Plusieurs facteurs favorisent cette évolution : vieillissement de la population, habitudes sexuelles renouvelées après divorce ou veuvage, méconnaissance des risques spécifiques, et faiblesse de l'utilisation régulière du préservatif chez les seniors. L'augmentation des diagnostics est aussi liée à un meilleur accès au dépistage, mais les professionnels de santé alertent sur la nécessité d'adapter les campagnes de prévention, longtemps focalisées sur les plus jeunes.

Il est donc crucial d'intégrer la santé sexuelle dans les soins Géroto-gériatriques, avec une approche inclusive, qui valorise la prévention, le dépistage et l'éducation sexuelle adaptée. Les produits de prévention comme les préservatifs et lubrifiants doivent être accessibles sans tabou, et la sensibilisation doit s'appuyer sur la reconnaissance explicite des droits sexuels des seniors.

Un brin d'humour ...

On pourrait dire que les IST ne prennent pas de retraite, et visiblement elles ne se mettent pas à la sieste non plus. Si les seniors osent redécouvrir la vie amoureuse, la prévention, elle, doit suivre pour que « Croisière sur le Nil » ne rime pas avec “bateau ivre” ... d'infections.

5.2. Facteurs explicatifs

L'émergence de nouveaux partenaires sexuels chez les personnes âgées, souvent après des événements majeurs comme le veuvage ou le divorce, apporte un renouvellement naturel mais complexe des dynamiques relationnelles. Cette période de redécouverte affective et sexuelle est porteuse d'espoir, mais aussi de risques, parfois mal appréhendés.

Un frein majeur à la protection contre les infections sexuellement transmissibles est le faible usage du préservatif, largement lié à une méconnaissance des risques spécifiques à cette tranche d'âge. En effet, libérés de l'inquiétude contraceptive, nombreux sont les seniors qui sous-estiment les dangers des IST, ou pensent – à tort – que le vieillissement protège naturellement de ces infections. Les ≥ 60 ans sont une population à risque d'IST car ils ont une activité sexuelle ; ce sont les héritiers d'une génération venue des années 60 où le sujet n'était pas abordé ... qui peuvent ne pas se sentir concernés par le préservatif.

Par ailleurs, les campagnes de prévention grand public ont longtemps ignoré les plus de 60 ans, contribuant à renforcer cette invisibilité. Quand les messages se concentrent uniquement sur les jeunes, cela légitime, sans le vouloir, ce double tabou : celui de la sexualité des seniors et celui de leur exposition aux risques. Ce manque d'adaptation des stratégies de santé publique génère un retard d'information et de sensibilisation, là où le besoin est pourtant bien réel.

Un brin d'humour ...

On pourrait dire que certains seniors pratiquent le refus du préservatif avec l'assurance des danseurs étoile : belle technique, mais qui risque de faire un pas de côté ... avec les IST ! Heureusement, il n'est jamais trop tard pour apprendre de nouveaux pas, et, côté santé, le préservatif reste la meilleure chorégraphie défensive.

5.3. Stratégies adaptées

Face à la progression des infections sexuellement transmissibles chez les seniors, il est impératif d'intégrer le dépistage et l'éducation sexuelle à tous les niveaux des soins gériatriques, sans détour ni tabou. Malheureusement, ces aspects restent encore trop souvent absents des parcours de soins habituels, alors même qu'ils concernent une part importante de la population âgée, active sexuellement et exposée aux risques.

La mise à disposition accessible de produits de prévention comme les préservatifs et les lubrifiants est un levier essentiel pour protéger cette tranche d'âge. Il ne s'agit pas seulement de les rendre disponibles, mais de normaliser leur usage dans un cadre où la sexualité senior est reconnue, respectée et prise en compte comme une dimension du bien-être global.

L'éducation doit alors éviter deux écueils opposés : infantiliser les seniors avec des messages paternalistes ou ignorer leurs besoins spécifiques. Il s'agit d'insister sur la qualité de vie et le plaisir, plutôt que sur la peur et l'interdiction. Supprimer la représentation exclusive des jeunes comme uniques acteurs de la sexualité est une étape clé pour faire évoluer les mentalités, tant dans la société que parmi les professionnels de santé « Sensibiliser sans infantiliser — insister sur qualité de vie et bien-être ».

