



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

La gestion des comportements sexuels inappropriés chez les personnes âgées avec trouble
neurocognitif

Projet de maîtrise
présenté comme exigence partielle
de la maîtrise en psychoéducation (programme 3095)

Par
Noémie Pépin

Travail dirigé par madame Sophie Higgins

Novembre 2024

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	VI
INTRODUCTION.....	1
1. PROBLÉMATIQUE	3
2. DESCRIPTION DU CONTEXTE.....	7
3. CADRE DE RÉFÉRENCE	9
3.1 Troubles neurocognitifs	9
3.2 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.....	10
3.3 La sexualité des personnes âgées	11
3.4. Comportements sexuels inappropriés chez la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs	13
3.5 Conséquences et impacts	15
3.6 Facteurs de risque	16
3.7 Facteurs de maintien	18
3.8 Facteurs de protection	19
3.9 Le sentiment d'auto-efficacité des intervenants concernant les comportements sexuels inappropriés chez la personne âgée.....	20
3.10 Prévention en lien avec les CSI chez les personnes âgées	21
3.11 Analyse et évaluation en lien avec les CSI chez les personnes âgées	22
3.11.1 Évaluation initiale et analyse fonctionnelle.....	23
3.11.2 Collecte de données et consentement.....	23
3.11.3 Modèles d'analyse et d'évaluation	23
3.12 Les approches non pharmacologiques et pharmacologiques	25
3.12.1 Approche de base	27
3.12.2 La communication verbale et non verbale	27
3.12.3 L'approche psychoéducatrice.....	28
3.12.4 Approche optimale	29
3.12.5 Approches environnementales.....	29
3.12.6 Approches psychothérapeutiques.....	29
3.12.7 Approche sensorielle.....	30
3.12.8 Approche centrée sur les relations.....	30
3.12.9 Approche centrée sur la relation aidant-patient	30
3.12.10 Approche comportementale	31

3.12.11 Approche de validation.....	32
3.13 Recommandations générales concernant l'intervention auprès des personnes âgées présentant des comportements sexuels inappropriés	32
3.14 Considérations éthiques et consentement.....	34
4. OBJECTIFS DU PROJET D'INTERVENTION.....	37
5. MÉTHODE	38
6. RÉSULTATS.....	39
6.1 Approche de base : en tout temps avec les personnes âgées	39
6.2 Techniques d'intervention avec les personnes âgées : Communication verbale	40
6.3 Techniques d'intervention avec les personnes âgées : Communication non verbale	40
6.4 Les approches à préconiser : Comportements sexuels inappropriés	41
6.5 Évaluation des SCPD	42
6.6 Aide-mémoire modèles et outils d'analyse et d'évaluation des SCPD	43
6.7 Évaluation de la capacité à consentir	44
6.8 Analyse d'un comportement sexuel inapproprié chez les personnes âgées	45
6.9 Les interventions à préconiser en contexte de CSI	46
6.10 Enjeux éthiques	47
6.11 Les étapes lorsqu'on fait face à un CSI	48
6.12 Aide-mémoire : C'est quoi un CSI ?	48
7. RECOMMANDATIONS POUR LE MILIEU	50
CONCLUSION	54
ANNEXE A – APPROCHE DE BASE : EN TOUT TEMPS AVEC LES PERSONNES ÂGÉES	55
ANNEXE B – TECHNIQUES D'INTERVENTION LORSQU'ON FAIT FACE À UN CSI : COMMUNICATION VERBALE.....	56
ANNEXE C – TECHNIQUES D'INTERVENTION LORSQU'ON FAIT FACE À UN CSI : COMMUNICATION NON VERBALE.....	57
ANNEXE D – LES APPROCHES À PRÉCONISER : CSI	58
ANNEXE E – ÉVALUATION DES SCPD.....	59
ANNEXE F – MODÈLES ET OUTILS D'ANALYSE ET D'ÉVALUATION DES SCPD	60
ANNEXE G – ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À CONSENTIR	61
ANNEXE H – ANALYSE D'UN CSI CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	62
ANNEXE I – INTERVENTIONS À PRÉCONISER EN CONTEXTE DE CSI	63
ANNEXE J – ENJEUX ÉTHIQUES	64

ANNEXE K – ÉTAPES LORSQU’ON FAIT FACE À UN CSI	65
ANNEXE L – C’EST QUOI UN CSI ?	66
LISTE DE RÉFÉRENCES.....	67

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AQM : Administration quotidienne médication

ASSS : Auxiliaire en santé et service sociaux

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CSI : Comportements sexuels inappropriés

PSAPA : Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

VAD : Visite à domicile

LSSSS : Loi sur les services de santé et des Services sociaux

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

RI : Ressource intermédiaire

RTF : Ressource de type familiale

RPA : Résidence privée pour aînés

SAD : Soutien à domicile

SPCD : Symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence

TNC : Trouble neurocognitif

TNCL : Trouble neurocognitif léger

TNCM : Trouble neurocognitif majeur

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

RUISSS : Réseau Universitaire Intégré de Santé et de Services Sociaux

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique de la population constitue l'un des défis majeurs de notre société, nécessitant des implications au niveau de la santé et du bien-être, ainsi qu'une prise en charge accrue des personnes âgées (Institut de la statistique du Québec, 2023). Parallèlement, le vieillissement augmente les risques d'apparition de troubles neurocognitifs, qui posent des enjeux importants, affectant non seulement les individus touchés, mais aussi leur entourage (Institut de la statistique du Québec, 2023). La mobilisation des différents acteurs, y compris les proches aidants et les professionnels de la santé, est essentielle pour fournir des soins adaptés (Institut de la statistique du Québec, 2023).

Ce projet vise à explorer les comportements sexuels inappropriés (CSI) chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs, afin de proposer des interventions, des outils cliniques et des recommandations en psychoéducation pour mieux intervenir auprès de cette clientèle, visant ainsi à améliorer la prise en charge de cette population.

L'émergence de ce projet découle d'un stage en psychoéducation au soutien à domicile (SAD) auprès des personnes âgées. Cette expérience a mis en lumière les enjeux liés aux comportements sexuels inappropriés chez les personnes âgées présentant un trouble neurocognitif. Ces comportements posent des défis importants en matière de gestion et de prise en charge, tant pour les professionnels de la santé que pour les aidants familiaux et les établissements de soins.

La problématique examinée dans ce projet porte sur la prévalence et les conséquences des CSI chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs, incluant les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. L'objectif est d'abord de mieux comprendre les enjeux et les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et les aidants dans ce domaine complexe, puis d'élaborer des outils cliniques pour les soutenir.

Dans cette optique, nous brosserons un portrait détaillé du contexte québécois en matière de vieillissement de la population, des troubles neurocognitifs et des ressources disponibles pour la prise en charge des personnes âgées, en mettant en lumière les lacunes et les besoins spécifiques dans ce domaine.

Par la suite, le cadre de référence exposera les concepts liés aux troubles neurocognitifs, aux CSI ainsi qu'à la sexualité des personnes âgées, en mettant en évidence les liens entre ces différents domaines. Puis, les différentes approches et stratégies d'intervention utilisées pour gérer les CSI

chez les personnes âgées seront présentées, en identifiant les bonnes pratiques et en proposant des recommandations basées sur les données probantes, afin d'orienter les recommandations et les interventions à préconiser.

Enfin, nous mettrons de l'avant la psychoéducation dans la prise en charge des CSI, en examinant comment cette approche peut contribuer à la prévention, à la sensibilisation, à l'information et au soutien des professionnels de la santé et des aidants, tout en considérant le bien-être de la personne âgée. En ce sens, l'élaboration d'outils cliniques adaptés au contexte du soutien à domicile permettra une meilleure prise en charge.

1. PROBLÉMATIQUE

Au Québec, la population vieillissante connaît une croissance constante. Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec (2023), la tranche d'âge des 65 ans et plus représentait 1,75 million de personnes en 2021, un chiffre qui devrait atteindre près de 2,3 millions en 2031 selon les projections émises par le ministère de la Famille et de l'Institut de la statistique du Québec (2014). De plus, en 2011, la population québécoise de 65 ans et plus constituait 16% de la population, et ce pourcentage devrait augmenter pour atteindre 26% d'ici 2031. Depuis 2011, leur proportion a dépassé celle des personnes de moins de 15 ans, marquant une première dans l'histoire du Québec (Gouvernement du Québec, 2012). Par ailleurs, il est pertinent d'examiner de plus près la génération des baby-boomers, qui a contribué à freiner le processus de vieillissement pendant un certain temps, mais qui est désormais à l'origine de l'augmentation du vieillissement de la population québécoise, étant maintenant incluse dans la catégorie d'âge des 65 ans et plus (Carrière *et al.*, 2015; Institut de la statistique du Québec, 2023; Légaré, 2003). Dans cette optique, en 2022, une personne sur cinq serait âgée de 65 ans ou plus (Carrière *et al.*, 2015; Institut de la statistique du Québec, 2023*et al.*).

Cette évolution démographique soulève des défis majeurs, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées. En effet, le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes ayant des besoins spécifiques, en fonction de leur état de santé ainsi que de leurs capacités physiques et cognitives. Cela nécessite des solutions adaptées et la mobilisation des ressources en matière de logement et d'hébergement pour répondre adéquatement à ces besoins variés (Légaré, 2003).

