



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**ARGUMENTAIRE**

# Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS

Volet 1 – Socle transversal

**Validé par la CSMS le 14 janvier 2025**

---

Mis à jour en nov. 2025

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) pour le secteur social et médico-social sont des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement. Elles reflètent le consensus autour de l'état de l'art et des connaissances à un moment donné.

Elles ne sauraient dispenser les professionnels d'exercer leur discernement dans l'élaboration et le choix de l'accompagnement qu'ils estiment le plus approprié, en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées.

Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des professionnels des repères, des orientations, des outils pour :

- développer les organisations, les actions et les postures permettant de proposer l'accompagnement le mieux adapté dans des circonstances données ;
- mettre en œuvre la démarche d'amélioration continue de la qualité.

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS</b> Volet 1 – Socle transversal
<b>Méthode de travail</b>	Consensus simple
<b>Objectif(s)</b>	Proposer un socle de repères juridiques, scientifiques, éthiques et organisationnels aux professionnels pour porter collectivement la prise en compte et l'accompagnement des souhaits, des besoins et des attentes des personnes accompagnées en matière de VIAS.
<b>Cibles concernées</b>	Tous les professionnels des secteurs social et médico-social, et du secteur de la psychiatrie en premier lieu, ainsi que les personnes concernées et les proches (familles, aidants, etc.) impliqués dans l'accompagnement de la VIAS des personnes.
<b>Demandeur</b>	Auto-saisine
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Sira CAMARA, cheffe de projet au service recommandations Alexandre LABELLE, chef de projet au service recommandations Manuela CHEVIOT, cheffe du service recommandations Nagette JOUSSE, assistante de gestion au service recommandations
<b>Recherche documentaire</b>	Aurélien DANCOISNE, documentaliste Sylvie LASCOLS, assistante documentaliste
<b>Auteurs</b>	Sira CAMARA et Alexandre LABELLE
<b>Chargées de projet</b>	Marion PATTE, chargée de projet à l'ANR Altéa VACARRO, doctorante en sociologie-anthropologie
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du <a href="#">guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts</a> de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « <a href="#">Transparence-Santé</a> » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « <a href="#">Transparence-Santé</a> » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
<b>Validation</b>	Version du 14 janvier 2025
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication information  
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – janvier 2025 – ISBN : 978-2-11-172701-4

# Sommaire

---

<b>Contexte</b>	<b>6</b>
<b>Préambule</b>	<b>10</b>
<b>1. Définir le périmètre de la vie intime, affective et sexuelle</b>	<b>12</b>
1.1. La reconnaissance et le respect des libertés et droits fondamentaux	13
1.2. L'intimité	14
1.3. La vie affective	16
1.4. La santé sexuelle et la sexualité	16
<b>2. Inscrire formellement la vie intime, affective et sexuelle au niveau institutionnel</b>	<b>18</b>
2.1. Inscrire la vie intime, affective et sexuelle dans les outils institutionnels	18
2.2. Favoriser et respecter la vie privée et l'intimité des personnes	21
2.2.1. Penser l'aménagement des espaces pour permettre l'intimité	24
2.2.2. Organiser la liberté de circulation	26
2.2.3. Partager les informations dans le respect de la vie privée et de la confidentialité	28
2.3. Former et sensibiliser les acteurs à l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle	30
2.4. Mettre des outils à disposition de l'ensemble des acteurs	38
2.4.1. Pour les professionnels	38
2.4.2. Pour les personnes accompagnées	39
2.4.3. Pour les proches	39
2.5. Associer l'entourage de la personne	40
2.5.1. Les partenaires et les représentants légaux	40
2.5.2. Associer les proches	42
<b>3. Travailler les représentations à propos de la vie intime, affective et sexuelle</b>	<b>45</b>
3.1. Interroger les représentations des professionnels	45
3.2. Questionner les représentations des personnes accompagnées	49
<b>4. Accompagner la personne vers une approche positive de sa VIAS</b>	<b>52</b>
4.1. Proposer un accompagnement personnalisé aux personnes	54
4.2. Favoriser la vie relationnelle des personnes accompagnées	59
4.3. Promouvoir l'expression du consentement sexuel	62
<b>5. Limites de l'argumentaire</b>	<b>75</b>
<b>Table des annexes</b>	<b>77</b>
<b>Annexe 1. Méthodologie de recherche documentaire</b>	<b>78</b>

<b>Références bibliographiques</b>	<b>90</b>
<b>Participants</b>	<b>95</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>99</b>

# Contexte

La recommandation « Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS » s'inscrit dans le cadre :

- d'un projet de recommandation mis au programme de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au milieu des années 2010 dans le prolongement du programme qualité de vie en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- d'une saisine de la HAS par la direction générale de la Santé (DGS), en 2019, en vue d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques pour promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques et accompagnées par des équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales ;
- de la mise en œuvre des orientations posées par la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (1).

## Structuration des recommandations

Cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles en deux volets (2) a pour objectif de proposer des pistes de travail afin de porter collectivement les souhaits, désirs et aspirations des personnes accompagnées en matière de VIAS.

Ce premier volet propose un socle commun de repères transversaux rassemblant :

- des repères éthiques et juridiques ;
- certaines représentations de la VIAS chez les personnes accompagnées, leurs proches et les professionnels ;
- les postures professionnelles à privilégier au quotidien ;
- le respect de l'intimité ;
- l'approche multipartenariale avec l'environnement de la personne accompagnée.

Les pierres angulaires de ce socle reposent sur :

- les libertés et droits fondamentaux des personnes ;
- l'accompagnement à leur autodétermination et le développement de leur pouvoir d'agir ;
- l'éducation complète à la sexualité pour les mineurs (3), ainsi qu'une information et un accompagnement autour de la santé sexuelle tout au long de l'existence (accès à la littérature en santé sexuelle, groupes d'expression autour de la vie affective et sexuelle, groupes de pairs, etc.) ;
- une approche personnalisée et adaptée au parcours de vie, à l'âge, aux envies et aux besoins spécifiques des personnes ;
- la reconnaissance de la légitimité de la VIAS au niveau institutionnel et la stricte application du cadre réglementaire et légal ;
- un accompagnement systémique des acteurs impliqués par des professionnels qualifiés, par exemple des sexologues cliniciens ou encore des professionnels de la santé sexuelle ayant une bonne connaissance du public (handicap, avancée en âge, trauma, etc.) ;
- un travail sur les représentations négatives ou discriminantes.

Compte tenu de la transversalité du volet 1, ces recommandations sont à apprécier et à ajuster selon les spécificités des publics et des contextes d'accompagnement.

**Le second volet de la recommandation, dont l'élaboration s'amorcera en 2025, abordera de façon concrète et transversale les outils, interventions et pratiques d'accompagnement en lien avec la VIAS des publics accompagnés.**

*Attention : ces deux volets n'abordent et n'aborderont pas les questions liées à la parentalité, l'assistance sexuelle ou encore l'accompagnement à la grossesse.*

## Destinataires des recommandations

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles s'adressent en tout premier lieu aux professionnels des ESSMS mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (en intégrant les interventions au domicile) et qui, dans le cadre de leurs missions, sont amenés à accompagner la VIAS des personnes. Il s'agit des professionnels :

- de la protection de l'enfance (Aide sociale à l'enfance), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), et des services associatifs habilités (SAH) ;
- du secteur du handicap ;
- du secteur de l'inclusion (CHRS<sup>1</sup>, CADA<sup>2</sup>, CHU<sup>3</sup>, CSAPA<sup>4</sup>, etc.) ;
- des ESSMS accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- des secteurs de la psychiatrie.

Les personnes accompagnées, les membres de leur entourage, leurs proches et aidants, les mandataires judiciaires, ainsi que les partenaires (associatifs, institutionnels...) sont également concernés par ces recommandations, dans le strict respect du cadre réglementaire et légal.

## Publics concernés

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont transversales aux publics en situation de vulnérabilité et accompagnés par les ESSMS mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Il s'agit :

- des mineurs et jeunes majeurs relevant des établissements et services de protection de l'enfance ;
- des personnes en situation de handicap (mineures et majeures) ;
- des personnes en situation de précarité et d'exclusion (mineures et majeures) ;
- des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- des personnes accompagnées au sein des établissements psychiatriques.

## Enjeux et objectifs des recommandations

- **Pour les personnes accompagnées :**
  - la possibilité d'être actrices de leurs parcours, de leurs choix, de leurs droits et en matière d'accès à la VIAS ;
  - l'amélioration de leur qualité de vie ;

<sup>1</sup> Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

<sup>2</sup> Centre d'accueil pour demandeurs d'asile.

<sup>3</sup> Centre d'hébergement d'urgence.

<sup>4</sup> Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

- la prise en compte des attentes et des désirs des personnes selon des modalités personnalisées ;
  - le développement ou le maintien de l'autonomie à l'aide d'un accompagnement passant par la formation, la coconstruction et l'accès facilité à des informations concernant notamment :
    - leurs droits, libertés et responsabilités en matière de VIAS (par exemple, le consentement),
    - le développement ou le maintien de l'autonomie de la personne dans le domaine relationnel, psychosocial et émotionnel,
    - la santé sexuelle,
    - les bénéfices et la prévention des risques liés à la VIAS,
    - la prévention et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles,
    - les interlocuteurs pouvant les accompagner.
- **Pour les ESSMS :**
- une meilleure effectivité des droits des personnes concernant la VIAS ;
  - la construction et la garantie d'un cadre d'accompagnement adapté et cohérent, liant respect des droits et des choix des personnes, personnalisation de l'accompagnement, sécurité, et protection ;
  - des repères pour insuffler des pratiques et des modalités organisationnelles permettant d'intégrer la VIAS comme dimension à part entière de l'accompagnement des personnes ;
  - le respect des identités de genre, de l'expression de genre et des orientations sexuelles<sup>5</sup> ;
  - la prévention et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles.
- **Pour les professionnels :**
- la nécessité d'accéder à des formations concernant l'accompagnement de la VIAS ;
  - l'accompagnement des situations individuelles en préservant les libertés fondamentales et en prévenant les risques ;
  - la promotion d'une approche positive de la VIAS dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité ;
  - la nécessité de s'appuyer sur un cadre commun clair, proportionné et pérenne pour soutenir la VIAS ;
  - l'obligation de prendre en compte les choix de la personne ;
  - la connaissance des réseaux permettant d'offrir des alternatives d'écoute hors des ESSMS (par exemple : les centres ressources Intimagir) ;
  - la prévention et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles.
- **Pour les proches :**
- l'information et la sensibilisation quant aux obligations et aux enjeux des ESSMS accompagnant leur proche mineur ou majeur ;
  - l'accompagnement et le soutien dans leurs questionnements, leurs inquiétudes, leurs positionnements en lien avec la VIAS de leur proche, quels que soient son âge et ses besoins spécifiques ;

<sup>5</sup> <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/orientations-sexuelles-et-identites-de-genre-que-faut-il-savoir>

- la connaissance et la reconnaissance des droits relatifs à la VIAS de la personne accompagnée, quels que soient son âge et ses besoins spécifiques ;
- le repérage de la place de chacun, par exemple dans le cadre de l'exercice de l'autorité parentale ou des mandats de protection.

### **Schéma de lecture de l'argumentaire**

Ce document présente les différentes sources en appui à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques. Il s'agit :

- de sources juridiques<sup>6</sup> ;
- de données issues de la littérature ;
- d'auditions d'experts ;
- d'avis du groupe de travail ;
- de recommandations de bonnes pratiques HAS/ANESM.

---

<sup>6</sup> Lorsque l'article n'a pas pu être cité dans son intégralité au sein du document parce que trop long, le lien vers l'article sur le site « Légifrance » apparaît en note de bas de page.

# Préambule

Cet argumentaire a été rédigé à partir des synthèses des entretiens exploratoires, des synthèses des groupes de travail et des données de la littérature concernant l'accompagnement de la VIAS des personnes accompagnées en ESSMS, en France et/ou à l'étranger. Il synthétise également les données issues des auditions d'experts.

Malgré la reconnaissance de la VIAS comme facteur d'épanouissement et de bien-être, et la reconnaissance du lien entre l'épanouissement sexuel et la santé globale, plusieurs études rapportent que les populations accueillies en établissement sont moins susceptibles d'être mariées (ou d'avoir été mariées) et d'être en couple ou d'avoir un partenaire sexuel que les personnes vivant à domicile (4-6). Cette tendance ne serait pas liée aux caractéristiques individuelles des personnes accueillies, comme le veulent certaines représentations, mais s'expliquerait par les barrières qui subsistent encore, en particulier dans le regard que la société, les professionnels et les institutions posent sur la VIAS des personnes accompagnées.

« Les personnes ne sont pas seulement « handicapées » par leurs incapacités ou les limitations qui en découlent, mais aussi par les barrières que la société leur impose » (5).

L'accès à la VIAS est un sujet sensible pour les personnes accompagnées dans les ESSMS, mais également pour l'entourage, les professionnels qui les accompagnent et les établissements qui les accueillent. Cet état de fait contraste avec la mission initiale des établissements qui est de garantir à chaque personne accompagnée « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement » (7).

## *Une vision parfois biaisée de la VIAS*

D'importantes représentations concernant la VIAS des personnes en situation de handicap, ainsi que le manque de formation, expliquent que les professionnels ne prennent pas suffisamment en considération ces personnes dans toute leur complexité, c'est-à-dire comme des personnes dotées d'une dimension affective, intellectuelle, spirituelle ou encore sociale (5). Les réflexions et les pratiques professionnelles sont principalement axées autour de la seule personne en situation de handicap, ce qui restreint la communication, les ajustements et l'adoption d'une approche centrée sur l'individu et ses spécificités (8, 9).

Les professionnels « n'envisagent pas d'exercer une influence sur l'environnement afin de leur permettre d'habiter les rôles sociaux auxquels pourtant elles aspirent : celui de conjoint ou de parent. Par là, ils les entravent dans la concrétisation d'une plus grande participation sociale » (5). Ce manque de communication de la part des professionnels est souvent mentionné dans la littérature (9-13). Selon une enquête qualitative menée en Australie sur les perceptions que peuvent avoir les personnes dans le fait de parler de sexualité avec les professionnels (10), une série d'obstacles, notamment la gêne, l'inconfort, la perception du sujet comme « intrusif » ou « inapproprié » et le manque d'éducation, de temps et de ressources, ont été associés à la réticence des professionnels à discuter de sexualité avec des personnes jeunes ou âgées.

Accompagner la VIAS des personnes accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux constitue un défi pour les professionnels qui sont en effet tiraillés entre deux exigences :

- d'une part, la protection des personnes en situation de vulnérabilité (qu'elle soit physique, psychique, sociale, économique, etc.) ;
- d'autre part, le respect de leur droit à une vie affective et sexuelle (14, 15).

Ce paradoxe conduit les professionnels à un travail d'équilibriste permanent. Si les professionnels ont au départ des intentions plutôt positives quant au droit à une vie privée des personnes en situation de handicap et au respect de leur intimité, ces intentions sont souvent limitées par des pratiques de contrôle tendant à privilégier la protection absolue (et abusive) des personnes (11). Les professionnels abordent ces questions uniquement en cas de problème et tiennent souvent un discours où les relations sexuelles ne sont pas associées à la notion d'intimité et de plaisir. Les personnes accompagnées souffrent ainsi d'une absence de repères les empêchant de prendre des décisions éclairées ou de gagner en confiance et en estime de soi. Dans un contexte où les professionnels estiment manquer de consignes et de connaissances, et par crainte de voir leur responsabilité engagée en cas « d'abus », certains d'entre eux se focalisent sur la sécurité des personnes, via l'interdit de principe et ce, au détriment des libertés et droits fondamentaux (14, 16).

### *Indicateur de la qualité de vie*

Bien que de nombreuses études rapportent une relation positive entre la VIAS et la santé, il reste difficile d'établir avec certitude la direction causale entre sexualité positive et santé : les relations sexuelles améliorent-elles la santé, le bien-être et le fonctionnement des individus ou est-ce plutôt les individus en bonne santé et avec des relations fortes qui s'avèrent avoir plus de relations sexuelles ? Par ailleurs, les bénéfices rapportés s'appliquent-ils à tous les publics sans exception ? En effet, la plupart des études réalisées se focalisent sur le plaisir sexuel dans les relations hétéronormées avec pénétration vaginale, excluant ainsi les relations homosexuelles et les actes sans pénétration tels que la stimulation orale ou encore la masturbation (17).

La littérature souligne toutefois que l'épanouissement sexuel représente aujourd'hui un indice de qualité de vie (18). Selon deux revues de la littérature (17, 19), des études hétérogènes ont montré que l'activité sexuelle et l'intimité sont associées à des résultats positifs dans les relations interpersonnelles, la santé physique et mentale, l'espérance de vie et la qualité de vie, en plus d'apporter des bénéfices à court, moyen et long termes.

# 1. Définir le périmètre de la vie intime, affective et sexuelle

## Constats

Si l'expression « vie affective et sexuelle » est souvent utilisée dans la littérature, elle ne relève pas d'une définition officielle. On trouve différentes appellations dans la littérature francophone (notamment vie affective, relationnelle et sexuelle (VARS) ; vie intime et affective (VIA) ; vie intime, affective et sexuelle (ou sentimentale) (VIAS), etc. La « vie affective et sexuelle » est la terminologie notamment employée par les centres de ressources régionaux (Intimagir) sur la sexualité et la parentalité, dans le secteur du handicap. S'agissant des personnes âgées ou en situation de handicap, la stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) fait référence à la « vie relationnelle, amoureuse et sexuelle » plutôt qu'à la santé sexuelle (1). Différents groupes ou instances de réflexion préfèrent la terminologie « vie amoureuse » à celle de « vie affective » afin de bien préciser que la vie affective évoquée se rapporte à la sexualité (au sens large de la définition de l'OMS) et n'inclut pas, par conséquent, les relations amicales et familiales.

## Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a soulevé les enjeux liés à l'absence d'un vocabulaire commun entre les professionnels en premier lieu et avec les acteurs impliqués dans l'accompagnement. L'importance de distinguer les différents registres, sujets ou enjeux recouverts par les concepts clés tels que « vie affective », « vie sexuelle », « vie intime », « intimité », « vie privée », « santé sexuelle », « consentement », « majorité sexuelle » a également été soulignée. Ce travail de précision supplémentaire des termes permettrait également de recadrer les réalités qu'elles recouvrent et par conséquent d'éviter l'utilisation des mêmes termes pour évoquer des réalités différentes. Le terme de « relationnel » a été écarté du titre pour inclure dans le périmètre les pratiques sexuelles solitaires.

Au terme des groupes de travail, les membres du groupe ont retenu la définition suivante de la VIAS. Il s'agit de « la liberté, dans le respect des droits de chacun et dans le cadre de la loi, d'exprimer et de pouvoir réaliser ses désirs et besoins en lien avec l'intimité, l'affectivité et la sexualité, par des manifestations émotionnelles, physiques et sociales. Chacun a son propre vécu et sa propre définition de la VIAS, qu'il s'agisse de soi-même ou de sa relation avec les autres. L'intime peut être exprimé, partagé ou non avec un tiers. Quant à la sexualité, elle peut impliquer des pratiques génitales ou non, comme il peut y avoir vie intime et/ou vie affective sans vie sexuelle. De même, il peut y avoir des pratiques sexuelles sans lien affectif ».

## 1.1. La reconnaissance et le respect des libertés et droits fondamentaux

### Sources juridiques

- Article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que si cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure nécessaire dans une société démocratique. »
- Article 7 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de ses communications. »
- Article 16 de la Convention relative aux droits de l'enfant : « Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. »
- Article 9 du Code civil : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. »

### Données issues de la littérature

Les personnes accompagnées ont également des besoins, désirs et attentes sexuels spécifiques qui peuvent varier en fonction de divers facteurs tels que leur âge, leur santé physique ou mentale, leur statut économique ou social, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, leur parcours et leur expérience de traumatismes ou de violences. Certaines personnes en situation de vulnérabilité peuvent avoir besoin de soutien et d'informations supplémentaires pour comprendre leur propre sexualité et développer des relations saines et consensuelles. Elles peuvent avoir également des besoins spécifiques en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles, de dysfonctions sexuelles, de contraception et de planification familiale. Il est important de reconnaître que les personnes en situation de vulnérabilité doivent bénéficier d'un accès équitable aux droits sexuels et reproductifs, tout en tenant compte de leur vulnérabilité et en veillant à ce qu'elles soient protégées contre les abus et exploitations sexuelles. Les besoins, désirs et attentes des personnes en situation de vulnérabilité doivent donc être respectés et pris en compte dans les politiques, les programmes et les services qui leur sont destinés (20).

### Avis du groupe de travail

Il est indispensable de réaffirmer la primauté des droits humains concernant la VIAS des personnes accompagnées. En effet, le droit protège tout en encadrant la notion de consentement éclairé, garantit le respect de l'intimité et impose aux ESSMS de faciliter l'exercice des libertés fondamentales.

## 1.2. L'intimité

### Sources juridiques

- Article 9 du Code civil : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. »
- Article L. 311-3 du CASF<sup>7</sup>.
- Article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que si cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure nécessaire dans une société démocratique. »
- Article 7 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de ses communications. »
- Article 16 de la Convention relative aux droits de l'enfant : « Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. »

### Données issues de la littérature

Selon le dictionnaire de l'Académie française<sup>8</sup>, la définition de l'intimité recouvre plusieurs dimensions, individuelles et collectives et spatiales. Il s'agit du :

- « caractère de ce qui appartient à la nature profonde, intime d'un être ;
- caractère d'une relation étroite et confiante entre personnes ;
- domaine de la vie personnelle, privée ;
- caractère d'un lieu intime, confortable et familial ».

La revue de la littérature sur l'intimité fait apparaître l'absence de définition précise du concept d'intimité, à l'image de son contour souple dans les textes juridiques. Si le mot « intimité » dérive du mot latin « *intimus* » signifiant « le plus en dedans, le plus intérieur », l'intimité pose la question de la limite entre sujet individuel et entités externes (21). Il s'agit d'un « espace réservé » où il est possible de moduler la force des conventions régulant l'extérieur. Le versant personnel de l'intimité concerne en particulier « l'affectivité, les intentions, les espoirs, les souffrances ». Les limites de l'intimité sont subjectives et influençables par de multiples facteurs propres à chacun, tels l'éducation, la culture, les relations familiales et environnementales ou encore le projet professionnel.

L'intimité est associée étroitement aux enjeux de la VIAS, à la vie privée, mais également à la sécurité. Les données font également apparaître que la VIAS est majoritairement indissociable d'une aspiration par les personnes à conserver un espace propre à soi, sécurisé et sécurisant, où il est possible d'accueillir qui on le souhaite. La réponse à ces aspirations a été inscrite dans la loi, mais ne concerne pas que la sexualité. Il en va de même avec la confidentialité des informations, le droit à l'image, la liberté de circulation, etc.

Les accompagnements se déroulant dans les lieux de vie collectifs (établissements) interrogent les limites entre espaces communs et espaces privés, et imposent une réflexion institutionnelle

<sup>7</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721294/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294/)

<sup>8</sup> <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I1819>

approfondie sur le sujet, fondée sur le droit. L'accompagnement professionnel de personnes en situation de vulnérabilité autour de ces questions prendra donc en compte la dimension personnelle et individuelle de l'intimité (notion de « jardin secret », de frontières...), la dimension relationnelle (cercle d'amis...), et leurs liens avec l'aménagement et la perception par la personne de l'espace l'entourant.

### *L'intimité dans le soin et l'accompagnement*

Dans un guide anglais de pratiques de la *Care Quality Commission* (22) sur l'intimité des personnes recevant des soins et un soutien personnel, les données révèlent que ces personnes peuvent se sentir limitées ou jugées par les personnes leur fournissant ces soins. Certaines personnes estiment que leur état de santé les rend vulnérables. Les ESSMS doivent donc ainsi tenir compte de l'importance pour les personnes de gérer leurs besoins en matière de sexualité. Il s'agit, notamment, de s'assurer que les personnes aient accès à l'éducation et à l'information leur permettant de développer et maintenir des relations et d'exprimer leur sexualité. Il est important de reconnaître que la sexualité peut signifier différentes choses pour différents groupes de personnes. Les pratiques présentées au sein de ce guide concernent :

- le sexe, la masturbation, la sensualité, l'intimité physique, le romantisme et l'attraction physique ;
- l'identité et l'expression de genre ;
- l'orientation sexuelle ;
- l'habillement personnel, l'image corporelle, les soins à l'hygiène intime et personnelle et l'expression sexuelle.

### *Besoin d'intimité chez l'ensemble de la population*

Le besoin de proximité physique, d'intimité et de contact sexuel ne diminue pas avec l'âge ou avec la perte des capacités cognitives et continue de procurer des avantages psychologiques et physiques tout au long de la vie. Par exemple, dans une étude sur les établissements de soins de longue durée du Kansas (aux États-Unis), la majorité des administrateurs déclarent observer une certaine forme d'expression sexuelle chez les résidents (23).

## **Avis du groupe de travail**

Le groupe de travail a élaboré la définition suivante.

L'intimité est :

- « un espace physique, mental, social et/ou émotionnel que les personnes peuvent choisir de partager ou non, avec les personnes de leur choix et au moment de leur choix, et dans lequel elles peuvent s'isoler ;
- un droit au respect de la vie privée ;
- une aspiration des personnes à conserver un espace propre à soi, sécurisé et sécurisant, protégé de la vie extérieure ».

## 1.3. La vie affective

### Données issues de la littérature

Si l'affection ou ses déclinaisons sont rarement définies dans la littérature, ceci peut laisser supposer qu'elles font l'objet d'un consensus quant à leur définition (16).

Si la sexualité et la santé sexuelle font partie intégrante de la VIAS des individus, il est également important de rappeler qu'« on ne saurait parler de sexualité sans souligner l'importance des liens affectifs et de la relation amoureuse (...). Vie amoureuse et vie affective sont fortement associées » (24). Ainsi, « la vie affective peut exister sans relation sexuelle normative » (25) et n'implique pas nécessairement « de rapport sexuel, ni de réciprocité des sentiments » (26).

Dans une présentation sur l'accompagnement à la vie intime, affective/relationnelle et sexuelle d'adolescents autistes, les auteurs définissent la vie affective/relationnelle comme l'« ensemble des émotions et sentiments éprouvés individuellement ou dans une relation interpersonnelle. L'affectivité interpelle dans un premier temps les émotions de base, puis les émotions plus complexes dans les relations sociales. L'affectivité s'exprime dans tous les types de relations sociales : amoureuses, amicales, familiales et professionnelles ; mais elle varie aussi en nature du lien en fonction de la personnalité des individus : domination, soumission, discrétion, curiosité, extraversion... La vie affective teinte toute la vie : il n'y a pas de relation sans affect<sup>9</sup> ». La vie affective serait donc un espace d'expression au même titre que la vie sexuelle.

Le groupe de travail HAS a élaboré la définition suivante :

« Un espace émotionnel, physique et social, propre à chacun, au sein duquel l'individu peut éprouver et exprimer des sentiments et des émotions n'étant pas forcément réciproques et n'impliquant pas systématiquement de pratique sexuelle. Bien que distinctes, la vie affective et la vie sexuelle sont intimement liées. »

## 1.4. La santé sexuelle et la sexualité

### Données issues de la littérature

D'après l'OMS (27), « la santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. La capacité des hommes et des femmes à être en bonne santé sexuelle et à éprouver un sentiment de bien-être à cet égard dépend :

- de leur accès à des informations complètes et de bonne qualité sur le sexe et la sexualité ;
- des connaissances dont ils disposent concernant les risques auxquels ils peuvent être confrontés et de leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes d'une activité sexuelle non protégée ;
- de leur capacité à accéder aux soins de santé sexuelle ;
- du milieu dans lequel ils vivent, à savoir un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle ».

<sup>9</sup> Kiesler A, Precheur S. L'accompagnement à la vie intime, affective/relationnelle et sexuelle d'adolescents autistes. Journée « Scolarisation et autisme », mercredi 27 mars 2019. [https://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/COLLOQUES\\_CRA/2019-sco-insertion-pro/atelier13collegevieintimeaffective\\_compressed.pdf](https://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/COLLOQUES_CRA/2019-sco-insertion-pro/atelier13collegevieintimeaffective_compressed.pdf)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2006), « la sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Elle peut être influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. Les individus ont le droit d'exprimer leur sexualité et un comportement sexuel approprié » (28). L'OMS rappelle (27), tout comme la stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1), le caractère universel du droit à la santé sexuelle, celle des personnes accompagnées par les ESSMS ne faisant bien entendu pas exception.

Les objectifs généraux de cette stratégie nationale 2017-2030 sont d'améliorer la santé sexuelle et reproductive de la population, d'adopter une approche globale et positive de la santé sexuelle, et de réduire les inégalités en matière de santé sexuelle. Ont été retenus comme axes stratégiques l'investissement dans la promotion de la santé sexuelle, en particulier chez les jeunes, l'amélioration du parcours de santé en matière d'IST, VIH et hépatites virales, ainsi que de la santé reproductive. Répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables, promouvoir la recherche et l'innovation en santé sexuelle, et prendre en compte les spécificités de l'outre-mer sont également des objectifs de la stratégie nationale. Ses principales mesures sont :

- renforcer l'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge ;
- améliorer l'information et la prévention, notamment via les outils numériques ;
- développer une approche globale de prévention combinée du VIH et des IST ;
- améliorer le dépistage et l'accès aux soins ;
- garantir l'accès à la contraception et à l'IVG ;
- lutter contre les discriminations ;
- prendre en compte les besoins spécifiques des populations vulnérables (LGBT, migrants, personnes handicapées, etc.) ;
- développer la recherche et l'innovation.

Ces mesures devront être pilotées par un comité dédié, agissant sous l'égide du ministère de la Santé, avec des déclinaisons territoriales par les ARS dans le cadre des projets régionaux de santé, et la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés (administrations, professionnels, associations, etc.).

L'expression sexuelle se réfère aussi bien à un comportement sexuel consenti et dans un lieu privé qu'à l'intimité émotionnelle, à l'activité sexuelle ou bien à l'identité sexuelle. Elle peut englober les câlins, les embrassades, les rapports sexuels aussi bien que la masturbation. Dans les zones géographiques qui les autorisent, l'accès au matériel pornographique légal et aux jouets sexuels est également un droit pour les personnes âgées de plus de 18 ans (29, 30).

En résumé, la sexualité humaine est une composante essentielle de l'épanouissement personnel, présente dès la naissance et qui influence le développement tout au long de la vie (31).

## 2. Inscrire formellement la vie intime, affective et sexuelle au niveau institutionnel

### 2.1. Inscrire la vie intime, affective et sexuelle dans les outils institutionnels

#### Sources juridiques

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>10</sup>.
- Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences (32).

