



Principes et recommandations éthiques pour le respect de l'intimité et de la sexualité en EMS et en EPSM, à l'égard des résidentes, résidents et du personnel

Postulats

L'accès à une vie affective et intime, ainsi qu'à une sexualité sont des droits et des besoins fondamentaux et peuvent s'exercer de multiples façons, que ce soit de manière individuelle, ou à plusieurs, d'une union existante, occasionnelle ou néo-formée.

Le contexte culturel, social et politique en matière de sexualité et d'intimité a grandement évolué depuis le début du XX^{ème} siècle. Il convient d'en prendre conscience lors de l'accompagnement des besoins et limites en matière d'intimité et de sexualité des personnes âgées aujourd'hui. De la même manière, il convient de prendre en considération le contexte actuel pour un accompagnement situationnel de chaque bénéficiaire, quel que soit son âge, son orientation sexuelle et l'expression de son genre.

Les personnes accueillies en EMS et en EPSM ont un rapport à la sexualité et à l'intimité qui est soit conservé, soit entravé par des aspects somatiques (vieillesse, impotence, maladie), sociaux (veuvage / séparation), psychiatriques (troubles cognitifs et psychiatriques, paraphilie¹), ou encore par une situation de handicap. En institution, il arrive par ailleurs que la personne soit placée dans le cadre d'une obligation de soin à la suite d'une condamnation pénale en lien avec des déviances sexuelles.

Dans un contexte institutionnel déjà contraignant, les personnes LGBTQIA+ font, au surplus, face à une société encore souvent intolérante, voire non-acceptante envers leur orientation sexuelle et leur identité et expression de genre. En effet, comme le montre la revue annuelle 2023 de l'ILGA², la Suisse a encore du travail à faire concernant la protection des droits humains des personnes LGBTQIA+. Bien que la situation évolue d'année en année sur de nombreux plans (intégrité physique, droits des familles arc-en-ciel, reconnaissance légale du genre, etc.), une augmentation de 50 % du nombre de crimes haineux envers les personnes LGBTQIA+ a été recensée par rapport à 2021³. De plus, en 2022, la Haute École de Lucerne, mandatée par le Conseil fédéral, a publié un rapport³ révélant qu'en Suisse, les personnes LGBTQIA+ étaient désavantagées en matière de santé psychique et sexuelle par rapport aux personnes hétérosexuelles cisgenres. En s'appuyant sur ce contexte, le Conseil d'éthique propose des principes et recommandations dont l'objectif est d'aborder ces questions dans le cadre de l'accueil en EMS et en EPSM afin de garantir un accompagnement respectueux des besoins spécifiques en matière d'intimité et de sexualité, en y incluant ceux des personnes LGBTQIA+, c'est-à-dire de concevoir et d'appliquer une approche inclusive et éclairée.

En termes de gouvernance, adopter une telle approche ouverte et inclusive des résidentes et résidents implique une politique correspondante envers ses collaboratrices et collaborateurs. Ceci doit être clairement déclaré dans les documents de politique du personnel de l'institution et mis en pratique. C'est ce qui va permettre au corps professionnel d'adopter une posture éthique adaptée, entre ouverture d'esprit et devoir de discrétion à l'égard des résidentes et résidents et d'exercer leurs responsabilités en termes de protection de la personne concernée.

Sensible à toutes ces thématiques, le Conseil d'éthique propose les recommandations suivantes.

¹ Définition : fantasmes imaginatifs sexuellement excitantes, des désirs, des impulsions ou des comportements sexuels atypiques survenant de façon répétée et intense et impliquant des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire (Encyclopædia Universalis)

² ILGA : Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, trans et intersexes. A ce sujet, voir également le rapport sur les crimes de haine 2023 de la LGBTIQ Helpline : www.organisation-lesbienne.ch

³ Lien du rapport : bag.admin.ch

Créer un environnement favorable à une vie affective, une intimité et à l'expression de sa sexualité

On entend par affectivité l'ensemble des phénomènes liés à la vie affective d'une personne face au monde extérieur. L'intimité est caractérisée par ce qui est intérieur et secret. Elle relève souvent des relations étroites et familières qu'une personne entretient avec autrui ou elle-même. L'expression de la sexualité passe par la manière dont une personne exprime ouvertement ou présente son genre, mais aussi par les attitudes et comportements en lien avec le désir et / ou l'amour ressenti pour autrui. Elle s'exprime également par toute forme de comportements intimes à même de répondre à ses propres besoins d'intimité et sexuels.