Intégrer des interventions de dépistage dans les soins gériatriques repose sur une approche multidisciplinaire, systématique et adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées. La complexité des pathologies associées à l'âge nécessite des outils validés et des protocoles rigoureux, afin de détecter précocement non seulement les infections sexuellement transmissibles (IST), mais aussi d'autres risques souvent interconnectés avec la santé sexuelle, comme la fragilité globale ou les troubles cognitifs. Intégrer le dépistage des IST dans les soins gériatriques, c'est conjuguer vigilance médicale, respect de la personne âgée et un accompagnement global multidimensionnel. C'est aussi promouvoir une vision holistique où sexualité, santé physique et bien-être psychologique cohabitent harmonieusement au fil de la vie.

VI. CADRES ETHIQUES

Le consentement

6.1. Consentement sexuel, pas médical

Le consentement sexuel est un principe fondamental reconnu et encadré par la loi belge, notamment depuis la Loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal sexuel.

Cette loi définit clairement que toute activité sexuelle doit reposer sur un accord librement donné, éclairé, volontaire et réversible entre les partenaires. Le consentement implique la présence de la volonté, la compréhension des enjeux, et l'absence totale de contrainte, menace, manipulation ou pression. Il est « révocable, c'est-à-dire qu'il peut être retiré à tout moment, même pendant l'acte sexuel ». Il n'y a pas de consentement lorsqu'une personne est inconsciente, endormie ou sous l'influence de substances altérant son libre arbitre.

Même pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, l'évaluation du consentement sexuel est possible et nécessaire. La capacité à consentir doit être appréciée de manière spécifique à la situation, pour distinguer une libre volonté d'un acte sexuel d'une situation de vulnérabilité ou d'altération cognitivo-comportementale. Cette distinction est cruciale pour garantir le respect des droits et la protection des personnes vulnérables, sans nier leur sexualité.

Il est important de rappeler que le consentement est spécifique à chaque acte, chaque situation et chaque moment : donner son accord une fois ne signifie pas que cet accord est permanent pour tous les actes futurs. De même, être en couple, marié ou cohabitant ne dispense jamais d'obtenir le consentement continu des deux partenaires.

EN RESUME: quels sont les changements législatifs belges récents sur le consentement sexuel ?

L'ancien code, datant de 1867, ne correspondait plus aux enjeux actuels de la société. La réforme place désormais le consentement au cœur de la législation, avec plusieurs principes-clés solidement ancrés :

- Le consentement doit être donné librement, de manière claire et volontaire, avec pleine conscience des enjeux inhérents à l'acte « Le consentement suppose que celui-ci a été donné librement. Ceci est apprécié au regard des circonstances de l'affaire ».
- Le consentement n'est jamais présumé ni déduit de l'absence de résistance ou de refus explicite. Ce signe qui faisait autrefois office d'autorisation tacite est désormais explicite : « Qui ne dit mot ne consent pas ».
- Le consentement peut être retiré à tout moment, avant ou pendant l'acte sexuel, rappelant que l'accord initial n'enferme pas dans une obligation perpétuelle « Le consentement peut être retiré à tout moment avant ou pendant l'acte à caractère sexuel ».
- La loi protège particulièrement les personnes vulnérables ou diminuées, notamment celles présentant des troubles cognitifs, un état de peur, ou sous influence d'alcool, de drogues ou de médicaments. Toute situation exploitant ces vulnérabilités est automatiquement dépourvue de consentement légal.
- Une définition élargie des infractions à caractère sexuel intègre désormais les violences psychologiques, la contrainte morale, la manipulation et l'absence de consentement dans un cadre plus large de protection des victimes.

Cette évolution législative est saluée comme une avancée historique pour le respect et la dignité des victimes, notamment les personnes âgées ou vulnérables, sans pour autant nier leur droit et leur capacité à vivre une sexualité pleine et consentie.

6.2. Outil d’évaluation rapide

Évaluer le consentement sexuel, en particulier chez les personnes âgées souvent vulnérables ou présentant des troubles cognitifs, est une étape cruciale pour garantir le respect et la sécurité des relations intimes. Un outil simple, rapide et structuré peut guider les professionnels dans cette démarche, en s’appuyant sur trois critères fondamentaux :

CRITERE	FORMULATION POSSIBLE
Compréhension	« Peux-tu me dire ce qui se passe ? »
Volonté	« Est-ce que tu veux que cela continue ? »
Conséquences	« Qu’est-ce que cela signifie pour toi ? »

Ces questions ouvertes permettent de saisir la capacité de la personne à comprendre la situation, à exprimer une volonté libre et éclairée, et à mesurer les conséquences éventuelles de l’acte. Elles doivent être posées avec bienveillance, dans un environnement calme et sécurisé, afin de respecter la dignité et la confiance de la personne.