Au Québec, au sein de cette population vieillissante, différents milieux d'hébergement sont mis en place pour répondre aux besoins variés des aînés. Parmi ces milieux de vie, on retrouve les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), qui sont conçus pour les personnes nécessitant une surveillance constante et des soins médicaux spécialisés, tels qu'un suivi médical, la gestion des médicaments et tout autre soin spécifique (Séguin *et al.*, 2018). Les ressources intermédiaires (RI) constituent un autre type de ressource. Ce sont des entreprises privées affiliées à des établissements publics de santé qui fournissent un environnement adapté et un soutien aux personnes nécessitant une assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVD) ainsi qu'une surveillance médicale en raison de leur perte d'autonomie (Séguin *et al.*, 2018). Ces unités se spécialisent principalement dans la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement (Grisé, 2014). Ensuite, les ressources de type familial (RTF), ou résidences d'accueil, sont généralement confiées par des institutions publiques à des

particuliers souhaitant offrir ce service dans leur domicile. Elles visent à répondre aux besoins des aînés tout en cherchant à recréer un environnement de vie proche de celui d'un domicile traditionnel. Ces résidences fournissent des services de soutien, d'assistance, et de surveillance aux résidents qui présentent une légère perte d'autonomie (Séguin *et al.*, 2018). De plus, les résidences pour personnes âgées (RPA), qu'elles soient privées ou publiques, offrent un logement adapté aux besoins des personnes âgées, en fournissant des services de repas et de sécurité, et en créant un environnement social favorable en proposant des activités communautaires. Elles visent à améliorer la qualité de vie des résidents tout en leur permettant de maintenir une certaine autonomie. Par ailleurs, une grande majorité des personnes âgées réside à leur domicile. En effet, au Québec, en 2010, 96,6% des personnes de 65 ans et plus demeuraient à domicile ou dans une RPA (Vérificateur général du Québec, 2012). Dans l'objectif de permettre aux personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible, les services de soutien à domicile (SAD) jouent un rôle crucial. Principalement, le programme du SAD dispense plusieurs services diversifiés pour soutenir l'autonomie de la personne, tels que l'aide et l'assistance physique dans les AVD et AVQ, les soins infirmiers et médicaux, la réadaptation, les services psychosociaux, etc. (Dumont-Lemasson, 2005). Cependant, malgré la diversité des options d'hébergement, le mécanisme d'accès à ces ressources reste complexe. Chaque année, plus de 21 000 personnes âgées au Québec nécessitent un hébergement dans l'une des ressources du réseau public, car elles ne peuvent plus demeurer à domicile en toute sécurité (Protecteur du citoyen, 2021). Le manque de places disponibles entraîne de longs délais d'attente, et les critères précis pour accéder à une résidence spécifique, tels que les niveaux de soins requis ou les conditions médicales particulières, compliquent également le processus. Finalement, les prix élevés des résidences peuvent constituer une barrière financière pour plusieurs personnes, limitant ainsi l'accès aux ressources d'hébergement (Protecteur du citoyen, 2021).

Parmi les individus hébergés au Québec, un nombre significatif est touché par un trouble neurocognitif majeur (TNCM), tel que la maladie d'Alzheimer. Ces troubles, qui affectent principalement les personnes âgées, entraînent une détérioration progressive des fonctions cognitives et des capacités à réaliser les AVQ, nécessitant ainsi une prise en charge spécialisée et un environnement adapté. En 2008, plus de 100 000 Québécois étaient affectés par un trouble neurocognitif, selon les données du Gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2022). Ces chiffres témoignent de l'ampleur du défi que représente la gestion des TNCM dans les milieux d'hébergement, notamment en ce qui concerne les soins et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de cette population. Chaque année, on estime qu'il y aurait environ

23 000 nouveaux cas d'Alzheimer au Québec (Gouvernement du Québec, 2012). Cette tendance est en constante augmentation en raison du vieillissement de la population, et on estime qu'il y aura 180 000 personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de TNCM d'ici 2030, ce qui représente une hausse de 66% par rapport à 2008 (Gouvernement du Québec, 2021). Cette progression rapide pose des défis importants pour le système de santé, notamment pour les intervenants qui devront faire face à des situations complexes liées aux TNCM.

Le trouble neurocognitif se caractérise par une détérioration significative des fonctions cognitives, principalement la mémoire, le langage et la compréhension. Les symptômes de la maladie évoluent de manière variable d'une personne à l'autre, en raison de leurs différentes conditions de santé et leurs besoins spécifiques (American Psychiatric Association [APA], 2013). Simultanément, ces troubles entraînent des pertes fonctionnelles qui affectent la personne dans ses AVQ, ce qui engendre une perte d'autonomie (Saidlitz et Cransac, 2022). Par conséquent, il s'avère primordial d'adapter les interventions selon les besoins spécifiques de chaque individu afin d'assurer un accompagnement approprié.

En cas de TNCM, il est fréquent d'observer l'apparition de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces symptômes peuvent se manifester sous différentes formes, généralement classées en trois catégories principales : les symptômes affectifs (comme l'anxiété, la dépression, l'apathie et l'irritabilité), les symptômes psychotiques (tels que les délires ou les hallucinations) et, enfin, les symptômes frontaux, caractérisés par l'errance, les comportements sexuels inappropriés, les mouvements répétitifs, etc. (Bruneau, 2016; Lyketsos *et al.*, 2001; Van der Linde *et al.*, 2014). Dans les cas légers et modérés de TNC, environ 50% des usagers présentent des manifestations de symptômes d'apathie (Benoit *et al.*, 2005). De plus, des manifestations dépressives, d'agitation et d'agressivité sont observées chez 40 à 50% des individus atteints de TNCM (Benoit *et al.*, 2005; Lyketsos *et al.*, 2011). La nature des SCPD peut varier en fonction du type de trouble cognitif; par exemple, les hallucinations sont présentes dans environ 80% des cas de démence à corps de Lewy, tandis que les comportements impulsifs et désinhibés sont plus fréquents dans les démences fronto-temporales (Benoit *et al.*, 2005).

Étant donné que plus de 75% des personnes atteintes de TNCM présentent au moins un SCPD au cours de l'évolution de leur maladie (RUISSS, 2022), il est pertinent de s'interroger sur les besoins des professionnels de la santé pour accompagner ces patients. Le Réseau Universitaire Intégré de Santé et de Services Sociaux (RUISSS) a récemment réalisé une étude prospective visant à connaître les besoins du personnel soignant face à la gestion des SCPD (RUISSS, 2022).

Dans le cadre de cette étude, l'équipe a évalué le degré de confort des professionnels en ce qui concerne la gestion de ces comportements. Parmi les SCPD identifiés, deux d'entre eux se distinguent par le niveau d'inconfort ressenti par les intervenants : l'agressivité physique a été rapportée par 80,2% des répondants comme suscitant un niveau de confort moyen, faible, très faible ou inexistant ; en deuxième position, les CSI sont également une source d'inconfort avec 77,8% des professionnels (RUISSS, 2022).

Le faible niveau de confort des professionnels de la santé dans la gestion des CSI peut être attribué à divers facteurs, notamment l'absence de protocoles clairs pour y répondre de manière appropriée et respectueuse. À cela s'ajoutent les préoccupations éthiques et légales, qui peuvent augmenter le stress ressenti par les intervenants, rendant encore plus difficile leur réponse à ces situations. Pour pallier ces défis et soutenir ces professionnels dans de telles circonstances, le recours à l'expertise de psychoéducateurs ou d'autres intervenants au sein de l'équipe du SAD peut s'avérer bénéfique. Ces experts peuvent aider à établir des lignes de conduite et des stratégies d'intervention adaptées. De plus, une équipe de soutien spécialisée en matière de SCPD est disponible pour fournir des interventions dans des cas complexes. Cependant, la présence de ces ressources ne suffit pas toujours à répondre aux besoins des professionnels qui se sentent mal à l'aise ou réfractaires à intervenir face aux CSI. Il est donc crucial d'améliorer le soutien offert, en développant des outils pratiques permettant d'intervenir de manière cohérente et respectueuse. En abordant ces enjeux et en soutenant mieux les professionnels dans leur pratique, il devient possible d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de réduire l'inconfort et l'incertitude ressentis par les intervenants lorsqu'ils font face à des CSI.

2. DESCRIPTION DU CONTEXTE

Dans le cadre de ce rapport, la stagiaire a effectué son stage au sein du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT), à Rouyn-Noranda. Ce programme offre une variété de services aux personnes âgées, notamment le maintien à domicile en proposant des services adaptés à leurs besoins. Le SAD comprend une équipe d'auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) qui prodiguent divers soins à domicile, tels que l'aide à l'hygiène et l'aide quotidienne à la médication (AQM), etc. D'autres services psychosociaux sont également offerts par des professionnels, tels que des travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, des agentes de relations humaines et une psychoéducatrice. L'ensemble de l'offre de services est conçu pour répondre de manière complète aux besoins de cette population vieillissante, favorisant ainsi leur maintien à domicile dans des conditions optimales et sécuritaires.

La stagiaire, étudiante à la maîtrise en psychoéducation, est chargée d'évaluer des situations problématiques ainsi que les besoins des usagers afin d'optimiser l'adaptation des personnes âgées, de diminuer les CSI et d'orienter les interventions en lien avec les SCPD. En ce sens, les références reçues englobent le soutien et l'évaluation des usagers présentant des SCPD, en vue d'émettre nos recommandations.

Les problématiques rencontrées dans le milieu de la santé sont variées et complexes. Parmi les principales difficultés, on retrouve les usagers présentant des pertes d'autonomie dues au vieillissement, des troubles neurocognitifs, des SCPD, des difficultés d'adaptation, des besoins en ressources, des problèmes de santé mentale, des risques suicidaires ainsi que des situations d'abus. Comme mentionné plus haut dans la problématique, les intervenants du SAD soulignent un besoin imminent en matière de sensibilisation et d'interventions face aux CSI, une problématique souvent méconnue. Bien que le nombre d'usagers présentant ces comportements soit relativement faible, leur prise en charge reste complexe et suscite des préoccupations pour les professionnels offrant des services à cette population. Ainsi, il est nécessaire que les professionnels privilégient une approche appropriée et soient soutenus pour faire face à cette problématique délicate.

Afin de brosser un portrait des CSI présents dans le milieu, un sondage informel mené par la psychoéducatrice auprès des intervenants a révélé qu'au moins six usagers présentaient des défis liés à ces comportements. Il en ressort principalement que la notion de consentement est parfois floue, ce qui engendre des problématiques et des interventions inadéquates de la part des

intervenants. D'un côté, il est difficile de déterminer si un usager a la capacité de consentir à des rapports sexuels ou non ; de l'autre, les professionnels ne connaissent pas les limites et ne savent pas s'ils doivent s'interposer pour éviter des situations problématiques.

