

Comité d’Ethique

Avis n°8

Juillet 2017

Quelle intimité sexuelle pour les personnes âgées en institution ?

Le Comité d’éthique a été sollicité à propos de la sexualité des personnes âgées en institution :

« Nous sommes souvent interpellés en tant que soignants concernant la question de la sexualité entre deux patients, s’ils sont dans une institution : que ce soit sur un lieu de vie (établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], maison de retraite) ou dans un lieu de soin (hôpital de jour [HDJ], hospitalisation complète).

Je souhaiterais si cela est possible que vous centriez la problématique sur les personnes âgées, particulièrement celles dont la responsabilité est partiellement altérée (troubles délirants, troubles cognitifs dans le cadre d’une démence)».

***« Je ne connais pas la question,
mais le sexe est sûrement la réponse »***

Woody Allen

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	p 3
II – LE CONTEXTE	p 4
Contexte juridique	
Contexte philosophique	
Contexte sociétal et clinique	
III – PROBLEMTIQUE ETHIQUE	p 6
Les usagers	
Les proches	
Les soignants	
L’institution	
IV – CONCLUSION	p 11
En pratique...	p 12
Annexes	p 13

Le Comité d'éthique a été sollicité à propos de la sexualité des personnes âgées en institution :

« Nous sommes souvent interpellés en tant que soignants concernant la question de la sexualité entre deux patients, s'ils sont dans une institution : que ce soit sur un lieu de vie (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], maison de retraite) ou dans un lieu de soin (hôpital de jour [HDJ], hospitalisation complète).

Je souhaiterais si cela est possible que vous centriez la problématique sur les personnes âgées, particulièrement celles dont la responsabilité est partiellement altérée (troubles délirants, troubles cognitifs dans le cadre d'une démence)».

I - INTRODUCTION

La sexualité est consubstantielle à l'univers du vivant, à l'humanité. Pourtant, son expression est très liée à la culture et à l'époque.

La sexualité est également très intime, portée par des valeurs propres à chacun. Elle renvoie à des représentations différentes pour la personne soignée ou accueillie, pour ses proches et pour les professionnels.

La société occidentale moderne valorise la notion de liberté, qu'elle associe à la jeunesse, la performance individuelle. La vieillesse, la défaillance, la faiblesse, le handicap, la diminution du discernement font peur. On peut y être sensibilisé, on peut être solidaire, mais pour autant, il est rarement question de la vie intime ou de la vie sexuelle des personnes âgées.

A l'heure où le respect de la vie privée est une valeur centrale de la société contemporaine, la question de l'intimité sexuelle des personnes âgées se heurte à la réalité selon laquelle, le plus souvent, la fin de vie se déroule en collectivité (Hôpital, EHPAD, maison de retraite...).

La question implique les patients (ou résidents) mais également leurs familles, les soignants, l'institution. Elle nécessite d'envisager le contexte philosophique, juridique, sociétal et clinique et d'en dégager quelques éléments de réflexion sur les enjeux éthiques.

La question de l'intimité sexuelle des personnes âgées hospitalisées ou accueillies en établissements médico-sociaux se pose pour toute personne accueillie, et tout particulièrement pour celles dont le discernement est altéré.

II – LE CONTEXTE

« J'ai 78 ans, je suis veuve, ici j'ai rencontré un ami un peu plus âgé, avec qui je souhaite partager un peu plus que cette tendresse qui s'est installée petit à petit entre nous. Mais nos enfants pensent que nous sommes trop vieux pour cela... Quant aux soignants, nous n'osons leur en parler... »

« Un homme, souffrant d'une démence de type Alzheimer, vit en EHPAD. Une résidente souffrant d'une autre forme de démence l'embrasse, le touche, rit avec lui et le fait un peu sortir de sa léthargie.