Coté éthique

« Si le consentement est douteux, protéger d’abord — protéger toujours dans l’intérêt de la personne. »

Cette maxime rappelle que la protection de la personne est prioritaire en cas de doute ou d’incertitude. Cette précaution vise à éviter toute situation d’exploitation ou de maltraitance, tout en restant attentive à ne pas restreindre inutilement la liberté affective ou sexuelle. Le juste équilibre entre autonomie et sécurité est au cœur de la pratique professionnelle.

Contexte et ressources

Des recherches récentes insistent sur l’importance d’outils adaptés et validés pour l’évaluation du consentement sexuel chez les personnes âgées, en particulier celles souffrant de démence ou d’altérations cognitives. Plusieurs échelles et protocoles sont en cours de développement ou d’adoption dans les structures gériatriques, visant à offrir un appui concret aux équipes soignantes.

En parallèle, la formation des professionnels à la sensibilité de ces questions et à la communication empathique est essentielle pour créer un climat de confiance, propice à l’expression du désir et à la reconnaissance du consentement.

VII. DIVERSITE

Inclusion & identités

7.1. LGBTQIA+ âgées

La Belgique, reconnue pour son cadre progressiste et ses avancées en matière de droits LGBTQIA+, est pourtant confrontée à la réalité souvent méconnue et douloureuse de ses aîné·e·s LGBTQIA+. Ces personnes subissent encore une « invisibilité, une peur persistante de la discrimination et un isolement social marqué », notamment au sein des institutions de soins et maisons de repos.

Ce silence, amplifié par une « culture encore largement hétérocentrée et cisnormée », contribue à nourrir la crainte légitime d'exclusion parmi ces seniors, qui n'osent pas toujours révéler leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, par peur d'être jugé·e·s, rejeté·e·s, voire maltraité·e·s. En lieu et place d'une vie sereine, nombreux sont ceux et celles qui se replient sur eux-mêmes, accentuant la solitude dans une période de vie déjà vulnérable.

Face à ce constat, plusieurs associations belges, à l'image de "Tels Quels" à Bruxelles, se mobilisent en créant des espaces dédiés et des activités socioculturelles pour les seniors LGBTQIA+, respectueuses de leur diversité et de leurs besoins spécifiques. Ces initiatives incluent des formations pour le personnel des maisons de repos, « des actions de sensibilisation visant à lutter contre la discrimination et à promouvoir l'égalité d'accès », et la rédaction de manifestes pour défendre les droits des aîné·e·s LGBTQIA+.

Le Plan d'action fédéral « Pour une Belgique LGBTQI+ Friendly » prévoit aussi des mesures concrètes pour améliorer la vie des personnes LGBTQIA+, dont les aîné·e·s, en insistant sur l'éducation, la culture, et la lutte contre toute forme d'exclusion. L'enjeu est non seulement d'assurer une prise en charge adaptée dans les institutions mais aussi de reconnaître le droit fondamental de chaque senior à vivre sa sexualité, son identité et ses relations dans la dignité et le respect.

Pronoms, genre vécu et intimité respectueuse : clés de l'inclusion des seniors LGBTQIA+

La reconnaissance des pronoms préférés, du genre vécu et de l'identité authentique est bien plus qu'une simple formalité linguistique. Pour les personnes âgées LGBTQIA+, souvent invisibilisées ou confrontées à des formes multiples de discrimination, ce respect est un enjeu d'estime de soi, de mémoire émotionnelle et d'épanouissement intime « respecter les pronoms et le genre vécu, c'est reconnaître la personne dans ce qu'elle est profondément ».

Cette attente est d'autant plus cruciale en contexte institutionnel, où l'intimité et la vie affective peuvent être réduites à des protocoles standardisés, sans place à la singularité. Les personnes transgenres, non-binaires ou queer peuvent notamment éprouver une grande anxiété face aux soins corporels (toilette, habillage) si leur genre ressenti n'est pas respecté, recréant alors des situations traumatisantes.

L'adaptation concrète des établissements passe donc par des formations spécifiques des équipes de soins, centrées sur la sensibilisation aux questions de genre et d'orientation sexuelle, la prise en compte des vécus, et la mise en place de pratiques respectueuses. Ces formations permettent de réduire les risques d'erreurs, de micro-agressions ou de stigmatisations, et favorisent un climat d'accueil, d'écoute et de confiance.

