

**Faculté de santé publique**

# **Vie affective et sexuelle des personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie : perceptions des résidents et facteurs influençant son expression. ...**

Mémoire réalisé par  
**Vervalle Léa**

Promoteur·rice(s)  
**Cornette Pascale**

Année académique 2025-2026  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Vie affective et sexuelle des personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie : perceptions des résidents et facteurs influençant son expression. ...**

Mémoire réalisé par  
**Vervalle Léa**

Promoteur·rice(s)  
**Cornette Pascale**

Année académique 2025-2026  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma promotrice, Madame Cornette, pour son accompagnement, sa disponibilité et la qualité de ses conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire. Ses remarques, son soutien et sa confiance m'ont permis de réaliser ce travail et d'être fier du résultat obtenu alors même que je ne croyais pas en moi.

Je souhaite également remercier la direction et les équipes des maisons de repos qui ont accepté de participer à cette recherche et en ont permis la réalisation. Leur accueil et leur collaboration ont été essentiels à la réalisation de cette étude.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement aux résidents qui ont accepté de partager leur expérience avec confiance et sincérité. Leur disponibilité et la richesse de leurs témoignages ont constitué le fondement de ce travail.

Je remercie également l'UCLouvain, ainsi que la faculté de santé publique et l'ensemble des personnes qui y travaillent, pour la qualité de leur accompagnement au cours des trois dernières années.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien, leurs encouragements et leur patience tout au long de ce projet. Une pensée spéciale pour Jess qui a toujours répondu à mes questions, même au milieu de la nuit. J'adresse aussi un remerciement tout particulier à ma famille et, surtout, à ma maman, qui m'a toujours encouragé et soutenu, même dans les moments difficiles.

## **Le plagiat**

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain »

## **L'utilisation de l'intelligence artificielle**

L'intelligence artificielle a été utilisée comme outil d'assistance dans ce travail. Différentes utilisations en ont été faites. Le but consistait principalement à accélérer le processus de rédaction.

Seul Chatgpt (OpenAI, GPT-5.5) a été employé dans ce travail pour assister la recherche d'information, la rédaction du texte ainsi que sa correction. L'ensemble des choix scientifiques, la sélection des sources, l'analyse des données, l'interprétation des résultats et la rédaction finale relèvent exclusivement de l'auteur.

Lors de la recherche documentaire, il a été demandé à l'IA de fournir des liens Internet vers les articles correspondant aux critères de recherche. Toutes les sources ont été vérifiées, lues et validées manuellement. Cela a grandement réduit le temps passé à la recherche documentaire tout en assurant la fiabilité des sources.

Dans le cadre de la partie pratique, un codage manuel itératif a d'abord été réalisé. Celui-ci ainsi que les entretiens anonymisés ont été transmis à l'IA afin de réaliser un comptage des occurrences des différents sujets ainsi que pour réaliser une vérification croisée des codages créés et des sujets abordés dans l'ensemble des entretiens. L'IA a ainsi pu fournir un résumé écrit structuré des différentes thématiques abordées dans les entretiens. L'IA a principalement servi à mettre par écrit les différentes idées développées mentalement par l'étudiant.

L'intelligence artificielle a été utilisée pour optimiser la rédaction de l'ensemble de ce travail. Chaque point a été rédigé indépendamment, afin de permettre une vérification approfondie de chaque paragraphe. Pour chaque partie, l'étudiant a réalisé dans un langage courant des brouillons reprenant les différentes informations qui devaient y apparaître. L'IA a ainsi formulé les idées dans un langage adapté. Le texte fourni par l'intelligence artificielle a été relu et retravaillé à plusieurs reprises afin d'obtenir le résultat souhaité par l'étudiant. Aucune des idées, des analyses, des interprétations ou des conclusions scientifiques présentées dans ce travail n'a été générée par l'intelligence artificielle ; celle-ci n'a servi que comme outil d'assistance à la rédaction, à la reformulation et à la structuration du contenu. Des exemples de prompts utilisés sont présentés en annexe 1.

L'intelligence artificielle a été utilisée une fois le travail terminé afin d'identifier et de corriger d'éventuelles erreurs orthographiques et grammaticales, ainsi que certaines formulations pouvant être améliorées.

# Table des matières

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b><i>I. Introduction</i></b>                                                  | <b>1</b>  |
| <b><i>II. Cadre théorique</i></b>                                              | <b>2</b>  |
| Vieillesse et vie en institution :                                             | 3         |
| Définition de la sexualité et de la vie affective chez la personne âgée        | 5         |
| La sexualité des personnes âgées en institution : état des connaissances       | 9         |
| Législation et recommandation                                                  | 11        |
| Conclusion du cadre théorique                                                  | 13        |
| <b><i>III. Cadre pratique</i></b>                                              | <b>14</b> |
| La question de recherche                                                       | 14        |
| Méthodologie                                                                   | 14        |
| Positionnement réflexif de la chercheuse                                       | 15        |
| Population étudiée                                                             | 16        |
| Stratégie d'échantillonnage                                                    | 17        |
| Les établissements partenaires                                                 | 18        |
| La collecte des données                                                        | 19        |
| Analyse des données                                                            | 21        |
| <b><i>IV. Résultats</i></b>                                                    | <b>22</b> |
| Descriptions des participants                                                  | 22        |
| Résultats des entretiens                                                       | 25        |
| La vie en maison de repos                                                      | 25        |
| La perception de la vie affective et sexuelle                                  | 31        |
| <b><i>V. Discussion</i></b>                                                    | <b>42</b> |
| Le parcours de vie comme principal déterminant de la vie affective et sexuelle | 42        |

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Une redéfinition de la vie affective et sexuelle au cours du vieillissement | 45 |
| Une influence nuancée du contexte institutionnel                            | 49 |
| Les attentes limitées des résidents : un résultat à nuancer                 | 53 |
| Conclusion                                                                  | 55 |
| <i>VI. Limites de l'étude</i>                                               | 56 |
| <i>VII. Perspectives et recommandations</i>                                 | 58 |
| <i>VIII. Conclusion</i>                                                     | 60 |
| <i>IX. Bibliographie</i>                                                    | 61 |
| <i>X. Annexes</i>                                                           | 70 |
| Annexe 1                                                                    | 70 |
| Annexe 2 :                                                                  | 71 |
| Annexe 3 :                                                                  | 73 |
| Annexe 4 :                                                                  | 74 |
| Annexe 5 :                                                                  | 81 |
| Annexe 6 :                                                                  | 82 |



# I. Introduction

Le vieillissement de la population constitue l'un des enjeux de santé publique en Europe et en Belgique. L'allongement de l'espérance de vie, conjugué à l'accroissement de l'incidence des maladies chroniques, entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. De ce fait, on observe un nombre croissant de personnes âgées qui intègrent des structures d'hébergement collectif telles que les maisons de repos et de soins. Si ces institutions ont pour mission première d'assurer la sécurité, les soins et l'accompagnement des personnes âgées, elles constituent également des lieux de vie à part entière, dans lesquels se déploient des dimensions fondamentales de l'existence humaine, parmi lesquelles la vie intime, affective et sexuelle.

Longtemps invisibilisée, voire niée, la sexualité des personnes âgées demeure aujourd'hui encore un sujet sensible, marqué par des représentations sociales empreintes d'âgisme. L'idée selon laquelle l'avancée en âge serait nécessairement associée à un désintérêt ou à une disparition des besoins affectifs et sexuels persiste dans l'imaginaire collectif, y compris au sein des institutions de soins. Pourtant, les travaux scientifiques disponibles montrent que la sexualité, entendue dans un sens large intégrant l'intimité, l'affection et la tendresse, conserve une place significative dans la vie de nombreuses personnes âgées.

Si l'on se réfère à une étude de 2022 menée à l'université de Liège concernant la prévalence de l'activité sexuelle et de la tendresse physique chez les personnes de 70 à 99 ans, 30% sont encore actives sexuellement et 50% ont été impliquées dans des activités de tendresse physique. Il est souvent rappelé que les seniors continuent d'avoir une vie sexuelle et affective active, même en maison de repos, et qu'il faut donc la reconnaître et lui accorder sa place. Or, de prime abord, il est souvent peu précisé comment procéder. De même, lorsqu'on regarde les obligations et recommandations émises par l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), il est seulement obligatoire de « garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle » ainsi que de « garantir un environnement favorable à leur épanouissement personnel et à leur bien-être ». En somme, des consignes vagues. Lorsqu'on se penche sur les recommandations, on ne trouve malheureusement que peu d'indications supplémentaires, outre les conseils « classiques » de respect de l'intimité du résident (toquer, pancarte « ne pas déranger », etc.).

Des études concernant les freins, les obstacles et les censures relatifs à l'expression de la sexualité des personnes âgées existent, cependant, elles sont généralement étudiées du point de vue des soignants, ou bien elles ne concernent pas la Belgique.

Il s'agit donc d'une préoccupation de santé publique qui, malgré l'importance sociétale qu'elle représente, est trop peu étudiée du point de vue des personnes âgées en Belgique, c'est pourquoi, à l'issue de ces réflexions, une question se pose :

**« Comment les personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie vivent-elles et perçoivent-elles leur vie affective et sexuelle dans le contexte institutionnel, et quels facteurs influencent son expression ? »**

## **II. Cadre théorique**

La construction de ce cadre théorique repose sur une recherche documentaire approfondie menée dans des bases de données scientifiques telles que PubMed, Google Scholar, ResearchGate, ScienceDirect, etc... Cette recherche visait à identifier les travaux portant sur la vie affective et sexuelle des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles vivent en institution. Une attention particulière a été accordée aux études européennes, et plus spécifiquement belges, qui s'intéressent aussi bien au vécu des résidents qu'aux pratiques professionnelles en maison de repos et de soins.

Cette recherche a été complétée par la consultation de données statistiques belges ainsi que par l'analyse des principaux textes juridiques et réglementaires encadrant l'hébergement des personnes âgées en Belgique. Parmi ceux-ci figurent notamment la Constitution belge, la législation relative aux droits du patient, le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, ainsi que les documents normatifs et les recommandations publiés par l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). Des références internationales, telles que les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé et les guides de la Haute Autorité de Santé, ont également été mobilisées afin d'élargir la réflexion à un cadre éthique et normatif plus large.

Avant d'aborder la problématique de la vie affective et sexuelle en institution, il paraît nécessaire de présenter le contexte démographique, institutionnel et juridique dans lequel elle s'inscrit, ainsi que les principales notions qui y sont liées.

### Vieillesse et vie en institution :

Il est de sens commun que la population belge est une population vieillissante et de plus en plus dépendante. L'OMS définit une population comme « vieillissante » lorsque plus de 7 % de la population est âgée de 65 ans ou plus, et comme « âgée » lorsque plus de 14 % de la population est âgée de 65 ans ou plus. Au regard de ces critères, la Belgique peut donc aujourd'hui être considérée comme une population âgée. Puisque selon Statbel, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus est passée de 17 % en 2011 à 20,6 % en 2026, soit 2 452 949 personnes.

La Belgique compte environ 1 500 maisons de repos et maisons de repos et de soins, réparties entre 820 établissements en Flandre, 589 en Wallonie et 134 à Bruxelles, pour un total de 147 096 lits, dont 49 175 en Wallonie (*KCE Report 376*). Le taux d'occupation moyen des MR et MRS étant proche de 95 %, on peut estimer qu'environ 47 000 personnes résident actuellement en institution en Wallonie.

Légalement, il faut au minimum 70 ans pour être autorisé à vivre en MR/MRS, sauf dérogation particulière. En Wallonie, l'entrée en maison de repos ou en maison de repos et de soins survient à un âge de plus en plus avancé. Les données les plus récentes issues du rapport de performance du système de santé belge (HSPA 2024) indiquent que l'âge moyen des personnes résidant en MR ou en MRS a légèrement augmenté au cours des dernières années. En 2021, cet âge moyen s'élevait à environ 87 ans pour les femmes et 84 ans pour les hommes, contre respectivement 86 ans et 82 ans en 2008, confirmant une tendance au vieillissement des populations accueillies dans ces structures.

**Table 1 – Long-term care in homes for older people or at home (% pop aged 65 years or over) - by patient characteristics (2018/2021)**

| Category     | % in institution<br>(2018) | % receiving home care<br>(2021) |
|--------------|----------------------------|---------------------------------|
| 65-74 Male   | 1.0%                       | 2.2%                            |
| 75-84 Male   | 3.2%                       | 6.3%                            |
| >=85 Male    | 14.0%                      | 18.6%                           |
| 65-74 Female | 1.0%                       | 2.9%                            |
| 75-84 Female | 5.7%                       | 10.1%                           |
| >=85 Female  | 27.7%                      | 23.8%                           |

Source: IMA-AIM Atlas

(KCE, 2024)

Comme le montrent les données du rapport annuel de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ, 2024) et du rapport Performance du système de santé belge (HSPA, 2024), l'entrée en maison de repos ou en maison de repos et de soins intervient à un âge de plus en plus avancé et s'accompagne d'un niveau de dépendance plus élevé lors de l'admission. Cette évolution est généralement mise en relation avec le renforcement des dispositifs d'aide et de soins à domicile, qui permettent à un plus grand nombre de personnes âgées de demeurer dans leur environnement de vie plus longtemps. Cette entrée plus tardive en MR ou MRS s'accompagne toutefois d'un niveau de dépendance plus élevé au moment de l'admission. Ainsi, une proportion importante des nouveaux résidents présente déjà des limitations fonctionnelles significatives. Le degré de dépendance est évalué à l'aide de l'échelle de Katz (Annexe 2).

Un score de dépendance de 1 à 4 (4 étant le plus dépendant) est attribué selon 6 critères : se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, la continence et manger. Dans les maisons de repos, deux critères supplémentaires s'ajoutent : l'orientation dans le temps et dans l'espace. La catégorie O englobe les personnes totalement indépendantes physiquement et psychiquement. La catégorie A englobe les personnes présentant une dépendance physique légère, sans dépendance psychique, ou inversement. La catégorie B correspond aux personnes présentant soit une combinaison de dépendance physique légère et de désorientation dans l'espace et le temps, soit une dépendance physique relativement lourde, sans trouble psychique. Environ 40 % des admissions relèvent de cette catégorie. Une personne relative à la catégorie C est totalement dépendante physiquement, mais pas psychiquement. La catégorie

D, quant à elle, regroupe les personnes diagnostiquées comme souffrant de démence.

La durée de séjour en institution a notamment été étudiée dans le cadre de l'étude européenne PACE (Palliative Care for Older People in Europe), publiée dans BMJ Open en 2020. Pour la Belgique, cette étude rapporte une durée moyenne de séjour d'environ 126 semaines, soit un peu plus de deux ans et demi avant le décès des résidents. Ces résultats montrent que, pour une grande partie des personnes âgées, l'institutionnalisation constitue une étape relativement tardive du parcours de vie. Cependant, bien que deux ans puissent sembler être une durée assez courte sur toute une vie, elle n'en reste pas moins une part très importante et ayant un impact psychologique fort. Cette transition vers la vie en institution s'accompagne également d'une redéfinition identitaire. La perte du domicile, la réduction de l'autonomie décisionnelle et l'adaptation à un cadre collectif peuvent fragiliser le sentiment de continuité biographique. De plus, la personne âgée entrant en institution doit faire face à sa finitude humaine. Plusieurs travaux en gérontologie, comme les travaux de Villeneuve ou de Vercauteren, montrent que cette transition constitue une rupture symbolique majeure, susceptible d'altérer les repères identitaires, l'estime de soi et le sentiment de continuité de l'existence. Dans ce contexte, les dimensions relationnelles et affectives occupent une place particulière, soit en constituant un facteur de vulnérabilité supplémentaire, soit, au contraire, en représentant une ressource essentielle d'adaptation et de maintien de l'identité et du sentiment d'existence. Ceci confère une importance particulière à la prise en compte de la qualité de vie globale des résidents. Dans cette perspective, la vie affective et sexuelle ne peut être considérée comme secondaire ou accessoire, mais bien comme une dimension constitutive du bien-être et de la dignité des personnes âgées, y compris en fin de parcours de vie.

### Définition de la sexualité et de la vie affective chez la personne âgée

Pour commencer, il est important de mettre en lumière trois définitions éditées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tout d'abord, la notion de sexualité, qui est définie comme : « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et englobe le sexe, les identités de genre et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée à travers les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Bien que la sexualité

puisse inclure l'ensemble de ces dimensions, celles-ci ne sont pas toujours toutes vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » (*OMS, 2002*)

Ensuite, la santé sexuelle, qui est définie comme : « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité ; elle ne se limite pas à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sans danger, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis » (*OMS, 2002*).

Et pour finir, les droits sexuels : « Ils s'inscrivent dans le cadre des droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les documents concernant les droits de l'homme à l'international et d'autres déclarations de consensus. Ils comprennent le droit pour toute personne, sans coercition, discrimination ni violence, à :

- Bénéficier du meilleur état de santé sexuelle possible, y compris l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- Rechercher, recevoir et transmettre des informations relatives à la sexualité ;
- Accéder à une éducation à la sexualité ;
- Voir son intégrité corporelle respectée ;
- Choisir son ou sa partenaire ;
- Décider d'être sexuellement active ou non ;
- Entretenir des relations sexuelles consenties ;
- Contracter un mariage librement consenti ;
- Décider d'avoir ou non des enfants, et du moment auquel les avoir ;
- Mener une vie sexuelle satisfaisante, sûre et source de plaisir.

L'exercice responsable des droits humains implique que toute personne respecte les droits d'autrui.»

Suite à cela, on peut affirmer que la sexualité ne se réduit donc pas à l'acte sexuel ni à la fonction reproductive. Il s'agit d'une composante complexe et multidimensionnelle de la vie humaine, qui n'est pas limitée dans le temps.

Dans une perspective de santé publique, la sexualité des personnes âgées ne peut donc être considérée comme un aspect secondaire ou accessoire. Elle constitue un déterminant du bien-être global et s'inscrit dans une approche holistique de la santé, telle que promue par les politiques contemporaines de vieillissement actif et de qualité de vie.

Chez de nombreuses personnes âgées, les manifestations de la sexualité évoluent avec l'avancée en âge. Elles accordent souvent une place plus importante à la tendresse, à la proximité émotionnelle et au contact physique, sans que la sexualité ne se réduise pour autant à ces seules dimensions. Plusieurs études, notamment celle de Schryver et al., montrent que, malgré les limitations fonctionnelles ou les pathologies chroniques, le besoin d'intimité, d'affection et de reconnaissance demeure présent.

Cette dimension relationnelle est confirmée par plusieurs études récentes : notamment, une enquête menée en Belgique auprès d'adultes âgés de 70 à 99 ans rapporte qu'environ 31 % des participants déclaraient être encore sexuellement actifs, tandis que près de 47 % des personnes non sexuellement actives faisaient état de tendresse physique (caresses, baisers ou gestes d'affection) au cours des douze derniers mois. (*Cismaru-Inescu et al., 2022*)

Une revue systématique de la littérature souligne que les taux d'activité sexuelle rapportés varient fortement selon la définition retenue. Si la définition ne comprend que les rapports sexuels et les activités impliquant une stimulation de la région génitale, seuls 18% des femmes interrogées et 41% des hommes se disent actifs. Alors que si la définition inclut également les baisers, les étreintes, la masturbation et le sexe oral, les chiffres augmentent considérablement, 37.4% pour les femmes et 62.3% pour les hommes. Cette étude montre donc que les personnes âgées continuent à s'engager dans diverses formes d'activité sexuelle même à un âge avancé, et souligne l'importance de considérer des expressions variées de la sexualité, au-delà de l'acte génital. (*Cameron & Santos-Iglesias, 2024*)

De plus, une étude comparative menée dans quatre pays européens indique que la sexualité et la satisfaction sexuelle restent des composantes importantes de la vie des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont en relation ou lorsqu'elles entretiennent une intimité émotionnelle

significative. (Træen et al., 2018)

Selon le National Institute on Aging, le vieillissement peut amener les individus à redéfinir ce que signifient la sexualité et l'intimité, mettant l'accent sur la connexion affective et la proximité plutôt que sur l'acte sexuel lui-même. Ainsi, la sexualité en vieillissant se transforme, sans pour autant disparaître.

La vie affective, quant à elle, renvoie à l'ensemble des relations émotionnelles et sentimentales qu'une personne entretient avec autrui. Elle joue un rôle déterminant dans le sentiment de bien-être, l'estime de soi et la qualité de vie. Chez les personnes âgées, elle est étroitement liée à la sexualité, mais ne s'y confond pas. La perte d'un partenaire, l'isolement social ou l'entrée en institution peuvent profondément modifier cette dimension de la vie. Plusieurs travaux européens mettent en évidence un lien significatif entre la sexualité, la vie affective et la qualité de vie chez les personnes âgées. L'étude menée par Træen et al. en 2019, citée précédemment, montre qu'en Belgique, 49,3 % des hommes de 70 à 75 ans se disent sexuellement satisfaits, contre 43,8 % pour les femmes du même âge. Il y est également mis en évidence le rôle central du statut relationnel dans la satisfaction sexuelle des personnes âgées. Les participants engagés dans une relation déclarent non seulement des niveaux de satisfaction plus élevés, mais également une fréquence d'activité sexuelle supérieure par rapport aux personnes sans partenaire. Cette étude a également mis en avant que la satisfaction sexuelle pouvait être liée aux normes et aux représentations culturelles de la sexualité, notamment à la religion. Par exemple, l'Europe du Nord aurait une vision plus libérée de la sexualité. Les répondants à cette étude soulignaient donc une plus grande satisfaction vis-à-vis de la masturbation que les répondants belges, chez qui la vision de la sexualité serait fondée sur l'aspect reproductif véhiculé par l'Église catholique. De même, une enquête européenne portant sur les difficultés sexuelles chez les personnes âgées met en évidence que le bien-être sexuel demeure une dimension importante de leur qualité de vie, y compris à un âge avancé, les participants exprimant encore des attentes en matière d'intimité et de soutien (Hinchliff et al., 2019). Par ailleurs, une synthèse critique des recherches consacrées à la sexualité des adultes de plus de 65 ans conclut que la sexualité persiste comme composante significative de l'identité et du vécu relationnel, et que sa reconnaissance participe au maintien du bien-être psychologique et social (Cismaru-Inescu et al., 2022). À l'inverse, l'invisibilisation ou la stigmatisation de cette dimension peut contribuer à un



sentiment de perte, d'isolement ou de dévalorisation, notamment dans les contextes institutionnels où l'expression de l'intimité peut être restreinte.

