

SEXUALITÉ ET FIN DE VIE

SOMMAIRE

Edito	1-2
Article de fond	2-3-4
Témoignages	5-6-7
Bibliographie	8

Beaucoup d'intervenants soignants, médecins, bénévoles évoquent des situations rencontrées au cours desquelles la personne malade ou son conjoint ou compagnon ont témoigné d'une difficulté ressentie dans la dimension amoureuse de leur relation de couple. Ce peut être par la confiance directe ou par des propos ou des comportements (gestes, allusions, demandes explicites...) qui témoignent d'une frustration ou d'un malaise certains. On le rencontre en institution que ce soit en milieu hospitalier ou en E.H.P.A.D. mais aussi dans l'accompagnement à domicile.

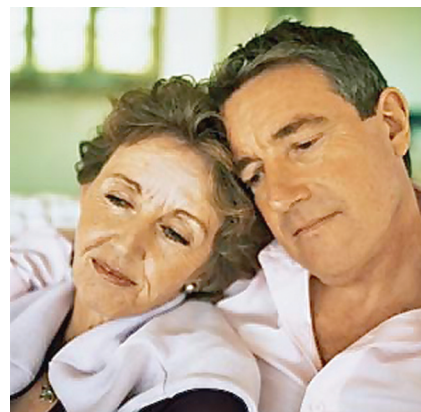
EDITORIAL

LA SEXUALITÉ EN SOINS PALLIATIFS Pourquoi en parler ?

L'amour, ce sentiment très fort, «englobe la tendresse et l'attirance physique entre deux personnes». La sexualité, besoin affectif ou physique pas vital certes, comme la respiration ou l'alimentation, «déborde largement du plaisir sexuel génital, du plaisir sexuel partagé et participe à tous les modes de communication et d'échange». Comment ne pas parler de cet «intime», de ce «très intime» même, en soins palliatifs, lieu de «prise en charge globale de la personne gravement malade et de son entourage» ?

Les conséquences des maladies et de leurs traitements sur la qualité de vie des personnes malades mettent en lumière l'incidence particulière sur la sexualité :

- le retentissement psychologique de l'annonce et la part de détresse psychique qu'elle amène,
- l'atteinte proprement physique en termes de fatigue,



- douleurs, cicatrices, contribue à modifier l'image de soi, l'image corporelle, l'expression de la libido,
- les effets secondaires, les séquelles des traitements.

Quelle résonance peut avoir la maladie sur la représentation de la sexualité des personnes malades à quel que moment que ce soit de leur vie ?

Problème d'image de soi et de schéma corporel, perte d'estime de soi, crainte de n'être plus désirable, culpabilité, peur de perdre l'autre, remise en cause totale physique et

psychique, tout cela peut, à un certain moment, venir parasiter ou même détruire la relation dans le couple de la personne malade et pas seulement lorsqu'elle est jeune. «*Ma sexualité est maintenant le dernier moyen pour mon corps de rester une source de sensations agréables. En dehors d'elle mon corps malade est douleur et souffrance*» dit une personne atteinte d'un cancer en phase avancée.

On en parle peu, car le sujet est encore tabou parce qu'il

met en jeu l'intime de la personne malade mais aussi la représentation de l'amour et de la sexualité de l'accompagnant, donc de son «*très intime*». Il faut donc en parler ! Non pas pour donner des solutions ou des recettes toutes faites qui s'appliqueraient partout, mais pour observer, entendre, accueillir, analyser, comprendre ce que vit et ressent celui jeune ou plus âgé, personne malade ou proche qui nous envoie des signes dans ce domaine et que l'on veut accompagner. Il faut en

parler en formation, il faut en parler en équipe, pour aider les soignants et tous ceux qui accompagnent, à être mieux préparés à une véritable «prise en charge globale de la personne malade et de son entourage».

«*Restaurer la pulsion de vie peut faire contrepoids et redonner au malade sa place de sujet désirant et non pas seulement d'objet de soins médicaux*» (Dr. Michel Rech, psychiatre).