Les structures d'accueil et d'hébergement présentent des obstacles inhérents à la vie privée (chambres doubles, salles de bain communes, portes sans serrure, etc.). Il convient de trouver des solutions afin de pouvoir respecter l'intimité de toutes et tous et de la thématiser régulièrement en équipe comme étant l'un des besoins de la personne à accompagner.

De plus, de récents travaux⁴ ont démontré que la personne âgée est victime de représentations biaisées, voire infantilisantes, qui tendent à nier sa sexualisation et à la considérer comme un besoin de tendresse uniquement.

L'institution devra, afin de créer un environnement favorable à une vie affective, à une intimité et à une sexualité consentie :

- Identifier et déclarer le cadre conceptuel en matière d'intimité, d'affectivité et de sexualité, et les droits et devoirs y relatifs.
- Déclarer son opposition formelle à toutes formes de harcèlement et d'abus sexuel.
- Informer les bénéficiaires et leur entourage concerné, du fait que le respect de l'intimité de la ou du bénéficiaire sera prépondérant. À ce titre, l'on informera les proches à l'admission du fait que la liberté d'expression de la sexualité de la résidente ou du résident prévaut et qu'aucune information à ce sujet ne leur sera communiquée, sauf en cas d'abus impliquant des résidentes ou résidents sans discernement.
- Affirmer le respect de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, quelles qu'elles soient. Une charte peut être un moyen d'engager le personnel en ce sens.
- S'engager à n'afficher aucun signe de préférence d'orientation sexuelle et prôner la liberté dans ce domaine, ainsi qu'un climat d'inclusivité (incluant l'acceptation de toute forme de sexualité pour autant qu'elle soit légale).
- Identifier des ressources internes et externes ainsi que créer des partenariats afin de soutenir, voire de répondre aux besoins en termes de sexualité des bénéficiaires.
- Développer un programme de prévention et de promotion de la santé sexuelle au sein de l'institution. Par exemple : contraceptifs, préservatifs, accès à une médecine LGBTQIA+ friendly, etc.
- Accueillir toutes les formes de couple au sein des institutions, en respectant leurs habitudes et leurs particularités, dans le respect de la légalité.
- Prévoir un lieu dédié à l'intimité, ou encore, la mise à disposition pour toutes les personnes résidentes de panneaux « ne pas déranger », si les barrières architecturales de l'institution ne permettent pas de garantir le respect de l'intimité⁵.

⁴ Gavin, A. (2021). *Professionnel-le-s et enfants de résident-e-s face à la sexualité des personnes âgées en Établissement Médico-Social en Suisse*. Récupéré sur serval.unil.ch

⁵ Le fait de donner ces panneaux uniquement aux personnes concernées créerait une stigmatisation.

Créer un environnement favorable à une vie affective, une intimité et à l'expression de sa sexualité

L'institution est tenue de mettre en place un environnement sécuritaire et des mesures de prévention des risques liés à la vie affective, intime et sexuelle. Elle doit ainsi garantir la conservation de l'intégrité émotionnelle, physique et sexuelle.

En même temps, l'institution se doit de préserver l'intégrité des résidentes et résidents et de son personnel par rapport à des actes d'ordre sexuel non consentis ou à toute forme d'exhibitionnisme.

Aussi, dans le cadre avéré d'abus sexuel, elle est tenue d'informer la représentante ou le représentant thérapeutique d'une personne incapable de discernement impliquée dans ces actes. Le droit cantonal peut également prévoir des obligations de signalement auquel le personnel doit être attentif. Par exemple, sur le Canton de Vaud, il faut informer le médecin cantonal en cas d'abus sexuel ou d'agression sexuelle d'une patiente ou d'un patient au sein d'une institution de santé (cf. liste des incidents critiques à annoncer au médecin cantonal⁶).

De récents travaux⁷ ont relevé une tendance des équipes à surréagir en cas de rapprochement entre deux personnes, notamment pour se prémunir des réactions des proches ou, dans un souci de protection, d'une résidente ou d'un résident qui serait victime d'une autre résidente ou d'un autre résident. Il convient d'analyser la situation en distinguant les relations consenties de celles potentiellement abusives.

Pour rappel, la question du consentement reste centrale, et décrit l'accord que deux personnes se donnent mutuellement pour participer à une activité sexuelle ou intime. Toutefois, cette décision peut être altérée par des troubles cognitifs ou par un état de vulnérabilité. C'est à ce stade que l'équipe accompagnante joue le rôle de détecteur et d'analyste de situations d'abus subis ou provoqués.

Il est dès lors important de rappeler qu'un milieu sécuritaire permet avant tout de pouvoir exprimer son affectivité et sa sexualité en l'absence de jugement de la part du corps professionnel et des autres résidentes et résidents. Il convient également de pointer que cet environnement garantit l'absence de harcèlement et d'abus.