Par ailleurs, il est recommandé d'instaurer des référents « vie affective, intime et sexuelle » dans les structures, chargés de veiller au respect des identités, d'organiser des groupes de parole, et de piloter des actions de sensibilisation et d'accompagnement. Ces mesures contribuent à bâtir un environnement inclusif, stimulant le bien-être et la qualité de vie des résidents LGBTQIA+.

Un brin d'humour ...

On pourrait dire que, pour une personne LGBTQIA+, se voir appeler par son bon prénom ou entendu·e avec le bon pronom, c'est un peu comme retrouver ses lunettes quand on les croyait perdues : ça change tout, c'est simple, mais le soulagement est immense.

7.2. Personnes trans et non-binaires

Les personnes transgenres et non-binaires âgées constituent une population souvent invisible dans les systèmes de soins et d'hébergement, pourtant leurs besoins spécifiques en matière d'identité de genre, de reconnaissance et de santé sont cruciaux.

Le respect des pronoms et du genre vécu revêt une importance fondamentale. Ces éléments ne sont pas de simples « détails », mais participent à la reconnaissance pleine et entière de la personne, à la construction de son estime de soi, et à la préservation de son intimité « respecter les pronoms et le genre vécu est un acte fondamental de dignité et de reconnaissance ».

En milieu gériatrique, les soins corporels, l'habillage, la gestion des documents officiels et l'accès aux traitements hormonaux ou chirurgicaux liés à la transition nécessitent une attention particulière. Les erreurs ou méconnaissances peuvent causer des souffrances psychiques importantes, augmenter le sentiment d'exclusion ou la détresse.

Par ailleurs, la formation des professionnels de santé et du personnel des établissements est un levier majeur pour améliorer la qualité de vie des personnes trans et non-binaires âgées. Ces formations portent sur la compréhension des parcours spécifiques, la lutte contre les discriminations, la connaissance des traitements de santé transspécifiques (hormonothérapie, chirurgie, suivi psychologique), ainsi que la mise en place de pratiques inclusives et sensibles.

VIII. OUTILS CLINIQUES D'ACCOMPAGNEMENT

8.1. PLISSIT - un exemple concret

Le modèle PLISSIT, conçu par Jack S. Annon en 1976, est une grille d'intervention progressive en sexologie, particulièrement efficace pour aborder la sexualité des personnes âgées dans un cadre thérapeutique ou soignant. Chaque étape correspond à un niveau d'intervention adapté aux besoins exprimés ou détectés.

Étape	Description & Formulation	Exemple concret
Permission (P)	Offrir une ouverture bienveillante pour parler de sexualité.	<i>Je peux t'en parler ? Ton bien-être sexuel m'importe !</i> Un soignant aborde la question en validant le droit à la sexualité, avec une phrase rassurante.
Limited Information (LI)	Fournir des informations générales adaptées au contexte du patient.	Expliquer l'utilité des lubrifiants (préférer à base d'eau pour éviter les irritations), proposer des positions plus confortables, évoquer les aides médicales comme les anneaux péniers, etc.
Specific Suggestions (SS)	Proposer des conseils personnalisés pour améliorer la vie sexuelle.	Conseiller l'usage d'un lubrifiant hydratant au cours des rapports, organiser des séances de massage sensuel en duo pour réactiver l'intimité, encourager l'exploration d'autres formes de toucher et de complicité.
Intensive Therapy (IT)	Référer vers un spécialiste quand les problèmes dépassent les compétences de l'intervenant.	Orienter vers un sexologue, psychologue ou urologue en cas de dysfonction érectile persistante, d'angoisses liées à la sexualité ou de troubles profonds de l'image corporelle.

Un exemple concret d'utilisation progressive

- Mme L., 68 ans, consulte pour une baisse de son désir sexuel et des douleurs vaginales.
- Le soignant commence par demander la permission d'aborder le sujet pour créer un climat de confiance.
- Ensuite, il donne une information limitée sur l'usage des lubrifiants adaptés et des positions confortables, ce qui rassure Mme L.
- Puis, il fait des suggestions spécifiques : essayer des massages sensuels pour mieux gérer la douleur et favoriser le plaisir.

Après quelques semaines, en cas de persistance des difficultés, Mme L. est orientée vers un sexologue, complétée par un suivi médical.

La force du modèle PLISSIT

Ce modèle, désormais enrichi avec l'approche EX-PLISSIT, met la permission au cœur de toute intervention, permettant la parole, souvent taboue sur ces questions, et adapte l'aide au besoin réel du patient. C'est une démarche graduée qui respecte le rythme et la dignité des seniors, évitant un saut prématuré dans des interventions trop lourdes.