#### Recommandations publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la thématique de l'inscription de la VIAS des personnes accompagnées au niveau institutionnel. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité, les transitions et la fin de vie » (2020) (37).

#### Données issues de la littérature

La VIAS est généralement envisagée à partir de réponses ponctuelles et individuelles, plutôt que par une implication des personnes en situation de handicap dans une démarche institutionnelle visant à favoriser leur participation, et *de facto* leur autonomie, dans les décisions qui sont prises ou qui sont à prendre (5).

---

<sup>10</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

### *Mise en place d'un projet institutionnel et personnel de vie sexuelle*

Selon Vaginay (2008), la reconnaissance de la sexualité des personnes en situation de handicap a progressé lentement et a longtemps été ignorée ou niée (38). Elle a été prise en compte à partir des années 1980-1990, notamment avec l'apparition du sida. Aujourd'hui considérée comme un droit, la VIAS des personnes en situation de handicap s'accompagne d'une obligation d'information et d'accompagnement dans les ESSMS.

Dans un autre article, Vaginay (2013) rappelle que les lois de 2002 et 2005 ont renforcé les droits des personnes en situation de handicap (39). La législation reconnaissant le droit à l'intimité et à la vie privée, l'interdit des relations sexuelles dans les établissements a été officiellement levé à la fin des années 2000. Mais malgré ces avancées, un important travail reste à effectuer pour que le droit à une vie affective et sexuelle devienne une réalité pour les personnes, dans le respect du droit commun, car plusieurs freins et obstacles entravent la jouissance des personnes de leur liberté sexuelle. En effet, l'interdit tacite persiste souvent dans les établissements, même lorsqu'il n'est pas mentionné dans les documents institutionnels. Dans le même temps, des craintes et fantasmes infondés demeurent chez les professionnels et les familles (voir le chapitre consacré aux représentations). La notion de consentement est complexe pour les personnes en situation de handicap (voir également le chapitre dédié) et cette vulnérabilité est parfois utilisée pour restreindre l'accès à la sexualité. Il est donc nécessaire pour les ESSMS de dépasser la relation de pouvoir entre accompagnants et personnes accompagnées, en trouvant un équilibre entre protection et respect de l'autonomie. Ce dernier passe nécessairement par une formation et une sensibilisation importante des professionnels et des familles, devant s'inscrire dans le temps long. De même, et parce que de nombreux locaux d'établissements d'accueil collectif ne sont pas adaptés à une libre jouissance de la sexualité des personnes accompagnées, il est important de réfléchir à des configurations spatio-temporelles favorisant l'intimité.

« Il revient aux directions des établissements d'organiser et de gérer la sexualité des résidents afin d'assurer un mieux-vivre ensemble. (...) Le défi leur est donc lancé de renouveler la gestion de la sexualité en respectant la richesse et la complexité de la vie sexuelle, en ouvrant le chemin des possibles de la sexualité et en offrant de nouvelles solutions » (8). L'élaboration de projets de vie sexuelle est une option proposée. « Le processus d'amélioration continue de la qualité de vie sexuelle des résidents exige l'élaboration et l'application d'un projet institutionnel pertinent et clairement référé aux orientations et aux recommandations des politiques gouvernementales en matière d'hébergement et de soins » (8).

Le projet institutionnel indique les directions à prendre en matière de besoins et d'attentes des résidents concernant leur sexualité. Il doit donc de :

- l'élaborer en lien avec l'évolution du droit et des mœurs ;
- respecter les orientations gouvernementales concernant les services offerts aux personnes accueillies dans les établissements ;
- organiser le travail à partir de principes directeurs et de références communs. Si l'une des références concerne, par exemple, l'autonomie et la liberté d'expression de la sexualité, l'établissement doit veiller à faire respecter l'intimité des résidents, ainsi que leur autonomie, et à faire adopter, par les professionnels, les actions les plus appropriées au regard de ces objectifs ;
- l'adoption d'une approche proactive à l'échelle des professionnels doit également se retrouver à l'échelle institutionnelle. La prise en compte des besoins singuliers des résidents et du respect de leurs droits est une autre évolution sociale dans l'organisation des services dans les établissements. « Les résidents sont de plus en plus considérés comme des citoyens à part entière qui participent à définir l'organisation des services devant être individualisés. C'est pourquoi un projet personnalisé consiste à proposer à chaque résident un accompagnement spécifique en

réponse à ses besoins et attentes dans les domaines de la vie, y compris la sexualité » (8). Les moyens disponibles dans les établissements doivent répondre de manière adaptée aux besoins et aux attentes des résidents ;

- soutenir les prises de décision collective. Il peut être par exemple recommandé d'élaborer, au niveau des établissements, une politique en matière d'expression sexuelle. Cette politique au niveau de l'établissement devrait encourager la prise de décision collective, basée sur la meilleure interprétation des souhaits actuels des résidents, de leurs souhaits exprimés dans le passé, de la lecture de la situation par la personne de confiance (pouvant être le conjoint, un partenaire, un membre de la famille ou bien un ami) et de l'évaluation professionnelle du personnel (29). L'accord de la personne est indispensable avant de mettre en place toute forme de processus de décision collaboratif.

La recommandation intitulée « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) propose notamment :

- la personnalisation de l'arrivée et de l'accueil des personnes ;
- le respect de l'intimité et de la vie privée, notamment concernant l'espace personnel ;
- l'organisation de la vie quotidienne collective (repas, activités, etc.) tout en préservant une approche individualisée ;
- l'implication des personnes dans l'organisation de la vie collective.

La recommandation portant sur « la personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) avance qu'il est nécessaire de garantir à la personne accueillie l'intimité de son espace privatif, notamment en fournissant une porte pleine et une clé, ou encore de mettre à disposition des placards pouvant fermer à clé pour les objets ou documents de valeur que la personne souhaite protéger/conserver. Les entretiens doivent être menés dans un lieu clos, tout en mentionnant la possibilité de partager des informations à caractère secret au sein de l'équipe.

Concernant l'accompagnement de personnes souffrant de troubles de la santé mentale, une revue systématique qualitative examine les expériences et les besoins en matière de sexualité et d'intimité (40). Elle développe que la sexualité est rarement abordée de manière proactive par les soignants et les cliniciens. Les questions liées à la sexualité restent souvent cachées et non reconnues dans les établissements de santé mentale. De même, il existe un manque d'évaluation et de planification des soins incluant la sexualité et l'intimité. Dimension très abordée par la littérature et les données recueillies lors des groupes de travail, il y a un manque criant de formation du personnel sur ces sujets.

Selon la recommandation « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33), il est indispensable de formaliser dans un document institutionnel (charte, protocole, projet d'établissement, etc.) les problématiques liées à la vie affective et sexuelle. Ce document doit préciser les limites de l'intervention des professionnels dans le cadre législatif et réglementaire français, notamment en affirmant la liberté des personnes d'avoir des relations sexuelles (dans les limites du respect d'autrui) dans les documents institutionnels comme le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

## **Avis du groupe de travail**

L'inscription de la VIAS (VIAS) dans les outils institutionnels est essentielle pour permettre aux professionnels des ESSMS d'assurer un accompagnement respectueux et adapté des personnes. Tout d'abord, il est crucial d'intégrer la VIAS dans le projet d'établissement, affirmant ainsi le droit des personnes accompagnées à une VIAS épanouie. Parallèlement, les projets personnalisés doivent

inclure une évaluation des besoins individuels en matière de VIAS, avec des objectifs et des actions concrètes lorsque la personne en exprime la demande, et selon sa situation. La mise en place de protocoles spécifiques, tels que le respect de l'intimité et la gestion des comportements problématiques, est indispensable.

De même, la désignation d'une personne référente VIAS au sein de l'ESSMS permet de coordonner les actions et de former l'équipe. La création d'outils d'information adaptés, comme des livrets d'accueil et des supports en FALC, facilite la communication sur ces sujets sensibles. Enfin, l'aménagement d'espaces dédiés à l'intimité dans l'établissement contribue à créer un environnement propice à l'épanouissement affectif et sexuel des personnes accompagnées.

## 2.2. Favoriser et respecter la vie privée et l'intimité des personnes

### Sources juridiques

Le « droit à l'intimité de la vie privée » fait partie des droits civils depuis 1970. Il a été élevé en 1995 au rang des droits naturels, inaliénables et sacrés de l'homme, et ne fait pas l'objet d'une définition juridique ou d'une énumération précise. Il s'est construit au fil de la jurisprudence et se transpose à des domaines tels que la santé, la protection du domicile, les opinions politiques ou religieuses ou encore la protection de la correspondance privée (écrite, téléphonique, électronique).

- Article 9 du Code civil : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. »
- Article L. 311-3 du CASF<sup>11</sup>.
- Article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que si cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure nécessaire dans une société démocratique. »
- Article 7 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de ses communications. »
- Article 16 de la Convention relative aux droits de l'enfant : « Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. »
- Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences (32).

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la question du respect de la vie privée et de l'intimité des personnes accompagnées. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

<sup>11</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721294/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294/)

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35).

## Données issues de la littérature

L'accompagnement de la VIAS est souvent perçu comme un « risque professionnel » (5, 14, 15), ce qui explique la tendance des professionnels et des établissements à privilégier la protection absolue des personnes au détriment de leurs libertés (11).

« Nous avons beaucoup de mal à voir en quoi la dignité de la personne serait préservée par l'interdiction qui lui est faite d'avoir des rapports sexuels. Au contraire, nous pensons que les relations sexuelles font partie de ce que l'être humain vit le plus intimement et que s'opposer à ce qu'une personne ait des relations de cette nature c'est, précisément, s'attaquer à sa dignité. [...] Le [...] motif, tiré de l'intimité, fonctionne en réalité à rebours : préserver l'intimité d'un patient, en particulier dans sa chambre, c'est lui permettre d'avoir des relations sexuelles et non pas le lui interdire » (7).

### *Manque d'intimité*

Les personnes vulnérables – enfants ou adultes – accueillies collectivement dans les établissements soumis à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale doivent respecter les règles de fonctionnement et de vie en collectivité. Néanmoins, ces dernières ne doivent pas pour autant se substituer à l'objectif d'individualisation des prestations posé par le législateur ni gommer les droits des personnes au regard, notamment, du respect de leur vie privée et de leur intimité (35). Les chercheurs ont beaucoup interrogé les relations parfois conflictuelles entre l'intimité et la vie collective. L'intimité est une question de frontière et de limite, d'identité et de vie citoyenne. Quels en sont les enjeux au sein d'espaces collectifs comme peuvent l'être certains ESSMS ?

Concernant les personnes âgées en Espagne, Villar *et al.* (42) expliquent qu'un important obstacle est lié au manque d'intimité dans la plupart des lieux de vie. Ces environnements et pratiques, en plus de rendre difficile la recherche de moments et d'espaces privés nécessaires à l'expression sexuelle, contribuent à la déssexualisation des résidents âgés et à la restriction de leurs droits en matière de sexualité (43).

### *La sécurité au détriment de l'intimité*

Les institutions doivent garantir à chaque personne hébergée « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement » (7). Les établissements assurent, cependant, la sécurité au détriment d'autres droits (44). « L'ambivalence, voire l'ambiguïté, sécurité/intimité révèle une injonction paradoxale qui met les professionnels en difficulté » (7). Même si la liberté à la sexualité est juridiquement affirmée, les règlements de fonctionnement mettent parfois en évidence un manque de liberté en termes d'intimité et de sexualité au profit

de la sécurité des personnes hébergées (7) : « Les relations de nature sexuelle ne sont pas autorisées. Cette interdiction s'impose dans la mesure où les patients d'un établissement psychiatrique sont vulnérables et nécessitent d'être protégés. »

Selon le rapport des Petits Frères des pauvres (45) concernant l'accompagnement des personnes âgées, le respect de l'intimité de la vie privée passe par l'adoption d'une approche sur mesure et respectueuse, plutôt que standardisée, en reconnaissant que chaque personne âgée a des besoins et des désirs différents concernant sa vie intime. Il est nécessaire de trouver un équilibre entre la protection des personnes et le respect de leur liberté intime, affective et sexuelle. Cela peut impliquer parfois de « lâcher prise » sur certaines situations tout en intervenant lorsque nécessaire pour protéger les personnes. Il s'agit du « clair-obscur » suggéré par le philosophe Éric Fiat (cité dans le rapport), c'est-à-dire la capacité de laisser certains faits dans l'ombre de l'intimité, tout en étant vigilant et disponible. Cet équilibre implique la formation des professionnels à ces questions délicates pour adopter une approche éthique et respectueuse, et des espaces d'échange à propos de leurs pratiques. Le respect des choix des résidents concernant leur vie intime, en veillant au consentement éclairé, est un enjeu crucial, en particulier pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. Cela va de pair avec une nécessaire sensibilisation de l'entourage familial concernant l'importance de respecter la vie privée de la personne accompagnée.

Dans une recommandation traitant du trouble du spectre de l'autisme et datant de 2017 (46), il est proposé de respecter l'intimité personnelle en associant les gestes sexuels avec des lieux appropriés. Il s'agit d'être attentif à ce que les conduites sexuelles ne deviennent pas envahissantes, sans pour autant les empêcher systématiquement.

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe pluridisciplinaire insiste sur l'importance de respecter la vie privée et l'intimité des personnes en situation de vulnérabilité accompagnées par les ESSMS. Au-delà du fait qu'il s'agisse d'une obligation légale, cette vigilance favorise la dignité des personnes, ainsi que la confiance dans la relation. En effet, le respect de la vie privée renforce cette confiance, car les personnes se sentent en sécurité pour partager des informations personnelles et sensibles. Ce respect est donc fondamental pour un accompagnement éthique.

Les membres du groupe de travail rappellent l'importance de sensibiliser les personnes à leur intimité corporelle en adoptant une approche respectueuse et éducative. Il est tout d'abord important d'établir une relation de confiance avec les personnes, en créant un espace sûr pour discuter de sujets sensibles. Le langage et les explications doivent être adaptés au niveau de compréhension de chaque individu. Les professionnels peuvent utiliser des supports visuels ou des jeux de rôle pour illustrer les concepts d'intimité et de limites personnelles. Ils doivent également enseigner l'importance du consentement et le droit de dire non. En montrant l'exemple, par leur propre comportement respectueux, les accompagnants peuvent renforcer ces messages. Enfin, il est essentiel d'impliquer les personnes dans la définition de leurs propres limites et préférences en matière d'intimité corporelle.

## 2.2.1. Penser l'aménagement des espaces pour permettre l'intimité

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la question du respect de la vie privée et de l'intimité des personnes accompagnées. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement (volet 3) » (2016) (47) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD » (2017) (48).

### Données issues de la littérature

Certains établissements inscrivent dans leurs règlements de fonctionnement une interdiction absolue des relations sexuelles, le plus souvent en invoquant des motifs de sécurité et de protection. Par exemple, la sexualité des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap accueillies en établissement est parfois entravée par la mise en place de pratiques institutionnelles de dissuasion (5).

« L'unité (...) est un lieu de soins où l'intimité, la sécurité et la tranquillité du patient hospitalisé doivent être assurées. (...) Le respect de sa propre intimité et de celle d'autrui est nécessaire. À ce titre, les relations de nature sexuelle ne sont pas autorisées. Cette interdiction s'impose dans la mesure où les patients d'un établissement psychiatrique sont vulnérables et nécessitent d'être protégés » (7).

Toujours dans un souci de protection et de sécurité, la surveillance des lieux est parfois marquée par la mise en place de nouveaux moyens technologiques tels que des tapis d'alarme au pied du lit ou des montres-alarmes pouvant également entraver la VIAS des résidents et contribuer au sentiment d'être constamment surveillés. C'est ainsi que les établissements sont très souvent critiqués dans la littérature comme empêchant la pleine expression et le plein respect de l'intimité, de la vie privée et de la sexualité (12, 16, 49).

Ces interdits se retrouvent également dans certains foyers collectifs accueillant des personnes sans domicile fixe où les règlements intérieurs déroulent des modalités répressives (4). Les familles et les couples ne peuvent pas s'y retrouver, les enfants ne peuvent pas non plus venir visiter leurs parents. Ces dispositions s'alignent sur des représentations dont, notamment, celle selon laquelle ceux qui n'ont pas de logement propre n'ont pas le droit à une vie privée. Si l'hébergement d'urgence temporaire et gratuit permet aux personnes accueillies de maintenir leurs fonctions vitales minimales (dormir, manger et se laver), la sexualité et l'intimité, qui sont pourtant des libertés fondamentales, ne sont pas toujours prises en considération.

L'enjeu est crucial dans les ESSMS. L'état des lieux conduit par Fournier au début des années 2010 dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes ayant des incapacités motrices (5) met en évidence la solitude, les entraves à l'intimité et au libre choix caractérisant souvent la vie intime et sexuelle des personnes accueillies. Les personnes sont moins fréquemment mariées ou en couple que les personnes vivant à domicile. Cette tendance ne serait pas seulement déterminée par les caractéristiques des personnes accueillies en établissements médico-sociaux, mais serait également liée à la mise en place de pratiques institutionnelles de dissuasion, d'externalisation ou de répression. Cet état de fait contraste avec la mission initiale des établissements, qui est de garantir à chaque personne hébergée « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement » (7).

Si l'intimité interroge la frontière entre l'individu et la sphère publique, cette limite se doit d'être pensée dans sa matérialité, notamment les enjeux concernant l'aménagement des locaux au sein d'un lieu d'accueil. En effet, lorsque le droit est respecté dans les textes institutionnels, un obstacle majeur à l'intimité et aux relations intimes peut venir des locaux et de leur agencement. Selon Fournier (50), il s'agit parfois d'un « usage des locaux peu propice aux relations amoureuses et sexuelles ». Les établissements fournissent généralement un espace privé, favorable à l'intimité, mais auquel les professionnels peuvent accéder sans qu'il existe toujours des procédures respectueuses de cette intimité. De plus, très peu de personnes accueillies disposent d'un lit double et la cohabitation est très rarement proposée. Selon la littérature (7, 15, 18, 30, 32, 51-53), plusieurs actions sont à mener au niveau de la gouvernance, notamment :

- la mise en place d'un cadre de vie adapté à la VIAS des personnes accompagnées ;
- la mise en œuvre de règlements de fonctionnement respectueux de l'intimité ;
- la promotion d'une formation initiale et continue des professionnels.

Stein et Dillenburger (30) proposent des approches allant de l'utilisation de panneaux « Ne pas déranger » à la mise à disposition d'une pièce séparée pour préserver l'intimité lorsque le résident n'a pas de chambre privée.

Les établissements devraient prévoir des lieux respectueux de l'intimité des personnes « permettant aux personnes de s'isoler si elles en ressentent le besoin pour se déshabiller et surtout pour s'isoler, avoir un moment intime et personnel dans un lieu de solitude après des annonces difficiles » (49). Les professionnels doivent préserver l'intimité personnelle de leurs patients en faisant preuve d'une grande ouverture d'esprit, quelles que soient leurs convictions personnelles (sociales, culturelles, politiques, religieuses), au profit de l'intérêt et des particularités de chaque personne (49). Il faut par exemple veiller à ce que les interventions utilisées soient les moins restrictives possibles (30), c'est-à-dire qu'elles ne limitent pas l'accès au temps passé dans l'intimité de la chambre à coucher.

Les établissements devraient disposer d'un cadre de vie donnant accès aux personnes accompagnées à une intimité favorisant l'exercice de la sexualité, la construction de leur couple, ou bien encore pour les aider à apprendre et à exprimer leur sexualité (26, 30). Certains soignants en psychiatrie proposent de proscrire l'interdiction des rapports sexuels dans les services et de mettre en place un accès à des médias pornographiques, à des préservatifs et à un espace dédié à l'intimité, incluant des chambres dans lesquelles les couples pourront partager le même lit (12, 15).

La recommandation portant sur « la personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) explique qu'il est nécessaire d'organiser autant que possible des espaces conviviaux, en portant une attention particulière au confort et à la décoration et de veiller à l'adaptation des équipements aux enfants accueillis. Pour les personnes à mobilité réduite, il faut adapter les conditions matérielles de leur accueil (aménagement de la chambre, changement d'étage, etc.).

Dans la recommandation intitulée « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41), il est proposé, notamment pour prévenir les risques de violences sexuelles, d'aménager la surveillance et l'organisation des espaces, et de penser la mixité au sein de l'établissement de la manière la plus adaptée au public.

### Avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste particulièrement sur le rôle de l'aménagement des espaces, de l'architecture et de l'organisation de la circulation au sein des établissements accueillant du collectif, pour respecter l'intimité de la vie privée des personnes. Le groupe de travail souligne l'importance de repenser, au regard des possibilités financières et architecturales des établissements, l'aménagement et l'architecture des établissements pour créer des espaces favorisant l'intimité des personnes accompagnées. Par exemple, cela peut concerner la présence de lits doubles dans certaines chambres. Il est également indispensable de prévoir les modalités de franchissement entre espace public, espaces communs et espaces privés (frapper à la porte, outils lumineux, signalisation adaptée, procédures, etc.), en les adaptant aux publics.

## 2.2.2. Organiser la liberté de circulation

### Sources juridiques

- Article L. 311-3 du CASF<sup>12</sup>.
- Article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique<sup>13</sup>.
- Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie (54).

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la question du respect de la vie privée et de l'intimité des personnes accompagnées. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

- « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », Conférence de consensus, 24 et 25 novembre 2004 (55).

### Données issues de la littérature

Le « risque professionnel » (5, 7, 15) que constitue la VIAS pour les professionnels les encourage parfois à mettre en place des pratiques de surveillance et de surprotection mettant à mal de manière disproportionnée la liberté de circulation.

Si l'accompagnement à domicile se caractérise par une personnalisation de l'accompagnement au sein d'un environnement familial et naturel pour l'individu, l'accompagnement en établissement se déploie, quant à lui, dans un environnement plus structuré. La personne ne peut pas refuser systématiquement aux personnels l'accès à sa chambre et donc ne bénéficie pas d'un droit absolu à propos

<sup>12</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721294/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294/)

<sup>13</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042686162](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042686162)

de cet espace. Le contrat de séjour représente effectivement un contrat de prestation de services et non une location. Il revient donc à l'organisme accueillant de bien définir les nécessités de service pouvant justifier l'accès à la chambre par les accompagnants, que ce soit dans le règlement de fonctionnement et dans le projet personnalisé coconstruit avec la personne.

Il est recommandé que les membres du personnel soient formés à la protection de l'intimité et de la dignité des résidents (56). Les approches vont de l'utilisation de panneaux « Ne pas déranger » à la mise à disposition d'une pièce séparée pour préserver l'intimité lorsque le résident n'a pas de chambre privée. L'auteur rappelle que bien que la liberté de circulation soit importante, elle doit parfois être restreinte pour des raisons de sécurité lorsque la personne n'est plus capable de s'orienter de manière autonome.

La recommandation intitulée « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) propose de mettre en place une organisation permettant la liberté de circulation des personnes, tout en assurant leur sécurité. La liberté doit rester la règle et les restrictions l'exception. Pour les adultes accueillis durablement, il est recommandé qu'ils possèdent la clé de leur chambre/logement, sauf si cela est inadapté à leurs difficultés. La liberté d'aller et venir des résidents doit être préservée autant que possible. L'aménagement des espaces de circulation (entrées, couloirs, etc.) doit faciliter les rencontres et relations entre résidents.

Dans une recommandation HAS/ANESM intitulée « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte » (2017) (46), il est mentionné qu'après évaluation des capacités de la personne et des risques possibles, il faut garantir la liberté d'aller et venir de la personne. Pour ce faire, la méthode privilégiée est une réflexion sur les bénéfices et les risques individuels et collectifs de la libre circulation de chaque personne, en prenant en compte les aspects fonctionnels et de sécurité de l'ESSMS. Cette réflexion doit être menée régulièrement pour respecter le caractère évolutif des situations et des personnes. Au niveau des outils institutionnels, rédiger un règlement de fonctionnement respectant les droits des personnes et visant à clarifier les règles de déplacement au sein de l'établissement et à l'extérieur est un prérequis. Les résidents doivent être informés de ces règles, en adaptant le mode de communication et la signalétique à leur niveau de compréhension. Ces adaptations comportent notamment une structuration spatiale avec des aides visuelles (par exemple, sur les mesures de sécurité mises en place), et pour permettre une circulation aisée tout en évitant que la personne mette sa sécurité ou celle d'autrui en danger, aussi bien au sein des locaux qu'à l'extérieur.

### **Avis du groupe de travail**

L'enjeu de la liberté de circulation est très lié à celui de la VIAS. Le groupe de travail souligne l'importance d'engager une démarche éthique continue sur les enjeux liés à la liberté de circulation. Le groupe de travail appuie sur le fait que la liberté de circuler est un droit fondamental, au même titre que le droit à une vie intime, et qu'elle est nécessaire pour permettre aux personnes de développer des relations intimes, affectives et sexuelles. Les restrictions disproportionnées à cette liberté, souvent justifiées par des impératifs de sécurité, peuvent limiter, voire empêcher l'accès à une VIAS. De plus, l'architecture et l'aménagement des espaces jouent un rôle crucial en facilitant ou en entravant l'intimité, soulignant l'importance de penser ces aspects pour respecter les droits des personnes accompagnées.

## 2.2.3. Partager les informations dans le respect de la vie privée et de la confidentialité

### Sources juridiques

- Article 226-14 du Code pénal modifié le 10 avril 2024<sup>14</sup>.
- Articles R. 1110-2<sup>15</sup> et L. 1110-4<sup>16</sup> du Code de la santé publique.
- Article R. 1110-1 du Code de la santé publique<sup>17</sup>.

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la question du partage d'informations. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple » (2018) (57).

### Données issues de la littérature

L'accompagnement à domicile, qui implique parfois une certaine forme de solitude de la part des professionnels face aux situations rencontrées en termes de VIAS, nécessite par exemple un partage d'informations avec l'ensemble des acteurs concernés (58).

La mise en place de conditions d'exercice favorables à un positionnement professionnel adapté et compétent nécessite l'élaboration d'outils de référence, guides, chartes ou tout autre document déclinant les principes éthiques et déontologiques de la structure. Ces outils doivent être partagés avec l'ensemble des acteurs concernés, favorisant ainsi une culture du partage d'informations maîtrisée et réfléchie (respect de la confidentialité, protection des informations personnelles, etc.). Cette maîtrise passe par des formations interdisciplinaires, des temps de réflexion dédiés, voire des groupes d'analyse de la pratique pour rompre l'isolement des professionnels.

Le partage d'informations à caractère personnel doit se mettre en place de manière coordonnée et adaptée : il est crucial que les intervenants aient en tête les modalités de partage permettant la prévention des situations d'isolement ou de dégradation de l'état physique ou psychique de la personne qui pourraient la mettre en danger. Ce partage doit se faire autant que possible avec le consentement

<sup>14</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000049532171](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171)

<sup>15</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044635603](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044635603)

<sup>16</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043895798](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798)

<sup>17</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032924972](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924972)

éclairé de la personne et si l'intérêt de la personne le nécessite. Les informations partagées sont strictement limitées aux besoins de la mission et à la cohérence de la prise en charge. La mise en place d'un cahier de liaison permet aux différents intervenants à domicile d'avoir connaissance des informations nécessaires (factuelles, sans jugement) à la continuité et à la cohérence de leurs interventions. Les professionnels doivent respecter la vie privée des personnes et les règles de confidentialité et de discrétion. Les informations partagées sont strictement limitées aux besoins de la mission et à la cohérence de la prise en charge.

Un texte du Haut Conseil du travail social (HCTS) (58) pointe plusieurs enjeux majeurs de l'intervention dite « à domicile ». Tout d'abord, il s'agit de coordonner les interventions entre professionnels relevant de compétences variées, en assurant le partage et la circulation d'informations dans le respect de la loi et de la déontologie. Ensuite, il s'agit de prévenir les risques d'une certaine solitude de l'intervenant, qui ne bénéficie pas de la présence sur place de collègues, d'une équipe, de cadres... mais doit composer avec la réalité et l'intimité d'une ou plusieurs personnes au sein de leur milieu de vie. Cela peut constituer un risque en termes d'éthique, de responsabilité, de réponses face à des comportements inattendus, etc.

La recommandation « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) propose de protéger la vie privée des personnes accueillies en mettant en place des modalités d'organisation qui ne rendent pas public ce qui relève de la sphère privée. Lorsque l'établissement utilise des outils écrits de transmission entre personnes et professionnels, il est recommandé de les concevoir de telle sorte que l'information transmise ne soit pas portée à la connaissance de tous. Dans tous les échanges oraux concernant une personne accueillie, il est recommandé aux professionnels de s'assurer qu'ils ne peuvent être entendus par d'autres personnes, et de rendre strictement inaccessibles aux autres usagers les dossiers personnels des personnes accueillies en les conservant dans des lieux protégés.

La recommandation portant sur « la personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) propose de préciser avec la personne accueillie les modalités de partage des informations entre les professionnels sur son état de santé. De même, il est indiqué que les professionnels doivent restituer à la personne tout document médical qu'elle leur aurait confié pour une demande d'aide à la compréhension. Il est rappelé que les professionnels sont astreints à une obligation de discrétion et de confidentialité concernant les informations personnelles des personnes accueillies.

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe de travail pluridisciplinaire soulève que le partage d'informations et le respect de la confidentialité représentent des enjeux transversaux aux pratiques des travailleurs sociaux et médico-sociaux, particulièrement à propos de la VIAS. En effet, le respect de la confidentialité est essentiel pour établir une relation de confiance entre les professionnels, les personnes accompagnées et leurs proches. Cela permet notamment aux personnes de se sentir respectées et soutenues dans leurs choix et leurs besoins. Les besoins de formations à ce sujet, notamment à propos du cadre législatif et réglementaire, sont très importants sur le terrain.

## 2.3. Former et sensibiliser les acteurs à l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle

### Sources juridiques

- Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences (32).
- Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales (59).
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (60).
- Circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité (61).

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la question de la formation et de la sensibilisation des acteurs impliqués dans l'accompagnement de la VIAS. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité, les transitions et la fin de vie » (2020) (37) ;
- le rapport d'analyse prospective publié par la HAS en 2020 (62) souligne également l'importance de former les professionnels de santé, du secteur social et médico-social, pour mieux comprendre et répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de vulnérabilité en matière de VIAS ;
- « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte » (2017) (46) ;
- « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple » (2018) (57) ;
- « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (2013) (63).