À cette fin, l'institution :

- établit un système de signalement de toutes formes de harcèlement et d'abus ;
- communique régulièrement auprès des collaboratrices et collaborateurs et des résidentes et résidents sur l'existence de cette procédure et de sa ferme position de condamnation de ce type d'actes. Ladite procédure intègre la question du respect de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ;
- met en place une procédure de détection et de prévention des situations d'abus, sous la responsabilité de la direction ;
- accompagne les résidentes et les résidents dans la promotion et la prévention de leur santé sexuelle, voire gynécologique et obstétrique ;
- met en place une procédure de détection et de prévention des souffrances psychiques liées aux discriminations en lien avec l'identité sexuelle et / ou de la sexualité et l'expression de genre,

⁶ Département de la santé et de l'action sociale. (2011). *Liste des incidents à annoncer au Médecin cantonal*. Récupéré de www.vaud.ch

⁷ Conseil fédéral. (27 avril 2022). Harcèlement sexuel en Suisse : ampleur et évolution. Récupéré de www.news.admin.ch

Procédure de détection et de prévention des situations d'abus

1. Détecter

toute situation observée par l'équipe d'accompagnement et qui laisse penser qu'une ou un bénéficiaire se trouve potentiellement en situation d'abus sexuel (par une autre personne résidente, par une ou un proche ou par le personnel soignant)

2. Faire remonter l'information

en colloque d'équipe ou auprès de la personne responsable.
Les aspects liés à la confidentialité doivent être considérés.

3. Décrypter l'information et se renseigner

si la situation l'impose prendre des mesures d'urgence (étape 5).

4. Analyser la situation de manière pluridisciplinaire

(en impliquant le corps médical, les personnes concernées et la représentante ou le représentant thérapeutique)

3 situations possibles :

- absence d'abus
- présence d'un doute : attendre, observer et rester vigilant
- situation avérée d'abus : intervenir

5. Interventions possibles

4 niveaux d'intervention

1. informer / mettre en place des mesures de prévention
2. protéger / réguler
3. contraindre⁸ (par exemple : médicaments, système d'alerte)
4. prendre des mesures institutionnelles et médico-légale

⁸ [Mesure de contrainte en EMS version 2024 : heviva.ch](https://www.heviva.ch/fr/mesure-de-contrainte-en-ems-version-2024)

Pour illustrer les interrogations en lien avec le consentement, le Conseil d'éthique propose trois vignettes, analysées à partir des quatre principes de l'éthique biomédicale (respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice). Comme le montrent ces trois vignettes, les problématiques autour du consentement impliquent la tenue de discussions autour de la capacité de discernement des personnes impliquées. Cette dernière devrait être évaluée de façon interprofessionnelle et interdisciplinaire, avec la ou le médecin de l'institution et les équipes.

Vignette 1

Madame A. a 71 ans, elle réside dans un EMS à mission gériatrique en raison de sa démence frontale progressive, diagnostiquée il y a un an et demi. Depuis lors, son comportement social a connu des changements significatifs.

Elle était autrefois une femme respectée au sein de la communauté et de sa famille. Cependant, depuis le début de sa démence frontale, elle a perdu progressivement sa capacité à filtrer ses pensées et ses actions. La région préfrontale de son cerveau, responsable du contrôle des impulsions et de la prise de décision, est gravement affectée, entraînant une perte d'inhibition.

Au fil du temps, le personnel de l'EMS a remarqué que Madame A. présente des comportements sociaux inappropriés, tels que des commentaires et des gestes déplacés envers d'autres résidentes. Elle a, par exemple, tendance à toucher de manière inadaptée ce qui peut parfois être assimilé à des attouchements sexuels. Même si ce comportement ne semble pas intentionnel, et plutôt apparenté à une symptomatologie, le personnel s'est retrouvé à plusieurs reprises confronté à des situations dans lesquelles le vécu des personnes qui subissent ces attouchements n'est plus acceptable. Il a donc été décidé de présenter cette situation en colloque d'équipe.

Quels sont les problèmes de cette situation :

- Des agissements non intentionnels d'une résidente ;
- Ces agissements créent du tort émotionnel (physique) à d'autres résidentes et résidents ;
- L'équipe se questionne sur la manière d'agir : quelles sont les différentes options ?
 - Ne faut-il rien faire puisque la personne agit de façon non intentionnelle ?
 - Faut-il signaler la situation à la direction de l'établissement ?
 - Est-il nécessaire de mettre en place une mesure de contrainte, de surveillance ou d'éloignement, par exemple ?

Quelles sont les valeurs éthiques en jeu dans cette situation ? Sont-elles en tension ?