## La sexualité des personnes âgées en institution : état des connaissances

La littérature scientifique consacrée à la sexualité des personnes âgées s'étoffe de plus en plus au fil des années, ce qui a permis de développer les statistiques citées précédemment.

Cependant, les études focalisées sur la sexualité des personnes vivant spécifiquement en institution demeurent relativement limitées, en particulier lorsqu'elles sont comparées à d'autres thématiques liées au vieillissement, telles que la dépendance, les troubles cognitifs ou la fin de vie. Cette relative marginalisation s'explique en partie par le caractère tabou du sujet, mais aussi par une focalisation historique des institutions sur les dimensions médicales et fonctionnelles du vieillissement.

Les premières études consacrées à la sexualité en maison de repos ont principalement adopté une approche normative ou éthique, interrogeant la légitimité de l'expression sexuelle des résidents et les dilemmes auxquels sont confrontés les professionnels. Ces travaux ont permis de poser les bases d'une réflexion sur les droits, l'autonomie et la dignité des personnes âgées vivant en institution.

Une part importante des recherches disponibles, concernant la sexualité des personnes âgées vivant en institution, est concentrée sur les représentations, les attitudes et les pratiques des professionnels travaillant en maison de repos. Ces études mettent en évidence des attitudes souvent ambivalentes, oscillant entre la reconnaissance théorique du droit à la sexualité et l'inconfort ressenti lors de sa mise en pratique.

Plusieurs travaux montrent que les soignants reconnaissent, dans leur discours, que les personnes âgées ont des besoins affectifs et sexuels. Toutefois, cette reconnaissance reste fréquemment abstraite et ne se traduit pas systématiquement par des pratiques favorables à l'expression de l'intimité.

Les recherches qualitatives menées en Flandre mettent en évidence que les professionnels infirmiers abordent les situations liées à l'expression de l'intimité et de la sexualité des résidents de manière largement individualisée. L'étude de Thys et al. de 2018 montre que les réactions des soignants reposent principalement sur leurs propres limites personnelles et leur niveau de confort face aux comportements observés, plutôt que sur un cadre décisionnel institutionnel clairement structuré. Les auteurs décrivent un processus de « limit-setting », dans lequel les infirmiers évaluent subjectivement si une situation franchit ou non leur frontière personnelle de tolérance. Cette frontière varie d'un professionnel à l'autre et s'appuie sur une « boussole interne » façonnée par l'histoire personnelle, les valeurs, l'éducation et l'expérience professionnelle de chacun.

En l'absence de lignes directrices formelles ou d'un cadre éthique partagé, les décisions sont prises au cas par cas, selon une logique intuitive plutôt que structurée. Plusieurs participants à l'étude indiquent d'ailleurs ne pas savoir si leur institution dispose d'une politique écrite en matière d'intimité et de sexualité, ou estiment que ces politiques ont une utilité limitée dans la pratique quotidienne. Cette individualisation des réponses peut entraîner une hétérogénéité dans la gestion des situations similaires, puisque les réactions varient entre l'encouragement, la tolérance ou l'interruption du comportement, selon ce qui met le plus à l'aise le soignant. Elle expose également les professionnels à une forme d'incertitude morale, ceux-ci exprimant fréquemment des difficultés à déterminer la « bonne » conduite à adopter face à des situations jugées sensibles ou ambiguës.

Les travaux ayant exploré le vécu des personnes âgées en institution mettent en lumière une réalité nuancée. Contrairement à l'hypothèse selon laquelle l'institution constituerait systématiquement un obstacle à l'expression de la vie affective et sexuelle, les entretiens menés par Lambelet et al. en 2019 suggèrent que l'entrée en MRS n'est pas nécessairement vécue comme une entrave majeure dans ce domaine. Pour de nombreuses personnes interrogées, la vie affective renvoie avant tout à la vie conjugale, à la fidélité, à l'importance des liens familiaux ou au souvenir d'un conjoint décédé. De ce fait, la sexualité apparaît souvent comme appartenant au passé. L'absence actuelle de relations sexuelles est ainsi rarement attribuée à l'institution elle-même, mais davantage à des facteurs liés à l'âge, au veuvage, à l'état de santé ou aux normes générationnelles valorisant la fidélité au conjoint disparu.

Dans les situations où un partenaire est présent, les rythmes institutionnels semblent davantage encadrer les possibilités que de les contraindre. Les résidents peuvent faire preuve d'initiative et de créativité en s'adaptant au cadre institutionnel afin de préserver des moments d'intimité.

Toutefois, d'autres travaux mettent en évidence une dimension plus implicite. L'étude de Darnaud et al. (2013) souligne l'existence de ce qu'ils ont appelé la « sexualité cachée » en institution. Ce sont des comportements du quotidien traduisant l'existence d'une sexualité, caractérisés par des formes de discrétion, d'évitement ou d'autocensure. Les personnes âgées peuvent intégrer les normes sociales et institutionnelles entourant la vieillesse et considérer que l'expression sexuelle devient moins légitime à un âge avancé. La crainte des commérages, du jugement ou le sentiment d'inconvenance participent alors à une invisibilisation des désirs, non nécessairement par répression volontaire, mais par l'intériorisation des attentes sociales.

Ainsi, si l'institution n'apparaît pas systématiquement comme un espace de contrainte directe, elle peut néanmoins contribuer à façonner les modalités d'expression de l'intimité. Les discours recueillis montrent d'ailleurs que ce qui est le plus fréquemment regretté n'est pas tant l'absence d'acte sexuel que le manque de sociabilité, de connexions significatives et de reconnaissance affective (*Lambelet et al., 2019*). Il apparaît ainsi nécessaire de distinguer les facteurs liés au vieillissement et à la situation personnelle des résidents de ceux relevant du cadre institutionnel. Même sans interdiction formelle, l'environnement et les règles implicites de l'institution peuvent influencer les modalités d'expression des besoins affectifs et sexuels

## Législation et recommandation

La prise en compte de la vie affective et sexuelle en maison de repos pose également plusieurs questions d'ordre éthique. Les établissements doivent à la fois respecter l'autonomie, l'intimité et le consentement des résidents, tout en veillant au respect des droits des patients ainsi qu'à leur sécurité, notamment lorsque des troubles cognitifs, tels qu'une démence, peuvent altérer leur capacité à consentir librement.

En Belgique, le droit au respect de la vie privée et familiale est garanti par l'article 22 de la Constitution. Ce droit fondamental s'applique à toute personne, indépendamment de son âge,

de son état de santé ou de son lieu de résidence, y compris aux personnes vivant en maison de repos ou en maison de repos et de soins. Ce droit est protégé au niveau européen par l'article 7 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ainsi que par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme qui entend la vie privée et familiale comme un droit fondamental auquel aucune personne ne peut être arbitrairement soustraite.

Ces principes généraux se traduisent concrètement dans la réglementation wallonne encadrant les établissements d'hébergement pour aînés. Les textes applicables aux maisons de repos et de soins imposent aux gestionnaires de garantir le respect de la dignité, de l'intimité et de la vie privée des résidents. Les règlements d'ordre intérieur obligatoires établis par l'AViQ prévoient notamment que l'organisation de la vie quotidienne ne peut porter atteinte aux convictions personnelles, aux relations affectives ni à la sphère intime du résident. De même, la Charte des droits du résident rappelle que toute personne hébergée conserve ses droits fondamentaux, parmi lesquels figurent le respect de son intégrité, de sa vie personnelle et de ses choix relationnels.

L'AViQ reconnaît la vie affective et sexuelle comme une dimension de la vie des personnes âgées qui mérite d'être prise en compte en institution. Dans les ressources qu'elle met à disposition des professionnels, elle insiste sur le respect de l'autonomie, de la vie privée et du consentement des résidents, tout en encourageant les établissements à intégrer ces questions dans leurs pratiques d'accompagnement.

Ainsi, sur le plan juridique et réglementaire, le droit à l'intimité et à la vie affective des résidents ne fait pas débat. Néanmoins, l'absence de recommandations concrètes ou de politiques institutionnelles formalisées laisse une marge d'interprétation importante dans la mise en œuvre quotidienne de ces principes. Les pratiques peuvent ainsi varier d'un établissement, voire d'une équipe, à l'autre, entraînant des divergences dans l'accompagnement proposé aux résidents et laissant les professionnels avec peu de recommandations pour guider leur pratique.

Au-delà du cadre juridique belge et européen, plusieurs instances internationales ont formulé des recommandations venant préciser les conditions d'une prise en compte adéquate de la vie affective et sexuelle, y compris à un âge avancé. L'Organisation mondiale de la Santé a émis une série de recommandations dans un rapport consultatif sur la santé sexuelle en 2002. Elles

conseillent notamment d'adopter une approche affirmative de la sexualité, considérée comme une dimension constitutive de l'être humain tout au long de la vie. Elle insiste sur la promotion de l'autonomie et de l'autodétermination dans les choix liés à la vie sexuelle, ainsi que sur l'adaptation des services aux besoins évolutifs des individus au fil du vieillissement. Les principes directeurs qu'elle propose en matière de santé sexuelle mettent en avant la confidentialité, le respect de la vie privée, l'absence de jugement, l'équité et l'accessibilité des services, tout en soulignant la nécessité de prendre en compte les dimensions émotionnelles, relationnelles et culturelles de la sexualité.

Dans une perspective semblable, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France a publié des recommandations relatives à l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle en établissements médico-sociaux. Ces recommandations rappellent l'importance du respect du consentement, de la dignité, de la singularité des parcours de vie et de l'élaboration de cadres institutionnels clairs permettant aux professionnels d'agir de manière cohérente et sécurisée.

Ces différentes prises de position convergent vers une même exigence : la vie affective et sexuelle des personnes âgées doit être reconnue comme une composante légitime du bien-être global, nécessitant un environnement respectueux, structuré et adapté aux réalités du grand âge.

## Conclusion du cadre théorique

Plusieurs éléments ressortent de cette partie théorique. Les recherches montrent que la sexualité des personnes âgées ne disparaît pas avec l'âge, mais qu'elle évolue. Elle prend souvent des formes différentes, davantage centrées sur la tendresse, la proximité, le besoin d'être reconnu dans sa dimension affective.

L'institution ne constitue pas systématiquement un obstacle direct à l'expression de la sexualité. Cependant, l'organisation de la vie collective, les représentations liées à l'âge et certaines normes sociales peuvent influencer la manière dont les résidents vivent ou expriment leurs besoins affectifs et intimes.

Sur le plan légal, le droit à la vie privée, à l'intimité et à l'autonomie est reconnu en Belgique et soutenu par des recommandations nationales et internationales. Pourtant, les pratiques

varient selon les établissements et les équipes soignantes, notamment en raison de l'absence de cadres concrets et clairement définis.

L'ensemble de ces constats met en évidence une thématique complexe, située entre respect des droits, organisation institutionnelle et représentations sociales du vieillissement. Ce cadre théorique ouvre la voie à une analyse plus approfondie de la manière dont la vie affective et sexuelle en maison de repos est réellement perçue et vécue par les personnes âgées.

### III. Cadre pratique

#### La question de recherche

Ce mémoire explore les perceptions et les expériences des personnes âgées vivant en maison de repos ou en résidence-service concernant leur vie affective et sexuelle au sein de ces lieux de vie institutionnels. Plusieurs éléments plus spécifiques ont été analysés, notamment la manière dont le parcours de vie influence la vie affective et sexuelle des personnes âgées, les facteurs susceptibles de favoriser ou de limiter l'expression de la vie affective et sexuelle en institution, ainsi que les attentes et les besoins des résidents.

Ce travail a été guidé tout au long de son développement par une question de recherche simple : « **Comment les personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie vivent-elles et perçoivent-elles leur vie affective et sexuelle dans le contexte institutionnel, et quels facteurs influencent son expression ?** »

#### Méthodologie

Dans cette partie sont présentés les éléments méthodologiques ayant permis de répondre à la question de recherche. Elle décrit la méthode utilisée, la population étudiée, le guide d'entretien ainsi que les principes généraux d'analyse des données.

Cette recherche repose sur une approche qualitative. Ce type de recherche vise à comprendre en profondeur des phénomènes sociaux à partir des expériences, des perceptions et des représentations des personnes concernées. Contrairement aux approches quantitatives qui

cherchent principalement à mesurer ou à comparer des variables, la recherche qualitative permet d'explorer la complexité des situations vécues et de mettre en évidence la diversité des points de vue.

Cette approche apparaît particulièrement pertinente dans le cadre de cette étude, dont l'objectif est de mieux comprendre la manière dont les personnes âgées vivant en maison de repos perçoivent et vivent leur vie affective et sexuelle. Cette thématique renvoie en effet à des expériences intimes, subjectives et fortement influencées par les parcours de vie, les représentations sociales et le contexte institutionnel. Une démarche qualitative favorise la libre expression des participants tout en préservant un cadre structuré. La collecte des données a donc été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs, qui permettent de recueillir un discours plus nuancé et de saisir la richesse des expériences individuelles.

### Positionnement réflexif de la chercheuse

Dans le cadre de cette recherche qualitative, il apparaît important de préciser le positionnement de la chercheuse ainsi que les éléments susceptibles d'avoir influencé la conduite de l'étude et l'interprétation des données.

La chercheuse est une femme belge de 28 ans, infirmière diplômée, exerçant exclusivement en maison de repos depuis six ans. Elle travaille dans l'un des établissements ayant participé à cette étude et connaît donc une partie des participants ainsi que le fonctionnement institutionnel propre à ce terrain de recherche. Cette proximité avec le terrain constitue à la fois un atout, en facilitant la compréhension du contexte et par le climat de confiance préalablement créé avec certains résidents, mais également une source potentielle de biais, dont il a été tenu compte tout au long de la recherche.

L'intérêt porté à cette thématique est né de plusieurs expériences professionnelles. Au cours de sa pratique, la chercheuse a été confrontée à différentes situations liées à la vie affective et sexuelle des résidents, telles que la formation de nouveaux couples, l'expression de comportements sexuels chez des personnes atteintes de troubles cognitifs ou encore des questionnements de l'équipe soignante concernant les limites de ses interventions. Ces expériences ont progressivement mis en évidence un manque d'harmonisation des pratiques et une méconnaissance des droits des résidents.

Ce questionnaire avait déjà émergé lors d'un précédent travail de fin d'études consacré à l'accompagnement des personnes atteintes de démence selon l'approche Humanitude, sans toutefois pouvoir être approfondi. La réalisation de ce mémoire a constitué l'occasion d'explorer plus spécifiquement la question de la vie affective et sexuelle, avec la volonté de mieux comprendre les perceptions des premiers concernés, avant d'envisager d'éventuelles pistes d'amélioration des pratiques.

La chercheuse ne nourrissait pas de préjugés particuliers concernant la sexualité des personnes âgées. Son expérience professionnelle lui avait toutefois permis d'observer que la vie affective et sexuelle demeurait bien présente en maison de repos, contrairement à certaines représentations sociales encore largement répandues. Consciente que cette expérience pouvait influencer son regard sur les données, elle a veillé à adopter une posture d'écoute tout au long des entretiens, en privilégiant des questions ouvertes et des relances non directives. Lors de l'analyse, une attention particulière a également été portée à distinguer les éléments issus des verbatims des interprétations personnelles, afin que les résultats reflètent le plus fidèlement possible les perceptions exprimées par les participants. L'objectif de cette recherche n'était pas de confirmer des hypothèses préexistantes ni de défendre une vision particulière de la vie affective et sexuelle des personnes âgées. Il s'agissait de comprendre, à partir du discours des résidents eux-mêmes, la manière dont ils vivent et perçoivent cette dimension de leur existence, et dans le futur, concevoir des projets pertinents au sein des maisons de repos.

## Population étudiée

La population étudiée dans le cadre de cette recherche est constituée de personnes âgées vivant en maison de repos, en maison de repos et de soins ou en résidence-service en Wallonie.

## Critères d'inclusion

Les participants doivent :

- Être âgés de 70 ans ou plus ;
- Résider en maison de repos, en maison de repos et de soins ou en résidence-service



- Ne pas présenter de trouble cognitif majeur, évalué par un score au Mini Mental State Examination (MMSE) supérieur ou égal à 24, garantissant une capacité suffisante de compréhension et d'expression pour participer à un entretien approfondi. (Annexe 3)
- Être capable de s'exprimer oralement de manière suffisante pour répondre aux questions posées lors de l'entretien.

Le choix de ces critères vise à s'assurer que les participants sont en mesure de partager leur avis et leurs pensées sur la vie affective et sexuelle en institution, de manière libre et éclairée.

### Les critères d'exclusions

En simple opposition avec les critères d'inclusion, les participants ne doivent pas :

- Être âgés de moins de 70 ans
- Résider hors d'une maison de repos, d'une maison de repos et de soins ou d'une résidence-service.
- Avoir un score MMSE inférieur à 24/30.
- Présenter un trouble du langage qui empêcherait la réalisation de l'entretien.

### Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon repose sur la méthode sélective homogène. Ce type d'échantillonnage est fréquemment utilisé dans les recherches qualitatives lorsque l'objectif est d'explorer en profondeur un phénomène spécifique au sein d'un groupe partageant des caractéristiques communes. Dans le cadre de cette étude, l'échantillon est constitué de personnes âgées vivant en maison de repos ou en maison de repos et de soins et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion bien définis.

Le recrutement des participants a été réalisé directement au sein des établissements partenaires via des annonces et des *gatekeepers*. Après obtention de l'autorisation institutionnelle, les équipes soignantes ont été sollicitées afin d'identifier des résidents susceptibles de répondre aux critères d'inclusion. Dans la littérature méthodologique, ces acteurs sont désignés comme des *gatekeepers*, c'est-à-dire des personnes facilitant l'accès du chercheur à une population spécifique. Les professionnels ont ainsi pu identifier des résidents

répondant aux critères d'inclusion particulièrement en ce qui concerne les scores MMSE et les capacités de communication verbale. Les personnes concernées ont ensuite été approchées individuellement, l'information relative à l'étude a été transmise aux résidents par les responsables de l'animation de l'établissement, qui ont présenté la recherche et les modalités de participation lors de leurs échanges habituels avec les résidents

La participation reposait sur le principe du volontariat. Les résidents souhaitant participer ont été invités à se manifester auprès du personnel afin de planifier un entretien individuel. Avant le début de l'entretien, une information claire concernant la confidentialité, l'anonymisation des données et l'enregistrement audio a été fournie aux participants par la chercheuse. Les informations relatives à l'assurance, à l'accord du comité d'éthique, aux obligations légales de la chercheuse et aux différents droits des participants ont également été communiquées. Un document de consentement a été signé.

### Les établissements partenaires

La collecte des données a été réalisée au sein de deux établissements, dans un souci d'anonymisation, ils seront désignés comme la MRS A et la MRS B. Il s'agit de deux établissements appartenant au même CPAS. Ils sont donc soumis à la même direction et leur projet de vie y est similaire (Annexe 4). Cependant, chaque établissement a une manière propre de mettre ces projets en application qui est influencé par le personnel, la localisation, l'architecture, les résidents, etc... La MRS A a développé en interne une charte pour l'intimité (Annexe 5) qui n'est pas spécialement appliquée au sein de la MRS B. Chaque établissement compte une septantaine de résidents. La MRS A dispose de 4 chambres doubles, deux chambres de court séjour/revalidation et 5 résidences-services. La MRS B dispose de 8 chambres doubles, d'aucune place de court séjour et d'aucune résidence-service. Les chambres doubles sont, si possible, attribuées à des couples. Aucune distinction n'y est faite entre les résidents ; ces établissements ne possèdent pas d'aile spécifique dédiée aux personnes présentant des troubles cognitifs.

Le projet de vie est intitulé « comme à l'jojaune ». Il s'agit d'une phrase en wallon qui signifie « comme à la maison ». Pour résumer, le but est de permettre aux résidents de se sentir le plus possible chez eux, de créer un milieu de vie convivial et naturel. Par exemple, les résidents sont libres de fermer leur porte à clef. Les résidents peuvent passer la nuit

ailleurs ou inviter quelqu'un à passer la nuit chez eux, s'ils le souhaitent. Toutefois, cela ne peut se faire que dans certaines conditions. Les résidents concernés ne doivent pas souffrir de démence, afin d'éviter tout problème concernant le consentement. Si le résident se rend en dehors de la maison de repos, son état de santé doit être suffisant pour que la sortie ne présente aucun risque. Un résident vivant en maison de repos pour être sous surveillance 24h/24 pour cause d'épilepsie par exemple, ne pourra pas déloger.

Ce sont là les deux seules conditions officielles. Dans l'application, il existe malgré tout d'autres contraintes comme le manque d'espace et de commodité dans les chambres pour accueillir confortablement quelqu'un, les résidents disposant uniquement de lits simples. Parfois, les familles des résidents s'immiscent dans les relations de leurs proches, ce qui génère des conflits avec les responsables de la maison de repos et/ou avec le/la compagnon/compagne du résident. Dans ce cas, il est parfois nécessaire de faire des réunions pluridisciplinaires afin de résoudre la situation. Fort heureusement, cela ne se produit que très rarement.

## La collecte des données

Les données ont été collectées au moyen d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien repose sur des questions ouvertes permettant d'orienter la discussion tout en laissant aux participants la possibilité d'exprimer librement leur point de vue. De cette façon, il est possible d'approfondir la compréhension des représentations personnelles tout en encourageant une libre expression. Contrairement aux questionnaires fermés, l'entretien semi-directif permet de faire émerger des éléments inattendus.

De plus, ce format de questionnaire ne requiert aucune compétence particulière des participants pour y répondre. Le participant ne doit ni savoir lire ni savoir écrire ni utiliser une quelconque technologie, ce qui, dans le cas d'une recherche menée auprès de personnes âgées, constitue un avantage.

Ces entretiens ont été réalisés les 15 et 18 juin 2026. Ils ont duré entre 30 minutes et une heure et demie. Ils ont été réalisés en présentiel dans les espaces de vie privés des résidents afin de garantir la confidentialité et le calme nécessaires au bon déroulement de l'interview. Un total de huit entretiens a été réalisé sur l'ensemble des deux établissements. Sept résidents logent en chambre simple et une loge en chambre double avec son époux.