### Données issues de la littérature

#### *Mise en place de formations à l'intention des professionnels*

Concernant l'accompagnement des personnes âgées, si les stéréotypes âgistes sont source d'embaras et de stigmatisation pour les résidents et les professionnels, ces préoccupations restent peu prises

en considération en raison d'une attention insuffisante à ces questions dans les programmes de formation des professionnels (19). En outre, le contrôle du droit à la sexualité appliqué par les professionnels, dans l'optique d'assurer la sécurité des personnes au détriment de leur liberté, réalité souvent observée en établissement (7, 50), s'explique également par un manque de formation et de sensibilisation.

La formation des professionnels à la VIAS permettrait à la fois une meilleure prise en charge des questions relatives à la sexualité et l'adoption de modalités d'accompagnement respectueuses de la VIAS des personnes accueillies en ESSMS. Il faudrait veiller à ce que la santé sexuelle soit suffisamment incluse dans les programmes, à la fois en formation initiale et en formation continue (10). Une préoccupation grandissante existe aujourd'hui chez les professionnels pour les thématiques relatives à la VIAS. Afin d'être plus à l'aise et de proposer une prise en charge de meilleure qualité aux personnes, les professionnels font souvent des demandes de formation (5, 12, 15). Ces formations devraient leur permettre d'acquérir :

- des connaissances indispensables sur les thématiques de la VIAS (vie sexuelle, intimité, plaisir, contraception, etc.) ;
- des techniques et des savoir-faire (accueil, écoute, communication, empathie, etc.) ;
- une posture professionnelle adaptée, en termes d'attitudes et de comportement ;
- des connaissances relatives aux droits et aux libertés en termes de VIAS, permettant par exemple de mieux repérer, prévenir et signaler les violences sexistes et sexuelles (15).

Selon la littérature, les professionnels ont besoin d'être formés sur les questions de sexualité, non seulement afin de pouvoir accompagner les résidents, mais également afin de pouvoir répondre à leurs questions/besoins en matière de sexualité et de mettre en application les interventions appropriées (9, 15, 64).

Ces formations permettraient notamment aux professionnels (16, 65) :

- de discuter de sexualité avec les résidents ;
- d'être conscients des différentes formes que peut revêtir la sexualité ;
- d'évaluer la capacité des résidents à l'égard de l'activité sexuelle, notamment pour les personnes vivant avec une démence ;
- d'adopter une attitude appropriée en fonction de chaque situation ;
- de repérer de potentiels abus et de savoir comment y répondre.

La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1) recommande de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico-social, de l'éducation et de la justice, notamment en intégrant la thématique de la santé sexuelle dans la réforme du troisième cycle des études des professionnels de santé, et en élaborant des maquettes de formation en santé sexuelle pour la formation initiale des médecins, pharmaciens, sages-femmes et infirmiers. D'autres pistes concernent le développement de l'offre de formation continue dans le champ de la santé sexuelle sur la plateforme de l'Agence nationale du développement continu des professionnels de santé, l'ouverture des CeGIDD<sup>18</sup> comme terrains de stage aux médecins, infirmiers, sages-femmes, conseillers conjugaux et familiaux, et la formation des professionnels de premier recours sur les problèmes sexuels et mentaux des populations clés cumulant les risques. Également, le rapport recommande de rendre obligatoires des modules de santé sexuelle dans les écoles supérieures du professorat et de l'éducation en formation initiale et continue, de former les personnels encadrant les dispositifs d'accueil des mineurs, les éducateurs, notamment dans le cadre de la PJJ et de l'ASE, mais également les professionnels des

---

<sup>18</sup> Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.

établissements accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap sur les questions de santé sexuelle.

La revue de la littérature développée par McCann *et al.* (40), à propos des expériences et besoins en matière de sexualité et d'intimité des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans les établissements hospitaliers et communautaires, constate un manque général de formation des professionnels sur ces sujets. Le document indique que « les praticiens ont souvent eu des opportunités limitées de formation et de développement professionnel antérieures » sur ces questions. En réponse, une meilleure formation est recommandée pour permettre aux professionnels d'aborder ces sujets de manière plus efficace avec les patients. Les conclusions recommandent « plus de formation pour les professionnels de santé sur la sexualité et l'intimité », notamment sur des points cruciaux comme :

- les manières d'aborder et de discuter des questions de sexualité avec les patients ;
- la sensibilisation aux traumatismes et abus sexuels ;
- le conseil en santé sexuelle ;
- les besoins particuliers des populations LGBTQ+.

Dans une étude qualitative visant à identifier les modalités d'abord de ce sujet par les éducateurs spécialisés en MECS (66), il est souligné que le manque de formation des éducateurs spécialisés est l'une des principales difficultés dans l'éducation à la santé sexuelle en MECS. Plusieurs jeunes éducatrices mentionnent qu'elles manquent de formation sur ce sujet, et certaines se sentent démunies et ne savent pas vers quelles ressources se tourner. La formation permettrait d'acquérir des connaissances et compétences sur les sujets de santé sexuelle et donc de se sentir plus à l'aise et légitime pour aborder ces questions avec les mineurs et de mieux répondre à leurs besoins spécifiques. Ainsi, le manque de formation entraîne un sentiment de manque de légitimité pour aborder ces sujets. Il est donc nécessaire d'avoir recours à des associations partenaires ou à des professionnels de santé spécialisés pour développer une véritable offre de formation.

### *Développer de nouvelles méthodes de travail en équipe*

Les réunions d'équipe, aussi bien entre professionnels qu'entre résidents et professionnels, ont plusieurs avantages (8, 15). Elles permettent d'abord aux résidents de mieux définir leur « projet personnalisé de vie sexuelle » en tenant compte à la fois de leur singularité et de leurs aspirations spécifiques. Pour les professionnels, ces réunions sont un moyen d'échanger, de privilégier les faits aux préjugés et de développer les connaissances (8).

Concernant l'accompagnement des personnes présentant un trouble du spectre autistique, une recommandation HAS/ANESM (46) propose des pistes de formations globales des équipes pour accompagner la VIAS des personnes dans les meilleures conditions. Il est recommandé d'aborder avec les équipes la question de la sexualité pour faire en sorte que ce ne soit pas un sujet tabou, et qu'elle ne soit pas écartée *de facto*. Les professionnels, en particulier les nouveaux arrivants, doivent être formés pour :

- évaluer le besoin d'aide de la personne dans le domaine de la VIAS ;
- apprendre à la personne à reconnaître les codes sociaux de la VIAS ;
- apprendre à la personne à se protéger contre des comportements agressifs et à ne pas avoir des comportements agressifs elle-même ;
- mettre en place des ateliers sur la VIAS, en individuel ou en petit groupe ;
- prendre en compte les particularités de chacun dans l'éducation à la VIAS.

« Comme souvent, c'est dans la notion d'accompagnement et d'éducation que devraient être trouvées des solutions » (7). L'interdit ne permettrait pas de gérer convenablement la VIAS au sein des établissements. « Il convient de prendre le temps de la pédagogie en soulignant, tout d'abord, que l'interdit est susceptible de susciter la transgression plutôt que l'obéissance passive. Si la sexualité est considérée comme une conduite à risque, c'est probablement du fait d'une absence d'éducation à la sexualité » (7). Un processus d'éducation et d'instruction devrait se mettre en place d'une part, entre les professionnels et les personnes (sur la sexualité, la connaissance du corps) et d'autre part, entre les professionnels et l'entourage (sur les enjeux et les logiques d'autonomisation et de la liberté des personnes).

Dans les principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité, l'UNESCO définit l'éducation sexuelle comme un « processus d'enseignement et d'apprentissage portant sur les aspects cognitifs, affectifs, physiques et sociaux de la sexualité » (67).

L'OMS propose des standards pour l'éducation sexuelle, à partir de l'âge de 5 ans, même si celle-ci peut commencer plus tôt, accompagnée par des adultes de confiance : « L'éducation à la sexualité est un processus qui dure toute la vie, et qui commence parfois plus tôt, à la maison, avec des adultes de confiance. L'apprentissage est progressif ; ce qui est enseigné dès le plus jeune âge est très différent de ce qui est enseigné à la puberté et à l'adolescence. Par exemple, l'ECS (l'éducation complète à la sexualité) peut aider les enfants des tranches d'âge les plus jeunes à apprendre à connaître leur corps et à reconnaître leurs sentiments et leurs émotions, tout en abordant la vie familiale et les différents types de relations, la prise de décisions, les principes de base du consentement et ce qu'il faut faire en cas de violence, de harcèlement ou de mauvais traitements. Ce type d'apprentissage jette les bases de relations saines tout au long de l'existence » (68).

### *Une priorité chez les mineurs et jeunes majeurs*

L'UNESCO (69) définit l'éducation sexuelle complète (ESC) comme une approche d'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiques précises. Son objectif est de permettre aux jeunes d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour faire des choix éclairés concernant leur sexualité et leurs relations. Contrairement aux idées reçues, l'ESC ne conduit pas à une activité sexuelle plus précoce. Au contraire, elle peut retarder les premiers rapports sexuels et accroître l'utilisation des préservatifs. Le rapport développe que l'ESC permet :

- une amélioration de la santé sexuelle et reproductive ;
- une réduction des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH ;
- une diminution des grossesses non désirées ;
- un renforcement de l'estime de soi et de l'efficacité personnelle ;
- un changement positif des attitudes et des normes de genre.

L'ESC, lorsqu'elle est déployée, commence dès la petite enfance et progresse à travers l'adolescence et l'âge adulte, et s'appuie sur des connaissances et des compétences adaptées aux différents âges. Elle suit un processus soigneusement planifié sur la durée, comme n'importe quelle autre matière du programme scolaire. Cette éducation doit être adaptée à l'âge des apprenants, culturellement pertinente et adaptée au contexte, et fondée sur des informations scientifiquement précises et réalistes, s'abstenant de jugements de valeur.

Pourtant, et selon une enquête menée par UNICEF France en 2020 (70), 68 % des jeunes interrogés déclarent ne pas vraiment avoir été ou ne pas du tout avoir été sensibilisés à la notion de consentement dans leur établissement scolaire, dont 11 % qui ne savent pas du tout ce que c'est. Ces personnes

disent subir les conséquences de ce manque d'information et d'éducation dans leur vie quotidienne et dans leurs relations aux autres.

Ce sondage montre que la demande existe de la part des mineurs, mais qu'il s'agit d'aborder la VIAS sous un autre angle que le prisme unique des risques. « Malgré cela, aujourd'hui, de nombreux mineurs regrettent que les sujets abordés lors des séances dont ils ont bénéficié aient été limités à la contraception, l'anatomie, la reproduction, la protection et les maladies sexuellement transmissibles, alors qu'ils auraient aimé aborder le consentement, la communication dans le couple, les violences sexuelles, l'homosexualité et l'orientation sexuelle, le plaisir féminin... » (70).

Concernant la protection de l'enfance, il faut tenir compte de la situation des mineurs ayant subi des violences sexuelles. D'autres ont pu être témoins de violences conjugales, connaître des environnements incestueux ou prostitutionnels, consommer de la pornographie à dose trop importante pour leur degré de maturité, ou encore reproduire les violences sexuelles auxquelles ils ont été exposés. L'importance de l'éducation sexuelle est alors décuplée afin de déconstruire certaines représentations et de prévenir des passages à l'acte inadaptés. Pris dans le tourment du quotidien (71), les professionnels évoluant en milieu ouvert ou au sein des foyers de l'enfance (et des MECS) ne considèrent pas toujours cet axe de travail comme prioritaire.

Dans son mémoire consacré à la question et soutenu à la faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix-Marseille en 2022, Loudghiri (66) souligne l'importance d'être observateur et disponible à accueillir des paroles et situations favorisant l'émergence de ces questions malgré le manque de temps et de formation des éducateurs, le manque de personnel qualifié et les tabous autour de la sexualité adolescente. Il existe, en effet, un réel besoin de formation et d'apprentissage, même si ce besoin ne se transforme pas toujours en attente de la part du public. Le professionnel devra donc se saisir de toutes les opportunités (en passant parfois par des partenaires externes, ou de manière informelle), pour travailler le rapport des mineurs à la VIAS. Ceci demande une solide formation en amont (pour adapter le discours à la maturité psychique et physique des personnes notamment), dont ne bénéficient pas toujours les travailleurs sociaux.

La VIAS est une liberté, une source d'épanouissement et de bien-être. L'accompagnement des résidents dans la VIAS est la clé d'une prévention contre les risques de violences sexuelles (68). Il permet, en effet, de repérer, prévenir les violences et accompagner les personnes qui en sont victimes. Dispenser une éducation sexuelle continue et de bonne qualité sur les règles relatives à l'expression de la sexualité, le respect des droits et la protection contre les abus permet d'accroître la capacité des personnes, notamment celles souffrant de déficiences intellectuelles, à exercer leurs droits sexuels tout en les protégeant des abus et en améliorant leur qualité de vie. Les efforts visant à mettre en œuvre des mesures préventives devraient inclure une éducation ciblée sur l'exploitation dans les relations amicales, amoureuses et sexuelles (30, 52, 72).

Plus spécifiquement, une revue de la littérature sur les violences sexuelles intrafamiliales (73) met l'accent sur des éléments sur la prévention des violences sexuelles chez les mineurs visant de manière ultime à lutter contre la culture du silence. Il est notamment recommandé de :

- développer des outils de prévention et de sensibilisation sur les violences sexuelles ;
- informer les enfants des conséquences des révélations de violences sexuelles ;
- mettre en place des programmes préventifs visant à renforcer les connaissances des enfants sur les violences sexuelles, ce qui permettrait de favoriser le partage de témoignages de la part des jeunes et donc de favoriser un meilleur repérage des violences sexuelles intrafamiliales dont les enfants sont victimes ;

- cibler les actions de sensibilisation sur les violences sexuelles auprès des adolescents, souvent les premiers à être informés des violences sexuelles vécues par leurs camarades, sans omettre des programmes de prévention à destination des enfants ;
- permettre aux personnes qui ont des comportements sexuels inappropriés de tendre vers une expression sexuelle normale, par des programmes d'éducation sexuelle adaptés.

L'enseignement et l'adaptation du vocabulaire pour discuter de la VIAS (sentiment, relations sexuelles et préférences personnelles) peuvent également aider les personnes ayant une déficience intellectuelle à mieux appréhender la sexualité et peuvent, de ce fait, limiter les risques d'agression sexuelle et d'exploitation (64).

Selon un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes sur l'état du sexisme en France (2024), chez les jeunes, 82 % n'ont pas eu de séances d'éducation à la vie intime, affective, relationnelle et sexuelle à l'école élémentaire (74).

### *Méthodes d'éducation et nécessité d'une éducation sexuelle personnalisée*

Comme évoqué précédemment, l'individualisation est la clé de toute démarche d'accompagnement auprès des personnes concernées. C'est pourquoi plusieurs recherches recommandent aujourd'hui la mise en place d'une éducation sexuelle anticipée, adaptée et personnalisée (7, 18, 52).

Selon une méta-analyse destinée à recenser les études ayant évalué l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle dispensés auprès de jeunes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme (18), ces jeunes reçoivent le plus souvent une éducation sexuelle seulement après avoir manifesté un comportement sexuel problématique. « Les individus présentant un TSA qui ne reçoivent pas d'éducation sexuelle formelle courent un risque accru d'être à la fois victimes de crimes sexuels ou arrêtés pour avoir commis un crime sexuel non intentionnel » (18). Une éducation sexuelle s'avère donc indispensable pour certaines difficultés et se doit d'être adaptée : « le fonctionnement cognitif des personnes ayant un TSA présente des particularités pouvant nécessiter une instruction individualisée, ciblée, intensive et adaptée à leur profil particulier pour certains aspects de l'éducation sexuelle » (18).

Plus généralement, les efforts visant à mettre en œuvre des mesures préventives devraient :

- fournir une éducation sexuelle continue de qualité, indispensable pour renforcer la capacité des individus souffrant de troubles cognitifs à exercer leurs droits sexuels tout en les protégeant des atteintes, et tout en améliorant leur qualité de vie globale (30) ;
- informer les femmes et les hommes atteints de troubles cognitifs sur les relations sexuellement abusives et sur la manière d'obtenir de l'aide (64).

L'éducation des mineurs à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes implique plusieurs méthodes :

- s'appuyer sur des contrats-cadres en santé publique pour déployer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle dans l'ensemble des établissements éducatifs ;
- développer l'éducation en santé sexuelle en direction des mineurs en dehors d'un cursus scolaire ou universitaire ;
- améliorer la visibilité des ressources et des dispositifs d'information mis à la disposition des équipes éducatives et des intervenants auprès des mineurs ;
- développer des actions « d'aller vers ».

Par exemple, le rapport annuel de l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique (ARCOM) (2023) aborde plusieurs initiatives et actions entreprises pour l'éducation à la VIAS (75). Il s'agit d'un aspect crucial de la formation des jeunes, visant à leur fournir les

connaissances et compétences nécessaires pour naviguer dans leurs relations personnelles et sexuelles de manière saine et respectueuse. Tout d'abord, elle rappelle que cette dernière est intégrée dans les programmes scolaires et soutenue par des campagnes de sensibilisation et des ressources pédagogiques adaptées (modules spécifiques sur l'éducation sexuelle, abordant des sujets tels que la puberté, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le consentement, etc.).

L'ARCOM met un accent particulier sur la prévention des violences sexuelles à travers plusieurs initiatives. Des mesures strictes sont mises en place pour contrôler l'accès des mineurs aux contenus pornographiques en ligne. Les éditeurs de services de communication doivent prendre des mesures pour empêcher l'accès des mineurs à ces contenus, sous peine de sanctions. De même, des campagnes de sensibilisation sont également menées pour informer les jeunes et leurs parents des dangers liés à l'exposition à la pornographie. Les programmes télévisés doivent respecter des règles strictes de signalétique pour indiquer les contenus déconseillés aux mineurs. Par exemple, les émissions contenant des scènes de violence ou de sexualité explicite doivent être clairement signalées et diffusées à des heures appropriées. Un comité d'experts du jeune public, créé par l'ARCOM, émet des recommandations sur les contenus audiovisuels et les enjeux de la protection du jeune public. Ce comité joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques et des programmes éducatifs.

L'éducation scolaire à la VIAS en France est encadrée par la loi depuis 2001, qui prévoit au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées. Cependant, la mise en œuvre effective de cette obligation légale reste parcellaire et inégale sur le territoire. Un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (76) souligne que seulement une minorité d'élèves bénéficient réellement de ces séances tout au long de leur scolarité. Face à ce manque, les jeunes se tournent souvent vers d'autres sources d'information comme internet, les réseaux sociaux ou la pornographie, pouvant parfois véhiculer des contenus erronés ou stéréotypés. Pour améliorer la situation, le HCE recommande de :

- renforcer la politique interministérielle d'éducation à la sexualité ;
- mieux former les personnels éducatifs ;
- impliquer davantage les associations et acteurs de terrain.

Des outils et ressources pédagogiques sont mis à disposition des professionnels, comme le site onSEXprime<sup>19</sup>, les fiches d'Éduscol ou les guides du ministère de l'Éducation nationale.

Dans une recommandation traitant du trouble du spectre de l'autisme (2017), concernant l'éducation à la VIAS, la HAS et l'ANESM proposaient de nombreuses pistes de travail (46). La prise en compte des caractéristiques (capacités, difficultés, etc.) est une clé de la réussite de ces projets. Il est nécessaire en amont d'évaluer le besoin d'aide de la personne dans ce domaine, de tenir compte de sa vulnérabilité et de ses difficultés spécifiques pour adapter les médiations proposées. La première piste est la mise en place d'ateliers individuels ou en petit groupe pour travailler autour de cette thématique, avec des supports adaptés (pictogrammes, vidéos, poupées sexuées, etc.). Il est rappelé que la participation à ces ateliers ne saurait être imposée. En termes de contenus, il s'agit d'apprendre à la personne à reconnaître les codes sociaux de la vie relationnelle et sexuelle, notamment le consentement, d'informer de manière adaptée sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles et très concrètement, de coconstruire avec les personnes les moyens d'acquérir les compétences sociales et spécifiques permettant de s'épanouir sur le plan affectif et sexuel.

Une étude menée par l'INSERM (77) indique que la mise à disposition de ressources, via de nouveaux outils de communication, est un enjeu important dans l'amélioration de l'information en termes de santé

---

<sup>19</sup> <https://www.onsexprime.fr/>

sexuelle. Cette dernière passe notamment, auprès des publics mineurs, par une plus grande accessibilité aux ressources et aux dispositifs d'information ou encore par une utilisation des nouveaux outils de communication. Il s'agirait par exemple de :

- mettre à la disposition de tous, au sein d'une base de données unique, des ressources fiables et actualisées en matière de communication à la santé sexuelle ;
- mobiliser les techniques de communication, notamment du marketing social, au bénéfice de la promotion de comportements favorables à la santé, pour une communication et une prévention plus efficaces ;
- promouvoir les services d'aide à distance en santé sexuelle en proposant des outils interactifs pour orienter les personnes accompagnées vers les ressources et structures adaptées à leurs besoins, au plus près des territoires ;
- limiter et agir contre les contenus potentiellement sensibles auxquels est exposée la population, notamment les mineurs.

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe pluridisciplinaire rappelle que tous les professionnels sont concernés par la question de la VIAS, y compris le personnel technique et administratif. À ce titre, il peut être pertinent de les former sur la question, selon leurs fonctions et missions au sein de l'ESSMS. Les personnes accompagnées doivent également être informées, formées ou sensibilisées sur le sujet, sur la base du volontariat et de leur situation spécifique, et en utilisant des supports et outils adaptés. En ce qui concerne les proches des personnes accompagnées, la question de la sensibilisation à la VIAS est cruciale, notamment à propos des droits des personnes (droit à la vie privée, liberté de circulation...) et de l'accompagnement à l'autonomie.

Les membres du groupe de travail soutiennent l'importance de l'éducation à la VIAS des personnes accompagnées en adoptant une approche ouverte, respectueuse et adaptée. Ils reconnaissent l'importance de mettre en place des programmes d'éducation spécifiquement conçus pour répondre aux besoins individuels. Il est crucial de concevoir des environnements sûrs où les personnes peuvent poser des questions et exprimer leurs préoccupations sans jugement. Les professionnels doivent être formés pour aborder ces sujets de manière appropriée, en utilisant des supports adaptés et en collaborant avec des partenaires, proches et associations si nécessaire. L'objectif est de promouvoir auprès des personnes une compréhension saine et positive de la VIAS, d'enseigner le consentement et de prévenir les abus et les violences. Il est crucial que les professionnels soient au clair avec ces questions et puissent organiser des temps de sensibilisation et de formation adaptés aux publics et à leurs problématiques.

## 2.4. Mettre des outils à disposition de l'ensemble des acteurs

### 2.4.1. Pour les professionnels

#### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la question de la mise à disposition d'outils concernant la VIAS. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises. Il s'agit de :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (2013) (63).

#### Données issues de la littérature

La montée en compétences des professionnels devrait s'accompagner d'une mise à disposition de ressources et d'outils supplémentaires (10, 12). Des ressources éducatives à propos de la santé sexuelle permettraient, notamment, de fournir aux professionnels des supports pour initier et discuter des échanges autour de la VIAS.

Parmi les ressources existantes, une revue de la littérature menée aux États-Unis sur la sexualité des personnes âgées et des adultes souffrant de troubles cognitifs (19) recommande, par exemple, l'utilisation du questionnaire *Staff Attitudes about Intimacy and Dementia* (SAID) (78). Cet instrument de vingt questions permettrait d'identifier les connaissances et les attitudes du personnel sur l'intimité et la sexualité des personnes vivant avec des troubles cognitifs en institution et peut, notamment, aider à identifier les domaines nécessitant une formation professionnelle plus poussée. Néanmoins, les résultats d'une revue de la littérature intégrative (79) soulignent que la fiabilité de ce questionnaire n'a pas été établie, y compris celle des autres instruments identifiés.

Il existe de multiples outils et ressources développés par des associations notamment, permettant de faciliter l'accompagnement de la VIAS.

La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1) recommande de développer et de mettre à disposition différents outils pour améliorer les compétences et pratiques des professionnels dans le domaine de la santé sexuelle :

- la production de guides labellisés à destination des intervenants auprès des jeunes publics et des publics spécifiques, par exemple à propos des comportements sexistes et sexuels et de l'éducation à la sexualité ;
- des outils pédagogiques novateurs en matière de protection des victimes de violences ;

- des modules de formation en santé sexuelle pour la formation initiale et continue des professionnels de santé, notamment sur la plateforme de l'Agence nationale du développement continu des professionnels de santé ;
- des référentiels de bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes, à destination des personnels intervenant dans les institutions hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- des référentiels pour les professionnels de santé afin d'accompagner les femmes et les couples à l'apparition des dysfonctionnements sexuels liés à l'âge ;
- des outils adaptés pour la formation des professionnels sur les questions de santé sexuelle des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- des supports de formation sur les conséquences de la prise en charge des maladies chroniques sur la sexualité.

La revue de la littérature à propos de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles de santé mentale (40) propose des outils tels que la formation, l'accès à de la thérapie et des séances d'éducation sexuelle.

Lors d'une audition avec les chefs de projet HAS, Mme Claire Versini, sexologue et psychomotricienne, a pointé le manque actuel de formation des professionnels à propos de la VIAS, solidifiant l'existence de certains tabous, notamment auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Le manque d'outils adaptés ne facilite pas l'évolution des pratiques et des représentations, confortant la crainte de certains professionnels d'être intrusifs ou de mal faire. Elle recommande notamment d'encourager les formations et d'éviter autant que possible les jugements basés sur ses propres représentations. Ainsi, l'utilisation d'un vocabulaire précis et adapté, partagé par les professionnels, est une étape importante pour favoriser la VIAS des personnes et encourager leur autodétermination.

### Avis du groupe de travail

Les propositions du groupe de travail ont été entièrement reprises sous la forme de recommandations.

#### 2.4.2. Pour les personnes accompagnées

Voir « avis du groupe de travail » ci-dessous en 2.5.3.

L'accompagnement « pratique » des personnes accompagnées dans la VIAS par le biais d'outils ludiques sera développé dans le volet 2 de la recommandation.

#### 2.4.3. Pour les proches

##### Données issues de la littérature

Comme pour les personnes accueillies dans les ESSMS, la littérature souligne la nécessité de mettre à disposition de l'entourage des ressources informationnelles sur la VIAS. Les données recensées sur la question portent le plus souvent sur l'entourage des personnes présentant une déficience intellectuelle (29, 80). Les résultats d'une enquête qualitative menée au Canada (29) montrent, par exemple, que les personnes de confiance (*substitute decision-makers*, à savoir le conjoint, un partenaire, un

membre de la famille ou un ami) des résidents en soins de longue durée vivant avec des déficiences cognitives requièrent la mise à disposition de dossiers informatifs et de brochures. Ceci leur permettrait d'échanger sur la VIAS avec les membres de la famille des résidents et contribuerait à les informer sur la façon dont les troubles cognitifs peuvent affecter leur sexualité. Les parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle devraient également bénéficier de conseils afin de pouvoir réexaminer leurs perceptions (80), être accompagnés afin d'adopter une attitude plus positive et fournir ainsi à leurs enfants adultes le soutien dont ils ont besoin pour créer et maintenir des relations de couple. Cette étude souligne aussi l'importance du dialogue et de la coordination entre les attentes des parents, des professionnels et des personnes en situation de handicap.

La recommandation « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) propose aux ESSMS de créer une boîte à idées pour recueillir anonymement les questions des personnes sur la vie affective et sexuelle, et des supports adaptés (visuels, etc.) pour expliquer certaines situations aux personnes.

Dans une étude universitaire concernant l'accompagnement en MECS (66), l'auteur souligne que pour certains jeunes accueillis, parler de sexualité peut être difficile en raison de tabous culturels ou religieux, et que le travail avec les familles peut être complexe du fait de l'éloignement géographique.

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe de travail propose de mettre à disposition des professionnels, des personnes accompagnées et de leurs proches des outils facilitant l'accompagnement de la VIAS, la compréhension de ses enjeux, et son soutien lorsque les personnes en émettent le souhait. Ces ressources pourraient porter sur les droits fondamentaux, la prévention, l'intimité... mais également des listes de contacts et de partenaires potentiels. Il est important de faire en sorte que ces supports soient adaptés aux destinataires, tant en termes de fond que de forme (FALC, vidéos, braille, etc.), ainsi qu'à leurs compétences, aspirations et situations.

## **2.5. Associer l'entourage de la personne**

### **2.5.1. Les partenaires et les représentants légaux**

#### **Recommandations ANESM/HAS publiées**

L'association des proches des personnes accompagnées concernant la VIAS est également abordée dans les recommandations ANESM/HAS publiées suivantes :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD » (2017) (48) ;
- « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (2013) (63).

## Données issues de la littérature

Le projet institutionnel implique par exemple d'élaborer, au niveau des établissements, une politique en matière d'expression sexuelle (29), qui permettrait d'encourager la prise de décision collaborative, en accord avec une meilleure interprétation des souhaits des résidents, de la lecture de la situation par l'entourage ou les représentants légaux (conjoint, partenaire, membre de la famille ou ami) et de l'évaluation professionnelle et personnelle.

Cette section s'appuie également sur la littérature identifiée en section 2.3.3.

Au sein de la recommandation « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33), il est proposé de définir avec chaque personne accueillie les informations concernant sa vie privée (projet personnalisé, planning d'activité, vie relationnelle et sexuelle, etc.) qu'elle souhaite ou non transmettre à ses représentants légaux. L'accord de la personne lorsque des informations à caractère privé sont transmises, notamment aux représentants légaux, est donc indispensable. Les représentants légaux doivent être sensibilisés et informés de la liberté des personnes en situation de handicap d'avoir des relations sexuelles.

Dans une étude s'intéressant à l'accompagnement au sein des MECS (66), l'auteur souligne l'importance d'associer des partenaires dans l'accompagnement de la VIAS des mineurs accueillis. Le planning familial est mentionné en tant que partenaire important, notamment pour gérer certaines situations au cas par cas (grossesses non désirées, contraception, dépistages). Cependant, il est noté que le planning ne se déplace pas dans les ESSMS, et que ce sont les éducateurs qui doivent y accompagner les jeunes. Pour ce faire, d'autres associations peuvent être mobilisées comme partenaires potentiels pour mener des actions d'éducation à la santé sexuelle au sein des MECS. Cela peut également constituer une occasion pour certains intervenants souhaitant se former de l'être. De même, la collaboration avec des professionnels de santé extérieurs (gynécologues, sages-femmes) est proposée pour intervenir ponctuellement. L'idée d'avoir un professionnel de santé spécialisé rattaché directement à la structure est avancée, pour faciliter le suivi et instaurer une relation de confiance avec les mineurs. Dans ce dernier cas, il est particulièrement important de respecter le cadre légal et réglementaire du partage d'informations.