Les comportements rencontrés, tels que l'hypersexualité, les commentaires déplacés à caractère sexuel, les gestes et touchers sexuels, ou même de l'exhibitionnisme en public, amènent les intervenants à se sentir mal à l'aise, les laissant incertains quant à la manière de réagir. De même, les auxiliaires, en particulier, expriment des inconforts associés aux CSI de certains usagers et se sentent peu outillés sur les façons d'intervenir. De plus, des interventions inappropriées, telles que le non-respect des droits des usagers et de leurs besoins, la dissuasion de l'activité sexuelle, ou des réactions négatives, telles que le dégoût ou la colère, sont parfois observées dans le milieu. Ces approches peuvent non seulement engendrer une récurrence des comportements problématiques, mais également aggraver certains d'entre eux (Hajjar et Kamel, 2003). Il devient donc primordial de mettre en place des ressources visant à outiller les intervenants face à cette problématique complexe et délicate.

L'analyse du milieu révèle des forces telles qu'une équipe multidisciplinaire qui offre un soutien mutuel à travers des interventions ponctuelles et des comités cliniques pour les situations complexes. Les intervenants bénéficient d'une expertise variée et d'une accessibilité à divers professionnels, enrichissant ainsi la qualité des soins. Cependant, plusieurs difficultés sont présentes: la surcharge de travail, le nombre élevé de dossiers, le manque d'effectifs, les postes vacants et les urgences fréquentes contribuent à créer un environnement de travail pouvant être tendu. Ces facteurs compliquent la gestion efficace des CSI et témoignent d'un manque de connaissances spécifiques et de ressources adaptées pour gérer les CSI. Les intervenants expriment un besoin à ce niveau pour aborder ces situations de manière adéquate.

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

3. 1 *Troubles neurocognitifs*

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), les TNC se définissent comme un déclin cognitif évolutif qui n'est pas expliqué par un autre trouble mental (American Psychiatric Association [APA], 2013). Simultanément, des pertes fonctionnelles affectent la personne dans ses AVQ, engendrant ainsi des pertes d'autonomie (Saidlitz et Cransac, 2022). Ces troubles comprennent une multitude d'affections telles que la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la démence fronto-temporale, etc. Ils sont regroupés sous le terme troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et affectent généralement les personnes âgées de 65 ans et plus (Boyle et Bennett, 2008, cité dans Voyer, 2020).

Pour classifier la sévérité des TNCM, on distingue trois stades : léger, modéré et sévère. Il est important de préciser que ces stades peuvent varier d'un individu à l'autre et que les symptômes ainsi que l'évolution de la maladie ne sont pas immuables (Voyer, 2020). Dans les premiers stades de la maladie, on observe de légères altérations de la mémoire, caractérisées par des oublis occasionnels d'informations ou d'objets, mais aussi une détérioration du langage et de la concentration (Agronin, 2014; Voyer, 2020). Par ailleurs, en ce qui concerne les AVD et les AVQ, aucune diminution des capacités n'est observée au stade léger de la maladie (Voyer, 2020). En revanche, lorsque la personne atteint un stade modéré de la maladie, ses capacités cognitives connaissent une diminution progressive. Ces individus éprouvent des difficultés à suivre les événements de leur vie, montrant une diminution de la conscience de leur environnement (Agronin, 2014; Voyer, 2020). Contrairement au stade antérieur, au stade modéré, le langage peut devenir restreint et désordonné. De même, des troubles émotionnels ou comportementaux peuvent se manifester, accompagnés d'une altération de la personnalité (Agronin, 2014; Khosravi, 1995, cité dans Voyer, 2020). En ce qui concerne les AVD et les AVQ, une perte d'autonomie, principalement au niveau des soins, est présente, ce qui amène les individus à devenir dépendant d'une aide pour leurs soins (Agronin, 2014; Khosravi, 1995, cité dans Voyer, 2020). Concernant les capacités résiduelles, c'est-à-dire les actions et les activités que la personne est encore capable d'accomplir malgré la maladie, on constate qu'au stade modéré, elle peut encore réaliser certaines activités, mais nécessitera une stimulation et un accompagnement dans les étapes à suivre (Voyer, 2020). Pour finir, le stade sévère se caractérise par des déficits majeurs, incluant la mémoire, la capacité de traitement de l'information, et de l'orientation dans le temps et l'espace (Agronin, 2014; Khosravi, 1995, cité dans Voyer, 2020). Quant à la communication, elle devient fortement limitée, avec un vocabulaire moyen d'environ six mots. Pour ces raisons, au stade

sévère, la personne devient dépendante d'une assistance pour les AVQ et les AVD. Toutefois, les personnes atteintes préservent la capacité de ressentir des émotions telles que le désir, le plaisir, la tristesse et la joie. Ces émotions s'expriment souvent à travers le toucher et les réactions de calme ou d'agitation constituent des manifestations de leurs états émotionnels (Demoures et Strubel, 2006).

3. 2 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Les SCPD sont des signes qui indiquent des altérations dans la perception, la pensée, l'humeur ou le comportement (Finkel *et al.*, 1996). Ce sont des comportements observables qui sont jugés inappropriés ou excessifs dans leur contexte, dérangeants, perturbateurs ou potentiellement dangereux pour la personne et son entourage. Selon diverses études, ces symptômes sont catégorisés de différentes manières. En général, on distingue deux grandes catégories : les symptômes comportementaux de la démence (SCD) et les symptômes psychologiques de la démence (SPD) (Beck *et al.*, 1998; Finkel *et al.*, 1996; Voyer, 2013). Parmi les SCD, on retrouve l'agitation verbale, avec ou sans agressivité, ainsi que l'agitation physique, également avec ou sans agressivité. Selon Beck et ses collaborateurs, ils existeraient jusqu'à 45 SCD (Beck *et al.*, 1998, cité dans Voyer, 2013). Ensuite, les principaux symptômes des SPD incluent l'apathie, les idées délirantes, les hallucinations, les illusions, l'anxiété, la dépression, etc. (Grisé, 2014; Voyer, 2013). Puis, ils existent diverses autres manifestations cliniques des SCPD, telles que l'errance, la résistance aux soins, l'agitation/ l'agressivité, les CSI, la réaction de catastrophe et le syndrome crépusculaire (Grisé, 2014; Voyer, 2013). Une des causes des SCD serait liée à une interprétation erronée d'un stimulus de l'environnement (Voyer, 2013). De plus, les SCPD peuvent souvent constituer un moyen pour les personnes de communiquer des besoins insatisfaits, compromis ou spécifiques. Ils peuvent refléter l'expression de besoins physiques, sociaux ou affectifs, tels que la douleur, la sous-stimulation ou la sur-stimulation, ou exprimer une expérience difficile (Bourbonnais *et al.*, 2020).

Leur impact se fait sentir à la fois sur la personne qui les manifeste, sur ses proches, sur le personnel soignant ainsi que sur les autres usagers dans les milieux d'hébergement (American Psychiatric Association, 2013). Environ 50% à 80% des individus atteints de troubles neurocognitifs présentent des SCPD, et en milieu d'hébergement, ces symptômes touchent entre 69% et 92% des personnes âgées affectées (Gouvernement du Québec, 2021; International Psychogeriatric Association [IPA], 2015).

Les conséquences de ces symptômes comprennent la souffrance, une institutionnalisation précoce, une augmentation des coûts de soins et une perte de qualité de vie pour les personnes âgées, leurs familles et le personnel soignant (Cohen-Mansfield et Wirtz, 2009; Finkel *et al.*, 1996; IPA, 2012). Ces SCPD peuvent découler de modifications fonctionnelles liées à la démence, telles qu'une inhibition réduite des comportements inappropriés, une mauvaise interprétation des signaux visuels et auditifs, une altération de la mémoire à court terme et une incapacité à exprimer des besoins (Huang, 2023). De plus, les SCPD peuvent être exacerbés par un environnement institutionnel contraignant et peu familier, ainsi que par des troubles physiques non communiqués par les patients, tels que la douleur, la dyspnée, la rétention urinaire ou la constipation. Ces troubles physiques peuvent déclencher un état de confusion qui, en plus de la démence chronique préexistante, peut aggraver les difficultés comportementales (Huang, 2023; Voyer, 2013).

3.3 La sexualité des personnes âgées

Dès 1981, la question de la sexualité chez les sujets âgés a suscité l'intérêt des chercheurs. Parmi les premières études, celles menées par Masters et Johnson (1981) ont mis en évidence l'absence de différence significative entre les sexes en termes de sexualité liée à l'âge. De même, une étude menée par Bortz et ses collaborateurs en 1999, ainsi que celle de Mulligan et Kartz en 1988, ont exploré la prévalence des relations sexuelles chez les sujets âgés (Bortz, Wallace et Wiley, 1999; Mulligan et Kartz, 1988). Ces recherches ont mis en lumière la persistance de la capacité des individus plus âgés à ressentir une excitation sexuelle tout au long de leur vie.

La persistance des tabous concernant la sexualité des personnes âgées est alimentée par la désinformation, le manque de connaissances et les stéréotypes, tant au niveau individuel que collectif (Bondil, 2008; Towler *et al.*, 2021). Le concept de presbysexualité, relatif à la sexualité chez les personnes âgées, reste sujet à débat pour une définition précise (Bondil, 2008). Néanmoins, le maintien ou le développement de la sexualité gériatrique est influencé par une multitude de facteurs psychologiques, cognitifs et environnementaux (Bondil, 2008). Ces facteurs incluent la disponibilité d'un partenaire, le niveau d'activité sexuelle passé, les perspectives individuelles et sociales concernant la sexualité des personnes âgées, les événements de vie tels que le deuil et l'isolement, ainsi que les altérations de l'image corporelle (Bondil, 2008). Tous les individus, quels que soient leur âge ou leur état de santé, ont besoin d'amour, de contact physique, d'accompagnement et d'intimité (Eshmawey, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020; Hajjar et Kamel, 2003). Il est important de souligner que le bien-être sexuel fluctue avec l'avancée de l'âge. En ce sens, les attentes et la satisfaction sexuelle ne sont pas les mêmes que celles observées chez une population plus jeune (Müller *et al.*, 2014; Towler *et al.*, 2021). Avec l'âge, on observe

davantage de proximité physique, et les aspects tels que l'intimité et l'affection dans la relation peuvent prendre plus d'importance que l'activité sexuelle elle-même (Müller *et al.*, 2014).