Sa femme lui rend visite presque tous les jours ; parfois, il dort ou bien il la rejette et ne la salue pas. Un jour, elle constate que son mari a l'air très heureux avec cette autre résidente. Il la réclame, répète son prénom. Elle en sourit, mais dans le même temps elle est blessée. Les soignants envisagent d'éloigner la résidente. »

1) Contexte juridique

Le droit français reconnaît à chacun un droit au respect de son corps (Code civil, art. 16-1) et au respect de sa vie privée (Code civil, art. 9), mais c'est le droit européen, applicable directement sur le territoire national, qui consacre explicitement la liberté sexuelle comme droit fondamental (Cour européenne des droits de l'Homme 17 févr. 2005, n^{os} 42758/98 et 45558/99, *aff. K. A. et A. D. c. Belgique*)

En principe, toute personne est libre d'avoir une activité sexuelle dans la limite du respect du consentement d'autrui. Un règlement intérieur ne peut donc, sans violer la liberté des usagers, interdire de façon générale et absolue l'activité sexuelle au sein d'un établissement.

(Cour d'Appel de Bordeaux, n° 11BX01790, 6 nov. 2012).

Cependant, afin d'assurer la protection des personnes non-consentantes ou inaptes à exprimer un consentement libre et éclairé, des restrictions peuvent être admises dès lors qu'elles sont proportionnées.

2) Contexte philosophique

Quelques éléments philosophiques et historiques permettront d'ouvrir des pistes et de nourrir les réflexions. Elles n'ont toutefois pas la prétention d'apporter une réponse définitive et univoque.

Il serait risqué de réduire la gêne suscitée par la question de la sexualité à une lutte entre une conception obscurantiste moyenâgeuse et une conception plus rationnelle, moins normative, celle de la philosophie du Siècle des Lumières.

Ce point de vue reviendrait à limiter la question à une contradiction entre une morale « bourgeoise » dominante, et des forces de progrès qui permettraient de se libérer de cette

morale répressive. Selon la morale « bourgeoise », la sexualité ne serait acceptable que dans son lien indissoluble à l'enfantement. Le sujet âgé est ainsi exclu de son champ.

L'apport psychanalytique donne à la sexualité valeur de tabou : c'est une interdiction d'origine inconnue, privée de fondement, incompréhensible, mais partageable pour ceux qui se trouvent sous sa domination (Freud). S'opposer à un tabou est d'autant plus difficile qu'il est « *plus ancien que les dieux et remonte aux temps antérieurs à toute religion* »¹.

Ainsi, le poids du religieux d'une part, le tabou selon la conception freudienne d'autre part, s'opposeraient à une conception plus permissive de la libération des mœurs.

En fait, la question est philosophiquement plus profonde et dépasse cette problématique duelle.

Pour dépasser la question du tabou et accepter la sexualité, à tout âge et dans le respect d'autrui, il paraît essentiel de se reconnaître comme mortel au sens de Montaigne : « *philosopher, c'est apprendre à mourir* »². Il convient de reconnaître que la finitude est liée au désir, elle est une composante inéluctable de toute vie.

Une telle lucidité ne suppose, ni de refouler tout désir en soi, ni de déplorer notre condition de mortel, mais au contraire d'accepter que nous sommes à la fois « être de désir » et sujet mortel. Ainsi, la question philosophique est plutôt celle du rapport entre Eros et Thanatos.

Cette question devient plus aiguë au fur et à mesure du vieillissement.

Vladimir Jankélévitch avance que le vieillissement n'a rien à voir avec « *une raréfaction de l'être ni avec une exténuation de l'épaisseur vitale. La vieillesse est un mode d'être comme la jeunesse et l'âge mûr ; et ce mode d'être n'est déficient que pour une surconscience synoptique et à condition de comparer, de mesurer ou de juger du dehors ; vécu du dedans, le présent sénile n'est pas plus vide pour l'homme âgé que le présent juvénile pour l'homme jeune : il a seulement une autre allure, un autre rythme, un autre tempo ; une tonalité différente. Et de même que le retraité a des plaisirs de retraités, forme des projets de retraités, cherche des distractions à sa mesure, de même que les malades dans les hôpitaux connaissent de petites joies d'hôpital et des soucis d'hôpital, ainsi le vieillard s'installe et s'arrondit dans sa manière d'être de vieillard, dans son présent sénile ; et ce présent sénile, encore que vécu au ralenti, est un présent viable et complet, et, en son genre, absolu comme tous les présents ; le présent sénile se suffit à lui-même aussi bien que le présent adulte* »³.