## Avis du groupe de travail

Les membres du groupe de travail expliquent qu'il est important d'associer, dans la mesure du possible et au cas par cas, les représentants légaux et les partenaires institutionnels dans l'accompagnement de la VIAS des personnes accompagnées, en adoptant une approche collaborative et inclusive. Les professionnels peuvent, par exemple, organiser des réunions régulières avec les représentants légaux et les partenaires pour discuter des besoins et des souhaits des personnes accompagnées en matière de VIAS. Il peut être important d'associer les représentants légaux dans l'élaboration des projets personnalisés et de les tenir informés des actions mises en place, selon les souhaits des personnes et le contexte d'intervention. Les professionnels peuvent également proposer des formations et des groupes de parole pour sensibiliser tous les acteurs aux enjeux de la VIAS des personnes accompagnées. La mise en place du conseil de la vie sociale (CVS), incluant des représentants des familles et des partenaires, peut également favoriser le dialogue et la prise en compte des différents points de vue.

## 2.5.2. Associer les proches

### Données issues de la littérature

Il existe parfois une défiance de la part des familles à l'égard de la sexualité des personnes âgées ou en situation de handicap. Comme souligné précédemment, les proches ont parfois du mal à les reconnaître comme des êtres sexués et en capacité de construire des relations amoureuses et sexuelles ou de connaître la parentalité (16, 30, 52, 80). « Ainsi bien des idées préconçues demeurent fortement ancrées au sein de la société, comme si le désir ajoutait de l'indécence à "l'anormalité" » (7). Ils les tiennent donc souvent à l'écart d'une vie ou d'une éducation sexuelle en mettant en place des restrictions, voire des interdits. Ce contrôle de l'entourage peut persister jusque dans les institutions.

Si l'entourage reconnaît généralement le droit à l'intimité comme un droit humain fondamental, il considère que les droits connexes au mariage et à la parentalité n'en font pas partie. Pour exemple, selon une étude qualitative menée en Israël (80), les parents perçoivent différemment les relations de couple menées dans la population générale de celles que peuvent entretenir leurs enfants adultes ayant une déficience intellectuelle. Alors qu'ils décrivent les relations de couple menées dans la population générale comme relevant du respect, de l'appréciation de l'autre, de la prise de conscience de ses besoins et des concessions mutuelles, les parents qualifient les relations de couple de leurs enfants en situation de handicap comme étant principalement axées sur la dimension de l'intimité sexuelle. Ils considèrent parfois que leurs enfants ne sont pas capables d'avoir des relations sérieuses et significatives et de ce fait, questionnent quant à leur possibilité de se marier, de fonder une famille et d'élever des enfants.

Les discussions, les décisions et les comportements des professionnels peuvent également être influencés par les souhaits des enfants de résidents. Une enquête qualitative menée en Suisse romande sur les représentations, les réactions et les modes de gestion des institutions mettant en place une implication des familles (16) conclut que la posture des professionnels dépend en partie des attentes et des expériences de la famille. Dans ces types de situations, les décisions se prennent, là encore, en l'absence des résidents et parfois à l'encontre de leur volonté. Elles sont généralement prises entre les professionnels et la famille, notamment dans le cas où les résidents sont en situation de handicap mental.

Du fait de leur nature complexe, les besoins en matière de VIAS impliquent de développer une collaboration entre les professionnels et l'entourage. La mise en place de formations collaboratives serait un moyen de sortir les professionnels de leur isolement en leur permettant de travailler plus étroitement avec l'entourage des personnes (11). Elles seraient, par exemple, l'occasion de discuter des enjeux et des logiques de l'autonomie et de la liberté reconnues aux personnes.

Selon le rapport des Petits Frères des pauvres (45), il est nécessaire de sensibiliser l'entourage familial, qui peut avoir des réticences ou des réactions négatives face à la vie affective des personnes âgées. De même, de nombreuses personnes âgées craignent la réaction de leurs enfants si elles souhaitent rencontrer quelqu'un ou avoir une nouvelle relation. Les oppositions familiales peuvent ainsi être fortes quand des personnes âgées se rapprochent affectivement. Il est donc important d'inclure les familles dans la réflexion sur la vie intime des personnes, tout en préservant l'autonomie et les choix de ces dernières. Le rapport recommande une approche progressive pour travailler sur certaines représentations, en respectant la pudeur de chacun, et trouver un équilibre entre le respect de l'intimité des personnes âgées et l'information de leur entourage. Pour cela, il est nécessaire de former les professionnels à aborder ces questions avec les familles de manière respectueuse et éthique et de favoriser le dialogue entre les personnes âgées, les familles et les équipes accompagnantes. L'objectif

est de créer un environnement bienveillant où la vie affective des personnes âgées est reconnue et respectée, tout en impliquant l'entourage de manière positive et constructive.

Un article met en avant la nécessité d'être sensible aux différentes réactions possibles des membres de la famille face à l'activité sexuelle de leur proche. Les réactions peuvent aller de l'acceptation à la colère, en passant par des menaces de transfert du résident ou d'action en justice (56).

Comme pour les professionnels, la littérature souligne la nécessité de mettre à disposition des personnes et de leur entourage des ressources informationnelles sur la VIAS. Les études dont est issue cette recommandation font le plus souvent référence à l'entourage des personnes présentant une déficience intellectuelle (29, 80).

Une autre étude (81) met l'accent sur la nécessité de renforcer les compétences des parents en termes d'éducation à la santé sexuelle de leurs enfants. En effet, et au sein de la PJJ, la santé sexuelle des adolescents est un sujet peu abordé par les éducateurs, malgré son importance. Les éducateurs expriment des difficultés et réticences à parler de sexualité avec les jeunes suivis. Ils manquent de formation sur ces questions et craignent de sortir de leur rôle éducatif. Et pourtant, les jeunes de la PJJ ont souvent une initiation sexuelle précoce et manquent d'informations fiables. La recherche collaborative menée révèle également des différences d'approche entre éducateurs hommes et femmes.

La recommandation « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) explique que les visites des proches doivent être facilitées. Il est recommandé qu'elles ne soient limitées que par le respect d'autrui et les conditions de bon voisinage. Des espaces conviviaux doivent être mis à disposition pour les visites des proches afin de respecter l'intimité et la vie privée. Il est recommandé de mettre en place des modalités d'accueil des visiteurs qui, tout en assurant la sécurité, respectent le caractère privé de la visite. Sauf disposition contraire dans le projet personnalisé, les noms et qualités des visiteurs ne devraient pas être demandés. Dans certains établissements, comme les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les parents peuvent être autorisés à venir quand ils le souhaitent (sauf décision judiciaire contraire), y compris pour partager un repas avec leur enfant. Cela contribue au maintien du lien parents/enfant visé dans le projet d'établissement. Dans une maison de retraite, il a été réservé une chambre dédiée à l'hébergement ponctuel de visiteurs. Dans le cas d'événements exceptionnels ou dramatiques ayant lieu au sein de l'établissement, il est recommandé de porter une attention particulière à la circulation de l'information, y compris auprès des proches, tout en respectant la confidentialité.

Au sein de la recommandation « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36), il est proposé d'établir des règles d'accueil des proches et de les communiquer aux personnes accueillies par l'intermédiaire du livret d'accueil et, selon la situation, de recevoir individuellement chacun des membres de la famille afin d'entendre leur demande spécifique. Il est également recommandé de ne pas solliciter les enfants comme traducteurs, quel que soit le sujet abordé avec les parents.

La recommandation « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) propose d'identifier les attentes de la personne concernant ses relations avec ses proches, de diversifier les lieux et modalités de rencontre possibles et d'accompagner la personne lors d'événements touchant ses proches.

Dans la revue de la littérature élaborée par McCann *et al.* (40), à propos des établissements de santé mentale, le soutien de la famille et des partenaires est considéré comme significatif pour aider la personne atteinte de troubles mentaux graves, mais leurs besoins sont souvent méconnus et le soutien nécessaire fait généralement défaut. Ainsi, les professionnels devraient être plus attentifs aux besoins des familles et des partenaires, et leur fournir le soutien et les informations nécessaires en développant

des interventions qui ciblent non seulement la personne accompagnée, mais aussi son entourage proche. Plus généralement, une meilleure communication entre les patients, leurs proches et les soignants sur les questions de sexualité et d'intimité est encouragée.

Dans une recommandation traitant du trouble du spectre de l'autisme et datant de 2017 (46), la HAS et l'ANESM soulignaient l'importance de respecter certains paramètres dans l'implication des proches concernant la VIAS de la personne. Tout d'abord, il est important de respecter le choix de la personne concernant l'implication de sa famille dans sa vie affective et sexuelle. Il en va de même concernant l'information et la formation des proches sur les questions liées à la vie affective et sexuelle. La recommandation insiste sur le respect de l'intimité personnelle de l'adulte autiste, ce qui implique que les proches doivent également respecter cette intimité.

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe de travail pluridisciplinaire propose de sensibiliser et informer les proches sur les droits et besoins des personnes accompagnées concernant la VIAS dans le respect de la confidentialité. Cela peut se mettre en place à travers des séances d'information, la mise à disposition de documentations adaptées et/ou de groupes de parole, etc. Ces modalités et leur pertinence sont dépendantes des caractéristiques et contextes des accompagnements. Des ressources peuvent ainsi être mises à disposition des proches pour les soutenir dans une approche positive de la VIAS. Le CVS est également une instance où les proches peuvent s'exprimer et où peuvent se tenir des échanges autour des accompagnements.

# 3. Travailler les représentations à propos de la vie intime, affective et sexuelle

## 3.1. Interroger les représentations des professionnels

### Recommandations ANESM/HAS publiées

L'évolution nécessaire des représentations des professionnels concernant la VIAS des personnes accompagnées est également abordée dans les recommandations suivantes :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité, les transitions et la fin de vie » (2020) (37) ;
- « Sexe, genre et santé – rapport d'analyse prospective » (2020) (62) : la HAS rappelle que les femmes en situation de handicap sont souvent perçues comme des « éternelles enfants, asexuées, dépendantes et fragiles » et qu'il est nécessaire de lutter contre ces stéréotypes (62). Cette représentation participe à l'invisibilisation de leur sexualité et à la négligence de leurs besoins spécifiques en matière de santé sexuelle (par exemple, une femme en situation de handicap n'est pas systématiquement dépistée pour le cancer du col de l'utérus, ce qui indique un manque de prise en charge adéquate). Le rapport d'analyse prospective met également en avant la nécessité de lutter contre l'asexualisation des personnes âgées, en reconnaissant leur droit à une vie intime et sexuelle épanouie. De même, il souligne l'importance de reconnaître et de respecter la vie intime et sexuelle des personnes en situation de handicap. Concernant les personnes trans et intersexes, le rapport insiste sur le respect de l'identité de genre des personnes trans et sur la nécessité de ne pas limiter leur santé aux seules questions de changement de sexe.

### Données issues de la littérature

#### *Des représentations teintées de considérations personnelles et morales*

Comme souligné précédemment, les professionnels rencontrent souvent des craintes et des difficultés dans l'accompagnement de la VIAS qui apparaît alors comme un « risque professionnel » (5, 7, 15). Les directeurs de seize établissements sociaux et médico-sociaux en France ont été interrogés sur les conditions d'accueil et de soin des personnes ayant des incapacités motrices accueillies dans leurs établissements. Plusieurs directeurs rapportent à quel point la VIAS des personnes accueillies en ESSMS est qualifiée de façon négative dans le discours des professionnels, en termes de manques (mal-être, sentiment d'abandon), de risques (vulnérabilité, risque d'agression sexuelle entre résidents), etc. La sexualité des personnes en situation de handicap est par exemple perçue comme une pulsion

peu liée aux sentiments. La dimension sexuelle de ces personnes serait donc « davantage à juguler, à canaliser afin de la domestiquer, pour l'intégrer dans le fonctionnement quotidien de l'établissement » (5). L'interdit prendrait alors le pas sur la liberté des personnes accueillies et la prise en considération de la VIAS s'organiserait seulement autour de réponses ponctuelles et individuelles.

Certaines études soulignent que les professionnels adoptent le plus souvent des positionnements subjectifs (8, 12) au regard de leur propre code moral plutôt que selon les droits fondamentaux de chacun. Pour pouvoir partager la même chambre, certains professionnels exigent, par exemple, que les couples soient mariés. Certains professionnels peuvent avoir des préjugés âgistes selon lesquels les personnes âgées sont « asexuées » ou que les relations sexuelles à un âge avancé sont « inappropriées » (11, 13, 16). Le fait que les professionnels orientent le plus souvent les personnes vers des organismes pour répondre à leurs questions ou leurs besoins en lien avec la vie amoureuse et la sexualité peut parfois représenter un moyen « de dénier leur qualité de sujets sexués » (5).

### *Une certaine désexualisation des personnes accompagnées*

Tout comme Fournier (5), Pradel (25) évoque la désexualisation mise en œuvre à l'encontre des personnes accueillies en ESSMS dans son rapport consacré aux besoins, dispositifs et enjeux existants et à venir à propos des personnes sans-abri :

« La question de la vie affective et sexuelle des personnes sans-abri est un enjeu invisibilisé et peu pris en considération dans les politiques publiques, ce qui conduit à des présupposés misérabilistes : vie sexuelle inexistante, marquée par la violence, la domination, l'alcoolisation, absence de sentiment amoureux, histoires courtes, etc. La vie affective et sexuelle des sans-abris est taboue sur la scène publique, souvent stigmatisée et, en raison de la hiérarchisation des préoccupations de survie (se nourrir, s'abriter, dormir, se laver), mise de côté. Les représentations collectives n'interrogent pas la sexualité et les relations affectives des personnes sans-abri. »

La mise en place plus ou moins consciente de ce processus de désexualisation résulterait du malaise que semble provoquer l'idée d'une sexualité chez certaines populations (16). Il s'agit de désexualiser ce qui suscite l'inconfort afin de le rendre plus acceptable. Les professionnels respectent ce cadre au point de se retrouver parfois en décalage avec leurs aspirations déclarées consistant à proposer un libre choix en termes de VIAS. Les personnes perçues comme étant « asexuelles » voient alors souvent leurs comportements sexuels jugés comme inappropriés dès lors qu'ils adoptent des comportements considérés comme normaux pour d'autres populations (11-13, 16, 26).

D'autre part, les professionnels ont tendance à considérer que la sexualité constitue un acte entre deux partenaires plutôt que comme un acte que l'on peut également pratiquer seul, à trois, etc. La pénétration sexuelle peut également être perçue comme la seule forme de sexualité possible, ce qui va à l'encontre des manifestations corporelles observées chez la population âgée par exemple (16). En effet, si la sexualité ne se manifeste pas forcément par l'acte sexuel en lui-même, elle n'est pas pour autant inexistante. Elle peut se traduire par d'autres manifestations corporelles telles que des caresses, des câlins, des baisers, le toucher, ou encore l'émergence de fantasmes érotiques.

Les droits sexuels, qui incluent le droit à l'information et à l'éducation sexuelle, sont donc encore souvent bafoués, notamment pour les personnes en situation de handicap ou vieillissantes (31).

### *Concernant les personnes en situation de handicap*

Une revue de la littérature menée à l'échelle internationale (11), sur les représentations des professionnels sur la sexualité des personnes accueillies en situation de handicap, montre à quel point certains professionnels perçoivent la sexualité de ces personnes comme étant à très haut risque. Les représentations de leur sexualité apparaissent stéréotypées selon une conception binaire : les personnes en situation de handicap avec une sexualité « angélique », caractérisée par l'asexualité ou les personnes en situation de handicap avec une sexualité « bestiale », c'est-à-dire impulsive et génitale.

Selon Vaginay (2008), si les ESSMS ont progressé depuis les années 1980-1990 dans l'accompagnement de la VIAS des personnes en situation de handicap, des représentations problématiques persistent, notamment celle d'une sexualité uniquement représentée par les professionnels sous l'angle génital (38). Ce manque de confiance génère de l'infantilisation et de la surprotection, notamment à l'adolescence. Ces représentations nécessitent une approche institutionnelle globale, dans laquelle il s'agit de maintenir des interdits, tout en permettant l'exploration, en réhabilitant une vision positive de la sexualité. Concernant les jeunes, il s'agit par exemple de promouvoir un accompagnement éducatif basé sur leurs expériences, tout en collaborant avec les familles. Un point important avec le public adolescent est de respecter ses rêves et projections.

### *Concernant les personnes âgées en perte d'autonomie*

Selon des données de l'EHESP (82), 69 % des hommes et 43 % des femmes âgés de 75 ans déclarent avoir une activité sexuelle. Selon un rapport des Petits Frères des pauvres (45), respectivement 71 % des personnes âgées considèrent qu'un corps qui vieillit est un corps désirable. L'étude s'appuie sur une enquête auprès de 1 500 Français de 60 ans et plus, ainsi que des entretiens avec 10 personnes âgées de 61 à 101 ans accompagnées par l'association. Elle vise à briser les tabous sur la vie affective et sexuelle des personnes âgées, apporter des données chiffrées et des témoignages sur ce sujet peu étudié, et montrer que la vie affective et sexuelle peut se poursuivre jusqu'à un âge avancé. La vie affective et sexuelle des aînés est un sujet méritant d'être abordé avec respect, car le couple peut être un lieu d'épanouissement durable, même à un âge avancé. Il faut donc prendre en compte la diversité des situations et des attentes des personnes âgées, face aux préjugés et visions caricaturales concernant la sexualité des seniors. Cela passe notamment par un échange avec l'entourage familial, qui peut parfois montrer des réticences. Une personne âgée sur deux a des relations sexuelles et 91 % en sont satisfaites. Le besoin de proximité physique, d'intimité et de contact sexuel ne diminue pas avec l'âge ou avec la perte des capacités cognitives et continue de procurer des avantages psychologiques et physiques tout au long de la vie. Ainsi, le rapport recommande d'adopter une approche respectueuse et sur mesure, sans jugement ni injonction, de lever progressivement le tabou en respectant la pudeur de chacun, d'accompagner les personnes endeillées, en respectant leur rythme, de former les professionnels à ces questions et de sensibiliser le grand public et les familles.

L'équilibre entre le soutien à l'expression sexuelle et intime, les droits, ainsi que l'autonomie des résidents suppose un engagement permanent des professionnels (23). Les mythes âgistes ont souvent exclu les personnes âgées de la sexualité et ont conduit les individus, les prestataires de soins de santé et certaines personnes âgées elles-mêmes à croire que l'activité sexuelle n'est plus à envisager. Du mythe de l'asexualité à l'objectif sociétal global du « bien-vieillir » et de l'importance de prolonger la vie sexuelle, les discours et les perceptions de l'environnement social sur la sexualité des personnes âgées semblent se contredire. En effet, deux représentations fortes s'expriment actuellement (8, 13) :

- celle qui dépeint les personnes âgées comme des êtres asexués en raison de certains changements biologiques comme la ménopause, l'andropause et le déclin fonctionnel. L'environnement social prend uniquement comme référence les performances sexuelles de la jeunesse,

niant ainsi toute possibilité aux personnes âgées de mener une VIAS tout aussi satisfaisante. Il nourrit souvent une vision négative de la vieillesse et tend à percevoir les personnes âgées uniquement comme des êtres diminués ;

- une autre, véhiculée notamment par les médias, d'un « vieillissement réussi », faisant du maintien de la santé physique le premier objectif de la sexualité des personnes âgées, au risque que les personnes ne correspondant pas à ce modèle idéalisé se voient déssexualisées et connaissent une baisse d'estime de soi et un sentiment de culpabilité.

### *Concernant les personnes accompagnées dans le secteur de l'inclusion sociale*

Les politiques publiques et la recherche se sont désintéressées de la question de la VIAS des personnes sans domicile fixe, ce qui conduit à de nombreux préjugés et représentations (26). Leur vie sexuelle n'existerait pas, la misère économique mènerait automatiquement à une misère sexuelle remplie de violences, d'alcoolisation et de domination. Les couples sont peu reconnus, sauf ceux qui sont mariés, et il existe peu de lieux pour les accueillir (25). La VIAS des personnes sans domicile fixe est en effet souvent perçue comme illégitime et impossible. Son caractère illégitime s'explique par le fait que la sexualité n'est pas perçue comme un besoin prioritaire au regard d'autres besoins primaires tels que se nourrir, se laver et trouver un endroit où dormir. En effet, « reconnaître que les personnes sans domicile ont une vie sexuelle, ce serait non seulement reconnaître le droit au plaisir, mais aussi et surtout leur reconnaître l'accès à une vie reproductive » (26). La sexualité est alors perçue comme « rare ou irrégulière, s'exerçant sous l'effet d'une très forte consommation d'alcool, dans des endroits non prévus à cet effet et investis dans l'urgence, visant une satisfaction immédiate, jamais inscrite dans l'horizon de relations durables » (26).

Une autre étude qualitative menée cette fois-ci aux États-Unis (83) indique l'importance que revêt la VIAS chez les personnes sans-abri. Le fait d'avoir une personne sur qui compter en cas de besoin, qui apporte un soutien affectif, aide à surmonter les difficultés qu'elles peuvent rencontrer, notamment en termes d'emploi et de logement. Les personnes interrogées mentionnent l'importance de l'attrait d'un partenaire et du désir d'avoir des relations sexuelles.

L'absence d'un logement ne conduit donc pas pour autant à la disparition de la VIAS (51, 83), mais nécessiterait une adaptation de celle-ci en fonction des conditions environnementales. Les contraintes liées à l'absence de logement ne semblent pas modifier le souhait d'une activité sexuelle, aussi bien en termes de partenaires, de lieux ou de fréquence. Si d'autres personnes sans domicile fixe accordent moins d'importance à la VIAS, celle-ci n'est pas pour autant inexistante. À l'inverse, l'absence d'une VIAS se retrouve chez certaines personnes sans domicile fixe, mais ne résulterait donc pas d'une absence de logement. Elle s'expliquerait, dans la majorité des cas, par une absence de désir possiblement liée à un passé affectif douloureux et à une perte d'estime de soi. De manière transversale, les femmes sont perçues comme souffrant d'une vulnérabilité plus importante que les hommes qui sont eux-mêmes perçus comme plus portés sur la sexualité et dès lors plus à risque d'occuper la position de l'agresseur (11, 16).

### *Concernant les personnes accompagnées dans les établissements de santé mentale*

La revue systématique de McCann *et al.* (40) pointe certaines attitudes stigmatisantes ou préjugés de la part des professionnels dans l'accompagnement de la VIAS. Il est recommandé de travailler sur les représentations des professionnels, en mettant en place des modalités de réflexion à propos de leurs attitudes et croyances.

Dans une recommandation intitulée « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte » (2017) (46), il est noté que les professionnels doivent travailler sur leurs représentations de la VIAS des personnes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme. Il s'agit d'une condition importante favorisant le respect du droit des personnes à avoir une vie affective et sexuelle, quel que soit leur milieu de vie.

### **Avis du groupe de travail**

Il est important d'interroger les représentations des professionnels sur la sexualité en général, ainsi que sur la sexualité des personnes accompagnées, par exemple l'absence supposée de sexualité, ou à l'inverse une sexualité forcément déviante.

Les professionnels peuvent également éprouver des difficultés à évoquer le sujet auprès des personnes accompagnées et à les amener à dépasser leurs propres préjugés (par exemple : des éducateurs en foyer de l'enfance peuvent avoir du mal à mobiliser les jeunes pour les amener à participer à un atelier sur le sujet de la VIAS en raison de leurs propres représentations sur le sujet). Pour ces raisons, il est important de travailler sur les représentations des professionnels, ainsi que celles des personnes accompagnées, pour sortir de l'approche uniquement par le risque, et aborder la VIAS positivement.

Les échanges en groupe de travail soulignent également la forte proportion des jeunes ayant subi des violences sexuelles, qui arrivent dans les structures avec des représentations ou des normes qui sont acquises dans la famille et peuvent interpeller les professionnels. L'information, la formation, la sensibilisation des personnes, des professionnels et des familles sont donc essentielles. Il apparaît tout aussi important d'accompagner les personnes à se sentir désirables, à assumer leur corps, se l'approprier et avoir une bonne estime de soi.

## **3.2. Questionner les représentations des personnes accompagnées**

### **Recommandations ANESM/HAS publiées**

Le travail à propos des représentations des personnes accompagnées concernant la VIAS est également abordé dans les recommandations publiées suivantes :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité, les transitions et la fin de vie » (2020) (37) ;
- « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (2013) (63).

## Données issues de la littérature

Les conséquences des constats établis dans la section précédente sont préjudiciables pour les personnes concernées. En ce qui concerne les personnes en situation de handicap, la dévalorisation dont elles sont victimes peut avoir des effets délétères sur leur image de soi ou sur leur capacité à se construire comme personnes désirables et sujets désirants (5, 9). Le fait de ne pas percevoir les personnes en situation de handicap comme des sujets sexués capables de construire des relations amoureuses et sexuelles ne leur permet pas « de concevoir une image positive d'elles-mêmes, d'avoir confiance en elles ou même de parler de leur vie amoureuse ou sexuelle, éléments pourtant nécessaires pour se construire comme sujet de sa propre sexualité » (5).

Selon White *et al.* (9), les perceptions sociales négatives vis-à-vis des personnes souffrant de psychoses façonnent leur façon de se percevoir dans les relations amoureuses. Les convictions quant aux origines biologiques et non sociales de la psychose, liées à une attitude péjorative envers les personnes malades, peuvent contribuer à leur sentiment d'indésirabilité. La stigmatisation et la discrimination liées à la santé mentale peuvent également avoir un impact sur les perceptions de leur parentalité et les craintes de rejet.

Alors que de plus en plus d'études et de rapports montrent que de nombreuses personnes âgées ont une vie affective, intime et sexuelle bien plus importante que celle véhiculée par les représentations sociales (8, 12, 19, 45), certaines personnes âgées ont tendance à intérioriser les attitudes négatives de la société, à se conformer à ces représentations et à se percevoir elles-mêmes comme asexuées (8). En outre, les personnes âgées accueillies en établissement hésitent souvent à en parler avec leur médecin, tandis que ces derniers omettent eux-mêmes d'aborder le sujet lors des consultations. Ceci peut engendrer une frustration de la part des personnes âgées et une méconnaissance de leurs besoins en termes de sexualité.

En ce qui concerne les personnes sans domicile fixe, il apparaît que l'absence d'intimité chez certaines d'entre elles n'est pas liée à l'absence d'un lieu à soi, mais relève plutôt d'une perte d'estime de soi et d'une incorporation des normes relatives à la sexualité (26).

Déconstruire le mythe de l'asexualité des personnes âgées et en situation de handicap ou encore les appréciations péjoratives dont les personnes accompagnées peuvent faire l'objet et reconnaître l'humanité des résidents grâce au maintien de leur fonctionnement affectif implique plusieurs axes relevés dans la littérature :

- la mise en place de séances d'éducation sexuelle permettrait aux personnes accompagnées en ESSMS d'obtenir une information individualisée liée à la sexualité en fonction de leur situation. Afin de déconstruire certaines représentations et de prévenir des passages à l'acte, l'importance de l'éducation sexuelle est particulièrement décuplée chez les jeunes ;
- l'adoption d'une approche positive de la sexualité par les professionnels serait également un moyen pour les personnes accompagnées de favoriser l'expression de leurs besoins et de leurs souhaits en termes de VIAS.

Selon le rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France, publié par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) (74), les stéréotypes de genre et les comportements sexistes s'ancrent dès le plus jeune âge, notamment à travers trois « incubateurs » : la famille, l'école et le numérique. En effet, dans la famille, les parents reproduisent souvent inconsciemment des schémas genrés traditionnels avec leurs enfants. À l'école, le système d'enseignement perpétue les inégalités malgré la mixité, et le rapport note des biais sexistes à l'école et des orientations genrées créant des inégalités. Quant au numérique, il amplifie l'exposition des jeunes au sexisme, notamment à travers les images et contenus consultés sans supervision ni échanges. L'industrie pornographique y est

notamment pointée du doigt. Le rapport recommande d'éduquer à l'égalité dès le plus jeune âge, à travers des programmes de sensibilisation continus et adaptés.

### **Avis du groupe de travail**

Pour faire évoluer les représentations que les personnes accompagnées ont d'elles-mêmes concernant la VIAS, les membres du groupe de travail recommandent d'aborder librement cette thématique en créant un environnement de confiance, de disponibilité et d'ouverture. Les professionnels doivent adopter une posture d'écoute active, sans jugement, et encourager le dialogue sur ces sujets souvent considérés comme tabous. Il est important de reconnaître les personnes accompagnées comme des êtres dotés de capacités et de désirs, plutôt que de les réduire à leur vulnérabilité. Les professionnels peuvent organiser des ateliers ou des groupes de parole pour faciliter les échanges et la réflexion collective sur ces questions. Ils doivent également se former continuellement pour actualiser leurs connaissances et remettre en question leurs propres représentations. En impliquant les personnes accompagnées dans la conception et la mise en œuvre des actions liées à la VIAS, les professionnels favorisent, par la même occasion, le développement de leur autonomie et leur pouvoir d'agir.

Les professionnels peuvent associer les partenaires et l'entourage à l'évolution des représentations concernant la VIAS des personnes en situation de vulnérabilité, en organisant des groupes de parole et des ateliers de sensibilisation. Ces espaces permettent d'échanger sur les tabous, les pratiques et les représentations, tout en favorisant le dialogue avec l'entourage familial. Il est important d'impliquer l'ensemble des acteurs, y compris les professionnels et les partenaires spécialistes d'éducation et de santé sexuelle (voir les ressources). Une approche positive et globale de la sexualité, inscrite dans la durée et portée institutionnellement, contribue à produire des effets bénéfiques sur les accompagnements. L'utilisation de supports pédagogiques adaptés aux spécificités des publics visés (littératie, codes culturels, singularités sensorielles) peut donc faciliter la compréhension et l'évolution des représentations.

## 4. Accompagner la personne vers une approche positive de sa VIAS

### Données issues de la littérature

#### Définitions

La considération de la sexualité a évolué dans le temps (17). D'une approche plutôt focalisée sur la reproduction, le paradigme s'est déplacé aujourd'hui vers une plus grande prise en compte de la notion de plaisir et de lien. Pour les professionnels, le domaine de la santé sexuelle a également changé. Alors que pendant de nombreuses décennies, le discours a été dominé par le risque et le danger de l'activité sexuelle, les traitements antibiotiques, la contraception, le développement de l'éducation sexuelle, l'égalité accrue entre les sexes et la sécularisation accompagnée d'une diminution des sentiments de culpabilité ont provoqué des évolutions devant être aujourd'hui concrétisées.

« Le concept de santé sexuelle est apparu au début des années 1970 dans le cadre de l'OMS dans le but de formuler une conception positive de la vie sexuelle ancrée dans le champ de la santé et fondée sur le bien-être, le plaisir et le respect de l'autre » (84).

