

## **Vie intime et relations sexuelles entre résidents en EHPAD : entre respect de la liberté, ressentis des personnes et responsabilités institutionnelles**

### **Introduction**

La question de la vie intime et des relations sexuelles en EHPAD demeure souvent peu abordée, voire taboue, alors même qu'elle fait partie intégrante de la vie des personnes âgées. Le fait d'entrer en institution ne met pas fin aux besoins affectifs, au désir de proximité, au besoin de tendresse ou de sexualité. Des couples déjà constitués avant l'entrée en établissement poursuivent parfois leur vie conjugale, tandis que de nouveaux liens affectifs ou sexuels peuvent se créer au sein de la structure. Pour autant, le cadre institutionnel, la vie en collectivité, la vulnérabilité éventuelle des résidents et les représentations des professionnels viennent complexifier l'accompagnement de ces situations.

Les équipes peuvent se trouver confrontées à des scènes ou à des informations laissant penser que des relations sexuelles ont lieu entre résidents, qu'ils soient en couple ou non. Ces situations suscitent questionnements, inquiétudes et parfois malaise : comment savoir si les relations sont consenties ? Comment respecter la vie privée tout en remplissant une mission de protection ? Faut-il intervenir, et si oui, de quelle manière ? Par ailleurs, certaines manifestations de la sexualité des résidents peuvent s'exprimer dans le cadre même des soins, par des demandes adressées directement aux soignants, ce qui ajoute une dimension supplémentaire à la réflexion. Les réactions du personnel peuvent alors osciller entre tolérance, suspicion, surprotection ou évitement du sujet, selon les sensibilités individuelles et le contexte institutionnel.

Dans ce cadre, plusieurs interrogations émergent : comment aborder, avec les résidents, la question de leur vie affective et sexuelle ? Dans quelles conditions les équipes peuvent-elles considérer qu'une relation est respectueuse du consentement de chacun ? Comment réagir lorsque des comportements à connotation sexuelle surviennent dans la relation de soin ? Que peuvent ressentir les résidents lorsqu'ils sont interrompus dans leur intimité ou lorsque leurs désirs ne trouvent plus d'écho dans le couple ? Plus largement, comment concilier le respect de la liberté et des besoins intimes des personnes âgées avec les responsabilités de protection qui incombent à l'institution ?

Il s'agira, dans un premier temps, de replacer la question de la sexualité des résidents dans le cadre plus large de leurs droits, de leur intimité et de la notion de consentement, en intégrant des éléments sur leurs ressentis et leurs besoins possibles (I). Dans un deuxième temps, quelques situations concrètes permettront d'illustrer les difficultés d'interprétation et les tensions vécues par les équipes, en croisant le point de vue professionnel et celui des

résidents (II). Enfin, un troisième temps proposera des repères de réflexion pour l'accompagnement, sans chercher à prescrire des conduites uniques, mais en ouvrant des pistes pour une analyse au cas par cas (III).

## **I – Sexualité, intimité et consentement : un cadre de droits et de ressentis en institution**

### **A) La sexualité comme dimension de la vie des résidents**

L'entrée en EHPAD ne fait pas disparaître la sexualité ni les besoins affectifs des personnes âgées. Les résidents demeurent des sujets adultes, porteurs d'une histoire, de désirs, de préférences et de limites propres. Pour certains, le maintien d'une vie sexuelle ou d'une intimité de couple fait partie des éléments importants de la qualité de vie. Pour d'autres, il peut s'agir davantage d'une recherche de tendresse, de gestes de réassurance ou de proximité physique non nécessairement sexuelle. La sexualité peut également contribuer au maintien de l'estime de soi, au sentiment de rester un sujet désirant et désiré, malgré l'avancée en âge et la dépendance.

Le cadre institutionnel, en rassemblant de nombreuses personnes dans un même lieu de vie, rend plus visibles certaines manifestations de la vie intime. Des portes laissées entrouvertes, des déplacements dans les chambres, des gestes affectueux en espaces communs ou des signes indirects (bruits, rumeurs, confidences) peuvent être interprétés par les professionnels comme des indices de relations sexuelles. Ces manifestations peuvent provoquer un malaise, notamment lorsqu'elles sont en décalage avec les normes ou les repères individuels des membres de l'équipe.