Dans le même ordre d'idées, la sexualité ne se réduit pas uniquement à la génitalité et au fonctionnement biologique des organes sexuels. En réalité, elle englobe six dimensions interreliées : biologique, psychologique, affective, cognitive, spirituelle/ religieuse et socioculturelle (Badeau, 2001). Ces dimensions définissent l'identité et les comportements sexuels de la personne (Badeau, 2001; Bédard, 2008). Les sens, tels que l'odorat, la vision, l'imagination, le toucher et le goût, continuent d'engendrer des réponses cardiaques, musculaires, respiratoires et neurologiques qui procurent du plaisir à tout âge, grâce au mécanisme de réponse à la stimulation (Laflute-Maurette, 2020). Selon le Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) mené par Nicolosi *et al.*, 21% des femmes âgées de 70 à 80 ans rapportent encore avoir des rapports sexuels (Nicolosi *et al.*, 2004). Par ailleurs, une étude menée à Cologne a montré que 71% des hommes âgés de 70 à 79 ans étaient encore sexuellement actifs (Braun *et al.*, 2001). Dans le même sens, les recherches de Laumann et ses collègues (2008) ressortent que la sexualité représente un centre d'intérêt pour 64% des hommes et pour 37% des femmes de 70 à 79 ans. Plusieurs hypothèses expliquent cet intérêt plus faible chez les femmes. Parmi celles-ci, la perte du partenaire est l'une des principales raisons de la baisse de libido chez les femmes (Kalra *et al.*, 2011). De plus, un aspect important à considérer est que les femmes ont tendance à être plus jeunes que leurs conjoints et à vivre plus longtemps que les hommes, ce qui peut prolonger la période de veuvage (Kalra *et al.*, 2011). Les activités sexuelles les plus courantes consisteraient en des jeux sexuels et des gestes affectueux impliquant des caresses et des touchers (82% des hommes, 64% des femmes), suivis de la masturbation (72% des hommes, 42% des femmes), puis des rapports sexuels (63% des hommes, 30% des femmes) (Lefebvre des Noëtte *et al.*, 2015). Dans ce contexte, les personnes âgées expriment leur sexualité de manière distincte par rapport aux individus plus jeunes. Les individus âgés de plus de 80 ans, dans une proportion de 82% chez les hommes et 64% chez les femmes, indiquent avoir des échanges affectifs et de tendresse. Pour d'autres couples de 60 à 80 ans, la pénétration reste un élément important pour la satisfaction sexuelle, mentionnée par 55% des hommes et 23% des femmes (Lefebvre des Noëtte *et al.*, 2015).

Bien que le désir sexuel perdure avec l'avancée de l'âge, la physiologie du corps subit des changements significatifs (Lefebvre des Noëtte *et al.*, 2015). Du côté des hommes, il est important de noter qu'en vieillissant, l'érection peut prendre plus de temps et nécessiter une stimulation directe des organes génitaux pendant plusieurs minutes. De plus, la phase du plateau

peut s'étendre davantage, l'orgasme peut être moins intense et parfois survenir sans éjaculation, la phase de détumescence peut être plus rapide, l'éjaculation peut être moins abondante et la période réfractaire peut être plus longue (Badeau, 2001; Lefebvre des Noëttes *et al.*, 2015). Bien que la production de testostérone diminue avec l'âge sans s'arrêter complètement, la qualité du sperme peut se détériorer (Lefebvre des Noëttes *et al.*, 2015; Badeau, 2001). On estime que plus de 150 millions d'hommes à travers le monde souffrent de dysfonction érectile et que d'ici 2025, cette situation augmentera de façon significative avec l'âge, de plus de 50 % après l'âge de 70 ans (Chan, 2008 ; Giami et Ory, 2012). Pour les femmes, la principale difficulté réside dans la recherche d'un partenaire, car après l'âge de 80 ans, le ratio entre les sexes est de quatre femmes pour un homme, et cet homme peut montrer de l'intérêt envers des femmes plus jeunes. De plus, la ménopause peut provoquer une diminution de la libido, ainsi qu'une sécheresse de la muqueuse vaginale (Lefebvre des Noëttes *et al.*, 2015). Jusqu'à 60% des femmes ménopausées rapportent souffrir de sécheresse ou d'atrophie vaginales (DeLamater et Koepsel, 2015). Ces effets peuvent rendre les rapports sexuels inconfortables ou douloureux. Cependant, il est important de noter que ces problèmes peuvent être atténués grâce à l'utilisation de gels lubrifiants (DeLamater et Koepsel, 2015; Lefebvre des Noëttes *et al.*, 2015). Finalement, une étude a révélé que les problèmes de santé chroniques, tels que le diabète et l'arthrite, ainsi qu'une mauvaise santé physique générale, sont associés à des difficultés sexuelles, ainsi qu'à une réduction de l'activité sexuelle (Field *et al.*, 2013).

3. 4. Comportements sexuels inappropriés chez la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs

Dans les écrits, différentes expressions et définitions sont utilisées pour décrire les CSI. En particulier, on y retrouve : déshinhibition sexuelle (Bamford, 2011; Braun *et al.*, 2001; Guay, 2008 ; Knight *et al.*, 2008), hypersexualité (Bamford, 2011; Guay, 2008 ; Nagaratnam et Gayagay, 2001) et comportement sexuellement intrusif (Bezeau, Bogod, et Mateer, 2004).

Dans le cadre de ce projet, l'utilisation de « comportement sexuel inapproprié » sera privilégiée. Johnson *et al.*, (2006) définissent les CSI comme « un comportement perturbateur caractérisé par un acte verbal ou physique de nature sexuelle explicite ou perçue, qui est inacceptable dans le contexte social dans lequel il est réalisé » (Johnson *et al.*, 2006. p.2). Pour qu'un comportement soit jugé inapproprié, il doit être dirigé vers une personne sans son consentement et être susceptible de heurter les valeurs sociales, personnelles et morales de l'environnement (Carrus et Trivalle, 2020; Saidlitz et Cransac, 2020). Ils peuvent se dérouler dans un contexte inadéquat ou à une fréquence inappropriée (Saidlitz et Cransac, 2020). Ces comportements se manifestent

par des actions sexuelles persistantes et non inhibées envers soi-même ou autrui (Guay, 2008). Ils sont fréquemment caractérisés par des comportements verbaux à connotation sexuelle, des attitudes provocatrices ou séductrices, des comportements exhibitionnistes, ainsi qu'une désinhibition des normes sociales (Badeau, 2021).

Contrairement au CSI, il existe également les troubles sexuels qui sont des conditions cliniques définies par le DSM-5, incluant diverses dysfonctions telles que l'éjaculation retardée, le trouble de l'érection et le trouble de l'orgasme chez la femme, ainsi que les paraphilies telles que le voyeurisme et le fétichisme (APA, 2015).

On distingue généralement deux catégories de symptômes caractérisant les manifestations des comportements sexuels. En premier lieu, l'hyposexualité, qui se traduit par une forme d'apathie et de désintérêt, entraînant une diminution de l'activité sexuelle (Ouamerie *et al.*, 2023). C'est une manifestation fréquemment observée dans les troubles cognitifs, se traduisant par une baisse de libido, et qui pose généralement moins de problèmes que les CSI. Ensuite, l'hypersexualité qui se manifeste par des comportements physiques, des expressions verbales et des réactions émotionnelles inappropriés de nature sexuelle, incluant entre autres la désinhibition, la grossièreté à connotation sexuelle et la masturbation (Giami et Ory, 2012; Imbault-Huart, 2019).

Pour aider à définir les CSI chez les patients atteints de TNCM, Canevelli *et al.* (2017) ont établi certains critères dans le cadre de leur étude :

1. Un diagnostic indiquant que la personne souffre de démence ou d'un TNCM.
2. La personne manifeste un comportement à connotation sexuelle, perçu comme tel par d'autres personnes, dans le contexte où il se produit. Ce comportement peut prendre la forme de paroles ou d'actions.
3. Le comportement est jugé inapproprié pour l'une des raisons suivantes :
 - 3.1 Il se produit dans un lieu public, ce qui le rend réellement ou potentiellement offensant pour les autres.
 - 3.2 Il est dirigé envers une ou plusieurs personnes qui considèrent ce comportement comme inacceptable et souhaitent qu'il cesse.
 - 3.3 Il est dirigé envers une personne qui ne peut pas ou ne veut pas donner son consentement en raison de son âge ou d'une incapacité, et qui ne peut donc participer volontairement.

4. Il atteint un niveau de gravité au point d'entraver les activités quotidiennes, se produit à des moments inappropriés, ou présente un risque de préjudice pour la personne qui ne peut contrôler ce comportement.
5. Le comportement ne survient pas avant que des signes de déclin cognitif n'apparaissent chez la personne.

Selon différentes études, la prévalence des CSI varie entre 2% et 25% chez les personnes âgées (Alagiakrishnan *et al.*, 2005; Carrus et Trivalle, 2020; De Giorgi et Series, 2016; Eshmauey, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020; Ozkan *et al.*, 2008; Wornell, 2014). Des recherches menées par Zeiss *et al.*, (1996), ont montré qu'environ 18% des patients atteints d'Alzheimer ont déjà manifesté des CSI. D'autres recherches indiquent que les CSI sont moins fréquents, affectant entre 2,9 à 8% des patients vivant à domicile et entre 3,8 et 7% de ceux résidant en institution (Derouesné, 2005). Une autre étude portant sur les changements ressentis par les conjoints, notamment en ce qui concerne la sexualité, a révélé que parmi les 42 participants, 60% ont signalé au moins un changement de comportement sexuel négatif au cours de la maladie (Eloniemi-Sulkava, 2005). Par ailleurs, les données suggèrent que ces comportements ont un lien significatif avec la gravité de la démence, comme le souligne une étude de Burns *et al.* (1990). Cette corrélation entre les CSI et le niveau de démence indique un pourcentage plus élevé de l'apparition de ces comportements chez les personnes âgées vivant en résidences ou chez celles présentant des troubles cognitifs plus avancés (Burns *et al.* 1990; De Giordi, 2016). Des études indiquent une fréquence plus élevée des CSI chez les hommes (Alagiakrishnan *et al.*, 2005; Burns *et al.*, 1990; De Giorgi et Series, 2016; Gordon, 2004). Cependant, d'autres études suggèrent une fréquence similaire de manifestations des CSI tant chez les hommes (8%) que chez les femmes (7%) (Burns *et al.*, 1990; Gordon, 2004).