- L'autonomie est un principe central dans cette situation, celle de la résidente qui agit ainsi que celle des autres résidentes et résidents qui vivent avec cette dernière. Une réflexion autour de l'autonomie de la résidente est nécessaire : agit-elle en pleine capacité ? Est-elle consciente de ses actions ? Dans cette situation, cela ne semble pas être le cas en raison de sa démence, ses agissements paraissent ne pas être intentionnels. Ce constat va jouer un rôle important dans les mesures à mettre en place et souligne la nécessité de prendre contact avec son représentant thérapeutique. Malgré cela, il peut être envisagé d'entrer en discussion avec elle et de la rendre attentive à son comportement inadéquat. Au niveau des autres résidentes et résidents, l'évaluation de leur autonomie est également fondamentale et permet de souligner le fait qu'elles et ils ne sont pas d'accord avec ses gestes. Leur autonomie et leur intégrité doivent être ici réparées.
- Les principes de bienfaisance et de non-malfaisance entrent en action en rapport aux différentes actions à entreprendre. Nous en avons identifié trois : **l'inaction** ; **le signalement à la Direction** ; **la mise en place de mesure d'accompagnement et de contrainte** :
 - **L'inaction** : même si les agissements de Madame ne sont pas intentionnels, cela ne justifie en aucun cas de ne pas intervenir dans cette situation. Comme mentionné ci-dessus, l'autonomie et l'intégrité des autres résidentes et résidents doivent être considérées. L'inaction ne tendrait ni vers la bienfaisance ni la non-malfaisance et impacterait les relations de vivre-ensemble et la confiance que les résidentes et résidents ont envers le personnel soignant puisqu'aucune prise de responsabilité ni réponse n'est donnée à des agissements inadéquats qui menacent leur bien-être
 - **Le signalement à la Direction** est nécessaire afin d'envisager une prise de responsabilité ainsi que les mesures à mettre en place. Par ailleurs, si Madame n'est plus capable de discernement, il est nécessaire de contacter sa représentante ou son représentant thérapeutique. L'objectif est de trouver, de manière pluridisciplinaire et en intégrant les actrices et acteurs concernés par la situation, des mesures qui tiennent compte du bien-être (bienfaisance) de chacune et chacun et qui le favorisent, tout en minimisant les torts (non-malfaisance).
 - **La mise en place de mesures particulières** visant à protéger les autres résidentes et résidents va dans le sens de répondre à leur détresse et est en cela bienfaisante. Toutefois, elles peuvent être plus contraignantes pour Madame. Dans ce cas, le principe de non-malfaisance prend tout son sens et il s'agira de mettre en place des mesures qui, bien que portant le risque de limiter son autonomie (comme des mesures d'éloignement et de contraintes, par exemple), sont acceptables en vue de garantir le bien-être et la sécurité émotionnelle et physique des autres résidentes et résidents. Des mesures de compensation pourront également être mises en place (cf. Prise de position sur les mesures de contraintes)⁹.
 - **La justice**. Dans cette situation, ce principe peut plaider pour la mise en place au sein de l'institution de règles générales pouvant aider à la prise en charge de situations comparables ou de mesures préventives.

⁹ [Mesure de contrainte en EMS version 2024 : heviva.ch](https://www.heviva.ch/fr/mesure-de-contrainte-en-ems-version-2024)

Vignette 2

Monsieur T. a 49 ans, il vit en EPSM depuis de nombreuses années, dans le cadre de paraphilie, mais aussi d'une maladie de Parkinson qui le rend de plus en plus dépendant physiquement. Ses antécédents de condamnation pour abus sexuels étaient connus dès son entrée en institution. Le cadre sécuritaire est sous la responsabilité de l'EPSM, aucune mesure pénale n'étant plus instaurée, étant donné que les faits remontent à plusieurs années.

Depuis quelque temps, l'équipe observe un rapprochement entre Monsieur T. et une nouvelle résidente, Madame J. qui a 25 ans et qui présente, entre autres troubles, un retard mental. L'infirmière référente de Madame J., qui a su établir un lien de confiance avec elle, lui fait part de ses interrogations et de ses questionnements quant à ce rapprochement. Madame J. finit par lui dire qu'elle ne souhaite pas vraiment avoir des contacts avec Monsieur T., mais que si elle accepte qu'il lui touche les seins et qu'il l'embrasse, il lui donne 5 francs et que, comme elle n'a pas beaucoup de sous, elle préfère que le personnel n'intervienne pas et « qu'on la laisse tranquille ».

