



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public
Promotion 2002 - 2003**

LE RESPECT DU DROIT À L'INTIMITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

À L'ÉPREUVE DE LA VIE EN COLLECTIVITÉ ?

UN DÉFI POUR LES ÉTABLISSEMENTS

CASTALDI Emmanuelle

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à :

Mme Madeleine Marty, directeur des Maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine, qui m'a accueillie en stage et, entre autres, m'a permis de réaliser les observations utilisées dans ce mémoire ;

Les personnels avec qui j'ai pu échanger sur le sujet de l'intimité, notamment Mme Catherine Panon, psychologue, et Florence Lefèvre, aide-soignante ;

M. Joël Clément, directeur de mémoire, pour ses conseils lors de la construction de la structure de ce document.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 LE RESPECT DE L'INTIMITE: UN DROIT COMPLEXE RECONNU POUR LES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT..... | 5 |
| 1.1 Contours et champs d'application de la notion d'intimité | 5 |
| 1.1.1 L'intimité, une notion complexe..... | 5 |
| 1.1.2 Une attention particulière au droit à l'intimité des personnes âgées..... | 15 |
| 1.2 La reconnaissance d'un droit à l'intimité | 18 |
| 1.2.1 La reconnaissance d'un droit à l'intimité par la société | 18 |
| 1.2.2 Retranscription de ces principes dans l'établissement..... | 24 |
| 2 LE DROIT A L'INTIMITE A L'EPREUVE DE LA VIE EN MAISON DE RETRAITE: UN DIFFICILE RESPECT..... | 31 |
| 2.1 Aspects psycho-affectifs de l'intimité | 31 |
| 2.1.1 Histoire personnelle des résidents | 31 |
| 2.1.2 Approche de la mort et rites funéraires | 34 |
| 2.1.3 Spiritualité..... | 36 |
| 2.2 Aspects corporels de l'intimité..... | 38 |
| 2.2.1 Toilette, incontinence et soins | 38 |
| 2.2.2 Sexualité | 41 |
| 2.3 Aspects liés au mode de vie de la personne âgée et à son environnement. | 44 |
| 2.3.1 Mode de vie et interactions avec l'entourage | 44 |
| 2.3.2 Environnement physique: le territoire de la personne âgée..... | 46 |
| 3 IDENTIFICATION DES FREINS AU RESPECT DE L'INTIMITE DES RESIDENTS, POUR UN MEILLEUR RESPECT DE CE DROIT EN ETABLISSEMENT..... | 52 |
| 3.1 Typologie des obstacles au respect de l'intimité des personnes âgées..... | 52 |
| 3.1.1 Obstacles liés à la personne âgée elle-même..... | 52 |
| 3.1.2 Obstacles liés à son environnement | 55 |
| 3.1.3 Obstacles institutionnels..... | 58 |
| 3.2 Pour une meilleure prise en considération du droit à l'intimité des personnes âgées en institution..... | 65 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.1 Des objectifs ambitieux et fondamentaux..... | 65 |
| 3.2.2 Un défi pratique pour les établissements | 71 |
| CONCLUSION | 79 |
| Bibliographie | I |

Liste des sigles utilisés

ANGELIQUE : Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements

ASH : Agent des services hospitaliers

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNG : Fondation nationale de gérontologie

PSD : Prestation spécifique dépendance

INTRODUCTION

Chacun a un jardin secret, une vie qualifiée d'intime, et ce à tout âge. Une définition de ce que recouvre l'intimité s'impose avant de s'interroger sur celle des personnes âgées ayant quitté leur domicile pour vivre en maison de retraite.

La définition de l'intimité est complexe et l'étymologie seule ne suffit pas à cerner cette notion.

L'étymologie d'intime (*intimus*, superlatif d'*interior*) laisse penser que l'intimité se cantonne à ce qu'il y a de plus personnel, dans la profondeur de chaque être humain. Comme le résume Jean-Claude Reinhardt : « L'intimité, c'est le secret, le privé, l'intériorité, l'affectivité, la sexualité »¹.

Pourtant, l'intimité recouvre un espace plus large que ce qui est strictement personnel, car elle est aussi « le dedans et l'entre deux »². L'intimité est à la frontière entre ce qui est personnel et ce qui est partagé, dans la rencontre avec l'autre. Le philosophe Jean Baudrillard considère en ce sens l'intimité comme un concept dynamique : « C'est un jeu de miroirs, de dédoublement et de complicité avec soi-même et avec quelqu'un ou quelque chose d'autre »³.

Prenant en compte cette double dimension, Jean-Claude Reinhardt ajoute que « l'intimité perd son sens si l'on considère qu'elle n'est que le reflet de l'intériorité de la personne. En effet, il n'y a pas d'intimité en soi – comme il n'y a pas non plus de personne en soi – elle n'existe que dans le mouvement de soi à l'autre et on dirait, en psychanalyse, qu'il s'agit d'un concept dynamique. »⁴

Ainsi, il ne peut exister de secret, de vie privée ou d'espace refuge que par rapport à autrui. C'est bien là que prend naissance la problématique de l'intimité d'une personne vivant dans une collectivité. Il s'agit en l'occurrence de s'intéresser aux personnes âgées vivant en maison de retraite.

¹ REINHARDT J-C. Intimité et solitude. In *Propos sur les vieillissements, Seuils, parcours et rituels*, Bordeaux : Université Victor Segalen – Bordeaux 2, 1999, p. 59.

² Ibid., p. 57.

³ BAUDRILLARD J. La sphère enchantée de l'intime, *Autrement*, n° 81, 1986, pp. 12-15, cité par REINHARDT J-C., Ibid., p. 60.

⁴ Ibid., p. 60.

En tant qu'individu, le résident a besoin de préserver son intimité. En tant que collectivité, l'établissement fonctionne selon des règles et chaque personne âgée est confrontée à la fois à la présence du personnel et des autres résidents. Comment s'articule la nécessaire intimité de chaque être avec les contraintes d'une vie en collectivité ?

La réflexion sur le respect de l'intimité des personnes âgées en maison de retraite s'inscrit dans le cadre du thème plus global du droit des usagers.

Parmi ces droits, certains concernent plus particulièrement ce qui touche à l'intimité de la personne. Au-delà de l'affirmation de ces droits pour les personnes âgées – affirmation redondante si l'on considère tout simplement les vieux comme des citoyens à part entière – il s'agit de voir comment ces principes sont appliqués dans la réalité d'une institution.

Car les résidents sont non seulement des citoyens à part entière et donc sujets de droits, mais ils sont aussi et surtout des personnes, souvent fragilisées et affaiblies, ayant besoin du réconfort que procure une intimité respectée.

L'étape du changement de domicile que constitue l'entrée en institution conduit à redéfinir les frontières de l'intimité. En maison de retraite, le contact avec le personnel et les autres résidents implique certainement de se dévoiler plus : dévoiler des aspects de sa vie privée, mais aussi exposer son corps au regard d'inconnus qui aident au quotidien aux gestes les plus élémentaires que certaines personnes âgées ne peuvent plus accomplir.

Comment, alors, concilier les exigences d'une vie en institution et le respect de l'intimité de chaque résident ?

J'ai effectué un stage de dix mois au sein des maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine (Hauts-de-Seine). Plus particulièrement chargée de la préparation et l'élaboration du projet d'établissement, j'ai été amenée à percevoir la vie en institution sous ses multiples facettes.

A travers les travaux menés pour construire notamment le projet de soins et le projet de vie, ainsi que par une observation quotidienne de la vie des résidents, j'ai pu constater l'importance qu'il faut accorder à la notion de respect de l'intimité. Bien que le respect de ce droit à l'intimité ne fasse pas l'objet d'un chapitre particulier dans le projet d'établissement, il se retrouve dans de nombreux aspects traités (tant dans le projet de soins que dans le projet de vie) ainsi que dans les nouveaux règlements de fonctionnement et contrat de séjour, élaborés également au cours de mon stage.

La protection de l'intimité est donc une préoccupation omniprésente dans la vie en maison de retraite et transversale dans les actions à mener.

Si l'observation de la vie en établissement permet d'établir que le respect de l'intimité des personnes âgées n'est pas toujours assuré, doit-on alors incriminer systématiquement l'institution en elle-même ? Les manquements au respect de ce droit à l'intimité sont-ils du seul fait de la vie en collectivité, ou bien d'autres facteurs interviennent-ils ?

Destinée à gérer dans quelques mois un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, il m'a semblé pertinent de m'intéresser à ce droit à l'intimité pour les résidents, tant dans sa définition théorique que dans ses difficultés d'application. Cette observation des écarts entre l'idéal et le réel me permettra de déterminer ce qui fait obstacle au respect de l'intimité des personnes hébergées et, de trouver, dans l'établissement, les moyens de mieux prendre en compte ce droit essentiel à la qualité de vie des résidents.

1 LE RESPECT DE L'INTIMITÉ: UN DROIT COMPLEXE RECONNU POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT

Le caractère subjectif de la notion d'intimité rend sa définition complexe. Elle comporte en effet de multiples facettes.

Après avoir tenté d'en cerner les contours, plus particulièrement en ce qui concerne la population âgée, il s'agira de montrer que le respect de cette intimité est un droit, y compris et surtout pour les personnes âgées en maison de retraite.

1.1 Contours et champs d'application de la notion d'intimité

Définie à maintes reprises, l'intimité s'avère un concept incontournable dans la prise en considération des droits et libertés des personnes âgées.

1.1.1 L'intimité, une notion complexe

Au-delà des définitions issues des dictionnaires, divers auteurs se sont penchés sur la notion d'intimité pour tenter de la définir et d'en envisager les contours, plus particulièrement en ce qui concerne le grand âge.

Les principales approches sont données par un article de La Revue de Gériatrie⁵ publié en 1994. Il me semble incontournable d'aborder l'intimité à travers les définitions données par les auteurs qui ont contribué à construire cet article. Chacun y apporte un éclairage qui lui est propre, mais qui s'intègre dans une définition synthétique proposée dans l'article précité.

⁵ GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J. Intimité et vieillissement ou les personnes âgées et leurs intimités. *La Revue de gériatrie*, février 1994, t. 19, n° 2, pp. 71-80.

A) Une diversité dans les approches de la notion d'intimité

L'article en question décline cinq approches du concept d'intimité, qu'il convient d'énumérer ici.

a) *W. PASINI, ou les relations entre le monde intérieur et le monde extérieur*

Pasini démontre⁶ que le concept d'intimité sous-entend non seulement la relation à soi-même mais aussi à l'autre. Selon Pasini, l'intimité est « la capacité de partager pensées, émotions et sentiments de la sphère privée avec une personne privilégiée et qui compte »⁷. Cette dimension de la relation à autrui dans l'intimité concerne les rapports et les liens que l'individu crée entre son monde intérieur et le monde extérieur. L'intimité est alors comme la frontière que chacun veut bien tracer.

A partir de cette définition, il distingue cinq sortes d'intimité: spirituelle, intellectuelle, affective, corporelle et sexuelle. Nous verrons que ces cinq catégories recourent la typologie ternaire de la synthèse proposée plus loin⁸.

b) *E. ERIKSON, ou l'intimité comme un défi du vieillissement*

Le modèle d'Erikson dégage huit périodes de la vie, ayant chacune des caractéristiques propres, de la naissance à la mort:

| Période de la vie | Enjeux de la crise |
|--------------------------|------------------------------------|
| De la naissance à 2 ans | Confiance ou méfiance |
| De 2 à 4 ans | Autonomie ou honte (ou doute) |
| De 4 à 6 ans | Initiative ou culpabilité |
| De 6 à 12 ans | Compétence ou infériorité |
| Adolescence | Identité ou diffusion |
| Début de l'âge adulte | Intimité ou isolement |
| Maturité | Générativité ou stagnation |
| Vieillesse | Intégrité ou dégoût (ou désespoir) |

⁶ PASINI W. *L'éloge de l'intimité*. Document PAYOT, 1991. Cité par PIUBELLO M. *Intimité et couple âgé en institution*. Mémoire : Université Paris XII – Créteil, UFR CIS, Département santé et société, 1992, p. 21.

⁷ PASINI W. Intimité affective et/ou sexuelle. In *L'intimité*, XXI^{ème} séminaire de perfectionnement en sexologie clinique, Résumé des communications, 1991, Genève, cité par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 72.

⁸ Cf. 1.1.1.B.

Erikson a intitulé le début de l'âge adulte Intimité ou Isolement: «C'est le moment où l'individu développe sa capacité à risquer son identité personnelle dans un engagement à long terme avec un partenaire. Il s'agit d'établir une interdépendance authentique avec son partenaire, à égale distance de l'isolement, de l'absorption dans l'autre, ou au contraire de l'absorption de l'autre ou encore de la compétition chronique avec l'autre. Si la crise (moment où les choses se décident) ne se dénoue pas en direction de l'intimité, l'individu se dirigera alors vers l'isolement, qui constitue une distanciation d'avec l'autre; c'est-à-dire une tendance à repousser les personnes dont l'existence menacerait l'individu, ou à surévaluer les différences mineures de l'autre pour mieux rejeter celui qui devient ainsi un "étranger". »⁹

Pour Erikson, le vieillissement remet à l'ordre du jour le défi de l'intimité, en ce sens que l'avance en âge des conjoints les rend de plus en plus interdépendants, du fait d'une baisse de leur autonomie et d'une diminution de leurs activités extérieures. Ils s'adaptent alors, soit en se gratifiant, soit en s'humiliant mutuellement, ou encore entrent en compétition à propos des effets du vieillissement ("moins de mémoire ou d'agilité psychique que moi", "vieillissant plus vite et moins bien que moi"...).

Cette définition est intéressante dans la mesure à l'approche d'Erikson souligne l'existence d'une intimité des personnes âgées, et en fait un défi pour des adultes fragilisés par l'âge.

c) *E.-T. HALL, ou la distance intime*

L'approche de l'anthropologue Edward T. Hall est construite sur la notion de distance physique par rapport à autrui. Il distingue ainsi quatre sortes de distances, dans une typologie progressive: distance intime, personnelle, sociale et publique.

La distance intime est très ténue. Elle met en exergue le toucher et l'odorat. Dans ce rapport à l'autre, le contact physique domine la conscience des partenaires.

« A la distance intime, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif: vision déformée, odeur et chaleur

⁹ ERIKSON E. In *Psychologie du vieillissement*. Montréal : Editions du Méridien, 1988, p. 59, cité par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 72.

du corps de l'autre, rythme respiratoire, souffle de l'haleine. Ce sont les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps. Le mode proche de la distance intime constitue celui de la lutte, de l'acte sexuel et celui auquel on reconforte et on protège. »¹⁰

Dans les autres types de distances définies par Hall, les individus sont de moins en moins proches. La distance personnelle est celle des liens amicaux à la limite de l'emprise sur autrui. Elle correspond à la distance d'une poignée de main et est basée sur un certain savoir-vivre. La distance sociale est utilisée dans la vie professionnelle; le champ visuel est large. Quant à la distance publique, elle est très formelle et marque les relations officielles. Il faut noter cependant que ces distances varient considérablement selon le mode culturel auquel on appartient.

d) *L. BERGER, ou l'autonomie comme garant de l'intimité*

Pour Berger¹¹, l'intimité est reliée au contrôle de l'autonomie. A partir de ce présupposé, l'auteur dissocie:

- l'intimité de l'événement: soins, bain, toilette, examens;
- l'intimité du mode de vie: habitat, environnement;
- l'intimité de la personnalité: respect, autonomie, dignité.

Là encore, nous verrons plus loin que la typologie établie par Berger se retrouve aisément dans l'approche ternaire que j'ai choisi de reprendre.

e) *J. ROBERT-LACAZE, ou le partage du secret*

« L'intimité représente ce que la personne, et elle seule, peut dire ou révéler d'elle-même, du secret de son intimité, si elle le veut et à qui elle en offre le privilège. (...) [Elle] reste heureusement au-delà de tout ce que nous pouvons saisir par l'observation et consigner dans un dossier de soins, ou tenter d'expliquer à partir de nos connaissances. Nous pouvons seulement la respecter, ne pas réduire la personne à des symptômes, des comportements, des mécanismes physiologiques ou psychologiques, et demeurer

¹⁰ HALL E.-T. *La dimension cachée*. Paris : Editions du Seuil, 1975, pp. 147-149, cité par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 72.

disponible, hors de toute volonté d'identification ou d'intervention, pour ce domaine du partage. »¹²

Cette définition se rapproche de celle de Pasini en ce qu'elle insiste sur le choix du degré de la relation à autrui.

B) Synthèse des définitions dans une approche ternaire

Il est possible de constater, au fil des définitions, que l'intimité se situe à la frontière de soi et de la relation à autrui; c'est le domaine qu'il est possible de partager avec d'autres individus, choisis. Ces éléments sont récurrents quelles que soient les approches choisies par les différents auteurs pour tenter de définir ce concept. De plus, certains d'entre eux se sont également essayés à l'élaboration de typologies. Là encore, quelles que soient les catégories établies, les mêmes dimensions se retrouvent toujours.

Les auteurs de l'article de *La Revue de gériatrie*, déjà évoqué, ont choisi de synthétiser les approches des auteurs précités en établissant une typologie de l'intimité en trois sphères:

- la sphère psycho-affective,
- la sphère corporelle,
- la sphère liée au mode de vie et à l'environnement de la personne.

Suite à l'étude des définitions des différents auteurs, j'ai moi-même tenté de créer ma propre typologie. Retombant systématiquement sur les catégories dégagées par les auteurs, j'ai délibérément choisi d'adopter les trois aspects de l'intimité dégagés dans cet article comme base de réflexion.

a) *Les aspects psycho-affectifs de l'intimité*

Cette sphère psycho-affective peut être définie comme « le monde des émotions, des affects, de la philosophie et de la spiritualité ». ¹³ Construite sur la personnalité de

¹¹ BERGER L, MAILLOUX-POIRIER D *Personnes âgées, une approche globale, démarche de soins par besoins*, Maloine, 1989, p. 507, cité par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 72.

¹² ROBERT-LACAZE J. Un supplément d'âme pour les soins infirmiers. *L'INTERdit*, 1984, n°4, cité par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., pp. 74-75.

¹³ GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 74.

l'individu, elle est influencée par son éducation, ses interrelations, ses expériences et ses projets. La personnalité est l'élément stable dans le comportement d'une personne. Elle la caractérise et la différencie, pour en faire un individu unique.

Chez la personne âgée, cette sphère psycho-affective peut être mise à mal par des pertes ou blessures narcissiques qui apparaissent souvent avec le grand âge:

- modifications corporelles, intellectuelles, du milieu de vie,
- diminution des capacités et possibilités biologiques, psychiques et financières,
- satisfactions moindres de la part de l'extérieur comme de l'individu lui-même,
- deuils.