8.2. BETTER - en pratique

Le modèle BETTER est un cadre structuré pour aborder la sexualité avec les personnes âgées, particulièrement pertinent en milieu gériatrique où ce sujet reste souvent tabou. Chaque lettre correspond à une étape clé de la communication et de l'accompagnement.

Étape	Description & Formulation	Exemple concret
Bring up (Aborder)	Aborder la question dès le premier contact, sans attendre.	<i>Comment vivez-vous l'intimité ces jours-ci ?</i> Un soignant initie la conversation pour installer un climat confiance.
Explain (Expliquer)	Rassurer sur la normalité des questions liées à la sexualité, lever l'anxiété.	<i>Savoir que c'est normal d'avoir des questions à ce sujet.</i> Expliquer que la sexualité fait partie intégrante du bien-être, quel que soit l'âge.
Tell (Dire / Proposer)	Informar sur les modes d'accompagnement disponibles.	Présenter l'accès aux soignants formés, sexologues, ou groupes de parole pour accompagner la personne.

Étape	Description & Formulation	Exemple concret
Time (Temps)	Proposer un suivi personnalisé ou une séance spécifique dédiée.	Offrir une consultation ou un rendez-vous pour approfondir le dialogue et les besoins.
Educate (Éduquer)	Fournir des ressources pédagogiques accessibles au patient et à ses proches.	Remettre brochures, guider vers des sites ou vidéos pédagogiques adaptées.
Record (Consigner)	Noter les échanges dans le dossier médical en respectant la confidentialité.	Rédiger un compte-rendu synthétique, accessible aux équipes référentes.

Exemple concret d’application

- M. B., 75 ans, aborde en consultation des difficultés à partager l’intimité avec sa partenaire.
- L’infirmier propose d’aborder (bring up) la thématique avec « Comment vivez-vous l’intimité ces jours-ci ? », ce qui l’invite à s’exprimer.
- Le soignant explique à M. B. que ces questions sont normales et légitimes à cet âge, et lui dit qu’il peut être aidé par un sexothérapeute.
- Un rendez-vous est programmé (time) pour approfondir, et des brochures sur les relations affectives en vieillissant sont données (educate).
- Enfin, l’entretien est noté dans le dossier (record).

Force et utilité du modèle BETTER

Ce modèle favorise une approche progressive, respectueuse et personnalisée, facilitant l'expression des besoins sexuels et affectifs des seniors. Il contribue à briser les tabous en milieu médical et améliore la qualité de vie tout en assurant un suivi et un accompagnement adaptés.

IX. BONNES PRATIQUES EN INSTITUTION

9.1. Politique institutionnelle

Établir une politique institutionnelle claire est une étape capitale pour garantir le respect du droit à l'intimité, à la sexualité et à la dignité des résidents en établissement. Cette politique doit être formalisée dans une charte reconnue au sein de l'établissement.

La charte doit explicitement reconnaître que le droit à la vie intime et sexuelle fait partie intégrante du bien-être global et de la dignité des personnes accueillies. Elle doit aussi insister sur la protection de ce droit, y compris en précisant les limites nécessaires liées à la sécurité et au consentement.

Une communication transparente et respectueuse doit être assurée à destination des familles. Informer les proches sur cette charte permet de réduire les malentendus, de favoriser l'acceptation de la vie affective des résidents, et de combattre les stéréotypes liés à l'âge.

Par ailleurs, la formation régulière des équipes soignantes, administratives et éducatives est indispensable. Ces formations portent sur :

- La reconnaissance du droit à la sexualité des seniors, souvent nié ou minimisé.
- L'accueil et l'accompagnement des expressions affectives et sexuelles variées, incluant les orientations et identités LGBTQIA+.
- La gestion éthique des situations complexes (consentement, comportements inappropriés, équilibres entre besoins individuels et collectifs).

Cette politique institutionnelle s'inscrit dans un cadre légal national et européen, s'appuyant sur les droits fondamentaux des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité.

Enfin, la politique doit être régulièrement évaluée, avec la participation active des résidents et de leurs familles, pour s'adapter en permanence aux réalités vécues et progresser vers un accompagnement toujours plus respectueux et inclusif.

Je vous propose un exemple de Charte dans les annexes pratiques

9.2. Aménagements concrets

Garantir l'intimité et le respect de la vie affective et sexuelle des personnes âgées en établissement passe par des aménagements matériels et organisationnels adaptés, qui concilient sécurité et liberté individuelle.