L'approche positive de la sexualité nécessite de s'intéresser à la question du plaisir, et à la conception culturelle et sociale de ce dernier au sein d'un groupe donné (85), mais également à l'entrecroisement entre plaisir, objectifs de santé publique, projets et pratiques d'accompagnement. Selon les répondants de l'étude de White *et al.* (9), la qualité des relations intimes a un impact sur le bien-être par exemple des personnes souffrant de psychoses. Elle impacte positivement :

- l'apport d'un soutien émotionnel ;
- le sentiment d'appartenance et de connexion (aspect particulièrement saillant chez les personnes ayant subi des expériences d'exclusion sociale, d'isolement et de solitude) ;
- l'accroissement de l'estime de soi.

Selon l'OMS, le plaisir est quant à lui un élément fondamental des droits sexuels et reproductifs et représente l'essence de l'expérience sexuelle. Il inclut autant les activités solitaires qu'avec un ou plusieurs partenaires, ainsi que les expériences d'ordre cognitif (fantasmes).

La déclaration du congrès mondial de la santé sexuelle de Mexico City (*World Association for Sexual Health*) en 2019 précise : « Le plaisir sexuel est la réjouissance et la satisfaction amenées par l'expérience solitaire ou partagée d'expériences érotiques, incluant les pensées, les rêves et l'autoérotisme. [...] Ce plaisir doit être exercé dans un contexte de respect des droits, notamment à l'égalité et à la non-discrimination, l'autonomie, l'intégrité physique, et le droit aux plus hauts standards accessibles en termes de santé et de liberté d'expression. »

D'après McCann *et al.* (40), le bien-être sexuel est une expérience sommative propre à chacun, effectuée à travers une évaluation cognitive, affective et corporelle des expériences sexuelles en cours et à venir.

Le groupe de travail de l'OMS, pour opérationnaliser la santé sexuelle (86), relie la santé sexuelle aux « aspects physiques, émotionnels, mentaux et du bien-être social en matière de sexualité » et identifie en outre la prévention, le soutien et la lutte contre la violence sexiste en tant qu'éléments centraux d'intervention. Les domaines spécifiques de la santé sexuelle sont par exemple l'avortement, la contraception, les IST, la santé reproductive, maternelle et néonatale...

## *Bénéfices de la sexualité*

Alors que l'activité sexuelle des personnes accompagnées peut être source d'inquiétude pour les professionnels et que les aspects positifs de la sexualité sont plus rarement étayés dans les établissements (87), ces derniers sont pourtant facteurs de nombre de bénéfices (physiques, psychiques, physiologiques) pour les personnes, s'inscrivant dans les objectifs d'accompagnement de ces mêmes professionnels (favoriser le bien-être, l'intimité, les relations sociales, l'équilibre, une meilleure estime et image de soi...). Par exemple, la sexualité favorise l'espérance de vie et diminue les risques d'apparition de certaines maladies (comme le cancer de la prostate chez l'homme) (88).

Quelques exemples de bénéfices à court terme (88) :

- hausse du niveau d'ocytocine, hormone antistress, antidépresseur et anxiolytique, parfois baptisée « hormone du plaisir » ou « hormone du bonheur » ;
- hausse de prolactine, qui suit l'orgasme pendant environ une heure. La baisse d'acide nitrique provoque le relâchement des parois artérielles, et l'augmentation de prolactine favorise une sensation de bien-être et de plénitude ;
- baisse du niveau de cortisol (« l'hormone du stress ») ;
- le baiser atténue les symptômes allergiques en augmentant les immunoglobulines E ;
- réduction de la douleur : prévention et atténuation des migraines, céphalées... plusieurs neurotransmetteurs sont libérés dans la moelle épinière, influençant les systèmes nociceptifs et antinociceptifs. L'endorphine est une autre explication de l'effet analgésique de l'activité sexuelle ;
- détente musculaire : des expériences auprès de personnes avec de multiples scléroses et/ou de graves lésions à la moelle épinière montrent clairement que l'activité sexuelle diminue la fréquence des spasmes et détend les muscles ;
- sommeil : l'activité sexuelle favorise le sommeil, grâce à un mélange d'activité physique et de relaxation musculaire, un taux d'ocytocine et de prolactine élevé, l'inhibition de cortisol après l'orgasme et l'état général de calme engendré. Beaucoup d'enquêtes suggèrent que l'activité sexuelle couplée à l'orgasme facilite le sommeil. La masturbation a été étudiée et entre également en compte dans la recherche (souvent conscientisée) d'une meilleure qualité de sommeil. À noter que ces bénéfices sont plus courants chez les hommes.

Quelques exemples de bénéfices à long terme (88) :

- l'activité sexuelle favorise la circulation sanguine (même sans mobilisation musculaire). Elle s'accompagne de modifications de la fréquence cardiaque et de la tension sanguine. L'orgasme est toujours lié à une hausse temporaire de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle. En tant qu'activité physique, elle prévient le développement de l'athérosclérose et du déclin cognitif. Ainsi, l'activité sexuelle pourrait faire partie des recommandations en matière de santé, notamment pour les personnes âgées. Contrairement à d'autres formes d'activités physiques difficiles à déployer auprès de certains publics, l'attrait de l'activité sexuelle constitue une alternative sérieuse. Rappelons que les personnes ayant une activité physique régulière ont moins de risques de développer un syndrome métabolique ;
- l'activité sexuelle (et physique en général) peut aider à la prévention de soucis cardiovasculaires et améliorer l'espérance de vie ;
- l'activité sexuelle entretient la puissance sexuelle. Au contraire, l'absence d'activité sexuelle peut provoquer l'anoxémie et perturber le métabolisme via la sécrétion d'oxyde nitrique

(monoxyde d'azote). Par exemple, les femmes ménopausées restant sexuellement actives rencontrent moins d'atrophie vaginale et des taux plus élevés d'androgènes et de gonadotrophines ;

- la satisfaction sexuelle est associée à une plus grande satisfaction relationnelle, une plus grande qualité relationnelle, de communication et de stabilité ;
- les expériences sexuelles positives (partagées et solitaires) favorisent l'estime de soi et la confiance. Il s'agit d'une évolution culturelle, la masturbation ayant longtemps été perçue et ressentie négativement.

### **Avis du groupe de travail**

Les membres du groupe de travail recommandent de former les professionnels à la promotion d'une approche positive de la VIAS. En créant des espaces de dialogue bienveillants et sans jugement, ils doivent permettre aux personnes accompagnées d'explorer et d'exprimer leurs aspirations intimes, affectives et sexuelles. L'éducation et la promotion d'une santé sexuelle positive, axée sur le plaisir et le consentement, constituent le pilier essentiel de cette démarche. Les professionnels peuvent également faciliter l'accès à des ressources adaptées, telles que des ateliers sur l'estime de soi et l'affirmation de soi dans les relations intimes. En reconnaissant et en valorisant la diversité des désirs et des attentes des personnes accompagnées, ils contribuent à déconstruire les tabous et les stéréotypes. En encourageant l'autonomie et le pouvoir d'agir des individus dans leur vie affective, ils soutiennent le développement d'une sexualité épanouie et respectueuse de soi et des autres.

## **4.1. Proposer un accompagnement personnalisé aux personnes**

### **Sources juridiques**

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>20</sup>.
- Article L. 114-1-1 du CASF<sup>21</sup>.

### **Recommandations ANESM/HAS publiées**

La question d'un accompagnement personnalisé en fonction des besoins et des attentes des personnes est également abordée dans les recommandations publiées suivantes :

- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD » (2017) (48) ;
- « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité, les transitions et la fin de vie » (2020) (37).

<sup>20</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

<sup>21</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721238](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721238)

## Données issues de la littérature

La connaissance des besoins et attentes des personnes en matière de VIAS doit constituer la source de l'accompagnement pour que celui-ci soit le plus adapté possible.

« Les professionnels ne connaissent pas vraiment les besoins sexuels des résidents puisqu'ils n'osent pas investiguer ce domaine de la vie. Ils vont se pencher sur cette question seulement si les résidents manifestent leur intérêt pour la sexualité qui est souvent jugée problématique » (8).

Il semble que la VIAS des personnes accompagnées ne soit pas encore aujourd'hui une priorité ni un axe de travail privilégié des ESSMS. L'approche positive permettrait de soutenir ce qu'elles souhaitent vivre dans le domaine de la sexualité et de moduler l'accompagnement au plus près possible de leurs souhaits et aspirations, sans pour autant générer un cadre liberticide.

Les résultats de l'enquête sur la vie affective relationnelle et sexuelle (16-20 ans), menée par l'association des Apprentis d'Auteuil (2023) (89), pointent un décalage important entre :

- les thématiques abordées dans les séances d'éducation suivies par les mineurs et jeunes majeurs (par ordre d'importance : IST, moyens de contraception, puberté, anatomie féminine, moyens pour arrêter une grossesse et anatomie masculine) ;
- les attentes des mineurs et jeunes majeurs (par ordre d'importance : respect entre filles et garçons, préjugés sexistes et sexuels, IST, santé sexuelle (sensibilisation à l'endométriose, au syndrome prémenstruel, au dépistage de cancers, etc.), confiance en soi, impact des réseaux sociaux sur les relations, l'intimité et les risques, les moyens de contraception et le consentement, les agressions et les violences sexuelles...). Il y a donc, dans ce cas précis, un décalage entre l'offre de service et l'évaluation des besoins.

### *Adoption d'une approche proactive*

Une étude internationale (8), présentant le travail sexologique mené auprès de personnes vivant avec une maladie d'Alzheimer en institution, souligne que la vision négative de la sexualité des personnes accueillies en institution explique l'adoption, dans la plupart des cas, d'une approche réactive de la part des professionnels plutôt que d'une approche proactive. Une approche réactive consiste à se préoccuper de la VIAS des résidents en cherchant à la maîtriser, la réprimander et à intervenir uniquement lorsqu'elle devient problématique. Une approche proactive consiste au contraire à considérer la dimension sociale de chaque résident, en s'informant de leurs aspirations et de leurs attentes en termes de VIAS afin de mieux comprendre et de mieux appréhender leurs différents besoins. Cette approche cherche à influencer le système plutôt qu'à réagir aux événements. « À partir d'un bilan de vie sexuelle et d'une évaluation de ses besoins sexuels, le résident précise ce qu'il souhaite vivre dans le domaine de la sexualité. L'accompagnement doit être le plus près possible de son projet de vie sexuelle » (8). L'objectif est de comprendre l'origine des besoins ou perturbations liées à la sexualité (facteurs individuels et environnementaux qui peuvent empêcher de maintenir certaines habitudes de vie sexuelle) et de proposer ensuite des opérations destinées au mieux-être sexuel des résidents. Les professionnels devraient ainsi créer des opportunités permettant aux personnes âgées de s'engager dans des discussions sur la sexualité. Dans le cadre de ces discussions, ils pourraient :

- aborder le sujet de la sexualité et de la santé sexuelle des personnes âgées en intégrant une discussion sur les antécédents sexuels dans les discussions existantes sur les soins de santé (10) ;
- interroger les personnes âgées sur leur(s) relation(s) actuelle(s) et leur activité sexuelle. Cette question pourrait être suivie d'une discussion sur les rapports sexuels protégés si la personne est dans une nouvelle relation ou dans une relation à « haut risque ».

### *Identification des besoins liés à la VIAS*

La distinction entre besoin et désir n'est pas anodine en ce qui concerne la vie sexuelle et affective des personnes accompagnées. Les documents gouvernementaux et textes de loi mentionnent principalement la dimension du besoin dans la construction de l'accompagnement des personnes. L'accompagnement du désir des personnes, et pas seulement de leurs besoins, nécessite du temps et de l'engagement, mais favorise leur épanouissement et leur bien-être, leur motivation et leur autodétermination.

Dans son travail de thèse, Fournier (5) décrit comment les professionnels ne perçoivent parfois les personnes accompagnées qu'à travers la manifestation de leurs besoins. Des réponses « techniques » sont alors mises en place, visant à la satisfaction de ce besoin, mais pouvant occulter le désir des personnes de « vivre une histoire d'amour conjoignant les sentiments et l'érotisme » (5). Fournier cite Gardou et Horvais (2012) : « la réflexion sur le désir est négligée au profit d'une focalisation excessive sur les lacunes [...]. Celles-ci n'ont-elles pas d'ailleurs justifié leur admission dans un établissement spécialisé ? Cet état de fait se trouve renforcé par la spécificité même du désir d'autrui qui ne s'offre jamais à livre ouvert. Contrairement au besoin, le désir n'a pas d'échelle normative. Il ne s'évalue pas. Il n'est décelable que sous des manifestations que seul un regard particulièrement attentif est à même de saisir. De sorte que l'on risque d'en rester au stade d'une interprétation de quelques signes discrets, subtils, toujours soumis à des aléas et, de fait, difficilement interprétables. Le caractère ténu de ces signes conduit à les minorer, sinon à les ignorer » (90). Selon Fournier (91), les besoins et attentes des personnes accompagnées en termes de VIAS « rejoignent les aspirations de chacun, à savoir rencontrer et vivre l'amour » (p. 145). De même, les « attentes des hommes et des femmes participant aux groupes peuvent se résumer simplement : rencontrer quelqu'un, aimer et être aimé, vivre ensemble, éventuellement se marier et avoir des enfants » (p. 208).

Pillant (92) s'inscrit dans ces propositions et considère que la question du besoin n'est pas centrale lorsque l'on aborde la VIAS. Cette approche tend en effet à limiter la question à l'accouplement et à une conception « naturalisée », occultant les dimensions relationnelles, du désir et de l'altérité à l'œuvre dans le rapport à l'autre et à soi.

Si la sexualité peut se traduire différemment en fonction des personnes, les besoins d'une VIAS se retrouvent aussi bien chez les personnes âgées et en situation de handicap que dans l'ensemble de la population (8, 18, 52). Pour exemple, les évolutions affective et physiologique des personnes déficientes intellectuelles ou vivant avec un trouble du spectre de l'autisme ne diffèrent pas de celles observées chez les personnes valides. Ces personnes expriment par exemple « la nécessité et l'intérêt de former des relations, de s'engager dans des contacts de nature sexuelle et d'acquérir des connaissances en matière de sexualité » (18). Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, leur développement morpho-sexuel pourra néanmoins être retardé en raison de certains déficits d'origine prénatale et génétique (52). Les besoins et attentes des personnes accompagnées sont aussi nombreux que les personnes elles-mêmes, et la commande sociale impose de proposer un travail « sur mesure », bien que les modalités collectives d'accueil au sein de certains ESSMS amènent des dispositions et réglementations s'appliquant à toutes et à tous. Concernant la VIAS, les questionnements, attentes et besoins exprimés rejoignent ceux de la population générale (souhait d'intimité, impératif de consentement, etc.) (93). Pillant (92) écrit à ce sujet : « La considération des personnes en situation de handicap dans leur réalité pleinement humaine prend acte qu'elles ont, dans ce domaine comme dans les autres, des attentes tout à fait analogues à l'ensemble des membres de la société. La sexualité de ces personnes ne peut être ni déniée ni spécifiée (il n'y a pas, comme on l'entend parfois, une « sexualité des handicapés ») ».

Une variation importante est justement le besoin et l'attente d'accompagnement(s) par les professionnels revendiqués par certaines personnes. Ces dernières expriment le souhait de voir les professionnels occuper une place de tiers, notamment entre elles et leur entourage, pas toujours enclin à s'inscrire en faveur d'une VIAS épanouie de leur proche. Il peut être également délicat d'aborder ces questions avec un membre de sa famille, ses parents, etc.

Concernant les mineurs, il est important de prendre en compte l'avènement du numérique et le phénomène de production et de diffusion d'images numériques du corps chez les adolescents, devenu courant aujourd'hui (94), notamment à partir de « sextos » (photos à caractère sexuel ou érotique de soi, mettant en scène un corps dénudé). Ce qui peut être vu comme un « rite d'engagement » dans une relation comporte un risque important, notamment la possibilité de diffusion non désirée de ces images intimes.

Les mineurs, qu'ils soient ou non accompagnés par les dispositifs de la protection de l'enfance, ont des besoins spécifiques, à un stade où leur développement psychique et physique n'est pas encore abouti. Parce qu'ils seront les adultes de demain, la promotion de la santé sexuelle dans une approche globale et positive est donc d'autant plus indispensable. La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (1) recommande de nombreuses pistes d'action et certaines priorités. Il s'agit notamment d'agir précocement auprès des mineurs pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées ou responsables quant à leur santé sexuelle.

Les travaux menés par Fournier (5) auprès des personnes en situation de handicap montrent que certains besoins, désirs et attentes des personnes se confondent avec les aspirations de l'ensemble de la population. Mais d'autres témoignages mettent le doigt sur des éléments plus spécifiques :

- les relations désérotisées constituent bien souvent les seules expériences des personnes ;
- il existe une méconnaissance importante des concepts et du vocabulaire de la VIAS, notamment ceux désignant les parties du corps, en particulier celles sollicitées lors de l'acte sexuel, mais également à propos de la contraception. Ceci est paradoxal avec le fait que ces personnes sont parfois « touchées » par de nombreux personnels soignants ;
- cette méconnaissance s'applique également aux pratiques sexuelles et à l'orientation sexuelle. Globalement, il existe une carence de transmission d'informations, aboutissant à d'importants besoins et attentes en termes de sensibilisation. Fournier (5) met en lien cet état de fait avec le parcours institutionnel des personnes, et le manque d'échanges et d'expériences vécues par les personnes.

Dans le rapport des Petits Frères des pauvres sur l'isolement et la solitude des personnes âgées (45), Francis Carrier<sup>22</sup> explique que la focalisation sur leurs besoins primaires (manger, dormir, accompagner, occuper) n'est pas suffisante : l'individu doit être considéré comme un sujet, inscrit et acteur dans une histoire de vie singulière. Il existe, à l'image des personnes en situation de handicap, un tabou puissant concernant la sexualité et les besoins affectifs des personnes âgées en perte d'autonomie, alors que le premier besoin et la première attente de certains individus sont justement d'aborder le sujet, de parler de sexualité et d'impliquer l'ensemble des professionnels dans des dynamiques formatives.

### *Mise en garde*

Bien que des connaissances sur le plaisir puissent influencer positivement la légitimité des personnes à réclamer le droit au plaisir et au respect du consentement dans des communautés plus marginalisées (95), certains auteurs soulignent les risques d'une injonction à l'impératif du plaisir sexuel. En

---

<sup>22</sup> Président-fondateur de l'association *Grey Pride*.

effet, tout comme le désir sexuel et la satisfaction sexuelle, le plaisir sexuel reste une dimension difficile à définir et à mesurer, ce qui rend la question difficile et complexe. En outre, la perception du plaisir et les attentes qui y sont liées varient sensiblement en fonction de facteurs sociodémographiques, socio-culturels, économiques et religieux, ou encore de l'orientation sexuelle, du handicap (88, 95).

Les travaux de Gianotten (17) concluent sur la nécessité d'adopter les positionnements suivants :

- éducation sexuelle pour les jeunes et mise à disposition d'une information juste, ni idéaliste ni diabolisante, et qui souligne autant les risques associés (grossesses non désirées et IST) que les bienfaits de la sexualité ;
- les aspects biopsychosociaux de l'éducation sexuelle devraient être intégrés aux programmes de formation de tous les professionnels de santé (incluant les infirmières, les sages-femmes, les physiothérapeutes) ;
- pour les chercheurs : garder à l'esprit que chaque personne définira l'activité sexuelle de manière différente en fonction de son genre, de l'âge ou encore de l'orientation sexuelle ;
- aborder avec les personnes l'importance de maintenir une sexualité satisfaisante, sauf dans le cas où les personnes indiquent clairement qu'elles ne sont pas intéressées ;
- aborder en quoi les difficultés de la personne peuvent poser un problème dans l'expression de sa sexualité ;
- expliquer en quoi certains traitements (par exemple, administrés en psychiatrie) peuvent interférer avec divers aspects de la sexualité et de l'intimité ;
- expliquer que l'accompagnement autour des questions d'intimité et de sexualité peut aider à développer et maintenir une activité sexuelle et une intimité équilibrée ;
- expliquer que l'activité sexuelle soutient l'équilibre émotionnel et physique ;
- proposer des informations sur les avantages et les effets de l'activité sexuelle : soulagement de la douleur, réduction du stress, détente des muscles, sommeil, etc. Pour des personnes accueillies au sein d'institutions psychiatriques, ces bénéfices peuvent paraître particulièrement pertinents.

Il faut donc concevoir l'activité sexuelle comme un signal positif de santé et créer une dynamique positive autour d'elle (31). La personne et son environnement (relationnel, structurel et environnemental) doivent être accompagnés et travaillés transversalement, à partir des droits humains et de façon adaptée et individualisée. L'approche positive de la sexualité commence donc par l'acceptation de son caractère universel, de ses bénéfices pour la personne, et de la (re)connaissance de ses droits fondamentaux. Par ailleurs, les valeurs et les aspirations des personnes doivent être prises en considération lorsque possible, à travers un « dialogue interprétatif » qui consiste en des échanges qui permettent de comprendre ce qui importe à la personne essentiellement (96).

La revue systématique menée par McCann *et al.* (40) propose plusieurs recommandations pour un accompagnement personnalisé à la vie sexuelle des personnes atteintes de troubles de la santé mentale, notamment en :

- évaluant et abordant régulièrement les questions de sexualité et d'intimité avec les personnes ;
- incluant la sexualité et l'intimité dans l'évaluation et la planification des soins ;
- accroissant la sensibilisation et la réactivité des praticiens concernant les abus sexuels, les risques et les vulnérabilités ;
- fournissant une éducation sexuelle sur la planification familiale, la contraception et les pratiques sexuelles sûres ;
- proposant des séances de formation aux compétences et à l'éducation sur la formation et le maintien de relations intimes ;

- offrant un accès à des thérapies comme le conseil individuel et de couple ou la thérapie psychosexuelle ;
- créant des opportunités pour explorer les pensées, émotions et significations autour des expériences sexuelles, y compris les implications de la stigmatisation, de la confiance en soi et de l'image de soi ;
- formant davantage le personnel soignant sur ces sujets pour développer leurs connaissances et compétences ;
- adoptant une approche holistique, intégrant la sexualité et l'intimité dans les soins, tout en étant attentif aux vulnérabilités potentielles des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

La santé sexuelle doit donc être envisagée de manière holistique, intégrant des dimensions physiques, mentales et sociales. Cela implique une écoute active des besoins des individus et le respect de leurs droits (31).

### Avis du groupe de travail

Dans un contexte d'accompagnement personnalisé de la VIAS, les professionnels des ESSMS doivent adopter une approche holistique et respectueuse. Établir un climat de confiance permettant aux personnes de s'exprimer librement sur leurs aspirations et besoins est une priorité. Une écoute active et sans jugement est primordiale pour comprendre les désirs et les préoccupations individuels. Les professionnels peuvent ensuite proposer des ressources adaptées, telles que des ateliers d'éducation sexuelle, des groupes de parole ou des consultations avec des spécialistes. Ils doivent veiller à respecter l'autonomie et le rythme de chacun, tout en offrant un soutien continu. L'accompagnement peut inclure des conseils sur la santé sexuelle, les relations affectives et l'estime de soi. Les professionnels doivent également être attentifs aux besoins spécifiques liés à l'âge, aux difficultés, au parcours de vie, à la maturité, au développement psychosexuel, au handicap ou à l'orientation sexuelle, en adaptant leur approche en conséquence. Il est également crucial de travailler en réseau, avec d'autres professionnels et, si cela est pertinent, les proches, pour assurer une prise en charge globale et cohérente.

## 4.2. Favoriser la vie relationnelle des personnes accompagnées

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Certaines recommandations ANESM/HAS publiées abordent la thématique de la vie relationnelle des personnes accompagnées. Les idées les plus pertinentes et pouvant concerner ou être adaptées aux publics visés par ces recommandations ont été reprises :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009) (35) ;
- « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD » (2017) (48) ;

- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34).

## Données issues de la littérature

### *Favoriser des environnements encourageant l'appropriation de sa sexualité*

Afin de promouvoir une meilleure qualité de vie des résidents, les établissements devraient créer un environnement amical, encourageant la pratique d'activités plaisantes dans tous les domaines, y compris la sexualité (8). Les soins seraient alors centrés sur la personne et ses expériences et la personne deviendrait actrice de sa sexualité.

La Charte éthique et accompagnement du grand âge (96), visant à contribuer à un engagement plus juste des professionnels et à l'accompagnement des évolutions actuelles dans les pratiques et les organisations, rappelle également l'importance de « reconnaître le besoin, pour chaque personne, d'avoir une vie relationnelle, une vie sociale, une vie affective et intime ».

Afin de pourvoir au droit d'intimité chez les personnes âgées et en situation de handicap, la *Health Information and Quality Authority* (97) recommande :

- qu'un soutien doit être apporté par le biais d'activités sociales planifiées en fonction des besoins individuels, des intérêts et des circonstances personnelles plutôt que des besoins du service. Les activités doivent être adaptées aux besoins, aux intérêts et au mode de vie de l'individu, ainsi que favoriser son développement personnel ;
- que les personnes devraient avoir accès à des informations précises et à des conseils responsables afin de pouvoir faire des choix éclairés concernant toute activité susceptible de comporter des risques. L'évaluation des besoins des personnes et de tout soutien nécessaire doit faire partie du processus de planification personnelle, et être enregistrée et contrôlée comme dans d'autres domaines de soutien.

Au sein de la recommandation « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36), il est recommandé plusieurs actions pour favoriser la vie relationnelle des personnes, notamment :

- initier les personnes aux modes de vie locaux, aux relations interpersonnelles et au fonctionnement de la vie sociale en France ;
- organiser des activités collectives au sein du Cada pour favoriser les échanges entre résidents ;
- encourager la participation des personnes à des activités extérieures (sportives, culturelles, associatives) pour développer leur réseau social ;
- mettre en relation les personnes avec des associations locales et des bénévoles ;
- faciliter l'accès à des espaces conviviaux au sein du Cada pour permettre les rencontres informelles ;
- organiser des sorties et visites pour découvrir l'environnement local ;
- favoriser les liens avec la communauté d'origine tout en veillant à éviter l'isolement communautaire.

Selon la recommandation intitulée « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33), et pour favoriser la vie relationnelle des personnes, il faut par exemple faciliter l'intégration des nouvelles personnes dès l'accueil, aménager des espaces conviviaux propices aux rencontres, rendre conviviaux les temps de repas et proposer des activités et événements favorisant le lien social.

Les professionnels devraient se montrer réceptifs aux demandes et aux réactions des personnes accueillies en établissement et engager lorsque nécessaire un dialogue positif et respectueux avec elles sur les thématiques sexuelles (8, 10, 51).

Une recherche qualitative menée au Royaume-Uni, sur les besoins des personnes souffrant de psychoses concernant l'intimité et le soutien reçu de la part des services de santé mentale (9), a montré que le fait de pouvoir échanger avec les professionnels de santé mentale sur les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans le cadre de leurs expériences sexuelles et amoureuses leur a permis de mieux développer des relations de confiance. Le fait que les professionnels entament cette relation avec les personnes, les traitent d'égal à égal et s'intéressent à leur bien-être a été en soi source de bien-être.

Une recherche menée auprès de personnes sans domicile fixe en France (51) renforce l'idée selon laquelle un travail de communion et de partage permet une meilleure estime de soi. Ce travail passe par une meilleure qualité de l'accompagnement dans les ESSMS au moyen :

- d'activités destinées à retrouver le souci de soi ;
- d'un travail sur l'hygiène et le rapport au corps ;
- de consultations destinées à discuter des relations et résoudre de possibles conflits ;
- de consultations de soutien psychologique pour que les personnes puissent évoquer leurs dépendances potentielles ou leurs expériences douloureuses.

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe de travail s'inscrit dans le même sens que la littérature. Les professionnels des ESSMS peuvent soutenir le développement de relations saines et respectueuses en reconnaissant tout d'abord les désirs et besoins affectifs et sexuels des personnes, sans imposer de normes ou jugements. Ensuite, la création d'espaces de confiance, de confidentialité et de sécurité, où les personnes se sentent à l'aise pour exprimer leurs émotions et besoins, est importante. Les professionnels peuvent soutenir le développement de compétences et d'outils pour communiquer efficacement et gérer les émotions.

Les rencontres sont un préalable pour les personnes souhaitant partager leur VIAS avec d'autres individus. Pour favoriser la vie relationnelle des personnes accompagnées, il est important de créer des espaces pour faciliter les échanges, préserver le tissu social existant de la personne et continuer d'encourager les liens avec des tiers (activités sociales, possibilité d'accueillir des personnes dans son espace privé, aménagement des espaces, etc.).

Le groupe de travail insiste également sur l'importance d'une ouverture vers le milieu extérieur afin de multiplier les possibilités de rencontrer des personnes à l'extérieur des ESSMS.

## 4.3. Promouvoir l'expression du consentement sexuel

### Sources juridiques

- Article 222-22 du Code pénal<sup>23</sup> (voir la [Loi Consentement définition pénale du viol 6 novembre 2025 | vie-publique.fr](#))
- Article 222-23 du Code pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital ou bucco-anal commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. »<sup>24</sup>
- Article 227-25 du Code pénal : « Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle prévus à la section 3 du chapitre II du présent titre, le fait, pour un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende. »
- Article 459 du Code civil<sup>25</sup>.
- Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences (32).

### Recommandations ANESM/HAS publiées

Le consentement dans le domaine de la VIAS est également abordé dans les recommandations publiées suivantes :

- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » (2013) (33) ;
- « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36) ;
- « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41) ;
- « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple » (2018) (57) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34) ;
- rapport d'analyse prospective « Sexe, genre et santé » (62) : la Haute Autorité de santé rappelle que les femmes en situation de handicap sont plus exposées aux violences, y compris sexuelles, que les femmes n'étant pas en situation de handicap. Cette exposition accrue aux violences est donc un facteur aggravant de leur vulnérabilité et de leur santé sexuelle. Concernant les femmes migrantes, elles sont particulièrement exposées aux infections sexuellement transmissibles (IST) en raison de conditions de vie précaires, de violences subies dans leur pays d'origine, durant le trajet migratoire et en France. Elles sont souvent exposées à des violences sexuelles, physiques ou psychologiques, ce qui affecte leur santé sexuelle et reproductive.

<sup>23</sup> [Article 222-22 - Code pénal - Légifrance](#)

<sup>24</sup> [Article 222-23 - Code pénal - Légifrance](#)

<sup>25</sup> [Article 227-25 - Code pénal - Légifrance](#)

## Données issues de la littérature

### *Le consentement*

Amsellem-Mainguy et Carayon (98) constatent que la définition du consentement est large et consiste finalement en l'acte de donner son adhésion à ce que quelqu'un d'autre a proposé. La prise en compte de l'altérité est donc un concept intrinsèquement lié à celui de consentement.