J'aborderai concrètement dans la deuxième partie ce que recouvre cette sphère psycho-affective pour une personne âgée en maison de retraite et surtout, quels sont les risques qu'elle soit bafouée.

b) Les aspects corporels de l'intimité

Ces éléments relatifs au corps sont certainement ceux qui viennent en premier à l'esprit quand on évoque le concept d'intimité. Ils peuvent être classés en deux catégories : ceux liés aux soins et ceux liés à l'affectivité et à la sexualité.

Ceux liés aux soins

D'une part, les aspects corporels de l'intimité liés aux soins et examens que subit la personne permettent de s'interroger sur la nécessité de « redonner du prix au corps (...), retrouver le corps, lieu de l'amour et de la haine, du plaisir et de la douleur, de la relation et de la communication, de la réflexion, du désir et de l'agressivité.»¹⁴

D'autre part, évoquer le corps, support des soins, c'est réfléchir à nouveau au sens du mot soigner: prendre soin de, permettre à la vie de continuer, mais aussi rencontrer l'autre et, à travers cet autre, soi-même.

Les soins et examens peuvent constituer des risques d'atteintes à l'intimité, comme je le décrirai plus explicitement dans la seconde partie de cette étude.

¹⁴ COLLIERE M.-F. *Promouvoir la vie*. Paris : Inter Editions, 1982, p. 345, citée par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 76.

Ceux liés à la sexualité et à l'affectivité

La vie affective et sexuelle des personnes âgées soulève un paradoxe. Encore souvent taboue et relativement mal acceptée dans les milieux de soin et de vie, elle fait l'objet d'une littérature abondante de la part des professionnels¹⁵.

Il est vrai que dans la pratique, elle reste peu abordée, peu évoquée et par là-même niée, alors qu'elle existe bel et bien. « La vie sexuelle des personnes âgées est une réalité indiscutable même si pour beaucoup le vieillissement est synonyme de déclin, de diminution, voire d'interdiction. »¹⁶

L'article souligne que, si soigner signifie aller à la rencontre de l'autre, d'une part la sexualité de la personne âgée confronte les soignants au vécu de leur propre sexualité, et d'autre part, certains gestes de soins peuvent avoir une signification sexuelle car le soin met les protagonistes dans la distance intime évoquée par Hall.

Là encore, les risques d'atteinte à ces aspects de l'intimité seront évoqués dans la deuxième partie de ce mémoire.

c) Les aspects de l'intimité liés au mode de vie et à l'environnement

« Ils recouvrent l'ensemble des activités décidées par la personne, dans un environnement choisi et investi par elle (constituant son territoire), en interaction avec son réseau social et familial. »¹⁷

Les caractéristiques du mode de vie de la personne

Chaque individu agit et s'entoure d'une façon qui lui est propre et cela permet d'élargir le champ de la définition de l'intimité. On peut alors considérer comme intimes les éléments constitutifs du mode de vie que sont:

¹⁵ J'ai été surprise, au cours de mes recherches, par l'abondance de documentation sur la sexualité des personnes âgées. Et curieusement, dans cette profusion d'écrits, tous dénoncent le caractère tabou de ce thème, largement traité dans la littérature professionnelle mais peu abordé dans la pratique.

¹⁶ CHAPUY P., GAUCHER J. *La sexualité du vieillard*. Gériatrie pratique Lyon Médical, 1980, p. 761, cité par GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 77.

¹⁷ GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 77.

- les besoins biologiques et activités de la vie quotidienne,
- les activités sociales, culturelles et de loisirs,
- les ressources financières,
- les rôles familiaux, sociaux, les personnes significatives, l'entourage,
- les visites des proches.

En maison de retraite, ces éléments de l'intimité ont plus de risques d'être mis à mal, comme je le détaillerai dans la deuxième partie.

Le territoire de la personne

Outre son mode de vie, c'est l'environnement matériel de la personne qui constitue son espace intime. On peut même parler de territoire, comme élément concret matérialisant l'espace propre à chacun. Comme le décrit E-T. Hall, chaque individu se définit un territoire, comme un animal qui creuse son terrier pour y trouver ses besoins fondamentaux: la sécurité, la santé et la sexualité. L'être humain se protège dans une bulle invisible et joue, consciemment ou pas suivant les événements, tout au long de sa vie, avec les distances définies précédemment.

Le territoire est constitué à la fois du lieu de vie de la personne (domicile privé ou communautaire) mais aussi plus largement de l'ensemble des lieux qu'il fréquente et investit affectivement car elle s'y sent en sécurité (quartier, magasins, cafés, église, clubs pour aînés...).

Certains auteurs vont même plus loin dans la définition de l'espace intime: selon Véronique Nahoum, « l'intimité se respire plus qu'elle ne se repère (...) elle est respiration commune des odeurs partagées.»¹⁸ Elle rejoint ici, en la complétant, la théorie de Hall sur la distance intime.

La personne âgée a d'autant plus besoin d'un cocon, espace protecteur imaginaire contre les fléaux de la vieillesse: la maladie et la mort. Les risques d'atteinte au territoire intime en institution seront également décrits en deuxième partie.

¹⁸ NAHOUM V. L'odeur du nid. *Autrement*, Juin 1986, p. 147, citée par PIUBELLO M., op. cit., pp. 25-26.

Une fois les contours de la définition d'intimité mieux déterminés, il convient de se pencher plus particulièrement sur l'intimité en tant que droit, et plus spécifiquement pour la population âgée en maison de retraite.

1.1.2 Une attention particulière au droit à l'intimité des personnes âgées

Le respect de l'intimité est un droit auquel peuvent prétendre doublement les personnes âgées en institution : non seulement ce sont des citoyens au même titre que les autres, mais en plus, les personnes âgées concernées sont fragilisées par l'avance en âge et la vie dans un milieu collectif.

A) Les personnes âgées, citoyens sujets de droits

Comme le soulignent F. Blanchard et L. Ploton, « aujourd'hui, on assiste à un amalgame médiatique visant à associer grand âge et grande dépendance et toutes les conséquences qu'on peut imaginer en matière de citoyenneté et de capacité juridique de deuxième zone. »¹⁹ Se poser la question si la personne âgée est bien sujet de droit est déjà une forme d'ostracisme et de stigmatisation de la vieillesse.

Cela semble un truisme de rappeler que les personnes âgées sont des citoyens à part entière. Elles sont pleinement bénéficiaires des droits et libertés dont jouissent tous les citoyens, et qui sont définis par divers textes:

- la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789,
- les préambules des Constitutions de 1946 et 1958,
- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 10 décembre 1948,
- la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales du 4 novembre 1950.

A travers ces textes, la dignité de la personne humaine est reconnue.

Et s'ils ne parlent pas de l'intimité proprement dite, il érigent au rang de droits et libertés qualifiés de fondamentaux des principes fortement liés au respect des éléments constitutifs de l'intimité: liberté d'opinion, d'expression, respect de la dignité,....

Toute personne majeure dispose, en droit, de l'exercice entier de ses droits civils (civiques, etc.). Il existe en outre des textes relatifs à la protection des personnes selon

¹⁹ BLANCHARD F, PLOTON L. Avance en âge et droit au droit. *Gérontologie*, n° 106, pp. 1-3, cité par MAUNIER S. *Faire respecter les droits et libertés des résidents en maison de retraite : enjeux et contraintes institutionnelles*. Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social : Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1999, pp. 13-14.

leur état physique et/ou mental: loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 sur la protection juridique des incapacités. Cette loi bénéficie à de nombreuses personnes âgées, bien qu'elle ne leur soit pas spécifique.

B) Les personnes âgées, citoyens fragilisés par la vieillesse

En tant que citoyens, les personnes âgées ont donc, bien entendu, les mêmes droits que tous. Mais leur spécificité de vieillards n'implique-t-elle pas une plus grande fragilité qui nécessiterait une protection accrue?

C'est en tout cas le point de vue de S. Pottiez, qui déplore qu'alors qu'il existe un statut de l'enfant, les pouvoirs publics apportent simplement des réponses au coup par coup aux problèmes de la vieillesse, sans politique cohérente. Une reconnaissance de ce que l'auteur appelle la *séniorité* permettrait de ne plus croire seulement que « le veillard n'est qu'un adulte âgé. »²⁰ Pourquoi ne pas renforcer la protection de ces citoyens fragiles que sont les personnes âgées en institution?

Dès 1978, une circulaire²¹ relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement précise : « il faut prendre conscience de ce que les personnes âgées qui ont perdu leur autonomie n'ont pas pour autant abdiqué toute leur personnalité. Il est primordial, au contraire, de leur accorder la considération qui s'attache à toute personne possédant ses désirs et ses motivations propres ». En effet, la situation de dépendance ou d'affaiblissement de la personne ne peut en aucun cas affecter les libertés fondamentales reconnues à tout individu.

L'accroissement du nombre de personnes âgées dans la population, ainsi que l'entrée en maison de retraite de nombreuses personnes âgées présentant des incapacités, justifient l'affirmation de droits et libertés pour ces citoyens fragilisés (par leur état physique ou psychique), pouvant difficilement assurer avec vigilance leur expression.

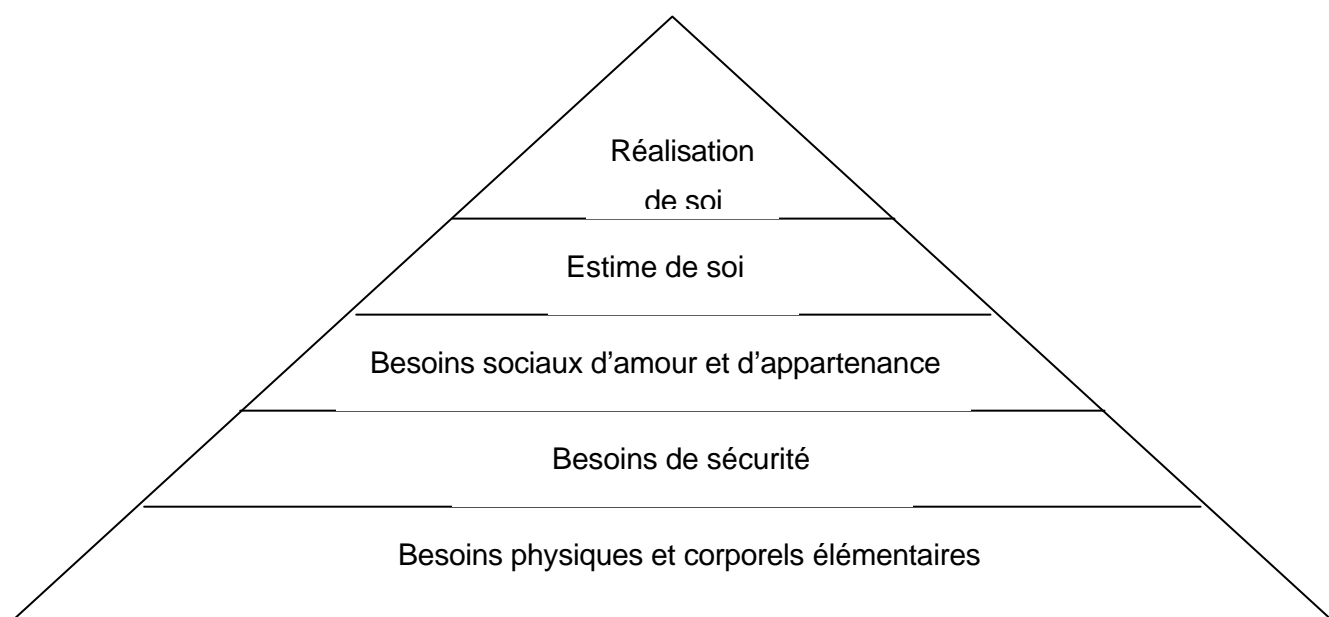
Il n'est pas rare de constater que des mesures restrictives sont prises en toute bonne foi par la famille ou le personnel dans l'intérêt de la personne âgée. Il s'agit par exemple de l'ouverture du courrier des résidents, d'un système de contrôle de l'argent de

²⁰ POTTIEZ S. L'éthique confrontée aux besoins de la personne âgée. *La Revue de gériatrie*, février 1994, t. 19, n° 2, p. 104.

²¹ Circulaire du 20 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement.

poche, ou encore d'une surveillance poussée de l'alimentation et des sorties. Quid alors de l'intimité de ces personnes?

Pourtant, si on se réfère à la pyramide de Maslow, on peut considérer que la préservation de l'intimité des résidents se retrouve à tous les niveaux: des besoins les plus élémentaires à la réalisation de soi. Garder la maîtrise de son espace intime et de son jardin secret, conserver la dignité lorsque le corps est exposé à des étrangers, être maître, dans la mesure du possible, de ses choix quotidiens, tous ces facteurs concourent à l'estime et la réalisation de soi. Respecter l'intimité des personnes âgées en institution revêt donc une importance capitale qu'il convient de protéger avec une attention particulière.



Pyramide de Maslow

Il ne s'agit pas de faire de la vie des personnes âgées une existence à part, accentuant ainsi le cloisonnement avec le reste de la population et donc l'isolement. Il s'agit au contraire de prendre « une attention particulière au Droit »²² afin qu'il s'applique pleinement à la personne âgée.

²² BLANCHARD F, PLOTON L. Avance en âge et droit au droit. *Gérontologie*, n° 106, pp. 1-3, cité par PERIOT M-D. *Les droits et libertés des personnes âgées hébergées à l'épreuve du quotidien*, mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social : Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 2000, p. 16.

Dorénavant, la vie collective ne néglige pas le droit à l'intimité et le reconnaît dans divers textes.

1.2 La reconnaissance d'un droit à l'intimité

L'intimité est une notion complexe, dont les multiples facettes permettent d'évoquer des concepts qui sont proches, comme le respect de la dignité. Cependant, le respect de l'intimité est un droit propre, qui est évoqué dans les textes applicables non seulement à tous les établissements, mais aussi dans les textes dont chaque établissement se dote.

1.2.1 La reconnaissance d'un droit à l'intimité par la société

Les pouvoirs publics ont progressivement pris conscience de l'importance de l'affirmation du droit à l'intimité et l'ont signifié notamment par la parution de chartes et par la création de référentiels qualité pour les établissements.

A) Un droit reconnu dans les chartes

a) *Parution de chartes des droits et libertés des personnes âgées*

Les droits et libertés des citoyens âgés ont fait l'objet de textes spécifiques en France comme dans d'autres pays.

En France, parallèlement aux chartes du secteur hospitalier, une réflexion a été menée dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Outre une circulaire du 20 mars 1978 précisant les formes de participation des personnes âgées résidant en établissement, les professionnels se sont intéressés fortement aux conditions des personnes hébergées. La FNG (Fondation nationale de gérontologie) a été à l'initiative de travaux sur les droits et libertés des personnes âgées. Ces réflexions ont conduit à la parution de la première charte en 1987.

Comme précédemment pour le secteur hospitalier, les évolutions de la société ont contribué à ce que les textes s'adaptent. Une nouvelle charte a ainsi été publiée en 1999: c'est la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, et non ceux de la personne âgée en général. La dépendance est relative à des difficultés d'ordre physique, psychologique ou social. Les auteurs ont voulu montrer la fragilité qui en découle.

De nombreuses autres chartes ont été élaborées. On peut citer la Charte européenne des personnes âgées en institution, adoptée par l'Association européenne des directeurs à Maastricht le 24 septembre 1993, ou la Déclaration des droits et responsabilités des personnes âgées établie par la Fédération internationale de la vieillesse en 1992.

b) *Contenu des textes*

Les textes relatifs aux droits et libertés des personnes âgées présentent un contenu similaire qui peut être analysé en reprenant le modèle théorique élaboré par J.-F. Malherbe²³, comme l'a fait Isabelle Vendevre²⁴

J.-F. Malherbe propose d'aborder l'existence humaine selon plusieurs dimensions: biologique, psychique, civique et éthique. Cette approche permet de repérer dans les chartes les notions relatives à l'individu et à la personne.

La dimension biologique désigne une approche de l'individu fondée sur la satisfaction des besoins biologiques essentiels (se nourrir, se protéger...). D'où le rappel dans les chartes de la nécessité de l'accès aux soins et de l'assistance aux mourants, du droit à l'hygiène, au confort et à l'intimité (articles 9 et 11 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante).

L'intimité serait ainsi reconnue parmi les besoins biologiques essentiels.

La dimension psychique est la capacité de l'individu à pouvoir être acteur de sa vie. A ce titre sont évoqués la liberté du choix du lieu et du mode de vie (articles 1 et 2), la possibilité de prendre des décisions relatives au projet de vie et de fin de vie, le droit au respect de la dignité, la libre disposition des ressources personnelles (article 5), la participation à la vie sociale et culturelle (article 3). Cette dimension psychique, ainsi que le souligne Isabelle Vendevre, est la plus développée dans les chartes. « La personne âgée est considérée en tant qu'individu: le contenu des textes est parfois proche de la Déclaration des droits de l'Homme. »²⁵

²³ MALHERBE J.-F. *Pour une éthique de la médecine*, Artel, Catalyses, 1990, cité par VENDEVRE I. Le respect de la personne âgée en institution, *Cahiers de la FNADEPA*, décembre 1999, n° 61, pp. 10-13.

²⁴ VENDEVRE I. Op.cit.

²⁵ Ibid.

Là encore, si comme on l'a vu précédemment, la vie sociale appartient à la sphère intime de l'individu, alors l'intimité est reconnue, à travers ce modèle, parmi les besoins psychiques essentiels.

La dimension civique est relative à la vie en société des individus que rappellent les droits civiques évoqués dans les chartes comme la liberté d'expression et d'opinion (article 7), le droit de vote, de réunion, la place des personnes âgées dans la société.

La dimension éthique désigne les possibilités d'une convivialité, d'un « bien vivre » entre humains et de la fonction symbolique de continuité entre les générations. Cette visée éthique est rarement abordée dans les textes.

Mais il s'agit bien là de la relation à l'autre et donc de la délimitation de l'intimité de chacun qui est reconnue dans cette dimension éthique.

Au-delà de cette analyse, il ressort que tous ces textes visent à ce que la liberté de la personne âgée, même souffrant de multiples incapacités, subsiste jusqu'au dernier moment. Ces chartes insistent sur la qualité de vie de la personne âgée en l'envisageant dans sa globalité et viennent rappeler qu'elles n'en sont pas moins des citoyens comme les autres : « même dépendantes, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs droits et libertés de citoyens. »²⁶ Parmi ces droits figure celui à l'intimité.

c) *Problème de la valeur juridique des chartes*

Les chartes contiennent et détaillent de nombreux droits et libertés concernant les personnes âgées et reconnaissent parmi eux le droit à l'intimité. Cependant, les textes restent des déclarations d'intention sans valeur juridique. La charte est donc une série de recommandations. Geneviève Laroque, présidente de la FNG, l'exprime ainsi: « Une Charte comme elle est conçue et présentée, n'a aucune force juridique, elle ne peut donc servir que de support pédagogique à tous les intéressés: personnes âgées dépendantes, pour les conforter dans la revendication du respect de leurs droits, proches de ces dernières, bénévoles et professionnels intervenant, ensemble des acteurs sociaux et, par voie de conséquence, finalement, tout le monde. »²⁷

²⁶ BRAMI G. *Droits et libertés des personnes âgées hébergées*. Paris : Berger-Levrault, 1995, 206 p.