### **B) Vie privée, intimité et responsabilité de protection**

Les résidents conservent des droits fondamentaux, parmi lesquels le respect de la vie privée et de l'intimité. L'accès à leur chambre, les modalités d'entrée sans frapper, l'organisation des soins d'hygiène ou des visites participent de cette protection. Dans le même temps, l'établissement a une responsabilité de protection des personnes vulnérables, en particulier lorsque des troubles cognitifs, des difficultés de communication ou des vulnérabilités physiques peuvent altérer la capacité à consentir ou à se protéger.

Cette double exigence – respecter la vie privée tout en veillant à la sécurité – crée une tension dans la manière d'aborder la sexualité des résidents. Une intervention trop intrusive peut être vécue comme une stigmatisation ou une négation de leur vie intime ; une absence totale d'intervention peut être vécue, a posteriori, comme un manquement à la protection si une situation de non-consentement est suspectée.

### C) La question centrale du consentement

Dans l'analyse des relations sexuelles entre résidents, la question du consentement apparaît comme centrale. Il ne s'agit pas seulement de constater un comportement ou un geste, mais de s'interroger sur la capacité de chacune des personnes impliquées à comprendre la situation, à exprimer un accord ou un refus, et à modifier sa position si elle ne souhaite plus être engagée dans l'interaction.

L'évaluation du consentement est cependant complexe en EHPAD, notamment lorsque les résidents présentent des troubles cognitifs, des difficultés langagières ou des fluctuations de vigilance. Les professionnels peuvent alors se trouver en difficulté pour différencier une relation librement consentie d'une situation potentiellement contraignante. Ce questionnement s'exprime parfois dans des débats internes à l'équipe, avec des interprétations différentes d'une même situation, en fonction de la sensibilité et des repères de chacun.

### D) Vécu possible des résidents : bien-être, frustration et non-dits

Du point de vue des résidents, la possibilité de maintenir une vie affective et sexuelle peut représenter une source de bien-être, de réconfort et de continuité avec leur histoire de vie. À l'inverse, l'impossibilité de retrouver des moments d'intimité, la peur d'être surpris, l'absence d'espaces reconnus pour la vie de couple ou la dépendance accrue à l'aide d'autrui peuvent générer des frustrations importantes.

Dans un couple, il peut arriver que l'un des partenaires conserve un désir sexuel alors que l'autre, en raison de la fatigue, de la douleur, de la maladie ou d'une évolution de ses envies, ne souhaite plus les mêmes formes de proximité. Le partenaire qui désire encore peut alors ressentir un mélange de frustration, de tristesse, de culpabilité (à l'idée de « forcer » ou de faire pression) et de solitude. Celui qui ne souhaite plus être engagé dans des relations sexuelles peut, de son côté, craindre de décevoir, de perdre l'affection de l'autre ou d'être considéré comme « moins » conjugal. Ces ressentis demeurent souvent peu verbalisés, par pudeur ou par crainte d'alourdir davantage la relation.

Pour les résidents qui n'osent pas exprimer directement leurs désirs, certaines conduites peuvent être interprétées comme des tentatives de retrouver un contact, une sensation ou une forme de plaisir. Par exemple, le fait de solliciter des soins prolongés au niveau des parties intimes, sous couvert d'un nettoyage jugé insuffisant, ou de préférer systématiquement des voies d'administration médicamenteuse impliquant des gestes intrusifs, peut être lu – sans que cela soit certain – comme la recherche de sensations corporelles ou d'un contact particulier dans un contexte de grande solitude ou de manque d'intimité. Ces hypothèses ne visent pas à réduire les résidents à leur sexualité, mais à ouvrir des pistes de compréhension possibles de leurs comportements.

## II – Situations concrètes et difficultés d'interprétation

### A) Un couple de résidents et la suspicion de non-consentement

Les couples déjà constitués avant l'entrée en EHPAD peuvent poursuivre, au sein de l'établissement, une vie affective et éventuellement sexuelle. La présence d'un lien conjugal ou affectif ne suffit cependant pas, en elle-même, à garantir le consentement permanent des deux partenaires. Les évolutions de l'état de santé, les modifications des capacités cognitives ou la fatigue peuvent amener l'un des membres du couple à ne plus souhaiter les mêmes formes de proximité qu'auparavant.

Une situation rapportée illustre ces tensions. Dans un service, un couple de résidents est connu pour partager la même chambre et entretenir une relation conjugale. Un soir, certains professionnels évoquent, lors d'une relève, la possibilité que le mari impose des relations sexuelles à son épouse. Cette hypothèse repose sur l'observation ponctuelle d'un moment où la résidente semble réservée, associée à des bruits entendus derrière la porte. Par souci de ne pas « déranger », la porte n'est pas ouverte et aucun échange direct n'a lieu avec le couple à ce moment-là. Aucune vérification plus approfondie n'est effectuée ultérieurement.