Le guide d'entretien (Annexe 6) a été réfléchi pour aborder différents sujets tout en laissant l'opportunité aux répondants de dévier sur d'autres thématiques. Il a été structuré comme ceci :

- Introduction
- Présentation générale et contexte de vie (âge, parcours de vie, situation familiale) ;
- Les représentations de la sexualité et de la vie affective
- Rapport au corps et au vieillissement
- Comparaison avant / après l'entrée en institution
- Le vécu actuel en institution
- Influence du regard des autres et du cadre institutionnel
- Valeurs personnelles et dimension culturelle
- Pistes d'amélioration
- Question de clôture

Cette structure permet d'aborder progressivement la thématique centrale de la recherche tout en respectant le rythme et le niveau de confort des participants et en favorisant un climat de confiance indispensable pour que les participants se sentent libres de partager leurs ressentis et leurs opinions.

Chaque point est amené via une question générale sur la thématique afin de cadrer le sujet tout en laissant place à la spontanéité. Des questions de relance pour chaque point ont été prévues afin de faciliter la discussion et la réflexion des participants qui en auraient besoin. D'un point de vue de la confidentialité, chaque entretien débutait par une présentation du chercheur, un rappel des objectifs de la recherche ainsi que des principes de confidentialité et d'anonymisation. L'autorisation d'enregistrement audio était également demandée avant le début de l'entretien.

### Point de vue éthique

Les participants ont tous été informés des modalités et de la finalité de l'étude, à l'oral et par écrit, avant la réalisation des entretiens. Les participants ont reçu des informations quant au but de l'étude et à l'utilisation et l'anonymisation des données collectées. Le consentement éclairé de chaque participant a été obtenu par écrit juste avant la réalisation de l'interview. Un

formulaire de consentement fut signé et une copie leur fut remise. Celui-ci reprend toutes les informations concernant l'étude. L'autorisation de réaliser des enregistrements audio des entretiens a également été confirmée. Les participants ont été informés que ce consentement pouvait être retiré à tout moment et ce, sans justification aucune.

Cette étude a été approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc le 21 mai 2026 sous la référence 2026/24MAR/151.

## Analyse des données

Les entretiens ont été analysés grâce à une démarche inductive de thématisation continue. Les entretiens ont été retranscrits grâce à Turboscribe sur base des enregistrements afin de permettre une analyse approfondie du contenu. Grâce à une approche thématique inductive, consistant à identifier les idées, perceptions et expériences récurrentes dans les discours recueillis, les thèmes principaux émergeant des entretiens ont pu être mis en évidence tout en conservant la richesse et la diversité des expériences individuelles. La démarche de thématisation continue permet une analyse plus précise et plus complète. Compte tenu du nombre limité de participants et de la réalisation de l'étude par un seul chercheur, il fut possible de l'appliquer. L'intelligence artificielle, plus précisément Chatgpt, a été utilisée dans le cadre de cette analyse. Il fut utilisé afin de réaliser un comptage des occurrences des différents sujets ainsi que pour réaliser une vérification croisée des codages créés et des sujets abordés dans l'ensemble des entretiens. L'IA a ainsi pu fournir un résumé écrit structuré des différentes thématiques abordées.

Il s'agit d'une analyse descriptive. Elle n'a pour but que de rendre compte objectivement de ce qui est dit concernant l'objet de la recherche. Il n'existe aucune intention d'interprétation ni d'explication dans cette étude.

## IV. Résultats

### Descriptions des participants

L'échantillon se compose de sept femmes et d'un homme. Les personnes interrogées ont entre 71 et 88 ans. Tous les répondants ont un score MMSE de 26 ou plus. La majorité des répondants sont peu dépendants physiquement ; seule une répondante fait partie de la catégorie C de l'échelle de Katz. La durée de résidence en maison de repos varie de 3 mois à 16 ans. Les personnes interrogées vivent toutes des situations relationnelles différentes : l'une est mariée et vit avec son mari dans une chambre double ; une autre est veuve ; une autre encore vit avec son fils et son compagnon dans la même maison de repos tout en ayant des chambres séparées ; certaines sont célibataires, divorcées ou engagées dans une relation de couple depuis peu.

Cette diversité de profils permet de recueillir un large éventail de points de vue et d'expérience concernant la vie affective et sexuelle vécue en maison de repos, enrichissant ainsi l'analyse des données.

| Participant | Sexe | Âge | MMSE /30 | Katz   | Temps de vie en maison de repos | Motif d'entrée en institution                                                                                      | Situation relationnelle actuelle         | Résumé du parcours relationnelle                                                                                                                                                                       | Nombre d'enfants           |
|-------------|------|-----|----------|--------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| A           | F    | 76  | 28       | Cat. C | 2 ans                           | Entrée imposée<br>Retour au domicile impossible en sortie d'hospitalisation                                        | En couple, Partenaire dans l'institution | Mariée pendant 14 ans avec le père de son fils décédé depuis 31 ans.<br><br>23 ans de couple avec son compagnon actuel                                                                                 | 1                          |
| B           | F    | 71  | 28       | Cat. A | 5 ans                           | Entrée imposée<br>Retour au domicile impossible en sortie d'hospitalisation psychiatrique                          | Veuve                                    | Mariée pendant 22 ans, divorcée suite à infidélité de son mari<br><br>Longue période de célibat<br><br>Relation de couple pendant environs 4 ans jusqu'au décès de monsieur en février 2026            | 4 (en contact avec 3)      |
| C           | F    | 83  | 29       | Cat. O | 16 ans                          | Entrée imposée<br>Retour au domicile impossible en sortie d'hospitalisation                                        | Divorcée                                 | Divorcée d'un premier mari après 20 ans pour infidélité de son mari<br><br>Divorcée d'un second mariage de 1 an car époux alcoolique et violent<br><br>Rupture avec troisième compagnon car homosexuel | 1 (n'ont plus de contacts) |
| D           | F    | 86  | 26       | Cat. O | 1 ans et 8 mois                 | Entrée choisie<br>Décès du mari 4 ans plus tôt, tâche quotidienne trop lourde, chute à répétitions, envie de repos | Veuve                                    | Mariée pendant 60 ans                                                                                                                                                                                  | 1                          |

| Participant | Sexe | Âge | MMSE /30 | Katz   | Temps de vie en maison de repos | Motif d'entrée en institution                                                                                                                                                      | Situation relationnelle actuelle          | Résumé du parcours relationnelle                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre d'enfants                            |
|-------------|------|-----|----------|--------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| E           | F    | 88  | 27       | Cat. A | 3 mois                          | Entrée choisie<br><br>Entrée imposée à l'époux donc décision de Mme de le suivre pour rester ensemble.                                                                             | Mariée, chambre double avec son mari      | 66 ans de mariage                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                           |
| F           | H    | 74  | 30       | Cat. O | 5 ans et 3 mois                 | Entrée imposée<br><br>Dégradation du niveau de vie, expulsion du domicile, hospitalisation                                                                                         | Divorcé                                   | Divorcée depuis 2001 après 7 ans de mariage.<br><br>Pas de relation sérieuse depuis expliquée par un emploi de chauffeur poids lourd international                                                                                                                                        | 0                                           |
| G           | F    | 78  | 26       | Cat. O | 1 an 6 mois                     | Entrée choisie<br><br>impossibilité d'assurer les tâches du quotidien et l'entretien du domicile                                                                                   | Divorcée                                  | Mariée il y a longtemps pendant « assez longtemps », divorce pour des problèmes financiers, suicide de l'ex-mari<br><br>à connus quelques flirt après mais pas de relation sérieuse                                                                                                       | 4                                           |
| H           | F    | 78  | 26       | Cat. D | 9 mois                          | Entrée imposée mais décision de rester après un court-séjour<br><br>Alzheimer débutant, impossibilité d'assurer les tâches du quotidien et l'entretien du domicile, envie de repos | En couple, petit ami en résidence-service | Premier mariage « forcée » car enfant à naître, divorce.<br><br>Second mariage pendant environs 10 ans, divorce car infidélité du mari, suicide de l'ex-mari environs 5 ans après.<br><br>Longue période de célibats<br><br>en couple avec un homme de la résidence service depuis 7 mois | 3 (pas de contacts avec le premier enfants) |



## Résultats des entretiens

Comme présenté dans la méthodologie, les entretiens semi-directifs avaient pour objectif d'explorer le vécu, les perceptions et les besoins des résidents concernant leur vie affective et sexuelle en maison de repos. L'analyse thématique des verbatims a permis de mettre en évidence plusieurs thèmes transversaux, reflétant les expériences, les perceptions et les attentes des participants. Les résultats sont présentés selon deux grands axes. Chaque axe est ensuite décliné en plusieurs sous-thèmes issus de l'analyse des entretiens.

- **La vie en maison de repos**
  - ◆ Les facteurs conduisant à l'entrée en maison de repos
  - ◆ Le vécu émotionnel de l'entrée en maison de repos
  - ◆ Le vécu de la vie quotidienne en maison de repos
- **La perception de la vie affective et sexuelle**
  - ◆ La signification de la vie sexuelle et affective
  - ◆ L'évolution de la vie sexuelle et affective
  - ◆ Les facteurs influençant les représentations de la vie sexuelle et affective
  - ◆ Les facteurs influençant l'expression de la vie sexuelle et affective
  - ◆ Les attentes des résidents concernant la prise en compte de leur vie affective et sexuelle

Lorsque cela est pertinent, le nombre de participants ayant abordé un thème est précisé afin d'en apprécier la récurrence dans les entretiens. Afin d'illustrer les différentes thématiques, des extraits significatifs des différents entretiens seront mentionnés.

### La vie en maison de repos

Bien que cette thématique puisse sembler, à première vue, éloignée de l'objet principal de cette recherche, il apparaît nécessaire de l'aborder. En effet, les circonstances ayant conduit à l'entrée en maison de repos occupent une place importante dans les discours des participants. Plusieurs d'entre eux ont spontanément consacré une partie importante de leur entretien à raconter les événements ayant précédé leur entrée en institution.

Les récits montrent que l'entrée en maison de repos s'inscrit dans un parcours de vie marqué par une succession d'événements personnels, familiaux et médicaux. Pour les participants, ce parcours constitue un élément essentiel pour comprendre leur situation actuelle et la manière dont ils vivent aujourd'hui au sein de l'institution. L'évocation de ces expériences permet ainsi de replacer leur vécu affectif et sexuel dans le contexte plus large de leur histoire de vie.

### Les facteurs conduisant à l'entrée en institution

Chez l'ensemble des participants, l'entrée en maison de repos est présentée comme la conséquence d'une évolution progressive de leur situation personnelle plutôt que comme un choix de vie anticipé. Les discours recueillis montrent que cette décision résulte rarement d'un événement unique. Elle apparaît davantage comme l'aboutissement d'une accumulation de difficultés qui rendent progressivement le maintien à domicile impossible. Parmi les facteurs les plus fréquemment évoqués figurent la perte d'autonomie, la survenue de problèmes de santé, les hospitalisations, l'isolement social ou encore l'épuisement des proches aidants. Si ces éléments sont présents dans la majorité des parcours, leur combinaison diffère d'un participant à l'autre, conférant à chaque trajectoire une singularité propre.

La perte d'autonomie est le facteur rapporté par tous les participants. Tous décrivent, à des degrés différents, une diminution de leurs capacités physiques ou fonctionnelles qui a limité leurs capacités à poursuivre une vie autonome à domicile. Pour certains, cette perte d'autonomie s'installe progressivement avec l'avancée en âge. Mme G explique ainsi : « *Je ne savais plus vivre seule. Je ne savais plus nettoyer, je ne savais plus faire à manger.* ».

Tandis que pour d'autres, la perte d'autonomie survient brutalement à la suite d'un événement médical. Chez plusieurs d'entre eux, l'entrée en maison de repos intervient directement à la suite d'une hospitalisation révélant l'impossibilité d'un retour à domicile. Mme A raconte qu'une septicémie l'a privée de l'usage de ses jambes : « *De la septicémie, j'ai perdu mes jambes pour marcher* ».

Toutefois, les entretiens montrent que l'entrée en maison de repos ne résulte que rarement d'un seul problème médical. Les participants décrivent davantage un enchaînement de difficultés venant progressivement fragiliser leur équilibre de vie. À la dégradation de l'état de santé

s'ajoutent la fatigue liée à l'entretien du domicile, les contraintes matérielles, la perte d'un conjoint, l'isolement ou encore l'épuisement d'un proche aidant. Pour Mme E, par exemple, l'institutionnalisation ne s'explique pas uniquement par les séquelles des AVC du mari. Elle explique avoir longtemps tenté de maintenir la vie à domicile avant de reconnaître son propre épuisement : « *La doctoresse disait toujours : "Vous êtes épuisée."* » Après huit années passées à accompagner son mari, elle reconnaît finalement : « *Moi-même, je me rends compte qu'entretenir toute une maison, je ne suis plus capable.* ». Ils ont donc choisi d'entrer ensemble en maison de repos.

D'autres parcours mettent davantage en évidence le poids de l'isolement social. Chez Mme B, la séparation conjugale, la solitude et un passage en psychiatrie sont présentés comme des éléments déterminants de son admission en maison de repos. Elle explique : « *Je me suis retrouvée seule... je m'ennuyais et donc [fait le geste de boire]... on m'a mis au Beau Vallon... et là je suis ici* ». M. F. explique : « *J'avais eu une crise cardiaque, j'étais devenu vraiment une épave, si on peut dire ainsi, et en fait, ils [le CPAS] m'ont vu, mon état, et que je devais être expulsé le 31 mars. Donc, ils m'ont conduit ici quand il y avait une place ici.* »

À l'inverse, pour Mme H, son entrée en maison de repos relève davantage d'un choix anticipé que d'une nécessité immédiate. Elle vivait seule à son domicile lorsqu'on lui a diagnostiqué un Alzheimer débutant. Le maintien au domicile était possible encore un temps, cependant Mme H explique très clairement que son choix n'était pas motivé uniquement par son état de santé, mais également par la volonté de ne plus avoir à gérer les contraintes du domicile : « *Je n'avais pas envie de déménager, d'aller ailleurs, prendre un appartement et me retrouver de nouveau avec un truc à nettoyer, à faire ci, à faire là, courir, faire des courses, c'est que je n'avais plus envie du tout.* » Elle a donc pris la décision d'entrer en maison de repos, en concertation avec ses enfants.

Mme D, quant à elle, explique que, suite au décès de son mari, l'entretien de la maison est devenu compliqué, à quoi se sont ajoutés des chutes à répétition et un sentiment d'insécurité lié à des visites nocturnes de rongeurs dans son jardin. Sur les conseils de sa fille, elle est entrée dans l'institution en court séjour mais au bout des 3 mois, elle a choisi de rester : « *Je dis, je me plais bien ici. Elle [sa fille] dit : « mais tu reviens à la maison après six mois ou tu*

*restes ? ». Non, je dis, je reste. »*

Sur les huit répondants, trois d'entre eux sont rentrés en court séjour avant de finalement décider de rester.

L'implication de l'entourage apparaît également comme un élément central du processus décisionnel, sept répondants sur huit ont dit avoir pris cette décision en concertation avec leurs enfants. Les enfants occupent une place particulièrement importante dans les récits. Ils sont décrits comme des personnes ayant constaté les difficultés rencontrées, participé aux discussions, recherché un établissement ou accompagné les démarches administratives. Leur intervention est généralement présentée comme un soutien plutôt que comme une contrainte. Mme G explique ainsi : *« Avec les enfants, on a jugé qu'il était peut-être temps de rentrer en maison de repos. »*. Mme A justifie également son accord en évoquant les limites de ses proches : *« J'étais d'accord parce que je savais que mon fils et mon compagnon n'auraient pu rien faire »*.

Si plusieurs participants affirment avoir pris eux-mêmes la décision d'entrer en maison de repos, leurs récits montrent que cette décision intervient généralement dans un contexte où les alternatives semblent limitées. Les expressions *« j'étais d'accord »*, *« c'était mon choix »* ou encore *« on a jugé qu'il était peut-être temps »* reviennent à plusieurs reprises, mais elles sont presque toujours associées à la reconnaissance d'une situation devenue difficilement compatible avec un maintien à domicile. Les participants décrivent davantage l'entrée en maison de repos comme l'acceptation d'une solution devenue nécessaire que comme un véritable projet de vie.

### Le vécu émotionnel de l'entrée en maison de repos

Si les circonstances ayant conduit à l'entrée en maison de repos diffèrent d'un participant à l'autre, leur vécu émotionnel présente de nombreuses similitudes. Sept participants sur huit décrivent les premiers jours ou les premières semaines comme une période difficile. Quitter son domicile, abandonner ses habitudes ou se séparer de ses proches représente une étape éprouvante, même lorsque l'entrée en institution est perçue comme nécessaire.

Plusieurs participants évoquent d'abord un sentiment de tristesse, parfois très intense, lors de leur arrivée. Mme G explique qu'à son entrée en maison de repos, elle est restée repliée sur elle-même : « *Quand je suis rentrée, c'était enfermée dans ma chambre. Pas sortir, manger dans ma chambre.* » Elle précise que ce sont ses enfants qui l'ont progressivement encouragée à participer à la vie collective : « *Ils m'ont dit : "Maman, ne fût-ce que manger à midi. Tu vas rencontrer des gens, je suis sûre que tu vas te faire des copains et copines."* » Avec le recul, elle reconnaît que cette étape a été déterminante : « *En effet, je me suis fait plein de copines* ».

Chez Mme A, la difficulté a été davantage liée à la séparation avec son compagnon et son fils qu'à la perte de son domicile. Bien qu'elle ait accepté son admission, consciente qu'il s'agissait de la meilleure solution, elle décrit une période marquée par une grande détresse émotionnelle. Elle raconte : « *Chaque fois que mon compagnon venait (...) et que c'était l'heure de retourner, là, je pleurais à chaque fois.* » Elle précise que cette période a duré environ un mois avant que la situation ne s'améliore progressivement, notamment due à l'entrée dans l'institution de son compagnon et de son fils.

Les entretiens montrent toutefois que cette souffrance initiale n'est généralement pas permanente. Les participants décrivent une adaptation progressive à leur nouvel environnement. Mme G résume cette évolution en déclarant : « *Il fallait passer le cap. Ça, ça a été dur. Mais une fois passé... maintenant je suis bien.* ». Cette évolution se retrouve dans la majorité des entretiens : les difficultés du début laissent progressivement place à un nouvel équilibre, sans pour autant effacer complètement le sentiment de rupture ressenti lors de l'arrivée.

Le personnel est fréquemment cité comme un élément ayant facilité cette adaptation. Plusieurs participants soulignent spontanément l'accueil reçu, la disponibilité des soignants ou le soutien apporté durant les premières semaines. Mme A attribue directement son intégration au personnel : « *Ça s'est bien passé grâce au personnel qui nous aide ici.* ». Mme B résume également son arrivée en quelques mots : « *J'étais bien accueillie.* ». Ces témoignages montrent que, pour plusieurs résidents, la qualité de l'accueil contribue à atténuer les difficultés liées à l'entrée en institution.

Au-delà du personnel, les relations sociales développées au sein de la maison de repos apparaissent comme un facteur important d'adaptation. Plusieurs participants expliquent avoir progressivement noué de nouveaux liens avec d'autres résidents. Mme H dit : « *Et moi, je me suis dit, aïe, aïe, aïe, je ne vais pas pouvoir rester parce que j'ai l'impression que je ne suis pas appréciée. Et puis, j'ai rencontré [nom d'une autre résidente](...). Et j'ai rencontré [nom du petit ami], à la même table, mais ça n'a pas été un déclic direct, pas pour des sentiments, on se trouvait des points communs (...)* Et voilà, j'ai eu des bons contacts »

### Le vécu de la vie quotidienne en maison de repos

Après les difficultés liées à l'entrée en maison de repos, les participants décrivent leur vie actuelle en institution de manière globalement positive. Plusieurs affirment s'y sentir bien aujourd'hui, tout en reconnaissant que cette satisfaction s'est construite progressivement. Si aucun d'entre eux n'idéalise la vie en maison de repos, la majorité estime aujourd'hui y avoir trouvé un cadre de vie qui répond à leurs besoins. Ils s'y créent de nouveaux repères, de nouvelles relations et un nouvel équilibre de vie. Les discours mettent en évidence que cette satisfaction repose sur plusieurs éléments : la disparition des contraintes matérielles du quotidien, la qualité des relations avec le personnel et les autres résidents, ainsi que la possibilité de continuer à mener une vie qui garde du sens.

Cette perception positive est exprimée par Mme G, qui résume simplement sa situation actuelle par : « *Oui, je suis bien.* ». Mme C affirme spontanément : « *Je suis bien tombée dans la maison de repos. Tout le monde est gentil.* » Malgré un parcours de vie marqué par de nombreuses épreuves familiales et médicales, elle évoque son lieu de vie actuel avec beaucoup de reconnaissance. Elle regrette toutefois la diminution du nombre de bénévoles et des activités proposées, montrant que son regard reste nuancé : « *On a eu des braves bénévoles qui étaient très gentils... pour le moment, il n'y en a plus du tout.* »

Pour Mme E, c'est l'atmosphère générale de l'établissement qui est mise en avant. Elle et son époux expliquent qu'ils s'y sentent bien et décrivent un environnement chaleureux, évoquant une ambiance « *un petit peu familiale* ».

La possibilité de poursuivre certaines activités contribue également au bien-être des résidents. Mme A raconte avec enthousiasme avoir repris la couture, activité qu'elle pratiquait déjà avant son entrée en maison de repos : « *J'ai repris quand même la couture le vendredi matin* » Elle ajoute avec satisfaction : « *[Nom de son fils] est allé chercher ma machine à coudre, je l'ai maintenant.* » Pouvoir continuer cette activité lui permet de conserver une continuité avec sa vie antérieure.

Si le regard porté sur la maison de repos est majoritairement positif, les participants n'en oublient pas pour autant leur vie d'avant. Plusieurs continuent d'évoquer leur ancien domicile ou certains repères auxquels ils restent attachés. Mme A explique ainsi avec émotion : « *Tout est meublé, tout est là. C'est ça qui fait mal.* » Bien qu'elle apprécie sa vie actuelle, le fait de savoir que sa maison est encore intacte ravive un sentiment de nostalgie. Cette coexistence entre satisfaction et attachement au passé se retrouve dans plusieurs entretiens. Les résidents ne présentent pas la maison de repos comme un lieu qui a remplacé leur ancienne vie, mais plutôt comme un nouvel environnement dans lequel ils ont progressivement reconstruit leurs habitudes, leurs relations et leur quotidien.