²⁷ LAROQUE G. Réaffirmer la citoyenneté et la dignité des personnes âgées? *Revue hospitalière de France*, janvier-février 1997, n° 1, p. 112.

Si les principes rappelés dans les chartes peuvent apparaître comme des évidences, ces textes, même sans valeur juridique, ne sont pas inutiles. Diffusés dans les établissements, utilisés pour la formation initiale et continue des personnels, ils constituent une occasion de remise en cause des pratiques professionnelles. Pour les hébergés, ils sont un moyen d'oser revendiquer l'application de leurs droits.

La connaissance et la mise en œuvre de la Charte dans les établissements ainsi que l'information des familles, sont nécessaires pour offrir aux personnes âgées dépendantes une meilleure qualité de vie.

Si la priorité est de garantir la dignité des personnes âgées, il ne s'agit pas d'élaborer une législation spécifique. La Charte n'a pas force de loi. La place des personnes âgées dans notre société et nos institutions n'est pas affaire de loi. « L'avance en âge et le grand âge justifient-ils un droit particulier? Très vraisemblablement, non. Nécessitent-ils une attention particulière au droit? Très certainement, oui. »²⁸

Particulariser l'approche et le traitement des réponses apportées à la question du respect des droits des résidents en maison de retraite risquerait de compartimenter les générations et de renforcer un phénomène d'exclusion. D'où la nécessité de défendre les personnes fragiles, sans pour autant créer une forme de ségrégation par la loi.

Ainsi, la charte de la personne âgée dépendante est avant tout une charte de qualité: c'est un engagement, un objectif à atteindre, un repère dans une démarche transparente d'autoévaluation.

B) Un droit pris en compte dans la démarche d'auto-évaluation des établissements

Comme il est possible de le constater à travers la diversité des définitions, la défense du droit à l'intimité passe par l'affirmation de ce droit, mais aussi l'application de nombreux principes qui y sont liés.

²⁸ BLANCHARD F, PLOTON L. Avance en âge et droit au droit. *Gérontologie*, n° 106, pp. 1-3, cité par MAUNIER M. Op. Cit., p. 13.

Si la société a eu le souci d'affirmer les droits et libertés des personnes âgées dans les chartes, les pouvoirs publics ont élaboré des référentiels d'auto-évaluation. Le plus connu et le plus couramment utilisé est le référentiel ANGELIQUE (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements). A la lecture de cette grille d'évaluation, il est possible de dégager de nombreuses questions qui touchent au respect de l'intimité.

Tout d'abord, en lien avec ce qui précède, le référentiel mentionne les chartes. En effet, la question 12 d'ANGELIQUE est ainsi libellée : « Les principes de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante sont-ils connus ? appliqués ? ».

Le mot « intimité » n'est pas employé en tant que tel dans le référentiel. Toutefois, plusieurs items me semblent en lien direct avec le respect de l'intimité. Il est possible de les distinguer en fonction des trois aspects de l'intimité retenus comme définition :

- psycho-affectifs,
- corporels,
- liés au mode de vie et à l'environnement.

a) Les items liés à la sphère psycho-affective de la personne âgée

Ils touchent à la liberté de culte²⁹, à la manière dont le personnel s'adresse aux résidents³⁰, mais aussi au secret des informations détenues sur ces derniers³¹ ainsi que les volontés exprimées en cas de décès³².

b) Les items liés aux aspects corporels de l'intimité

Il s'agit essentiellement du respect de la pudeur et de la dignité lors de la toilette.³³

²⁹ Question ANGELIQUE n° 13 : « L'établissement organise-t-il les moyens permettant aux résidents de pratiquer le culte de leur choix ? »

³⁰ Question ANGELIQUE n° 29 : « Les expressions de familiarité (tutoiement, appellation par un autre nom que le nom de famille...) ne sont-elles utilisées qu'à la demande des résidents ? »

³¹ Question ANGELIQUE n° 31 : « Les professionnels au sein de l'institution ont-ils été sensibilisés à la confidentialité des informations contenues dans les dossiers individuels des résidents (affections, antécédents personnels et familiaux, revenus ...) ? »

³² Question ANGELIQUE n° 98 : « L'établissement prend-il en compte les souhaits du résident et de sa famille relatifs au décès ? »

³³ Question ANGELIQUE n° 28 : « Les toilettes et les soins apportés aux résidents sont-ils effectués avec la porte fermée ? »

c) *Les items liés au mode de vie et à l'environnement de la personne âgée*

Il s'agit d'une part de questions relatives à la vie sociale des individus dans l'établissement, concernant aussi bien la tenue vestimentaire³⁴ que le choix des voisins de table³⁵.

D'autre part, certaines questions touchent particulièrement ce qui relève de la définition du territoire intime de la personne âgée : sa chambre et les lieux qu'elle investit, éventuellement avec ses proches³⁶.

Ainsi donc, à travers les principes affirmés dans les chartes et pris en considération dans la démarche d'évaluation des établissements, les autorités ont montré une prise de conscience de la nécessité de réaffirmer les droits et libertés des personnes âgées dépendantes. L'étude de ces chartes et référentiels permet de repérer que le droit à l'intimité y est défendu, qu'il soit désigné en tant que tel ou de manière indirecte.

C) Un droit reconnu par le législateur

a) *La loi n° 97-60 sur la PSD*

La loi n° 97.60 sur la PSD, dans son article 26, oblige tous les établissements accueillant des personnes âgées et qui relèvent de l'article 3 alinéa 5 de la loi n° 75.535 du 30 juin 1975 à adopter un règlement intérieur.

Si la loi reste muette sur le contenu du règlement, elle précise simplement que ce dernier « garantit notamment les droits des résidents et le respect de leur intimité ». Le mot « intimité » est ici clairement employé dans la loi.

³⁴ Question ANGELIQUE n° 24 : « Hors de ceux confinés au lit pour des raisons de santé, tous les résidents portent-ils une tenue de ville le jour ? »

³⁵ Question ANGELIQUE n° 37 : « Le choix de la place et des voisins de table prend-il en compte les souhaits des résidents ? »

³⁶ Question ANGELIQUE n° 20 : « Les résidents bénéficient-ils d'un espace privatif dans lequel ils peuvent : apporter du mobilier ? apporter des objets et effets personnels ? préserver leur intimité ? recevoir leur famille ou de l'entourage ? disposer de la clé de ce logement ? »

Question ANGELIQUE n° 23 : « Les résidents peuvent-ils disposer d'un téléphone ? »

Question ANGELIQUE n° 25 : « Hors de leur chambre / logement, des lieux permettent-ils aux résidents de recevoir dans l'intimité leurs familles (salon, lieux de restauration...) ? »

Question ANGELIQUE n° 26 : « Les résidents ont-ils librement accès à tout moment de la journée à leur chambre / logement ? aux lieux collectifs ? »

Question ANGELIQUE n° 27 : « Le personnel frappe-t-il ou sonne-t-il à la porte de la chambre / logement avant d'entrer ? Attend-il la réponse pour entrer ? »

b) La loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi du 2 janvier 2002 renforce le caractère légal du droit à l'intimité. En effet, celui-ci est explicitement reconnu et mentionné dans l'article 7 :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1°) Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. (...) »

Si la loi emploie clairement le mot « intimité », elle ne le définit pas et l'associe à des notions qui en sont proches, voire dont les définitions empiètent sur celle de l'intimité. Par exemple, la vie privée fait partie de l'intimité. De même, respecter l'intimité d'une personne concourt à lui assurer sa dignité. Ces droits sont donc fortement liés les uns aux autres.

Dans le même article, au quatrième alinéa, le législateur rappelle la nécessaire confidentialité des informations qui concernent la personne prise en charge. Cette confidentialité est aussi un moyen de respecter l'intimité des personnes.

Ainsi, l'intimité était un droit proclamé dans des chartes sans valeur juridique. La reconnaissance de ce droit est maintenant renforcée par la loi.

Il s'agit ensuite de retranscrire et faire appliquer ces principes dans chaque établissement.

1.2.2 Retranscription de ces principes dans l'établissement

Le gouvernement souhaitait que la parution de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante en 1999 soit l'occasion d'une révision des règlements intérieurs des établissements.

Les droits et libertés des personnes âgées hébergées sont retranscrits dans des documents propres à l'établissement que sont le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

A) Règlement de fonctionnement

La présence de règles écrites dans l'institution est garante du respect de l'intimité des résidents, mais cela n'a pas toujours été le cas.

a) *Une garantie de protection de l'intimité des résidents par l'existence de règles écrites*

Dès 1986, une lettre-circulaire³⁷ apportait déjà quelques précisions sur le contenu du règlement intérieur, notamment en ce qui concerne des éléments liés au respect de l'intimité des résidents:

- aménagement du logement, meubles personnels,
- aller et venir sans contrainte, pour un maintien des liens avec l'entourage,
- horaires de visites aussi larges que possible et droit de recevoir des visiteurs dans leur logement,
- libre choix du médecin,
- les dispositions visant à limiter la liberté et l'autonomie ou portant atteinte à l'intimité doivent être supprimées quand elles ne sont pas impérieusement justifiées.

En 1997, suite à la loi sur la PSD, le règlement devient une obligation légale et va servir de support et de vecteur de droits pour les personnes âgées.

De plus, les dispositions du règlement intérieur doivent indirectement respecter les recommandations de la commission des clauses abusives. Enfin, le règlement est un acte juridique opposable: il peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif. A cette occasion, ce dernier annulera les dispositions illégales et sanctionnera celles qui lui paraîtront disproportionnées par rapport au but recherché.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le règlement intérieur est désormais dénommé règlement de fonctionnement.

³⁷ Lettre circulaire du 11 mars 1986.

Comment le règlement de fonctionnement peut-il laisser un espace à l'intimité de chaque résident?

« Si le droit n'est qu'un angle d'étude lorsqu'on s'intéresse aux sciences humaines et sociales, il n'en demeure pas moins qu'il garde toute son importance dans un domaine où la protection de la personne devient un enjeu fondamental. Seul ce dernier peut, en effet, garantir des droits aux individus et amener à un changement dans les pratiques voire à une réflexion plus globale sur un problème. »³⁸

Le fait qu'il y ait des règles écrites ne représente pas forcément la manifestation du pouvoir de l'institution sur les usagers. C'est au contraire une protection des résidents par l'instauration de règles écrites dans le cadre d'une prise en charge collective.

Le règlement a pour vocation de déterminer les règles de fonctionnement interne de l'établissement. Il traduit un certain degré d'exigence ou de contrainte à l'encontre des usagers, afin de rendre la vie en collectivité possible.

Ce document est en fait une confrontation de la logique institutionnelle à celle de l'individu. Des progrès conséquents ont été accomplis dans la place laissée à l'intimité des résidents.

b) *Flash-back: une intimité longtemps bafouée*

L'étude des règlements intérieurs des maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine permet de prendre la mesure, au fil de l'histoire, des évolutions des mentalités et des conditions de vie des résidents, et par là même des libertés qui leur sont désormais accordées comme à tout un chacun dans la société.

Plus particulièrement, l'étude du Règlement de l'hospice des vieillards datant de 1912 révèle les progrès accomplis depuis dans l'espace de liberté laissé aux résidents, liberté corrélative à l'intimité.

Les principaux points du règlement étaient surtout relatifs au mode de vie et aux relations sociales des pensionnaires. Leur rythme de vie était strictement défini³⁹, ainsi

³⁸ LONG M. Les règlements intérieurs des maisons de retraite. *Gérontologie et société*, juin 2000, n° 93, pp. 174-175.

³⁹ Article 30 du Règlement de l'hospice de vieillards de Neuilly-sur-Seine (1912) : "A moins d'un ordre contraire du médecin ou d'une autorisation spéciale de la directrice, après avis de l'Administrateur de service, les pensionnaires se lèveront à 7 heures en été et à 7 heures et demie en hiver."

que leur tenue vestimentaire⁴⁰. Les possibilités de visites étaient extrêmement restreintes⁴¹. Quant aux sorties, elles étaient soumises à des règles particulières⁴².

Enfin, le règlement de cette époque prévoyait explicitement et de manière détaillée une série de sanctions consistant essentiellement en la privation de sortie pouvant aller de quinze jours à un mois⁴³.

Ainsi, le règlement de 1912 présente des restrictions aux libertés et notamment plusieurs atteintes à l'intimité telle qu'on l'entend aujourd'hui: s'habiller comme on le souhaite, recevoir ses proches tous les jours, etc. Les punitions accroissent l'impression d'avoir à faire à un régime que l'on pourrait qualifier de carcéral.

Au fil des ans, divers règlements se sont succédés à Neuilly-sur-Seine. Le dernier « toilettage » date de février 2003. Si le règlement met toujours face à face les droits des résidents et leurs obligations, il laisse une place plus grande à l'intimité. Ce document est le produit de l'évolution des mentalités et donc du mouvement d'humanisation progressive des institutions pour personnes âgées.

Dans le règlement actuel, le mot « intimité » n'est pas employé, mais plusieurs éléments relatifs à l'intimité permettent d'affirmer que des progrès ont été accomplis en vue de concilier vie collective et espace intime, au profit du bien-être du résident.

La place de l'individu face à l'institution d'hébergement dans laquelle il se trouve reste une préoccupation pour les professionnels et un défi d'avenir. Lors du salon Géront'expo 2003, une conférence s'est tenue sur le thème: « la maison de retraite de demain ». Les intervenants ont convenu qu'il sera du devoir des acteurs de ce secteur de veiller à ce que l'individu prime sur la logique institutionnelle.

⁴⁰ Article 22 du Règlement de l'hospice de vieillards de Neuilly-sur-Seine (1912) : "Chaque homme recevra une coiffure d'uniforme: casquette pour l'hiver, chapeau de paille pour l'été, portant les initiales H.N."

⁴¹ Article 32 du Règlement de l'hospice de vieillards de Neuilly-sur-Seine (1912) : "Les parents et amis des pensionnaires seront admis à les visiter deux fois par semaine, les dimanches et jeudis, de une heure à quatre heures."

⁴² Article 33 du Règlement de l'hospice de vieillards de Neuilly-sur-Seine (1912) : "Les hommes ne pourront sortir sans leur coiffure d'uniforme à moins d'une autorisation spéciale de l'Administrateur de service, sur la proposition de la Directrice."

⁴³ Exemples de sanctions prévues par le Règlement de l'hospice de vieillards de Neuilly-sur-Seine (1912) :

- travail hors de l'établissement: 15 jours sans sortie (article 35)
- état d'ivresse: 1 mois sans sortie (article 36)
- alcool dans l'établissement: 15 jours sans sortie et saisie de l'alcool (article 37)
- mendicité: 1 mois sans sortie (article 39)

B) Contrat de séjour

Le contrat de séjour est passé lors de l'admission avec l'établissement d'accueil. Il précise la nature et le prix des prestations fournies. Il s'agit d'un engagement réciproque des parties:

- D'une part, l'établissement s'engage à mobiliser les moyens pour assurer la prise en charge et le meilleur accompagnement possible; il fournit des prestations, dont le contrat précise la nature mais aussi les limites.
- D'autre part, le résident et sa famille prennent connaissance des prestations qui sont offertes, du tarif de ces prestations qu'ils s'engagent à régler, du règlement de fonctionnement précisant les règles de vie dans l'institution, de la réglementation sur les objets déposés et un état des lieux privatifs est réalisé⁴⁴.

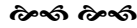
Il convient de s'interroger sur l'impact de la signature d'un contrat de séjour en matière de protection de l'intimité du résident.

Principalement, cette signature garantit un espace propre au résident : la chambre, avec possibilité de la personnaliser, dans le respect de certaines règles préétablies.

De plus, le contrat concerne d'autres éléments constitutifs de l'intimité. Il garantit la liberté de culte, la liberté d'aller et venir ainsi que le droit de recevoir des visites (malgré quelques restrictions d'horaires dans l'intérêt du bon fonctionnement des services).

▪ injures et provocation: réprimande publique (article 40)

⁴⁴ Sur ce dernier point, l'état des lieux de la chambre est prévu par le nouveau contrat de séjour des Maisons de Retraite de Neuilly-sur-Seine approuvé par le Conseil d'Administration réuni le 5 février 2003.

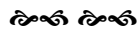


L'intimité est une notion qui comporte de multiples facettes et qui touche largement le domaine des droits et libertés des personnes âgées en établissement.

L'évolution des mentalités permet désormais à l'intimité de faire partie des préoccupations affectant le fonctionnement des établissements. Les textes qui ont été établis en sont la preuve.

Pourtant, comme l'affirme le philosophe Jean Baudrillard : «L'intimité est faite pour être violée ; c'est une sphère privilégiée qui n'est pas sans perversité, une allusion provocante à venir la violer »⁴⁵.

En effet, l'observation des conditions de vie des résidents en maison de retraite met le respect du droit à l'intimité à l'épreuve de la vie en communauté.



⁴⁵ BAUDRILLARD J. La sphère enchantée de l'intime. *Autrement*, n° 81, pp. 12-15, cité par REINHARDT J-C., op. cit., p. 60.

2 LE DROIT À L'INTIMITÉ À L'ÉPREUVE DE LA VIE EN MAISON DE RETRAITE: UN DIFFICILE RESPECT

Il existe un écart entre ce que chacun admet comme conditions élémentaires du respect de la personne (et donc de son intimité) et la réalité de l'accompagnement au quotidien.

Il s'agit ici d'utiliser la définition ternaire des aspects de l'intimité comme base d'observation des faits sur le terrain, confrontation de ce qui devrait être à ce qui est. Au-delà des principes affirmés et admis par tous, certaines pratiques méritent d'être analysées.

2.1 Aspects psycho-affectifs de l'intimité

Parmi les aspects psycho-affectifs qui composent l'intimité d'une personne, certains m'ont semblé dignes d'être regardés de plus près, car ils comportent tous des risques d'atteintes à l'intimité. Seront évoqués ici le respect de l'histoire personnelle des résidents, de leur fin de vie et de leur spiritualité.

2.1.1 Histoire personnelle des résidents

Respecter l'intimité de la personne passe par cette première dimension qu'est son histoire personnelle. Comme le mentionne la définition de l'intimité, la personnalité de chacun s'est construite de ses expériences, de l'influence de son éducation, et ce au fil de sa longue vie. Pour que les soignants ne se limitent pas à une personne réduite à ses incapacités actuelles, il faut que son existence toute entière, à travers son histoire de vie, puisse être prise en compte.

L'objectif est alors, dès la phase d'accueil et d'intégration dans l'établissement, de connaître la personne pour mieux la respecter, tout en reconnaissant l'existence de limites à cette démarche.

A) Comment connaître cette histoire personnelle?