3.5 Conséquences et impacts

Les CSI constituent un défi complexe et perturbateur, tant pour la personne concernée que pour son entourage, nuisant parfois aux soins du patient ou à un placement (Grisé, 2014). Les impacts se font ressentir au niveau de la santé mentale et physique des patients. Par exemple, une masturbation répétée peut entraîner de la détresse chez le patient et générer un inconfort chez les soignants (Haddad et Benbow, 1993, cité dans De Giorgi et Series, 2016). De plus, les agressions sexuelles sont majoritairement commises dans les RPA (Eshmauey, 2020). Les abus sexuels peuvent engendrer des traumatismes, mais aussi accroître le risque de contracter des maladies transmissibles sexuellement (Black *et al.*, 2005). Les CSI, principalement ceux caractérisés par une désinhibition, peuvent conduire à des agressions sexuelles entre résidents,

entraînant ainsi des conséquences physiques et psychologiques pour les victimes (Derouesné, 2009).

En outre, les comportements sexuels perturbent également l'environnement de la personne, englobant les soignants et les proches. Ces comportements peuvent causer des dommages mentaux et physiques (Carrus et Trivalle, 2020; Guay, 2008; Tsatali *et al.*, 2010). De plus, ces comportements créent des défis quant à la gestion au niveau éthique, s'avérant ainsi une situation complexe pour les soignants et l'entourage (Eshmawey, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020; Wallace et Safer, 2009). Les CSI peuvent aussi générer des dilemmes éthiques, notamment entre les obligations légales. On ne souhaite ni restreindre l'expression sexuelle, ni porter atteinte à l'autonomie de l'usager. Cependant, l'inaction face aux CSI expose le patient et d'autres individus à des traumatismes physiques ou psychologiques (Bamford, 2011).

Bien que certains médicaments puissent agir comme des facteurs de protection en diminuant, voire en cessant, les CSI, l'utilisation de médicaments psychotropes tels que la lévodopa, les benzodiazépines, ainsi que la consommation d'alcool ont été associées à une augmentation de l'agitation et de la désinhibition sexuelle (De Giorgi et Series, 2016; Kindrat et Frank, 2023)

3.6 Facteurs de risque

Les CSI peuvent être influencés par divers facteurs psychosociaux, tels que l'instabilité émotionnelle, des schémas préexistants d'activités et d'intérêts sexuels, ou un manque d'intimité (De Giorgi et Series, 2016; Kindrat et Frank, 2023). Les antécédents de CSI ou des expériences traumatiques peuvent également influencer l'apparition de ces comportements (De Giorgi et Series, 2016).

Les CSI se caractérisent par leur multidimensionnalité, reflétant la complexité de la fonction sexuelle qui nécessite la coordination du système nerveux central, du système nerveux périphérique et du système endocrinien. En général, une combinaison de facteurs cérébraux, physiques, psychologiques et environnementaux peut être à l'origine des CSI. Cette complexité est exacerbée par les TNC, qui modifient la manière dont les individus perçoivent et expriment leur sexualité. Les comportements sont souvent attribuables aux changements biochimiques et physiologiques qui accompagnent la maladie (Douglas, 2014; Tsatali *et al.*, 2010).

Les manifestations neurobiologiques des CSI dans les TNC sont influencées par des altérations dans divers systèmes cérébraux, tels que les lobes frontaux, le système limbique et l'hypothalamus (Canevelli *et al.*, 2017; Douglas, 2014; Tosto *et al.*, 2008). Les lésions de

l'hypothalamus droit et de la zone périventriculaire peuvent provoquer des symptômes maniaques, y compris une augmentation de la libido associée à des comportements hypersexuels (De Giorgi et Series, 2016; Douglas, 2014; Series, et Dégano, 2005). Les lésions dans le système limbique sont souvent associées à des comportements compulsifs et sexuels (Douglas, 2014). De plus, les déficits dans la régulation émotionnelle et les facteurs psychologiques, tels que la détresse émotionnelle, jouent un rôle crucial (Douglas, 2014). En outre, l'environnement social et les aspects contextuels des soins peuvent influencer l'expression et la gestion des CSI (Douglas, 2014).

Plus globalement, les CSI peuvent être influencés par plusieurs facteurs de risque psychosociaux, tels qu'une détresse émotionnelle, la diminution de la qualité de vie, une lacune dans les capacités fonctionnelles de la personne, des hospitalisations plus fréquentes, un risque de négligence et une diminution de l'espérance de vie (Bessay et Walaszek, 2019). Ces facteurs peuvent exacerber les comportements inappropriés en affectant l'état psychologique et physique des individus.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, un environnement stressant ou surchargé est un élément de risque significatif pour les CSI. À l'inverse, un environnement sous-stimulant peut également contribuer à l'émergence de tels comportements (De Giorgi et Series, 2016). Un espace de vie qui manque de stimulation ou qui est excessivement stressant peut perturber le bien-être et le comportement des personnes âgées (Douglas, 2014; Canevelli *et al.*, 2017).

Les facteurs sociaux, notamment le manque d'intimité, l'isolement social et la qualité de vie diminuée, ainsi que les relations conflictuelles ou inadéquates avec le personnel soignant, sont également des facteurs de risques (Bessay et Walaszek, 2019; Canevelli *et al.*, 2017; De Giorgi et Series, 2016; Kindrat et Frank, 2023).

Enfin, les facteurs comportementaux, tels que les antécédents de CSI, jouent un rôle crucial dans le développement de ces comportements (Tosto *et al.*, 2008). Les antécédents personnels de CSI peuvent influencer la probabilité de récurrence ou d'apparition de nouveaux comportements inappropriés (Tosto *et al.*, 2008).

Tableau 1
Les facteurs de risque des CSI

Catégories	Facteurs de risque
Facteurs psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité émotionnelle - Schémas préexistants d'activité et d'intérêt sexuels - Manque d'intimité - Antécédents de CSI - Expériences traumatiques
Facteurs neurobiologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Altérations biochimiques et physiologiques liés au TNC affectant la fonction sexuelle - Coordination des systèmes nerveux et endocriniens - Lésions dans divers systèmes cérébraux, y compris les lobes frontaux, le système limbique et l'hypothalamus, pouvant mener à des CSI
Facteurs psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse émotionnelle - Diminution de la qualité de vie - Risque de négligence - Diminution de l'espérance de vie
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement stressant ou surchargé/ surstimulé ou sous-stimulé
Facteurs sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'intimité - Isolement social et diminution de la qualité de vie - Relations conflictuelles/ inadéquates avec le personnel
Facteurs comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de CSI

Source : Données provenant de Bessay et Walaszek (2019); Canevelli *et al.* (2017); De Giorgi et Series (2016); Douglas (2014); Kindrat et Frank (2023); Tsatali *et al.* (2010) et Tosto *et al.* (2008).

3.7 Facteurs de maintien

Les CSI peuvent être influencés par plusieurs facteurs. Souvent, ces comportements peuvent être mal interprétés par les soignants et étiquetés comme des CSI, alors que, pour les personnes souffrant de maladies neurodégénératives, ces comportements pourraient être simplement une forme de communication d'un besoin. Par exemple, des gestes à connotation sexuelle ou une hypersexualité pourraient véhiculer de la solitude ou des besoins sexuels non satisfaits (Douglas, 2014). Il est important de considérer que la plupart des personnes âgées ont été dans des relations presque toute leur vie, sans compter les mariages de longue durée (Société Alzheimer, 2018; Tsatali *et al.*, 2010). De plus, diverses interventions peuvent aggraver les troubles du comportement, notamment en négligeant les besoins de la personne, en adoptant une approche

trop rigide et directive, en manifestant de l'exaspération, de la colère ou de l'agressivité, ou même en étant brusque avec la personne (Grisé, 2014).

La société tend à considérer la sexualité des personnes âgées comme un comportement déviant ou même pervers, plutôt que comme un aspect normal du développement personnel et de l'épanouissement de l'aîné (Ribes, 2012). Malheureusement, cette stigmatisation peut compliquer la compréhension des besoins réels du patient. La discussion et la compréhension des questions liées à l'intimité et à la sexualité s'avèrent essentielles pour briser les stéréotypes et mieux analyser ces situations (Douglas, 2014).

De même, le manque d'empathie, de connaissances et de respect envers les personnes atteintes de TNC est également un facteur de maintien de cette stigmatisation. Cela inclut l'utilisation de stigmatisation et d'étiquettes, ainsi que l'attente que ces individus s'ajustent à notre manière de fonctionner, et non le contraire. Ces attitudes contribuent à maintenir la souffrance des personnes concernées et peuvent également influencer les comportements perturbateurs (Bourbonnais *et al.*, 2020).

Selon Grisé (2014), l'absence de stratégies efficaces et d'interventions pour faire face aux SCPD, ainsi que le manque d'adaptation dans l'environnement de la personne, peuvent conduire à l'aggravation des comportements. Également, les comportements de désinhibition et d'hypersexualité peuvent témoigner d'un manque d'affection, d'intimité physique ou émotionnelle. Masson (2018) souligne que le manque de ressources institutionnelles adaptées pour répondre aux besoins de sexualité, en particulier chez les couples vivant en institution, reflète une négligence de cet aspect essentiel de la vie des usagers. Ces ressources pourraient inclure, par exemple, des espaces privés adaptés pour permettre aux couples de préserver leur intimité, des formations pour le personnel sur la gestion respectueuse et éthique des besoins sexuels des résidents, ainsi que des politiques claires qui encadrent et normalisent ces besoins dans le cadre institutionnel. Ainsi, pour répondre à ces besoins, il est essentiel que les institutions adoptent des approches centrées sur la personne, qui prennent en compte la sexualité des usagers (Masson, 2018).