Quels sont les problèmes de cette situation :

Cette situation relate un rapprochement, suivi d'une relation, entre deux personnes résidentes. Une soignante doute de la volonté de Madame de poursuivre cette relation. Les doutes sont confirmés, mais Madame ne souhaite pas pour autant y mettre fin puisque Monsieur la paie en contrepartie.

Faut-il suivre l'avis de Madame présumée « consentante » ? Comment l'équipe soignante doit-elle agir dans cette situation ?

Quelles sont les valeurs éthiques en jeu dans cette situation ? Sont-elles en tension ?

- Le respect de l'autonomie de la résidente est fondamental dans cette situation ; parallèlement, ce principe entre en tension avec les principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Madame maintient-elle ses relations avec Monsieur, sous la contrainte de ce dernier ? Est-elle en pleine possession de sa capacité de discernement pour décider de maintenir ou non cette relation avec Monsieur ? Est-elle en capacité financière de refuser une relation avec Monsieur ? Sa relation tarifée avec Monsieur est-elle le résultat d'une évaluation des possibilités et d'un choix raisonnable ? Il importe ici en tout premier lieu d'évaluer sa capacité de discernement en contexte avec le retard mental identifié et, de la même manière, sa situation financière et la manière dont cette dernière influence ses actions. Une information sur d'autres possibilités de revenus pourrait être nécessaire afin de lui assurer les conditions d'un choix réellement raisonné. Le résultat de l'évaluation de sa capacité de discernement impactera la manière d'agir.
 - Elle agit en pleine capacité de discernement : même si le choix de Madame de maintenir une relation tarifée peut heurter, ce choix doit être respecté. Aller à son encontre pourrait être qualifié d'attitude paternaliste. Cependant, malgré l'hypothèse de sa pleine capacité de discernement, les éléments contextuels comme la situation financière de Madame doivent être pris en considération dans l'évaluation plus générale de la situation : la contrainte financière (même indirecte) exercée par Monsieur peut s'apparenter d'un point de vue éthique à une condition de non-choix – de nombreuses approches éthiques pourraient aller dans ce sens – et remettre en question la capacité de discernement de Madame.

- Elle n'est pas capable de discernement et ses choix peuvent être remis en question par cette relation qui s'avère malfaisante pour Madame et qui va à l'encontre de sa dignité. S'il est conclu que Madame n'a pas sa pleine capacité de discernement, des mesures de protection devront être mises en place. Ici, une tension pourrait apparaître entre l'autonomie exprimée par Madame (elle souhaite continuer la relation) et la mesure de soin – qui se veut bienfaisante – qui pourrait être celle de mettre fin à la relation par des mesures d'éloignement par exemple. Il s'agira de minimiser les risques de mettre en place de mesures qui peuvent être considérées comme malveillantes à son égard, c'est-à-dire allant contre sa volonté ou ses intérêts.

- L'évaluation sous l'angle de la justice exige d'agir auprès de Monsieur. Il est en effet discriminant que les mesures prises concernent Madame seulement. En ce sens, les mesures d'éloignement devront se transformer en mesures de contrainte à l'égard de Monsieur pour éviter qu'il ne puisse rencontrer Madame. Il s'agit de ne pas infliger à Madame une double peine, celle de subir des agissements non voulus et d'être parallèlement l'objet principal des mesures de soin. Concernant la prise en soin de Monsieur, l'équipe pourra veiller à ce que ses agissements ne se répètent pas dans le présent ou à l'avenir avec d'autres résidentes ou résidents. La qualification de ces actes comme violence sexuelle et un éventuel signalement devra être évaluée.
- Un rappel des règles de vivre ensemble et des droits et devoirs de chacune et chacun en matière de relations et de santé sexuelle est nécessaire. Dans le cadre de l'EPSM, nous suggérons d'informer et discuter régulièrement les aspects d'intimité, de consentement et de santé sexuelle au moyen de forums de discussions, de visionnage de reportages, etc.

Vignette 3

Madame W., âgée de 78 ans, est veuve depuis un peu plus d'une année. Sujette à des troubles neurocognitifs majeurs, elle rejoint un EMS comme nouveau lieu de vie. Quelques semaines après son arrivée, elle tisse des liens avec monsieur F., âgé de 82 ans, également sujet à des troubles neurocognitifs majeurs. Les deux personnes passent beaucoup de temps ensemble, se prenant par la main, échangeant une caresse ou un baiser à l'occasion. Elles développent ensuite une relation plus intime, découverte fortuitement par un soignant se rendant en chambre pour des soins. Bien que préoccupée par le discernement de Madame et Monsieur, l'équipe souhaite respecter l'intimité et le besoin de sexualité des deux personnes.