L'entrée en maison de retraite constitue une étape difficile pour les personnes âgées, plus ou moins bien préparées par leurs proches, plus ou moins consentie. Cela peut marquer durablement les relations avec l'entourage familial et soignant. C'est pourtant au cours de cette phase de l'accueil et de l'admission que le résident va être questionné par les équipes chargées de sa prise en charge. Il va ainsi dévoiler, plus ou moins volontairement, des pans entiers de son histoire personnelle.

a) *Les questionnaires*

Le questionnaire médical:

L'entrée en maison de retraite étant soumise à l'avis du médecin, le résident doit fournir un dossier médical qui comporte, entre autres, ses antécédents et problèmes actuels.

Le dossier administratif:

Le dossier administratif est constitué par le résident lui-même, par ses proches ou par son représentant légal. Il contient des informations qui relèvent de l'intimité de la personne: son état matrimonial, l'existence d'enfants, les revenus, la ou les personnes à contacter en cas d'urgence. Ce dernier point est parfois révélateur des conflits entre enfants, des histoires de famille plus profondes qui, sans être dévoilées, apparaissent de manière criante à travers ces simples démarches administratives.

La prise de contact avec l'animatrice:

Elle se fait quelques jours après l'arrivée du nouveau résident, afin de ne pas le surcharger de questions dès le premier jour et de lui laisser le temps de s'acclimater à son nouveau lieu de vie, dans une phase où la personne âgée est souvent très perturbée et désorientée. Par un petit questionnement, l'animatrice essaie, autant que faire se peut, de recueillir les goûts et habitudes antérieures du résident. Elle note sur une fiche individuelle son ancienne profession, le nombre d'enfants, les activités que la personne aimait bien exercer (par exemple: lecture, bridge...). Cette fiche est conservée par l'animatrice. Il a été envisagé d'en glisser une copie dans le dossier de soins accessible aux équipes soignantes proches de la personne. Cette question est actuellement à l'étude dans un groupe de travail sur le thème « accueil et admission » dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement.

b) *Les moments de confidences*

Outre ces questionnaires qui permettent de connaître un peu mieux les résidents, il existe, avec certains, des moments privilégiés de dialogue avec le personnel. Au cours de ces discussions, quand elles sont possibles, la personne se livre, raconte un peu de son histoire, parce qu'elle se sent en confiance et qu'elle a envie qu'on sache qui elle est. Dans les services de gériatrie, les relations entre professionnels et personnes âgées s'inscrivent dans la durée d'un séjour compris entre quelques jours et quelques années. Le temps passé ensemble introduit une perception et une compréhension de l'autre qu'il faut prendre en compte afin d'apprécier la dimension du soin aux personnes âgées dépendantes. « Dans une institution (...), ce que le personnel soignant partage avec les personnes âgées va au-delà des soins de confort et d'hygiène. En réalité, il existe des liens qui se tissent autour de leur vie (celle des personnes âgées et celle du personnel soignant). »⁴⁶

B) Comment respecter cette histoire personnelle?

L'institution, par le biais de son personnel, est dépositaire de ces secrets, de ces histoires personnelles des résidents. Cependant, les risques d'atteinte à l'intimité sont nombreux. Bien que le personnel soit tenu au secret professionnel, il est parfois difficile de discerner les limites de la divulgation.

a) *L'accès aux dossiers des résidents*

A Neuilly-sur-Seine, les dossiers médicaux et de soins ne sont pas informatisés. Cette informatisation est en cours en ce qui concerne les informations administratives, avec un accès restreint aux membres du personnel ayant réellement besoin de ces données. Les dossiers médicaux sont classés dans le bureau du médecin. Quant aux dossiers de soins, ils sont à la disposition des équipes soignantes.

Il convient de rappeler que le personnel est tenu à la confidentialité sur les informations dont il peut avoir connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

⁴⁶ NAVARRO-CHAFFLOQUE M. La sexualité des personnes âgées ; points de vue, réactions et attitudes du personnel soignant. In *Santé et maison de retraite*. Paris : Serdi, collection L'année gérontologique, 1999. Volume II, p. 137.

b) La prise de conscience du personnel

Lors d'une discussion avec trois membres du personnel d'un étage au sujet de la notion d'intimité, j'ai pu me rendre compte de leurs difficultés à cerner les contours de ce concept et les implications dans leur travail. Outre le fait que j'ai eu l'impression que c'était la première fois qu'elles y réfléchissaient véritablement (pour deux d'entre elles en tout cas), j'ai remarqué qu'en me racontant toutes les anecdotes que ce sujet évoquait, elles citaient systématiquement le nom de la personne concernée. Et même mieux: quand le nom ne leur venait pas spontanément, elles s'interrogeaient entre elles pour le retrouver. En mettant un nom sur chaque anecdote liée à une question relative à l'intimité, elles violaient cette dernière sans même y penser, sans aucune mauvaise intention, inconscientes de ce paradoxe. Sans doute par simple négligence, manque de réflexion ou absence de repères.

Ainsi, les risques d'atteinte à l'intimité de l'histoire personnelle sont bien réels, non seulement par divulgation d'éléments du dossier ou d'anecdotes précises sur les résidents, mais aussi par déformation d'informations.

En effet, les réponses données par le résident interrogé lors de son admission ne peuvent en aucun cas refléter intégralement son histoire. Elles sont souvent limitées et imprécises. De cette imprécision naît le danger de mal les interpréter de commettre des bévues. Prenons l'exemple d'une personne qui répondrait simplement à la question « nombre d'enfants »: deux ; sa réponse ne dit pas, en l'occurrence, s'ils sont encore en vie, ou si les deux rendent visite à leur parent.

2.1.2 Approche de la mort et rites funéraires

A) La délicate problématique de la mort

Le décès trouve pleinement sa place dans la sphère psycho-affective de la personne âgée. Les deuils des êtres chers et l'approche de sa propre mort touchent le résident dans ce qu'il a de plus intime.

Le décès est un moment à la fois très personnel et où la relation à autrui est capitale car la façon d'entourer le mourant, de l'accompagner, a une importance. Cet aspect est parfois négligé en maison de retraite, par manque de temps à consacrer aux

résidents en fin de vie, ou aussi par manque de formation. Comme le constate Charlotte Mémin: « Il reste encore bien des progrès à accomplir dans l'attitude, le savoir-être auprès du mourant qui ne doit pas devenir une technique. Face à ces batailles contre l'angoisse de la mort, l'entourage familial et social joue un rôle primordial. Il s'agit de mettre en place une écoute active. »⁴⁷

De plus, accompagner la mort des autres renvoie les soignants en gériatrie, non seulement à la mort de proches, mais encore à leur propre mort, difficile à envisager. D'où la nécessité pour le soignant de délimiter précisément la ligne de partage entre son intimité personnelle et l'empathie qu'exige son rôle: ne pas prendre pour lui la souffrance du mourant et de sa famille, reconnaître et maîtriser ses réponses émotionnelles engendrées par la situation.

B) Les risques d'atteintes à l'intimité au moment du décès

Il existe des risques d'atteintes à l'intimité lors du décès: à trop vouloir accompagner, l'institution doit veiller à ne pas tomber dans ce qu'on pourrait qualifier d'excès de prise en charge et confisquer au résident lui-même et à ses proches ce moment privilégié. C'est souvent lors du décès que se règlent certaines relations parent-enfant, que les choses peuvent être dites, que le deuil de ceux qui restent peut être préparé par les adieux de ceux qui partent. L'institution doit alors trouver le juste équilibre en veillant à ne pas délaissier les personnes âgées mourantes (notamment celles qui sont seules, sans famille), mais ne pas confisquer ce moment, ne pas voler la relation intime qui prend une dimension particulière dans ces derniers instants.

La présence de résidents de différentes religions implique aussi de respecter jusqu'au bout les pratiques issues de leurs cultures. La toilette mortuaire ne s'effectue pas de la même façon selon les religions. Cela implique que le personnel soignant soit informé sur les procédures mortuaires pour ne pas commettre d'erreur.

⁴⁷ MEMIN C. *Comprendre la personne âgée*. Paris : Bayard, 2001, pp. 53-54.

2.1.3 Spiritualité

Parmi les composantes de l'intimité d'une personne, ses croyances et pratiques religieuses s'inscrivent dans cette sphère psycho-affective étudiée ici. En effet, la personnalité de l'individu se construit aussi par sa vie intérieure, ses croyances et les rites qui en découlent.

Le respect des croyances et de la pratique religieuse des résidents est rappelé dans les chartes et mentionné dans le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. A Neuilly-sur-Seine, il est mis en pratique par l'existence d'une salle de culte dans chacune des résidences. Il faut noter que cette salle, bien qu'initialement destinée à tous les cultes, a été progressivement agrémentée d'objets catholiques. En effet, les Catholiques étant largement majoritaires, ils « se sont approprié » cette salle, la transformant en chapelle par la présence de crucifix et autres symboles catholiques.

Pourtant, bien que la grande majorité des résidents soit catholique, d'autres rites ou religions sont présents à la maison de retraite. A ma connaissance, ils n'utilisent pas la salle de culte pour leur pratique religieuse, cette salle étant désormais une chapelle catholique.

On pourrait ici penser que le respect de leur spiritualité n'est pas totalement assuré puisque la salle est monopolisée par la messe catholique. Cependant, aucune réclamation n'a été faite en ce sens. De plus, les résidents de quelque religion qu'ils soient, peuvent recevoir le ministre du culte de leur choix. Ils pourraient également demander à utiliser les salles de culte pour leur pratique religieuse. Le respect de leur spiritualité est ainsi assuré.

Quant à ceux qui ne peuvent pas se déplacer de la chambre, ils reçoivent, s'ils le désirent, la visite de bénévoles catholiques leur apportant la communion. Le personnel essaie même, le dimanche, de terminer la toilette à temps pour les résidents qui souhaitent regarder la messe télévisée.

La direction doit aussi veiller à ce que la pratique religieuse ne soit pas source de dérangement dans l'établissement: il a pu arriver que les bénévoles catholiques aient le désir de conduire à la messe un groupe de résidents... comprenant malencontreusement une personne de religion juive.

Ces trois éléments de la sphère psycho-affective que j'ai choisi de détailler sont bien constitutifs de l'intimité des résidents et, en institution, il n'est pas difficile d'y porter atteinte.

2.2 Aspects corporels de l'intimité

Deuxième catégorie d'éléments composant l'intimité d'une personne, les aspects corporels amènent à reposer la question du sens du mot « soigner » et celui du corps, support de ces soins.

2.2.1 Toilette, incontinence et soins

Il convient ici de se pencher sur des aspects que l'on pourrait qualifier de techniques: l'étude du respect de l'intimité lors de la toilette, de la prise en charge de l'incontinence et lors des soins.

L'enveloppe charnelle de la personne est un élément central de son intimité. Elle est aussi l'expression évidente de son vieillissement, par la dégradation progressive du corps, mal accepté.

Les risques d'atteintes à l'intimité résident dans chaque moment où le corps est exposé:

A) Lors de la toilette

Pour les résidents qui n'ont plus les capacités physiques de se laver seuls, l'aide d'une tierce personne est nécessaire. Malgré les précautions prises par le personnel, les risques d'atteinte à l'intimité existent.

Charlotte Mémin rappelle, dans son récent ouvrage⁴⁸, que les générations qui sont actuellement hébergées en maison de retraite ont été élevées avec des principes stricts concernant la pudeur; on leur a souvent inculqué que le corps nu ne se montrait en aucune circonstance.

Les soignants aident à la toilette selon des techniques qui préservent au mieux la pudeur de la personne âgée: le corps n'est théoriquement jamais dénudé intégralement, mais progressivement au fil de la toilette, et tant que le résident peut effectuer certains gestes, le soignant ne les fait pas à sa place.

⁴⁸ MEMIN C. Op. cit.

Pourtant, certains soignants conscients de la nécessité de préserver l'intimité corporelle au cours de la toilette confient parfois ne pas respecter ces règles. Par manque de temps, le résident peut être mis sur les WC pendant que le soignant commence à le laver. Cet exemple révèle que la pudeur, la dignité et l'intimité ne sont pas toujours respectées.

La toilette est aussi un moment particulièrement intime car ce contact physique, avec du personnel soignant plus jeune, peut éveiller les sens. La situation peut causer une gêne, tant pour le soignant que pour la personne âgée. Des deux côtés, les réactions peuvent être vives. La personne concernée peut exprimer un rejet du résident, qu'elle va trouver sale, pervers ou vicieux. « L'attitude du personnel va dans le sens d'une "chosification" du corps de ces personnes et en fait disparaître toute dimension affective et sensuelle. Les soignants répugnent à les considérer comme des êtres sexualisés et préfèrent ne voir en face d'eux que des corps vieillissants, malades, par lesquels toute expression de sexualité est devenue impossible à envisager. »⁴⁹

De son côté, la personne âgée gênée au moment de la toilette intime peut manifester des oppositions voire des injures à l'encontre des soignants, « pour rappeler vraisemblablement la charge émotionnelle d'une interaction à tonalité érotisée entre une soignante jeune et un sujet vieillissant »⁵⁰. La toilette induit fatalement des mécanismes de protection de soi-même, de son intimité, tant la charge d'affects sollicités est intense.

B) Lors de la prise en charge de l'incontinence

De nombreux résidents devenus incontinents nécessitent la pose de changes. Seuls quelques résidents valides gèrent seuls leur incontinence. La majorité des incontinents sont pris en charge par le personnel⁵¹.

L'incontinence est l'un des aspects de l'intimité auquel les soignants ont accès et qui touche la pudeur et la dignité des personnes âgées. D'autant plus que certaines sont

⁴⁹ LAFORESTRIE R, GEOFFRE C. Sexualité en institution gériatrique et formation du personnel. *Gérontologie et Société*, septembre 1997, n° 82, p. 182.

⁵⁰ GERARDIN P, MAHEUT-BOSSER A, RICHARD F, MANCIAUX M.A, PENIN F. Réflexions sur la vie affective et la sexualité en long séjour. In *Santé et maison de retraite*. Paris : Serdi, collection L'année gérontologique, 1999. Volume II, p. 140.

⁵¹ Etude sur l'incontinence réalisée au cours de mon stage au sein des Maisons de Retraite de Neuilly-sur-Seine.

devenues incontinentes à l'entrée en institution simplement parce qu'on leur a imposé de porter des changes, par précaution. L'institution, par ce biais, entre de force dans l'intimité du résident. Il faut apprécier les répercussions de la prise en charge de l'incontinence sur l'image du corps, qui constitue une part de la valeur que la personne a d'elle-même.

Lors d'entretiens avec la psychologue de l'établissement, celle-ci m'a fait part des observations du personnel au sujet de l'incontinence. Le personnel relate l'existence d'un réel sentiment d'infériorité des personnes « changées »: les agents les voient souillées, ce qui fait naître chez ces personnes déjà fragilisées un sentiment de honte.

Ce sentiment est accru par le vocabulaire employé sans y prêter attention par les agents: « couches » au lieu de « changes » ou « protections ». L'emploi d'un lexique inapproprié a pour conséquence une infantilisation des personnes âgées.

Par ailleurs, au cours de réunions d'un groupe de travail sur l'incontinence, j'ai pu prendre conscience de situations provoquant de véritables atteintes à la dignité: il a pu arriver que le personnel superpose deux protections, ou bien, excédé de nettoyer, sermonne la personne âgée souillée, ce qui renforce l'infantilisation des résidents.

Le sujet de l'incontinence souligne bien à quel point intimité et dignité sont liées.

C) Lors des soins

Le troisième moment où le corps est exposé par nécessité est celui des soins médicaux et infirmiers, qui sont courants dans une institution médicalisée. Là encore, le corps est exposé aux soignants, avec plus ou moins de respect pour la pudeur de la personne âgée.

A l'évocation du respect de l'intimité, certains faits m'ont été relatés par la psychologue de la maison de retraite. Lors d'une visite du médecin en fin de matinée, à l'heure où certains résidents sont déjà installés en salle à manger de leur étage, il a pu arriver que le médecin ne les fasse pas reconduire en chambre pour les examiner. La psychologue témoigne avoir déjà vu soulever la robe d'une résidente pour un examen médical de la hanche au milieu d'un espace collectif. Cela constitue un exemple criant d'atteinte à l'intimité et à la dignité de la personne.

Les aspects corporels de l'intimité ne concernent pas seulement les soins apportés au corps. Ils touchent également à la sexualité et l'affectivité des résidents.

2.2.2 Sexualité

Au cœur de leur intimité, la sexualité des vieillards en institution existe. Le droit à l'intimité, c'est aussi le droit d'avoir, malgré l'âge, la maladie et la vie en institution, une vie affective et sexuelle, en solitaire ou avec le partenaire de son choix.

Pour certains, la sexualité du vieillard est indécente. La nier ou la mépriser constituent des atteintes à l'intimité.

A) Une sexualité au grand âge bien présente, bien que souvent niée

La sexualité ne se limite pas au simple fonctionnement génital, mais prend en compte tous les aspects tant psychologiques, affectifs, émotionnels que sociaux. La sexualité de la personne âgée, bien que semblable à celle des autres adultes, doit, chez les personnes en perte d'autonomie, s'adapter progressivement à la diminution de leurs capacités tant physiques que psychologiques. De plus, elle est aussi influencée par les valeurs, les normes sociales de ces générations, ainsi que par des facteurs socio-démographiques comme, par exemple, la rareté des partenaires de sexe masculin.

Malgré les obstacles liés à la vieillesse, les pulsions sexuelles existent bel et bien dans le grand âge. La personne âgée a besoin d'être acceptée et reconnue en tant qu'être sexué, ayant le droit d'exprimer sa sexualité selon la forme qu'elle choisit. Il convient de remettre en cause la représentation de la personne âgée dépourvue de sexualité, image de sagesse et sérénité véhiculée dans notre culture occidentale. En France « Papi, Mamie » faisant l'amour relève de l'inconcevable. Et ce d'autant plus dans l'environnement désexualisé des institutions. « Il existe toujours l'idée que la restauration de la vie sexuelle dans l'âge avancé est une curiosité, une demande inhabituelle. »⁵² Or, Merleau-ponty rappelait que « la sexualité est ce qui fait qu'un homme a une histoire ». Alors pourquoi condamner ces pulsions de vie dont fait partie la sexualité? Le manque d'intimité et les attitudes négatives et limitatives du personnel répriment grandement

⁵² TIGNOL J, BRENOT P, ETCHEVERRER M, GRAFEILLE N. *Troubles de la sexualité du sujet âgé et conjugopathies*. Paris : Flammarion, 1999, cité par HAZIF-THOMAS C, MIGEON-DUBALLET I, BELAZREG F, PRADERE C, THOMAS P. Introgénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé. *La Revue de gériatrie*, juin 1002, t. 27, n° 6, p. 406.

l'expression sexuelle des personnes âgées vivant en institution. Quant à la négation de leurs besoins sexuels par les personnes âgées elles-mêmes, elle n'est peut-être qu'une « façon adaptée de faire face aux barrières imposées à l'expression sexuelle auxquelles elles sont confrontées surtout dans les institutions. »⁵³

Ainsi, « il est faux de prétendre que la personne âgée qui franchit le seuil de ces institutions perd ou laisse derrière elle ses désirs sexuels, son besoin de contacts humains et physiques, son besoin d'affection, d'intimité ou autre. »⁵⁴ Cependant, les institutions ne sont pas toujours des havres de vie où les besoins sexuels des personnes âgées peuvent s'exprimer dans une atmosphère chaleureuse et permissive.

