



SOUS LA LOUPE

JUIN
2024



LES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE

Par :
MATHIEU COUTURE, Psychologue,
Responsable du développement des pratiques | RIMAS

Ce texte rapporte les propos des auteurs de trois articles distincts :

- De Giorgi, R., & Series, H. (2016). Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. *Curr Treat Options Neurol*, 18 : 41.
- MSSS (2021). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques*. La Direction des communications du MSSS.
- Hayward, L. E., Robertson, N., & Knight, C. (2012). Inappropriate sexual behaviour and dementia : An exploration of staff expériences. *Dementia*, 12 (4), 463-480.



Commentaire d'entrée

Dans son document de 2021, le MSSS met en garde les intervenant.e.s œuvrant auprès de personnes atteintes de démence contre des « mécanismes » susceptibles d'interférer avec la bonne conduite professionnelle lors de l'évaluation et du traitement des comportements sexuels inappropriés (CSI) :

- Une tendance à l'infantilisation de cette clientèle, comme manifestation d'une sorte de violence psychologique;
- Une tendance à ne plus percevoir la personne comme un tout en raison de ses déficits;
- Une tendance vers le « capacitisme », soit une moindre considération de l'être humain qui n'est plus tout à fait capable d'agir à la normale;
- Le caractère tabou de la sexualité chez la personne âgée, et plus particulièrement chez la personne atteinte de démence, se trahissant par un certain déni de ses besoins sexuels et intimes.

La personne atteinte de démence peut être partiellement déshumanisée et ses comportements sexuels, normatifs ou inappropriés, être étiquetés

comme étant « déplacés ». Or, toute intervention humanisante auprès de ces personnes devrait avoir comme objectif de promouvoir les comportements sexuels appropriés dans le but de réduire les CSI (et non supprimer tout comportement sexuel; De Giorgi et Series, 2016).



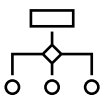
Introduction

Les personnes atteintes de démence peuvent présenter certains comportements sexuels inappropriés (CSI). Selon les études, entre 2 à 18% de ces personnes en manifestent (environ 15% en moyenne, chez les gens dont le stade de progrès de la maladie est jugé « modéré »). Les hommes sont majoritaires (66%) et présentent plus fréquemment des comportements physiques, tandis que les femmes présentent plus fréquemment des comportements verbaux.

Les CSI provoquent de multiples conséquences chez les victimes et leur entourage, chez l'auteur.e en tant que tel et son entourage, chez le personnel soignant ou les pairs aidants, entre autres. Par exemple,

environ 60% des professionnel.le.s en établissement spécialisé rapportent être confronté.e.s à des CSI au moins une fois par semaine dans l'exercice de leurs fonctions et ce, sans compter le fait que près de 80% des personnes atteintes de démence présentent des défis comportementaux généraux pour ce même personnel (Hayward et al., 2012). Le personnel soignant rapporte des sentiments de colère, d'inconfort et d'incompréhension, de même qu'une difficulté globale à identifier des stratégies adéquates pour bien gérer les CSI chez leurs usagers. Ce personnel, tout comme les proches aidants et l'entourage de la personne atteinte de démence, requière souvent du soutien psychologique, de la supervision ou de la psychoéducation.

Les patients présentant des CSI ont également besoin d'interventions personnalisées adaptées à leur condition afin de continuer à vivre dignement une sexualité saine et respectueuse d'autrui.



Rôle des ressources spécialisées en violence sexuelle

Il arrive occasionnellement que les personnes atteintes de démence soient référées pour une évaluation psycholégale, mais en général, c'est plutôt des personnes non-diagnostiquées, en début de processus neurodégénératif, qui pourraient être vues dans nos cliniques (une référence externe pourrait alors être requise, notamment auprès d'un médecin et/ou d'un.e neuropsychologue afin d'objectiver l'existence d'un processus neurodégénératif). Lorsque nous soupçonnons l'existence d'une telle maladie, ou lorsqu'une telle maladie est officiellement diagnostiquée, l'évaluation de la « délinquance sexuelle » ne s'applique plus ou, du moins, plus de la même manière. Il faudra contextualiser les CSI à l'intérieur de la maladie de l'utilisateur (voir plus bas les éléments pouvant fournir des indications en ce sens) ainsi qu'en relation avec l'ensemble de sa trajectoire de vie (la chronicité des comportements sexuels,

sans changement significatif, pourrait témoigner de comportements sexuels délictuels et pas nécessairement associés à une maladie neurodégénérative).