Une étude aborde l'évaluation de la capacité de consentement sexuel chez les personnes âgées, en particulier dans les établissements de soins de longue durée (23). Elle développe que le consentement sexuel se distingue des autres formes de consentement pour plusieurs raisons : les décisions concernant le consentement sexuel sont souvent prises dans l'instant présent, plutôt que d'être le résultat d'une évaluation réfléchie des options disponibles ou d'une consultation avec des tiers. De nombreux professionnels de santé manquent de formation sur l'expression sexuelle chez les personnes âgées, ce qui complique leur capacité à évaluer si un résident peut prendre des décisions sexuelles éclairées. De plus, certains adultes, tels que les personnes âgées, ont rarement des représentants légaux spécifiquement désignés pour prendre des décisions relatives à leur vie sexuelle (23). Les auteurs recommandent donc une évaluation intégrée dans un processus d'équipe impliquant divers professionnels, pour garantir une évaluation complète et collaborative. Parce que les capacités de consentement peuvent évoluer, il est crucial de réévaluer régulièrement la situation des résidents.

Il s'agit d'un paramètre indispensable pour établir des relations sexuelles saines et respectueuses. Le consentement sexuel doit être donné sans aucune pression, menace, chantage ou coercition de la part des partenaires, et peut être retiré à tout moment. Le respect du non-consentement est essentiel pour prévenir les violences sexuelles et garantir des relations sexuelles consensuelles et épanouissantes.

Le Larousse définit le discernement comme la faculté d'apprécier sainement les choses, une intelligence, un sens critique<sup>26</sup>. Le consentement est l'action de donner son accord à une action, à un projet<sup>27</sup>, tandis que l'assentiment est l'acte par lequel quelqu'un exprime son adhésion, son approbation à une idée, une proposition formulée par un autre<sup>28</sup>. Les deux définitions semblent proches, bien que l'assentiment sexuel soit souvent considéré comme un accord ou une approbation informelle, ne portant pas le poids juridique et moral du consentement.

Dans son avis n° 136 (99), le comité consultatif national d'éthique précise que « l'assentiment relève davantage du sentir ou du ressentir que du jugement intellectuel ». Il peut être donc considéré comme l'expression d'un consentement pour ceux qui n'ont pas la capacité d'exprimer concrètement un consentement verbal. Pour cela, il est nécessaire de s'enquérir de cette capacité et de s'assurer que l'assentiment indique une adhésion potentielle et non une passivité ou une soumission aux contraintes qui s'exercent sur la personne qui doit choisir.

### *Du point de vue des sciences humaines et sociales*

L'approche philosophique définit le consentement selon deux régimes différents : individuel d'une part et sociétal et contractuel d'autre part (100).

Sur le plan individuel, le consentement est un dialogue avec soi-même. Au niveau sociétal et contractuel, le consentement renvoie à la notion que les personnes vivant en société ont signé un contrat social pour lequel les libertés individuelles sont réduites en vue de la sûreté et du bien-être de tous.

<sup>26</sup> [Définitions : discernement – Dictionnaire de français Larousse](#)

<sup>27</sup> [Définitions : consentement – Dictionnaire de français Larousse](#)

<sup>28</sup> [Définitions : assentiment – Dictionnaire de français Larousse](#)

Ces deux niveaux peuvent être conflictuels puisque le consentement individuel sera limité par le niveau contractuel (100). Ils sont moins opératoires lorsque l'on parle de consentement relatif à la VIAS (7). En effet, il s'agit d'un consentement tout d'abord individuel, puisque la VIAS suppose d'engager l'intégrité corporelle d'une ou de plusieurs personnes. Quelques auteurs (98, 100) rappellent que cette liberté reste quand bien même limitée par la vie en société, qui implique d'être entouré par une hiérarchie de valeurs et de rôles. Par exemple, on peut aussi consentir pour atteindre un but personnel plus lointain du seul acte momentané (100).

Selon une perspective sociologique, « la notion de consentement (...) est d'autant plus complexe que l'on peut consentir sans vouloir. En schématisant, on pourrait dire que consentir, c'est s'engager dans une relation ou des pratiques sexuelles lorsqu'on en a véritablement envie soi-même. En réalité, la relation sexuelle fait intervenir des personnes entre lesquelles existe un rapport de pouvoir et elle survient dans un contexte où les normes sociales de la sexualité sont profondément genrées » (101).

### *Les violences sexistes et sexuelles*

« Une violence sexiste ou sexuelle, c'est lorsqu'une personne impose à autrui un propos (oral ou écrit), un comportement, un contact à caractère sexuel. Cela porte non seulement atteinte aux droits fondamentaux de la personne, notamment à sa dignité, mais aussi à son intégrité psychologique et à son intégrité physique dans le cas d'une agression<sup>29</sup>. »

La violence peut revêtir plusieurs formes (physique, psychologique, verbale, sexuelle, économique, administrative). Il peut s'agir de bousculades, coups, blessures, séquestration, mutilations, tentatives de meurtre, viol conjugal, agression sexuelle par le conjoint, relations imposées avec un ou plusieurs partenaires... (57).

### *Des enjeux auprès des personnes accompagnées par les ESSMS*

La littérature rapporte que les professionnels peuvent avoir le sentiment d'avoir à donner leur accord aux relations affectives et sexuelles entre les résidents. Dans un souci de protection, ils adoptent donc souvent une position de pouvoir. Les « modes de gestion suivent une tendance à la restriction, avec le plus souvent des freins, des interruptions et une surveillance accrue de la part des professionnels » (16). Cette tendance est encore plus notable lorsque les résidents souffrent de démences et de troubles cognitifs.

Le consentement est une question sensible, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la vulnérabilité physique, émotionnelle et/ou psychique des personnes peut provoquer une réduction de leurs capacités à comprendre pleinement les conséquences de leurs décisions. Elles peuvent être plus facilement influencées ou manipulées. Notons également que les difficultés de communiquer peuvent rendre difficile l'expression claire d'un consentement : personnes sourdes et malentendantes, barrière linguistique (public accueilli en Cada, etc.) ou encore difficultés cognitives des individus. Il est alors difficile de déterminer si le consentement est véritablement informé et librement donné. Enfin, la sensibilité émotionnelle des personnes ayant vécu des violences domestiques (accompagnées en CHRS par exemple) ou ayant subi des traumatismes peut altérer leur capacité à donner un consentement éclairé.

Le consentement suppose non seulement une aptitude à comprendre (discerner), mais également une capacité à se déterminer et faire des choix (102).

---

<sup>29</sup> [Violence sexiste et sexuelle : définition \(questionsexualite.fr\)](http://questionsexualite.fr)

## *La capacité à consentir*

La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a publié un avis (103), en 2015, sur le consentement des personnes vulnérables, soulignant l'importance de respecter leur autonomie tout en garantissant leur protection. La CNCDH dénonce les pratiques actuelles qui souvent ignorent le consentement des personnes âgées, en raison notamment de leurs altérations cognitives. L'avis propose un cadre législatif amélioré, notamment par la mise en place d'un consentement gradué et une révision régulière des mesures de protection. Il préconise également une meilleure formation des professionnels concernés pour garantir un recueil de consentement éclairé et respectueux des droits des individus. Enfin, il insiste sur la nécessité d'un dialogue préalable entre les parties impliquées pour assurer une prise de décision collaborative et respectueuse de la volonté des personnes vulnérables.

Le consentement peut se manifester de diverses manières (gestes, expressions corporelles, etc.) (98), ce qui rend l'évaluation du consentement complexe et subjective et souligne l'importance d'avoir des critères d'évaluation spécifiques dans les ESSMS. Il n'existe pas à ce jour de méthode universellement acceptée pour mesurer la capacité de consentement et les politiques guidant le personnel des établissements de soins de longue durée sur la manière de réagir à de tels comportements restent insuffisantes (104).

La capacité à consentir repose sur trois composantes clés (30) :

- la connaissance sexuelle, englobant la compréhension des parties du corps, des comportements sexuels, des conséquences potentielles de l'activité sexuelle, notamment la grossesse et les IST, ainsi que la capacité à obtenir et à utiliser des moyens de contraception ;
- la capacité de décider librement d'engager des rapports sexuels, de prendre des mesures d'autoprotection contre les atteintes et les avances non désirées, et d'exprimer clairement son consentement ou son refus ;
- la conscience du contexte, la capacité à rapporter avec précision les événements, la distinction entre la réalité et les fantasmes, et la capacité à interpréter les signaux verbaux et non verbaux de son partenaire (30).

D'autres auteurs (19) confirment ces éléments et soulignent que la capacité à consentir peut évoluer, ce qui complexifie son appréhension.

En raison des potentielles entraves à la compréhension et à l'expression chez les résidents, les professionnels ont parfois du mal à s'assurer du degré de volonté lié à certains comportements. Ils expriment souvent la « crainte qu'en l'absence de compréhension, les résidents se retrouvent impliqués dans une situation qu'ils ne maîtrisent pas, ne souhaitent pas, et de laquelle ils ne sont pas en mesure de s'extirper ou de se défendre par eux-mêmes » (16).

Une autre de leurs craintes concerne le fait que les résidents n'aient pas la capacité d'interpeller l'équipe soignante ou les autorités compétentes en cas de violence sexuelle (15). La sexualité des résidents apparaît alors comme un « risque professionnel », difficile à gérer (11, 15, 16).

D'autre part, l'évaluation par les professionnels du consentement des personnes vivant avec une démence ou des troubles cognitifs plus particulièrement est délicate en raison d'un manque de consignes claires sur les comportements à adopter en cas de problème. Ce manque d'indications explique que les professionnels fassent appel à leur intuition, à leurs valeurs personnelles plutôt que de prendre une décision réfléchie (16). Ils éprouvent alors souvent un sentiment d'insécurité vis-à-vis de leurs comportements envers les résidents, ce qui favorise l'adoption d'une approche protectionniste contre les risques perçus d'abus. Afin de limiter au maximum les risques d'abus parmi les résidents, les professionnels adoptent parfois des attitudes surprotectrices et restrictives qui limitent fortement les comportements des résidents (11, 16).

Metzger (56) souligne qu'il n'existe pas de directives claires pour évaluer la capacité à consentir à une activité sexuelle intime, contrairement à l'évaluation de la capacité à prendre des décisions médicales.

Une approche d'évaluation est décrite, basée sur les travaux de Lichtenberg et Strzepek, qui comprend plusieurs éléments clés :

- la conscience de l'identité du partenaire sexuel et de sa relation avec le résident ;
- la capacité à exprimer les types d'activités sexuelles avec lesquels le résident est à l'aise ;
- la cohérence du comportement avec les croyances et préférences précédemment exprimées ;
- la capacité à refuser une activité sexuelle non désirée ;
- la capacité à exprimer sa réaction si l'activité sexuelle prend fin.

L'auteur rappelle qu'un diagnostic de démence ne signifie pas automatiquement une incapacité à consentir à une activité sexuelle, et que la capacité est spécifique à chaque décision. En effet, l'incapacité à prendre des décisions médicales ou financières ne signifie pas nécessairement une incapacité à consentir à une activité sexuelle. Il suggère d'impliquer les proches, notamment le conjoint, dans l'évaluation de la capacité à consentir à une activité sexuelle.

#### *Un sujet transversal à tous les publics accompagnés*

Les violences sexuelles observées en ESSMS sont importantes (105) et sont susceptibles de concerner toutes les populations accueillies, à des échelles différentes. Les données suivantes recensées portent sur les personnes en situation de handicap, les personnes âgées en perte d'autonomie (avec ou sans handicap) et les personnes sans-abri.

Le vieillissement s'accompagne de changements fonctionnels qui affectent la VIAS. La maladie d'Alzheimer entraîne par exemple une détérioration cognitive progressive qui peut tout aussi bien engendrer des comportements sexuels inappropriés comme faciliter des abus de faiblesse et des violences sexuelles chez les personnes âgées. En outre, même si les violences féminines existent, elles sont bien plus rares que les violences masculines : « Le vieux cliché de l'homme prédateur, d'autant plus qu'il est dément, et de la femme victime se révèle malheureusement exact dans les violences sexuelles des personnes âgées. » Plusieurs atteintes sexuelles ayant eu lieu dans des établissements ont également été rapportées à plusieurs reprises dans la presse (106).

Selon le rapport de la CIIVISE (107), plus de la moitié des personnes attribuent leurs troubles cognitifs à des violences sexuelles. Une étude qualitative menée en Norvège auprès de personnes vivant avec une déficience intellectuelle a constaté qu'elles étaient souvent victimes d'agressions sexuelles, aussi bien dans la vie réelle qu'en ligne (par exemple : envoi de photos de nu) (64). Un adulte déficient intellectuel sur trois subit des agressions, et les agresseurs sont souvent des personnes déficientes intellectuelles. Les participants qui admettent avoir subi des agressions sexuelles ont fait état de traumatismes et de craintes liés à leur expérience. Les résultats montrent également que les participants n'avaient pas de connaissances suffisantes sur le consentement sexuel. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont moins de connaissances et moins d'expériences sexuelles que l'ensemble de la population générale. En outre, elles connaissent mal les lois relatives aux relations sexuelles telles que l'âge du consentement et ce qui constitue un abus. Ce manque de connaissances peut les placer dans des situations dangereuses. Les établissements doivent donc leur fournir une protection pour prévenir ce risque d'agression sexuelle.

Les personnes en situation de handicap sont particulièrement exposées aux agressions sexuelles : la violence intra-institutionnelle serait trois à cinq fois supérieure au taux constaté dans la population générale. Un quart des harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre des personnes majeures en situation de handicap ont été commis en établissement ainsi que 27 % des viols (5). Dans

une étude réalisée auprès de femmes autistes de haut niveau<sup>30</sup>, la moitié d'entre elles ont témoigné avoir subi, au cours de leur vie, une pénétration par la contrainte (notion incluant le mensonge et la manipulation).

Cette prévalence plus forte de victimes de violences sexuelles parmi les enfants en situation de handicap est également signalée dans la littérature scientifique internationale. Selon une revue systématique, les enfants en situation de handicap auraient ainsi « 2,9 fois plus de risques d'être victimes d'actes de violence sexuelle et 4,6 fois plus si le handicap est lié à une maladie mentale ou à des déficiences intellectuelles » (107). Les chiffres de la DREES (105) soulignent également que 36 % des viols sur mineur en situation de handicap ont eu lieu au sein d'un établissement (IME, ESAT, hôpitaux) dont 35 % en IME. Une revue de la littérature de l'ONPE (73) souligne par ailleurs que « les filles victimes de violences sexuelles sont systématiquement surreprésentées dans les échantillons de population d'étude et qui plus est de manière précoce. Néanmoins, et il s'agit certainement ici d'une complexité supplémentaire, il convient de préciser que les garçons représentent une part non négligeable de la population des enfants victimes ».

Les violences plus particulièrement portées à l'encontre des femmes sans domicile fixe et hébergées en centre d'hébergement sont importantes. « Selon l'enquête ESI, parmi les femmes accueillies, 58 % déclarent avoir été volées, dépossédées de leurs biens, 72 % ont été menacées verbalement, 79 % ont été insultées, 58 % ont été agressées physiquement, torturées, et 44 % ont été agressées sexuellement, violées » (25). Dans le cadre d'une enquête qualitative menée auprès de personnes sans domicile fixe sur la manière dont elles mènent leurs relations amoureuses, les personnes enquêtées admettent que les relations sont parfois difficiles à gérer et évoquent des cas de disputes et de violences entre partenaires (83).

Dans le rapport des Petits Frères des pauvres sur l'isolement et la solitude des personnes âgées (45), le consentement est un enjeu majeur dans l'accompagnement de la vie intime des personnes âgées en établissement, nécessitant une réflexion approfondie et une approche au cas par cas. Il est indispensable de respecter l'intimité et les choix des personnes, tout en s'assurant de leur consentement éclairé, de former les professionnels pour soutenir une approche éthique, et de trouver un équilibre entre protection des personnes en situation de vulnérabilité et respect de leur liberté affective et sexuelle. Ceci illustre l'importance de créer des espaces d'échange entre professionnels à propos de leurs pratiques, cet équilibre étant évolutif dans le temps.

Dans une recommandation intitulée « La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) » (2014) (36), les violences sexuelles sont un enjeu majeur, nécessitant information et prévention. Il est notamment crucial d'informer les personnes accueillies sur le respect de l'intégrité physique et les interdictions de mutilations sexuelles en France, et d'organiser des sessions d'information sur les infections sexuellement transmissibles et la contraception. La formation des professionnels au repérage et à l'accompagnement des victimes est importante, de même que le travail en réseau avec des partenaires spécialisés dans l'aide aux victimes.

Dans la recommandation « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » (2018) (41), les violences sexuelles doivent être travaillées auprès des personnes accueillies. Il est recommandé d'intégrer la problématique des violences sexuelles dans l'évaluation des risques lors de l'admission et tout au long de l'accompagnement de l'adolescent, et de

---

<sup>30</sup> Gourion D, Leduc S, Rabatel M. Violences sexuelles subies par les femmes autistes de haut niveau : une enquête menée sur internet [poster]. Travaux de recherche présentés au Congrès de l'encéphale 2019 – Paris ; 2019. <https://ecoute-violences-femmes-handicapees.fr/wp-content/uploads/2020/11/Poster-ence%CC%81phale-2019.pdf>

soutenir et de protéger spécifiquement les adolescents présentant des facteurs de risque élevé de commettre ou de subir des violences sexuelles. Le document recommande de développer les compétences psychosociales des adolescents, notamment en matière de relations affectives et sexuelles, par exemple en mobilisant les technologies et réseaux sociaux pour prévenir les cyberviolences à caractère sexuel.

Dans la revue de McCann *et al.* (40), concernant l'accompagnement des personnes souffrant de troubles de la santé mentale, il est recommandé d'accroître la sensibilisation et la réactivité des praticiens concernant les abus sexuels, les risques et les vulnérabilités, et de proposer des séances de formation aux compétences et à l'éducation sur la formation et le maintien de relations intimes.

Dans une recommandation intitulée « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple » (2018) (57), plusieurs recommandations concernent le repérage et l'accompagnement des victimes de violences au sein du couple dans ces établissements.

### *Un phénomène aux causes multiples*

À l'exception des agressions sexuelles émanant d'individus isolés, différentes causes sont identifiées comme favorisant l'émergence de violences sexuelles en ESSMS. Elles peuvent émaner aussi bien de caractéristiques liées aux résidents ou aux professionnels qu'aux établissements.

À l'échelle des résidents, certaines personnes sont sujettes à l'expression d'un comportement sexuel inapproprié en raison d'une déficience intellectuelle. Elles peuvent tout aussi bien occuper le rôle de l'agresseur que de victime de violences sexuelles (18, 64, 65). Certaines personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme n'ont pas « la capacité à reconnaître l'existence d'autres pensées chez les autres que les siennes » (18). Ceci peut les amener à avoir des comportements sexuels inappropriés comme le fait de donner un baiser à un étranger ou de se masturber dans un lieu public. La connaissance de la sexualité, qui est aujourd'hui reconnue comme un facteur modérateur de l'agression sexuelle, explique l'intérêt de la littérature pour la mise en place de programmes d'éducation sexuelle.

Les personnes avec des déficiences intellectuelles ont une pratique et des connaissances moindres en termes de sexualité que la population n'étant pas en situation de handicap. Cette méconnaissance des bonnes pratiques menant à une vie sexuelle saine peut également expliquer leur plus grande vulnérabilité aux agressions sexuelles (52).

Par ailleurs, une enquête ethnographique destinée à rendre compte des contraintes institutionnelles qui pèsent sur les personnes sans domicile fixe accueillies en centre d'hébergement (4) souligne que la sexualité peut représenter pour certaines femmes une forme de protection. Elles révèlent en effet parfois avoir eu des relations sexuelles en échange de la protection d'un homme. Si les rapports sexuels deviennent une stratégie de protection, cette sexualité s'avère dès lors plus contrainte que désirée. Les femmes accueillies en centre d'hébergement peuvent aussi être la cible de chantages sexuels, de prostitution et du voyeurisme des hommes.

À l'échelle des professionnels, ils peuvent rencontrer des difficultés à accompagner la sexualité des résidents, particulièrement celle des personnes vivant avec un handicap mental et pour lesquelles le consentement n'est pas attesté. Ceci explique notamment pourquoi la VIAS des résidents est souvent qualifiée de façon négative par les professionnels, relativement aux manques, aux risques (vulnérabilité, risques d'agression sexuelle, risques d'IST) ou aux déviations (comportements inadaptés, agressifs) (5). L'accompagnement à la sexualité apparaît alors comme un « risque professionnel », ce qui explique une forte demande de formation par les professionnels de santé. Les professionnels évoquent également leur inquiétude quant au fait qu'ils ne peuvent pas s'assurer de l'état des résidents lorsque

les résidents sont enfermés dans leur chambre. « L'enjeu de la porte close signifie ainsi un risque de violence contre lequel les professionnels se sentent souvent démunis » (16). Ils doivent alors jongler entre deux besoins : « celui de respecter l'intimité des résidents et celui de s'assurer de leur protection qui ne peut se faire qu'au détriment de leur intimité ».

Selon le rapport annuel 2024 sur l'état du sexisme en France, publié par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) (74), les femmes continuent de subir massivement des violences sexistes et sexuelles. Celles-ci continuent de s'exercer à des taux alarmants et ne montrent pas de signes de diminution. Au contraire, dans certaines sphères, ces violences semblent même augmenter. Le rapport souligne que la persistance du sexisme est à l'origine de violences graves envers les femmes et insiste sur la nécessité de s'attaquer aux racines du sexisme pour réduire ces violences, notamment via des actions continues dans l'éducation, l'espace numérique et le système judiciaire pour combattre le sexisme et, par extension, réduire les violences sexuelles.

Enfin, à l'échelle des établissements, si la mixité permet une humanisation des centres d'hébergement, l'enquête ethnographique de Blanchard et Bruneteaux (4) souligne qu'elle est aussi un facteur de risque pour certaines femmes. Les locaux mixtes et les chambres doubles favorisent l'intimité. Néanmoins, la sexualité dans les centres d'hébergement peut être entravée par le harcèlement sexuel. Même si les lieux sont régulièrement surveillés en soirée, les hommes peuvent circuler librement dans les étages la nuit.

La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1) aborde la question des violences sexuelles et de leur prévention. Dans l'axe IV sur les populations vulnérables, il est indiqué que certaines populations sont plus exposées aux violences sexuelles, notamment les femmes, les personnes LGBTI, les personnes en situation de prostitution et les personnes incarcérées. Par exemple, pour les personnes en situation de prostitution, le document rapporte que « entre 36 et 50 % des femmes interrogées exerçant leur activité dans la rue avaient subi des violences ». Pour les femmes migrantes, il est mentionné qu'elles « subissent plus de problèmes liés à la santé sexuelle : complications propres à la grossesse et à l'accouchement, violences sexuelles ».

### *Reconnaître les signes d'absence de consentement pour prévenir les violences*

De nombreuses personnes souffrant de déficiences intellectuelles ont peu de connaissances en matière de sexualité et sont sujettes à des comportements sexuels jugés inadaptés, du fait de méconnaissance et/ou de certaines pathologies (64).

Les personnes en situation de handicap intellectuel peuvent être responsables ou subir des comportements préjudiciables. En effet, un adulte qui vit avec une déficience intellectuelle sur trois subit des atteintes sexuelles et les responsables sont souvent eux-mêmes des personnes avec des déficiences intellectuelles (64, 72). Des traumatismes et des complications liés à ces expériences sont communs (19). Il faut donc protéger ces personnes contre les risques de subir et d'exercer des atteintes sexuelles, qui seraient principalement dus à leur manque de connaissances à propos de l'expression du consentement ou du non-consentement (64).

Le droit fondamental à l'autonomie sexuelle d'un adulte avec des troubles intellectuels est souvent remis en question en raison de l'incapacité perçue ou réelle à manifester son consentement (104). Par exemple, les troubles neurocognitifs majeurs peuvent provoquer une désinhibition sexuelle conduisant parfois à la pratique d'actes sexuels en public et/ou à l'émergence de préférences sexuelles précédemment réprimées (65, 97). Cela pourra entraîner des préoccupations fortes de la part de l'entourage (65).

L'accompagnement dans l'expression du consentement doit amener les ESSMS à former le personnel pour lutter contre les attitudes négatives à propos de la sexualité des personnes accompagnées et à

évaluer la capacité individuelle des personnes à consentir à l'aide d'images, du langage des signes ou des gestes.

Les ESSMS doivent également jouer un rôle important dans la promotion de l'intimité, notamment en tenant compte de la diversité de genre ainsi que des constructions multifactorielles de la sexualité, afin d'être mieux équipés pour accompagner l'expression sexuelle, le dysfonctionnement sexuel, l'identité sexuelle et la stigmatisation, la déficience cognitive et la capacité à consentir, ainsi que les comportements sexuellement inappropriés (19).

Selon la recommandation ANESM intitulée « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2008) (34), plusieurs mesures importantes sont à déployer pour prévenir les violences (pas seulement sexuelles) au sein d'un ESSMS. Tout d'abord, il faut développer une conscience et une connaissance des risques de maltraitance en :

- sensibilisant et en formant l'équipe d'encadrement et les professionnels aux risques spécifiques de l'établissement ;
- informant les personnes accompagnées et leurs proches de leurs droits et des bonnes pratiques ;
- associant les personnes à l'amélioration continue des pratiques.

En parallèle, il s'agit de mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention en :

- fixant des responsabilités précises à tous les professionnels ;
- en aménageant des rythmes et une organisation du travail permettant un accompagnement continu et fiable des personnes ;
- mettant en place des dispositifs d'analyse des pratiques et en promouvant un regard extérieur sur l'établissement ;
- recrutant les professionnels dans une logique de prévention ;
- valorisant et développant les compétences des professionnels ;
- prenant en compte le risque d'usure professionnelle.

L'encadrement doit veiller à une présence régulière et impliquée auprès des équipes, et garantir une certaine réactivité face aux difficultés. Ceci passe nécessairement par la mise en place d'outils et de procédures, et la formalisation des conduites à tenir en cas de violence constatée.

Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences (32) :

Concernant les professionnels, il est demandé par la DGCS de :

- délivrer des informations sur la vie affective et sexuelle ;
- développer une écoute attentive ;
- veiller à respecter les identités de genre, leurs expressions et les différentes orientations sexuelles ;
- mettre en place une alliance thérapeutique pour accompagner les résidents dans leur choix de contraception ainsi que dans leur désir de parentalité le cas échéant (mise à disposition d'outils et de ressources) ;
- requérir systématiquement le consentement de la personne avant d'intervenir sur son corps lors des soins ;
- respecter l'intimité des personnes lors des soins ou dans les actes de la vie quotidienne ;

- être formé à la connaissance des droits relatifs à la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes pour acquérir des connaissances sur les droits et les libertés en termes de sexualité, mais également être capable de repérer une personne victime de violences.

Concernant les établissements, il est demandé par la DGCS de :

- mettre à disposition des documents sur la VIAS ;
- former les professionnels ;
- désigner un référent au sein de chaque établissement qui puisse « garantir l'effectivité des droits des personnes » (...) « conduire des actions collectives innovantes, et accompagner les personnes, si elles le souhaitent, leurs proches et les professionnels, dans toutes leurs démarches » ;
- organiser un suivi gynécologique ;
- prévoir un agencement des lieux respectueux de l'intimité des patients (par exemple : chambres permettant une vie de couple, possibilité de fermer la porte) ;
- avoir recours aux centres de ressources (Intimagir) et aux services spécialisés en santé sexuelle (par exemple : centres d'informations sur le droit des femmes, associations LGBTQIA+, plannings familiaux, associations de lutte contre les violences, etc.) ;
- être vigilant lors du recrutement des professionnels (par exemple : consultation du fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes).

### *Recommandations*

La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1) recommande la promotion d'outils pédagogiques novateurs en matière de protection des personnes victimes de violences, de les prendre en charge socialement et juridiquement, et d'accompagner les auteurs de violences pour prévenir la récidive.

L'accompagnement à la VIAS des résidents va de pair avec la mise en place d'une alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique peut se définir comme une collaboration mutuelle entre la personne et le professionnel de santé dans le but de répondre de manière adaptée aux besoins et aux attentes des personnes en termes de sexualité et de limiter ainsi au maximum les risques de violence sexuelle (8, 102).

Une enquête qualitative menée au Royaume-Uni auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques montre bien l'intérêt de cette alliance thérapeutique (9). Les personnes enquêtées décrivent de véritables expériences positives, notamment grâce à la possibilité qui leur a été offerte de pouvoir discuter avec les professionnels des problèmes qu'elles pouvaient rencontrer dans le cadre de leurs relations amoureuses. Ce résultat invite les professionnels à :

- se pencher plus particulièrement sur la satisfaction des personnes à l'encontre de leurs relations actuelles, notamment en cas de suspicions d'abus ;
- mettre en place des thérapies par la parole dans le cas d'expériences traumatiques antérieures. Ce dialogue permettrait alors non seulement de magnifier l'alliance thérapeutique en témoignant de l'intérêt que les professionnels peuvent porter à la vie des personnes et en permettant également un gain d'informations sur de potentiels abus ;
- la mise en place d'un projet de vie sexuelle qui favoriserait par exemple la collaboration des personnes et des professionnels à ce mieux-être en permettant aux personnes que leurs singularités, leurs besoins et leurs aspirations spécifiques en termes de sexualité et de sécurité

soient pris en considération. Cette approche permet de chercher à influencer le système plutôt que de réagir aux évènements.

Mettre en place des protocoles pluridisciplinaires, en particulier en cas d'agression sexuelle signalée ou de doutes sérieux au sein de l'équipe soignante concernant des violences sexuelles potentielles chez les individus souffrant de troubles psychiques, est indispensable. Dans de telles situations, il est fortement recommandé de solliciter l'assistance des centres de ressources spécialisés dans l'accompagnement des auteurs de violences sexuelles, en vue d'une prise en charge adéquate (15).

Les établissements doivent développer un réseau d'acteurs à partir duquel les professionnels puissent s'appuyer et travailler en partenariat. Il s'agirait par exemple de soutenir leur travail grâce à un avis sexologique (8).