## La perception de la vie affective et sexuelle

### La signification de la vie affective et sexuelle.

Lorsque les participants sont invités à définir ce que la « vie affective et sexuelle » leur évoque, la plupart ne répondent pas immédiatement par la sexualité. Leurs premières réponses renvoient principalement aux relations humaines, aux sentiments et aux liens affectifs. Pour plusieurs répondants, la dimension affective apparaît même plus importante que la dimension sexuelle.

Chez plusieurs participants, la vie affective est avant tout associée au couple, à l'amour ou à la présence d'un partenaire. Ainsi, Mme E et son mari expliquent spontanément que la relation affective repose avant tout sur le fait de partager sa vie avec quelqu'un et de continuer à être présents l'un pour l'autre. « *Voilà, le fait d'être à deux. Hein, la tendresse.* » Leur discours laisse apparaître une vision de la vie affective construite autour de la complicité, du soutien mutuel et de la continuité de la relation conjugale malgré le vieillissement.

Pour Mme B, la notion de vie affective est directement liée au sentiment amoureux. Lorsqu'elle tente de définir ce que représente cette dimension, elle insiste davantage sur le ressenti émotionnel que sur les rapports sexuels : « *Il faut savoir que ça existe, ce petit sentiment qui vient quand on vous touche.* » Elle explique d'ailleurs avoir découvert ce sentiment relativement tard dans sa vie, en comparant son mariage à une relation ultérieure : « Quand il me touchait, je ressentais quelque chose que je n'ai jamais ressenti avec mon mari » Son témoignage illustre une dissociation claire entre la vie conjugale et le sentiment amoureux.

Mme H élargit, quant à elle, la notion de vie affective au-delà du couple. Dans un premier temps, elle associe spontanément cette notion à ses enfants : « *Moi, la vie affective, c'est plutôt du côté enfant, moi* ». Chez cette participante, les liens familiaux occupent donc une place centrale dans la définition de la vie affective. Cette perception se retrouve également dans le reste de son entretien, où les événements marquants de son parcours sentimental sont constamment racontés à travers leurs conséquences sur ses enfants plutôt que sur elle-même.

Même lorsque la sexualité est ensuite abordée, plusieurs répondants continuent de lui attribuer une importance secondaire par rapport à l'affection. Mme B explique notamment que, dans sa vie de couple, elle n'était « *pas physique* » et que les relations affectives comptaient davantage que les relations sexuelles.

Enfin, un seul participant adopte une approche beaucoup plus large de la sexualité : M. F. Contrairement aux autres répondants, il aborde spontanément différents aspects de la sexualité, y compris la masturbation, les besoins sexuels, les relations de couple ou encore l'adaptation de la sexualité au fonctionnement de la maison de repos. Son discours se distingue nettement de celui des autres participants par une parole plus directe, moins empreinte de pudeur et davantage centrée sur la sexualité comme composante normale de la vie, au même titre que la dimension affective. Lorsqu'on lui demande ce que représente la vie affective et sexuelle, il répond : « *C'est tout, c'est tout. C'est le plaisir de l'un, de l'autre.* » Il dit que la vie sexuelle est composée à 70% d'affectif, il explique cela en disant : « *J'ai eu beaucoup de femmes, ça c'est vrai, et je les ai toujours aimées (...) Donc, c'est l'affectif, oui. Elles se donnent, elles reçoivent.* »



Dans l'ensemble, les entretiens montrent que les participants définissent majoritairement la vie affective et sexuelle à travers le prisme des relations humaines, des sentiments et de la proximité émotionnelle. La sexualité, lorsqu'elle est évoquée, apparaît le plus souvent comme une composante de cette relation plutôt que comme son élément central. Cette représentation est toutefois nuancée par certains participants, notamment M. F., dont le discours attribue une place plus explicite à la sexualité.

### L'évolution de la vie affective et sexuelle

Dans un premier temps, les participants décrivent une vie affective principalement construite autour du mariage ou d'une relation de couple stable. Pour la majorité, la sexualité faisait partie de la vie conjugale mais n'était pas nécessairement considérée comme son élément central. Plusieurs répondants associent cette période à la complicité, à la vie familiale ou à la parentalité.

Mme A explique ainsi que les relations sexuelles avaient surtout une finalité reproductive : « *C'était pour ça, moi. On aurait bien voulu deux enfants.* ». Elle ajoute que lors de sa deuxième relation : « *Mais, non, la vie sexuelle, c'était... Pas plus que ça* ». Les gestes de tendresse occupaient une place plus importante : « *Les petits câlins, oui.* » Mais ce sont principalement les activités de couple et familiales qui prédominaient : « *On écoutait de la musique, et on dansait, et je faisais des crêpes* ». Mme C porte un regard similaire sur son parcours en déclarant que « *ça n'a pas occupé une grande place dans ma vie* », tandis que Mme B résume sa perception par « *Je ne suis pas physique* ». Mme E et son époux rappellent, quant à eux, que « *la vie sexuelle dans le ménage, ça fait partie du ménage. Mais s'il faut n'avoir que ça... ça ne va pas.* ». Enfin, Mme D évoque une relation conjugale particulièrement épanouissante, qu'elle résume par « *Avant, c'était vraiment l'amour fou.* »

Chez plusieurs participants, la vie affective a ensuite été profondément marquée par des événements biographiques tels que le veuvage, le divorce ou des séparations difficiles. Ces ruptures constituent souvent le véritable tournant de leur vie intime, davantage que le vieillissement ou l'entrée en maison de repos. Mme D explique que la disparition de toute vie sexuelle est directement liée au décès de son mari : « *Après, c'est fini. Je n'ai plus pensé à la sexualité.* », tandis que Mme G indique n'avoir plus vécu que « *quelques flirts (...) mais rien*

*de sérieux »* après son divorce. À l'inverse, certains événements particulièrement marquants n'ont pas systématiquement été décrits comme ayant durablement influencé la vie affective et sexuelle des participantes. Mme C explique avoir subi des violences physiques et psychologiques au cours de son premier mariage, tandis que Mme H rapporte avoir été victime d'un viol. Malgré la gravité de ces expériences, toutes deux estiment qu'elles n'ont pas eu d'impact significatif sur la manière dont elles ont vécu leur vie affective et sexuelle par la suite.

L'ensemble des entretiens met en évidence une évolution de la vie affective et sexuelle au fil du parcours de vie. Si la sexualité est évoquée comme ayant fait partie de la vie conjugale de la plupart des participants, elle apparaît aujourd'hui moins centrale dans leurs discours. À l'inverse, les besoins affectifs, tels que la tendresse, la présence de l'autre, la complicité ou encore le partage du quotidien, occupent une place plus importante dans leur définition actuelle de l'intimité. Cette évolution est rapportée par la majorité des répondants, bien que son intensité varie d'une personne à l'autre

Cette évolution est particulièrement visible chez Mme G, qui précise : *« Ce qui me manque parfois, c'est peut-être d'avoir quelqu'un à côté de moi. C'est pas qu'il y ait le sexe. »*. De son côté, Mme C continue à souhaiter rencontrer un compagnon, mais ce désir répond principalement à un besoin de présence et de partage : *« Si je retrouvais un monsieur de mon âge (...) pour ne plus tout le temps être seule. »* De la même manière, Mme E met aujourd'hui davantage l'accent sur *« le fait d'être à deux »* et sur *« la tendresse »*, tandis que Mme A décrit son équilibre actuel à travers la présence de son compagnon : *« Le matin (...) on se donne la main. »* Ces différents témoignages montrent que, pour la majorité des participants, l'intimité s'exprime davantage par les gestes d'affection, la proximité émotionnelle et le soutien réciproque que par les relations sexuelles.

Cette évolution ne signifie toutefois pas que la sexualité disparaît systématiquement avec l'avancée en âge ou l'entrée en maison de repos. Mme B et Mme H ont reconstruit une relation amoureuse après leur entrée en maison de repos. Mme B résume ce changement par : *« Après être en maison de repos, j'ai rencontré [nom de son compagnon]. »* Leur relation est cependant décrite comme essentiellement affective. Elle explique que leur couple : *« c'était platonique parce qu'il ne savait plus »*, en raison des limitations physiques et des difficultés

sexuelles de son compagnon, et précise que « *le sentimental, c'était suffisant pour moi* ».

Mme H décrit une relation dans laquelle la sexualité reste présente, même si elle insiste sur le fait qu'elle ne constitue pas le fondement du couple. Elle explique que leur relation repose avant tout sur les moments partagés : « *Parfois, on ne fait que parler* », ou encore « *Regarder une émission de télévision... ce n'est pas chaque fois pour...* ». Ces propos montrent que la sexualité demeure une composante de leur relation, mais qu'elle s'inscrit dans une intimité plus large, faite de complicité et de tendresse.

M. F. exprime le maintien d'un désir sexuel important et ne considère pas son âge comme un frein à sa vie intime. Il affirme sans détour : « *L'envie, j'ai toujours.* » Au cours de l'entretien, il évoque également la masturbation et explique consulter des contenus pornographiques sur son téléphone, qu'il présente comme une manière de continuer à vivre sa sexualité malgré l'absence de partenaire. Son discours montre que ses besoins sexuels restent présents et qu'il cherche différentes stratégies pour y répondre. Selon lui, la principale difficulté ne réside pas dans une diminution du désir, mais dans les possibilités limitées de rencontrer une partenaire depuis son entrée en maison de repos : « *T'as moins l'occasion de trouver une femme* » et « *Tu es plus limité dans la recherche de partenaires.* ». À ce sujet, quelques participants laissent également entendre que la démence de certains résidents pourrait constituer un frein aux rencontres au sein de l'institution. Toutefois, cette idée reste peu développée au cours des entretiens et n'est jamais abordée spontanément ni approfondie. Seule Mme D l'évoque plus explicitement : « *Oui, mais tu as des gens, tu vois, ici, tu as l'habitude de voir des gens qui ont de la démence due à l'âge ou due à une maladie.* » Les autres participants y font uniquement allusion, comme Mme G qui déclare : « *Ben... Ici, les hommes, ils ne sont pas très attirants ou bien, ils sont....* »

### Les facteurs influençant les représentations de la vie affective et sexuelle

Les participants évoquent plusieurs éléments ayant contribué à façonner leur vision de la vie affective et sexuelle. Les normes sociales, l'éducation et, dans une moindre mesure, la religion sont les aspects les plus fréquemment mentionnés lorsqu'ils reviennent sur leur parcours.

Mme E et son époux décrivent une époque où les relations amoureuses étaient fortement encadrées par les usages sociaux. Ils expliquent que les rencontres se faisaient principalement

lors des bals : « *De notre temps, c'était surtout là qu'on se rencontrait. On allait au bal.* » Mme E précise que ces sorties s'effectuaient sous la surveillance des parents : « *Notre maman venait avec.* » Les fréquentations étaient progressives et reposaient d'abord sur la connaissance de l'autre : « *On était vraiment des amis.* » Le mariage occupait également une place centrale dans leur génération. Ils rappellent que « *c'était le mariage. Rien avant le mariage* » et expliquent que, dans certains milieux professionnels, notamment dans certains châteaux où monsieur a travaillé, le fait d'être marié constituait même une condition d'embauche.

Mme G aborde, quant à elle, plus longuement l'influence de la religion. Elle décrit une éducation marquée par des prescriptions religieuses anciennes concernant la sexualité conjugale. Elle rapporte que sa grand-mère lui répétait que « *quand on ne faisait pas l'amour, qu'on refusait, c'était un péché mortel* ». Elle explique qu'à l'époque de sa grand-mère, « *ils étaient obligés d'aller se confesser* » et que « *il fallait être au service de monsieur* », traduisant l'obligation qu'une femme avait de répondre aux attentes sexuelles de son époux. Elle explique que, à cause de cela, elle s'est détournée très jeune de l'Église mais qu'elle avait le soutien de ses parents : « *Moi je dis à mes parents, je n'ai plus à confesser. (...) Ils m'ont dit tout de suite, tu fais ce que tu veux.* » Avec le recul, Mme G porte un regard très critique sur ces enseignements, qualifiant certaines pratiques de « *dégoûtantes* » et affirmant sans détour : « *Moi, l'homme dans la religion, je le déteste.* »

Toutefois, si plusieurs participants reconnaissent que les normes sociales et religieuses de leur jeunesse ont marqué leur génération, peu considèrent qu'elles ont durablement déterminé leurs propres choix de vie. D'ailleurs, à la question « Est-ce que la religion a influencé ta manière de percevoir la sexualité ? », Mme A répond : « *Oh non ! J'allais à la messe tous les dimanches avant mais c'est tout.* » Les récits mettent en évidence une évolution progressive de leurs valeurs au fil du temps, souvent en parallèle des changements observés dans la société. Plusieurs parcours sont ainsi marqués par un divorce, une séparation ou une recomposition familiale, témoignant d'une prise de distance vis-à-vis des modèles familiaux traditionnels prescrits par la morale religieuse. Cette évolution se manifeste également dans les pratiques actuelles de certains répondants. Comme Mme C et M. F qui expliquent être inscrits sur des sites de rencontre. Ces témoignages montrent que, bien que les participants aient grandi dans un contexte social et religieux relativement normatif, ils décrivent

aujourd'hui des conceptions de la vie affective et sexuelle davantage guidées par leurs valeurs personnelles que par les prescriptions auxquelles ils ont été exposés au cours de leur jeunesse.

### Les facteurs influençant l'expression de la vie affective et sexuelle

Les entretiens mettent en évidence que l'expression de la vie affective et sexuelle ne dépend pas uniquement des besoins ou des envies des résidents, mais également des conditions offertes par la maison de repos. Les participants évoquent principalement trois éléments : le respect de l'intimité, le fonctionnement de l'institution et le regard porté par les autres résidents ou par le personnel. Si plusieurs estiment que leur établissement leur permet globalement de vivre leur intimité comme ils le souhaitent, certains soulignent néanmoins des limites qui en compliquent l'expression.

Le sujet de l'intimité revient le plus souvent. Plusieurs participants expliquent qu'il est important de pouvoir disposer d'un espace personnel lorsqu'ils souhaitent être seuls ou partager un moment avec un partenaire. Pour Mme H, cette intimité reste toutefois imparfaite. Elle estime disposer aujourd'hui d'une intimité suffisante pour vivre sa relation avec son compagnon ; toutefois, cette situation est en partie liée au fait que celui-ci réside en résidence-service. Cela leur offre davantage de liberté dans leurs déplacements et leurs moments passés ensemble. Elle reconnaît que la situation serait probablement différente si son compagnon occupait une chambre au sein de la maison de repos. Elle mentionne d'ailleurs que le fait de vivre séparément lui permet de préserver son indépendance et son intimité individuelle : *Nous, ici, on s'y est fait, mais on n'est pas toujours ensemble. [...] Il m'a déjà dit : "Pourquoi tu ne viens pas ?" Non, je ne vais pas. Je veux rester là.»* Elle ajoute qu'elle apprécie de pouvoir conserver son propre espace et ses habitudes : *« Pour le moment, je me sens bien ici, et puis c'est tout. »*

Si Mme H considère que le personnel ne pose pas de jugement et ne constitue pas un obstacle à sa relation, elle explique néanmoins adapter certains comportements afin de préserver une certaine discrétion vis-à-vis des autres résidents. Elle raconte qu'avec son compagnon, *« en général, on attend que tout le monde soit parti pour remonter ensemble. »* Elle précise également que leur relation est aujourd'hui connue dans l'établissement et ajoute avec humour : *« On sait bien que je vais chez [nom de son compagnon]. Mais je ne vais pas chez [nom de son compagnon] pour jouer aux cartes, en général. »*

M. F partage des préoccupations similaires. Il explique que l'organisation de la vie quotidienne ne l'empêche pas de vivre sa sexualité, qu'il organise ses moments d'intimité en fonction des horaires de passage du personnel afin de pouvoir rester seul dans sa chambre. Il décrit ainsi son quotidien : *« Moi, une fois que j'ai fini de souper, que j'ai pris mes médicaments, je ferme ma porte jusqu'à 20h, 20h15, je suis tranquille. Je fais ce que je veux, quoi. (...) Une fois qu'ils sont passés à 23h (...), je suis de nouveau tranquille. (...) C'est pas un blocage, non. »*

Il considère toutefois que la maison de repos n'est pas réellement adaptée pour construire une vie de couple durable : *« Ce n'est pas prévu. Ils ne prévoient pas que tu trouves quelqu'un. »*. Il dit qu'il est plus difficile d'inviter une partenaire dans une chambre de maison de repos que dans un appartement, *« Parce que tu sais difficilement dire : on va faire venir des filles, faire venir des femmes »*.

À l'inverse, certains participants estiment que leur intimité est suffisamment respectée. Mme G explique qu'elle pourrait demander une clé si elle souhaitait verrouiller sa chambre, mais n'en ressent pas le besoin et ne perçoit pas d'obstacle particulier à recevoir un partenaire : *« Oui, bien sûr. C'est ma liberté. »* De même, Mme C considère qu'il est possible d'avoir des moments d'intimité au sein de l'établissement. Elle regrette toutefois de ne pas pouvoir verrouiller sa porte lorsqu'elle se trouve dans sa chambre, précisant : *« Quand je pars je peux, mais quand je suis dans la chambre je ne peux pas. »* Cette impossibilité est justifiée par la nécessité pour le personnel de pouvoir intervenir rapidement si besoin.

Pour Mme E et son époux, la question de l'intimité se pose différemment. Vivant ensemble dans une chambre double, ils ne décrivent aucune difficulté particulière liée à l'expression de leur vie affective. Leur situation apparaît différente de celle des autres participants, puisque leur couple préexistait à l'entrée en maison de repos et qu'ils continuent à partager le même espace de vie. Ils mentionnent également qu'ils n'ont jamais verrouiller les portes au cours de la vie et préfère même laisser la porte de leur chambre ouverte la journée : *« Mais ça, c'est un peu toute notre vie. Parce qu'on n'a jamais fermé une porte »*. Malgré tout, ils se définissent comme étant assez pudique, notamment lorsqu'il s'agit de discuter de leur vie de couple avec d'autres personnes : *« Ah non, c'est la vie privée et puis c'est tout. (...) Même avec ses amis, on avait chacun sa vie privée, on disait bien une blague une fois, mais ça n'a jamais fait*

*partie de.... »* Ils estiment cependant, qu'en cas de nécessité, ils pourraient évoquer leur vie intime avec le personnel sans jugement.

La majorité des participants ne perçoivent pas le personnel comme un frein à l'expression de leur vie affective et sexuelle. Mme C affirme que « *il n'y a pas de jugement ici* » lorsqu'elle évoque cette thématique. Mme G estime également qu'elle pourrait s'adresser au personnel sans difficulté si elle avait un besoin particulier, par exemple, demander des préservatifs, et considère qu'un refus serait injustifié. Mme H explique, elle aussi, qu'elle ne serait « *pas gênée* » d'aborder ces questions avec certains professionnels si cela devenait nécessaire.

Les autres participants abordent cette thématique plus brièvement. Mme A ne décrit aucun obstacle particulier à son intimité lié au fonctionnement de l'établissement et insiste plutôt sur le soutien apporté par le personnel depuis son arrivée, qui lui a permis de retrouver progressivement un équilibre de vie. Mme B rapporte également que certaines adaptations avaient été mises en place afin de préserver son intimité avec son compagnon. Elle explique qu'un écriteau avait été installé sur la porte de la chambre de son compagnon afin de signaler qu'ils souhaitaient rester tranquilles : « *Il y a eu une affiche : "Laissez-nous tranquilles"... quelque chose comme ça... nous sommes entre couple.* » Elle y voit une démarche positive de la part de l'établissement, précisant que des aménagements pouvaient être réalisés « *selon les besoins des gens* ». En revanche, elle souligne qu'il ne lui était pas possible de verrouiller la porte de sa chambre : « *J'aimerais bien, mais vous ne pouvez pas parce que la nuit il faut...* » Interrogée sur ce point, elle précise toutefois que cette impossibilité ne l'avait pas particulièrement dérangée : « *Non, pas embêtée.* ».

Mme D n'évoque pas spontanément de difficultés liées à son intimité. En revanche, elle décrit à plusieurs reprises un climat où les informations circulent rapidement entre les résidents et où la vie privée fait fréquemment l'objet de commentaires. Elle explique que « *tout le monde raconte tout* » et précise qu'elle préfère ne jamais alimenter ces discussions : « *Moi, je ne dis rien, j'écoute* », ou encore : « *Ça reste, je ne dis rien.* ». Elle critique également la tendance de certains résidents à chercher à connaître la vie personnelle des nouveaux arrivants : « *Il y a déjà quelqu'un qui a commencé à la questionner* », avant d'ajouter : « *Il ne faut pas trop rentrer dans la vie privée.* » À propos d'une nouvelle résidente dont le passé est commenté par d'autres pensionnaires, elle conclut avec fermeté : « *Qu'on lui foute la paix.* » Si ces propos ne

concernent pas directement sa propre intimité, ils traduisent son attachement au respect de la vie privée et montrent que le regard des autres résidents constitue, à ses yeux, une réalité de la vie en collectivité

Dans l'ensemble, les participants estiment disposer de conditions satisfaisantes pour vivre leur vie affective et sexuelle. Les difficultés évoquées ne relèvent pas d'interdictions formelles, mais concernent plutôt certaines situations particulières, comme le regard des autres résidents ou l'organisation de la vie en collectivité. Le personnel est, quant à lui, le plus souvent décrit comme ouvert, respectueux et non jugeant vis-à-vis de la vie intime des résidents.

Les entretiens montrent également que les changements physiques liés au vieillissement sont rarement perçus comme un obstacle majeur à l'expression de la vie affective ou sexuelle. Lorsqu'ils sont interrogés sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, plusieurs participants expliquent que leur regard sur leur corps a peu évolué avec l'âge. M. F affirme ainsi : « *Moi, je ne me sens pas vieux* », ajoutant simplement : « *On est comme on est.* » Plusieurs participants reconnaissent les marques du vieillissement tout en les acceptant comme faisant partie du cours normal de la vie. Mme G, qui se décrit comme ayant toujours été coquette, explique qu'elle continue à prendre soin de son apparence malgré les années. De la même manière, Mme D explique : « *J'essaye de soigner mes ongles, je vais me maquiller un petit peu, pas beaucoup, mais je vais essayer de m'habiller convenablement.* » Si elle constate que « *ma figure a changé* », elle précise immédiatement que cela ne la dérange pas, car « *vu mon âge, c'est normal* », allant même jusqu'à plaisanter avec sa fille en disant : « *Tu vois combien je suis encore sexy ?* » Ces discours suggèrent que, chez plusieurs participants, les transformations corporelles liées au vieillissement sont globalement acceptées et ne semblent pas constituer, à elles seules, un frein important à l'expression de la vie affective ou sexuelle.