Les ressources spécialisées recevront possiblement plus de demandes relatives à la manière d'intervenir auprès de ces personnes, auxquelles elles pourront répondre par une évaluation individualisée et/ou en agissant à titre de consultantes.

Bref, il peut être pertinent de s'informer minimalement sur les CSI chez les personnes atteintes de démence, ne serait-ce que pour bien réorienter un usager ou un demandeur.



Types de CSI

Les comportements sexuels inappropriés chez les personnes atteintes de démence peuvent prendre diverses formes :

- **Langage sexuel** : commentaires et mots déplacés et vulgaires, différents de l'utilisation langagière prémorbide de l'individu;
- **Actes sexuels** : touchés, expositions, masturbations en des lieux publics, etc.;
- **Demandes de contacts sexuels** : demander des soins génitaux non-requis, etc.

Mais attention! Tout comportement sexuel provenant d'une personne atteinte de démence n'est pas d'emblée un CSI! Voici quelques exemples de comportements appropriés ou ambigus :

- **Appropriés** : s'asseoir près d'une personne consentante et lui tenir la main ou l'embrasser, se masturber dans un endroit privé, sortir nu de sa salle de bain personnelle, etc.
- **Ambigus** : être nu hors de sa chambre, se toucher les parties génitales en public, se déshabiller en public, etc.

Prenons l'exemple de se déshabiller en public. Ce comportement peut n'avoir aucune connotation

sexuelle et provenir d'un inconfort soudain, d'une démangeaison ou d'une sensation de chaleur gérée de manière excessive par la personne atteinte de démence. Mais il pourrait aussi provenir d'un désir sexuel inadéquatement exprimé.

Les comportements offerts en exemple dans cette section ne sont pas exhaustifs, mais sont des manifestations communes chez les personnes atteintes de démence présentant des CSI. Il est essentiel, pour bien comprendre la nature des comportements de la personne, d'explorer avec les proches de l'usager ses comportements antérieurs. Ce qui semble relever parfois de CSI pourrait relever en fait d'habitudes bien ancrées chez la personne et témoigner de sa difficulté à s'adapter à son nouvel environnement en raison de ses difficultés cognitives (p.ex., se rendre partiellement vêtu.e à la salle commune d'une résidence).

Causes des CSI

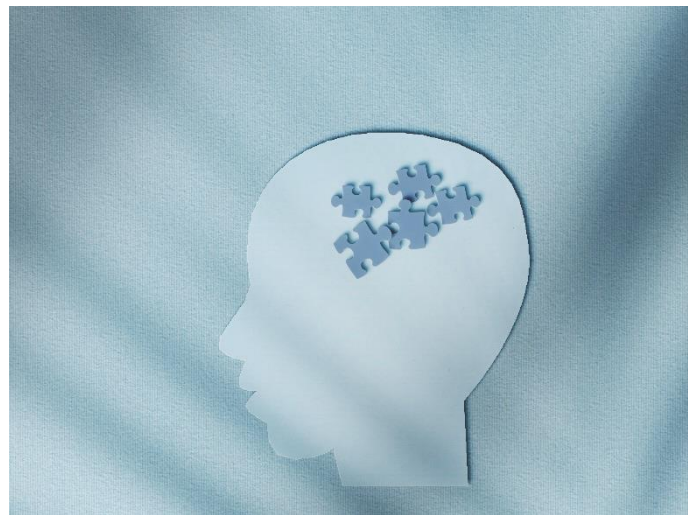
Plusieurs causes peuvent engendrer des CSI chez les personnes atteintes de démence, dont diverses atteintes neurobiologiques (lobe frontal, réseau temporo-limbique, circuits cortico-striataux, etc.), diverses pathologies cérébrales associées (p.ex., tumeurs, épilepsie, etc.), des déséquilibres neuroendocriniens, l'utilisation de certains médicaments (p.ex., agents dopaminergiques), ainsi que de multiples facteurs psychosociaux (instabilité de l'humeur, tendance hypersexuelle prémorbide, absence de partenaire, manque d'intimité, environnement sous-stimulant, mauvaises interprétations, etc.).