Roger SAHUN
Président d'Alliance 33

ARTICLE DE FOND

INTRODUCTION

L'intérêt que l'on accorde à la mort dans la civilisation occidentale depuis quelques années est un phénomène étonnant par son ampleur, succédant à une occultation progressive surtout depuis les années 1945-1950. A un point tel que Pierre Chauvu a pu écrire que la mort avait remplacé le sexe dans «*la catégorie ci-devant victorienne de l'obscène*» (Aspects Historiques et Fin de Vie : Françoise Bonney, le 13 avril 1995 - p 1- photocopié du D.U. de soins palliatifs et d'accompagnement).

I - SEXUALITÉ ET LIBIDO

La sexualité, sur le plan biologique, fait référence au phénomène de la reproduction et l'ensemble des satisfactions associées. Le terme renvoie étymologiquement à celui de la séparation des sexes mais aussi à la séparation tout court, à la solitude fondamentale du sujet et sa recherche d'un partenaire comme nous en parle Platon dans Le Banquet.

Toute la clinique (l'hystérie, les pathologies narcissiques) montre que la sexualité déborde largement du sexuel génital, du plaisir sexuel partagé et qu'elle participe à tous les modes de communication et d'échange.

La psychanalyse élargit aussi le concept de sexualité qui ne se réduit pas à un comporte-

ment, au seul coït génital, mais qui est un enjeu psychique global (avec la catégorie du plaisir-déplaisir, celle des pulsions et leurs destins), qui concerne d'autres zones corporelles (bouche, anus, peau, etc.) et ceci depuis l'enfance. Freud introduit ici la sexualité infantile qui a fait scandale à l'époque : toute une série d'excitations et d'activités en lien avec un besoin physiologique fondamental assurant l'autoconservation (respiration, faim, fonction d'excrétion, etc.) procurent de surcroît un plaisir (autoérotisme). Dans un second temps, ce plaisir marginal sera recherché pour lui-même. Tout ceci se retrouve à titre de composantes dans la forme dite normale de l'amour sexuel.

Autrement dit la sexualité trouve à s'exprimer dans divers organes. Par exemple l'enfant, en tétant, assure le besoin fondamental de l'assouvissement de la faim ; mais au-delà, téter lui donne du plaisir, ce qui définit une zone érogène (ici la bouche). Il y a un plaisir surajouté qui n'a rien à voir avec la fonction originelle. En ce sens on parle de sexualité orale, anale, etc...

Si l'excitation sexuelle est purement corporelle, la libido peut être appréhendée comme la force psychique des pulsions sexuelles, une énergie qui a affaire avec tout ce que l'on peut comprendre communément sous le mot d'amour. Freud en distingue deux modes d'investissement : l'un tourné vers les personnes aimées ou libido d'objet, l'autre vers la personne propre, la libido du moi ou narcissique.

Il existe, selon lui, une balance énergétique entre les deux modes d'investissement, la libido d'objet diminuant lorsque augmente la libido du moi et

inversement.

La maladie organique a une influence sur l'expression de la sexualité. Freud dit dans «Pour Introduire le Narcissisme» in La Vie Sexuelle, PUF, p 88 : *«Il est universellement connu, et il nous semble aller de soi que celui qui est affligé de douleurs organiques et de malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur (...). Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. (...) Nous dirons alors : le malade retire ses investissements de libido sur son moi, pour les émettre à nouveau après la guérison. «Son âme se resserre au trou étroit de la molaire», nous dit W. Busch à propos de la rage de dent du poète. (...) Les troubles corporels viennent dissiper les dispositions amoureuses les plus intenses.»*

II - PAROLES DE SOIGNANTS ET DE BÉNÉVOLES

Le congrès de Montpellier, mais aussi plusieurs mémoires de DU de soins palliatifs soulignent la quasi-mutité des acteurs en ce domaine. Nous devons reconnaître que ce sujet n'est que rarement abordé dans le service où nous travaillons.