B) Les risques d'atteinte à l'intimité sexuelle

Les risques résident le plus souvent dans la négation du caractère sexué de la personne âgée, et donc de la possibilité qu'elle ait des manifestations d'ordre sexuel, que ce soit seule (masturbation), face à autrui (exhibition) ou avec autrui (relations sexuelles). Les pressions du groupe social sont telles que dans les institutions pour personnes âgées, la sexualité est très mal acceptée.

Les couples constitués avant l'entrée en maison de retraite peuvent choisir de partager une chambre commune ou de faire chambre à part. Mais la chambre partagée reste une chambre à deux lits; les couples entrant en institution renoncent ainsi au sommeil partagé.

Comment vivent-ils alors leur intimité dans des lieux où l'individu doit se soumettre aux règles de la collectivité? Doivent-ils renoncer à tout ce qu'ils ont construit au fil des ans?

Il arrive aussi que des couples se forment dans l'établissement. Mais face aux couples nouvellement constitués, la collectivité peut ressentir un malaise. Une équipe soignante de la maison de retraite m'a raconté qu'il y a quelques années, un couple s'était formé à dans l'établissement et les résidents se rendaient visite dans la chambre, porte fermée, pour avoir des contacts physiques. Les réactions des soignants et de l'entourage des résidents concernés sont allées dans le même sens. Les soignants ont dit: « on ne pouvait quand même pas les laisser faire, il fallait parfois en venir aux mains pour les

⁵³ POITRAS J. La sexualité en institution. In *Sexualité et vieillissement*. Association québécoise de gérontologie. Atelier 2, p. 96.

séparer ». En parallèle, la famille de la dame a très mal vécu que leur parente puisse nouer une relation de ce type en maison de retraite et l'a donc changée d'établissement. Dans ce cas, l'ensemble de l'entourage a donc réagi de manière répressive, refusant toute manifestation d'une vie sexuelle, intime, de ces personnes âgées.

Cet exemple illustre ce que décrit Jacinthe Poitras: « Parfois, le professionnel décide que les problèmes physiques ou la maladie sont plus importants que la sexualité; le sont-ils vraiment? (...) Les réactions des soignants peuvent s'exprimer par de la gêne, de l'inconfort, de l'impuissance et, dans les cas extrêmes, aller jusqu'à exprimer des propos moralisateurs. »⁵⁵ Elles peuvent aussi varier entre la moquerie, la réprobation franche ou le déni et le refus de voir, mais aussi pourquoi pas la provocation.

Les raisons sont multiples. Les soignants se sentent parfois démunis face à la sexualité des sujets âgés. Alors, réprimer leurs désirs revient aussi à « se protéger de la peur d'une image "en miroir" du sujet sexué, angoissante car déformée par la vieillesse et la démence. »⁵⁶ En d'autres termes, « par excès ou par défaut, on en revient le plus souvent à opérer une négation. Négation, médicalisation, "chosification" du corps âgé, ce sont là des processus qui nous indiquent la présence active du refoulé ». ⁵⁷

Ainsi, les aspects corporels de l'intimité liés à la sexualité sont mis en danger quand les personnes âgées vivent en institution. La collectivité a du mal à accepter les manifestations du désir malgré l'âge. Pourtant, signe de l'évolution des mentalités, au cours de mon stage, un couple s'est formé. Ils ont tenu à l'annoncer officiellement à l'animatrice, puis à la directrice, qui a accueilli la nouvelle avec plaisir et ouverture d'esprit.

L'étude du respect de l'intimité dans un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) serait incomplète sans aborder les aspects liés au mode de vie et à l'environnement de la personne âgée.

⁵⁴ Ibid. p. 100.

⁵⁵ Ibid. p 99.

⁵⁶ DURIEUX M. Les mots des soignants pour dire la sexualité des «vieux ». *Gérontologie et société*, septembre 1997, n° 82, p. 169.

⁵⁷ GERARDIN P, MAHEUT-BOSSER A, RICHARD F, MANCIAUX M.A, PENIN F. Op. cit., p. 141.

2.3 Aspects liés au mode de vie de la personne âgée et à son environnement

2.3.1 Mode de vie et interactions avec l'entourage

Dans la définition du mode de vie touchant à l'intimité, il a été établi qu'il s'agissait essentiellement des habitudes, des activités sociales et des relations avec les proches.

A) Rythme de vie et habitudes

La vie en maison de retraite est rythmée par les repas. Pour des raisons d'organisation collective, les horaires en sont fixés: petit déjeuner à partir de 8h30 (jusqu'à 9h30 environ), déjeuner à 12h30, goûter à 15h30 et dîner à 18h30. Il est vrai que les personnes ayant auparavant des habitudes différentes ne peuvent plus s'y conformer en maison de retraite et sont contraintes d'adopter le rythme imposé par la collectivité.

Le risque d'atteinte à cette forme d'intimité qu'est le choix des habitudes de vie est bien réel: culturellement, une personne espagnole qui a eu l'habitude de dîner tard toute sa vie devra perdre cette particularité culturelle et céder à l'uniformisation d'ue à la vie en institution.

La vie en institution et ses exigences d'hygiène corporelle modifient pour certains résidents des habitudes ancrées dans leur mode de vie: exiger qu'un résident prenne une douche régulièrement alors qu'il n'en a jamais fait ainsi durant toute sa vie, revient à toucher à une part de son intimité. La littérature fournit un exemple saisissant d'adaptation problématique du mode de vie de la personne aux contraintes de la vie en institution: « M. C. a été clochard toute sa vie. (...) Quelle plus belle autonomie que celle d'un asocial convaincu? (...) Se plier aux règles de convenance lui a été impossible. (...) Il lui fut aussi impossible d'accepter de signaler ses déplacements. (...) Mais le principal motif d'achoppement, le lieu du choc des valeurs pendant toutes ses années de présence en institution resta la propreté corporelle: il lui était impossible d'accepter même une toilette seulement hebdomadaire! »⁵⁸

⁵⁸ GROSSHANS C. *Regards croisés sur la vieillesse*. Montpellier : AIRE, 2001. Les vieux en institution : vous avez dit « valeur » ?, p. 35.

Les horaires et contraintes minimales exigées par la vie en institution contribuent à la disparition d'une certaine spontanéité des personnes âgées. Ces dernières voient leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur environnement restreint, ce qui tend à les infantiliser.

B) Rite vestimentaire et maquillage

Préserver l'intimité d'une personne, c'est aussi lui garantir la possibilité de continuer à effectuer des choix simples ayant une influence sur sa vie quotidienne, et de conserver les rites sociaux que sont l'habillement et le maquillage.

« Le rite vestimentaire » consiste à choisir les vêtements que l'on souhaite porter, garder éventuellement une certaine coquetterie en institution. Or, l'expérience prouve que la vie en collectivité ne favorise pas la préservation de ces aspects soit disant futiles de l'intimité. Dès l'entrée en institution, on encourage à l'abandon des bijoux, petits artifices qui contribuent à souligner la beauté. Parfois, il est possible de remarquer que les résidents portent une tenue négligée, ou portée systématiquement plusieurs jours d'affilée sans en changer. Cela peut être du fait du résident lui-même, s'il s'habille seul. Mais cela peut aussi provenir d'une certaine négligence du personnel, qui, par manque de temps ou d'attention, tend à ne plus considérer le vêtement comme un attribut de la personne dans une vie en société.

Chez les personnes les plus dépendantes, l'habillement a tendance à se restreindre à des tenues pratiques (robes ouvertes derrière). Les sous-vêtements sont remplacés par un change complet, ou une protection dans un « slip-filet ».

Quant au soutien-gorge, absent chez les plus dépendantes, il est pourtant un rite pour toute femme. Or, « pour ces femmes âgées qui franchissent le seuil de l'établissement gériatrique, ce symbole fort est "jeté aux orties" marquant cette fois non pas leur émancipation des contraintes morales et sociales mais au contraire leur soumission aux règles d'un univers régressif. »⁵⁹

L'autre rite à évoquer ici est celui du maquillage. Il relève de l'intimité car il touche également à l'image de la personne, celle qu'elle choisit de donner à son environnement. C'est un « geste à la fois social et psychologique. Social parce qu'il est une réponse

⁵⁹ DURIEUX M. Op. cit., pp. 163-164.

“adaptée” à la société qui se défend en outre plus que jamais du processus de vieillissement. Sa portée est aussi psychologique nécessitant l’utilisation d’un miroir. (...) “Y” croire encore, à la nécessité de rester coquette face à la mort, c’est aussi se situer comme sujet désirant donc vivant. »⁶⁰

Conserver, dans la mesure du possible, certains rites vestimentaires, voire de maquillage, permet à la personne âgée de rester maîtresse de choix quotidiens concernant sa personne. Les intentions vestimentaires sont des petites choses qui contribuent à la qualité de vie d’une personne, même très âgée. Mais en institution, ces petits détails affectant la sphère intime sont difficiles à respecter. Comme le résume Monique Durieux: « La routine est cependant toujours là, insidieuse, antinomique d’une recherche de sens. N’ouvre-t-elle pas le champ à des stéréotypes qui risquent de précipiter un peu plus le vieillard? »⁶¹

Enfin, conformément à la définition donnée, l’environnement physique constitue le territoire intime de l’individu.

2.3.2 Environnement physique: le territoire de la personne âgée

En maison de retraite, cet espace intime est constitué principalement de la chambre, mais aussi d’autres lieux que le résident fréquente.

A) La chambre

a) *Un espace privé*

Le designer Philippe Starck estime que l’intimité ne peut pas se traduire dans un espace: il n’existe pas d’espace intime. L’intimité est immatérielle: « Je ne crois pas qu’il y ait des lieux intimes, mais il y a des moments d’intimité. »⁶²

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

⁶² REINHARDT J-C. Op. cit. pp. 66-68.

Pourtant, ce besoin d'un espace à soi est bien présent. Comme je l'ai souligné dans la définition des éléments constitutifs de l'intimité, chacun se définit un territoire.

En maison de retraite, l'espace le plus intime est certainement la chambre du résident. Au fil des ans, l'amélioration des conditions d'hébergement a conduit à l'abandon des salles collectives pour des chambres plus petites, de type hospitalier et dotées d'un confort minimum. Dorénavant, les établissements qui s'engagent dans la signature d'une convention tripartite doivent se conformer à certaines exigences requises comme normes de qualité: un quota de chambres doubles dans l'établissement, une surface minimale déterminée d'une chambre, un cabinet de toilette individuel⁶³. « Désormais, le standard hôtelier s'impose. (...) Mais cet univers aseptisé et anonyme ne répond pourtant peut-être pas aux besoins réels des personnes âgées (...) et ces lieux n'ont rien à voir avec l'idée qu'on se fait d'un "chez soi". »⁶⁴

C'est pourquoi il est recommandé de personnaliser la chambre. Les résidents peuvent apporter du petit mobilier, des cadres, vases, photos et autres objets personnels, afin de mieux instaurer une atmosphère intime. La chambre est un « véritable prolongement du sujet âgé »⁶⁵. C'est un lieu chargé d'affects, d'objets, d'images ou objets symboliques. Elle devient son domicile, fait partie intégrante de la personne et la rattache à son histoire de vie.

A Neuilly-sur-Seine, l'état des lieux annexé au nouveau contrat de séjour des maisons de retraite renforce l'assimilation de la chambre à un domicile, contrairement à une chambre d'hôpital.

b) Les risques d'atteintes à l'intimité

Si cette chambre en maison de retraite devient le domicile du résident, son caractère « privé » est entravé par sa situation au cœur d'une institution dont le résident a besoin pour vivre. Cette parcelle personnelle est donc difficile à respecter totalement comme lieu intime dans un fonctionnement collectif.

⁶³ Cf. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁶⁴ DEHAN P. Les résidences pour personnes âgées : concilier intimité et convivialité. *Le moniteur architecture, amc*, février 1996, n° 68, p. 57.

⁶⁵ GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J., op. cit., p. 78.

Chaque intrusion, voire irruption, dans la chambre peut constituer un risque d'atteinte à l'intimité. Les agents sont amenés à pénétrer dans les chambres plusieurs fois par jour : petit déjeuner, toilette, ménage, changes, etc. sont des situations où le résident est bien obligé d'accueillir des « étrangers » dans son lieu intime.

Le personnel est tenu de frapper à la porte et d'attendre la réponse avant d'entrer. Comme le souligne l'ethnologue Anne Dupré-Lévêque, « cette remarque paraît assez dérisoire, mais (...) cette attention est loin d'être systématique. Elle représente pourtant une marque de respect élémentaire de la personne et de son intimité, et le simple fait de ne pas avoir cette attention suffit au résident pour ne plus se sentir un individu à part entière. »⁶⁶ Dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas. « Les chambres sont des lieux où la plupart des soignants s'autorisent l'entrée sans s'être au préalable annoncés ou sans y avoir été conviés. »⁶⁷ Cette observation met en évidence un paradoxe: alors qu'en ne frappant pas à la porte, ou en n'attendant pas la réponse pour entrer, on renie le caractère privé de l'espace qu'est la chambre, on utilise bien, pour désigner cette dernière, l'association systématique au nom de la personne: « la chambre de Madame Untel ». L'idée d'un espace associé directement au résident est donc bien dans les esprits.

Une autre forme d'atteinte à l'intimité réside dans l'existence de chambres à deux lits. A Neuilly-sur-Seine, elles sont encore présentes dans l'une des résidences. Mais de plus en plus, les futurs résidents rechignent à partager un espace avec un(e) inconnu(e). Devenues difficile à « remplir » et ne correspondant plus aux attentes des usagers, ces chambres vont être transformées. Il est prévu, à moyen terme, un projet de rénovation architecturale afin de supprimer des chambres à deux lits. Car comment concevoir de partager, pendant plusieurs mois, voire même plusieurs années, une chambre avec une personne totalement étrangère? Comment gérer son intimité, dans une situation d'affaiblissement dû à la vieillesse, en présence d'un compagnon d'infortune? Comment se sentir chez soi et « supporter » les visites de l'autre? Comment mourir lentement à côté du voisin de chambre; et inversement, comment vivre au mieux sa fin de vie face à un mourant qui renvoie une image en miroir? Toutes ces interrogations démontrent l'incohérence de créer un espace intime en chambre double. Peu de résidents s'en accomodent, mais en sont-ils conscients?

⁶⁶ DUPRE-LEVEQUE D. *Une ethnologue en maison de retraite – Le guide de la qualité de vie*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2001, p. 34.

La vie en institution recèle donc des obstacles au respect de l'espace intime par excellence qu'est la chambre.

B) Les autres lieux investis par le résident

L'espace intime entendu au sens large est « un espace choisi, apprivoisé, qui n'a rien à voir avec un décor défini. Un espace dans lequel on est bien, où l'on choisit justement les gens qu'on y rencontre, où l'on retrouve de la chaleur, de la tendresse... (...) L'espace intime est une création symbolique. »⁶⁸

a) *Espaces collectifs et intimité*

Les différents espaces dévolus à la personne institutionnalisée peuvent, en fonction de leur agencement architectural, souvent constituer une atteinte à l'espace intime indispensable.

Par exemple, à Neuilly-sur-Seine, si l'une des résidences comporte une douche dans chaque chambre, l'autre n'a, pour l'instant, que des cabinets de toilette. Les douches se font à l'étage, dans une salle de bains commune. D'où les inconvénients de ne pas pouvoir y aller quand on le souhaite si elle est occupée, d'être obligé de traverser le couloir pour s'y rendre.

L'intimité est ici intrinsèquement liée à la notion de confort matériel. Disposer de sa propre salle de bains est un avantage considérable dans le respect de son intimité.

Autre lieu caractérisant l'institution: le couloir. Il n'est souvent qu'un moyen pour desservir une suite de portes. Si ces dernières sont ouvertes, la chambre est directement exposée aux regards. Fermées, elles font du couloir un espace froid et déroutant pour les résidents, souvent désorientés. Certains architectes ont aussi considéré la nécessité de réinventer le couloir pour faire de ces établissements de véritables lieux de vie pour les personnes âgées. Philippe Dehan propose de « transformer le couloir en un espace lumineux et ouvert sur lequel se greffent les fonctions collectives. (...) Des salles et salons collectifs largement ouverts sur la circulation suppriment totalement l'effet de couloir

⁶⁷ LAFORESTRIE R, GEOFFRE C. Op. cit., p. 182.

⁶⁸ ELELB-VIDAL M. De la salle commune au boudoir. *Autrement*, 1986, n° 81, pp. 129-131, cité par REINHARDT J-C. Op. cit., p. 68.

permettant d'en faire un lieu de séjour et de rencontre. (...) La création d'un espace de transition entre les lieux collectifs et la chambre permet de préserver l'intimité des habitants. »⁶⁹ Dans l'une des maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine, cet agencement architectural existe: de vastes couloirs s'élargissent par endroits pour créer un espace salle à manger. Cet aménagement crée un lieu de vie que les résidents peuvent choisir d'investir et d'intégrer à leur espace intime.

b) Un espace convivial pour recevoir ses proches

Se sentir chez soi, c'est aussi bénéficier de la possibilité de recevoir ses proches. Les visites de l'entourage s'effectuent le plus souvent dans l'espace clos de la chambre.

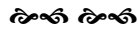
Mais recevoir de la visite peut aussi impliquer prendre un repas ensemble. Certes, cela est possible en prévenant le service de cette invitation. Mais quel espace intime est alors réservé au résident qui souhaite déjeuner avec ses proches?

Soit le repas est pris dans la chambre, ce qui renforce le caractère « hospitalier » de la visite au détriment d'un retour à une vie sociale dite « normale » par le biais de cette invitation.

Soit le repas est pris en salle à manger, au milieu d'autres résidents. Alors que le résident souhaiterait certainement que le partage du repas avec ses convives soit un moment intime, il se retrouve exposé au regard de tous.

Les institutions manquent de lieux, petits salons ou salles à manger, où les résidents pourraient recevoir leurs proches et se retrouver dans un espace convivial sans être confondus dans le collectif de l'institution. La présence de tels espace serait une contribution à la préservation de l'intimité des résidents, par la poursuite d'une vie sociale au travers d'invitations.

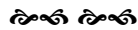
⁶⁹ DEHAN P. Op. cit., p. 58.



Si l'intimité, à travers ses diverses composantes, est bien reconnue comme un droit pour les personnes âgées, la vie en institution comporte de multiples risques susceptibles d'y porter atteinte.