### Les attentes des résidents concernant la prise en compte de leur vie affective et sexuelle

Lorsqu'ils sont interrogés sur les améliorations qui pourraient être apportées à la prise en compte de leur vie affective et sexuelle, les participants expriment globalement peu d'attentes. La plupart déclarent ne pas avoir de besoin particulier et estiment que la situation actuelle leur



convient. Les propositions formulées au cours des entretiens apparaissent principalement en réaction aux exemples proposés plutôt que comme des demandes spontanées.

Mme B est l'une des rares participantes à évoquer une mesure concrète qu'elle a appréciée. Comme expliqué précédemment, un écriteau avait été installé sur la porte de sa chambre afin qu'elle et son compagnon puissent partager des moments d'intimité sans être dérangés. Elle estime que ce type d'adaptation devrait pouvoir être proposé « *selon les besoins des gens* », soulignant ainsi l'importance d'une réponse individualisée plutôt que de mesures généralisées.

Mme G se montre ouverte à certaines actions de prévention, mais uniquement si elles respectent la liberté de chacun. À propos de la mise à disposition de préservatifs, elle répond simplement : « *Pourquoi pas ?* », avant d'ajouter qu'elle avait elle-même sensibilisé ses enfants à cette question : « *Tu prends la pilule et tu te preserves, quoi, ou tu demandes à ton copain, pour ne pas avoir de maladie.* » Concernant une éventuelle séance d'information sur la santé sexuelle, elle estime qu'une telle initiative pourrait être intéressante, à condition qu'elle reste facultative et discrète, évoquant quelque chose de « *plus intime* » qu'une activité collective annoncée à tous les résidents.

M. F. exprime une attente d'une autre nature. Plutôt que de demander des aménagements liés à l'intimité, il souhaiterait disposer de plus d'occasions de rencontrer de nouvelles personnes. Il explique que la vie en maison de repos limite les possibilités de faire des connaissances et résume cette difficulté en déclarant : « *D'abord, pour pouvoir faire plus de connaissances, il faudrait quand même qu'on puisse avoir une petite buvette où les gens peuvent se rencontrer plus facilement que dans une chambre* »

Les autres participants ne formulent pas de demandes particulières. Cinq participants considèrent globalement que leur établissement répond à leurs attentes actuelles.

Dans l'ensemble, les entretiens montrent que les résidents ne revendiquent pas de changements majeurs concernant la prise en compte de leur vie affective et sexuelle. Les attentes exprimées restent ponctuelles et concernent principalement des adaptations individualisées, telles que le respect de la liberté de chacun ou la possibilité de répondre à des besoins spécifiques lorsqu'ils se présentent.

## V. Discussion

### Le parcours de vie comme principal déterminant de la vie affective et sexuelle

#### Influence de l'histoire conjugale et familiale.

L'un des principaux enseignements de cette étude est que la vie affective et sexuelle des résidents ne peut être étudiée indépendamment de leur parcours de vie.

Les entretiens montrent que les représentations de la sexualité, les attentes affectives ainsi que les comportements actuels s'inscrivent dans une continuité biographique largement construite avant l'entrée en maison de repos. Les expériences conjugales, les événements marquants, les valeurs acquises au cours de la vie et les normes sociales intériorisées façonnent la manière dont les participants vivent et perçoivent aujourd'hui leur vie affective et sexuelle. Autrement dit, leur vécu actuel s'inscrit dans le prolongement de leur histoire de vie.

Les résultats de cette étude illustrent particulièrement cette continuité. Les participants expliquent spontanément leur situation affective et sexuelle actuelle à travers leur histoire personnelle. Plusieurs d'entre eux évoquent le souvenir d'un conjoint décédé ou la place qu'occupait leur mariage pour expliquer l'absence de nouvelle relation. D'autres reviennent sur des expériences conjugales difficiles, des séparations ou des relations marquantes qui continuent d'influencer leur manière d'envisager aujourd'hui la vie affective et sexuelle. Les participants ayant reconstruit une relation en maison de repos la décrivent également au regard de leur parcours antérieur, en la comparant notamment aux expériences vécues auparavant. La maison de repos est rarement présentée comme l'élément ayant profondément modifié leur manière de concevoir la vie affective et sexuelle. Au contraire, les discours montrent que celle-ci s'inscrit dans le prolongement d'une histoire de vie déjà largement construite, les expériences passées constituant le principal prisme à travers lequel les participants interprètent leur vécu actuel.

Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs autres travaux décrivant la sexualité comme une dimension évolutive de l'identité, façonnée par l'ensemble des expériences de vie plutôt que

par l'âge seul. Cette conception s'inscrit dans la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, qui considère la sexualité comme « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie » et souligne qu'elle résulte de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, historiques et religieux. Dans cette perspective, Cismaru-Inescu et al. montrent que les attitudes à l'égard de la sexualité au grand âge ainsi que la présence d'un partenaire influencent l'expression de la vie affective et sexuelle. De leur côté, les travaux de Lambelet (2019) mettent en évidence que, chez les résidents de maison de repos, la vie affective est souvent envisagée à travers le prisme du couple, de la fidélité ou du souvenir du conjoint décédé. Ils montrent également que l'absence actuelle de relations sexuelles est rarement attribuée à l'institution elle-même, mais davantage au veuvage, à l'avancée en âge, à l'état de santé ou aux normes générationnelles.

Cette convergence de résultats suggère que le parcours de vie joue un rôle déterminant dans la manière dont les personnes âgées vivent et perçoivent leur vie affective et sexuelle. L'entrée en institution apparaît moins comme un élément fondateur de la vie affective et sexuelle des résidents, que comme un contexte dans lequel s'expriment des représentations, des attentes et des comportements construits bien avant l'entrée en maison de repos.

### Impact des valeurs, de l'éducation, de la religion et des normes sociales.

Les valeurs acquises au cours de la vie apparaissent également comme un élément structurant de la manière dont les participants perçoivent et vivent leur vie affective et sexuelle. Les entretiens mettent en évidence l'influence des normes sociales, de l'éducation reçue et des valeurs religieuses, notamment en ce qui concerne le mariage et la fidélité. Toutefois, ces références ne sont pas décrites comme immuables. Plusieurs participants expliquent que leur vision de la vie affective et sexuelle s'est progressivement transformée sous l'effet de leurs expériences personnelles et des évolutions sociétales, nuancant ainsi les valeurs transmises durant leur enfance. Cette évolution rejoint les observations de Træen et al., qui montrent que les représentations de la sexualité restent influencées par les contextes culturels et religieux dans lesquels les individus ont évolué tout au long de leur vie. Les valeurs transmises durant l'enfance semblent donc avoir constitué un cadre de référence important, sans pour autant empêcher une évolution des représentations au fil des expériences personnelles.

Ce résultat apporte une nuance intéressante par rapport à certaines représentations parfois associées aux générations les plus âgées. Si les normes sociales et religieuses ont effectivement marqué leur jeunesse, elles n'apparaissent pas comme des déterminants figés de leur vie affective et sexuelle actuelle. Les discours recueillis montrent, au contraire, une capacité d'adaptation des représentations. Cette évolution est notamment illustrée par les expériences de vie relatées lors des entretiens, qu'il s'agisse de divorces, de nouveaux partenaires ou de l'utilisation d'applications de rencontre. Cette observation nuance également les travaux de Darnaud et al. (2013), qui décrivent une intériorisation des normes sociales susceptible de conduire les résidents à considérer que l'expression de la sexualité devient moins légitime avec l'avancée en âge.

Ainsi, davantage que l'appartenance à une génération donnée, c'est l'histoire personnelle de chaque individu qui semble expliquer les différences observées entre les participants.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que la vie affective et sexuelle des personnes âgées vivant en maison de repos s'inscrit avant tout dans une continuité biographique. L'entrée en institution constitue certes une étape importante du parcours de vie, mais elle ne semble pas modifier en profondeur les représentations construites au fil des années. Celles-ci demeurent largement influencées par les expériences conjugales, les événements de vie et les valeurs personnelles. Ces résultats soulignent également que c'est le parcours de vie dans son ensemble qui s'avère déterminant. Ainsi, les participantes ayant évoqué des expériences de violence ne décrivent pas celles-ci comme ayant radicalement modifié leur manière de vivre ou de percevoir leur vie affective et sexuelle. Elles les intègrent davantage comme un élément parmi d'autres de leur trajectoire de vie. Cette observation conduit à considérer que, pour comprendre la manière dont les résidents vivent et perçoivent aujourd'hui leur vie affective et sexuelle, il apparaît indispensable de la replacer dans l'ensemble de leur trajectoire de vie, plutôt que de l'interpréter uniquement à travers le prisme du contexte institutionnel.

## Une redéfinition de la vie affective et sexuelle au cours du vieillissement

### Une évolution plutôt qu'une disparition de la sexualité

Les résultats de cette étude montrent que le vieillissement ne s'accompagne pas d'une disparition systématique de la sexualité, mais plutôt d'une transformation de la manière dont celle-ci est vécue et exprimée. Si la majorité des participants décrivent une diminution de leur activité sexuelle au fil des années, celle-ci est davantage présentée comme une évolution de leur parcours de vie que comme une conséquence inéluctable du vieillissement. Les discours recueillis mettent davantage en évidence une adaptation des attentes et des pratiques aux événements de vie, à l'état de santé ou à la présence d'un partenaire, plutôt qu'un renoncement à toute forme de sexualité.

Les résultats de cette étude illustrent cette évolution. Si les rapports génitaux deviennent moins fréquents chez la plupart des participants, plusieurs formes d'expression de la sexualité demeurent présentes. Alors que certains rapportent ne plus avoir d'activité sexuelle depuis plusieurs années, d'autres décrivent une sexualité toujours active au sein de leur relation de couple, tandis que d'autres évoquent le recours à la masturbation ou au visionnage de contenus pornographiques comme une manière de maintenir une vie sexuelle satisfaisante. Ces situations rappellent que la sexualité ne peut être réduite aux seuls rapports génitaux, à la présence d'un partenaire ou à la fréquence de ces rapports, mais qu'elle recouvre une diversité de pratiques et de formes d'intimité.

Cette diversité des expressions de la sexualité rejoint les observations de plusieurs auteurs. Le National Institute on Aging souligne que les personnes âgées tendent progressivement à redéfinir leur sexualité en accordant une place plus importante à l'intimité et aux liens affectifs, sans pour autant exclure la dimension sexuelle. Dans le même sens, Cameron et Santos-Iglesias (2024), dans leur revue systématique, rappellent que les personnes âgées continuent à s'engager dans diverses formes d'activité sexuelle, même à un âge avancé. Les auteurs insistent sur l'importance d'adopter une définition large de la sexualité, incluant notamment les caresses, les baisers, la masturbation ou encore le sexe oral, plutôt que de la limiter aux seuls rapports génitaux. Cette distinction est essentielle, dans la mesure où la

prévalence de l'activité sexuelle dépend de la définition retenue. À ce titre, Cismaru-Inescu et al. (2022) montrent que près d'un tiers des personnes âgées de 70 à 99 ans demeurent sexuellement actives. Parmi celles qui ne le sont pas, près de la moitié déclarent néanmoins avoir vécu des manifestations de tendresse physique au cours des douze derniers mois.

Les entretiens montrent également que les différences observées entre les participants sont davantage liées à leur situation relationnelle qu'au vieillissement lui-même. Les participants engagés dans une relation amoureuse décrivent plus fréquemment une sexualité encore présente, tandis que ceux ayant perdu leur conjoint ou ne souhaitant plus reconstruire une relation évoquent davantage une diminution, voire un arrêt, de leur vie sexuelle. Toutefois, cette évolution est rarement présentée comme une conséquence directe de l'âge. Les discours mettent davantage en avant le veuvage, l'absence de partenaire ou certains problèmes de santé. Cette observation est cohérente avec les travaux de Træen et al., qui mettent en évidence d'importantes différences de satisfaction sexuelle selon le statut relationnel et le contexte de vie. Les auteurs montrent notamment que la présence d'un partenaire constitue un facteur favorable au maintien d'une activité sexuelle et d'une satisfaction plus élevée

Les résultats apportent, en revanche, une nuance quant à l'influence des modifications physiologiques liées au vieillissement. Le guide *Intimité et sexualité des seniors en maison de repos*, publié par Espace Seniors, décrit les changements corporels associés à l'avancée en âge comme des facteurs susceptibles d'influencer la vie sexuelle et de nécessiter une adaptation des pratiques. Si cette réalité est bien documentée sur le plan médical, elle apparaît peu présente dans les discours recueillis. Une seule participante évoque les limitations physiques de son partenaire, tandis que la résidente présentant le niveau de dépendance physique le plus élevé ne mentionne jamais sa propre condition comme un frein à sa vie affective et sexuelle. Dans l'ensemble, les participants attribuent rarement l'évolution de leur vie sexuelle aux conséquences physiologiques du vieillissement.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que les transformations observées relèvent moins d'une disparition de la sexualité que d'une redéfinition progressive de ses modalités d'expression. Si les attentes, les pratiques et la fréquence des relations sexuelles évoluent avec l'âge, le désir de préserver une vie intime demeure présent chez plusieurs participants. Plus que le vieillissement lui-même, ce sont le parcours de vie, la situation relationnelle et les

expériences personnelles qui semblent orienter la manière dont les résidents vivent et expriment aujourd'hui leur sexualité. Ces résultats invitent ainsi à dépasser une conception réductrice de la sexualité des personnes âgées, souvent considérée comme inexistante dans les représentations collectives, pour reconnaître la diversité des trajectoires et des formes d'expression qui peuvent persister jusqu'à un âge avancé.

### Place croissante de l'affectivité, de la tendresse et de la compagnie

Au-delà de l'évolution des pratiques sexuelles, les résultats de cette étude mettent en évidence une transformation plus profonde de la manière dont les participants envisagent leur vie affective et sexuelle. Si la sexualité demeure présente chez certains résidents, les entretiens montrent que les attentes s'orientent davantage vers la recherche de tendresse, de complicité, de proximité émotionnelle ou, simplement, de la présence d'un partenaire. Pour plusieurs participants, la qualité de la relation semble désormais primer sur sa dimension sexuelle.

Dès les premières questions, la majorité des participants évoquent spontanément le couple, l'amour, la tendresse ou la compagnie lorsqu'ils sont invités à parler de leur vie affective et sexuelle. La dimension sexuelle, quant à elle, n'apparaît généralement qu'après une relance de l'enquêtrice. Ce résultat est particulièrement intéressant puisqu'il suggère que, pour ces résidents, la vie affective et sexuelle est avant tout définie à travers les liens entretenus avec autrui avant d'être envisagée sous l'angle des pratiques sexuelles. L'affection, le partage du quotidien, les gestes de tendresse ou le sentiment d'être aimé occupent une place centrale dans leur définition de l'intimité.

Cette représentation se retrouve également dans leurs attentes relationnelles. Plusieurs participants expliquent que, s'ils souhaitent encore vivre une relation de couple, celle-ci répond avant tout à un besoin de compagnie, de soutien mutuel ou de partage du quotidien. La possibilité de discuter, de partager des activités, de se promener ensemble ou simplement de se tenir la main apparaît souvent plus importante que l'existence de rapports sexuels.

Cette évolution est particulièrement visible chez les participants ayant perdu leur conjoint. Plusieurs d'entre eux expliquent ne plus souhaiter reconstruire une relation amoureuse, non par absence de besoins affectifs, mais parce que la relation vécue avec leur conjoint décédé demeure une référence importante.

Les participants ayant rencontré un nouveau partenaire en maison de repos décrivent leur

relation avant tout sous l'angle de la complicité, du soutien mutuel et du plaisir d'être ensemble. Les rapports sexuels, lorsqu'ils sont évoqués, apparaissent comme une composante possible de la relation, mais rarement comme son élément central. Cette évolution ne traduit donc pas une disparition du désir d'intimité, mais une redéfinition de ce qui fait sens dans la relation. Dans l'ensemble, les entretiens montrent que la vie affective et sexuelle est principalement envisagée sous l'angle de la qualité de la relation, de la présence de l'autre et du partage du quotidien.

Ces observations rejoignent largement les données de la littérature. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2025) rappellent que la vie intime, affective et sexuelle constitue une dimension essentielle du bien-être et de l'existence humaine. Elles soulignent qu'elle ne peut être réduite aux seules pratiques sexuelles, mais englobe également les relations affectives, les liens émotionnels, la communication, le partage et le besoin de proximité avec autrui. Cameron et Santos-Iglesias (2024) défendent également une conception élargie de la sexualité au grand âge, intégrant aussi bien les manifestations de tendresse, les contacts physiques et la proximité émotionnelle que les rapports sexuels. Cismaru-Inescu et al. (2022) montrent que les manifestations de tendresse demeurent fréquentes chez les personnes âgées, y compris lorsque celles-ci ne rapportent plus d'activité sexuelle. Les auteurs mettent en évidence que les caresses, les baisers, les étreintes ou d'autres formes de proximité physique restent largement présents au grand âge, soulignant ainsi que la diminution des rapports sexuels ne s'accompagne pas nécessairement d'une disparition des besoins affectifs ni du désir d'intimité.

Les entretiens permettent toutefois d'aller un peu plus loin que ces constats. Ils montrent que l'évolution ne concerne pas uniquement les pratiques ou les manifestations de tendresse, mais aussi la manière dont les résidents définissent eux-mêmes leur vie affective et sexuelle. Alors que la littérature insiste souvent sur l'élargissement de la notion de sexualité, les participants semblent spontanément adopter cette vision. Ils parlent d'abord de la qualité du lien, de la présence de l'autre, du soutien mutuel ou de la complicité, avant d'aborder la sexualité au sens des pratiques sexuelles. Cette observation suggère qu'au grand âge, la vie affective et sexuelle tend à être pensée avant tout comme une expérience relationnelle



Cette interprétation rejoint les travaux de Træen et al., qui montrent que la satisfaction sexuelle est davantage associée à la qualité de la relation et à la présence d'un partenaire qu'à la fréquence des rapports sexuels. Elle est également cohérente avec les observations de Lambelet (2019), selon lesquelles les résidents de maisons de repos associent leur vie affective et sexuelle à la possibilité de construire ou de maintenir une relation significative. Les résultats de cette étude prolongent ces observations en montrant que, chez les participants, la vie affective et sexuelle se définit moins par les rapports sexuels que par l'ensemble des liens d'intimité, de tendresse et de proximité qui donnent du sens à la relation.

## Une influence nuancée du contexte institutionnel

### L'influence de la vie en communauté

Contrairement à ce que laisse parfois supposer la littérature, la vie en communauté n'apparaît pas spontanément, chez les participants de cette étude, comme un obstacle majeur à leur vie affective et sexuelle. Si plusieurs résidents évoquent le regard des autres, la promiscuité ou la nécessité de faire preuve de discrétion, ces éléments restent relativement peu présents dans leurs discours. Ils semblent davantage perçus comme des caractéristiques inhérentes à la vie en maison de repos que comme des freins remettant en cause leur vie affective ou sexuelle.

La littérature décrit pourtant la vie en collectivité comme un élément susceptible d'influencer l'expression de la vie affective et sexuelle. Darnaud et al. (2013) soulignent notamment que la sexualité des personnes âgées demeure largement invisibilisée en institution. Les auteurs montrent que les résidents sont encore fréquemment perçus avant tout comme des personnes malades ou dépendantes, ce qui tend à reléguer leur vie affective et sexuelle au second plan. Ils mettent également en évidence que le manque d'intimité et le regard porté par l'entourage ou les autres résidents peuvent limiter l'expression de cette dimension de leur vie.

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ne tendent pas dans ce sens. Les participants reconnaissent l'existence d'un regard porté par les autres résidents mais seulement une participante à indiquer adapter son comportements dans les espaces communs. Plus largement, ces contraintes sont rarement décrites comme des obstacles à l'expression de leur vie affective et sexuelle. Elles semblent plutôt conduire à une certaine discrétion dans les

manifestations publiques d'affection qu'à un renoncement à la relation elle-même. Les attentes affectives, le désir de vivre une relation de couple ou l'importance accordée à la tendresse apparaissent peu influencés par la présence des autres résidents. Cette observation suggère que les participants ont largement intégré les spécificités de la vie collective à leur quotidien. La maison de repos est décrite comme un lieu de vie partagé, impliquant naturellement une adaptation aux autres résidents, sans que cela ne remette fondamentalement en question leur manière de vivre ou de concevoir leur vie affective et sexuelle.

Ainsi, la vie en communauté apparaît moins comme un frein à la vie affective et sexuelle que comme un contexte auquel les résidents adaptent naturellement certaines de leurs pratiques.

### L'influence des contraintes institutionnelles

Si la vie en communauté semble relativement peu modifier la vie affective et sexuelle des résidents, les entretiens montrent que le fonctionnement de l'institution exerce une influence plus importante. Toutefois, cette influence ne se traduit pas par une interdiction explicite de la vie affective et sexuelle. Les résultats montrent plutôt un décalage entre les droits reconnus aux résidents, les recommandations formulées par les autorités et leur mise en œuvre dans le quotidien des établissements investigués.

Sur le plan juridique et réglementaire, le droit des personnes âgées à une vie intime, affective et sexuelle ne fait plus débat aujourd'hui. En Belgique, le respect de la vie privée est garanti par la Constitution ainsi que par la Convention européenne des droits de l'homme. Ce droit est décliné plus spécifiquement dans la réglementation wallonne applicable aux maisons de repos, qui prévoit le respect de la dignité, de la vie privée, des relations affectives et des choix personnels des résidents. Les documents de référence de l'AViQ rappellent également que la vie affective et sexuelle contribue pleinement au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées, et invitent les établissements à adopter une approche respectueuse de l'autonomie, du consentement et de l'intimité.