Par ailleurs, la fille de Mme W., au courant de la relation partagée, trouve sa maman plus gaie et heureuse depuis cette rencontre ; elle trouve ce rapprochement positif. L'équipe partage ce constat. Monsieur F. également semble très heureux de cette nouvelle relation. Puis, après quelques semaines, l'équipe relève des éléments préoccupants. Madame semble quelques fois agitée et angoissée après les temps d'intimité entre les deux personnes. Elle verbalise des bribes difficilement compréhensibles, mais qui laissent penser à une relation parfois non consentie. L'équipe constate également que Monsieur F. se montre très possessif à l'égard de madame, lui donnant régulièrement des ordres, ou se montrant agressif lorsque Madame est occupée et ne souhaite pas venir avec lui. L'équipe se demande désormais s'il ne faudrait pas mettre certaines limites afin de protéger Madame W. qui semble souffrir, en tout cas en partie, de cette relation. Les questions de la liberté et du consentement sont discutées, de même que le sentiment de culpabilité et de complicité de professionnels témoins d'une situation qui les dérange.

Quels sont les problèmes de cette situation :

Une relation dans un premier temps consentie et aux effets positifs semble évoluer de manière négative.

Comment l'équipe doit-elle agir ? Doit-elle intervenir ?

Quelles sont les valeurs éthiques en jeu dans cette situation ? Sont-elles en tension ?

- Le respect de l'autonomie des deux personnes résidentes entrant dans une relation intime exige de l'équipe de ne pas intervenir. Toutefois l'évolution négative de la relation exige une réévaluation de la volonté, en particulier celle de Madame. Ainsi, à la lumière des événements et du comportement de Madame (agitation et angoisse), il conviendra, comme l'a fait la soignante, d'entrer en discussion avec Madame. Dans un deuxième temps et en raison des doutes quant à la volonté et au consentement de Madame, il s'agira d'évaluer sa capacité de discernement en équipe pluridisciplinaire, avec la ou le médecin de l'institution et avec la fille de Madame (représentante thérapeutique). Il peut être présumé ici, et au vu des comportements de Madame, qu'elle ne souhaite pas maintenir cette relation.
- Les principes de bienfaisance et de non-malfaisance peuvent être mobilisés pour évaluer la relation entre ces deux personnes, mais également les effets d'une intervention. L'évolution, d'un effet bienfaisant de la relation à des comportements d'agitation et d'angoisse, plaide pour une intervention de l'institution au sein de la relation. Ceci d'autant plus que sa capacité de discernement et de fait son consentement peuvent être questionnés. Ainsi, l'institution pourrait procéder à des mesures d'éloignement visant à empêcher les situations d'abus, par exemple en évitant que le couple se retrouve seul dans une pièce ou en mettant en place des mesures plus contraignantes. Si Madame confirmait vouloir maintenir cette relation, il conviendrait alors, afin de ne pas être dans une attitude malfaisante (par rapport à son autonomie) de maintenir des moments de partage dans les espaces communs et surveillés.
- Le principe de justice devrait rendre attentive l'institution quant au risque d'imposer des mesures d'éloignement qui concerne Madame et qui la mette en situation de « double peine ».

Assurer les compétences et ressources nécessaires à l'accompagnement de la vie affective, intime et sexuelle

Il est de la responsabilité de l'institution :

- D'assurer l'information et la sensibilisation de toutes et tous par rapport aux points cités dans ce document.
- D'identifier et former une personne compétente et répondante pour toutes les questions de sexualité au sein de l'établissement. Cette compétence peut faire l'objet d'une mutualisation des ressources (comme celles proposées par HévivA¹⁰).
- Dans l'idéal, former les cadres professionnels par rapport aux points ci-dessus pour diffuser des connaissances nécessaires et l'attitude juste auprès de tout le personnel, de la ou du médecin externe à la ou au paysagiste, en passant par le personnel soignant et hôtelier.
- De collaborer avec une association d'assistance sexuelle, qui sera à même de décrypter la demande et de mettre en place des prestations adéquates en cas de situation exprimée ou observée chez une résidente ou un résident.

Les recommandations issues de cette réflexion à l'intention du personnel

- Disposer dans chaque institution d'une procédure claire de prévention et de signalement de toutes formes d'abus et de harcèlement, connue de toutes et tous et facilement accessible.
- Être à l'écoute des membres du personnel pour les accompagner en cas d'abus (mettre en place des mesures en termes de protection et d'investigation proportionnellement à la situation, les adresser à des personnes professionnelles et mettre en place une procédure de médiation).
- Rajouter une cabine privée dans les vestiaires pour se changer en intimité.