Quels que soient les aspects de l'intimité définis pour les personnes âgées, tous sont exposés à la vie en collectivité, qui complique leur respect.

En tant que directeur d'établissement sanitaire et social prochainement en poste dans un établissement de ce type, il me paraît indispensable d'analyser ce qui fait obstacle au respect de l'intimité et d'envisager comment il est possible d'y remédier.



3 IDENTIFICATION DES FREINS AU RESPECT DE L'INTIMITÉ DES RÉSIDENTS, POUR UN MEILLEUR RESPECT DE CE DROIT EN ÉTABLISSEMENT

Les dysfonctionnements portant atteinte à l'intimité et mis en lumière précédemment méritent d'être analysés afin d'envisager des solutions permettant de mieux prendre en considération le besoin d'intimité des personnes âgées résidant en collectivité.

3.1 Typologie des obstacles au respect de l'intimité des personnes âgées

Ce droit au respect de l'intimité qui est affirmé et dont la nécessité est reconnue par tous connaît, dans la pratique, des entraves. Et ces dernières ne sont pas uniquement du fait de la logique institutionnelle à laquelle sont confrontés les résidents. Elles peuvent aussi être imputables à d'autres causes.

En fait, il est possible de repérer trois grandes catégories d'obstacles au respect de l'intimité des personnes âgées en maison de retraite. Certains sont liés à la personne âgée en elle-même, d'autres à son environnement et d'autres enfin sont intrinsèques à l'institution.

3.1.1 Obstacles liés à la personne âgée elle-même

S'il est parfois impossible de respecter totalement ce droit à l'intimité, c'est parce que, du fait de l'âge, les résidents sont dans un état physique ou psychique qui ne leur permet plus une vie autonome à cent pour cent.

A) Etat physique

L'avance en âge entraîne inéluctablement des dégradations de l'état physique des résidents. Or, ces derniers sont de plus en plus vieux dans les institutions. A Neuilly-sur-Seine, l'âge moyen d'entrée en maison de retraite est de 87 ans. Leur état de santé reflète ce vieillissement de la population institutionnalisée.

A l'occasion de l'élaboration du projet médical⁷⁰, les principales pathologies rencontrées ont été recensées par les médecins. Elles sont caractéristiques d'une population âgée: maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque: 19%, hypertension artérielle: 45%, angor: 16%, diabète: 10%), maladies dégénératives et du système nerveux (démence: 56%, Parkinson: 21%, Alzheimer: 38%, psychose: 8%, dépression: 44%) et maladies du système respiratoire et du système urinaire (pathologies aiguës, variables suivant les moments).

Le vieillissement pathologique entraîne des déficiences et incapacités chez les personnes âgées, qui se retrouvent alors dans la situation communément appelée « dépendance ». On parle de dépendance car leur état physique les contraint à être entourées pour les actes de la vie courante. Concrètement, de ces incapacités physiques naît une fragilisation des personnes âgées, les mettant en difficulté pour exprimer leurs désirs, vivre à leur rythme et selon leurs volontés.

Ces situations entraînent des limitations à l'intimité, comme je l'ai évoqué précédemment:

- intervention d'une tierce personne pour diverses activités: toilette, soins, lecture du courrier, etc.
- « interdiction sociale », exprimée par les réactions de l'entourage, d'avoir une vie sexuelle et affective,
- difficultés pour exprimer ses souhaits.

Au vu de ces éléments, on peut affirmer que la sénescence constitue en elle-même un facteur de risque d'atteinte à l'intimité, qui dans ce cas ne relève pas à proprement parler de l'institution. Certaines atteintes à l'intimité peuvent également se dérouler à domicile.

⁷⁰ Le projet médical est l'un des éléments du projet d'établissement des maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine, validé par le conseil d'administration réuni le 1^{er} Juillet 2003.

B) Cas particuliers des déments

Le travail des soignants en établissement hébergeant des personnes âgées est devenu plus difficile. Non seulement les personnes accueillies sont plus âgées et font état de plus d'incapacités, mais elles sont aussi plus souvent atteintes de troubles démentiels, sans que le personnel y soit correctement préparé.

Ces perturbations de l'état psychique des résidents concourent à une plus grande surveillance de la part du personnel, une mise sous tutelle et des difficultés de communication avec des individus qui déconnectent petit à petit de la réalité. La tentation de les infantiliser se manifeste dans les comportements de l'entourage. Le manque de temps à leur consacrer, de patience et de formation adaptée, contribuent à cette infantilisation.

L'individu incohérent a du mal à effectuer des choix, que l'entourage des proches ou des soignants aura tendance à faire pour lui, lui enlevant ainsi une petite parcelle de liberté qui contribue à son intimité.

Quant à l'expression de la sexualité des déments, elle n'est pas sans poser problème, comme le rappelle la psychologue Claudine Badey-Rodriguez.

D'une part, « certains comportements qui auraient, dans un contexte normal, une connotation sexuelle, n'en ont pas forcément. Une personne qui se déshabille en public peut simplement signifier par là qu'elle a trop chaud, ou bien qu'elle veut aller aux toilettes. »

D'autre part, « la démence peut s'accompagner d'une levée des inhibitions conduisant la personne à avoir des comportements ne rentrant plus dans le cadre des limites posées par la société. Ces résidents ne savent plus ce qu'il est autorisé de faire à tel moment et dans tel lieu. Nous pouvons donc rencontrer des déments se masturbant en public ou tentant des attouchements sur d'autres personnes. »⁷¹

Ainsi désinhibés, les déments repoussent eux-mêmes les limites de leur propre intimité.

⁷¹ BADEY-RODRIGUEZ C. *La vie en maison de retraite – Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Paris : Albin Michel, 2003, pp. 178-179.

A l'inverse, ils peuvent subir des atteintes à leur intimité corporelle, affective et sexuelle. Claudine Badey-Rodriguez décrit également ce phénomène: « Le problème est plus délicat, lorsque la question du consentement de l'un des partenaires se pose; il peut y avoir, en effet, passage à l'acte de la part d'une personne en pleine possession de ses facultés mentales vis-à-vis soit d'une personne confuse, détériorée psychiquement, soit d'une personne soumise qui n'ose ni protester, ni parler. »⁷²

La démence complique donc dans la pratique le respect de l'intimité: celle des déments eux-mêmes, et celle des autres résidents qu'ils sont susceptibles de perturber.

Malgré tout, S. Pottiez rappelle qu'il est du rôle des soignants « de repérer et de respecter la part de liberté restante chez cette personne vieillie, même chez le dément. »⁷³

Ainsi, les conséquences directes du vieillissement pathologique constituent des limites à une intimité préservée. A cela s'ajoutent des obstacles liés à l'environnement de la personne âgée.

3.1.2 Obstacles liés à son environnement

Il est possible de repérer des freins au respect de l'intimité autour de la personne âgée : dans son cercle de proches comme dans la société en général.

A) Les proches

Quand les personnes âgées « prennent des risques » aux yeux de l'entourage, la réponse de ce dernier est souvent de vouloir les limiter en prononçant des interdictions ou en imposant des conduites:

- interdiction de fumer,
- sorties interdites ou limitées,
- interdictions liées à la sexualité.

⁷² Ibid.

⁷³ POTTIEZ S. Op. cit., p. 104.

En décidant à la place de la personne qui pourrait encore exprimer ses désirs, en dictant des conduites et en fixant des interdictions, l'entourage peut infantiliser. Cela s'apparente à une forme de maltraitance.

Les proches font essentiellement obstacle au respect de l'intimité de leurs parents en matière de vie affective et sexuelle. C'est dans ce domaine qu'ils se montrent les plus restrictifs. Leurs réactions sont teintées de refus ou d'embarras.

Ce phénomène a plusieurs causes.

D'une part, certains enfants réagissent en fonction de leur angoisse de vieillir à leur tour sans connaissance sur l'évolution de la sexualité et de l'intimité. Certains auteurs parlent de « trou représentationnel »⁷⁴ à propos de la sexualité des parents dans l'avance en âge.

D'autre part, l'image véhiculée dans la plupart des familles est celle de l'asexualité de la vieillesse, qui étouffe toute tentative d'expérience affective ou sexuelle passé un certain âge. Les enfants expriment leur embarras face à l'expression publique de la sexualité de leurs parents, comme si elle était pour eux source d'incorrection

Enfin, les enfants peuvent exprimer leur refus face à la formation d'un nouveau couple par peur de voir un inconnu s'immiscer dans la famille.⁷⁵

Les proches sont ici clairement identifiés comme obstacles à certains aspects de la vie intime de leurs parents. Plus généralement, la place faite aux personnes âgées dans la société peut aussi être source de manquement au respect de l'intimité.

B) La vision de la société sur les aînés

La conception que la société a, dans son ensemble, de la vieillesse peut être aussi un frein au respect de la vie intime des personnes âgées, et ce principalement dans le domaine de la sexualité et l'affectivité.

Dans la société, la vieillesse est associée à une période de la vie où l'individu est improductif. Ce statut lui confère un sentiment d'inutilité, d'impuissance et peut l'entraîner

⁷⁴ HAZIF-THOMAS C, MIGEON-DUBALLET I, BELAZREG F, PRADERE C, THOMAS P. Op. cit., p. 409.

⁷⁵ GABION M-P, LEPRINCE C. Pour un autre regard sur la sexualité des personnes âgées en institution.... *L'INTERdit*, 1990, n° 22, pp. 9-10.

vers une dépression dans laquelle « le sujet âgé va souvent pratiquer un évitement de la sexualité et se replier sur lui-même, se démotiver. »⁷⁶ Son statut d'improductif va donc avoir comme répercussion dans la vie intime du vieux d'en faire un impuissant.

Toujours en ce qui concerne la sexualité, la société pose un regard moralisateur et réprobateur sur les manifestations du désir à un certain âge. Comme le soulignent René Laforestrie et Caroline Geoffre, « il est intéressant de souligner que pour voir traiter la sexualité dans le grand âge, il faut, dans certains ouvrages, consulter les chapitres concernant les troubles du comportement. Cette remarque permet d'appuyer l'idée selon laquelle la société rejette la possibilité d'une sexualité pour ceux dont le corps ne répond pas à certains critères, certains standards, tels la beauté, l'intégrité ou la santé. »⁷⁷

Jacinthe Poitras⁷⁸ expose le mécanisme de *geriatric sexuality breakdown syndrome* décrit par Kaas, expliquant comment la personne âgée assimile les pressions sociales et finit par se percevoir comme un être asexué, au moyen d'une série de changements en sept étapes:

- 1°) changements physiologiques, obstacles à la réponse sexuelle, diminution de l'ego et de l'identité;
- 2°) facteurs psycho-sociaux: manque de modèle de rôle chez la population âgée, messages de la société à l'effet que le sexe est tabou, sale et mauvais chez la personne âgée;
- 3°) étiquetage de la personne âgée: serait incompetente, dangereuse et incapable de se contrôler;
- 4°) adoption du rôle de malade par la personne âgée;
- 5°) apprentissage de son rôle de malade en niant tout sentiment libidineux ou désir sexuel;
- 6°) atrophie de la fonction sexuelle par manque de régularité et de stimulation;
- 7°) à la dernière étape, la personne s'identifie comme étant asexuée.

Si la société est moralisatrice, les institutions pour personnes âgées ont toutes les chances de l'être aussi.

⁷⁶ HAZIF-THOMAS C, MIGEON-DUBALLET I, BELAZREG F, PRADERE C, THOMAS P. Op. cit., p. 408.

⁷⁷ LAFORESTRIE R, GEOFFRE C. Op. cit., p. 182.

⁷⁸ POITRAS J. Op. cit. pp. 97-98.

Fragilisées, les personnes âgées se replient sur elles-mêmes. Ainsi, elles ne sont plus sujets mais objets, victimes potentielles d'abus de pouvoir, qui est une forme de maltraitance. Or, « la société a un devoir envers ceux que nous deviendrons tous. »⁷⁹

Si les obstacles au respect de l'intimité peuvent être propres aux personnes âgées elles-mêmes ou émaner de leur entourage, au sens large, ils existent aussi et surtout du fait de la vie en institution, à laquelle, en tant que directeur en fin de formation, je me dois de prêter une attention toute particulière.

3.1.3 Obstacles institutionnels

Du fait de la vie en collectivité, l'espace intime des résidents peut être mis à mal, notamment par les restrictions imposées en matière de normes de sécurité. Enfin, le personnel peut, par son comportement, bafouer l'intimité des résidents.

A) Normes de sécurité dans les établissements

L'institution ne peut fonctionner que si elle entre dans le cadre de normes préétablies. Ces normes sont essentiellement du domaine de la sécurité: alimentation, incendies, etc.

Les conséquences de l'existence de ces normes reflètent l'opposition entre la logique individuelle et la logique collective.

C'est ce qu'exprime très clairement Claudine Badey-Rodriguez: « D'un côté, de beaux textes, sortis du chapeau de quelques experts et conseillers ministériels sur la qualité de vie en établissement pour personnes âgées, directives auxquelles nous ne pouvons que souscrire tant nous sommes d'accord pour faire des institutions de réels lieux de vie. De l'autre côté, des textes réglementaires concernant la sécurité contre les risques d'incendie, l'hygiène alimentaire, de plus en plus draconiens. Impossible de mettre des rideaux s'ils ne sont pas traités "non-feu" (et tant pis pour ma grand-mère qui avait choisi un tissu qui lui plaisait tant pour aménager sa chambre). Même les plantes vertes, pourtant déjà artificielles, doivent être traitées "non-feu" (...). Bientôt, le moindre

⁷⁹ POTTIEZ S. Op. cit., p. 104.

bibelot apporté de chez soi, les quelques livres auxquels on tient le plus, seront refusés parce que pas traités... (...). Les lieux se vident de tout décor "naturel", la cuisine s'industrialise et "s'hygiénise"... Vous avez dit "lieu de vie"? »⁸⁰

S'il est essentiel que le résident puisse personnaliser sa chambre afin de recréer son espace intime, cette personnalisation de la chambre doit cependant être compatible, non seulement avec les normes de sécurité incendies citées ci-dessus (traitement "non feu", meubles peu encombrants pour permettre une sortie facile en cas d'urgence), mais aussi avec l'aménagement des locaux (le mobilier apporté ne doit pas entraver les déplacements du personnel, qui doit avoir la place d'intervenir pour les soins, la toilette, etc.).

A Neuilly-sur-Seine, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement rappellent qu'il est possible, en respectant les principes énoncés ci-dessus, de personnaliser la chambre. Ils mentionnent cependant l'interdiction de posséder des appareils électriques dans les chambres, tels que bouilloire électrique ou grille-pain. Cette restriction, qui peut paraître empiéter sur l'espace intime des résidents, est pourtant une façon d'assurer la sécurité. En effet, les appareils électriques, rarement neufs, pourraient avoir une défaillance et causer un départ de feu d'origine électrique. De plus, confier certains appareils à des résidents n'ayant plus toute leur tête peut mettre en danger leur vie et celle d'autrui.

Quant au mobilier proposé par l'établissement, il est pour certains suffisant; pour d'autres, il est à compléter avec quelques éléments personnels. Mais en ce qui concerne le lit, l'institution impose un modèle unique: le lit individuel médicalisé. Même si un couple s'installe en maison de retraite, et souhaiterait poursuivre sa vie intime et partager son sommeil comme avant, il est impossible de lui proposer un lit double. Le lit médicalisé est nécessaire au personnel pour effectuer dans les meilleures conditions de travail les actes relatifs à la toilette, aux changes et au ménage. Il est également utile dans certains cas car il est équipé de barrières. Certains auteurs vont jusqu'à affirmer que « l'obligation d'un lit médicalisé servirait de "stratégie" pour ne pas aller trop loin dans l'acceptation d'un sommeil partagé. »⁸¹

⁸⁰ BADEY-RODRIGUEZ C. Op. cit., p. 52.

⁸¹ PIUBELLO M. Op. cit., p. 54.

Ainsi, dans les restrictions imposées pour l'aménagement de la chambre, l'établissement en tant que collectivité constitue un obstacle au respect de l'intimité, de l'espace intime.

L'institution est aussi caractérisée par la présence d'un personnel qui, nuit et jour, assure le fonctionnement de la maison et le bien-être des résidents.

B) Rôles et attitudes du personnel

Chaque membre de l'institution est imprégné de valeurs socio-culturelles, correspondant à sa génération, à sa classe sociale, à son niveau scolaire et culturel. Le personnel est un maillon essentiel dans l'application du respect des droits et libertés des résidents. En contact direct avec eux, ils devraient être les garants de leur intimité.

a) *Un personnel attentif mais victime de la routine*

Au fil du temps, les agents connaissent bien les résidents et savent les goûts et habitudes de chacun. Par ce biais, ils pénètrent à l'intérieur de leur sphère intime et, le plus souvent, la respectent.

Malheureusement, la répétitivité des tâches quotidiennes ingrates, le manque de personnel et surtout de motivation, renforcent la vulnérabilité des soignants et augmentent le risque d'une routine professionnelle. Isabelle Venduvre parle même d'« effets déstructurants induits par certaines pratiques professionnelles inadaptées et répétitives. »⁸²

Les soignants ne sont pas à l'abri de dérapages ou négligences dans leurs pratiques professionnelles, au détriment des droits des résidents, et notamment du respect de leur intimité.

b) *Quand les professionnels portent atteinte à l'intimité*

Il faut garder à l'esprit que l'organisation des soins, l'exigence de propreté vis-à-vis des corps et des lieux, la tentation de « faire à la place » de la personne âgée pour gagner du temps sont des événements qui confèrent aux soignants un rôle où l'autorité

⁸² VENDEUVRE I. Op. cit., p. 12.

est prépondérante. Cette autorité porte en elle les germes de la maltraitance si son détenteur est tenté d'en abuser sur des personnes fragiles. Il faut toutefois noter que cela peut arriver aussi bien en institution qu'au domicile, et donc n'est pas du seul fait du personnel des établissements.

Cette position de « supériorité » conférée aux personnels, souvent grâce à leur pouvoir de « faire à la place de », peut s'exprimer à travers une tendance à l'infantilisation, que ce soit dans l'utilisation du tutoiement et l'emploi de surnoms, ou dans les jugements portés sur les comportements des personnes âgées. Or, la parole est aussi une forme de respect dû à la personne.

Une fois de plus, les observations de Claudine Badey-Rodriguez décrivent avec pertinence ce phénomène: « A ces éléments structurels peuvent s'ajouter des attitudes "infantilisantes", voire "chosifiantes", de la part du personnel confronté trop souvent à la grande dépendance et à la démence, sans réel soutien psychologique. Sous couvert de manifestations de sympathie, d'affection, de proximité, le tutoiement quasi-systématique et les dénominations fréquentes de "Papi", "Mamie" n'ont pas encore disparu, l'histoire de vie est parfois ignorée... En un mot, les marqueurs de l'identité individuelle sont mis au rebut. Vous n'existez plus, vous n'êtes plus qu'un "on" indéfini parmi d'autres "papis" et "mamies", à qui des soignants demandent de temps en temps si "on va bien", si "on vient manger", si "on se lève". »⁸³

Le personnel des établissements est en fait soumis au poids des habitudes et à la répétitivité, qui restreignent ses capacités à se questionner sur ses pratiques. Petit à petit, le personnel trouve normal d'entrer sans frapper dans la chambre du résident, ou de frapper mais sans attendre la réponse, ou encore de ne pas respecter totalement les techniques apprises pour effectuer la toilette et préserver la pudeur en évitant d'exposer totalement le corps nu.