Cette lucidité permet d'accepter le désir de l'autre en comprenant qu'il n'a pas de rapport avec l'âge.

Une telle conception de l'existence paraît à même de nous permettre de vivre harmonieusement en société et d'accepter d'autant plus facilement nos apparentes différences, quelles soient d'ordre sexuel ou temporel.

¹ Sigmund Freud : Totem et tabou : chapitre 2 : Le tabou et l'ambivalence des motions de sentiment

² Montaigne : Essais : Livre I, chapitre 19 : Que philosopher, c'est apprendre à mourir ; Livre I, chapitre 57 : De l'âge.

³ Vladimir Jankélévitch : La Mort, chapitre 4 : Le Vieillissement

3) Contexte sociétal et clinique

« *L'amour n'a point d'âge, il est toujours naissant* »⁴, avec l'âge et l'approche de la fin de vie Eros vient encore et toujours concurrencer Thanatos ; pulsion de vie, pulsion de mort s'affrontent tant que la vie est là. Mais les effets du vieillissement retentissent sur la physiologie de la sexualité et modifient les pratiques sexuelles.

Les mariages des séniors n'ont cessé d'augmenter et des études montrent qu'une proportion importante d'hommes et de femmes ne souhaitent pas renoncer à la sexualité.

Le veuvage, l'isolement, la difficulté à trouver un partenaire, surtout pour les femmes (ratio de 4 femmes pour 1 homme après 80 ans), marquent bien souvent l'arrêt de l'activité sexuelle mais pas l'extinction du désir. Chez la personne âgée, l'activité sexuelle peut avoir tendance à diminuer, mais de manière très variable d'une personne à l'autre. Maisons de retraite, EHPAD, lieux de vie et de socialisation relancent la possibilité de nouvelles rencontres. L'activité sexuelle sera alors complexifiée par le lien patient/soignant/famille. Il convient de distinguer ces lieux de vie, définitifs en général, sans perspective de retour à domicile, des lieux de soin, qui accueillent temporairement le patient, où la question de la sexualité ne se pose pas dans les mêmes termes.

Pour l'être humain, la sexualité ne peut se résumer à la physiologie d'un organe. Elle fait appel à une multitude d'éléments extérieurs qui l'influencent : fantasmes, histoire personnelle, expériences précédentes, culpabilité, contexte, etc. Elle met en jeu la question du rapport à l'autre dans la relation, l'affectivité, la qualité relationnelle. Dans la plupart des cas, pour les personnes âgées, elle peut être pratiquée sans risque pour la santé. En revanche, elle peut être influencée par de multiples facteurs intercurrents : pathologie somatique, traitements médicamenteux, dépression, crainte de l'échec, autocensure, etc. Si le risque d'une grossesse ne se pose plus, la question de la protection des maladies sexuellement transmissibles (en nette augmentation chez le sujet âgé) ne doit pas être négligée.

III – PROBLEMATIQUE ETHIQUE

La question posée témoigne de la difficulté des équipes, dans leur grande majorité, à parler de la sexualité dans un service. Là où de nombreux autres sujets sont largement évoqués, débattus, discutés entre soignants de manière informelle ou dans le cadre de réunions cliniques, il n'est pas si fréquent d'aborder sans détour la question de la sexualité. On observe une certaine pudeur à parler de ce sujet. Pour certains, il peut s'agir de véritables tabous.