¹⁰ formation.heviva.ch

Remerciements

Pour leurs relectures, échanges et disponibilité, le Conseil d'éthique de HévivA souhaite remercier Amaelle Gavin ainsi que René Stamm et Max Krieg de Pink Cross.

Références citées dans le texte

Conseil Fédéral. (27 avril 2022). *Harcèlement sexuel en Suisse : ampleur et évolution*. Consulté le 15.02.2024 sur <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/71246.pdf>

Département de la santé et de l'action sociale. (2011). Liste des incidents à annoncer au Médecin cantonal. Consulté le 29.02.2024 sur https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/Incidents_critiques/2016.12.12_Liste_Never_Events_proposition_DEF.pdf

GAVIN, A. (2021). Professionnel-le-s et enfants de résident-e-s face à la sexualité des personnes âgées en Établissement Médico-Social en Suisse (Doctoral dissertation, Thèse, Lausanne). Consulté le 15.02.2024 sur https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_38F7A3F78C5F.P002/REF

Haute École de Lucerne. (2022). La santé des personnes LGBT en Suisse. Consulté le 29.07.2023 sur <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/forschung-zu-gesundheitslicher-chancengleichheit/gesundheits-von-lgbt-personen.html#accordion1690551824517>

ILGA Europe. (2023). Annual review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in europe and central asia. Consulté le 29.07.2023 sur <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2023/02/annual-review-2023.pdf>

LGBTIQ Helpline. (2023). Rapport sur les crimes de haine 2023 : Rapport sur le monitoring de la discrimination et de la violence anti-LGBTQ en Suisse en 2022. Consulté le 23.04.2024 sur https://www.organisation-lesbienne.ch/wp-content/uploads/2023/05/hatecrime_bericht_2023_FR-final.pdf

THIBAUT, F. (s.d.). Paraphilies et troubles paraphiliques. Encyclopædia Universalis. Consulté le 29.02.2024 sur <https://www.universalis-edu.com/encyclopedie/paraphilies-et-troubles-paraphiliques/2-definition-de-la-paraphilie-et-du-trouble-paraphilique/>

HévivA. (n.d.). Cours. HévivA. Consulté le 23.04.2024 sur https://formation.heviva.ch/courses/?current_page=1&search=&type=all&order=desc&orderby=alphabetical&filter-categories=Online&filter-instructors=all&view=grid ; en particulier : HévivA (n.d.). Besoins sexuels de la personne âgée. HévivA. Consulté le 23.04.2024 sur <https://formation.heviva.ch/courses/besoins-sexuels-de-la-personne-agee-31406/>

Références informatives

Agthe, C. (n.d.). Catherine Agthe. Consulté le 06.03.2024, sur <https://catherineagthe.ch/>

Donnet, G. (2021). Seniors LGBT : Guide de réflexion et d'action pour un accueil inclusif. Association 360. Consulté le 23.04.2024 sur https://association360.ch/wp-content/uploads/2022/01/360_seniors_LGBT_guide_opt.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques. Consulté le 23.04.2024 sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-42W.pdf>

PinkCross, LOS, TGNS, InterAction et QueerAltern. (2020). Erwartungen der LGBTIQ-Menschen an Alters- und Pflegeeinrichtungen und Spitäler, an Spitex und Pflegefachschulen sowie an die Fachgruppe Alter. Consulté le 23.04.2024 sur https://www.pinkcross.ch/unser-einsatz/leben/de_def2_fga_bericht-ergebnisse-umfrage_2020-03-07.pdf

Waeger, M. (13.04.2023). « Sur toutes les lèvres » : un tout nouveau site et une brochure de santé sexuelle pour les personnes lesbiennes, bisexuelles et queers. Organisation suisse des lesbiennes. <https://www.organisation-lesbienne.ch/2023/04/13/sur-toutes-les-levres-un-tout-nouveau-site-et-une-brochure-de-sante-sexuelle-pour-les-personnes-lesbiennes-bisexuelles-et-queers/>

Sur toutes les lèvres. (2023). Guide de santé sexuelle pour les lesbiennes, bisexuel-le-x-s et queers ayant une vulve. <https://vplusv.ch/assets/files/230321-VSV-Layout-FR-Lipsync-final-interaktiv.pdf>

Références provenant de la bibliographie de l'ouvrage de Vaerini, M., Longchamp, G., Rubido, J.-M., Personnes âgées en EMS. Droit personnes âgées 2, Berne, Stämpfli, 2022 :

Ces différents ouvrages mentionnent la vieillesse, la sexualité et l'institution, dont certains en anglais qui soulignent notamment les enjeux éthiques

Cook, C., et al. (2017). Ethics, intimacy and sexuality in aged care. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3017-3031.