Bien entendu, il ne s'agit pas ici de généraliser ces propos sur les attitudes de tous les agents. Certains ont conscience que ces « petites choses » revêtent une importance capitale en terme de respect de l'intimité de la personne. Mais ces maladroites se glissent dans le quotidien et peuvent devenir la norme, au détriment des personnes hébergées.

C'est ici l'implication irrégulière du personnel qui est en cause, plus que l'institution elle-même. Prenons l'exemple des horaires de lever et de coucher. A Neuilly-sur-Seine, la mise en place des 35 heures a été l'occasion d'une réorganisation du temps de présence des agents, mieux calquée sur les besoins des résidents. Le matin, les agents arrivent de manière décalée; cela permet de lever les résidents les plus matinaux, de préparer le petit déjeuner, puis de lever les autres résidents et servir le petit déjeuner quand l'agent supplémentaire arrive. Cependant, il faut noter qu'il peut exister des décalages entre ce qui a été défini et la pratique, qui peut consister plutôt à lever les résidents dans l'ordre des chambres et non pas dans l'ordre chronologique des désirs de sommeil. Là encore, ce sont les pratiques professionnelles qui sont en cause dans ces manquements au respect de l'intimité de chacun, qui consiste à choisir son horaire de lever.

On peut imputer certaines atteintes à l'intimité à une culture professionnelle des soignants qui, comme l'explique Marie-Dominique Périot, « ont parfois une conception de leur métier qui se limite au bien-être physique de la personne hébergée. Ils sont donc plus dans une logique d'assistance que d'accompagnement. Parfois, un grand dévouement masque et veut contrebalancer un manque de professionnalisme. »⁸⁴

Enfin, on pourrait parler de manque de recul ou de réflexion sur ce qui constitue l'intimité d'un résident et sur la nécessité de contribuer à son respect dans chacun des gestes quotidiens. Par exemple, le personnel a généralement tendance, « soit à rejeter la sexualité de la personne âgée, car cette sexualité l'agresse psychologiquement, soit à l'admettre à condition qu'il effectue un contrôle. Dans ce dernier cas, le plus fréquent, la personne âgée n'est plus assimilée au parent adulte, mais à l'enfant mineur et impubère, qu'il convient de protéger. »⁸⁵

L'établissement aura bien garanti des droits et libertés aux résidents, y compris le droit à une intimité respectée. Si le personnel, au contact quotidien avec les résidents, ne prend pas en compte cette nécessité dans ses actes, les principes définis resteront une

⁸³ BADEY-RODRIGUEZ C. Op. cit., p. 51.

⁸⁴ PERIOT M-D. Op. cit., p. 44.

⁸⁵ CALVET D, GEHANT M, LASSALLE C, LAVIGNE V, MERLHE F, SAMSONOFF B. *La sexualité des personnes âgées en institution de retraite*. Séminaire interprofessionnel : Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1987, p. 31.

profession de foi sans conséquence, et certaines pratiques pourront même s'avérer maltraitantes.

On pourrait penser que le droit à l'intimité à l'épreuve de la vie en institution n'est mis en danger que par cette dernière. Or, il s'avère que, s'il n'est pas toujours possible d'accorder pleinement sa place à l'intimité du résident, cela peut être pour des raisons n'émanant pas forcément de l'établissement: l'état des personnes et le regard de la société sur les vieux y contribuent grandement.

Malgré la prise de conscience d'un droit à l'intimité, en institution, de nombreux obstacles ont pu être identifiés. Il s'agit d'envisager comment il est possible de mieux prendre en considération ce droit.

3.2 Pour une meilleure prise en considération du droit à l'intimité des personnes âgées en institution

Au regard des situations qui ont été analysées comme étant potentiellement néfastes au respect de l'intimité, et des freins qui ont été identifiés, il est convenu de proposer, de la part de l'institution, des moyens pour mieux prendre en compte le droit à l'intimité des résidents. « Ce devrait être un truisme que de rappeler que l'institution doit fonctionner pour le sujet et non pour elle-même (ou ses agents). »⁸⁶ C'est pourtant la base de toute réflexion sur la place de l'individu dans une collectivité.

3.2.1 Des objectifs ambitieux et fondamentaux

Il s'agit tout d'abord de remettre l'intimité des résidents au cœur de la stratégie de l'établissement. La direction joue un rôle capital d'impulsion, forcément influencée par sa conception personnelle de l'intimité.

A) Pour une institution qui ose...

Des résidents, adultes « majeurs et vaccinés », qui prennent des risques, qui ont une sexualité à leur âge ... et pourquoi pas ? Après tout, la vie, c'est cela.

a) ... le droit au risque des personnes âgées

A trop voir la fragilité des personnes âgées qui entrent en institution, on en oublierait presque que ce sont des adultes. S. Pottiez remarque que « les jeunes refusent souvent que leurs parents âgés vivent tous les possibles (...) comme si nous refusions aux âgés, nous adultes, la liberté de prendre des risques, alors que nous-mêmes en prenons quotidiennement. »⁸⁷

⁸⁶ POTTIEZ S. Op. cit., p. 107.

⁸⁷ HAZIF-THOMAS C, MIGEON-DUBALLET I, BELAZREG F, PRADERE C, THOMAS P. Op. cit., p. 409.

Pourtant, le droit au risque est proclamé dès l'article 1^{er} de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante: « La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir mener une vie indépendante si elle le désire, même au prix d'un certain risque pour elle, dont il faut l'informer ainsi que son entourage ». Une lettre circulaire du 11 mars 1986 énonçait déjà: « vous êtes libre d'organiser votre journée comme bon vous semble: rester dans votre chambre, vous promener ou participer aux différentes activités (...); le respect de la dignité de la personnalité assure à chaque pensionnaire: (...) la liberté d'aller et de venir. »

Il n'en demeure pas moins que l'établissement doit cependant concilier cette liberté et une certaine obligation de surveillance des personnes à risque, qui peuvent subir des dommages du fait de cette liberté. Le droit au risque des personnes âgées est difficile à réglementer au sein de l'établissement, mais ne doit pas être négligé. A titre d'exemple, le nouveau contrat de séjour des maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine mentionne les risques en cas de sortie et définit les responsabilités, tout en respectant la liberté d'aller et de venir.⁸⁸

Car il faut insister sur le fait que la protection de la personne âgée ne doit pas se transformer en une surprotection. Dénier le droit au risque irait à l'encontre du droit au respect de la dignité de ces individus particulièrement vulnérables. L'angoisse de la famille mais aussi des soignants est souvent à l'origine de mesures de surprotection. Il faut toutefois « admettre la prise de risque comme une composante normale de l'élaboration de toute politique de prise en charge et non comme une négligence évitable »⁸⁹, comme le rappelle Sophie Maunier.

Pour faire suite aux remarques formulées plus haut, il faut reconnaître que donner le droit aux personnes âgées de prendre des risques, c'est s'interroger sur les pratiques professionnelles, en tant que directeur, agent administratif ou soignant.

C'est aussi, plus largement, s'interroger sur la place que notre société laisse aux personnes âgées, les privant souvent de leurs droits les plus fondamentaux. Sophie Maunier souligne que « c'est une question éthique qui mérite réflexion et décision

⁸⁸ Article V.B.3. du contrat de séjour : « Responsabilité en cas de sortie : Les résidents peuvent sortir librement tous les jours, sauf contre indication du praticien ou du personnel chargé des soins. Au moment de l'admission, ils doivent souscrire une déclaration dégageant la responsabilité de l'établissement. »

⁸⁹ MAUNIER S. Op. cit. p. 38.

collective devant chaque situation. La réponse ne peut être systématisée et codifiée et ne doit pas être dominée par des impératifs institutionnels. »⁹⁰

⁹⁰ MAUNIER S. Op. cit., pp. 36-39.

b) ... lever les tabous sur la sexualité des personnes âgées

La sexualité de la personne âgée reste taboue. Cela est dû à la fois au regard que porte la société sur la sexualité des personnes âgées, mais aussi à l'ignorance du personnel des institutions. « De l'amusement à la révolte, en passant par le paternalisme ou la grivoiserie, il a une attitude peu naturelle devant ce qui semble être un phénomène extraordinaire. Il faut donc informer pour démystifier. La sexualité des personnes âgées existe ; elle est naturelle. Ses témoins devraient avoir un comportement naturel et respectueux. »⁹¹

Cette démarche, faite de formations et d'informations, est un processus continu et astreignant dont les résultats ne seront réellement visibles qu'à long terme, tant il est difficile de changer les mentalités. Toutefois, la levée des tabous sur ce sujet ne saurait apporter de solution miracle face à une réalité complexe qui consiste uniquement en cas d'espèces : « chaque personne âgée vit sa sexualité à sa manière, chaque agent de l'institution l'appréhende selon son schéma mental. (...) C'est dire les précautions à prendre lors de la formulation de propositions et des perspectives d'avenir. »⁹²

L'avenir pourrait réserver des surprises. A plus ou moins long terme, l'arrivée en institution des « générations de 68 » ayant connu la libération sexuelle et ayant eu un mode de vie complètement différent de celui des résidents actuels, risque bien de changer la donne. Face au personnel, ces nouvelles générations de résidents pourraient plus s'affirmer en tant qu'adultes vivants et sexués. Mais comme le rajoutent certains auteurs, « malheureusement, les changements d'attitude n'évoluent pas toujours aussi vite que les changements de représentation. L'autorité des censeurs sur le droit à la sexualité des personnes âgées fait partie du symptôme : ils cautionnent le renoncement de la personne âgée. (...) La médicalisation de la santé de l'âgé fait parfois abstraction, et du biologique, et du relationnel. »⁹³

Permettre au personnel soignant de reconnaître et respecter l'identité de chacun dans toutes ses dimensions, et l'amener à regarder les personnes âgées en institution comme des hommes et des femmes pour lesquels l'établissement de relations affectives

⁹¹ CALVET D, GEHANT M, LASSALLE C, LAVIGNE V, MERLHE F, SAMSONOFF B. Op. cit., p. 38.

⁹² Ibid. p. 34.

est indispensable, devrait l'aider à envisager la sexualité des pensionnaires avec moins de réticence.

B) Pour une institution qui respecte...

a) *...la personne et son histoire de vie*

L'histoire de chaque personne âgée appartient à son intimité et contribue à faire d'elle ce qu'elle est aujourd'hui. Par nécessité, l'institution s'intéresse à cette histoire, familiale, médicale, professionnelle, sociale.

En connaître les contours permet de mieux appréhender le résident. Mais il convient de ne pas franchir les limites qui menaceraient l'intimité. L'institution, et donc l'ensemble des personnels, se doivent d'être conscients de cela et respecter autant qu'encourager la préservation de l'histoire intime de chaque résident, en ayant à l'esprit leur devoir de secret professionnel.

Et parce que l'histoire ne s'arrête pas à l'entrée en maison de retraite, la vie familiale, amicale et affective doit se poursuivre. L'établissement ne doit pas être un frein, mais au contraire offrir les conditions indispensables au maintien de ces liens.

L'institution se doit, entre autres, d'encourager les personnes âgées à garder contact avec leurs proches (familles, amis). Par exemple, il est nécessaire d'ouvrir les animations à la participation de tous, quelles que soient les générations. De plus, les établissements devraient pouvoir offrir, pourquoi pas, un espace pour recevoir dans la convivialité ses proches, éventuellement pour partager un repas.

A l'inverse, l'institution se doit également de mettre en œuvre les moyens de respecter certaines volontés des résidents, résultant de leur histoire personnelle, comme par exemple les désirs de non-visite. A Neuilly-sur-Seine, un résident, en pleine possession de ses moyens psychiques, a demandé par écrit à la directrice de ne pas recevoir ses enfants à la maison de retraite suite à un conflit familial qui l'a conduit à faire ce choix difficile. Ses enfants n'ont ainsi pas accès à l'établissement.

⁹³ HAZIF-THOMAS C, MIGEON-DUBALLET I, BELAZREG F, PRADERE C, THOMAS P. Op. cit.,

La vie en établissement place le personnel comme témoin et tiers dans un domaine où il n'a pas lieu de se situer. A lui de prendre conscience de cette responsabilité.

b) *...la dignité du corps*

Respecter le corps est une règle de base dans l'objectif de respect de l'intimité. A travers les exemples d'atteintes à l'intimité corporelle évoqués, il convient de formuler comme une priorité le respect du corps des personnes âgées, corps vieillis, dégradés, approchant la mort, et pourtant corps d'êtres encore vivants, ressentant du désir et recherchant la pudeur.

Certains résidents qui ont encore la conscience de leur corps et des transformations physiques qu'il a subi se sentent d'autant plus dégradés d'être vus nus par le personnel. Le regard posé sur eux doit ainsi manifester une attitude professionnelle, une distante délicatesse. Les techniques de soin et de nursing doivent respecter la pudeur et la dignité des personnes.

Il s'agit donc de trouver la bonne distance et veiller à ce que l'institution, les soignants mais également les autres résidents respectent les résidents accueillis ainsi que leur identité sexuelle. Sur ce dernier point, il est important de ne pas nier les manifestations sexuelles des personnes âgées, de ne pas les considérer comme des êtres asexués. En matière de sexualité des personnes âgées, l'institution se doit de trouver un juste milieu, « entre déni et voyeurisme »⁹⁴, d'accepter les manifestations sexuelles comme « un comportement tout à fait légitime et normal, équivalent à celui de l'adulte, avec les mêmes aspirations, et les mêmes désirs, donc les mêmes droits. »⁹⁵

c) *...l'espace intime*

L'espace intime est au centre du questionnement sur la place de l'individu dans un lieu de vie collectif. Disposer d'un espace à soi, pour soi, investi à sa manière et, dans la mesure du possible, aménagé selon son goût, est nécessaire à un séjour en établissement qui devient domicile.

p. 408.

⁹⁴ GERARDIN P, MAHEUT-BOSSER A, RICHARD F, MANCIAUX M.A, PENIN F. Op. cit. p. 144.

⁹⁵ LAFORESTRIE R, GEOFFRE C. Op. cit., p. 177.

Le passage du domicile en institution est une étape difficile et pas toujours bien préparée. Il est indispensable qu'une fois en maison de retraite, le résident, avec l'aide de son entourage, puisse recréer un « chez lui ».

Il est problématique, dans un milieu collectif, de faire que la chambre soit véritablement un lieu personnel. Les agents ont la possibilité d'y pénétrer, de jour comme de nuit. A Neuilly-sur-Seine, seuls quelques rares résidents complètement autonomes disposent de la clé de leur logement ; mais par mesure de sécurité, un double est disponible dans le bureau du cadre de santé chargé des soins. De plus, comme je l'ai déjà évoqué, le fait de frapper à la porte pour demander l'autorisation d'entrer n'est pas systématique.

Ainsi, la chambre reste, en quelque sorte, ouverte à tout étranger, même si des mesures sont prises pour maintenir le caractère intime de cet espace.

Quant à l'espace intime pour les couples, et surtout ceux qui veulent pouvoir continuer à vivre ensemble, on ne leur propose pas encore de lit double, et les intrusions diurnes et nocturnes des soignants nient le caractère véritablement intime de ce lieu et l'éloignent de l'idée que l'on se fait d'un domicile.

Il est du devoir de l'établissement, et donc de sa direction comme de l'ensemble du personnel, de faire en sorte que les résidents disposent d'espaces collectifs dans lesquels ils se sentent à l'aise, et d'espaces individuels préservant dignement leur intimité.

Une fois ces objectifs clairement affirmés et promus au sein de l'établissement, il appartient au directeur de veiller à ce que les moyens de leur mise en œuvre soient déployés.

3.2.2 Un défi pratique pour les établissements

A) Une politique engagée de la part de l'établissement

L'institution définit sa politique générale de prise en charge des personnes âgées à travers le projet d'établissement, et utilise la formation comme un moyen d'amélioration des pratiques pouvant concourir à un meilleur respect de l'intimité des résidents.

a) *Projet d'établissement*

La politique générale de l'établissement doit contribuer à défendre le respect de l'intimité des personnes âgées hébergées.

Ces principes qui doivent guider le fonctionnement de l'établissement sont exprimés dans le projet d'établissement, à travers ses différents volets : projet de vie, projet de soins, projet médical. Les formations prévues découlent d'ailleurs des objectifs définis dans chacun de ces projets.

Le projet doit servir de support à l'application de principes pouvant contribuer à transformer l'institution en un véritable lieu de vie. Il ne peut tenir compte des habitudes de chacun que si le personnel considère la personne âgée comme un semblable porteur, entre autres, de demandes affectives et de réponses à ses besoins. « Et les besoins des personnes âgées ne peuvent être satisfaits que si l'équipe, qui pratique une politique de soins adaptée à la gériatrie, se fixe pour objectif d'écouter les désirs des résidents pour établir une relation d'aide personnalisée. (...) Tout cela demande de la part du personnel un savoir être et un savoir faire. »⁹⁶

La politique de formation que le directeur a la charge d'impulser et de mettre en œuvre joue un rôle central dans la sensibilisation du personnel aux questions qui nous préoccupent ici.

b) *Formation et sensibilisation des personnels*

La formation gérontologique initiale des personnels est insuffisante, voire même inexistante. Une grande partie des effectifs est composée d'ASH (Agents des services hospitaliers), sans formation adaptée à la prise en charge de la personne âgée, alors qu'ils sont en contact direct au quotidien avec les résidents. Quant aux infirmier(e)s et aides-soignant(e)s, leurs formations initiales mentionnent peu les questions relatives à la vieillesse. Or, ces personnels effectuent des actions qui posent de manière cruciale la question du respect de l'intimité: toilettes, changes, réveil, coucher, etc.

⁹⁶ Ibid. pp. 183-184 .

Si l'on s'intéresse tout d'abord à la formation de base pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, on s'aperçoit que la personne âgée est peu étudiée⁹⁷. A aucun moment il n'est fait référence, par exemple, à la sexualité des personnes âgées et à son expression.

Voyons ensuite la formation initiale des aides-soignant(e)s. Leur programme d'études ne mentionne pas, non plus, la prise en compte de la sexualité du sujet âgé.

Ainsi, il ne faut pas s'étonner que le personnel, même fraîchement diplômé, soit mal à l'aise devant la sexualité des vieillards, ne la reconnaisse pas et ne la prenne pas en compte.

Ces deux formations nécessiteraient un approfondissement de la connaissance physiologique et psychologique de la personne âgée et sa sexualité serait ainsi incluse.