Voici quelques extraits d'une interview groupale-surprise : point de mutité, mais au contraire des expressions riches et nombreuses. Il suffisait de soulever la question... Mais les réponses sont pour le moins variées, émergeant à des chapitres différenciés nécessitant quelques précisions.

Nous nous sommes autorisés à interviewer les membres d'une équipe mobile de soins palliatifs avec qui nous collaborons depuis plusieurs années. Voici quelques-uns de leurs propos extraits d'un déjeuner «studieux» :

- Evelyne : *«La question, si elle est soulevée, sera soumise à une seule personne, non à l'ensemble de l'équipe.»*
- Jean : *«Je pense à une malade en chaise roulante après qu'elle se soit défenestrée. Elle a continué à avoir des règles pendant des années, c'était traumatisant pour l'équipe.»*
- Joëlle : *«Il est arrivé que des épouses de patients m'en parlent, en disant qu'elles ne pouvaient plus rien faire. Était-ce de leur fait ou du fait de la maladie ?»*
- Jean : *«Il n'y avait que la jeune aide-soignante avec une grosse poitrine et un bouton débou-*

tonné qui arrivait à mobiliser le patient. On l'y envoyait systématiquement.»

- Guillaume : *«On ne parle pas trop de sexualité, c'est intime. Je me méfie des discours de la presque obligation d'en parler.»*
- Mireille : *«C'est tabou, on n'en parle jamais... Je ne me suis jamais sentie dans une relation de désir, de me surprendre et qui aurait pu me déstabiliser». Par contre «être pleine d'admiration, d'inclination, d'être incarnée (sensible à un charme, à une parole de séduction), oui.»*
- Germaine : *«Les personnes en fin de vie évoquent l'amour, les modalités de rencontre de leur compagnon ou de leur compagne.»*
- Bénédicte : *«Je ne me permettrais pas d'en parler si la personne malade n'aborde pas le sujet.»*
- Jean : *«Il avait 45 ans, il n'est plus jamais retourné chez lui après le diagnostic. Une sorte de looser à tête d'oiseau. Les soignantes étaient en colère contre lui parce-qu'il avait évoqué leur beauté... Pourquoi ça ne serait pas présent ?»*
- Guillaume : *«Qu'on se questionne, nous soignants, sur ce que représentent certains actes vécus comme un viol... Ce corps-objet de l'hôpital aboutit à des violences si on ne se préoccupe pas des parties intimes, y compris le visage... Il est important qu'on sache ce qui se passe en nous pour ne pas confondre.»*

III - SEXUALITÉ ET SOUFFRANCE ORGANIQUE

Ces quelques lignes illustrent de nombreux comportements de malades. Que reste-t-il comme possibilités d'investissement d'êtres aimés, quand surviennent avec force des phases aussi bouleversantes que les annonces de mauvaises nouvelles, les effets secondaires des traitements, les aggravations de maladies, les incompréhensions du cours de la maladie ou de la nature des traitements, les douleurs et les inconforts physiques. A défaut de pouvoir clairement définir en quelques lignes les dimensions variées de la sexualité, nous pouvons dresser la liste noire de facteurs l'empêchant de s'exprimer avec richesse, l'altération venant se substituer à l'altérité.

Dans le service de Soins Palliatifs et d'Accompagnement du Docteur B. Burucoa à Bordeaux, soulager physiquement les patients est une obsession, une raison d'exister. Et comme Monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, professionnels et bénévoles travaillent à la mise en place de conditions de vie propices à la redistribution des énergies libidinales. Et nous sommes souvent surpris, touchés voire récompensés par les multiples cibles visées. Retenons dans le cadre de cette libido d'objet tous les remaniements relationnels accélérés et intensifiés par de nouveaux rapports au temps ; comme si la pâte familiale, chaude, pouvait se retravailler avec un partage plus simple d'émotions et de sentiments. Les jardins familiaux

peuvent se redessiner et des relais de vie s'opérer dans de meilleures conditions quand les douleurs sont soulagées ou atténuées.