Surveillance non intrusive

Les équipes veillent à un suivi attentif des résidents sans intrusion excessive dans leur vie privée. L'objectif est d'éviter l'omniprésence du regard ou de la présence, qui peut porter atteinte à l'autonomie et au sentiment de sécurité affective. Des protocoles précis déterminent les limites acceptables, favorisant la discrétion et le respect du moment intime.

Espaces privatifs

La mise à disposition de chambres individuelles, d'appartements privatifs ou d'espaces dédiés à la vie intime est un levier fondamental pour offrir un cadre de vie digne. Ces espaces garantissent un environnement protégé et confortable, où les résidents peuvent recevoir leurs proches en toute confidentialité. Dans certains établissements innovants, des espaces spécifiques pour les rencontres intimes sont aménagés, intégrant confort, discrétion et sécurité.

Affichage des horaires

L'organisation des visites et des moments d'intimité est facilitée par un affichage clair et accessible des plages horaires dédiées, permettant aux résidents et à leurs proches de s'organiser sereinement. Ce système favorise le respect des rythmes personnels, la gestion des espaces communs et le fonctionnement harmonieux de l'établissement.

Consentement écrit pour visites intimes

Afin d'harmoniser les pratiques et protéger les droits des résidents, il est possible de mettre en place un consentement écrit préalable aux visites intimes. Ce document formalise l'accord du résident, clarifie les modalités, et permet un cadre sécurisant pour toutes les parties. Il sert également de support à la communication entre équipes, résidents et familles, en évitant les malentendus.

Les normes en applications en Belgique sont bien connues et font partie de la formation des dirigeants de MR/S et ne doivent pas être développées davantage.

9.3. Formation & culture

La formation des professionnels est un levier fondamental pour promouvoir une culture respectueuse, ouverte et éclairée sur la sexualité et le vieillissement. Dans ce cadre, il est essentiel que les établissements proposent des modules obligatoires dédiés, qui abordent :

- Les mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux du vieillissement en lien avec la sexualité.
- La déconstruction des stéréotypes et préjugés liés à la sexualité des seniors.
- Le respect des droits fondamentaux, y compris la diversité des expressions affectives et sexuelles (incluant les personnes LGBTQIA+).
- Les enjeux éthiques : consentement, confidentialité, gestion des situations complexes.
- Les stratégies d'accompagnement adaptées, en s'appuyant sur les modèles d'intervention reconnus (ex : PLISSIT, BETTER).

Ces formations peuvent être complétées par des supervisions et échanges éthiques réguliers : moments privilégiés pour analyser les pratiques, partager des expériences, discuter des dilemmes, et renforcer la cohésion d'équipe autour d'une prise en charge respectueuse.

Encadré exemplaire

« *Nous reconnaissons à chaque résident le droit à une vie affective et sexuelle, dès lors qu'elle est consentie et n'est pas nuisible.* »

Cet extrait de charte type rappelle la valeur centrale du consentement et des limites de la prise en charge, fondées sur le respect des personnes et la garantie de leur sécurité.

La formation continue et la création d'une culture institutionnelle ouverte à la sexualité des personnes âgées sont indispensables pour transformer les représentations, affiner les compétences des équipes, et garantir un accompagnement éthique, bienveillant et efficace. Des ressources enrichies et diversifiées, ainsi que des dispositifs d'évaluation et d'amélioration des pratiques, soutiennent cette dynamique.

X. BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie propose des portes d'entrée solides pour approfondir les sujets liés à la sexualité des personnes âgées, les modèles cliniques, les enjeux éthiques, l'inclusion et la prévention, avec un focus sur des études populationnelles reconnues et des documents institutionnels.

Principales références

- Lindau S.T. et al. (2007). « Sexuality and health among older adults in the United States ». New England Journal of Medicine (NEJM).
- Laumann et Coll., "Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB), 2006
- Rapports de surveillance ECDC/WHO Europe - Données 2020/2019, 2022/2021
- Wellings K. et al. (2013). « "Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)" ». The Lancet.
- Bajos N., Bozon M. (2008). « Enquête sur la sexualité en France ». La Découverte (issu de l'enquête CSF-2006)
- Rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2015). « Sexual health, human rights and the law »..
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies « ECDC (2021). HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data.»
- « HAS. Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement (guide et fiches pratiques) + recommandations 2025 sur la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS. » (France)
- Plan d'action fédéral "Pour une Belgique LGBTQI+ friendly" (2021–2024).
- Catalogue AViQ "Vie relationnelle, affective et sexuelle (VRAS)".