Par la suite, confrontées quelques temps aux réalités de la prise en charge des personnes âgées, les équipes soignantes ont besoin de formation continue. Cette dernière peut contribuer à faire réfléchir les soignants sur leurs pratiques professionnelles. La formation doit permettre au personnel de prendre conscience des situations où les droits et libertés des résidents sont mis en danger et leur donner les moyens, conceptuels et pratiques, pour que ces droits soient respectés.

Outre les besoins en formations sur les situations critiques liées aux manifestations de la sexualité des personnes âgées, il ressort, selon Karine Chauvin⁹⁸, que les personnels ressentent la nécessité d'améliorer leurs pratiques en faveur d'un plus grand respect de la personne. Deux formations concourent essentiellement à cet objectif en gériatrie: la formation à la toilette et celle à l'accompagnement de fin de vie, deux domaines qui touchent profondément à l'intimité des résidents.

D'une part, les aides-soignants et les infirmières mettent en valeur l'importance, dans leur formation, du protocole de réalisation d'une toilette, protocole qui veut que l'on dénude progressivement la personne et que l'on garde couvertes les parties du corps sur lesquelles on n'intervient pas directement.

⁹⁷ En première année: vieillissement psychologique et physiologique. En 2^{ème} et 3^{ème} année, selon les écoles: les soins infirmiers auprès des personnes âgées, ou la difficulté d'adaptation des personnes âgées liée à leur fragilité physique et psychologique, ou certains problèmes particuliers (alimentation, mode de vie, habitudes...).

⁹⁸ CHAUVIN K. La dignité des personnes âgées : façons de dire et façons de faire des soignants. In *Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes ? Quelle responsabilité pour les*

D'autre part, « les soignants ne sont pas tous préparés, dans une société qui entretient une illusion d'immortalité, à une mission d'accompagnement de la fin de vie. »⁹⁹ C'est pourquoi les formations à ce sujet permettent aux soignants de confirmer, de modifier ou de remettre en question certains de leurs comportements ou de leurs actes, voire de se positionner par rapport à certaines références éthiques.

Cette formation peut servir de base à une réflexion plus vaste sur le respect de la personne: « Le "lâcher prise" qu'on apprend au soignant en faveur du respect du choix de fin de vie de la personne âgée et la déculpabilisation qu'il en récolte lui permettent souvent de réfléchir à d'autres situations de la vie quotidienne où se posent également les choix de vie de la personne. »¹⁰⁰

Enfin, et plus largement, il appartient au directeur de jouer un rôle d'impulsion dans la politique de formation à mettre en œuvre, en étroite collaboration avec les cadres de santé et, pourquoi pas, la psychologue. Cette politique de formation doit concilier des enseignements sur des aspects techniques et relationnels. Car comme l'exprime Charlotte Mémin: « Si le personnel soignant et médical a suivi de nombreuses formations, celles qui concernent l'aspect relationnel ne sont pas encore au point. Afin que l'état d'épuisement des soignants ne prenne pas le pas sur leur énergie, il faut d'urgence injecter "du psy" pour que l'expression "prendre soin" relève tout son sens. »¹⁰¹

Les formations dispensées sont bien évidemment nécessaires, mais elles ne sont pas suffisantes. Leur mise en application sur le terrain au retour de formation soulève plusieurs problèmes. Au retour dans le service, le personnel doit avoir intégré ce qu'il a vu en formation et ne pas céder au retour des habitudes. La tâche se complique quand un agent, plus jeune souvent, revient formation et qu'il fait équipe avec du personnel plus ancien qui n'a pas suivi cette formation et aura du mal à accepter certaines remises en cause de leur expérience.

Claudine Badey-Rodriguez tente, elle aussi, d'expliquer pourquoi, malgré les formations dispensées, certaines pratiques continuent ainsi à avoir cours: « Je n'ai pas d'autre réponse que de dire qu'il s'agit, sans doute, d'une mise à distance rendue nécessaire par les interpellations trop personnelles sur son possible devenir que suscite

professionnels !. Actes du séminaire. Rennes, 1999. Association psychologie et vieillissement, 2000, p. 45.

⁹⁹ VENDEUVRE I. Op. cit., p. 12.

¹⁰⁰ CHAUVIN K. Op. cit., p. 45.

¹⁰¹ MEMIN C. Op. cit., p. 22.

le travail auprès du grand âge. Infantiliser, chosifier, permet de ne pas se sentir identique. Il faudra bien un jour accepter de se dire que l'évolutoin des pratiques en EHPAD passe par une réflexion approfondie de chacun, professionnel ou simple citoyen, sur son rapport à la vieillesse et au grand âge. »¹⁰²

Au moyen de formations, les professionnels devraient être en mesure de garder à l'esprit les notions de respect des droits et libertés, parmi lesquelles le respect de la dignité, pour effectuer leur travail avec recul et non pas comme des automates.

B) Une vigilance accrue sur le respect de l'intimité

Personnels, résidents et proches doivent être sensibilisés à la notion de maltraitance et y veiller, par une participation active au sein de l'établissement.

a) *Politique de prévention et de lutte contre la maltraitance institutionnelle*

Comme je l'ai démontré au gré des exemples pris pour illustrer les difficultés de respecter l'intimité des résidents en maison de retraite, les obstacles à une véritable application de ce droit sont nombreux et peuvent s'apparenter, pour certains, à de la maltraitance.

Revenons sur la définition de la maltraitance¹⁰³. Celle-ci peut s'exercer sous différentes formes :

- maltraitances psychologiques : menaces de rejet, privations de visites, humiliation, infantilisation ;
- maltraitances financières : spoliation d'argent, de biens mobiliers et immobiliers... ;
- maltraitances physiques : brutalités, coups, gifles ;
- maltraitances par négligence ou par omission : il s'agit de maltraitances volontaires ou non, concernant l'aide à la vie quotidienne ;
- maltraitances médicamenteuses ;

¹⁰² BADEY-RODRIGUEZ C. Op. cit., p. 51.

¹⁰³ COMITE DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES. *Programme de prévention et de lutte contra la maltraitance des personnes âgées*. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux Personnes âgées, Novembre 2002, pp. 1-2.

- maltraitements civiques : elles consistent en des atteintes aux droits des personnes et concernent notamment les privations de sortie...

Ces différentes formes de maltraitements sont souvent associées.

A travers ces définitions, il est possible d'affirmer que certaines atteintes à l'intimité du résident relèvent de la maltraitance. Certes, toutes n'ont pas le même degré. Pourtant, la politique de l'établissement doit contribuer à prévenir cette maltraitance institutionnelle, même involontaire.

A titre d'exemple, le projet d'établissement des maisons de retraite de Neuilly-sur-Seine mentionne clairement parmi ses axes stratégiques la prévention et la lutte contre la maltraitance. Si celle-ci ne fait pas l'objet d'un chapitre particulier dans le projet, elle s'insère dans chacune de ses déclinaisons : projet de vie, projet de soins, projet médical, projet architectural ou encore projet social.

De plus, la direction a mis en place un comité de vigilance dans l'établissement, plus particulièrement sensibilisé à ces questions.

Il est du devoir des professionnels de prendre conscience que des « petites choses », apparemment insignifiantes, peuvent constituer des atteintes à l'intimité des résidents et être, par conséquent, des actes de maltraitance, même involontaires.

Au cours de mon stage, j'ai participé à un groupe de travail sur l'incontinence. J'ai pu assister à la prise de conscience d'une aide-soignante qui effectuait les changes de façon quasi-mécanique, superposait régulièrement deux protections (qu'elle dénommait d'ailleurs « couches ») sans savoir pourquoi ni se demander si cela ne gênait pas la personne âgée et relevait de la maltraitance. Sa participation à ce groupe a réveillé sa conscience, au point qu'elle a affirmé : « j'ai compris qu'on peut réfléchir en travaillant et qu'un détail qui peut être insignifiant pour nous prend une ampleur considérable pour la personne âgée ».

Cet exemple révèle la nécessité de sensibiliser le personnel à ses comportements qui, maladroits au regard de l'intimité du résident, peuvent s'avérer maltraitants.

b) Participation des usagers et de leurs familles

Enfin, ces efforts ne peuvent qu'être rejoints par les résidents et leurs familles, dans une participation accrue à la vigilance en matière de respect des droits et obligations des résidents.

Les personnes âgées hébergées et leur entourage disposent de divers moyens d'expression envers l'institution.

Ils peuvent formuler leurs remarques, observations ou plaintes à travers des courriers adressés à la direction et l'alerter ainsi sur des situations ayant posé problème. Une étude réalisée à Neuilly-sur-Seine¹⁰⁴ a démontré que les résidents et leurs familles sont de mieux en mieux sensibilisés aux droits des personnes âgées en établissement et à la notion de maltraitance.

Certains établissements ont adopté un autre mode d'expression : le questionnaire de satisfaction des usagers. Celui-ci permet de faire remonter à l'institution les remarques et motifs de satisfaction ou d'insatisfaction, notamment en matière de respect des droits et libertés des résidents. Il peut donc être un moyen de jauger si le respect de l'intimité des personnes est bien pris en considération.

Enfin, la participation des résidents et de leurs familles se fait au travers des instances : conseil d'administration et conseil d'établissement.

Des représentants des usagers sont présents au conseil d'administration des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées depuis 1975. La même année, la loi¹⁰⁵ instaurait, à titre facultatif, les conseils d'établissement, devenus obligatoires par décret¹⁰⁶ et aujourd'hui appelés conseils de la vie sociale¹⁰⁷. Les usagers sont ainsi associés aux orientations de la vie de l'établissement et peuvent en débattre au sein de ces instances.

Il faut toutefois relever les difficultés pratiques pour susciter les candidatures des résidents, leur assurer la compréhension d'un certain nombre de questions qui sont mises en discussion, leur permettre de suivre ces réunions lorsqu'elles durent longtemps... Ces phénomènes sont bien entendu liés à l'état physique et / ou psychique d'une majorité de résidents.

¹⁰⁴ Etude des plaintes et attentes des résidents et de leurs familles réalisée à l'automne 2002 sur les courriers reçus en une année, les réponses apportées et les délais de réaction de l'établissement.

¹⁰⁵ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975

¹⁰⁶ Décret n° 78.377

¹⁰⁷ En vertu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Mais comme le souligne Gérard Brami, « il n'empêche que c'était là le premier pas décisif dans la prise en considération et le respect de la dignité des résidents qui vivent dans nos établissements. »¹⁰⁸

En effet, peuvent être discutés au sein du conseil de la vie sociale des éléments qui peuvent influencer sur le respect de l'intimité des résidents: le règlement intérieur, l'organisation et la vie quotidienne de l'établissement, l'ensemble des projets de travaux et d'équipement, etc. De plus, il « donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ». ¹⁰⁹

Donc, malgré les difficultés pour mettre en œuvre une participation réellement active des résidents, des moyens ont été mis en place et doivent contribuer à une meilleure expression de ceux qui bénéficient de la prise en charge et dont les droits doivent être respectés par les professionnels qui les entourent.

Par ces moyens d'expression, les personnes âgées et leur entourage peuvent jouer un rôle dans la nécessaire vigilance que l'établissement, comme la société dans son ensemble, doit avoir pour veiller au respect de l'intimité de chacun.

¹⁰⁸ BRAMI G. Faire entrer officiellement les droits et libertés des résidents dans les établissements d'hébergement. *Gestions hospitalières*, août-septembre 1996, pp. 534-535.

¹⁰⁹ LONG M. Op. cit., pp. 169-171.

CONCLUSION

A priori, la vie en établissement pourrait sembler difficilement conciliable avec une logique individuelle de préservation de l'intimité, droit reconnu à chaque résident.

A y regarder de plus près, s'il est sûrement difficile de respecter l'ensemble des éléments qui constituent l'intimité d'une personne âgée lorsqu'elle entre en maison de retraite, la responsabilité n'est pas intégralement du fait de l'institution en elle-même. L'état de dégradation physique et psychique de la plupart des sujets âgés, cumulé au regard infantilisant et moralisateur que leurs proches et plus largement la société portent sur eux, ne facilitent pas la tâche.

Les freins au respect du droit à l'intimité essentiellement imputables à l'institution en tant que collectivité peuvent se résumer à des problèmes de communication: envers les résidents pour les respecter, envers les professionnels pour les former et les informer, et envers les familles pour les sensibiliser à ce nécessaire respect de la vie intime de leurs parents adultes. L'établissement doit afficher des objectifs stratégiques clairs en matière de prise en considération de ce droit en vue de l'amélioration de la qualité de vie des résidents, et se donner les moyens d'y parvenir et de rester vigilant à tout risque d'atteinte à la sphère intime. Il devra donc se livrer régulièrement à une évaluation de ses pratiques.

Car le fait que les personnes âgées hébergées puissent préserver leur vie intime dans un environnement collectif n'est pas un luxe. C'est juste une nécessité impérieuse pour chaque établissement.

Bibliographie

BADEY-RODRIGUEZ C. *La vie en maison de retraite – Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Paris: Albin Michel, 2003. 245 p.

BRAMI G. *Droits et libertés des personnes âgées hébergées*. Paris: Berger-Levrault, 1995. 206 p. Questions sociales.

BRAMI G. Faire entrer officiellement les droits et libertés des résidents dans les établissements d'hébergement. *Gestions hospitalières*, août-septembre 1996, pp. 534-536.

BRECHBÜHLER M. Il n'y a pas d'âge pour la tendresse. *Krankenpflege – Soins infirmiers*, septembre 2001, pp. 78-79.

CALVET D, GEHANT M, LASSALLE C, LAVIGNE V, MERLHE F, SAMSONOFF B. *La sexualité des personnes âgées en institution de retraite*. Séminaire interprofessionnel: Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1987. 38 p.

CHAUVIN K. La dignité des personnes âgées: façons de dire et façons de faire des soignants. In *Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes? Quelle responsabilité pour les professionnels!*. Actes du séminaire. Rennes, 1999. Association psychologie et vieillissement, 2000, pp. 35-47.

COMITE DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES. *Programme de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris: Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, novembre 2002, 10 p.

DEHAN P. Les résidences pour personnes âgées: concilier intimité et convivialité. *Le moniteur architecture, amc*, février 1996, n° 68, pp.57-60.

DUPRE-LEVEQUE D. *Une ethnologue en maison de retraite – Le guide de la qualité de vie*. Paris: Editions des archives contemporaines, 2001. 119 p.

DURIEUX M. Les mots des soignants pour dire la sexualité des "vieux". *Gérontologie et société*, septembre 1997, n° 82, pp. 161-173.

GABION M-P, LEPRINCE C. Pour un autre regard sur la sexualité des personnes âgées en institution.... *L'INTERdit*, 1990, n° 22, pp. 1-42.

GEHANT M. *La sexualité des personnes âgées en instituion*. Mémoire d'infirmière générale: Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1987. 30 p.

GENOUD F, SCHNARENBERGER C, VUILLEUMIER J. Intimité et vieillissement ou les personnes âgées et leurs intimités. *La Revue de gériatrie*, février 1994, t. 19, n°2, pp. 71-80.

GERARDIN P, MAHEUT-GROSSER A, RICHARD F, MANCIAUX M.A, PENIN F. réflexions sur la vie affective et la sexualité en long séjour. In *Santé et maison de retraite*. Paris: Serdi, collection L'année gérontologique, 1999. Volume II, pp. 139-144.

GROSSHANS C. *Regards croisés sur la vieillesse*. Montpellier: AIRE, 2001. Les vieux en institution: vous avez dit "valeur"?, pp. 35-38.

HAZIF-THOMAS C, MIGEON-DUBALLET I, BELAZREG F, PRADERE C, THOMAS P. latrogénie, vie sexuelle, et représentation de la sexualité du sujet âgé. *La Revue de gériatrie*, juin 2002, t.27, n°6, pp. 405-414.

JALON J. *Accompagner la dépendance et restaurer la dignité des personnes âgées en maison de retraite*. Mémoire CAFDES: Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1993. 80 p.

LAFORESTRIE R, GEOFFRE C. Sexualité en institution gériatrique et formation du personnel. *Gérontologie et société*, septembre 1997, n° 82, pp. 174-185.

LAROQUE G. Au-delà des textes, une pédagogie pour le respect des règles de la charte des droits et libertés. *Revue hospitalière de France*, mai-juin 1997, n° 3, pp. 425-427.

LAROQUE G. Réaffirmer la citoyenneté et la dignité des personnes âgées? *Revue hospitalière de France*, janvier-février 1997, n° 1, pp. 112-113.

La sexualité dans les institutions de soins. Congrès d'ergothérapie et de médecine physique. Mai 2000 [visité le 20.12.2002]. La Grande Motte. Disponible sur Internet: <<http://www.cec-formation.net/sexualité.html>>

LEFEUVRE-DARNAJOU K. Aspect juridique: le droit des personnes et des usagers. In *Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes? Quelle responsabilité pour les professionnels!*. Actes du séminaire. Rennes, 1999. Association psychologie et vieillissement, 2000, pp. 9-18.

LONG M. Les règlements intérieurs des maisons de retraite. *Gérontologie et société*, juin 2000, n° 93, pp. 165-175.

MAUNIER S. *Faire respecter les droits et libertés des résidents en maison de retraite: enjeux et contraintes institutionnelles.* Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social: Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1999. 64 p.

MEMIN C. *Comprendre la personne âgée.* Paris: Bayard, 2001. 197 p.

NAVARRO-CHAFLOQUE M. La sexualité des personnes âgées; points de vue, réactions et attitudes du personnel soignant. In *Santé et maison de retraite.* Paris: Serdi, collection L'année gérontologique, 1999. Volume II, pp. 133-138.

PERIOT MD. *Les droits et libertés des personnes âgées hébergées à l'épreuve du quotidien.* Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social: Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 2000. 72 p.

PIUBELLO M. *Intimité et couple âgé en institution.* Mémoire: Université Paris XII – Créteil, UFR CIS, Département santé et société, 1992. 58 p.

POITRAS J. La sexualité en institution. In *Sexualité et vieillissement.* Association québécoise de gérontologie. Atelier 2, pp. 95-121.

POTTIEZ S. L'éthique confrontée aux besoins de la personne âgée. *La Revue de gériatrie*, février 1994, t. 19, n°2, pp. 103-110.

REINHARDT J-C. Intimité et solitude. In *Propos sur les vieillissements, Seuils, parcours et rituels*, Bordeaux: Université Victor Segalen – Bordeaux 2, 1999, pp. 55-80.

ROVERA-DEROCHE D. Des usagers... hors d'usage...? – Quelques réflexions sur la place de l'utilisateur dans les lieux de vie pour personnes âgées. *Les Cahiers de l'actif*, septembre-octobre 2001, n°304/305, pp. 67-75.

THIEBAUD D. *Les personnes âgées et la désorientation*. Paris: ESF Editeur, 2000. 107 p. Actions sociales / Société.

VENDEUVRE I. Le respect de la personne âgée en institution. *Cahiers de la FNADEPA*, décembre 1999, n°61, pp. 10-13.