### **Avis du groupe de travail**

Le groupe de travail met en avant la promotion du consentement au quotidien, dans tous les actes généraux de l'accompagnement et au-delà de la VIAS. L'importance de la sensibilisation des personnes accompagnées au consentement dans le domaine de la VIAS, par exemple en organisant des ateliers et des discussions de groupe, est soulignée. Il est possible d'utiliser des supports pédagogiques comme des jeux de rôle, des vidéos ou des podcasts pour illustrer des situations concrètes. Il est important d'aborder les principes clés du consentement : il doit être libre, éclairé, spécifique, continu et enthousiaste, et peut évoluer dans le temps. Les professionnels peuvent encourager la réflexion critique sur les stéréotypes et les pressions sociales qui influencent les comportements sexuels, le rapport à la pornographie, les rapports sociaux de genre, le rôle des réseaux sociaux... Ils doivent aussi fournir des informations sur les ressources d'aide et de soutien disponibles. Enfin, il est crucial d'adapter le message au public cible, en utilisant un langage approprié et des exemples pertinents.

Il est important d'accueillir les besoins en termes d'accompagnement des jeunes enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques. Certains professionnels peuvent avoir des représentations erronées et qualifier des enfants d'« agresseurs sexuels » lorsqu'ils présentent des comportements sexuels problématiques, qui sont en réalité des symptômes d'exposition à la sexualité des adultes, de victimisation ou d'avoir subi des violences sexuelles. L'éducation à la VIAS est alors indispensable.

Les ESSMS doivent jouer un rôle important dans la promotion du consentement :

- en promouvant l'intérêt supérieur des usagers en matière d'intimité, de relations et de sexualité. Leur devoir est de protéger les usagers des atteintes, y compris des atteintes sexuelles et de les signaler conformément à une politique définie en matière d'intimité et de relations sexuelles ;
- en veillant à ce que leurs services soient conformes à la législation et respectent la vie privée, la dignité, et les droits des usagers, tout en évitant de s'immiscer dans leur vie privée sauf si nécessaire pour garantir la sécurité des personnes ;
- en évaluant les risques et en effectuant des évaluations individuelles pour identifier les cas où un usager est vulnérable à l'exploitation sexuelle.

## Audition par le groupe de travail de M. Pierre Ancet, à propos des enjeux éthiques liés au consentement en établissement

La VIAS des personnes en situation de handicap a longtemps été un sujet tabou, négligé ou ignoré. Cependant, ces dernières années ont vu une évolution significative des mentalités et des pratiques dans ce domaine, avec une reconnaissance croissante des droits fondamentaux des personnes en situation de handicap à une VIAS épanouie. Cette évolution s'inscrit dans un mouvement plus large de reconnaissance des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap, consacré notamment par la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes en situation de handicap. Néanmoins, la mise en œuvre concrète de ces droits soulève encore de nombreux défis éthiques et pratiques, en particulier dans le contexte des établissements médico-sociaux. Comment concilier le respect de l'intimité et de l'autonomie des personnes avec les impératifs de sécurité et de protection ? Comment accompagner la VIAS tout en tenant compte des vulnérabilités spécifiques liées au handicap ? Comment s'assurer du consentement éclairé des personnes, notamment lorsqu'elles présentent des déficiences intellectuelles ou psychiques ?

Pour répondre à ces enjeux, de nombreuses initiatives ont vu le jour ces dernières années. Des référentiels de bonnes pratiques, des formations pour les professionnels et des guides pratiques ont été élaborés pour aider les établissements et les équipes à mieux accompagner la VIAS des personnes qu'ils accueillent. Pierre Ancet rappelle les éléments suivants :

- rappeler la place du désir en institution est indispensable (désir de relation affective, flirt, ou sexuel au sens de sensualité, érotisation ou génitalité) ;
- les établissements collectifs doivent garantir des espaces d'intimité pour les personnes accueillies, notamment en respectant le caractère privé de leur chambre ;
- l'installation de lits doubles devrait être envisagée pour permettre la vie de couple ;
- il est essentiel de proposer une éducation adaptée aux personnes en situation de handicap, abordant non seulement les aspects biologiques, mais aussi les dimensions relationnelles, émotionnelles et sociales de la sexualité. Cette éducation doit inclure des notions sur le consentement, le respect de soi et des autres ;
- la VIAS doit être intégrée dans le projet personnalisé d'accompagnement de chaque personne, en tenant compte de ses souhaits, de ses besoins et de ses capacités spécifiques ;
- les équipes doivent être formées pour aborder ces questions de manière éthique et professionnelle, en dépassant leurs propres représentations et préjugés. Cela inclut l'accès à la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles, mais aussi la prévention des abus et des violences sexuelles ;
- le respect du consentement est un point crucial nécessitant une attention particulière, surtout pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. Le consentement doit être libre, éclairé, continu et enthousiaste. Il faut développer des outils et des méthodes pour s'assurer de la compréhension et du consentement réel des personnes. Les approches doivent être adaptées selon les besoins spécifiques de chaque personne ;
- en insistant sur le consentement dans son sens juridique comme protection contre l'agression, il est possible et répandu d'écartier la liberté sexuelle des personnes ;
- il est important d'impliquer les familles et les tuteurs dans ces sensibilisations, tout en respectant l'autonomie et l'intimité des personnes accompagnées ;
- il faut combattre les stéréotypes persistant sur la sexualité des personnes en situation de handicap, que ce soit dans la société en général ou au sein même des établissements ;
- la mise en œuvre de ces principes nécessite une évolution des pratiques institutionnelles et professionnelles. Cela peut passer par la révision des règlements intérieurs, l'aménagement

des espaces, la mise en place de groupes de parole ou d'ateliers sur la VIAS, ou encore le recours à des intervenants extérieurs spécialisés ;

- il est également important de souligner que l'accompagnement de la VIAS ne se limite pas à la question des relations sexuelles. Il englobe tout le champ des relations affectives, de l'estime de soi, de l'image corporelle et du bien-être émotionnel. Pour certaines personnes, cela peut se traduire par le simple besoin de contact physique, de tendresse, ou de reconnaissance en tant qu'être sexué ;
- enfin, il faut garder à l'esprit que chaque situation est unique et nécessite une approche individualisée. Ce qui convient à une personne peut ne pas convenir à une autre.

## 5. Limites de l'argumentaire

Cet argumentaire vise à synthétiser les principales données recensées concernant des thématiques relatives à la VIAS des populations accompagnées suivantes :

- les mineurs et jeunes majeurs relevant des établissements et services de protection de l'enfance ;
- les personnes en situation de handicap (mineures et majeures) ;
- les personnes en situation de précarité et d'exclusion (mineures et majeures) ;
- les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes accompagnées au sein des établissements psychiatriques.

Première limite : il n'existe aucune étude française à large échelle construite sur une solide méthodologie scientifique sur la VIAS de l'ensemble des populations concernées par la recommandation. Si certains travaux s'intéressent à une ou deux populations en particulier, aucune ne concerne l'ensemble des personnes accompagnées par les ESSMS en France.

Par ailleurs, la littérature sur la VIAS est plus abondante en ce qui concerne certaines populations telles que les personnes en situation de handicap (le plus souvent celles présentant une déficience intellectuelle), les personnes âgées et les personnes en grande précarité. Peu d'études ont été recensées en ce qui concerne plus directement des enfants : la littérature recensée aborde principalement la VIAS des enfants par le biais de l'éducation sexuelle et des dispositions juridiques pour les protéger des agressions sexuelles.

En outre, peu d'études abordent la VIAS selon un angle genré alors que les femmes doivent faire face à des problèmes spécifiques et que cette population est transversale à celle des personnes accompagnées.

De manière analogue, la littérature porte peu d'intérêt aux populations souffrant d'addictions, sans domicile fixe, vivant à la rue ou migrantes. Cette rareté des études sur la VIAS de ces populations contribue à l'invisibilisation de ces populations et à une insuffisance de connaissances permettant de répondre à leurs besoins, leurs attentes et leurs envies, qu'il faudrait combler. Afin de garantir un accès aux soins plus équitable, il est donc primordial que la recherche comble ce fossé.

Une autre limite porte sur la difficulté de croiser certains résultats. Si certains thèmes sont communs pour certaines des populations enquêtées, il est parfois difficile d'en tirer des conclusions générales. Pour exemple, le processus de déssexualisation concerne aussi bien les personnes âgées que les personnes en situation de handicap et en grande précarité. Néanmoins, les stéréotypes responsables de cette déssexualisation sont très différents, la conception de ces stéréotypes n'ayant pas du tout les mêmes fondements.

Cette revue souffre également d'un déséquilibre en termes de perspectives. L'opinion des populations cibles reste très peu enquêtée. Les auteurs devraient équitablement donner la parole à l'ensemble des populations cibles accueillies en ESSMS et aux personnes les accompagnant afin de mieux appréhender d'une part, l'accès à une sexualité et à l'intime et d'autre part, toutes les questions relatives à l'aide et l'accompagnement. Pour exemple, si cette revue documente bien les représentations que peuvent se faire les professionnels, l'entourage et la société vis-à-vis de la vie intime, affective et sexuelle des personnes accueillies en ESSMS, les données recensées abordent très peu les représentations que les populations cibles se font d'elles-mêmes, au regard d'une normalisation de la sexualité qu'elles établissent par elles-mêmes et par les représentations de l'entourage (parents, conjoints, enfants).

Une autre limite concerne la littérature grise. Celle-ci comprend les rapports, les études non publiées et les documents institutionnels, qui abordent effectivement la VIAS des personnes en situation de vulnérabilité, mais cette documentation est limitée, dispersée et fragmentée, notamment concernant leur rigueur méthodologique et scientifique. Globalement, et bien que l'argumentaire cite plusieurs études et rapports, il existe un certain déficit de statistiques et de données empiriques récentes sur la prévalence et l'évaluation des besoins et des réponses proposées concernant la VIAS des personnes accompagnées par les ESSMS.

Peu de recherches se sont intéressées au rôle et à l'impact des normes culturelles et sociales sur la perception de la VIAS au sein des ESSMS. Un tel travail pourrait offrir une compréhension plus nuancée de la réalité du terrain.

# Table des annexes

---

Annexe 1. Méthodologie de recherche documentaire

78

# Annexe 1. Méthodologie de recherche documentaire

## Sources juridiques

- Synthèse des principales références juridiques sur le sujet par le service juridique de la HAS.
- Références partagées par des experts lors des groupes de travail ou du groupe de lecture.
- Recherches internet.

## Données issues de la littérature

La recherche initiale a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage avec les chefs de projet (voir tableau 1). Elle a porté sur la période de janvier 2013 à mai 2023 et limitée aux publications en langue anglaise et française. Une veille a ensuite été réalisée jusqu'en juin 2024.

Pour les thématiques pour lesquelles le nombre d'articles était trop élevé, un resserrage a été fait en fonction de la pertinence au regard des questions de recherche et pour éviter la duplication de certains contenus. Par exemple, il a été décidé sur un même thème de conserver les articles les plus récents. À l'inverse, sur les thèmes avec peu de littérature (par exemple, l'accompagnement de la VIAS chez les personnes sans-abri), les critères ont été élargis (recherche de littérature dans les 15 dernières années au lieu de 10).

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données Medline, Emcare, ERIC et APA PsycInfo ;
- pour la littérature francophone : CAIRN et LiSSa (littérature scientifique en santé) ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet publiant des recommandations ;
- les sites internet des sociétés savantes, agences et ministères compétents dans le(s) domaine(s) étudié(s).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts consultés pour le projet, des références complémentaires apportées par le groupe de lecture, des références sur Google et Google Scholar, ainsi que certaines références citées dans les documents analysés. La stratégie de recherche et la liste des sources interrogées sont détaillées ci-après.

Compte tenu des contraintes de calendrier et de l'étendue du périmètre du sujet, l'équipe projet s'est orientée vers une revue rapide plutôt qu'une revue systématique. La présente revue de littérature ne s'appuie donc pas sur une consultation et une analyse exhaustive de l'ensemble de la littérature produite sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes accompagnées en ESSMS. Les données présentées dans ce document recensent uniquement les articles retenus dans le cadre de l'élaboration de la recommandation.

## Stratégie de recherche

Les stratégies de recherche dans les bases de données bibliographiques sont construites en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente les stratégies de recherche dans les bases de données Medline, Emcare, ERIC et APA PsycInfo. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

**Tableau 1. Stratégies de recherche dans les bases de données Medline, Emcare et CAIRN**

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
<b>Vie sexuelle et affective en ESSMS</b>			
		01/2013 – 05/2023	280
Étape 1	(TI(love OR romantic OR intimate OR intimacy OR affectivity) NEAR/2 TI(health OR life OR disorder OR well-being OR behavio* OR expression OR need* OR counseling OR counseling OR relationship*)) OR (MJSUB.EXACT("Relationship") OR MJSUB.EXACT("Friendship") OR MJSUB.EXACT("Sexual Health") OR MJSUB.EXACT("Sexuality") OR MJSUB.EXACT("Sexual Partners") OR MJSUB.EXACT("Intimacy") OR MJSUB.EXACT("Love") OR MJMESH.EXACT("Friends") OR MJMESH.EXACT("Sexuality") OR MJMESH.EXACT("Sex Counseling") OR MJMESH.EXACT("Sexual Partners") OR MJMESH.EXACT("Sex Education") OR MJEMB.EXACT("intimacy") OR MJEMB.EXACT("sexuality")) OR (TI(affectivity OR Sexuality OR sex OR sexual* OR privacy OR intimacy) NEAR/2 TI(relation OR couple OR knowledge OR intervention OR evaluation* OR expression* OR education OR programme* OR experience OR expériences OR experiencing OR counselling OR counseling OR wellbeing OR well-being OR right* OR boundar* OR need OR needs)) OR (TI("sex life" OR "sexual health" OR sexuality OR intimacy OR dating OR intimacy))		
ET			
Étape 2	(MJMESH.EXACT("Foster Home Care") OR MJMESH.EXACT("Child Day Care Centers") OR MJMESH.EXACT("Home Care Services") OR		

	MJMESH.EXACT("Adult Day Care Centers") OR MJMESH.EXACT("Home Care Services, Hospital-Based") OR MJMESH.EXACT("Residential Facilities") OR MJMESH.EXACT("Housing for the Elderly") OR MJEMB.EXACT("residential home") OR MJEMB.EXACT("residential care") OR MJSUB.EXACT("Residential Care Institutions") OR mjemb("medical practice") OR MJSUB.EXACT("Residential Institutions")) OR (TI(social OR "in-home" OR "home-based" OR protective OR "long term" OR "long-term" OR communit* OR respite OR supported) NEAR TI(housing OR institution* OR accommodation OR service* OR intervention* OR facilit* OR center OR care)) OR (TI("home-based" OR "sheltered housing" OR "home care" OR "child services" OR specialized institutions OR residential OR institution*))		
<b>Vie sexuelle et affective des personnes en situation d'exclusion sociale</b>			
		01/2013 – 05/2023	240
Étape 1			
ET			
Étape 3	MJMESH.EXACT("Ill-Housed Persons") OR MJMESH.EXACT("Undocumented Immigrants") OR MJMESH.EXACT("Homeless Youth") OR MJMESH.EXACT("Transients and Migrants")  SU.EXACT("Refugees") OR MJSUB.EXACT("Homeless People") OR MJSUB.EXACT("Migrant Workers") OR MJSUB.EXACT("Undocumented Immigrants") OR MJMESH.EXACT("Refugees")  MJEMB.EXACT("homeless woman") OR MJEMB.EXACT("homeless person") OR MJEMB.EXACT("undocumented immigrant") OR MJEMB.EXACT("migrant worker") OR MJEMB.EXACT("asylum seeker") OR MJEMB.EXACT("homeless youth") OR MJEMB.EXACT("homelessness") OR MJEMB.EXACT("homeless man")  MJSUB.EXACT("Refugees") OR MJSUB.EXACT("Migrant Workers") OR MJSUB.EXACT("Homeless") OR MJSUB.EXACT("Homeless Youth") OR MJSUB.EXACT("Migrant Farm Workers") OR MJSUB.EXACT("Homeless Mentally Ill")		

	TI(homeless OR migrant* OR precarity OR unsheltered OR homelessness OR Shelterless OR "unhoused person*" OR "street people" OR "undocument* immigrant*" OR "Unauthorized Immigrants" OR "Undocumented Worker*" OR "migrant* worker*" OR "without home")		
<b>Vie sexuelle et affective et protection de l'enfance</b>			
		01/2013 – 05/2023	239
Étape 1			
ET			
Étape 4	(MJMESH.EXACT("Adolescent, Institutionalized") OR MJMESH.EXACT("Child, Institutionalized")) OR TI("Foster Home Care" OR "Child Welfare" OR "Child Protective Services" OR "Social Welfare" OR "Social Work" OR "Rehabilitation Centers" OR "Group Homes" OR "Halfway Houses") OR (TI(residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship)) NEAR (TI(care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel* OR protect*)) OR (TI("day care" OR "group home*" OR "group teaching" OR "special educational needs" OR "intensive service*" OR "in-home services" OR "teaching family model*" OR "congregate care" OR "school based" OR "intermediate resource*" OR "intermediate care")) AND (TI(child OR children OR infant* OR adolescent* OR young OR youth OR childhood))  (TI(Friendship* OR reproductive OR Sexuality OR sex* OR sexual* OR contraception* OR privacy OR intimacy)) AND (TI(knowledge OR intervention OR expression OR Education OR Programme* OR experience* OR counselling OR counseling OR behavio* OR wellbeing OR well-being OR right* OR boundar* OR intervention*)) OR (TI("sex life" OR "sexual health")) OR (TI(partner* OR intimate*) AND (violence))		
<b>Vie sexuelle et affective et personnes en situation d'addiction</b>			
		01/2013 – 05/2023	70
Étape 1			
ET			
Étape 5	(TI(Chemical* OR Drug* OR marijuana OR *substance* OR alcohol OR cocaine OR heroin OR crack*)) AND TI(use* OR		

usage OR binge OR addict\* OR consumption OR inject\* OR disorder\*) OR TI(chemsex OR "binge drinking" OR "binge-drinking")

MJMESH.EXACT.EXPLODE("Narcotic-Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Phencyclidine Abuse") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Opioid-Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Marijuana Abuse") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Amphetamine-Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Tobacco Use Disorder") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Substance Abuse, Intravenous") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Heroin Dependence") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Cocaine-Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Neonatal Abstinence Syndrome") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Drug Overdose") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Chemically-Induced Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Inhalant Abuse") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Substance-Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Psychoses, Substance-Induced") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Substance Withdrawal Syndrome") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Addiction Medicine") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Substance Abuse, Oral")

MJSUB.EXACT.EXPLODE("Drug Addiction") OR MJSUB.EXACT.EXPLODE("Substance Abuse") OR MJSUB.EXACT.EXPLODE("Drug Abuse") OR MJSUB.EXACT.EXPLODE("Alcohol Abuse")

MJEMB.EXACT.EXPLODE("illicit drug inhalation") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("alcohol abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("drug abuse pattern") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("intravenous drug abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("amphetamine abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("doping") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("multiple drug abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("prescription drug diversion") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("drug misuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("analgesic agent abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("inhalant abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("phencyclidine abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("substance abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("drug abuse")

MJSUB.EXACT("Addiction") OR MJSUB.EXACT("Substance Related and Addictive Disorders") OR MJSUB.EXACT("Polydrug Abuse") OR MJSUB.EXACT("Sexual Addiction") OR

	MJSUB.EXACT("Nonsubstance Related Addictions") OR MJSUB.EXACT("Substance Use Disorder") OR MJSUB.EXACT("Drug Abuse")		
<b>Vie sexuelle et affective et personnes en situation de handicap</b>			
		01/2013 – 05/2023	898
Étape 1			
ET			
Étape 6	MJMESH.EXACT.EXPLODE("Blindness") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Intellectual Disability") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Hearing Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Deafness") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Depressive Disorder") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Learning Disabilities") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Cyclothymic Disorder") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Vision Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Neurodevelopmental Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Autism Spectrum Disorder") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Deaf-Blind Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Persons with Mental Disabilities") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Hearing Loss") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Sensation Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Developmental Disabilities") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Bipolar and Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Mobility Limitation")  OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("physical disability") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("bipolar disorder") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("limited mobility") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("immobility") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("invalidity") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("ADL disability") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("intellectual impairment") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental disease") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("sensory dysfunction") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental disease assessment") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("hearing impairment") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("hearing disorder") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("conduction deafness") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental deficiency") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("bipolar depression") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("autism") OR		

	<p>MJEMB.EXACT.EXPLODE("disability") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("functional hearing loss")</p> <p>OR</p> <p>MJSUB.EXACT("Disabilities") OR  MJSUB.EXACT("Intellectual Development Disorder (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Physical Illness (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Mental Disorders") OR MJSUB.EXACT("Physical Disabilities (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Disabled (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Sensory Disabilities (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Disability Discrimination") OR MJSUB.EXACT("Sensory Integration Dysfunction")</p> <p>OR</p> <p>MJSUB.EXACT("Mental Disorders") OR  MJSUB.EXACT("Learning Disabilities") OR  MJSUB.EXACT("Disabilities") OR MJSUB.EXACT("Deaf Blind") OR MJSUB.EXACT("Disability Discrimination") OR MJSUB.EXACT("Mild Intellectual Disability") OR MJSUB.EXACT("Severe Disabilities") OR MJSUB.EXACT("Intellectual Disability") OR MJSUB.EXACT("Deafness") OR MJSUB.EXACT("Emotional Disturbances") OR MJSUB.EXACT("Visual Impairments") OR MJSUB.EXACT("Psychosis") OR MJSUB.EXACT("Anxiety Disorders") OR MJSUB.EXACT("Moderate Intellectual Disability") OR MJSUB.EXACT("Severe Intellectual Disability") OR MJSUB.EXACT("Down Syndrome") OR MJSUB.EXACT("Emotional Problems") OR MJSUB.EXACT("Blindness")</p> <p>(TI(Intellectual* OR mental* OR physical) NEAR TI(disabilit* OR deficienc*)) OR (TI(person* OR people* OR women OR men OR woman OR man OR adolescent* OR adult*) NEAR TI(intellectual* OR disabilit*)) OR TI("brain injur*" OR "spinal cord injur*" OR trauma OR autism OR autistic) OR TI(disability)</p> <p>OR</p> <p>(TI(Mental OR Psychiatric OR anxiety OR panic OR obsessive OR compulsive OR stress OR mood OR bipolar) AND TI(Behavior OR illness OR disease* OR disorder*)) OR TI(Psychosis OR depression OR "social anxiety")</p>		
--	---	--	--

### Vie sexuelle et affective et personnes âgées

		01/2013	499
		–	
		05/2023	
Étape 1			

ET			
Étape 7	<p>MJMESH.EXACT.EXPLODE("Blindness") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Intellectual Disability") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Hearing Disorders") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Deafness") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Depressive Disorder") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Learning Disabilities") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Cyclothymic Disorder") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Vision Disorders") OR  MJMESH.EXACT.EXPLODE("Neurodevelopmental Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Autism Spectrum Disorder") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Deaf-Blind Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Persons with Mental Disabilities") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Hearing Loss") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Sensation Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Developmental Disabilities") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Bipolar and Related Disorders") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Mobility Limitation")</p> <p>OR</p> <p>MJEMB.EXACT.EXPLODE("physical disability") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("bipolar disorder") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("limited mobility") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("immobility") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("invalidity") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("ADL disability") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("intellectual impairment") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental disease") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("sensory dysfunction") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental disease assessment") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("hearing impairment") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("hearing disorder") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("conduction deafness") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental deficiency") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("bipolar depression") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("autism") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("disability") OR  MJEMB.EXACT.EXPLODE("functional hearing loss")</p> <p>OR</p> <p>MJSUB.EXACT("Disabilities") OR  MJSUB.EXACT("Intellectual Development Disorder (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Physical Illness (Attitudes Toward)") OR MJSUB.EXACT("Mental Disorders") OR  MJSUB.EXACT("Physical Disabilities (Attitudes Toward)") OR  MJSUB.EXACT("Disabled (Attitudes Toward)") OR</p>		

	<p>MJSUB.EXACT("Sensory Disabilities (Attitudes Toward)") OR  MJSUB.EXACT("Disability Discrimination") OR  MJSUB.EXACT("Sensory Integration Dysfunction")</p> <p>OR</p> <p>MJSUB.EXACT("Mental Disorders") OR  MJSUB.EXACT("Learning Disabilities") OR  MJSUB.EXACT("Disabilities") OR MJSUB.EXACT("Deaf Blind") OR MJSUB.EXACT("Disability Discrimination") OR  MJSUB.EXACT("Mild Intellectual Disability") OR  MJSUB.EXACT("Severe Disabilities") OR  MJSUB.EXACT("Intellectual Disability") OR  MJSUB.EXACT("Deafness") OR MJSUB.EXACT("Emotional Disturbances") OR MJSUB.EXACT("Visual Impairments") OR  MJSUB.EXACT("Psychosis") OR MJSUB.EXACT("Anxiety Disorders") OR MJSUB.EXACT("Moderate Intellectual Disability") OR MJSUB.EXACT("Severe Intellectual Disability") OR  MJSUB.EXACT("Down Syndrome") OR  MJSUB.EXACT("Emotional Problems") OR  MJSUB.EXACT("Blindness")</p> <p>(TI(Intellectual* OR mental* OR physical) NEAR TI(disabilit* OR deficienc*)) OR (TI(person* OR people* OR women OR men OR woman OR man OR adolescent* OR adult*) NEAR TI(intellectual* OR disabilit*)) OR TI("brain injur*" OR "spinal cord injur*" OR trauma OR autism OR autistic) OR TI(disability)</p> <p>OR</p> <p>(TI(Mental OR Psychiatric OR anxiety OR panic OR obsessive OR compulsive OR stress OR mood OR bipolar) AND TI(Behavior OR illness OR disease* OR disorder*)) OR TI(Psychosis OR depression OR "social anxiety")</p>		
Approche positive de la sexualité			
		01/2013 – 05/2023	14
Étape 8	<p>TI(Sex OR sexual) NEAR/3 TI(positive OR positivity OR expression OR right* OR pleasure)</p> <p>TI("positive sexuality" OR "Sex positive" OR "Sex-positive" OR "sexual positive" OR "Sex positivity" OR "sexual positivity" OR "Sex expression" OR "sexual expression" OR "Sex rights" OR "sexual rights" OR "Sex pleasure" OR "sexual pleasure")</p>		
ET			
Étape 9	<p>TI(approach OR definition OR concept OR impact OR model OR "social work" OR benefit* OR thematic OR resolve)</p>		

Légende : [ti] – TI() : recherche dans le titre ; [mesh] – MESH() : descripteurs ; [MAJR] – MJMESH() : descripteur majoré.

## Sites consultés

### Sites français

- Assemblée nationale. Commission des affaires sociales – <https://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales>
- Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) – <https://ancreai.org/>
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – <https://www.cnsa.fr/>
- Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes – <https://www.cfhe.org/>
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) – <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>
- Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH) – <https://ifr-handicap.inserm.fr/>

### Autres sites

- *Beaumont College* – <https://www.beaumontcollege.ac.uk/>
- *British Association of Social Workers* – <https://www.basw.co.uk/resources/publications-policies-and-reports>
- *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (CEBC) – <https://www.cebc4cw.org/>
- *Campbell collaboration* – <https://www.campbellcollaboration.org/>
- *Cambridgeshire and Peterborough Safeguarding Partnership Board* – <https://www.safeguarding-cambspeterborough.org.uk/>
- *Care Quality Commission* (CQC) – <https://www.cqc.org.uk/>
- Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables – <http://crevaj.ca/>
- *Child Welfare Information Gateway* – <https://www.childwelfare.gov/>
- *Department of Health Northern Ireland – Health and Social Care (HSC) information* – <https://online.hscni.net/>
- *European Parliament* – <https://www.europarl.europa.eu/portal/en>
- *European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People* – <https://www.age-platform.eu/>
- *Government of the United Kingdom – Department of Education* – <https://www.gov.uk/browse/education>
- Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme – <https://institutditsa.ca/>
- *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) – <https://www.ippf.org/>
- *International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect* (ISPCAN) – <https://www.isp-can.org/>
- *Nursing Home Help* – <https://nursinghomehelp.org/>
- *Royal College of Nursing* (RCN) – <https://www.rcn.org.uk/>
- *Royal College of Psychiatrists* – <https://www.rcpsych.ac.uk/>
- *Skill for Care* – <https://www.skillsforcare.org.uk/Home.aspx>
- *United Nations Population Fund* (UNFPA) – <https://www.unfpa.org/>

## Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en juin 2024, sur les bases de données Medline et CAIRN, en utilisant les équations présentées dans le tableau de stratégie ci-dessus.

Cette veille a rapporté 12 références.

## Auditions

- Présentations sur certains thèmes spécifiques par des experts internes ou externes, lors des groupes de travail.

## Avis du groupe de travail

Section qui s'appuie sur les échanges lors des 6 groupes de travail, les comptes-rendus ainsi que les synthèses issues des travaux en sous-groupe.

Critères retenus pour sélectionner le GT :

- interdisciplinarité (professionnels de la santé : infirmières, médecins, psychiatre, sage-femme, chercheurs, sexologues, médecins, conseillères conjugales et familiales, psychologues cliniciens, éducatrices spécialisées, juristes) ;
- représentation des quatre secteurs : handicap, personnes âgées, inclusion sociale et protection de l'enfance), ainsi que des profils transversaux ;
- statut (cadre, directeur, intervenant, personne concernée, entourage) ;
- connaissances, compétences et expériences dans un ou plusieurs secteurs donnés ;
- diversité géographique.

Le groupe était constitué de 23 personnes, dont 3 personnes concernées (2 personnes concernées et leurs accompagnants, et 1 membre de l'entourage).