Pourtant, en dépit de la complexité de la question, il est nécessaire de l'aborder. Ne pas en parler revient à prendre le risque de s'exposer à ce que les difficultés surgissent de façon imprévisible, abrupte, voire violente. Car la sexualité fait partie de la vie ; le sujet ne peut être évité. Pour traiter de la question en termes éthiques, il convient d'identifier les valeurs en jeu afin que chacun – la personne concernée, ses proches, les soignants, l'institution – soit en mesure d'opérer un arbitrage entre ces valeurs au cas par cas, dans le respect de la dignité de la personne.

⁴ Blaise Pascal

Les usagers, patients hospitalisés ou résidents en EHPAD, sont les premiers concernés car il s'agit de leur sexualité. Le vieillissement n'est pas une maladie en soi ; on ne peut donc, par principe, limiter les besoins fondamentaux de la personne pour cette raison, qu'il s'agisse du besoin affectif, relationnel, sexuel ou, plus largement, du besoin d'exercer son libre arbitre. Force est de constater que la sexualité s'exerce en institution, d'autant plus lorsqu'il s'agit du lieu de vie (EHPAD). Elle peut être solitaire ou partagée, homosexuelle ou hétérosexuelle, s'exercer dans la continuité d'une relation lorsqu'un couple intègre un établissement ou surgir à la faveur de nouvelles rencontres au sein de l'établissement.

Dans tous les cas, c'est l'autonomie de la personne qui est en jeu.

L'autonomie n'a pas le sens d'une indépendance totale, mais plutôt d'un rapport dynamique à l'autre. La personne est autonome lorsqu'elle est à même de prendre des décisions prenant en compte son environnement et qu'elle peut interagir avec l'entourage. L'autonomie prend un sens particulier ici, car la personne est non seulement membre de la société, mais également membre d'une collectivité, l'institution dans laquelle elle réside. Apprécier l'autonomie de décision d'une personne peut s'avérer délicat lorsqu'il existe des troubles cognitifs ou une altération du jugement. La question éthique prend, dans le cas où les capacités de discernement sont atteintes, une dimension particulière. Elle pose alors la question de la responsabilité endossée par les proches, les soignants, l'institution.

L'être humain est un être social au sens où il se construit et évolue dans un rapport à l'autre et dépend de la reconnaissance de l'autre. L'entrée en institution signe un changement dans les relations avec **les proches**. Ces derniers accompagnent la personne hébergée dans un processus de perte d'autonomie, que ce soit au plan fonctionnel ou cognitif. Il existe donc un risque qu'ils s'approprient les choix de la personne en pensant faire ce qui est bon pour elle. Les proches peuvent craindre les abus, en particulier lorsque les capacités de discernement de la personne institutionnalisée sont altérées. Par ailleurs, lorsqu'ils assument la responsabilité financière, ils peuvent également être tentés d'utiliser leur position pour faire valoir des exigences quant au traitement de leur proche en institution.

Certains proches ont une position particulière vis-à-vis de la personne concernée, du fait de leurs relations de famille. Le conjoint peut avoir la crainte que le couple qu'il forme avec la personne institutionnalisée soit menacé par des relations nouvelles au sein de l'établissement. Les enfants peuvent éprouver une gêne à envisager une nouvelle relation pour leur parent. Cependant leur position n'est pas ici différente de ce qu'elle est dans un contexte classique. Ainsi, dans la vie courante, les enfants n'imposent pas leurs vues quant aux choix affectifs ou sexuels de leur père ou mère ; il devrait en être de même lorsque ce dernier vit en institution. Quelles que soient les représentations sociétales, les différences culturelles, le poids du religieux et la libération des mœurs, le tabou, l'irreprésentable de la vie sexuelle de sa parenté persiste. Pas plus que nous concevons la mort, nous ne concevons la sexualité de nos ascendants.