Pour ce qui concerne la dimension génitale de la libido d'objet, les choses sont délicates. Les patients en fin de vie sont fatigués et ont subi des pertes en nombre ; ils n'ont évidemment plus la fougue de leur jeunesse ou de leur état pré-morbide, mais ils demeurent bien vivants. Ainsi cette patiente de 75 ans ne pouvait nous rencontrer que si elle était bien apprêtée. Ou certains malades exprimant des sentiments de jalousie avec la peur de ne plus être aimés de leur compagnon, ceci en lien avec leur handicap.

Lors des nursings infirmiers ou au décours de prises en charge en psychomotricité, on voit fréquemment des « passages » entre le sensoriel, le sensuel et le sexuel. Isabelle nous dit : *« Quand je donne un bain à une femme, je laisse très vaste la façon d'investir l'intimité du corps... Parfois ça me fait un effet indésirable et j'en profite pour ranger une étagère. C'est pareil dans la relaxation : parfois il faut être en contact, parfois à distance... Je suis moins à l'aise avec un homme, mais j'ai appris avec le temps. »*

De même lors de touchers rectaux, de poses de sondes urinaires, etc... où tentent de s'équilibrer pudeur et intrusion.

IV - CONCLUSION

Sachant que soulager les douleurs et apaiser la souffrance est prioritaire en fin de vie, les lieux de vie revêtent aussi une importance majeure. Sont-ils compatibles avec le respect de l'intimité dans les hôpitaux ? Penchons nous sur la nature des lits, la surface des chambres, les conditions d'ouverture des portes, l'isolation phonique... Favorisons quand c'est possible les retours à domicile. Utilisons au maximum toutes les ressources familiales.

L'amélioration de la médicalisation et de l'accompagnement des malades en fin de vie les aide ainsi que leurs proches à se réapproprier ce qui leur appartient : on voit alors une expansion

du champ relationnel. La sexualité en est une composante importante, exceptionnellement dans son épanouissement complet ; mais laissant place à de la tendresse, des caresses, toutes sortes de désirs et de plaisirs. Comment en tenir compte sans faire intrusion, le risque étant marqué d'un manque de pudeur et d'un abord dogmatique au nom d'une approche globale.



M. le Dr Philippe CECCALDI
*Psychiatre en unité
de Soins Palliatifs*

Mme le Dr Anne SERISE-DUPUIS
Psychiatre, Psychanalyste

TÉMOIGNAGES

AU SUJET DE LA SEXUALITÉ DES PATIENTS

Expérience de souffrance émotionnelle partagée pendant un soin.

Je suis infirmière en soins palliatifs et attentive à l'approche des soins au corps qui reste le meilleur moyen de créer un lien humain riche de sensations et d'émotion.

C'est à l'occasion d'un bain de détente proposé à madame D. qui est suivie depuis de nombreuses années, que cette expérience partagée me reste en mémoire et continue à m'interroger.

Madame D. âgée de 61 ans, est une personne vive d'esprit, ayant gardé toutes ses moyens de communication et toutes ses facultés psychologiques. Elle oscille entre l'expression de sa souffrance avec des idées de mort et sa capacité à saisir les occasions qui lui permettent des moments d'évasion, face à sa maladie neurologique dégénérative qui lui grignote inexorablement ses aptitudes motrices.

Son humeur varie entre la gaieté euphorique et la tristesse dépressive. Elle favorise une relation très personnalisée avec chaque soignant et entretient avec eux un lien particulier qui implique l'ensemble de l'équipe.

Son mari, très présent le long de sa maladie, profite des temps d'hospitalisation périodiques pour investir du répit face à cette situation de souffrance.

Le bain à bulles est l'occasion de faire des mouvements de décontraction de tous les

muscles du corps qui souffrent de crampes, de raideurs douloureuses.

La psychomotricienne du service a instauré l'utilisation de bain moussant parfumé et d'une ambiance musicale pour favoriser cette atmosphère de décontraction qui doit garder un rythme tonique et vivifiant pour répondre au goût de madame D.