3.8 Facteurs de protection

Les facteurs de protection jouent un rôle crucial dans la prévention des CSI chez les personnes âgées. Promouvoir la santé sexuelle et aider les usagers à se sentir inclus et normalisés dans leurs relations intimes sont des mesures de protection contre les CSI. Encourager les activités qui favorisent le bien-être et l'épanouissement sexuel des personnes âgées est également important

(Hajjar et Kamel, 2003). De même, il est essentiel de favoriser un environnement où les questions de sexualité sont abordées ouvertement et où l'expression et l'intimité sont respectées et encouragées (Roach, 2004; Tsatali *et al.*, 2010). Les proches peuvent aider à comprendre le contexte personnel et social de la personne âgée, facilitant ainsi la communication avec les professionnels, ce qui contribue à la gestion des comportements inappropriés (Rey, 2015).

3.9 Le sentiment d'auto-efficacité des intervenants concernant les comportements sexuels inappropriés chez la personne âgée

Plusieurs études ont montré que les professionnels des soins réagissent souvent avec dégoût, déni et découragement face aux expressions sexuelles des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (De Giorgi & Series; Joller *et al.*, 2013). Cela représente un défi important dans la prise en charge, impactant à la fois les patients, les soignants et les autres professionnels de la santé (Higgins, Barker et Begley, 2004; Howard *et al.*, 2019; Joller *et al.*, 2013; Tsatali *et al.*, 2010). Dans les programmes de formation du personnel, l'éducation à la sexualité, en particulier celle des individus souffrant de troubles cognitifs est souvent omise et négligée (Giami et Ory, 2012; Higgins, Barker et Begley, 2004). De même, une étude menée par Roach et ses collaborateurs (2004) a interrogé 48 membres du personnel travaillant dans une résidence pour personnes âgées, révélant que les réactions du personnel aux CSI étaient influencées par leur propre niveau de confort vis-à-vis des questions de sexualité ainsi que par la philosophie de l'organisation où ils travaillaient.

Les soignants ont signalé des difficultés dans les établissements de soins, observant que les patients peuvent présenter moins de comportements inappropriés lorsqu'ils reçoivent plus d'attention et de temps de la part du personnel soignant, adoptant aussi une approche empathique et bienveillante. L'instauration d'une relation significative et d'un lien de confiance entre les professionnels et l'utilisateur est également soulignée, tout comme le besoin de connaître l'histoire et les caractéristiques du patient pour émettre des interventions adéquates et adaptées à l'utilisateur (Bélanger-Dibblee *et al.*, 2023).

La formation du personnel sur la sexualité des personnes âgées est souvent insuffisante, de même que l'absence de politiques dans les milieux de vie. Il est crucial de former adéquatement le personnel pour la gestion et le signalement des comportements inappropriés, afin de prévenir tout préjudice physique ou émotionnel tant pour la personne que pour les soignants. Des méthodes de formation telles que des jeux de rôles et des discussions de scénarios pendant les réunions de personnel peuvent contribuer à renforcer le sentiment d'auto-efficacité des intervenants face à ces comportements (Bauer *et al.*, 2013; Sarangi *et al.*, 2021).

3.10 Prévention en lien avec les CSI chez les personnes âgées

La prévention des CSI chez les personnes âgées repose sur des actions psychoéducatives ciblées. Il est essentiel de comprendre les facteurs de risque et de protection spécifiques associés à ces comportements et d'adopter des méthodes préventives adaptées.

En prévention des CSI, il est important de souligner l'importance de l'éducation sexuelle. En offrant des connaissances et en favorisant une ouverture d'esprit, l'éducation sexuelle joue un rôle essentiel dans la remise en question des fausses croyances et diminue par le fait même les préjugés (Trudel, 2018). En effet, l'éducation et la sensibilisation des personnes âgées, de leurs familles et des soignants sur la normalité des besoins sexuels à différents âges peuvent contribuer à réduire la stigmatisation entourant les CSI (Trudel, 2018).

Dans le même ordre d'idée, il est essentiel pour les professionnels de transcender les stéréotypes sociaux qui illustrent les personnes âgées comme n'ayant aucune sexualité, car ces stéréotypes peuvent mener à des attitudes négatives envers les expressions de la sexualité, même lorsqu'elles sont saines (Joller, 2013). De plus, il faut considérer que l'interprétation et la perception de la sexualité des personnes âgées diffèrent d'un individu à l'autre et peut être conditionnées par nos croyances, nos valeurs ainsi que par une variété de facteurs (Hajjar et Kamel, 2003).

Bauer *et al.* (2013) soulignent que les inconforts du personnel soignant sont dus à un manque de compréhension face à la sexualité des personnes âgées. Proposer une formation continue permettrait aux professionnels d'adopter les meilleures pratiques auprès de la clientèle (Bauer *et al.*, 2013; Tsatali *et al.*, 2011). Également, en étant mieux outillés, cela leur permettrait d'ouvrir une discussion centrée sur les besoins et les attentes spécifiquement adaptés aux personnes âgées (Bauer *et al.*, 2013). Dans le même sens, il est favorable que le personnel soignant adopte une approche empreinte d'empathie et de compréhension afin de rendre le patient à l'aise dans la discussion. Leur rôle est d'encourager la personne âgée à discuter de ses préoccupations et de sa sexualité (Tsatali *et al.*, 2011).

Pour soutenir la prévention, le modèle PLISSIT (*permission, limited information, specific suggestions, and intensive therapy*), développé par Jack S. Annon en 1976, est un cadre conceptuel proposé pour aider les interventions et le traitement comportemental des problèmes sexuels (Annon, 1976). L'objectif principal de ce modèle est de faciliter la communication entre les professionnels et les usagers, en abordant le sujet de la sexualité de manière ouverte et progressive. Le modèle se divise en quatre étapes. Premièrement, la permission (*Permission*)

consiste à obtenir l'autorisation de l'utilisateur pour discuter de la sexualité, créant ainsi un environnement propice à la discussion. Deuxièmement, l'information nécessaire (*Limited information*) implique de fournir des informations de base sur la sexualité pour éduquer le patient et corriger les idées fausses ou les mythes entourant la sexualité. Troisièmement, les suggestions (*Suggestions*) permettent d'offrir des conseils spécifiques et adaptées aux besoins des individus et visant à améliorer leur santé sexuelle. Finalement, la thérapie intensive (*Intensive Therapy*) consiste à référer le patient à des professionnels qualifiés en santé sexuelle, si cela est nécessaire et dépasse nos compétences (Tuncer et Yesiltepe Oskay, 2022). En résumé, ce modèle vise à normaliser la discussion autour de la sexualité. Il peut facilement s'adapter dans un contexte de CSI et être utilisé en prévention par les différents professionnels.

Par ailleurs, en mettant de l'avant des facteurs de protection tels que le respect de l'approche de base par les professionnels, l'ouverture à la discussion sur la sexualité, ainsi que la dignité et les droits des individus, on favorise une meilleure communication et compréhension des besoins des usagers. L'approche de base permet de mettre en place des facteurs de protection et de diminuer les facteurs de risque (Bamford, 2011). Ces facteurs de protection sont essentiels dans la prévention des CSI chez les personnes âgées. Promouvoir la santé sexuelle, normaliser les relations intimes et encourager des activités axées sur le bien-être sexuel aident à prévenir les CSI tout en soutenant l'épanouissement des usagers (Hajjar et Kamel, 2003).

Pour prévenir efficacement les CSI, il est crucial d'adopter une approche proactive qui inclut l'analyse des facteurs sous-jacents, tels que les problèmes médicaux traitables ainsi que les effets secondaires de certains médicaments. Cette démarche préventive permet non seulement d'identifier et de gérer les causes des comportements, mais aussi de réduire leur fréquence. Il est également essentiel de ne pas tolérer les comportements qui s'avèrent inconfortables pour l'entourage de la personne, tant pour le personnel que pour la famille. Lorsque des comportements se manifestent dans les milieux de vie, le personnel doit se référer aux politiques de l'établissement pour intervenir de manière appropriée (Wornell, 2013). Ainsi, l'analyse et la prévention des comportements nécessitent une collaboration et une communication ouvertes pour garantir une prise en charge efficace, permettant d'assurer un environnement sécuritaire pour tous.

3.11 Analyse et évaluation en lien avec les CSI chez les personnes âgées

L'identification et la prise en charge des CSI chez les personnes âgées sont cruciales pour garantir une qualité de vie. Comprendre les enjeux entourant ces comportements est primordial pour

répondre aux besoins des patients, mais aussi à ceux de leurs familles, des soignants et de la société. Les CSI ont des impacts tant sur la personne, que sur son environnement (Bamford, 2011).

3.11.1 Évaluation initiale et analyse fonctionnelle

Pour une prise en charge adéquate de ces comportements, une évaluation complète des antécédents personnels, médicaux et sexuels de l'individu est essentielle. Il est crucial d'effectuer une analyse fonctionnelle approfondie pour comprendre la fréquence, la forme et le contexte des comportements inappropriés, ainsi que les personnes impliquées (Benoit *et al.*, 2005). L'analyse implique également une considération de l'environnement, y compris les facteurs psychosociaux et émotionnels, et une recherche des causes sous-jacentes des comportements (Bessay et Walaszek, 2019; De Giorgi et Series, 2016 ; Joller, 2013).

3.11.2 Collecte de données et consentement

Une évaluation structurée, y compris une anamnèse médicale approfondie et un examen physique, permet d'identifier des manifestations de troubles tels que le trouble de l'humeur, la psychose, ou des causes médicales comme les infections urinaires. Le consentement du patient et la discussion avec les membres de sa famille et les systèmes de soutien sont essentiels pour une collecte de données rigoureuse (Bessay et Walaszek, 2019; Joller *et al.*, 2013, p.137; Sarangi *et al.*, 2021).