La question sexuelle dans les établissements, lieu de vie ou lieu de soins, est une question en soi problématique, le plus souvent elle divise **les soignants**. En effet, le premier outil dont dispose le soignant, c'est lui-même, sa propre personne. C'est à travers la relation qu'il va entretenir avec le patient qu'il pourra à la fois connaître le malade et comprendre ce qu'il a. Cette relation est l'un des pivots du soin, en même temps qu'elle détient en elle-même un pouvoir thérapeutique.

Pourtant un savoir-être et un savoir-faire au service de cette relation ne permettent pas de faire face à la sexualité en institution sans une réflexion préalable. Aborder la problématique de la sexualité dans un établissement qui accueille des personnes âgées, c'est d'abord être confronté à ses propres représentations, la sexualité de l'autre interpelle au plus profond de soi. Elle peut être vécue comme agressive, gênante pour le soignant, elle fait effraction dans la relation si elle n'a pas été envisagée, pensée auparavant. La sexualité des autres dérange, celle des personnes âgées encore plus, d'autant que les professionnels sont souvent jeunes, dans « la force de l'âge », ils sont interpellés par la vie sexuelle de personnes qui pourraient être leurs « vieux ». La question éthique est ainsi traversée par le poids de l'opposition mort/sexualité.

On comprend dès lors qu'il existe une difficulté réelle à aborder la sexualité dans les services. Pour chaque professionnel, il s'agit de gérer sa propre gêne avec cette sexualité (banalisation, attitudes moralisatrices, évitement...) à laquelle vient s'ajouter celle de devoir partager une parole, sur cette question, avec les autres membres de l'équipe, chacun ayant un point de vue, un ressenti propre. Il n'est pas aisé d'échanger en équipe, la peur d'avoir une position trop moralisatrice ou au contraire trop libre sur le sujet peut faire craindre à celui qui s'exprime de s'exposer à un jugement. Les formes, les limites de la sexualité qui choquent ne sont pas les mêmes d'un soignant à l'autre et il est difficile d'en parler, de pouvoir verbaliser ses interrogations.

Les représentations pour chacun de ce qu'est la sexualité influencent les pratiques, les propos.

La formation des soignants, habituellement limitée sur le sujet de la sexualité et de sa prise en considération dans les soins, n'est pas de nature à permettre une vraie réflexion sur l'impact de ses représentations propres. Les mécanismes de défense à l'œuvre au quotidien qui permettent au soignant de « toucher », d'être dans un relationnel compatible avec une « bonne distance thérapeutique » peuvent, s'ils n'y prennent garde, leur faire oublier l'existence, la légitimité et la nécessité de composer avec la sexualité. Pourtant, quels que soient les a priori et les croyances des personnels, en institution pour personnes âgées, ils ont à faire face au désir charnel de personnes vieillissantes, au corps flétri, dégradé, corps de l'autre qu'ils ont appris à voir « asexué », pour reconnaître la pathologie, pour soigner, toucher.

La responsabilité est une valeur forte du soignant, elle va de soi mais elle nécessite d'être examinée de près. En effet, la personne vieillissante et institutionnalisée est souvent assimilée à une personne vulnérable, qu'il faut protéger. Or, la diminution de ses capacités fonctionnelles n'impacte pas systématiquement ses besoins relationnels, affectifs ou sexuels ni son libre arbitre. La responsabilité suppose une appréciation du bien pour l'autre. Pour autant, il ne s'agit pas de vouloir le bien d'autrui à sa place, d'autant qu'il n'est pas aisé d'échapper à ses propres conceptions morales.

La responsabilité des soignants ne s'étend donc pas aux choix de vie des personnes du fait de leur entrée en établissement mais est justifiée si des signes de démence sont apparus.

La démence s'accompagne le plus souvent d'un déclin de l'intérêt sexuel, mais des personnes, éloignées des relations affectives et sexuelles qui étaient les leurs, peuvent continuer à manifester le besoin de contact physique et de tendresse.