Du point de vue des résidents, différentes situations peuvent être envisagées. Il est possible que la relation soit consentie et que la résidente manifeste simplement de la pudeur ou de la gêne à l'idée d'être entendue. Il est également possible qu'elle vive une forme de pression implicite à maintenir une vie conjugale pour ne pas peiner son mari, malgré une envie diminuée. Enfin, la suspicion de « viol » formulée en équipe, si elle venait à être connue du couple, pourrait être ressentie comme profondément blessante, lorsque la relation est vécue comme intime et choisie par les deux partenaires.

### B) Deux résidents non officiellement en couple et une manifestation publique d'intimité

Une autre situation met en lumière les questionnements liés aux relations sexuelles ou à forte dimension intime entre résidents qui ne sont pas identifiés comme étant en couple. Dans un ascenseur, deux résidents sont vus en train d'échanger des baisers prolongés. Selon certains retours de professionnels, l'un des résidents caresse ou « pelote » l'autre. La résidente concernée ne manifeste pas de signe explicite d'opposition et ne semble pas chercher à interrompre l'interaction dans l'instant.

Cette scène, bien que brève, suscite des discussions dans l'équipe. Certains y voient l'expression d'une forme de relation consentie entre deux adultes, qui ont droit à une vie affective et sexuelle, même en dehors d'un couple formel. D'autres s'interrogent sur la capacité de chacun à consentir, sur le caractère éventuellement public de la scène (ascenseur, possibilité de passage d'autres personnes) et sur le risque que cette situation

soit interprétée différemment par des familles ou des observateurs extérieurs.

Du côté des résidents, ce type d'interaction peut être vécu comme un moment de liberté et de proximité dans un quotidien très rythmé par l'organisation de l'établissement. La frontière entre espace « privé » et espace « public » n'est toutefois pas toujours clairement perçue ou ressentie, en particulier lorsque les lieux sont intermédiaires (ascenseur, couloir peu fréquenté, salon en dehors des heures d'animation). Une intervention brusque ou un rappel sec du cadre peut être vécu comme une humiliation ou comme un rappel à l'ordre infantilisant, alors même que les personnes se vivent comme des adultes exprimant un désir partagé.

### C) Sollicitations à connotation sexuelle dans le cadre des soins

La sexualité des résidents peut également s'exprimer au travers de demandes adressées directement aux soignants lors des prises en charge. Dans certains cas, des résidentes peuvent, par exemple, insister pour que les soins d'hygiène se prolongent de manière inhabituelle au niveau des parties intimes, en prétextant que le nettoyage a été insuffisant ou mal fait et qu'il est nécessaire de « recommencer » ou « d'insister ». Ces demandes peuvent survenir de manière répétée auprès de certains professionnels plutôt que d'autres, ou être formulées dans un contexte où l'hygiène était pourtant réalisée selon les protocoles habituels.

D'autres situations concernent des comportements autour de la prise en charge médicamenteuse. Certaines résidentes peuvent, par exemple, refuser régulièrement les traitements administrés par voie orale, tout en acceptant, voire en sollicitant, des interventions impliquant l'introduction de matériel ou de médicaments par voie rectale. La répétition de ces demandes, associée à des délais prolongés entre les selles ou à des refus de mesures alternatives, peut amener les équipes à s'interroger sur la possible dimension sexuelle de ces conduites, sans pour autant pouvoir affirmer avec certitude l'intention de la personne.

Du point de vue des résidentes concernées, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées : recherche de soulagement face à un inconfort réel, besoin de contact corporel dans un contexte de solitude, ou exploration de sensations perçues comme agréables sans que cela soit toujours formulé explicitement comme relevant de la sexualité. L'ambiguïté de ces demandes place les soignants dans une position délicate, entre volonté de répondre à un besoin et nécessité de poser des limites claires quant à ce qui relève du soin.

### D) Intrusions perçues, frustrations et renoncements

Au-delà de ces situations, les résidents peuvent également vivre comme intrusives certaines interventions professionnelles, même lorsque les protocoles sont respectés. Il peut arriver que des équipes entrent dans une chambre après avoir frappé et s'être annoncées, et

découvrent des résidents en pleine intimité. Si, du point de vue du soignant, le protocole a été suivi, du point de vue des personnes concernées, la scène peut être vécue comme une intrusion, une atteinte à la pudeur ou une source de honte. Certaines peuvent, par la suite, hésiter à manifester leur affection ou à engager de nouveaux moments d'intimité, par crainte d'être de nouveau surprises.