3.11.3 Modèles d'analyse et d'évaluation

Une des méthodes utilisées pour classer les SCPD est l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM), qui permet de qualifier les comportements d'agitation, d'agressivité ou tout autre comportement perturbateur (Cummings *et al.*, 1994; Jeon *et al.*, 2011; Robert *et al.*, 1998). L'IACM permet une vue d'ensemble des différents types de SCPD. Il englobe 29 énoncés permettant de décrire ces comportements (Métayer, 2019). Néanmoins, cet inventaire ne permet pas de collecter des informations sur le contexte dans lequel le comportement s'est produit, ni de décrire en détail ce comportement, ce qui peut limiter son utilisation dans certaines situations cliniques (Knight *et al.*, 2008).

De plus, pour mesurer les troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence ou encore pour évaluer les répercussions du trouble sur les aidants, l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) ainsi que le *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease* (Behave-AD)

sont recommandés. Ces outils sont reconnus comme parmi les plus efficaces pour évaluer et quantifier les changements comportementaux liés à la maladie (Jeon *et al.*, 2011).

Par ailleurs, pour évaluer et gérer les CSI, un modèle en anglais est proposé : le modèle DICE (Bessay et Walaszek, 2019). Développé par un groupe d'experts multidisciplinaire, ce cadre offre une approche structurée en quatre étapes pour aborder les SCPD : décrire le comportement problématique, investiguer les causes, élaborer un plan de traitement et évaluer les résultats de ce plan. Selon Bessay et Walaszek (2019), ce modèle est considéré comme l'une des approches non pharmacologiques les plus significatives pour traiter les CSI.

Un autre modèle, le « BEC » peut aider à comprendre et à rechercher la cause et la fonction du comportement. Ce modèle met de l'avant qu'un besoin non comblé engendre une émotion, entraînant le comportement perturbateur (Duchesne, 2010, cité dans Métayer, 2019). Aussi, le modèle « ÉTEC » fournit un cadre pour évaluer et gérer les SCPD, en mettant l'accent sur l'identification des déclencheurs de ces comportements (Jeon *et al.*, 2011). Ce modèle, permet d'identifier les facteurs déclencheurs des SCPD afin de mieux les prévenir et d'intervenir sur ceux-ci. Il permet de distinguer ce qui appartient à l'état physique et émotif de la personne, aux exigences des tâches qui lui sont confiées, à l'environnement physique et social, ainsi qu'aux modes de communication. Ces facteurs influencent l'apparition des SCPD (Métayer, 2019).

Ensuite, le *St Andrew's Sexual Behaviour Assesment* (SASBA) est un instrument d'évaluation reposant sur l'observation directe de quatre catégories de CSI. Il permet d'évaluer les CSI chez les individus. Cet outil permet d'effectuer une évaluation objective des comportements, en détaillant leur nature et leur fréquence (De Giorgi et Series, 2016; Ouameri *et al.*, 2023).

Un autre modèle existant est le « Carpe Diem » (Poirier, 2014). Ce modèle met l'accent sur la compréhension des besoins derrière le comportement. Il illustre les faits de manière objective tout en favorisant une relation de confiance entre la personne et son environnement. De plus, il favorise le maintien de l'autonomie et de l'estime de soi (Poirier, 2014, cité dans Métayer, 2019).

Series et Degano (2005, cités dans Bandord, 2011) ont mis en évidence des pistes de réflexion pour contribuer à l'analyse des CSI et examiner les circonstances entourant le comportement. Ils abordent plusieurs points, dont la nature du comportement, les facteurs déclencheurs, l'évaluation des risques, la réflexion sur les perceptions personnelles du comportement inapproprié, et la prise en compte du bien-être de l'intervenant, il est ainsi possible de mieux comprendre et gérer les CSI. En résumé, ces pistes encouragent les intervenants à examiner avec parcimonie le contexte

de l'incident, à évaluer les causes potentielles, à considérer les risques pour toutes les parties concernées, à réfléchir à leurs propres réactions et à chercher du soutien pour faire face à des situations difficiles (Series et Degano, 2005, cités dans Bandord, 2011).

Dans le contexte des SCPD, le modèle écologique (Lawton et Nahemow, 1973) met en évidence que les SCPD peuvent résulter d'un déséquilibre entre les capacités résiduelles de la personne et les exigences de son environnement. Par exemple, si les stressors de l'environnement sont élevés, tels que des changements dans la routine ou qu'il y a une surstimulation ou une sous stimulation, cela peut engendrer des SCPD. Il est donc nécessaire de prévenir en analysant les signes précurseurs des SCPD, en adaptant les interventions et en comprenant l'interaction de l'individu avec son environnement (Lawton et Nahemow, 1973).

Actuellement, il existe peu d'outils permettant de dépister spécifiquement les CSI chez les personnes âgées. Les outils disponibles sont principalement en anglais et ne sont pas traduits en français. Par exemple, l'échelle d'agression de Ryden (1988) comporte une section spécifique pour les comportements sexuels agressifs, mais n'inclut pas les comportements sexuels de type physique, ce qui limite l'évaluation. Par ailleurs, cet outil ne permet pas une analyse des antécédents, de l'environnement de la personne ou des incidences de ces comportements (De Giorgi et Series, 2016; Knight *et al.*, 2008).

3.12 Les approches non pharmacologiques et pharmacologiques

Dans la prise en charge des SCPD, deux catégories d'interventions sont employées : l'approche pharmacologique et l'approche non pharmacologique. Les approches pharmacologiques se concentrent sur des traitements médicaux, principalement l'administration de médicaments pour atténuer les symptômes des SCPD (Kindrat et Frank, 2023). En revanche, les approches non pharmacologiques sont axées sur des stratégies psychosociales et environnementales, jouant un rôle essentiel dans le traitement des SCPD. Ces approches non pharmacologiques devraient toujours être préconisées dans la prise en charge des CSI (Kindrat et Frank, 2023).

Concernant les stratégies non pharmacologiques pour gérer les CSI chez les personnes âgées, plusieurs recommandations ont été formulées. Il est conseillé de supprimer les facteurs déclencheurs, d'utiliser la distraction, la diversion ou la réorientation des comportements, de sensibiliser les patients face aux CSI et de les impliquer dans des activités manuelles ou variées (Sarangi *et al.*, 2021). Par ailleurs, répondre aux besoins d'intimité ou de connexion par des moyens alternatifs, proposer des vêtements adaptés, utiliser la thérapie comportementale et cognitive-comportementale, ainsi que des stimulations sensorielles et environnementales telles

que l'aromathérapie, la musicothérapie, la thérapie multisensorielle et la zoothérapie sont également suggérés (Sarangi *et al.*, 2021). Il est important d'utiliser la créativité lors de la prise en charge non pharmacologique (Joller *et al.*, 2013).

L'approche pharmacologique représente une possibilité dans la gestion des CSI chez les personnes âgées présentant des SCPD (Kindrat et Frank, 2023). Elle doit être utilisée en complément des interventions non pharmacologiques, lorsque la gravité des symptômes met en danger la personne ou son entourage (Benoit *et al.*, 2005; Kindrat et Frank, 2023; Ozkan *et al.*, 2008). Cette approche est envisagée en dernier recours, après une évaluation exhaustive réalisée par le personnel médical. Elle est principalement privilégiée dans des contextes de troubles sexuels ou de problèmes de comportements graves, posant des risques pour la personne ou son entourage (Kindrat et Frank, 2023). Pour ces raisons, il demeure primordial d'explorer d'abord les approches non pharmacologiques et les alternatives possibles (Kindrat et Frank, 2023).

Les médicaments utilisés dans cette approche se divisent en plusieurs catégories : les antidépresseurs, les traitements hormonaux, les antipsychotiques, les anticonvulsants stabilisateurs de l'humeur, les antihistaminiques, les antigongiques ainsi que les diurétiques (Ozkan *et al.*, 2008; Kindrat et Frank, 2023; Saidlitz et Cransac, 2020). Cependant, il est essentiel de prendre en compte les effets indésirables potentiels de ces médicaments, notamment la dysfonction sexuelle, le risque de chutes ou de délirium (Joller *et al.*, 2013; Kindrat et Frank, 2023).

L'approche pharmacologique comportent également des enjeux éthiques, notamment en ce qui concerne les traitements hormonaux, parfois considérés comme une forme de castration chimique pour ces patients (Joller *et al.*, 2013; Kindrat et Frank, 2023; Saidlitz et Cransac, 2020). Leur utilisation doit donc être évaluée avec parcimonie (Benoit *et al.*, 2005; Kindrat et Frank, 2023; Ozkan *et al.*, 2008).

Un autre moyen, nécessitant une ordonnance médicale ou l'intervention d'un autre professionnel habilité, comme un psychoéducateur, consiste à utiliser des vêtements de contention. Ces vêtements incluent, par exemple, une fermeture éclair sur toute la hauteur du dos et/ou au niveau de l'entrejambe, qui peuvent être utilisés dans des situations telles que la masturbation ou le déshabillage en public chez certains patients (Hajjar et Kamel, 2003; Ouameri *et al.*, 2023). Étant considérés comme une forme de contention, leur utilisation doit être rigoureusement réévaluer (Hajjar et Kamel, 2003; Ouameri *et al.*, 2023;).

3.12.1 Approche de base

Selon une publication du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), élaborée en collaboration avec plusieurs professionnels et groupes d'experts, des lignes directrices ont été rédigées pour mettre en avant une approche de base dans le contexte des SCPD, sous la direction de Bruneau et Voyer (2014).

Concernant les SCPD chez les personnes âgées, il est recommandé de privilégier une approche de base avant toute intervention plus spécifique. Les intervenants travaillant auprès des personnes âgées devraient toujours utiliser cette approche de base (Bruneau et Voyer, 2014). Celle-ci insiste sur l'importance d'établir un environnement de communication et d'interaction favorable tout au long de l'échange, en accordant une attention particulière au savoir-être. Cela implique de maintenir un contact empathique, de favoriser une atmosphère de confiance, sécurisante et calme, et d'adopter une attitude non menaçante envers la personne. De plus, il est essentiel d'intervenir rapidement en cas de besoin afin de prévenir toute escalade des comportements. Cette approche se caractérise par une approche globale qui englobe la manière dont l'échange est initié, la communication verbale et non verbale utilisée, ainsi que les gestes et les contacts appropriés (Bruneau et Voyer, 2014 ; MSSS, 2012 ; MSSS, 2014).