XI. ANNEXES PRATIQUES

11.1 Grille d'évaluation du consentement

Critère	Question simplifiée	But de l'évaluation
Compréhension.	« Peux-tu me dire ce qui se passe ? »	Vérifier que la personne comprend la nature de la relation ou de l'acte.
Volonté	« Est-ce que tu veux que cela continue ? »	Confirmer la volonté libre et active de participer à la relation ou à l'acte.
Conséquences.	« Qu'est-ce que cela signifie pour toi ? »	Mesurer la capacité à percevoir les implications et conséquences possibles.

Notes complémentaires




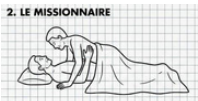
- Cette évaluation doit s'accompagner d'une observation attentive du comportement non verbal et du contexte relationnel, surtout chez les personnes avec troubles cognitifs.
- Le consentement est un processus dynamique : il peut fluctuer ; il doit être régulièrement ré-évalué, en particulier chez les personnes vulnérables.
- Il est important d'assurer la confidentialité, le respect et la bienveillance tout au long de cette démarche.

Cette grille pragmatique se veut un outil léger mais essentiel pour aborder la question du consentement avec rigueur, sensibilité et conformité aux recommandations éthiques et légales.

11.2. Fiche “Position & confort”

Principes généraux

Pour améliorer le confort et réduire la douleur lors des rapports sexuels, notamment en cas d'arthrose ou de difficultés articulaires, il est important d'adapter les positions selon la mobilité et la douleur. L'utilisation de coussins ou supports apporte un soulagement précieux.

Position	Description	Indications spécifiques	Illustration simple (silhouettes)
La cuillère	Les deux partenaires couchés sur le côté, l'un derrière l'autre.	Convient aux douleurs lombaires et articulaires, peu d'effort abdominal.	
L'Andromaque	Partenaire actif au-dessus l'autre allongé sur le dos.	Contrôle du rythme et profondeur, adapté pour dos fragile.	
Position assise	Les deux assis face à face, chaise ou bord du lit.	Réduit pression sur dos, Réduit pression sur dos, améliore contact visuel et émotionnel.	
Missionnaire revisité	Partenaire passif allongé, coussin sous hanches pour soutien.	Soulage les hanches et le bas du dos, réduit douleur articulaire.	

Conseils complémentaires

- Utiliser des lubrifiants à base d'eau pour prévenir irritation.
- Privilégier des mouvements lents et doux pour maximiser plaisir et confort.
- Communiquer constamment avec le partenaire sur les ressentis et ajuster les positions.
- Éviter les positions trop exigeantes ou profondes en cas de douleurs.

11.3 Prévention respectueuse

Phrases types pour aborder la prévention sexuelle

- « Pensez à utiliser un préservatif, c’est important pour votre santé et votre bien-être. »
- « Les préservatifs sont disponibles ici, n’hésitez pas à les prendre quand vous en avez besoin. »
- « Utiliser un préservatif permet de se protéger efficacement contre les infections sexuellement transmissibles. »
- « Si vous avez des questions ou besoin de conseils, l’équipe est là pour vous accompagner en toute discrétion. »
- « La prévention passe par le respect de soi et de l’autre, avec des gestes simples comme utiliser un préservatif. »

Suggestions de lieux discrets pour l'accès aux préservatifs

- Présentoirs installés dans les toilettes individuelles ou communes, faciles d’accès et à l’abri des regards.
- Boîtes ou distributeurs placés dans les espaces privatifs ou salles de détente des résidents.
- Mise à disposition dans les confidentialité assurée par l’infirmier ou le bureau du référent vie affective.
- Encadrement visuel par des affiches informatives sur la santé sexuelle à proximité des points de distribution.

Conseils complémentaires

- Assurer une communication ouverte et bienveillante sur la prévention, sans stigmatisation.
- Former le personnel à ces échanges délicats afin d’être à l’écoute et de respecter la confidentialité.
- Encourager la libre accessibilité aux protections pour favoriser l’autonomie et le respect des choix de chacun.

11.4. Exemple de Charte des droits à l'intimité et à la dignité des seniors en institution

Préambule

Cette charte affirme l’engagement de notre établissement à assurer le respect des droits fondamentaux des personnes âgées hébergées sur le territoire de la Région Wallonne. Elle s’appuie sur les textes légaux régionaux, nationaux et européens, et sur les recommandations des organismes de référence tels que l’Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et le Service Public de Wallonie (SPW).