Dans les couples où le désir de l'un ne rencontre plus celui de l'autre, les frustrations peuvent être importantes, sans toujours trouver d'espace pour être mises en mots. Le partenaire encore désireux peut, par exemple, ressentir une forme d'abandon ou de mise à distance, tandis que l'autre peut craindre de devenir un « objet de demande » qu'il ne peut plus satisfaire. Ces expériences peuvent renforcer un sentiment de solitude, voire de renoncement à toute expression de la sexualité, dans un contexte où les possibilités d'élaborer ces questions avec des tiers sont limitées.

L'ensemble de ces exemples illustre la difficulté, pour les équipes, de se situer entre plusieurs risques : celui de surprotéger les résidents en intervenant de manière systématique dès qu'une situation intime est repérée ; celui de banaliser des comportements qui pourraient, dans certains cas, être vécus comme intrusifs ou non consentis ; et celui de rester dans une forme d'incertitude faute d'éléments clairs permettant de trancher. Du côté des résidents, ces situations peuvent être associées à des sentiments de bien-être, mais aussi de gêne, de honte, de colère ou de frustration, selon la manière dont elles sont accompagnées ou interprétées.

### **III – Repères de réflexion pour l'accompagnement des situations**

#### **A) Prendre le temps de décrire les situations et de différencier les niveaux d'analyse**

Face à une situation impliquant des comportements à caractère sexuel entre résidents, ou à connotation sexuelle dans le cadre des soins, un premier repère consiste à distinguer les faits observés des interprétations. Décrire ce qui a été vu, entendu ou rapporté, en évitant les formulations trop générales ou les jugements spontanés, permet de partager une base commune de discussion au sein de l'équipe. Cette description peut inclure le contexte (lieu, moment, présence d'autres personnes), les réactions des résidents impliqués (expressions faciales, paroles éventuelles, gestes) et les éventuelles répétitions du comportement dans le temps.

Différencier ce qui relève de la vie privée d'adultes consentants de ce qui pourrait relever d'une atteinte à l'intégrité ou d'une absence de consentement demande une analyse collective, qui ne repose pas uniquement sur le ressenti d'une personne isolée. Dans certains cas, des avis complémentaires (médecins, psychologues, cadres, référents en éthique) peuvent contribuer à éclairer la situation, notamment lorsque des troubles cognitifs sont en jeu. L'écoute des résidents eux-mêmes, lorsque cela est possible, fait partie intégrante de cette analyse : recueillir leur point de vue, leurs ressentis, leurs souhaits ou

leurs refus permet de ne pas parler uniquement « sur » eux, mais aussi « avec » eux.

B) Aborder la question avec les résidents : possibilités, limites et reconnaissance de leurs ressentis

L'une des questions qui se pose est celle de la possibilité d'aborder directement le sujet avec les résidents concernés. Selon les capacités de communication, l'état cognitif et la relation de confiance existante, un entretien individuel ou en couple peut permettre de recueillir le point de vue des personnes, leurs souhaits et leurs limites. Il ne s'agit pas de juger leur vie intime, mais de s'assurer que chacun se sent respecté et libre dans la relation.

Lorsque les comportements à connotation sexuelle surviennent dans le cadre des soins (demandes d'insister au niveau des parties intimes, refus de certaines voies d'administration médicamenteuse au profit d'autres plus invasives, recherche répétée de situations d'exposition corporelle), l'enjeu est double pour le soignant. Il s'agit, d'une part, de maintenir une qualité de prise en charge en répondant aux besoins somatiques ; d'autre part, de poser des limites claires quant à ce qui relève ou non du soin, afin de préserver sa propre intégrité et d'éviter des situations d'inconfort durable. Dans certains cas, expliciter calmement le cadre (« le soin se déroule ainsi », « ce geste n'est pas nécessaire », « je n'irai pas au-delà de ce qui est utile pour votre santé ») peut contribuer à clarifier la position du professionnel.

Auprès des résidents en couple, reconnaître la possibilité de frustrations ou de désajustements de désir peut également faire partie de l'accompagnement, sans que les soignants aient à entrer dans le détail de la vie sexuelle. Le simple fait de valider qu'il est légitime de ressentir du manque, de la tristesse ou de la gêne, sans réduire la personne à cette seule dimension, peut déjà constituer un soutien. Dans certains contextes, des interventions de psychologues ou de professionnels extérieurs peuvent offrir un espace plus adapté pour élaborer ces questions.