Ces principes sont également largement repris dans les recommandations internationales. La Haute Autorité de Santé considère que la vie intime, affective et sexuelle constitue une dimension essentielle de l'accompagnement en établissement médico-social. Elle recommande notamment que les institutions mettent en place un cadre clair permettant aux professionnels

d'accompagner ces situations de manière cohérente, tout en garantissant le respect de la vie privée, de l'autonomie et du consentement des personnes accompagnées. Elle souligne ainsi que le respect de ces droits repose non seulement sur leur reconnaissance, mais également sur la mise en place d'un environnement institutionnel qui en permette l'exercice au quotidien. Cela implique de les intégrer à l'organisation des espaces, aux pratiques professionnelles et aux procédures internes des établissements. D'ailleurs, plusieurs travaux soulignent que la reconnaissance de ces droits ne garantit pas, à elle seule, leur application dans la pratique quotidienne. Thys et al. (2018) montrent que les professionnels prennent fréquemment leurs décisions en fonction de leurs valeurs et de leurs limites personnelles, de leurs expériences et de leur niveau de confort face aux situations rencontrées. Les auteurs décrivent un processus de *limit-setting*, dans lequel chaque soignant détermine individuellement ce qu'il considère comme acceptable, entraînant des réponses variables face à des situations similaires. Ils soulignent également que les politiques institutionnelles relatives à la vie affective et sexuelle sont parfois méconnues des professionnels ou perçues comme ayant une utilité limitée dans leur pratique quotidienne. Dans leur revue, Mahieu et Gastmans (2015) soulignent que, bien que la sexualité et l'intimité demeurent importantes pour de nombreux résidents, leur expression reste fréquemment entravée par différents facteurs institutionnels, tels que le manque de vie privée, les attitudes du personnel ou la priorité accordée aux soins et à la sécurité. Ces résultats illustrent que la reconnaissance de l'importance de la vie affective et sexuelle ne suffit pas toujours à en garantir l'exercice dans le quotidien des établissements. Il existe donc un écart entre les principes éthiques largement admis en matière d'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes âgées et leur traduction concrète dans les pratiques quotidiennes.

Les résultats de cette étude s'inscrivent pleinement dans cette problématique. Aucun des deux établissements investigués n'interdit l'expression de la vie affective et sexuelle des résidents. Bien au contraire, le projet de vie des deux maisons de repos repose sur le sentiment de se sentir chez soi, de disposer de son espace personnel, de vivre « comme à la maison ». L'un des deux établissements a mis en place une charte d'intimité en son sein afin de favoriser la vie intime des résidents. Toutefois, plusieurs situations observées mettent en évidence que l'exercice concret de ce droit reste étroitement dépendant de l'organisation institutionnelle et des possibilités offertes par chaque établissement.

Dans les discours recueillis, les participants expriment d'ailleurs percevoir une volonté générale de respecter leur intimité. Ils attribuent davantage les difficultés rencontrées aux contraintes organisationnelles qu'à une volonté de l'établissement de restreindre leur vie affective et sexuelle.

Les exemples recueillis au cours des entretiens illustrent concrètement cette réalité. Mme C explique notamment que, dans son établissement, les résidents ne sont pas autorisés à verrouiller la porte de leur chambre lorsqu'ils sont à l'intérieur mais qu'ils peuvent cependant la verrouiller lorsqu'ils sortent. Mme B, résidente dans le même établissement, a fait la même déclaration en ajoutant que cette situation limite théoriquement la possibilité de préserver des moments d'intimité avec son compagnon. Toutefois, afin de respecter leur vie privée, le personnel a mis en place un aménagement consistant à afficher une pancarte sur la porte de la chambre de son partenaire lorsque le couple souhaite passer un moment ensemble. Cette initiative témoigne d'une volonté de concilier le respect de l'intimité des résidents avec les contraintes de fonctionnement de l'établissement. Elle montre toutefois que l'exercice concret de ce droit demeure conditionné par les choix organisationnels propres à l'établissement, illustrant ainsi le décalage pouvant exister entre la reconnaissance formelle du droit à l'intimité et son exercice effectif dans la pratique quotidienne. À l'inverse, les entretiens réalisés dans le second établissement mettent en évidence des pratiques différentes. Les résidents y indiquent pouvoir verrouiller la porte de leur chambre lorsqu'ils souhaitent préserver leur intimité. Cette variabilité entre établissements rejoint les observations de Thys et al. (2018), selon lesquelles les modalités de prise en compte de la vie affective et sexuelle demeurent fortement dépendantes des pratiques locales, notamment de la culture organisationnelle de l'établissement et de la présence ou de l'absence de politiques institutionnelles spécifiques.

Les entretiens montrent également que les résidents développent eux-mêmes des stratégies d'adaptation pour préserver leur intimité dans ce contexte institutionnel. M. F. explique, par exemple, qu'il organise ses moments d'intimité liés au plaisir solitaire en fonction des horaires habituels de passage des soignants. Cette adaptation est évoquée avec naturel et ne semble pas vécue comme une interdiction. Elle traduit néanmoins une forme d'ajustement permanent aux rythmes institutionnels. Ce résultat rejoint les observations de Lambelet (2019), qui souligne que les résidents adaptent fréquemment leurs comportements au

fonctionnement de l'établissement afin de préserver des moments d'intimité, l'institution encadrant davantage les possibilités d'expression qu'elle ne les interdit formellement.

Les contraintes identifiées ne relèvent d'ailleurs pas uniquement des pratiques professionnelles. Les caractéristiques matérielles des établissements semblent également jouer un rôle important. Ainsi, plusieurs participants rappellent que les règlements autorisent théoriquement un proche ou un partenaire à passer la nuit dans leur chambre. Pourtant, dans la pratique, cette possibilité demeure difficile à mettre en œuvre en raison de l'aménagement des chambres, qui ne disposent généralement pas d'un couchage supplémentaire adapté. Cette situation illustre une nouvelle fois le décalage existant entre la reconnaissance d'un droit et les conditions concrètes permettant son exercice.

Ces observations rejoignent les recommandations de la Haute Autorité de Santé, qui soulignent que le respect de la vie intime ne peut reposer sur une simple reconnaissance de principe, mais nécessite un environnement matériel et organisationnel permettant son exercice effectif. L'aménagement des espaces, la possibilité de préserver des moments de confidentialité ou encore l'organisation des établissements sont ainsi présentés comme des conditions indispensables au respect des droits des personnes accompagnées. Les résultats de cette étude vont dans le même sens. Ils montrent que les établissements investigués ne remettent pas en cause le droit des résidents à une vie affective et sexuelle et mettent même en place certaines initiatives pour le préserver. Toutefois, les possibilités concrètes d'exercer ce droit demeurent largement tributaires des choix organisationnels propres à chaque établissement. Ainsi, plus que le cadre réglementaire lui-même, ce sont les modalités de son application qui semblent déterminer les conditions réelles d'expression de la vie affective et sexuelle des résidents

### Les attentes limitées des résidents : un résultat à nuancer

Les résultats de cette étude montrent que les participants expriment relativement peu d'attentes concernant leur vie affective et sexuelle. Dans la grande majorité, les participants se déclarent satisfaits de leur situation actuelle et formulent peu de demandes de changement à l'égard de leur établissement. Lorsqu'ils évoquent d'éventuelles pistes d'amélioration, les participants les envisagent principalement pour les autres résidents plutôt que pour eux-

mêmes, car ils se déclarent généralement satisfaits de leur propre situation. Les participants défendent l'idée que chaque résident devrait pouvoir vivre sa vie affective et sexuelle selon ses propres souhaits, ses besoins et ses limites, sans qu'une réponse uniforme soit apportée à l'ensemble des personnes vivant en maison de repos.

Ce résultat peut sembler surprenant au regard de la littérature. Comme indiqué précédemment, plusieurs auteurs soulignent que les besoins affectifs et sexuels persistent malgré l'avancée en âge. Il pourrait donc être attendu que les personnes âgées expriment des attentes à l'égard des moyens mis en place pour répondre à ces besoins. Toutefois, l'étude de Hinchliff et al. (2019) montre que seuls 11.5 % des participants belges ayant rencontré des difficultés sexuelles ont sollicité une aide auprès d'un professionnel de santé. La principale raison avancée par les participants n'ayant pas recherché d'aide était que leurs symptômes ne les dérangent pas. Ces résultats peuvent apporter un éclairage sur les observations réalisées dans cette étude. Si les participants expriment spontanément peu d'attentes concernant leur vie affective et sexuelle, ils ne décrivent pas pour autant une absence de besoins. Il est possible que, tant que ces besoins ou les difficultés qui y sont associées ne sont pas perçus comme suffisamment gênants, les résidents ne ressentent pas la nécessité qu'une réponse spécifique leur soit apportée. Cette interprétation pourrait également expliquer pourquoi les améliorations proposées par les répondants concernent principalement la possibilité de répondre, au cas par cas, aux attentes des personnes qui en ressentent le besoin, plutôt que la mise en place de mesures collectives ou systématiques. Cette approche d'individualisation des réponses est également ce que recommande l'AViQ. Elle préconise une prise en compte individualisée de la vie affective et sexuelle des résidents, fondée sur le respect de leurs choix, de leur autonomie et de leur consentement. Elle fait également écho aux observations de Thys et al. (2018), selon lesquelles les situations liées à la vie affective et sexuelle nécessitent des réponses adaptées à chaque résident et à chaque contexte, les besoins variant considérablement d'une personne à l'autre.

Ainsi, le faible nombre d'attentes exprimées par les répondants lors des entretiens peut être interprété de plusieurs manières. Tout d'abord, la satisfaction exprimée par la majorité des participants à l'égard de leur situation actuelle constitue une première explication de ce résultat. Ensuite, une hypothèse est que les besoins liés à la vie affective et sexuelle, étant profondément personnels, conduisent les résidents à privilégier spontanément des réponses

individualisées plutôt que des mesures destinées à l'ensemble des personnes vivant en maison de repos. Enfin, il est également possible que certains besoins ne soient pas formulés explicitement, non parce qu'ils seraient absents, mais parce qu'ils sont perçus comme relevant de la sphère privée ou comme difficilement modifiables dans le contexte institutionnel. Ces différentes hypothèses ne peuvent toutefois être confirmées à partir des seules données recueillies.

Ainsi, le faible nombre d'attentes exprimées constitue un résultat à part entière de cette étude. Il ne peut être interprété comme l'absence de besoins, mais invite, au contraire, à considérer que les résidents privilégient avant tout une prise en compte individualisée de leur vie affective et sexuelle. Plus qu'une demande de nouvelles mesures institutionnelles, leurs discours soulignent l'importance accordée au respect des choix, des souhaits et des besoins propres à chaque personne

## Conclusion

Au terme de cette discussion, les résultats de cette étude permettent d'apporter plusieurs éléments de réponse à la question de recherche, à savoir : « Comment les personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie vivent-elles et perçoivent-elles leur vie affective et sexuelle dans le contexte institutionnel, et quels facteurs influencent son expression ? »

Les analyses montrent que la vie affective et sexuelle des résidents résulte de l'interaction de plusieurs facteurs. Le parcours de vie apparaît comme l'élément qui influence le plus fortement la manière dont les participants vivent et perçoivent aujourd'hui leur vie affective et sexuelle. Les expériences conjugales, les valeurs acquises au fil de la vie, les événements marquants et les représentations construites au fil des années façonnent durablement leurs attentes et leur manière d'envisager l'intimité. Le vieillissement, quant à lui, ne conduit pas à la disparition de la vie affective et sexuelle, mais à une redéfinition progressive de ses modalités d'expression, avec une place croissante accordée à la tendresse, à la complicité et au soutien affectif.

Les résultats montrent également que le contexte institutionnel influence principalement les conditions dans lesquelles cette vie affective et sexuelle peut s'exprimer. Si les établissements

étudiés reconnaissent globalement le droit des résidents à une vie intime, les possibilités concrètes de l'exercer demeurent largement dépendantes des choix organisationnels, des aménagements proposés et des pratiques développées au sein de chaque institution. Enfin, les discours recueillis mettent en évidence une grande diversité de situations et montrent que les besoins des résidents ne peuvent être appréhendés de manière uniforme, les participants privilégiant une prise en compte individualisée de leur vie affective et sexuelle.

Ainsi, plus que l'âge ou le contexte institutionnel pris isolément, c'est l'histoire de vie propre à chaque résident qui semble expliquer la manière dont il vit et perçoit aujourd'hui sa vie affective et sexuelle. Les résultats montrent toutefois que cette vie affective et sexuelle demeure également influencée par les conditions institutionnelles dans lesquelles elle s'inscrit, celles-ci pouvant en faciliter ou en limiter l'expression au quotidien. Ces observations invitent ainsi à dépasser les représentations réductrices associées au vieillissement ou à la vie en maison de repos pour considérer la vie affective et sexuelle comme une réalité singulière, évolutive et façonnée par l'interaction entre le parcours de vie, les transformations liées à l'âge et le contexte institutionnel.

## VI. Limites de l'étude

Comme toute recherche qualitative, cette étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en considération lors de l'interprétation des résultats.

La première limite concerne la composition de l'échantillon. Celui-ci est majoritairement composé de femmes, ce qui a pu influencer les résultats obtenus. Les représentations, les attentes et les expériences de la vie affective et sexuelle pouvant différer selon le genre. Par ailleurs, les participants étaient pour la plupart relativement autonomes sur le plan physique. Les personnes présentant une perte d'autonomie importante étaient peu représentées, alors que cette perte peut influencer les possibilités d'expression de la vie affective et sexuelle, notamment due aux limitations fonctionnelles qu'elle entraîne mais aussi en raison d'une dépendance accrue à l'égard des professionnels.

De plus, les critères d'inclusion retenus ont conduit à exclure certaines populations particulièrement présentes en maison de repos, notamment les personnes atteintes de troubles cognitifs tels que les démences, ainsi que celles présentant une aphasie limitant la



communication. Les résultats ne prétendent pas rendre compte de l'ensemble des situations rencontrées en maison de repos, mais reflètent les perceptions des participants répondant aux critères d'inclusion retenus dans le cadre de cette étude.

Une seconde limite concerne le recueil des données. L'enquêtrice était une jeune femme, ce qui a pu influencer la dynamique des entretiens. L'âge, le genre ou encore la différence générationnelle ont potentiellement influé sur la profondeur des réponses, la manière d'aborder certains sujets ou le degré de confiance accordé par les participants.

Cette influence potentielle est renforcée par le fait que quatre des huit participants étaient issus de l'établissement dans lequel l'enquêtrice exerce son activité professionnelle. Cette relation préalable a pu favoriser un climat de confiance facilitant l'expression de certains sujets intimes. À l'inverse, elle a également pu conduire certains participants à limiter leurs propos, par crainte du regard porté sur eux ou par volonté de préserver une certaine intimité. Il est donc probable que cette proximité ait influencé les données recueillies, sans qu'il soit possible d'en déterminer précisément le sens ou l'ampleur.

La méthodologie de cette étude constitue également une limite. En raison des contraintes liées à la réalisation de ce mémoire, seuls huit entretiens ont pu être réalisés au sein de deux maisons de repos. Si cette taille d'échantillon a permis d'obtenir des données riches et variées, elle n'a pas permis d'atteindre un véritable tarissement des données. D'autres entretiens auraient probablement permis d'enrichir les résultats, de mettre en évidence de nouvelles situations ou de nuancer certaines observations. Par ailleurs, un seul entretien a été réalisé avec chaque participant. La conduite de plusieurs entretiens espacés dans le temps aurait pu permettre d'approfondir certains thèmes, de revenir sur des éléments évoqués lors de la première rencontre et d'explorer plus finement certaines perceptions, particulièrement dans le cadre d'un sujet aussi intime.

Enfin, le contexte spécifique des établissements investigués constitue une dernière limite. Les maisons de repos participantes développent un projet de vie qui accorde une place importante au respect de la vie privée, de la vie affective et de l'autonomie des résidents. Ce contexte institutionnel génère un climat général décrit par certains participants comme ouvert et familial, ce qui a pu influencer la richesse des données. Les résultats obtenus pourraient ainsi

différer de ceux observés dans des établissements présentant une organisation ou une culture institutionnelle moins favorables à l'expression de la vie affective et sexuelle.

## **VII. Perspectives et recommandations**

Les résultats de cette étude permettent de dégager plusieurs pistes de réflexion susceptibles de contribuer à une meilleure prise en compte de la vie affective et sexuelle des personnes âgées en maison de repos.

Les résultats obtenus montrent tout d'abord que les résidents expriment peu de besoins spontanément et ne souhaitent généralement pas la mise en place de mesures collectives concernant la vie affective et sexuelle. Les discours recueillis mettent davantage en évidence l'importance de pouvoir bénéficier d'une réponse individualisée, adaptée aux attentes et aux besoins de chacun. Dans cette perspective, il apparaît pertinent de favoriser le développement d'un climat institutionnel ouvert, bienveillant et exempt de jugement, dans lequel les résidents se sentent libres d'aborder ces questions lorsqu'ils en ressentent le besoin, plutôt que de mettre en place des dispositifs standardisés répondant à des besoins supposés. Lorsqu'un établissement envisage de développer un projet relatif à la vie affective et sexuelle de ses résidents, il semble dès lors essentiel d'associer ces derniers à la réflexion afin de s'assurer que les mesures envisagées répondent à leurs attentes réelles.

Au-delà de l'élaboration de projets institutionnels, cette réflexion souligne plus largement l'importance de préserver le pouvoir décisionnel des résidents concernant leur vie intime. L'entrée en maison de repos implique inévitablement une diminution de certaines libertés individuelles et une adaptation aux règles de la vie collective. Dans ce contexte, préserver autant que possible leur pouvoir décisionnel contribue au respect de leur autonomie, de leur dignité et de leur humanité. Être à l'écoute de leurs attentes, recueillir leur avis et leur permettre de participer aux décisions qui les concernent semble être une démarche essentielle afin de maintenir leur capacité d'agir sur une dimension particulièrement personnelle de leur existence.

L'instauration d'un tel climat repose également sur une politique institutionnelle claire, connue et partagée par l'ensemble des professionnels. Les résultats de cette étude montrent en effet que certaines incertitudes persistent quant aux possibilités offertes aux résidents, notamment

en ce qui concerne le verrouillage des portes, l'accueil d'un partenaire ou encore l'exercice concret du droit à l'intimité. Plus que la simple création de règles, de recommandations, d'un projet de vie ou d'une charte d'intimité, il apparaît important que les établissements veillent à ce que ces dispositifs soient connus, compris et appliqués de manière cohérente par l'ensemble des professionnels. Cela suppose donc également de veiller en premier lieu à ce qu'ils soient réalistes et applicables dans la pratique au quotidien, afin de garantir leur mise en œuvre effective et d'assurer le respect des droits des résidents.

Les résultats soulignent également l'importance de sensibiliser les professionnels à la vie affective et sexuelle des personnes âgées. Au-delà de la connaissance des droits des résidents, cette sensibilisation devrait permettre de reconnaître pleinement cette dimension comme une composante de la qualité de vie et de l'accompagnement en maison de repos. Une attention particulière pourrait être portée à la place importante qu'occupent les besoins affectifs, la tendresse, la compagnie et le soutien émotionnel dans les discours des participants. Il apparaît également essentiel que les professionnels se sentent suffisamment à l'aise pour aborder ces questions avec les résidents lorsque cela est pertinent. Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude montrent en effet que, malgré une possible pudeur initiale, les participants accueillent généralement favorablement cette démarche lorsqu'elle est menée avec respect, écoute et bienveillance.

Ces différentes pistes de réflexion doivent toutefois être interprétées à la lumière des limites de cette étude. Les résultats reposent sur un nombre restreint de participants et concernent des résidents ne présentant pas de troubles cognitifs majeurs. Il serait particulièrement intéressant d'approfondir ces réflexions auprès de personnes atteintes de démence ou présentant des troubles de la communication, en développant des méthodologies adaptées permettant de mieux comprendre leurs besoins, leurs attentes et leurs perceptions. Une telle démarche contribuerait à proposer des réponses plus inclusives, tenant compte de la diversité des personnes qui vivent aujourd'hui en maison de repos.

## **VIII. Conclusion**

Ce mémoire avait pour objectif de comprendre comment les personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie perçoivent et vivent leur vie affective et sexuelle, ainsi que les facteurs influençant son expression.

Les résultats montrent que la vie affective et sexuelle demeure présente en institution, mais qu'elle évolue avec l'avancée en âge. Les participants accordent une place importante à la tendresse, à la compagnie et à la qualité de la relation, tandis que leurs représentations apparaissent largement influencées par leur parcours de vie, leurs expériences et leurs valeurs. Si le contexte institutionnel n'altère que peu ces représentations, il influence néanmoins les possibilités concrètes d'exprimer cette dimension de leur vie à travers les choix organisationnels et les conditions matérielles propres à chaque établissement.

Cette étude met également en évidence que les résidents expriment peu d'attentes de manière spontanée. Loin de traduire une absence de besoins, ce résultat souligne l'importance d'une approche individualisée, respectueuse des souhaits, du rythme et de l'histoire de chaque personne.

Enfin, ce travail rappelle que la vie affective et sexuelle constitue une composante à part entière de la qualité de vie des personnes âgées. Sa reconnaissance ne repose pas uniquement sur l'existence de droits ou de recommandations, mais également sur la capacité des établissements à créer un climat permettant aux résidents d'exprimer leurs besoins. Considérer la personne âgée dans toute sa singularité, y compris dans cette dimension de son existence, participe pleinement au respect de sa dignité, de son autonomie et de son humanité.