Dans le contexte d'une pathologie démentielle, certains comportements inappropriés ou une hypersexualité peuvent apparaître. Cependant, la prévalence reste assez faible (entre 2 à 17% des personnes atteintes de démence) et les troubles du comportement sont fortement corrélés à la sévérité de la démence. Certaines démences comme les dégénérescences lobaires fronto-

temporales présentent une forme comportementale avec des comportements sexuels inappropriés (absence de distance, comportement exhibitionniste, jovialité excessive, etc.). Ils sont en lien avec un mauvais contrôle pulsionnel et la désinhibition. L'évaluation de ces comportements permet de s'assurer de leur caractère sexuel (un geste déplacé pour un soignant ne l'est pas forcément pour un patient) et du caractère inapproprié (une activité masturbatoire ne le sera pas dans l'intimité de la chambre). Elle doit permettre également de distinguer une activité sexuelle importante liée à la pathologie, d'un besoin relationnel lié à la peur de l'isolement et de la fin de vie. L'anamnèse indispensable s'accompagne du recueil de l'histoire de la personne, d'une connaissance de ses habitudes de vie, de ses valeurs, de ses références morales ou religieuses.

La sexualité des personnes démentes pose la question de leur capacité à consentir. En institution, l'évaluation de la compétence ou la capacité d'autonomie, définie comme la faculté de se déterminer par soi-même est une préoccupation des équipes soignantes.

La capacité à consentir, l'autonomie « décisionnelle » est évaluée au regard du contexte et de la décision à prendre : selon la nature et la complexité des décisions, la personne peut avoir perdu la capacité de prendre certaines décisions et conserver la capacité d'en prendre d'autres. L'évaluation distingue l'autonomie fonctionnelle : le sujet est-il capable de réaliser une tâche ? , de la capacité décisionnelle : est-il capable de décider quand et comment réaliser une action ? Apprécier les capacités décisionnelles est essentiel, sans quoi les évaluations risquent fort d'exprimer davantage les croyances ou les intérêts des tiers que les capacités réelles des personnes. Ainsi, l'autonomie est ici évaluée comme la capacité de « vivre » selon ses propres valeurs. Or, paradoxalement, l'autonomie décisionnelle, « *avoir une capacité à être son propre juge et à consentir, est longtemps possible chez des personnes atteintes de démence* »⁵. Ainsi, pour les plus vulnérables des personnes âgées qui effectivement doivent être protégées, le choix de vie n'est pas plus ou moins respectable en fonction d'un bilan cognitif.

La sexualité échappe au champ de la raison pour tout un chacun. Une formation spécifique, le travail des équipes sur le thème délicat de la sexualité des personnes âgées en institution permettent d'élaborer une réflexion sereine, étayée qui conduit à des attitudes justes pour les personnes concernées. Elle développe des qualités d'ouverture, de souplesse, permet de connaître ses limites, de ne pas être trop intrusif, ni trop émotif. Cette formation implique tout le monde : équipe et direction et nécessite un travail avec l'entourage.

De plus, face à un cas particulier, la formation permettra, dans un climat de confiance, de porter attention aux valeurs de la personne et de ne pas être dans l'arbitraire d'une décision.

Il n'appartient pas au professionnel de juger en fonction de ses propres critères mais d'être attentif aux valeurs des personnes trop souvent exposées à l'arbitraire. La responsabilité principale est de préserver la personne âgée dans ses droits et dans ses choix, la préserver d'un jugement personnel quel qu'il soit .

⁵ V. Lefevbre de Nouettes : « Sexualité et avancée en âge ». L'Information Psychiatrique 2015

L'institution. La liberté est une valeur fondamentale de notre société, c'est un principe général. Il s'applique aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il s'applique à l'exercice médical, la vie à l'hôpital ou en institution médico-sociale.

L'hôpital, l'EHPAD ou encore la maison de retraite sont des sociétés particulières dans lesquelles se jouent les mêmes enjeux, les mêmes évolutions que dans la société en général, mais de manière exacerbée. En outre, ces institutions de service public, accueillent des populations de toute origine, de toute religion. Chacune d'entre elles vit selon ses propres codes moraux, ses propres habitudes, certaines d'entre elles pouvant à l'occasion s'exprimer sur un versant communautariste.