C) Élaborer des repères institutionnels et soutenir les soignants

Au-delà des situations individuelles, les établissements peuvent choisir de se doter de repères institutionnels concernant la vie intime et sexuelle des résidents. Ces repères ne visent pas à tout prévoir ni à imposer des règles identiques pour chaque situation, mais à offrir un cadre de réflexion partagé : quels principes guident l'accompagnement (respect des droits, protection des personnes vulnérables, non-discrimination) ? Quels interlocuteurs peuvent être sollicités en cas de questionnement ? Quels espaces sont disponibles pour discuter, en équipe, des situations qui posent problème ou interrogent ?

Les comportements à connotation sexuelle dirigés vers les soignants soulignent également la nécessité de soutenir ces derniers. La possibilité de parler de ces situations en réunion d'équipe, en analyse de pratique ou auprès de la hiérarchie permet d'éviter que le

professionnel se sente isolé ou culpabilisé. Des décisions collectives peuvent être prises concernant l'organisation des soins (par exemple, présence de deux soignants pour certains actes, rotation des intervenants, adaptation des modalités d'administration des traitements), afin que les limites ne reposent pas uniquement sur la position individuelle de chaque professionnel.

La question de savoir s'il convient de séparer des résidents impliqués dans une relation sexuelle, en particulier lorsqu'ils ne forment pas un couple déclaré, ne trouve pas de réponse automatique. Elle dépend du contexte, de l'évaluation du consentement de chacun, de la fréquence et des modalités des interactions, et des souhaits exprimés par les personnes concernées, mais aussi de la volonté de la famille quant à la possibilité d'une séparation de leur parent. Dans certains cas, une séparation imposée pourrait être vécue comme une atteinte à la liberté et à la vie affective des résidents ; dans d'autres, elle pourrait être envisagée comme une mesure de protection, au moins temporaire, en attendant que la situation soit mieux comprise.

L'enjeu, pour les équipes comme pour les institutions, est de maintenir un questionnement régulier, plutôt que de chercher des réponses définitives. La mise en commun des expériences, la confrontation de points de vue et, éventuellement, le recours à des ressources extérieures (formation, groupes d'analyse de pratiques, avis éthique) peuvent contribuer à soutenir les professionnels dans ces situations complexes, tout en laissant une place aux ressentis et aux besoins exprimés, ou non, par les résidents.

## Conclusion

Les relations affectives et sexuelles entre résidents en EHPAD, tout comme les comportements à connotation sexuelle pouvant survenir dans le cadre des soins, mettent en jeu des dimensions intimes, éthiques et organisationnelles qui ne se laissent pas réduire à des réponses simples. Loin de disparaître avec l'avancée en âge ou l'entrée en institution, la vie intime demeure une composante du vécu des personnes accueillies. Les comportements observés, qu'ils concernent des couples, des résidents qui ne sont pas identifiés comme tels ou des interactions avec les soignants, viennent parfois bousculer les représentations et les repères des professionnels.

L'analyse de ces situations souligne l'importance de la question du consentement, sans que celle-ci puisse être appréhendée de manière purement théorique. Les vulnérabilités liées à l'âge, aux troubles cognitifs ou aux pathologies somatiques complexifient l'évaluation, mais n'annulent pas d'emblée la possibilité de relations affectives ou sexuelles consenties. Entre le risque de surprotection et celui de banalisation, les équipes sont conduites à ajuster leurs positions, souvent au cas par cas.

La prise en compte du point de vue des résidents – leur désir de liberté, leurs frustrations, leurs craintes d'intrusion, leurs non-dits – rappelle que ces questions ne se jouent pas

uniquement en termes de règles et de protocoles, mais aussi de vécu subjectif. Les repères de réflexion proposés invitent moins à définir une « bonne » manière unique de gérer ces situations qu'à reconnaître la nécessité d'un questionnement partagé, associant les différents acteurs : résidents, professionnels, responsables d'établissement et, lorsque cela est pertinent, partenaires extérieurs.

La manière dont chaque institution choisit d'aborder ces questions – en termes de formation, d'espaces de parole, de référentiels internes – constitue un enjeu important pour le respect des droits des personnes âgées et pour le soutien des équipes confrontées à ces dilemmes. Ainsi, plutôt que de rechercher des solutions définitives, il s'agit d'ouvrir un espace de réflexion continue sur la vie intime en EHPAD, en tenant ensemble les exigences de liberté et de protection, dans le respect des singularités de chaque résident, des soignants impliqués et de chaque situation.