## IX. Bibliographie

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (2019). *Maison de repos ou Maison de repos et de soins court séjour règlement d'ordre intérieur*,  
[https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2024-03/ROI\\_MR.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2024-03/ROI_MR.pdf), consulté le 09/02/2026

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (2019). *Réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie*. [https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2019/11/aines\\_reglementation.pdf](https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2019/11/aines_reglementation.pdf), Consulté le 12/09/2025

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (2021). *Rapport trisannuel des établissements d'accueil pour aînés*. [https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2023-03/Rapport-trisannuel-des-aines-2022.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-03/Rapport-trisannuel-des-aines-2022.pdf), consulté le 02/11/2025

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (2025). *Projet de vie de l'établissement & qualité Guide d'utilisation du canevas conseillé par l'AViQ*.  
[https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2025-10/Guide%20d%27utilisation%20du%20canevas%20Projet%20de%20vie%20%26%20Qualit%C3%A9%20AVIQ.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2025-10/Guide%20d%27utilisation%20du%20canevas%20Projet%20de%20vie%20%26%20Qualit%C3%A9%20AVIQ.pdf), consulté le 05/03/2026

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (s. d.). *Lignes directrices pour la rédaction du projet de vie institutionnel et de la démarche d'amélioration continue (démarche qualité)*,  
[https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2022-09/Instruction%20canevas%20PDV%20institutionnel.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-09/Instruction%20canevas%20PDV%20institutionnel.pdf), consulté le 05/03/2026

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (s. d.). *Maison de repos et de soins*.  
<https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/maison-de-repos-et-de-soins>, consulté le 03/02/2026

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (s. d.). *Maison de repos*.  
<https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/maison-de-repos>, consulté le 03/02/2026

- Author-Kce. (2024, février 1). *Soins aux personnes âgées*. Vers une Belgique En Bonne Santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees?highlight=WyJtYWlzb24gZGUgcmVwb3MiXQ==#OLD-4>, consultation 03/02/2026
- Be.STAT. (23 avril 2024). *Indicateurs de la population, des ménages et des logements par lieu de résidence basés sur les CENSUS 2011 et 2021*. <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=5b3117e2-2a45-4fb9-8dc7-57b6c8046ef5>, consulté le 27/01/2026
- Boven, C., Nobels, A., Berg, N., Van Den Noortgate, N., Courtens, N., & Keygnaert, I. (2025). Screening and Caring for Older Adults Affected by Sexual or Other Types of Violence : A Pilot Study at Three Belgian Geriatric Departments. *Healthcare*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.3390/healthcare14010016>, consulté le 27/01/2026
- Cameron, J., & Santos-Iglesias, P. (2024). Sexual Activity of Older Adults: A Systematic Review of the literature. *International Journal of Sexual Health*, 36(2), 145–166. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2318388>, consulté le 08/02/2026
- Castaldo, A., Garcia, J. F. J. L., D’Amico, A., Perrotta, G., & Eleuteri, S. (2025). Barriers Related to the Identification and Satisfaction of the Sexual Needs of Nursing Homes’ Residents : A Narrative Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 22(8), 1163. <https://doi.org/10.3390/ijerph22081163>, consulté le 12/09/2025
- Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE). (2024). *Report 376 : Performance of the Belgian health system – report 2024*, [HSPA 2024: Long-term care in homes for older people or at home \(OLD-1-2\)](#), consulté le 03/02/2026
- Census 2011. (s. d.). [https://census2011.fgov.be/data/fresult/ageing\\_fr.html](https://census2011.fgov.be/data/fresult/ageing_fr.html) consulté le 02/09/2025

*Charter of Fundamental Rights : Article 7 - Respect for private and family life.* (2026b, juillet 21). European Union Agency For Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/en/eu-charter/article/7-respect-private-and-family-life>, consulté le 03/11/2025

Cismaru-Inescu, A., Adam, S., Nobels, A., Kempeneers, P., Beaulieu, M., Vandeviver, C., Keygnaert, I., & Nisen, L. (2021). The Elephant in the Room – A Critical Interpretive Synthesis of Older Adults’ Sexuality. *International Journal Of Sexual Health*, 34(1), 90-104. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1958040>, consulté le 08/02/2026

Cismaru-Inescu, A., Hahaut, B., Adam, S., Nobels, A., Beaulieu, M., Vandeviver, C., Keygnaert, I., & Nisen, L. (2022). Sexual Activity and Physical Tenderness in Older Adults : Prevalence and Associated Characteristics from a Belgian Study. *The Journal Of Sexual Medicine*, 19(4), 569-580. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.01.516>, consulté le 12/09/2025

Darnaud, T., Sirvain, S., Igier, V., & Taiton, M. (2013). Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution. *Sexologies*, 22(4), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.03.008>, consulté le 12/09/2025

DUBOURG D. (2014). Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation. *Wallonie Santé*, (n°5). [2014-ws5-services-personnes-agees.pdf](#), consulté le 03/02/2026

Espace Seniors. (2014). *Intimité et sexualité des séniors en maison de repos réflexion et pistes d'action*, [Intimite-et-sexualite-des-seniors-en-maison-de-repos.pdf](#), consulté le 27/01/2026

Gavin, A. (2021). Sexualité en EMS. *Gérontologie CH*, 3, p7-8. [Mag\\_GerontologieCH\\_032021\\_fr\\_web.pdf](#), consulté le 27/01/2026

Haute Autorité de Santé. (2025). *Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS – Volet 1 : Socle transversal*. [Haute Autorité de Santé - Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS \(volet 1 - socle transversal\)](#), consulté le 12/09/2025

- Healthcare Executive. (24 septembre 2018). *Pas assez de places dans les maisons de repos ? Un mythe selon Probis !*. [https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/wachtlijsten-woonzorgcentra-een-mythe.html#:~:text=Le%20taux%20d%27occupation%20des%20maisons%20de%20repos%20en,bureau%20de%20consultance%20Probis%20pour%20le%20compte%20d%27ING.](https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/wachtlijsten-woonzorgcentra-een-mythe.html#:~:text=Le%20taux%20d%27occupation%20des%20maisons%20de%20repos%20en,bureau%20de%20consultance%20Probis%20pour%20le%20compte%20d%27ING., consulté le 27/01/2026), consulté le 27/01/2026
- Hinchliff, S., Carvalheira, A. A., Štulhofer, A., Janssen, E., Hald, G. M., & Træen, B. (2019). Seeking help for sexual difficulties : findings from a study with older adults in four European countries. *European Journal Of Ageing*, 17(2), 185-195. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00536-8>, consulté le 09/02/2026
- Hürny, C. (2021). Sexualité des personnes âgées : et pourtant, elle existe !. *Gérontologie CH*, 3, p4-6. [Mag\\_GerontologieCH\\_032021\\_fr\\_web.pdf](#), consulté le 27/01/2026
- INAMI. (s. d.). *Échelle d'évaluation (Katz)*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/soins-par-l-infirmier/echelle-d-evaluation-katz>, consulté le 19/04/2026
- Institut Solidaris. (2025). *Maison de repos : à quel prix ?*. [https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2025/01/Etude\\_MaisonsDeRepos\\_2025\\_Etude-complete.pdf](https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2025/01/Etude_MaisonsDeRepos_2025_Etude-complete.pdf), consulté le 05/03/2026
- La Constitution Belge. (1831), Moniteur Belge*, [https://www.senate.be/doc/const\\_fr.html](https://www.senate.be/doc/const_fr.html), consulté le 03/11/2025
- Lambelet, A., Brzak, N., Avramito, M., & Hugentobler, V. (2019). Vie sexuelle des personnes âgées en institution : ce qu'elles en disent. *Gérontologie et Société*, 41 / n° 160(3), 155-168. <https://doi.org/10.3917/gsl.160.0155>, consulté le 27/01/2026
- Le, K., Bennich, M., & Strandberg, T. (2024). A Scoping Review on Attitudes towards Sexuality in Residential Aged Care. *Health & Social Care In The Community*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/1478395>, consulté le 12/09/2025



- Le, K., Bennich, M., & Strandberg, T. (2024b). A Scoping Review on Attitudes towards Sexuality in Residential Aged Care. *Health & Social Care In The Community*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/1478395>, consulté le 27/01/2026
- Loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient, Moniteur Belge, 6 octobre 2002, [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/article.pl?language=fr&lg\\_txt=f&type=&sort=&numac\\_search=&cn\\_search=2002082245&caller=eli&&view\\_numac=2002082245nl](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2002082245&caller=eli&&view_numac=2002082245nl), consulté le 03/11/2025
- Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, Moniteur Blege, 18 mars 1993, <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1992/12/08/1993009167/moniteur>, consulté le 03/11/2025
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2011). Sexuality in institutionalized elderly persons : a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 346-357. <https://doi.org/10.1017/s1041610211001542>, consulté le 27/01/2026
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care : A systematic literature review. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(12), 1891-1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>
- Mahieu, L., De Casterlé, B. D., Acke, J., Vandermarliere, H., Elssen, K., Fieuws, S., & Gastmans, C. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(6), 605–623. <https://doi.org/10.1177/0969733015580813>, consulté le 27/01/2026
- Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, 30 / n° 121(2), 251-264. <https://doi.org/10.3917/gs.121.0251>. Consulté le 03/10/2025
- Medi-Sphère. (03 mai 2022). Le nombre de places dans les maisons de repos a continué à augmenter en Wallonie. <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/le-nombre-de-places->

[dans-les-maisons-de-repos-a-continue-a-augmenter-en-wallonie.html](#), consulté le 21/07/2026

Mitchell, A. J. (2012). The Mini-Mental State Examination (MMSE) : An Update on Its Diagnostic Validity for Cognitive Disorders. Dans *Cognitive Screening Instruments* (p. 15-46). [https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2452-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2452-8_2), consulté le 07/02/2026

Moore, D. C., Payne, S., Keegan, T., Van Den Block, L., Deliens, L., Gambassi, G., Heikkila, R., Kijowska, V., Pasman, H. R., Pivodic, L., & Froggatt, K. (2020). Length of stay in long-term care facilities : a comparison of residents in six European countries. Results of the PACE cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(3), e033881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033881>, consulté le 03/02/2026

Moore, D. C., Payne, S., Keegan, T., Van Den Block, L., Deliens, L., Gambassi, G., Heikkila, R., Kijowska, V., Pasman, H. R., Pivodic, L., & Froggatt, K. (2020b). Length of stay in long-term care facilities : a comparison of residents in six European countries. Results of the PACE cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(3), e033881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033881>, consulté le 03/02/2026

Nagaratnam, J. M., Sharmin, S., Diker, A., Lim, W. K., & Maier, A. B. (2020). Trajectories of Mini-Mental State Examination Scores over the Lifespan in General Populations : A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Clinical Gerontologist*, 45(3), 467-476. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.175602>, consulté le 07/02/2026

National Institute on Aging. (2022). *Sexuality and intimacy in older adults*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nia.nih.gov/health/sexuality/sexuality-and-intimacy-older-adults>, consulté le 03/02/2026

OpenAI. (2026). *ChatGPT* (modèle GPT-5.5) [Modèle de langage]. <https://chatgpt.com/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (s. d.). *Promouvoir le bien-être des personnes âgées : une analyse de la situation dans la Région OMS du Pacifique occidental*.

<https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/regional-committee/session-70/rcm70-4-ageing-and-health-annex-fr.pdf>, consulté le 02/11/2025

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (s. d.). *Sexual health and well-being*, <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-%28srh%29/areas-of-work/sexual-health>, consulté le 02/11/2025

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. [https://www.worldsexualhealth.net/\\_files/ugd/793f03\\_f90b7e05773541739b7c20cf10b63ed7.pdf?index=true](https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_f90b7e05773541739b7c20cf10b63ed7.pdf?index=true), consulté le 08/02/2026

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *Sexual and reproductive health: Laying the foundation for a more just world through research and action Biennial Report 2004 2005. Sexual and reproductive health – laying the foundation for a more just world through research and action Biennial Report 2004 2005 | MOH Knowledge Management Portal*, consulté le 12/09/2025

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Defining sexual health*. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>, consulté le 12/09/2025

Province du brabant wallon. (2021). *Les infrastructures d'accueil des personnes âgées en Brabant Wallon*, <https://www.brabantwallon.be/le-brabant-wallon/territoire/cdt/contrat-de-developpement-territorial/accueil-des-personnes-agees-2021.pdf>, consulté le 02/11/2025 (lien mort)

Robert, A., De Tand, T., & Martinez, J. V. (2024). Enquête nationale sur la sexualité en Ehpad. *NPG. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie/NPG*, 24(143), 302-309. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2024.05.003>, consulté le 27/01/2026

Roxane Villeneuve. *Qualité de vie des personnes âgées: étude de la transition entre domicile et institution*. Psychologie. Université de Bordeaux, 2019. Français. ⟨NNT: 2019BORD0255⟩. ⟨tel-03173744⟩

- Salis, F., Costaggu, D., & Mandas, A. (2023). Mini-Mental State Examination : Optimal Cut-Off Levels for Mild and Severe Cognitive Impairment. *Geriatrics*, 8(1), 12.  
<https://doi.org/10.3390/geriatrics8010012>, consulté le 07/02/2026
- Service public de Wallonie. (01/06/2026). Résider *dans une maison de repos/et de soins*.  
<https://www.wallonie.be/fr/demarches/resider-dans-une-maison-de-reposet-de-soins> ,  
consulté le 03/02/2026
- Skalacka, K., & Gerymski, R. (2018). Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*, 19(3), 195-201. <https://doi.org/10.1111/psyg.12381>, consulté le 08/02/2026
- Statbel. (10 juin 2026). *Structure de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2026*.  
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>, consulté le 21/07/2026.
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2021). La sexualité et intimité des personnes âgées. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, 10. <https://doi.org/10.25965/trahs.3686>, consulté le 27/01/2026
- Thys, K., Mahieu, L., Cavolo, A., Hensen, C., De Casterlé, B. D., & Gastmans, C. (2018). Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents : A qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 28(5-6), 836-849.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14680>, consulté le 27/01/2026
- Truong, Q. C., Cervin, M., Choo, C. C., Numbers, K., Bentvelzen, A. C., Kochan, N. A., Brodaty, H., Sachdev, P. S., & Medvedev, O. N. (2023). Examining the validity of the Mini-Mental State Examination (MMSE) and its domains using network analysis. *Psychogeriatrics*, 24(2), 259-271. <https://doi.org/10.1111/psyg.13069>, consulté le 07/02/2026
- Træen, B., Štulhofer, A., Janssen, E., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T., & Graham, C. (2018). Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four

European Countries. *Archives Of Sexual Behavior*, 48(3), 815-829.

<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x>, consulté le 08/02/2026

Turboscribe. (2026). Accueil. <https://turboscribe.ai/fr/> , consulté le 21/06/2026

Unia (Interfederal Centre for Equal Opportunities). (2016). *Human rights of older persons and long-term care: Monitoring report on the human rights situation of older persons in Belgian residential care settings*. Unia. <https://ennhri.org/wp-content/uploads/2019/10/belgium.pdf>, consulté le 09/02/2026

Wallex. (2019). *Annexe 120 : Normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins*, [https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe\\_120.pdf](https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe_120.pdf), consulté le 03/11/2025

WallonieSante. (06 mai 2022). *Wallonie : Le nombre de places en augmentation dans les maisons de repos*. [https://www.walloniesante.be/fr/news/226\\_wallonie-le-nombre-de-places-en-augmentation-dans-les-maisons-de-repos#:~:text=Selon%20le%20cabinet%20de%20la%20Sant%C3%A9%2C%20la%20Wallonie,%C3%A0%20une%20augmentation%20de%202.226%20places%20depuis%202011](https://www.walloniesante.be/fr/news/226_wallonie-le-nombre-de-places-en-augmentation-dans-les-maisons-de-repos#:~:text=Selon%20le%20cabinet%20de%20la%20Sant%C3%A9%2C%20la%20Wallonie,%C3%A0%20une%20augmentation%20de%202.226%20places%20depuis%202011), consulté le 02/11/2025. (lien mort)

## X. Annexes

### Annexe 1

hello, alors on va rediger les limites de l'étude.  
comme limites à mentionner :

- un échantillon majoritairement féminin.
- une enquêtrice féminine, jeune, ce qui a pu influencer les réponses vis-à-vis des sujets aborder, de la profondeur des réponses, de la confiance accordée à l'enquêtrice.
- 4 répondants sur les 8 connaissent "personnellement" l'enquêtrice puisqu'il s'agit de son lieu de travail, cela a pu influencer les réponses. Les participants ont potentiellement eu plus facile à se confier comme il me connaisse et me font plus facilement confiance mais à l'inverse, ça a pu pour certains sujet les limités dans leur réponses par pudeur.
- un échantillon constitué de personne majoritairement valide physiquement.
- étude qui ne prend pas en compte les personnes atteintes de trouble cognitifs tel que la démence et les personnes aphasique.
- du aux modalités de réalisation de l'étude, l'étude a été réalisée auprès d'un nombre limité de personnes, seulement 8 répondants et deux maison de repos. tarissement des données non atteints, exhaustivité des données plus limité que sur étude de plus grande ampleur.
- projet de vie de la MRS engendrant un climat général plutôt ouvert et bienveillant relatif au sujet de la sexualité et de la vie affective, facilité d'aborder le sujet.

Afficher moins ^



Voilà, j'ai réussi à dire ce que je voulais, mais la formulation n'est pas assez académique. peux-tu l'améliorer. voici mon paragraphe : "Ce résultat peut sembler surprenant au regard de la littérature. Comme mentionner dans les paragraphe précédent, différents auteurs rappellent que les besoins affectif et sexuelle perdure malgré l'avancée en âge. Il semblerait donc logique de penser que les personnes âgées aient des attentes vis-à-vis des moyens mis en place pour combler ces besoins. Cependant, l'étude menée par Hinchliff et al. en 2019 montre que seuls 23,2 % des participants belges sollicitent de l'aide auprès des professionnels de santé en cas de problèmes sexuels. La principale raison avancée est que les symptômes ne les dérangent pas. On peut donc pensé que le même processus se déroule au seins de cette étude. Si les participants expriment peu d'attentes de manière spontanée, ils ne décrivent pas pour autant une absence de besoins affectifs ou relationnels Les répondants ont des besoins mais il n'estime pas nécessaire d'y apporter une réponse concrète car il ne se sentent pas personnellement impacté par ce besoin. Cela expliquerai également pourquoi les améliorations qu'ils proposent concernent essentiellement la possibilité de répondre, au cas par cas, aux attentes des personnes qui en ressentent le besoin, plutôt que la mise en place de réponses collectives."



## Annexe 2 :

### ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

#### ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution : .....

NOM – Prénom : ..... Numéro national : .....

#### A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

| CRITERE                   | Ancien Score | Nouveau Score | 1                                                                                                                                 | 2                                                                                                                                         | 3                                                                                             | 4                                                                                       |
|---------------------------|--------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| SE LAVER                  |              |               | est capable de se laver complètement sans aucune aide                                                                             | a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture                                                        | a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture       | doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture    |
| S'HABILLER                |              |               | est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide                                                      | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)                       | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture     | doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture  |
| TRANSFERT ET DEPLACEMENTS |              |               | est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers | est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer  |
| ALLER A LA TOILETTE       |              |               | est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer                                                             | a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer                                                           | a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer       | doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer |
| CONTINENCE                |              |               | est continent pour les urines et les selles                                                                                       | est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)                                | est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles                | est incontinent pour les urines et les selles                                           |
| MANGER                    |              |               | est capable de manger et de boire seul                                                                                            | a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire                                                                                        | a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit                                     | le patient est totalement dépendant pour manger ou boire                                |
| CRITERE                   |              |               | 1                                                                                                                                 | 2                                                                                                                                         | 3                                                                                             | 4                                                                                       |
| TEMPS (2)                 |              |               | pas de problème                                                                                                                   | de temps en temps, rarement des problèmes                                                                                                 | des problèmes presque chaque jour                                                             | totalement désorienté ou impossible à évaluer                                           |
| ESPACE (2)                |              |               | pas de problème                                                                                                                   | de temps en temps, rarement des problèmes                                                                                                 | des problèmes presque chaque jour                                                             | totalement désorienté ou impossible à évaluer                                           |

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du .....

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément catégorie D est demandée <sup>(1)</sup>

- un accueil en centre de soins de jour est demandé <sup>(2)</sup>

#### B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

#### C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

|                                                                                                |                             |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Nom et numéro Inami ou cachet du médecin<br>Nom de l'infirmier(ère) responsable <sup>(1)</sup> | Date :<br>...../...../..... | Signature |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.

## **Catégories de dépendance**

### **MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

**Catégorie O** : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

**Catégorie A** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

**Catégorie B** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

**Catégorie C** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et  
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

**Catégorie D** : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

**Catégorie C dément** : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou  
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour incontinence, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

## **Critères de dépendance**

### **CENTRE DE SOINS DE JOUR**

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :  
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et  
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychiquement :  
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et  
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.



## Annexe 3 :

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

#### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir  
car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

☐  
☐  
☐

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |
|-----|----|
| 14. | 93 |
| 15. | 86 |
| 16. | 79 |
| 17. | 72 |
| 18. | 65 |

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

☐  
☐  
☐

#### Langage

/ 8

- |                                                                             |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Montrer un crayon.                                                          | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  |
| Montrer votre montre.                                                       | 23. Quel est le nom de cet objet ?** |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      |

☐  
☐  
☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

☐  
☐  
☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :  
28. « Faites ce qui est écrit ».

☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

☐

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

☐

## Annexe 4 :

### **Projet : Echone comme al maujone.**

#### **Introduction**

Il s'agit de rédiger un document commun aux maisons de repos [redacted] afin d'orienter la pratique professionnelle et le comportement de l'ensemble des acteurs des maisons de repos. Le point de départ de cette initiative est le constat d'une trop grande ingérence des mesures normatives et stigmatisantes de diverses pratiques professionnelles. Ceci aboutit à une diminution de l'autonomie du patient. Ce document a pour ambition de changer la perception du séjour en maison de repos en centrant son approche sur le résident tout en rencontrant les exigences de qualité des soins dispensés et de la législation.

#### **Méthodologie**

Dans un premier temps, des rencontres multidisciplinaires permettent de recueillir l'avis des différentes sections professionnelles. Les chefs de service représentent leur section. La réunion est ainsi composée :

- Médecin coordinateur
- Infirmière en chef des maisons de repos [redacted]
- Infirmière en chef de la section [redacted]
- Responsable du pool ergo-kiné
- Réfèrent dément
- Assistante sociale

Un document général sur le concept de cette nouvelle approche est rédigé par le médecin coordinateur et soumis à la correction et à l'approbation des différents chefs de service.

Dans un second temps, chaque chef de service reprend le concept au sein de son équipe et tente de l'adapter et de le développer dans la pratique quotidienne. La présentation du concept nécessite l'adhésion complète de l'entière de l'équipe afin d'avoir une cohérence indispensable à l'épanouissement du concept. Les chefs de service rédigent un document correspondant au sous-concept tel qu'il sera déployé en pratique quotidienne. Enfin, afin de prendre en compte le rôle des résidents, un document reprenant le droit du résident doit être annexé au concept et un représentant des résidents doit être élu.

Dans un troisième temps, les sous-concepts sont présentés lors d'une réunion multidisciplinaire des chefs de service et soumis à l'approbation unanime de l'ensemble des participants.

Enfin, des réunions bisannuelles d'évaluation du concept seront planifiées afin d'assurer la pérennité du concept.

Il reste à déterminer le rôle des représentants des résidents. Des élections sont organisées sur les deux sites afin de que les résidents élisent leurs représentants. Ils désigneront une personne par site. Les élus participent activement au recueil des avis des résidents notamment lors du conseil trimestriel des résidents. Ils participent en partie aux réunions bisannuelles d'évaluation du projet afin de soumettre les demandes en rapport avec le concept aux chefs de service. Ils ont une mission

participative afin d'éclairer les chefs de service sur le vécu des résidents. Leurs demandes, remarques et projets seront prises en considération et une évaluation de la faisabilité sera établie par les chefs de service.