L'institution, lieu de soin et lieu de vie est porteuse des mêmes droits qu'en tout lieu de vie.

Elle se doit de respecter la liberté des personnes qu'elle accueille. Ce n'est pas un lieu de non droit, les règles qui prévalent d'une manière générale dans la société prévalent dans l'institution. Les abus, là comme ailleurs, sont sanctionnés par la loi.

La vie en société impose des limites, ce qui est acceptable en institution s'appuie sur ce qui est acceptable habituellement en société. Nos habitudes, nos coutumes font appel, pour la vie relationnelle intime, à la discrétion, la pudeur, il en est ainsi par exemple pour les règles de bienséance (on n'arrive pas à moitié dénudé à table, pas de pratiques sexuelles en dehors de lieux préservant l'intimité...), de même les règles habituelles de la vie en société prévalent en institution.

Encore faut-il que les personnes disposent d'une véritable intimité (frapper à la porte sans attendre la réponse ne suffit pas, pas plus qu'une chambre dédiée aux relations sexuelles, qui écorne la notion d'intimité). Pouvoir disposer d'une intimité sexuelle nécessite que celle-ci soit pensée et prévue au sens de disposer d'un lieu à soi. Pour qu'une activité sexuelle puisse s'épanouir, elle requière un espace intime.

Si la collectivité crée des occasions de rencontres et que la socialisation est même encouragée, la sécurité est un devoir institutionnel généralement très investi par l'ensemble des professionnels. Bien-être, qualité de vie se conjuguent avec protection et responsabilité. Mais le poids de la vie collective restreint bien souvent la part de la liberté individuelle et de l'intime. Cela se traduit dans une organisation et une réglementation qui gommant les singularités⁶ au profit d'une « loi » privilégiant le confort du plus grand nombre (dans lequel il faut inclure le confort des professionnels). Ne pas être soucieux des singularités relève d'une forme de maltraitance. Chaque résident est libre et responsable de ses actes.

Pour les résidents présentant des troubles cognitifs ou des troubles psychiatriques sévères, l'établissement a une responsabilité morale d'évaluation des capacités de consentement et doit s'assurer que les relations ne leur portent pas préjudice. Assurer la sécurité, devoir institutionnel, suppose également d'interdire un comportement abusif et de ne pas méconnaître une infraction commise.

La protection des personnes ne peut être mise en avant comme un argument général et systématique. Ainsi, la restriction de liberté ne peut se faire qu'en fonction de critères légitimes, justifiés, caractérisés. Ce devoir ne peut être pris comme moyen d'ignorer la question de la sexualité des personnes âgées en institution.

La sécurité est un devoir institutionnel mais ne donne pas le pouvoir de nier un droit.

⁶ Le collectif « Grey Pride » se mobilise pour le bien vieillir et contre l'isolement des séniors L.G.B.T. Il souligne que cette population est rendue soit invisible soit dénigrée et rejetée en maison de retraite.

IV - CONCLUSION

Même si « l'amour n'a pas d'âge »... les stéréotypes liés à l'âge, les idées reçues sont encore bien présents.

L'entrée en institution signe un déclin de certaines capacités, de l'autonomie physique ou psychique et le recours fréquent à une vie plus ou moins médicalisée. Pourtant, les aspirations des personnes âgées dépendantes sont aujourd'hui celles des générations d'après mai 68 qui ont connu la libération sexuelle. Elles souhaitent, parfois revendiquent de demeurer libres de leurs choix de vie, de leurs rencontres, de leur corps, malgré leurs fragilités.

Comme dans la société, la vie affective et sexuelle, en institution, reste du domaine privé et intime. Les règles de vie dans les établissements ne sont pas différentes de celles qui prévalent hors institution. Elles impliquent les mêmes limites et interdits dictés par la loi, les mêmes règles de vie en société. Elles se limitent aux règles de pudeur, de bienséance, etc.