# Références bibliographiques

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
2. Haute Autorité de Santé. Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3343670/fr/vie-affective-et-sexuelle-dans-le-cadre-de-l-accompagnement-en-essms-vas-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3343670/fr/vie-affective-et-sexuelle-dans-le-cadre-de-l-accompagnement-en-essms-vas-note-de-cadrage)
3. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Education complète à la sexualité : pour des apprenants en bonne santé, informés et autonomes [En ligne]. Paris: UNESCO; 2023. <https://www.unesco.org/fr/health-education/cse>
4. Blanchard C, Bruneteaux P. Vivre sa vie intime dans les foyers de SDF. *J Anthropologues* 2019;(156-157):105-25. <http://dx.doi.org/10.4000/jda.8132>
5. Fournier J. La vie amoureuse et sexuelle en établissement spécialisé : des entraves persistantes pour les personnes ayant des incapacités ? *Développement Humain Handicap Changement Social* 2015;21(2):37-48. <http://dx.doi.org/10.7202/1086467ar>
6. Giami A, Humbert C, Laval D. L'ange et la bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs. 2<sup>e</sup> édition. Paris: CTNERHI; 1983.
7. Vialla F. Handicap, droit et sexualité, réticences et crispations. *Vie Sociale* 2022;2(38):31-50. <http://dx.doi.org/10.3917/vsoc.222.0031>
8. Dupras A. Maladie d'Alzheimer et vie sexuelle en institution : un nécessaire travail sexologique. *Développement Humain Handicap et Changement Social* 2015;21(2):49-60. <http://dx.doi.org/10.7202/1086468ar>
9. White R, Haddock G, Varese F, Haarmans M. "Sex isn't everything": views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. *BMC Psychiatry* 2021;21:307. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
10. Fileborn B, Lyons A, Heywood W, Hinchliff S, Malta S, Dow B, *et al.* Talking to healthcare providers about sex in later life: findings from a qualitative study with older Australian men and women. *Australas J Ageing* 2017;36(4):E50-E6. <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12450>
11. Guenoun T, Smaniotta B, Clesse C, Mauran-Mignorat M, Veyron-Lacroix E, Ciccone A, *et al.* Representations of sexuality among persons with intellectual disability, as perceived by professionals in specialized institutions: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(8):4771. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19084771>
12. Pinho S, Pereira H. Sexuality and intimacy behaviors in the elderly with dementia: the perspective of healthcare professionals and caregivers. *Sex Disabil* 2019;37(4):489-509. <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-019-09589-0>
13. Wallach I, Keyser-Verreault A, Beauchamp J, Brisson-Guérin M, Sussman T, Durivage P. Palliative care professionals' perceptions and communication about sexual expression of older adults at end of life: how biases compromise holistic care. *Gerontologist* 2023;63(2):318-27. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnac150>
14. Vialla F. Vingt ans après [éditorial]. *Rev Droit Santé* 2022;(107):257-61.
15. Burtz M, Da Costa J, Bascou A, Moncany AH. Ressentis des professionnels de santé sur la sexualité des patients hospitalisés en psychiatrie : une étude qualitative. *Ann Méd Psychol* 2023. <http://dx.doi.org/10.1016/i.amp.2023.06.001>
16. Gavin A. Professionnel·le·s et enfants de résident·e·s face à la sexualité des personnes âgées en Établissement Médico-Social en Suisse [Thèse : doctorat en psychologie]. Lausanne: Faculté des sciences sociales et politiques; 2021. [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_38F7A3F78C5F.P002/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_38F7A3F78C5F.P002/REF)
17. Gianotten WL. The (mental) health benefits of sexual expression. Dans: Lew-Starowicz M, Giraldi A, Krüger TH, ed. *Psychiatry and sexual medicine: a comprehensive guide for clinical practitioners*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 57-70.
18. Dubé K, Bussièrès EL, Poulin MH. Développement harmonieux de la sexualité chez les jeunes ayant un TSA : revue systématique et méta-analyse des pratiques favorables. *Psychol Can* 2022;63(1):56-68. <http://dx.doi.org/doi.org/10.1037/cap0000261>
19. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the older adult. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(10):97. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
20. Rocton E. Promotion de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap mental vivant en institution. Quels enjeux éthiques pour les professionnels du secteur médico-social ? [Thèse : Master 2 Ethique]. Nantes: UFR Lettres et Langues; 2023.
21. Vienne JM. Qu'est-ce que l'intimité ? Dans: *L'intimité menacée ?* Toulouse: Érès; 2019. p. 11-8.
22. Care Quality Commission. Relationships and sexuality in adult social care services. Guidance for CQC inspection staff and registered adult social care providers. London: CQC; 2019. <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20190221-Relationships-and-sexuality-in-social-care-PUBLICATION.pdf>
23. Syme ML, Steele D. Sexual consent capacity assessment with older adults. *Arch Clin Neuropsychol* 2016;31(6):495-505. <http://dx.doi.org/10.1093/arclin/acw046>

24. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°118. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle. Paris: CCNE; 2012.  
<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-118-vie-affective-et-sexuelle-des-personnes-handicapees-question-de-lassistance>
25. Pradel B. Besoins, dispositifs et enjeux existants et à venir à propos des personnes sans-abri. Lyon: Métropole de Lyon; 2019.  
<https://www.millenaire3.com/content/download/31628/422112>
26. Oppenchain N, Pourette D, Le Méner E, Laporte A. Sexualité et relations affectives des personnes sans domicile fixe. Entre contraintes sociales et parcours biographiques. Sociologie 2010;1(3):375-91.  
<http://dx.doi.org/10.3917/socio.003.0375>
27. Organisation mondiale de la santé. Santé sexuelle [En ligne]. Genève: OMS; 2024.  
<https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
28. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 january 2002. Geneva: WHO; 2006.  
<https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
29. Brassolotto J, Howard L, Manduca-Barone A. Sexual expression in Alberta's continuing care homes: capacity, consent, and co-decision-making. Can J Aging 2021;40(1):156-65.  
<http://dx.doi.org/10.1017/s0714980819000813>
30. Stein S, Dillenburg K. Ethics in sexual behavior assessment and support for people with intellectual disability. Int J Dis Hum Dev 2017;16(1):11-7.  
<http://dx.doi.org/10.1515/ijhd-2016-0023>
31. Galtier F. Promouvoir la santé sexuelle en institution : quels enjeux ? L'Aide-Soignante 2019;33(211):8-10.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aidsoi.2019.09.002>
32. Direction générale de la cohésion sociale. Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. Paris: DGCS; 2021.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
33. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2). Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2013.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835865/fr/qualite-de-vie-en-mas-fam-vie-quotidienne-sociale-culture-et-loisirs-volet-2-decembre-2013](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835865/fr/qualite-de-vie-en-mas-fam-vie-quotidienne-sociale-culture-et-loisirs-volet-2-decembre-2013)
34. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2008.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835231/fr/reco-maltraitance-etablissement](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835231/fr/reco-maltraitance-etablissement)
35. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2009.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835369/fr/reco-vie-en-collectivite-anesm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835369/fr/reco-vie-en-collectivite-anesm)
36. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2014.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2836177/fr/anesm-rbpb-cada-mai-2014](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836177/fr/anesm-rbpb-cada-mai-2014)
37. Haute Autorité de Santé. L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité. Les transitions et la fin de vie. Recommandation de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3215413/fr/l-accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite-les-transitions-et-la-fin-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215413/fr/l-accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite-les-transitions-et-la-fin-de-vie)
38. Vaginay D. La sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution. Lettre Enfance et Adolescence 2008;3(73):33-40.  
<http://dx.doi.org/10.3917/lett.073.0033>
39. Vaginay D. Sexualité et handicap : un défi social. J Psychologues 2013;1(304):38-44.  
<http://dx.doi.org/10.3917/jdp.304.0038>
40. McCann E, Donohue G, de Jager J, Nugter A, Stewart J, Eustace-Cook J. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness: a qualitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2019;17(1):74-125.  
<http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003824>
41. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2018.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2903170/fr/la-prevention-de-la-violence-entre-les-mineurs-adolescents-au-sein-des-etablissements-d-accueil-recommandations](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903170/fr/la-prevention-de-la-violence-entre-les-mineurs-adolescents-au-sein-des-etablissements-d-accueil-recommandations)
42. Villar F, Celdrán M, Serrat R, Fabà J, Martínez T. Staff responses to residents exposing their genitals in public in long-term care settings: the gap between common and perceived best practices. J Clin Nurs 2019;28(19-20):3575-81.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14952>
43. Villar F, Serrat R, Celdrán M, Fabà J, Martínez T, Twisk J. 'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management. Eur J Ageing 2020;17(2):197-205.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10433-019-00546-6>
44. Viaila F. Droits et libertés de la personne en EHPAD. Dans: Fauré G, Sédillot S, ed. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD. Amiens: Cepsica; 2021. p. 297-325.
45. Petits frères des pauvres. Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. Paris: Petits frères des pauvres; 2022.

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/pour-une-meilleure-integration-de-la-vie-affective-des-personnes-agees-dans-la-lutte-contre-lisolement/>

46. Haute Autorité de Santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2828267/fr/autisme-adulte-argumentaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2828267/fr/autisme-adulte-argumentaire)

47. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les espaces de calme-retrait et d'apaisement (volet 3). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2016.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2833783/fr/rbpp-les-espaces-de-calme-retrait](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833783/fr/rbpp-les-espaces-de-calme-retrait)

48. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2017.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2853323/fr/recommandations-de-bonne-pratique-accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-en-ehpad](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2853323/fr/recommandations-de-bonne-pratique-accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-en-ehpad)

49. Bévière-Boyer B. L'intimité en santé : définition, protection et projection. *Ethics Med Public Health* 2017;3(1):28-36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.009>

50. Fournier J. Intimité et handicap, expériences vécues en établissement médicosocial. *Soins* 2018;63(831):52-5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.soins.2018.10.015>

51. Pourette D, Laporte A, Le Méner E, Oppenchain N. Améliorer les conditions de vie affective et sexuelle des SDF. *Santé de l'Homme* 2007;(392):42-3.

52. Sitbon A. Handicap mental et vie affective et sexuelle. *Santé en Action* 2016;(436):44-6.

53. Vialla F. Retour sur le consentement. *Rev Droit Santé* 2022;(105):77-80.

54. Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. *Journal Officiel*;9 avril 2024.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049385823>

55. Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des solidarités, de la santé et de la famille). Textes des recommandations (version longue). Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_268205/fr/liberte-d-aller-et-venir-recommandations-version-longue-pdf](https://www.has-sante.fr/jcms/c_268205/fr/liberte-d-aller-et-venir-recommandations-version-longue-pdf)

56. Metzger E. Ethics and intimate sexual activity in long-term care. *AMA J Ethics* 2017;19(7):640-8.

<http://dx.doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.7.ecas1-1707>

57. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2873027/fr/violences-chrs-recommandations](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873027/fr/violences-chrs-recommandations)

58. Commission éthique et déontologie du travail social, Haut conseil du travail social. Le partage d'informations à caractère personnel dans le champ de l'aide à domicile : personnes âgées, personnes handicapées. Paris: HCTS; 2017.

<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-08/Partage%20info%20%20Maintien%20dom%20PA%20PH.pdf>

59. Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. *Journal Officiel*;31 décembre 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033749053>

60. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *Journal Officiel*;7 juillet 2001.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631>

61. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. Circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité. *Bulletin Officiel de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports* 2018;2018/33.

62. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223611/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223611/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020)

63. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2013.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2836302/fr/anesm-rbpp-accompagnement-sante-juillet-2013](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836302/fr/anesm-rbpp-accompagnement-sante-juillet-2013)

64. Svae GB, Blixt L, Søndena E. Personal and sexual boundaries: the experiences of people with intellectual disabilities. *BMC Public Health* 2022;22:1773.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-14181-x>

65. Victor E, Guidry-Grimes L. Relational autonomy in action: rethinking dementia and sexuality in care facilities. *Nurs Ethics* 2019;26(6):1654-64.

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733018780527>

66. Loudghiri B. L'éducation à la santé sexuelle des jeunes en maison d'enfants à caractère social [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État : Sage-Femme]. Aix-Marseille: Faculté des sciences médicales et paramédicales; 2022.

[https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03926258v1/file/LOUDGHIRI\\_EDUCATION\\_SANTE\\_SEXUELLE.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03926258v1/file/LOUDGHIRI_EDUCATION_SANTE_SEXUELLE.pdf)

67. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population,

- ONU Femmes, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle. Deuxième édition révisée. Paris: UNESCO; 2018.  
<https://www.unesco.org/fr/articles/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite-une-proche-factuelle>
68. Organisation mondiale de la santé. Education complète à la sexualité. Questions-réponses [En ligne]. Genève: OMS; 2023.  
<https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
69. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Education sexuelle complète : nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques – une étude mondiale 2015. Paris: UNESCO; 2017.  
<https://www.unesco.org/fr/articles/une-etude-mondiale-revele-limportance-de-leducation-sexuelle-complexe-pour-legalite-des-genres-et-la>
70. UNICEF France. Education à la vie affective et sexuelle : comment répondre aux idées reçues. Paris: UNICEF France; 2020.  
[https://my.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/10/livret\\_consentement-bd.pdf](https://my.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/10/livret_consentement-bd.pdf)
71. Batifoulier F. Quels enjeux et quel avenir pour les mecs ? VST - Vie Sociale et Traitements 2010;4(108):74-82.  
<http://dx.doi.org/10.3917/vst.108.0074>
72. Svae GB, Hassel B, Søndena E. People with intellectual disabilities and harmful sexual behaviour: professionals' views on the barriers to prevent harm. J Appl Res Intellect Disabil 2023;36(1):176-85.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jar.13048>
73. Observatoire national de la protection de l'enfance, Bitton S. Inceste et violences sexuelles intrafamiliales : protéger l'enfant victime. Paris: ONPE; 2023.  
[https://onpe.france-enfance-protectee.fr/wp-content/uploads/2023/12/ri\\_inceste.pdf](https://onpe.france-enfance-protectee.fr/wp-content/uploads/2023/12/ri_inceste.pdf)
74. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France. S'attaquer aux racines du sexisme. Paris: HCE; 2024.  
[https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_-\\_rapport\\_annuel\\_2024\\_sur\\_l\\_etat\\_du\\_sexisme\\_en\\_france.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_-_rapport_annuel_2024_sur_l_etat_du_sexisme_en_france.pdf)
75. Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique. Rapport annuel 2023. Paris: ARCOM; 2024.  
[https://www.arcom.fr/sites/default/files/2024-06/Arcom-Rapport-Annuel-2023\\_0.pdf](https://www.arcom.fr/sites/default/files/2024-06/Arcom-Rapport-Annuel-2023_0.pdf)
76. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Paris: HCE; 2016.  
[https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_sur\\_l\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_synthese\\_et\\_fiches\\_pratiques.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf)
77. Institut national de la santé et de la recherche médicale, ANRS Maladie infectieuses émergentes. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. Paris: INSERM; 2024.  
[https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)
78. Kuhn D. Intimacy, sexuality, and residents with dementia. *Alzheimers Care Today* 2002;3(2):165-76.
79. Chen YH, Jones C, Bannatyne A. Assessment of health-care professionals' knowledge and attitudes on sexuality and aging: an integrative review. *Educ Gerontol* 2020;46(7):393-417.  
<http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2020.1767883>
80. Neuman R. Parents' perceptions regarding couple relationships of their adult children with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2020;33(2):310-20.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jar.12674>
81. Thibaud-Marcot M. La santé sexuelle des adolescents. Une préoccupation des éducateurs ? *Cah Dynamiques* 2016;4(70):93-102.  
<http://dx.doi.org/10.3917/lcd.070.0093>
82. Arenate C, Beaucamp S, Coulée O, Delepaul M, Galliou R, Grenier J, *et al.* Les infections sexuellement transmissibles chez les personnes de plus de 60 ans [Mémoire EHESP : module interprofessionnel de santé publique]. Rennes: EHESP; 2019.  
<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2019/mip/groupe%2020.pdf>
83. Rayburn RL, Corzine J. Your shelter or mine? Romantic relationships among the homeless. *Deviant Behav* 2010;31(8):756-74.  
<http://dx.doi.org/10.1080/01639621003748803>
84. Giami A. De l'émancipation à l'institutionnalisation : santé sexuelle et droits sexuels. *Genre Sexualité et Société* 2016;15.  
<http://dx.doi.org/10.4000/gss.3720>
85. Fava NM, Fortenberry JD. Trauma-informed sex positive approaches to sexual pleasure. *Int J Sex Health* 2021;33(4):537-49.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2021.1961965>
86. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: WHO; 2017.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>
87. Ford JV, Corona-Vargas E, Cruz M, Fortenberry JD, Kismodi E, Philpott A, *et al.* The World Association for Sexual Health's declaration on sexual pleasure: a technical guide. *Int J Sex Health* 2021;33(4):612-42.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2021.2023718>
88. Gianotten WL, Alley JC, Diamond LM. The health benefits of sexual expression. *Int J Sex Health* 2021;33(4):478-93.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2021.1966564>
89. Fondation Apprentis d'Auteuil. Baromètre de l'Education 2023. Enquête sur la vie affective relationnelle et sexuelle des jeunes (16-20 ans). Vague 4 - septembre 2023. Paris: Fondation Apprentis d'Auteuil; 2023.  
<https://www.apprentis-auteuil.org/actualites/education-et-scolarité/barometre-de-leducation-apprentis-dauteuil-2023>
90. Gardou C, Horvais J. Au-delà du besoin, le désir. *Empan* 2012;4(88):104-10.  
<http://dx.doi.org/10.3917/empa.088.0104>

91. Fournier J. La vie intime, amoureuse et sexuelle à l'épreuve de l'expérience des personnes en situation de handicap. L'appréhender et l'accompagner [Thèse de doctorat : sciences de l'éducation]. Lyon: Université Lumière Lyon 2; 2016.  
[http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2016/fournier\\_j/pdfAmont/fournier\\_j\\_these\\_udl.pdf](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2016/fournier_j/pdfAmont/fournier_j_these_udl.pdf)
92. Pillant Y. La sexualité n'est pas un besoin. Le Sociographe 2014;3(47):33-40.  
<http://dx.doi.org/10.3917/graph.047.0033>
93. Théron D. Promouvoir l'effectivité du droit à la vie affective et sexuelle au sein de l'institut le Val Mandé à partir d'une démarche participative des personnes handicapées [Mémoire de Master EHESP : situation de handicap et participation sociale]. Rennes: EHESP; 2021.  
[https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/shps/delphine\\_theron.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/shps/delphine_theron.pdf)
94. Lachance J. Le corps en images des adolescents hypermodernes. Corps 2016;1(14):41-7.  
<http://dx.doi.org/10.3917/corp1.014.0041>
95. Ford JV, El Kak F, Herbenick D, Purdy C, Tellone S, Wasserman M, Coleman E. Sexual pleasure and healthcare settings: focusing on pleasure to improve healthcare delivery and utilization. Int J Sex Health 2021;33(4):572-86.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2021.1955802>
96. Espace de réflexion éthique d'Île-de-France, Espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives, Ministère de l'autonomie. Charte éthique et accompagnement du grand âge. Paris: Espace de réflexion éthique d'Île-de-France; 2021.  
[https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/2021\\_charte\\_ethique\\_grand\\_age\\_web.pdf](https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/2021_charte_ethique_grand_age_web.pdf)
97. Health Information and Quality Authority. Guidance for designated centres: intimacy and sexual relationships. Dublin: HIQA; 2014.
98. Amsellem-Mainguy Y, Carayon L. Consentement, éthique et santé. La Santé en Action 2023;(464):4-5.
99. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°136. L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. Paris: CCNE; 2021.  
<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-136-levolution-des-enjeux-ethiques-relatifs-au-consentement-dans-le-soin>
100. Christelle M. Comment la philosophie se saisit-elle de la notion de consentement ? La Santé en Action 2023;(464):6-7.
101. Pailleux JM. Sexualité en institution : un questionnement pour les soignants. Soins Psychiatr 2020;41(330):27-9.  
[http://dx.doi.org/10.1016/s0241-6972\(20\)30103-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0241-6972(20)30103-1)
102. Réseau de gérontologie et soins palliatifs de Champagne-Ardenne. Le consentement de la personne âgée. Guide à l'usage des professionnels. Reims: RéGéCAP; 2016.  
[https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/brochure\\_regecap\\_br.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/brochure_regecap_br.pdf)
103. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Avis sur le consentement des personnes vulnérables. Paris: CNCDDH; 2015.  
[https://www.cncddh.fr/sites/default/files/2021-04/150416\\_Avis%20Consentement%20des%20personnes%20vuln%C3%A9rables.pdf](https://www.cncddh.fr/sites/default/files/2021-04/150416_Avis%20Consentement%20des%20personnes%20vuln%C3%A9rables.pdf)
104. Yelland EL, Cless AW, Mallory AB, Cless JD. Public perspectives toward the sexual behavior of an individual with dementia residing in long-term care. J Aging Health 2018;30(5):800-15.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0898264317696774>
105. Baradji E, Filatriau O. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales. Etudes et Résultats 2020;(1156).
106. Thomas P, Calvez M, Gouriou L, Hazif-Thomas C. Du droit des personnes âgées en Ehpad à avoir une vie affective et sexuelle épanouie. Soins Gerontol 2022;27(156):13-22.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sger.2022.05.004>
107. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. « Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit ». Paris: CIIVISE; 2023.  
[https://www.ciivise.fr/sites/ciivise/files/2024-12/CIIVISE\\_Rapport\\_On\\_vous\\_croit\\_nov\\_2023.pdf](https://www.ciivise.fr/sites/ciivise/files/2024-12/CIIVISE_Rapport_On_vous_croit_nov_2023.pdf)

# Participants

---

Les organismes professionnels et associations de personnes accompagnées suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture.

## Groupe de travail

### Équipe projet

Mme Sira CAMARA, cheffe de projet, service recommandations, DiQASM  
M. Alexandre LABELLE, chef de projet, service recommandations, DiQASM  
Mme Manuela CHEVIOT, cheffe du service recommandations, DiQASM  
Mme Nagette JOUSSE, assistante de gestion, service recommandations, DiQASM  
M. Aurélien DANCOISNE, documentaliste, DCIEU  
Mme Sylvie LASCOLS, assistante documentaliste, DCIEU  
Mme Floriane GASTO, juriste, SG-SJ  
Mme Clara PROUST, juriste, SG-SJ  
Mme Marion PATTE, chargée de projet pour l'analyse de la littérature  
Mme Altéa VACARRO, chargée de projet pour l'analyse de la littérature

### Composition du groupe de travail (experts)

Mme Eugénie AVOUAC, conseillère en économie sociale et familiale, ALC, Nice (06)  
Mme Katia BAZILE, juriste en droits de l'enfant, spécialisée en droit pénal et criminologie et doctorante en droit international de l'humain, sexologue spécialisée dans l'accompagnement des victimes et auteurs d'infractions sexuelles, Toulouse (31)  
M. Salim BENFODDA, moniteur-éducateur, formateur, Marseille (13)  
Mme Simha BITTON, doctorante contractuelle à l'Observatoire national de la protection de l'enfance, GIPED, Paris (75)  
M. Maxime BROSSIER SCHUSTER, cadre socio-éducatif, Bas-Rhin (67)  
Mme Noëlle CAYARCY, directrice de projets en santé publique et en prévention, présidente communauté professionnelle territoriale de santé Paris 16<sup>e</sup>, sage-femme sexologue, experte judiciaire médicale à la cour d'appel administrative de Paris et Versailles  
M. Bruno CHEVIGNARD, infirmier-professeur certifié en sciences médico-sociales, directeur d'EHPAD à la retraite, Saône-et-Loire (71)  
Mme Nathalie COCOYNACQ, éducatrice spécialisée, coordinatrice VIAS, ADAPEI Landes (40)  
Mme Rachel COHEN, directrice adjointe de la Cité de refuge (Armée du Salut), Île-de-France (75)  
Mme Florence CREUSÉ, conseillère conjugale et familiale, centre de santé sexuelle de Valenciennes, PMI, département du Nord (59)  
M. Olivier EPIARD, travailleur d'ESAT, Fondation Pluriel, Besançon (25)  
Mme Audrey HERVOUET, psychologue clinicienne, sexologue libérale, formatrice, Nantes (44)  
Mme Zoé LABARRE, gérontopsychologue, Loire-Atlantique (44)  
Mme Anouk LAUBEUF, psychologue clinicienne, Paris (75)  
Dr David LEOPOLD METZGER, médecin sexologue, Paris (75)  
Mme Magali MAROT, directrice adjointe du centre ressource Intimagir Occitanie (31)  
Mme Angélique MILIANI, éducatrice sociojudiciaire, Manche (50)

Dr Gérard RIBES, psychiatre, sexologue, psychothérapeute, Villefontaine (38)

M. Mikael QUILLIOU-RIQUAL, sociologue, directeur d'établissement médico-social, Paris (75)

Mme Élise ROCTON, infirmière coordinatrice, équipe mobile de médicalisation, ADAPEI Loire-Atlantique (44)

Mme Delphine THÉRON, directrice plateforme emploi ESAT, Amis de Germenoy, Seine-et-Marne (77)

Mme Catherine TROADEC, psychologue clinicienne, sexologue, Genève (Suisse)

Mme Florence VOISIN, formatrice et intervenante vie affective, relationnelle et sexuelle en ESSMS, Finistère (29)

## Personnes auditionnées par le groupe de travail

M. Pierre ANCET, professeur des universités, responsable de l'axe « éthique et vulnérabilité » du laboratoire interdisciplinaire de recherches « Sociétés, sensibilités, soin » (LIR3S), CNRS-université de Bourgogne

Mme Katia BAZILE, juriste en droits de l'enfant, spécialisée en droit pénal et criminologie et doctorante en droit international de l'humain, sexologue spécialisée dans l'accompagnement des victimes et auteurs d'infractions sexuelles, Toulouse (31)

Mme Noëlle CAYARCY, directrice de projets en santé publique et en prévention, présidente communauté professionnelle territoriale de santé Paris 16<sup>e</sup>, sage-femme sexologue, experte judiciaire médicale à la cour d'appel administrative de Paris et Versailles

Mme Magali MAROT, directrice adjointe du centre ressources Intimagir Occitanie (31)

## Personne auditionnée par les chefs de projet HAS

Mme Claire VERSINI, psychomotricienne, sexologue et intervenante pédagogique, Dinan (22)

## Groupe de lecture

### Parties prenantes

ADEDOM Fédération nationale

AFM Téléthon

Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes

Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire

Agence régionale de santé (ARS) Martinique

Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur

APF France Handicap

Association de directrices, directeurs et cadres de direction du secteur social, médico-social et sanitaire (ADC)

Association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ADSEA 28)

Association Aider, soigner, éduquer, insérer (ASEI 31)

Association régionale de prévention et d'aide face aux dépendances et aux exclusions (ARPADE)

Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales (ADAPEI 40)

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM 75)

Centre de ressources d'éducation et de promotion de la santé sexuelle (CREPSS)

Comité national de liaison des acteurs de la prévention spécialisée (CNALPS)

Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) Bourgogne-Franche-Comté

Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) Hauts-de-France

Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES 83)

Comité interministériel du handicap (CIH)

Croix-Rouge française  
Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) – Bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence  
Direction générale de la Santé (DGS)  
Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ 75)  
Établissement départemental éducation formation soins (EDEFS 35)  
Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)  
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés à but non lucratif (FEHAP)  
France Alzheimer  
France Terre d'asile  
GRATH (portail de l'accueil temporaire et des relais aux aidants)  
Institut départemental de l'enfance, de la famille et du handicap pour l'insertion (IDEFHI 76)  
NEXEM  
Union nationale des acteurs de la formation et de la recherche en intervention sociale (UNAFORIS)  
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)  
URIOPSS Pays de la Loire

## Experts

Dr Gülen AYHAN-KANCEL, coordinatrice médicale du dispositif spécifique régional en périnatalité, GIP-RASPEG Guadeloupe (971)  
M. Michaël BALANDIER, docteur en droit, responsable d'un cabinet d'audit et formation spécialisé dans les secteurs social, médico-social et psychiatrique (25)  
Mme Véronique BARANSKA, infirmière formatrice, sexologue (21)  
Mme Bénédicte BERTIN, cheffe de service, CCARUD centre des femmes OPPELIA Charonne (75)  
Mme Élise BLANCHET, ergothérapeute libérale (77)  
Mme Laura BOUZOUBA, coordinatrice et anciennement chargée de projet au centre ressources Intimagir (974)  
Mme Sylviane BRAZZOLOTTO, monitrice-éducatrice, CDEF Gironde (33)  
Mme Juliette CARTIER, cadre de direction, GAPAS (59)  
Mme Caroline CHABAUD, directrice de Mes mains en or, formatrice en autodétermination (87)  
M. Tilio COGNARD, responsable de la formation des professionnels, France Parkinson  
Mme Judith COMETS, responsable ARCAT FORMATION (75)  
Mme Nancy COUVERT, directrice générale, APEI de la région dieppoise (76)  
M. François CROCHON, sexologue clinicien, directeur du CeRHeS  
M. Michel DAVY, médecin gériatre, expert métier formation au sein du groupe EMEIS (92)  
Mme Anne-Laure DROUET, éducatrice spécialisée SESSAD TSA, ADAPEI (40)  
Mme Dominique DUBOIS, juriste, Bourgogne-Franche-Comté (21)  
M. Benoist FAUVILLE, psychologue, psychothérapeute, docteur en psychologie, centre hospitalier George Sand (18)  
Mme Isabelle FOMBARON, cheffe de service d'appartements de coordination thérapeutique (13)  
Mme Jennifer FOURNIER, chercheuse au TransLab'Azimut, responsable formation supérieure recherche et international, Ocellia (69)  
Mme Leïla GAMANE, experte métier, proche d'une personne accompagnée (40)  
Mme Hélène GEURTS, docteure en sciences psychologiques et sciences de l'éducation (14)  
Mme Angélique GOZLAN, docteure en psychopathologie, psychologue clinicienne, formatrice, EPS Ville-Évrard (93)

Mme Gwenaëlle HUIBAN, directrice éthique et qualité, EPDSAE (59)

M. Thibault LE DROGO, chef de service des actions de santé au sein du département du Val-d'Oise (95)

M. Jean-Luc LETELLIER, président-fondateur du CRÉDAVIS (78)

M. Jean-Marie PELOU, médiateur en santé au pôle prostitution, Aux captifs la libération (75)

Mme Eulalie PICHARD, responsable plaidoyer, AIDES (93)

M. Guillaume ROUSSET, maître de conférences en droit, HDR, Université de Lyon III (69)

M. Fabrice SELLY, chargé de prévention et personne concernée, CRIPS Île-de-France (75)

M. Alain VERNET, psychologue, docteur en philosophie morale et politique, expert judiciaire honoraire (36)

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

# Abréviations et acronymes

---

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AFFA	Association francophone de femmes autistes
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CD	Conseil départemental
CDAD	Conseils départementaux de l'accès au droit
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CERHES	Centre ressources handicaps et sexualités
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
CLEMI	Centre pour l'éducation aux médias et à l'information
CNTERHI	Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
CREAI	Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations
CREDAVIS	Centre de recherche et d'étude sur le droit à la vie amoureuse et sexuelle
CRIAVS	Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
CSP	Code de la santé publique
CSS	Centre de santé sexuelle (ex-CPEF)
CVS	Conseil de la vie sociale
DDETS	Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DGCS	Direction générale de la Cohésion sociale
DIPC	Document individuel de prise en charge
DPI	Dossier patient informatisé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUI	Dossier usager informatisé
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIG	Évènements indésirables graves
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FALC	Facile à lire et à comprendre
FFCRIAVS	Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences
HAS	Haute Autorité de santé
HCTS	Haut Conseil du travail social
IDEC	Infirmier diplômé d'État coordinateur
IME	Institut médico-éducatif
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSF	Langue des signes française
OHCHR	Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
RdRD	Réduction des risques et des dommages
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNATED	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (119)
VIAS	Vie intime, affective et sexuelle
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WAS	World Association for Sexual Health