Elle choisit un disque et nous entrons toutes les deux dans une complicité gaie et gratifiante.

La température de la salle de bain est chaude, la musique est forte et nous nous amusons de notre excitation mutuelle qui monte. La complicité est présente, elle nous incite à des expressions que je reconnais enfantines et régressives, mais nous le souhaitons dans une entente tacite. On s'éclabousse, on rit, elle rythme la musique en chahutant... et ma blouse est toute mouillée !

Sentant le moment venu d'aborder le temps de la détente et du calme après l'excitation, je propose le moment du savonnage et du massage avec la douchette. L'approche du corps se fait avec des gestes lents et minutieux. Les membres se relâchent et la détente s'exprime dans un abandon de l'ensemble du corps qu'elle laisse flotter avec plaisir.

L'échange verbal fait place aux souvenirs de jeunesse en vacances au bord de la mer

dans les années 70. Nous évoquons la mode du naturalisme et la liberté qui accompagnait cette période. L'évocation des amours de son début de vie l'amène dans des confidences que j'écoute en me centrant avec application sur les massages de ses pieds, ses mollets, ses cuisses...

Soudain, j'entends des sanglots et en levant les yeux, je vois son visage plein de larmes. Surprise, je lui demande ce qu'elle a et dans un discours haché, elle me parle de sa misère affective actuelle, avec des désirs qu'elle ne peut exprimer à son mari, l'incompréhension qu'elle ressent devant les avances qu'elle lui adresse... subitement elle passe à la colère et parle d'infidélité, soupçonne une autre femme... accuse son mari de trahison !

Je me sens démunie devant ce désespoir violent et soudain. Je bredouille des mots de réconfort qui me semblent maladroits et pas adaptés. Je désire finir le soin en prenant conscience de ma difficulté. Pendant cette confusion, l'aide soignante entre dans la salle de bain et met, par son arrivée, un terme à la confiance. Seuls les échanges de regards vont mettre fin entre nous à ce moment d'abandon intime.

En installant plus tard madame D. dans sa chambre, je suis inquiète de ce vécu et je cherche à comprendre ce qui

a déclenché une situation douloureuse alors que l'objectif était la détente et le confort.

Comme par réflexe, je pense à une erreur dans la prise en charge du soin. Suis-je allée trop loin dans l'intimité ? Les gestes de soin ont-ils pu faire naître cette réaction ?

Je pensais plus à moi qu'à elle, me sentant menacée devant la confiance de cette blessure dans un domaine lié aux sentiments et à la sexualité. Pourquoi ?

J'ai pris le parti de partager avec la psychologue et un

médecin du service cet événement. Je ne me suis pas avancée à le partager en équipe plus large, par pudeur, par crainte d'un jugement sur le déroulement du soin. .

Je reste persuadée qu'une formation sur la sexualité et la maladie, permettrait aux soignants de recevoir et de comprendre ce qui se joue dans ces moments de soins corporels. Ces derniers ouvrent les émotions et libèrent la parole sur la sensualité engourdie par la maladie. L'éveil des sens peut réactiver la souffrance d'un corps qui n'est

plus en capacité d'éveiller le désir.

Je regrette de ne pas avoir pu revenir sur le sujet auprès de Madame D., avec l'aide d'un tiers. La pudeur s'est installée entre madame D. et moi. Notre complicité n'a jamais été, par la suite, aussi proche que cette fois là.

Je garde le souvenir de cette femme pleine de vie et de sensibilité comme une des rencontres précieuses dans ma profession.

Dominique DUBOIS
*Infirmière - Equipe Mobile
de Soins Palliatifs*

TÉMOIGNAGES

La sexualité est dite puisqu'elle ne peut plus être agie. Mais la sexualité est bien là, tant qu'il y a langage et rencontre, tant qu'il y a la vie.

Aborder la question de la sexualité en fin de vie laisse évidemment supposer que celle-ci ne va pas de soi.