1. Droit à l'intimité

- Le respect de la vie privée est un principe fondamental garanti par le Code wallon de la santé et de l’action sociale (CWSS).
- Chaque résident bénéficie d’une confidentialité absolue lors des soins, des interactions avec le personnel et dans la gestion de ses espaces privatifs.
- L’entrée dans la chambre du résident ne peut se faire qu’avec son consentement, hors situations d’urgence.
- Les relations affectives et sexuelles sont intégrées dans une politique de bientraitance respectant la liberté de chacun.

2. Confidentialité des données

- Le traitement des données personnelles respecte le RGPD et la réglementation wallonne applicable.
- L’AViQ veille à la bonne application des politiques de protection des données dans les établissements et délivre des guides pour accompagner les structures dans cette tâche.
- Seul le personnel habilité, formé et soumis au secret professionnel peut consulter les dossiers des résidents.
- La communication des informations est effectuée dans un cadre transparent auprès des résidents et de leurs représentants légaux.

3. Vie affective, sexuelle et consentement

- Conformément aux recommandations de l’AViQ et aux principes du Service Public de Wallonie, la vie affective et sexuelle des résidents est reconnue comme un aspect majeur du bien-être.
- L’établissement propose un accompagnement adapté, basé sur le consentement libre, éclairé et réversible des personnes.
- Des dispositifs de soutien, d’écoute et de médiation sont accessibles pour favoriser le respect des choix individuels.

4. Procédure de médiation et gestion des conflits

- En cas de différends, les résidents peuvent bénéficier gratuitement d’une procédure de médiation proposée par le Médiateur Wallon ou via des structures agréées.
- L’établissement s’engage à protéger toute personne exprimant une plainte contre des représailles.
- Les équipes reçoivent une formation continue sur la gestion éthique des conflits et la résolution non violente.

5. Engagement des professionnels et formation continue

- Les professionnels s’engagent à appliquer les principes de cette charte et à participer à des formations validées par l’AViQ sur la bientraitance, la sexualité et la confidentialité.
- L’établissement encourage la formation continue dans le respect des exigences réglementaires de la Région Wallonne.

6. Information et communication

- Cette charte est remise et expliquée à chaque résident et à ses proches à l’admission.
- Des campagnes de sensibilisation internes sont organisées régulièrement pour le personnel, les résidents et les familles.
- Le Service Public de Wallonie et l’AViQ fournissent des supports et conseils pour renforcer cette démarche.

Cette charte s’inscrit pleinement dans le cadre réglementaire et éthique de la Région Wallonne, garantissant un environnement respectueux, sécurisé et bienveillant pour chaque résident.

11.5. Modules d’intervention LOVEFLOW

Afin de vous accompagner le plus judicieusement possible, je vous propose 4 modules d’intervention ciblée.

▣ MODULE 1 – PRÉVENTION & FORMATION

Ce module aborde des thématiques essentielles de la reconnaissance au droit à l'intimité des seniors et, notamment:

- le cadre légal en Belgique
- les tabous culturels
- les situations à risques
- les conséquences des lacunes
- des grilles et des fiches pratiques

▣ MODULE 2 – AUDIT & CONFORMITÉ

Ce module a pour but d’évaluer objectivement le degré de conformité de l’établissement aux exigences légales avec:

- des objectifs opérationnels
- une grille d’audit claire et détaillée abordant des thèmes cruciaux de vie privée, d’accueil des couples, du consentement et de la vulnérabilité, des aménagement matériels en environnementaux, de la formation du personnel et de la communication au sein de la structure

▣ MODULE 3 – ATELIERS DE DISCUSSION & RÉFLEXION

Ce module a pour but de créer, au sein des institutions, des espaces de paroles et de réflexions sur la sexualité des seniors. Ses buts sont:

- dépasser les tabous
- consolider une culture bienveillante de l’intimité des seniors
- favoriser une cohérence entre les valeurs de la direction et les pratiques quotidiennes

▣ MODULE 4 – ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES DE SENIORS INSTITUTIONALISES

Ce module a pour objectif d’aider les directions et les équipes à :

- instaurer un dialogue serein avec les proches ;
- prévenir les conflits et incompréhensions autour de la vie intime des seniors ;
- accompagner les familles dans leur processus d’acceptation ;
- consolider la confiance entre l’institution, le résident et son entourage.

TOUJOURS VIVANTS, TOUJOURS AIMANTS

**La dignité, c'est aussi laisser place
à la tendresse !**



LOVEFLOW

www.loveflow.eu