## Le concept

Le nom du concept choisi est « èchone comme al maujone » ce qui signifie « ensemble comme à la maison ». A travers cette désignation, il est souhaité souligner le caractère convivial de la maison de repos par opposition à la rigueur froide d'une institution de soin, ceci afin que le résident se sente comme à la maison. Le terme « ensemble » souhaite quant à lui, rappeler que malgré tout, il s'agit d'un mode de vie communautaire, nécessitant quelques règles afin de respecter chaque participant de la communauté (résident et professionnel). Enfin, l'utilisation du wallon permet un ancrage culturel des maisons de repos et surtout de ses résidents dans le patrimoine communal ~~de la commune~~ afin d'assurer une continuité entre la maison et la maison de repos.

### 1. Changement de point de vu

Les maisons de repos sont trop souvent centrées autour des soins à donner aux patients. Les résidents sont stigmatisés en fonction de leur pathologie car le rythme de la journée est déterminé en fonction de l'activité de soin des résidents. Ainsi, les déments profonds iront à telle activité, les diabétiques mangeront tel dessert, les médicaments sont distribués ostensiblement lors des repas, les cigarettes sont contrôlées,... Cette stigmatisation du patient crée un sentiment de maladie encore plus profond chez le résident. Ce sentiment négatif peut être à la base d'une dépréciation et d'une détérioration de l'état de santé du résident.

C'est pourquoi, il est proposé dans ce nouveau concept d'effacer au maximum les stigmates de la maladie et d'encourager les initiatives des résidents. Le personnel tente de rendre transparent tout ce qui rappelle au patient son handicap tout en fournissant des soins de qualité. Il tente également de respecter un maximum le secret médical en usant de discrétion lors de ses interventions auprès des résidents. Le personnel veille également à encourager et à souligner les forces de chaque résident afin d'améliorer la projection que celui-ci se fait de sa santé. Les modalités pratiques de ce changement seront discutées dans le sous-concept.

L'objectif est donc de centrer l'activité de la maison de repos sur le résident et plus sur les soins à donner au résident.

### 2. Humanisation du résident

Une vie en communauté gérée exclusivement par des professionnels qui ne vivent pas dans cette communauté est propice à la déshumanisation des membres résidentiels. Il est donc indispensable de comprendre que notre rôle est d'être au service des volontés de cette communauté. Pour ce faire, il faut pouvoir entendre et rencontrer les attentes des résidents. Il faut, bien entendu, garder à l'esprit que les professionnels ne peuvent répondre aux attentes qu'en fonction des possibilités raisonnables qui s'offrent à eux. Il s'agit donc d'instaurer un dialogue entre les professionnels et les résidents afin de trouver le meilleur compromis possible.



La déshumanisation peut également conduire le professionnel à se comporter de manière inadéquate vis-à-vis du résident. Ceci arrive surtout lorsque s'installe la routine, ou lorsque le travail est important, ou encore par une absence de remise en question de son activité. Il est important de redéfinir dans les sous-concepts le rôle et les limites de chaque professionnel. Ainsi, il est primordial de rappeler à chaque professionnel qu'il n'est pas dans nos compétences de juger le comportement d'un résident. Dans un tel contexte, notre mission est de veiller au bien-être de chaque résident et de chaque professionnel. En cas de conflit, de négligence ou de maltraitance, le professionnel doit déléguer le pouvoir de jugement à l'autorité compétente et donc en référer à sa hiérarchie en respectant une grande discrétion et en s'en tenant aux faits objectivés. Les droits des résidents seront rappelés dans un document annexe. Par exemple : le droit à la vie privée dans sa chambre, le droit à la sexualité, le droit au secret médical, le droit au respect, le droit à la dignité, ... ces droits permettent à rappeler que nous travaillons pour des humains semblables à nous et qu'ils ont les mêmes droits et devoirs que nous.

Au travers du nouveau concept, le résident bénéficie d'une humanité pleine et entière. Il reste le propriétaire de sa vie et de sa santé. Il est soutenu dans son handicap par des professionnels afin de faire valoir cette humanité. Il est encouragé dans ses initiatives. Les professionnels dispensent des soins de qualité avec discrétion et dans le respect des droits des patients. Ils assument le rôle de soutien au handicap mais ne se substituent en aucun cas au résident.

### **3. Adhésion des participants**

Il est évidemment essentiel d'avoir une adhésion de l'ensemble des participants : résidents et professionnels, mais également de l'entourage des résidents. Il est important d'expliciter clairement le concept à toutes les personnes de l'entourage, spécialement lorsque l'on perçoit un désir de substitution des volontés du résident. Par contre, nous respecterons les droits des représentants légaux et des personnes de confiance, tels qu'ils sont définis dans les droits du résident.

### **4. Les droits du résident pertinents pour le développement du concept**

Il n'est évidemment pas question ici de suspendre les droits des patients tels qu'ils sont définis par le législateur. Il s'agit seulement de souligner les droits plus pertinents pour le développement du concept.

#### **Article 1 : droit au respect de sa personnalité**

Le résident reste libre d'exprimer son avis, ses sentiments et ses préférences culturelles. Le personnel ne peut en aucun cas imposer son propre avis ou ses propres préférences culturelles. Le personnel veille à favoriser la diversité d'opinion et de culture au sein de la maison de repos. Le résident s'oblige également à respecter ce droit vis-à-vis des autres résidents et des membres du personnel afin que tous puissent s'exprimer dans le respect des autres.

#### **Article 2 : droit au respect de l'intimité**

La chambre fait partie du domaine privé du résident qui la loue. Le résident est donc libre de décorer sa chambre comme bon lui semble dans les limites imposées par la sécurité de la communauté. Le résident veille à gérer les denrées périssables et au maintien de la chambre « en bon père de famille » avec l'aide du personnel s'il est requis.

Le personnel s'engage à respecter cette intimité. Il comprend que la chambre est un refuge privé pour le résident.

Les soins et les échanges avec le personnel se feront dans le respect de la discrétion afin d'éviter toute idée stigmatisante de la maladie.

#### **Article 3 : droit au respect de sa dignité**

Le personnel s'engage à apporter des soins de qualité à chaque résident en respectant leur dignité. Chaque résident est traité de manière égale et humaine. Quelle que soit la maladie ou l'état de conscience du sujet, le personnel n'oublie pas l'humanité du résident. Le résident ne sera tutoyé qu'à la demande de celui-ci.

#### **Article 4 : droit à l'aide utile et à l'autonomie**

Le personnel encourage l'autonomie du patient et soutient celui-ci dans ses démarches. Le personnel fournit au résident toute l'aide qu'il juge utile. Le personnel veille également à fournir une aide discrète pour répondre aux besoins élémentaires qui n'ont pu faire l'objet d'une demande par handicap ou gêne du patient.

#### **Article 5 : droit à l'information**

Le résident est en droit d'être informé sur son état de santé. Le personnel s'engage à répondre dans les limites de ses possibilités et de ses connaissances. Les questions demeurées sans réponses seront transmises aux médecins traitants. Le résident peut également faire appel à une personne de confiance afin de récolter ces informations. Cette personne est désignée de manière écrite ou orale par le résident.

#### **Article 6 : Droit au respect des décisions de traitement**

Le résident éclairé d'une information adéquate par son médecin est en droit de refuser un traitement qu'il juge inutile ou abusif. Le personnel ne peut en aucun cas forcer un résident à suivre un traitement, mais il veille à transmettre ce refus au médecin traitant du résident.

Le résident peut désigner par écrit et de préférence devant notaire un représentant légal. Celui-ci, fort de ce mandat, prend les décisions de traitement et de fin de vie lorsque le résident devient inapte médicalement à prendre des décisions, notamment lors d'un déclin cognitif avéré. Par contre, la personne de confiance ne peut prendre de telle décision, elle ne peut qu'assister le patient dans le recueil d'information. Le rôle du représentant légal est difficile et lourd de conséquence, il doit être assisté par l'équipe médicale pour pouvoir faire des choix éclairés.

#### **Article 7 : Particularité en soin palliatif**

Le personnel s'engage à respecter les décisions de fin de vie de chaque résident exprimé soit directement par celui-ci soit par son représentant légal. Le personnel veille au confort du patient lors de cette dernière étape de vie en modulant son approche et son travail. Dans le cas de soins palliatifs aussi, il accorde une attention au respect de la dignité et de l'humanité du résident. Le résident reste au centre de sa prise en charge et garde son autonomie décisionnelle.

## Les sous-concepts

### *Service social*

L'entrée en maison de repos est rarement un choix personnel mais, au contraire, une décision imposée par les circonstances de la vie. Il est donc difficile de considérer ce choix comme un projet véritable. Néanmoins, notre maison de repos doit être un lieu où la personne âgée pourra s'inscrire autant que possible dans la continuité de son projet de vie.

Les mesures à prendre avant l'entrée en institution sont donc souvent difficiles. Il importe donc de personnaliser les conséquences du « choix » et d'offrir aux résidents la possibilité d'inscrire leur projet de vie dans le projet de vie de la maison de repos. S'il y a rupture avec le passé, les résidents doivent pouvoir trouver leurs marques, s'insérer en douceur, ... . Le but étant de surmonter le sentiment de rupture avec le cadre familial et de favoriser son intégration dans son nouveau milieu de vie.

Il est également important que le résident se sente attendu et accueilli. Il sera donc nécessaire d'adopter une attitude respectueuse en reconnaissant au résident sa qualité d'adulte en tenant compte de ses besoins, de ses attentes et de son histoire personnelle.

En collaboration avec sa famille et tout au long de son séjour, le résident recevra un encadrement personnalisé lui permettant de s'épanouir au mieux dans son nouveau cadre de vie. Une attention particulière sera apportée au résident en question, en recherche de son bien-être et des solutions personnalisées lui seront proposées.

### *Soins*

Dans notre maison règne une atmosphère familiale et paisible. C'est un lieu où les relations humaines sont centrées sur l'entraide, la bonne humeur, la convivialité, la confiance et le respect de chacun. Dès lors, nous veillons à fournir des solutions individualisées et personnalisées, dans les limites de notre institution et du respect des libertés d'autrui.

En venant vivre dans nos maisons de repos, vous adhérez au concept « Echone comme al maujone », c'est-à-dire décider de vivre comme à la maison et pas dans un hôpital. C'est aussi vouloir garder son identité en tant que personne à part entière et participer pleinement à une vie sociale orientée vers le monde extérieur. Le soutien des familles et l'appui des personnes ressources sont à l'évidence essentiel à l'épanouissement de nos aînés.

Nous souhaitons que chaque résident demeure le principal acteur de sa vie. Qu'il conserve son autonomie, ses prises d'initiative, en collaboration avec notre équipe pluridisciplinaire, compétente et toujours à son écoute. Dans notre cadre professionnel, chaque membre de l'équipe de soins s'engage à fournir des services de qualité, prodigués dans la discrétion et le respect du rythme et des rituels de la personne âgée.

A travers ce projet nous espérons mettre en œuvre toutes nos ressources afin d'accueillir au mieux la personne dans son nouveau lieu de vie.



## ***Kiné – Ergo - Logo***

Nous veillons à ce que le résident se sente accueilli et attendu dès son entrée.

Pour cela, avec douceur nous lui présentons les différentes animations ainsi que la vie dans la maison.

Avec patience, écoute, disponibilité et chaleur humaine, nous permettons au résident de se sentir accepté, respecté "tel qu'il est" et rassuré par rapport à son nouveau cadre de vie.

Par la diversité de nos activités, qui sont exclusivement centrées sur le relationnel, la convivialité, le confort et le bien-être ainsi que la prise en charge kiné et logo (si elles s'avèrent nécessaire) nous espérons contribuer à l'épanouissement personnel de chaque résident.

Comprendre l'histoire de vie de chaque pensionnaire nous permet de nous conformer au mieux à ses valeurs, ses centres d'intérêt, afin de lui proposer des activités en fonction de ses intérêts, ses possibilités et de ses motivations pour qu'il puisse garder confiance en lui et rester le plus possible autonome. Nous prenons aussi en compte les propositions des résidents.

Le choix du pensionnaire reste primordial afin de garantir sa liberté, son indépendance et son intégrité.

Les activités seront donc adaptées au rythme du résident en tenant compte de ses difficultés afin qu'il ne soit pas mis en situation d'échec et ainsi pouvoir garantir son estime de soi et sa valorisation.

Par notre soutien et notre présence, nous voulons positiver, encourager les résidents, leur donner envie d'avoir envie! Nous accompagnons le pensionnaire dans la construction de son désir de vie. Nous l'aidons à construire son projet pour qu'il puisse évoluer le mieux possible en fonction de ce qu'il est, qu'il soit conscient de ses capacités, qu'il soit bien dans sa tête et qu'il ait envie de se projeter dans l'avenir.

Notre équipe se veut cohérente, ouverte à toute proposition et tournée vers l'extérieur. Nous accordons une grande importance au maintien des contacts familiaux et encourageons les familles à participer à certaines de nos animations.

Nous voulons créer une ambiance familiale, détendue et sécurisante où chacun peut s'épanouir tout en respectant l'autre.

Grâce à notre professionnalisme et à nos valeurs telles que l'empathie, le non-jugement, le respect et la discrétion, nous espérons être les garants d'une ambiance sereine et être à même de gérer la plupart des conflits sans stigmatiser, ni culpabiliser.

## **Referente D**

Une attention sera accordée au résident confus ou souffrant de démence. Celui-ci a besoin d'un encadrement adapté et d'un accompagnant spécifique.

Les espaces privés et communautaires sont réfléchis pour favoriser leur intégration en leur donnant la possibilité d'évoluer le plus librement possible dans un espace sécurisé malgré leurs déficits spatio-temporels.

Des animations adaptées leur sont également proposées. Tout cela ayant pour but de maintenir leurs aptitudes, leur communication verbale et non verbale, leur sécurité et de contribuer à leur bien-être global.

Un membre du personnel est nommé comme personne de référence pour la démence. Cette personne a une formation spécifique et a pour mission d'épauler tant les personnes souffrant de démence, leur famille et leurs proches ainsi que la direction et l'ensemble du personnel de l'institution dans leur mission de soins et d'accompagnement.

## *Entretien*

### **Les lieux de vie communs**

Nous voulons que toute personne entrant dans nos maisons y trouve un cadre propre et agréable à vivre.

### **La chambre**

Est le lieu de vie personnel du pensionnaire, lorsque nous frappons à sa porte (nous le respectons) et entrons (avec le sourire), nous sommes chez lui ! Nous veillons donc à entretenir cet endroit pour qu'il soit toujours propre, fonctionnel et plaisant. Nous aidons le pensionnaire à aménager avec ses meubles pour que ce lieu devienne son « cocon ».

Durant tout ce temps passé avec lui, nous sommes également un œil et une oreille attentive afin de travailler avec l'ensemble des équipes à la réalisation du projet de vie adapté à chaque personne vivant au sein de nos maisons.

## *Cuisine*

Chaque jour, nous œuvrons en sous-sol au bien-être de chaque pensionnaire en leur confectionnant des repas variés et adaptés.

Durant les repas, nous cherchons à créer une ambiance calme et conviviale afin que chaque pensionnaire accompagné ou non de leur famille puisse profiter au mieux de ce moment de vie commune.

Nous apportons à l'équipe de soins toutes nos observations sur les besoins alimentaires de chaque pensionnaire et cherchons à adapter nos repas en fonction des goûts et besoins de chacun.

Nous veillons également à travailler en équipe pluridisciplinaire afin d'offrir à l'ensemble des résidents des mets en adéquation avec les activités proposées.



## Annexe 5 :

# CHARTE D'INTIMITÉ ET DE RESPECT DE LA VIE PRIVÉE

## *Nos engagements collectifs*

*Au sein de notre maison de repos, nous nous engageons à :*

- 1. Respecter chaque résident comme une personne entière,** avec son histoire, son vécu et sa pudeur.
- 2. Préserver la discrétion lors des soins :** porte fermée, ton de voix adapté, gestes bienveillants.
- 3. Garantir la vie privée de chacun :** possibilité de fermer sa porte, recevoir ses proches, choisir qui entre.
- 4. Reconnaître la dimension affective et intime comme essentielle** au bien-être et à la dignité.
- 5. Favoriser une communication respectueuse** entre professionnels, résidents et familles.
- 6. Agir face à toute situation de non-respect,** dans un esprit de dialogue et d'amélioration.
- 7. Faire vivre cette charte au quotidien,** à travers nos gestes, nos paroles et nos attitudes professionnelles.

*« Parce que la dignité ne se décrète pas : elle se vit. »*

*Charte réalisée en collaboration avec :*

 **La Direction**

 **L'Équipe Pluridisciplinaire**



## Annexe 6 :

### **Guide d'entretien mémoire**

#### **Guide d'entretien semi-directif – Version terrain**

#### **Recherche qualitative : Vie affective et sexuelle des personnes âgées vivant en maison de repos en Wallonie**

---

##### **1. Introduction de l'entretien (script de démarrage)**

Bonjour Madame / Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette recherche. Je m'appelle Léa. Je réalise actuellement un mémoire en sciences de la santé publique. Mon travail porte sur la vie affective et sexuelle des personnes âgées vivant en maison de repos.

L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment vous percevez cette dimension de votre vie aujourd'hui. Il ne s'agit pas d'un questionnaire médical, ni d'un jugement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui m'intéresse, c'est votre expérience personnelle et votre ressenti.

Je vous rappelle que :

- votre participation est entièrement volontaire ;
- vous pouvez refuser de répondre à une question ou arrêter l'entretien à tout moment ;
- toutes les informations resteront strictement confidentielles ;
- votre anonymat sera garanti dans le mémoire ;
- L'entretien sera enregistré uniquement si vous êtes d'accord, afin de ne rien oublier de vos propos.

Est-ce que vous confirmez votre accord pour l'enregistrement audio ?

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

---

##### **2. Présentation générale et contexte de vie**

Pour commencer, pourriez-vous me parler un peu de vous ?

- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps vivez-vous ici ?
- Comment s'est passée votre arrivée en maison de repos ?

Relances possibles :

- Était-ce votre choix ou une décision prise avec votre entourage ?
- Comment avez-vous vécu ce changement ?

Concernant votre situation personnelle :

- Êtes-vous marié(e), en couple, veuf(ve), célibataire ?
- Si vous étiez marié(e), depuis combien de temps ?
- Avez-vous des enfants ? Combien ?
- Sont-ils présents dans votre vie ? À quelle fréquence ?

Souhaitez-vous me dire comment vous définiriez votre orientation affective ou sexuelle (si vous souhaitez en parler) ?

Avant d'aller plus loin, comment vous sentez-vous à l'idée d'aborder le sujet de la vie affective et sexuelle aujourd'hui ?

---

### **3. Représentations de la vie affective et sexuelle**

Quand vous entendez l'expression « vie affective et sexuelle », qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Relances possibles :

- Est-ce que cela englobe uniquement les relations sexuelles ?
- Est-ce que cela inclut la tendresse, les câlins, les gestes d'affection ?

Quelle place cette dimension a-t-elle eue dans votre vie au fil des années ?

Diriez-vous que, dans votre génération, c'était un sujet dont on parlait facilement ou plutôt un sujet tabou ?

Pensez-vous avoir été bien informé(e) au cours de votre vie concernant la santé sexuelle ?

- Connaissiez-vous les infections sexuellement transmissibles ?

- Les moyens de protection ?
- Les modes de transmission ?

Connaissez-vous la notion de « santé sexuelle » ? Que signifie-t-elle pour vous ?

---

#### **4. Rapport au corps et au vieillissement**

Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport à votre corps ?

- Est-ce que le fait de vieillir a modifié la manière dont vous vous percevez ?
- Vous sentez-vous toujours séduisant(e) ou désirable ?

Pensez-vous que cela influence votre vie affective ou intime ?

---

#### **5. Comparaison avant / après l'entrée en institution**

Diriez-vous que votre vie affective ou intime a changé depuis votre entrée en maison de repos ?

- Si oui, en quoi ?
  - Est-ce que certains aspects sont plus difficiles ?
  - Y a-t-il des choses qui sont restées similaires ?
- 

#### **6. Vécu actuel en institution**

Entretenez-vous actuellement des interactions affectueuses, romantiques ou intimes ?

Relances possibles :

- S'agit-il de gestes d'affection ?
- De relations amoureuses ?
- D'actes intimes ?

Avez-vous déjà vécu des expériences affectives ou intimes au sein de cette institution ?

Si oui :

- Comment cela s'est-il passé ?
- Vous sentiez-vous libre ?

Si non :

- Est-ce par absence d'envie ?
- Par manque d'opportunité ?
- Par loyauté envers un conjoint décédé ?
- Par crainte du regard des autres ?
- Parce que le cadre institutionnel ne s'y prête pas ?

Ressentez-vous aujourd'hui le besoin d'avoir davantage d'interactions affectives ou intimes ?

- Besoin de proximité ?
- De contact physique ?
- De relation amoureuse ?

Quelle importance accordez-vous aujourd'hui à la vie affective et intime dans votre vie ?

---

## **7. Influence du regard des autres et du cadre institutionnel**

Pensez-vous que le regard des autres résidents influence votre manière d'exprimer vos besoins affectifs ou intimes ?

Et celui du personnel ?

Vous sentez-vous libre d'exprimer ces besoins ici ?

Selon vous, des choses sont-elles mises en place dans l'institution pour permettre aux résidents d'avoir des moments d'intimité ?

- Possibilité de fermer la porte ?
- Partager une chambre ?
- Personnel ouvert à la discussion ?

Est-ce que la situation actuelle vous convient ?

---

## **8. Valeurs personnelles et dimension culturelle**

Pensez-vous que votre éducation, vos valeurs ou votre religion influencent votre manière de percevoir la sexualité aujourd'hui ?

---

## **9. Pistes d'amélioration**

Si vous pouviez changer quelque chose ici pour faciliter l'expression des besoins affectifs ou intimes, que proposeriez-vous ?

- Davantage de liberté ?
  - Moins de tabou ?
  - Informations sur la santé sexuelle ?
  - Mise à disposition de protections ?
  - Espaces dédiés ?
- 

## **10. Question de clôture**

Y a-t-il quelque chose que je ne vous ai pas demandé et que vous aimeriez ajouter concernant votre vie affective ou intime ?

Je vous remercie sincèrement pour votre confiance et pour le temps que vous m'avez accordé.

Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant de terminer ?

---

**Durée indicative :** environ 30 minutes, avec possibilité d'allonger si le participant souhaite développer certains points.