Darnaud, T., Sirvain, S., Igier, V., & Taiton, M. (2013). Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution. *Sexologies*, 22(4), 169-182.

De Conto, C. (2017). Intimité et sexualité en gériatrie. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 17(100), 264-276.

Dupras, A. (2007). La chambre d'intimité en institution : innovation et paradoxes. *Gérontologie et Société*, 122(3), 107-119.

Dupras, A., & Dionne, H. (2013). La sexualité des aînés vivant en centre d'hébergement : un besoin de reconnaissance. *Pluriâges*, 4(1), 24-36.

Everett, B. (2007). Ethically managing sexual activity in long-term care. *Sexuality and Disability*, 25(1), 21-28.

Everett, B. (2008). Supporting sexual activity in long-term care. *Nursing Ethics*, 15(1), 87-98.

Eynard, C. (2007). La chambre comme espace d'intimité. *Gérontologie et Société*, 122(3), 85-96.

Gavin, A. (2021). Professionnel-le-s et enfants de résident-e-s face à la sexualité des personnes âgées en Établissement Médico-Social en Suisse (Thèse de doctorat). Lausanne.

Giami, A. (2011). Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution. In P. Pitaud (éd.), *Sexualité, handicaps et vieillissement* (pp. 195-212). Toulouse.

Giami, A., & Ory, L. (2012). Constructions sociales et professionnelles de la sexualité dans le contexte de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et Société*, 140(1), 145-159.

Giami, A. et al., (2015). *Infirmières et sexualité : entre soins et relation*. Rennes: Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Kamel, H. K., & Hajjar, R. R. (2003). Sexuality in the nursing home, part 2 : Managing abnormal behavior – legal and ethical issues. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(4), 203-210.

Lambelet, A., et al., (2019). Vie sexuelle des personnes âgées en institution : ce qu'elles en disent. *Gérontologie et Société*, 41(160), 155-170.

Lépine, N. (2008). *Vieillir en institution – Sexualité, maltraitance, transgression*. Lyon: Chronique Sociale.

Longerich, B. (2015). Vivre sa sexualité en EMS : la liberté d'être soi. *Soins Infirmiers*, 3, 60-65.

Mahieu, L., & Gastmans, C. (2012). Sexuality in institutionalized elderly persons : A systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, 24(03), 346-357.

Mahieu, L., Anckaert, L., & Gastmans, C. (2017). Intimacy and sexuality in institutionalized dementia care :Clinical-ethical considerations. *Health Care Analysis*, 25(1), 52-71.

Planche, F., Granget, P., & Loew, F. (2008). Implications de l'assistance sexuelle : regard éthico-légal. *Reliance*, 29(3), 74-83.

Ribes, G. (2011). L'âge, l'intimité et l'institution. In P. Pitaud (éd.), *Sexualité, handicaps et vieillissement* (pp. 133-146). Toulouse.

Ribes, G. (2012). Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie et Société*, 140, 159-171.

Ribes, G. (2014). *Sexualité et vieillissement*. Comprendre et anticiper les évolutions. Lyon: Chronique Sociale.

Ribes, G., Abras-leyrat, K., & Gaucher, J. (2007). Le couple vieillissant et l'intimité. *Gérontologie et Société*, 122(3), 41-54.

Simeone, I. (2004). Y a-t-il une sexualité spécifique à l'âge avancée ? *Revue Médicale Suisse*, n° 526, 580-585.

Sokolowski, M. (2012). Sex, dementia and the nursing home : Ethical issues for reflection. *Journal of Ethics in Mental Health*, 7, 1-6.

Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, 38(10), 609-614.

Thibaud, A., & Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? *Gérontologie et Société*, 122(3), 125-139.

Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2019). Relational autonomy in action : Rethinking dementia and sexuality in care facilities. *Nursing Ethics*, 26(6), 1654-1667.

Références plus larges sur le sujet :

Colson, M.-H. (2007). Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? *Sexologies*, 16(2), 91-101.

Colson, M.-H. (2012). Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés. *Gérontologie et Société*, 140(1), 109-123.

De Conto, C. (2013). Sexualité et vie affective au grand âge. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 13(78), 321-334.

Lévy, J. (2013). Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sexualité... des aînés. *Pluriâges*, 4(1), 7-15.

Pitaud, P. (2011). Personnes âgées, personnes handicapées : approches de la sexualité. In P. Pitaud (éd.), *Sexualité, handicaps et vieillissement* (pp. 21-38). Toulouse.

Tap, P. (2011). Corps, affectivité et sexualité avec l'avancée en âge. In P. Pitaud (éd.), *Sexualité, handicap et vieillissement* (pp. 75-88). Toulouse.