Évaluation des CSI

Lors de l'évaluation, il est indispensable de contextualiser les comportements sexuels dans l'ensemble de l'histoire de vie de l'individu, personnelle, clinique et sexuelle.

Il faut détailler les paramètres associés aux CSI : nature, contexte, fréquence, déclencheurs, comportements/pensées/émotions associés, etc. Les nombreux facteurs contributifs doivent être analysés : conditions médicales, neurobiologiques, neuroendocriniennes, sociales, situationnelles, environnementales, psychologiques, etc. L'échelle SABSA (*St-Andrew's Sexual Behavior Assessment*) permet l'observation en continu de quatre catégories de CSI en milieu fermé, lorsque possible et pertinent.

Enfin, au besoin, une évaluation neuropsychologique et/ou médicale peut être requise pour confirmer la présence d'un processus neurodégénératif.



Traitement des CSI

Le 1^{er} choix est une intervention non-pharmacologique dont le but doit toujours être de promouvoir les comportements sexuels appropriés afin de réduire les CSI. Trois types d'interventions peuvent être tentées et combinées :

1. **Environnementales** : avoir recours à un personnel soignant non-érotisé par l'usager, éviter la surstimulation télévisuelle, offrir une chambre seule si possible, organiser des visites conjugales, etc.

2. Comportementales : rediriger doucement la personne vers sa chambre lors d'une situation d'exposition publique (sans réprimande), offrir des activités sociales pour diminuer l'ennui, proposer des exercices physiques appropriés à la condition, avoir recours à des « *fidget toys* » pour occuper les mains, utiliser des cartes mémoires verbales ou imagées dans la chambre de l'usager, instaurer un horaire de masturbations personnelles, etc.

3. Psychoéducatives : enseigner les concepts à l'usager si son niveau de fonctionnement cognitif le permet (adapté à ses particularités), psychoéducation aux membres de la famille (favoriser les attitudes permissives et tolérantes envers la sexualité appropriée), programmes d'éducation psychosexuelle pour les membres du personnel ou les proches aidants, etc.

En dernier recours seulement, certains médicaments peuvent favoriser la réduction des CSI : antidépresseurs, antipsychotiques, agents hormonaux, etc.



Une approche individualisée

L'intervention doit être adaptée et personnalisée. Aucune des approches discutées ci-dessus ne possède un fort soutien empirique. Il faut donc comprendre quels facteurs contribuent aux CSI chez CETTE personne et développer des stratégies qui correspondent à ses manières d'apprendre, ses capacités cognitives résiduelles, son niveau d'intérêt à la sexualité prémorbide et actuel, son environnement particulier, ses intérêts sexuels, etc.

Enfin, il ne faut surtout pas oublier que même la personne âgée, même la personne souffrant de lourdes incapacités et même la personne placée attendant pratiquement seulement la mort possède encore son intégrité psychologique et a droit à une vie

sexuelle épanouie et satisfaisante... dans le respect des limites des autres.

L'intervention sur les CSI chez les personnes atteintes de démence présente plusieurs enjeux et défis et ne doit jamais être prise à la légère. Nous conseillons aux gens souhaitant intervenir ou offrir des services de consultation auprès de cette clientèle de rechercher des formations pertinentes en ce sens.



Je vous invite à interagir sur le sujet directement sur le forum [Facebook du RIMAS](#), afin que toutes puissent bénéficier d'un approfondissement sur ce thème d'importance.