Les établissements ne peuvent instaurer une règle générale interdisant les pratiques sexuelles dès lors qu'il s'agit de lieux de vie, comme les EHPAD. Ils doivent prévoir des dispositions générales et particulières permettant de respecter au mieux l'intimité.

Le rôle de l'institution n'est pas d'interdire, ni de surveiller. Elle ne peut, non plus, tout admettre. Elle porte une responsabilité à l'égard des personnes vulnérables.

Au cas par cas, il convient d'évaluer la capacité de consentement, de discernement, pour les personnes dont les facultés cognitives sont altérées, du fait de la responsabilité de l'établissement à son égard, et non du fait d'un droit de regard.

Dans tous les autres cas, les personnes peuvent exercer leurs droits, être et rester libres de leurs choix.

Une des missions des établissements est de permettre l'émergence de discussions, de réflexions d'équipe sur ces sujets. Des formations dédiées, individuelles et collectives, favoriseront la réflexion, permettront d'intégrer cette question dans le projet global, afin de mettre de côté les représentations individuelles des professionnels. Ainsi, ils pourront conjuguer au mieux la nécessité de s'immiscer parfois dans la sphère de l'intimité et l'impératif du respect du droit à la vie privée.

Le droit à la sexualité est un droit universel, quelle que soit l'avancée en âge, la limite étant le consentement d'autrui. Si l'institution existe pour pallier certaines difficultés liées à la vieillesse, cela n'autorise ni à penser, ni à choisir à la place des usagers. Les lieux d'hébergement doivent promouvoir le respect de l'intimité des personnes et s'engager à respecter les choix des personnes même s'ils heurtent les convictions des professionnels.

Préserver la personne âgée dans ses choix et ses droits est un engagement sociétal.

En pratique...

- *Permettre* que puissent exister les aspirations humaines, affectives et sexuelles qui correspondent aux besoins relationnels quel que soit l'âge et lutter contre les stéréotypes liés à l'âge.
- *Former* tous les professionnels soignants, d'encadrement et de direction afin qu'ils acquièrent les outils d'une compréhension ouverte à des valeurs différentes des leurs.
- *Envisager les outils de réflexion* (supervisions, connaissance de la loi, information sur la sexualité, la physiologie).
- *Evaluer*, au cas par cas, les capacités de discernement et de consentement pour une personne vulnérable. C'est une responsabilité, pas un droit de regard.
- *Partager avec les proches sur le sujet.*
- *Concevoir* une « charte du bien-vivre ensemble » élaborée avec les usagers.
- *Ne pas banaliser.*

Annexes

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

L'OMS définit la santé sexuelle comme suit : « *La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. 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 sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.* »

Etude de LINDAU 2007

Dans une population étudiée entre 57 et 87 ans, 83,5% des hommes et 74,4% des femmes maintiennent des relations sexuelles.

Membres du Comité d'éthique (juillet 2017)

Mme CORMERY Anne-Claire

Mme COSTE Cécile

Présidente

Mr COT Michel

Mme SEGUIER Nicole

Mr GASTAL Antoine

Vice présidente

Mme KAMANA Mujinga

Mme LASCOMBES Sophie

Mme LAPLANCHE Laurence

Président d'honneur

Mme LASCOMBES Sophie

Mr WINDISCH Marc

Mme MATTIUSSI Julie

Secrétaire Générale

Mme PINTO Christine

Mme HOUPIN Florence

Mr RENAUD Pascal

Membres d'honneur

Mme ROSSO Nathalie

Mme ROCHE RABREAU Danièle

Mme RUEL Christine

Membres

Mr RYBAK Christian

Mme AFRIAT Mélanie

Mr VALIDIRE Pierre

Mme BASSI Véronique

Mme VAUTRIN Isabelle

Mme BRENNETOT Naïma

Mme VOGÉ Agnès