D'ailleurs, de quelle sexualité s'agit-il ? Dans quels contextes de fin de vie pourrait-on observer des modifications sensibles des comportements sexuels habituels ? Ou bien plutôt, dans quelles situations particulières de cette fin de vie peut-on imaginer que perdure une sexualité ou du désir ?

Evoquer la sexualité des êtres humains ne doit pourtant pas nous conduire à se restreindre dans la réflexion à la seule interrogation sur les pratiques sexuelles, mais surtout de poser préalablement que les êtres parlants que nous sommes sont sexués et ne sont pas sans savoir qu'ils sont mortels, du fait du langage. La sexualité et la mort sont d'abord des actes de langage. Sexualité et mort sont structurellement noués dans la condition humaine. Poser la question de la sexualité, c'est donc aussi se questionner sur le début et sur la fin de la vie, à moins qu'il ne s'agisse que de considérations de mécanique des fluides ou de normes sociales.

Sexualité et fin de vie ne vont pas ensemble, ne font pas « bon ménage » avec notre moralité.

C'est bien la raison pour laquelle le sujet est si peu abordé, paraît incongru, reste tabou dans la littérature, dans les pratiques soignantes et finalement reste refoulé dans l'inconscience de nos fantasmes enfouis.

Pourtant, acteurs et témoins confrontés aux situations palliatives peuvent entendre des confidences ayant trait au désir, à la sensualité, à la sexualité, à la séduction, à l'amour, sous toutes ses formes ; et selon les registres nuancés de la pudeur, de la honte, du doute, de l'interrogation, de la culpabilité, de la revendication, de l'évocation lointaine pour masquer le désir, du silence assourdissant, de la sublimation artistique...

Ainsi, Gisèle me confiait que sa sexualité s'était interrompue dès le début de sa pathologie cancéreuse, dès l'ablation de son sein. Elle en avait « fait le deuil » en même temps que sa féminité, disait-elle même qu'elle avait été une belle femme qui plaisait aux hommes, avait eu beaucoup de succès, de nombreuses aventures.

Et puis plus rien, l'abstinence, le renoncement, la punition ; sauf une fois, il y avait quelques années, où elle s'était laissée séduire par son premier kinésithérapeute, un « type sans doute bi-

zarre pour s'intéresser à elle», qui d'ailleurs n'était plus revenu.

Elle se savait alors «condamnée», quelques semaines avant sa mort lorsqu'elle me confia cet événement, à moi, son dernier kinésithérapeute. Quelle belle manière astucieuse de présenter

dans le langage un passage à l'acte sulfureux et interdit, de faire survivre la femme face à un soignant qui n'en est pas moins un homme. Le désir est là comme dernier rempart de la vie face à la mort qui se profile.

Francis ROBERT

Masseur-kinésithérapeute en soins palliatifs

TÉMOIGNAGES

La sexualité en E.H.P.A.D. Quelques témoignages

En E.H.P.A.D., à la maladie grave et évolutive souvent présente, s'ajoute le grand âge. La satisfaction des besoins sexuels réels ou parfois simplement fantasmés des résidents s'en trouve compliquée, ce que confirment les quelques témoignages d'accompagnants bénévoles qui suivent.

D'abord ce vieux monsieur, nonagénaire qui souvent, voyant passer les jeunes femmes du personnel, regrettait de «ne pas pouvoir avoir des relations sexuelles». Ceci dit en confidence, avec un sourire malicieux et en faisant comprendre, que ce n'était pas lui qui était trop vieux mais «elles qui étaient trop jeunes» !

Ce même monsieur qui, voyant un jour, passer devant lui, une dame très diminuée, en fauteuil roulant, avait confié au bénévole, «c'était ma maîtresse, d'ailleurs sa fille le savait... mais maintenant dans l'état où elle est...». Au bénévole dubitatif le personnel confirmait bien que quelques mois plus tôt, lorsque cette dame était en meilleure forme, ce monsieur allait la nuit, la rejoindre dans sa chambre !

Autre exemple, le rapprochement d'une résidente et d'un monsieur nouvellement arrivé dans l'E.H.P.A.D. Le couple très vite formé par ces deux personnes intellectuellement très vives, loin de se cacher, s'affichait librement aux yeux de tous. Ainsi, devant leur petit groupe de discussion de l'après-midi, même en présence du bénévole, «les tourtereaux» comme disaient les autres résidents, se tenaient la main, échangeaient des mots tendres et souvent même, s'embrassaient.

Cette idylle offerte aux yeux de tous, dont on ignorait jusqu'où elle allait, occupait beaucoup les autres résidents. certains étaient complices et visiblement s'en réjouissaient. D'autres, jaloux peut-être ou simplement choqués, détournaient les yeux ou faisaient parfois des réflexions... comportement de «filles et garçons dans une cour de récréation d'école primaire», suggérait un médecin-psychiatre en soins palliatifs auquel on décrivait cette situation.

Dans tous les cas, ce sont des comportements de femmes et d'hommes qui, bien qu'âgés et souvent dimi-

nués, n'éprouvent pas moins des sentiments, des pulsions même parfois et développent des comportements de séduction.

Au sein d'une structure pour personnes âgées ces comportements semblent difficiles à assumer par les acteurs et sans doute pas facile à accompagner pour le personnel soignant.

En effet la sexualité du 4^{ème} âge, comme celle des personnes malades, reste encore tabou dans notre société.

**Des accompagnants
bénévoles
en E.H.P.A.D.**



BIBLIOGRAPHIE

- ❑ BUREAU Jules (1995) psychologue, professeur retraité département de sexologie UQAM
"L'intimité et l'identité sexuelle : une approche existentielle" - Revue sexologie, vol.3, n.1, p.17.
- ❑ DILL François, psychologue, unité François Xavier, "Sexualité et soins palliatifs, 2000"
- ❑ MEMIN Charlotte : "Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge"
Gérontologie et société, France, 2001/09, volume N° 98, 189-196.
- ❑ PÉLICIER Yves (1995), "Psychologie, cancers et société" - Editions L'Esprit du temps.
- ❑ SALOMÉ Jacques (1998), "Apprivoiser la tendresse" - Editions Jouvence Gaillard.
- ❑ SALOMÉ Jacques, GALLAND Sylvie (1990), "Si je m'écoutais, je m'entendrais"
Les Editions de l'Homme.
- ❑ THÉRIAULT Jocelyne (1995), Département de sexologie UQAM,
"Réflexion sur la place de l'intimité dans la relation érotique et amoureuse" - Revue Sexologique 3
- ❑ Le Congrès du Soins Palliatif du Québec : Robert FONTAINE,
"La sexualité en fin de vie : un mythe ou une réalité !"
- ❑ Etude menée sur la sexualité par M. I. ROTHENBERG et A. DUPRAS :
"La sexualité des personnes en fin de vie".
- ❑ 12^{ème} Congrès National de la SFAP, les 15, 16 et 17 juin 2008.

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION ALLIANCE

Jusqu'au bout accompagner la vie.

5, Rue du Haut Queyron - 33000 BORDEAUX
Tél. 05 56 69 85 52 - Fax : 05 56 86 90 63 - Courriel : federation@alliance.asso.fr

Nous vous invitons à visiter notre site Internet : www.alliance.asso.fr



Directeur de Publication : Marie-Ange GUIGNARD

Comité de Rédaction :

Clarisse ROBERT de BEULE - Marie-Ange GUIGNARD - Jean-Pierre NECOL - Roger SAHUN

Ont collaboré à ce numéro :

Philippe CECCALDI - Anne SERISE-DUPUIS - Francis ROBERT - Dominique DUBOIS
et des Bénévoles Accompagnants d'Alliance

Mise en page : Simone HIVERT - Crédit photos : Internet

Impression :

BORDEAUX IMPRESSION - 86 COURS DE LA MARTINIQUE - 33000 BORDEAUX

Dépôt légal de parution - ISSN 1958-153X - Tirage en 1500 exemplaires