3.12.2 La communication verbale et non verbale

Dans le cadre des interventions auprès des personnes âgées présentant un TNC, la communication, tant verbale que non verbale, revêt d'une grande importance. Comme l'explique Grisé (2014), avec des capacités cognitives limitées, les usagers éprouvent des difficultés à comprendre et à s'exprimer par des moyens traditionnels. C'est pourquoi il s'avère essentiel que les intervenants adaptent leur façon de communiquer, en privilégiant des messages simples, clairs et bienveillants. La communication verbale repose sur l'utilisation de mots simples, d'un ton calme et lent, afin de permettre à la personne de mieux comprendre les informations et de se sentir en sécurité. Par ailleurs, la communication non verbale, incluant les expressions faciales, les gestes, le contact visuel et le toucher, devient un outil pour transmettre des émotions et des intentions. Des gestes rassurants ou un sourire chaleureux peuvent apaiser la personne et atténuer les comportements perturbateurs (Grisé, 2014). L'utilisation de la communication verbale et non verbale en complémentarité, permet d'instaurer un climat de confiance et de mieux gérer les troubles du comportement, en réduisant l'anxiété et en facilitant les échanges avec les personnes âgées (Grisé, 2014).

3.12.3 L'approche psychoéducative

La psychoéducation joue un rôle crucial dans la gestion des SCPD en mettant l'accent sur l'évaluation directe du comportement pour identifier ses causes et ses fonctions. En observant attentivement les comportements problématiques, les psychoéducateurs peuvent déterminer leur origine et élaborer des interventions appropriées, tout en impliquant les proches et le personnel. Cela vise à favoriser l'adaptation aux différentes situations et à soutenir les aidants familiaux lors de moments difficiles, contribuant ainsi au maintien à domicile des personnes concernées (Barbier, 2009).

L'approche psychoéducative permet l'évaluation de l'adaptation de la personne et de son environnement. L'analyse des éléments de l'environnement, à travers les concepts de facteurs de risques et de protection, permet une analyse approfondie (OPPQ, 2014). Dans le cadre des interventions avec les personnes âgées, il est indispensable de comprendre les situations nécessitant une intervention et les besoins spécifiques de l'utilisateur afin de mettre en place les mesures les plus adaptées pour favoriser son bien-être et celui de son environnement (OPPQ, 2014).

Dans le même ordre d'idées, en psychoéducation, l'analyse fonctionnelle génère l'idée que tout comportement a une fonction. Ce modèle, associé à une grille d'observation, permet de mettre en lumière des facteurs contextuels, relationnels, personnels ou environnementaux qui peuvent contribuer à l'apparition, au maintien ou à l'amplification d'un comportement (Breen et Fielder, 1996 cités dans Bergeron *et al.*, 2018). Il est primordial de repérer les différentes fonctions d'un comportement, car un comportement peut être perçu comme une problématique sexuelle alors qu'il signale en réalité un inconfort ou de l'ennui, par exemple (OPPQ, 2014).

Ces principes se retrouvent également dans l'approche multimodale (Turmel, 2009), qui vise à comprendre les causes des comportements en examinant plusieurs facteurs, tels que l'environnement, ainsi que les aspects psychologiques, médicaux et psychiatriques. Cette approche souligne que les comportements perturbateurs se manifestent dans des conditions spécifiques et nécessitent une compréhension approfondie des motivations sous-jacentes. Les principes directeurs de cette approche sont axés sur la personne, la prévention des comportements perturbateurs et l'intervention basée sur les causes du comportement (Turmel, 2009).

3.12.4 Approche optimale

L'approche optimale des SCPD est une approche centrée sur la personne, qui se base sur les émotions et les capacités résiduelles de l'utilisateur. Cette approche se divise en quatre étapes lors du soin : la rencontre, les préliminaires, le soin ainsi que la conclusion. L'objectif de cette approche est de changer la manière dont nous percevons l'individu, le considérant désormais comme un participant actif dans la prestation des soins, où chaque étape est adaptée à ses besoins, plutôt que de le voir comme un objet de soin (Bruneau, 2016; Ménard, 2012).

3.12.5 Approches environnementales

L'environnement dans lequel évolue la personne âgée peut jouer un rôle dans l'apparition ou l'aggravation des SCPD. Un environnement rassurant peut apaiser et offrir un sentiment de sécurité tant pour l'individu que pour son aidant (McDaniel *et al.*, 2001 ; IPA, 2003, cité dans Benoit *et al.*, 2005). Pour favoriser une meilleure organisation spatio-temporelle et respecter le rythme de vie de l'utilisateur, des aménagements environnementaux adaptés sont nécessaires. Cela peut inclure l'utilisation de calendriers et d'horloges numériques conçus pour les personnes âgées (McDaniel *et al.*, 2001 ; IPA, 2003, cité dans Benoit *et al.*, 2005). Par ailleurs, il est essentiel de prendre en considération les stimulations visuelles et auditives, le niveau d'activité physique et sociale, la personnalisation de l'espace, la stabilité des routines, le circuit de déambulation, etc. (Benoit *et al.*, 2005). En outre, la mise en place de conditions simulant la nature, les aménagements et les repères spatiaux ou encore des installations de barrières visuelles peuvent être envisagées (Benoit *et al.*, 2005). Ces approches peuvent être complétées par des interventions psychoéducatives et comportementales, telles que la diversion. Par exemple, l'utilisation de poupées ou d'objets de distraction peut permettre de détourner l'attention de la personne âgée tout en occupant ses mains, diminuant ainsi la probabilité de comportements inappropriés. Pendant ce temps, elle n'est pas en mesure de toucher d'autres personnes (Benoit *et al.*, 2005).

3.12.6 Approches psychothérapeutiques

Ces approches se concentrent sur les comportements et les émotions des usagers. Les techniques d'intervention peuvent miser sur l'arrêt ou la réduction des situations ou des activités favorisant les CSI, en utilisant parfois des méthodes de renforcement (Sainsbury *et al.*, 2002). D'autres approches ciblant les émotions peuvent recourir à des méthodes telles que la réminiscence (remémoration du passé) ou la thérapie par empathie pour simuler la présence d'un proche (Cheaston, 1998 ; Health Council of the Netherlands, 2002).

3.12.7 Approche sensorielle

Les interventions sensorielles s'efforcent de stimuler les sens pour apaiser le patient et le distraire des comportements indésirables. Cette approche met en avant diverses interventions qui visent à stimuler l'usager de manière thérapeutique. Par exemple, la musicothérapie, qui utilise la musique comme moyen de communication et d'expression, a été identifiée comme étant une méthode efficace pour réduire l'agitation tout en favorisant le bien-être chez les personnes âgées présentant des CSI (Kydd, 2001). Ensuite, l'aromathérapie, impliquant les huiles essentielles, ainsi que les massages thérapeutiques peuvent également contribuer à apaiser le patient et diminuer les comportements problématiques (Barthalot, 2001).

3.12.8 Approche centrée sur les relations

L'approche centrée sur les relations prend en compte non seulement la personne, mais aussi son environnement social (Bourbonnais *et al.*, 2019). Ici, six aspects clés sont identifiés pour favoriser des relations de qualité : la sécurité, qui assure un environnement stable et sécurisé ; le sentiment d'appartenance, qui crée des connexions sociales significatives ; la continuité, qui préserve les routines et l'identité personnelle ; le but, qui propose des activités ayant du sens et un objectif ; l'accomplissement, qui permet la réalisation de tâches valorisantes ; et la signification, qui respecte les valeurs et croyances personnelles (Bourbonnais *et al.*, 2019; Nolan, Davies et Brown, 2006). Il est important de valoriser et de respecter la personne âgée, ses proches et les soignants afin de répondre à leurs besoins (Bourbonnais *et al.*, 2019; Nolan, Davies et Brown, 2006).

Cette approche offre une vision différente des CSI (Bourbonnais *et al.*, 2019). En modifiant nos perceptions, ces comportements sont interprétés comme des indicateurs d'un bien-être altéré plutôt que comme quelque chose de dérangentant ou vu de manière pessimiste (Bourbonnais *et al.*, 2019). Elle permet également d'évaluer l'impact de ces comportements sur le personnel soignant et les proches. Ainsi, cette approche facilite l'identification d'actions et d'interventions mieux adaptées aux besoins individuels de chacun (Bourbonnais *et al.*, 2019).

Conformément à cette approche, des études démontrent que de s'intéresser aux fonctions des comportements est plus efficace pour promouvoir le bien-être de la personne âgée, favorisant ainsi des soins bienveillants et entraînant une diminution de la fréquence de ces comportements (Bourbonnais *et al.*, 2019; Speziale *et al.*, 2009).

3.12.9 Approche centrée sur la relation aidant-patient

La charge mentale de l'aidant et la détérioration de la relation interpersonnelle entre lui et le patient peuvent aggraver les SCPD. Une corrélation est observée entre la charge ressentie par l'aidant

et l'aggravation des troubles comportementaux, ce qui entraîne également une augmentation du taux d'institutionnalisation (Hope *et al.*, 1998, cités dans Benoit *et al.*, 2005). De même, les troubles du comportement ont un impact néfaste sur la qualité de la relation entre l'aidant et l'aidé, exacerbant ainsi le stress et la détresse de l'aidant, tout en diminuant le bien-être de la personne aidée (Benoit *et al.*, 2005).

Dans cet optique, l'amélioration des compétences de l'aidant dans son interaction avec l'utilisateur contribue à prolonger la capacité à lui fournir des soins, améliorer leur qualité de vie et à réduire le niveau de stress (Done et Thomas, 2001; Hepburn *et al.*, 2001, cité dans Benoit *et al.*, 2005). Pour maximiser cette approche, trois interventions sont recommandées, notamment le soutien psychologique, la formation sur la prise en charge des SCPD ainsi que les interventions psychoéducatives. Ces interventions permettraient de réduire l'incidence des SCPD sur l'utilisateur tout en diminuant les facteurs de stress chez l'aidant (Brodaty *et al.*, 2003, cités dans Benoit *et al.*, 2005; Hepburn *et al.*, 2001).

3.12.10 Approche comportementale

Le modèle ABC (Antécédents, Comportements, Conséquences) est la base de cette approche. Ce modèle met en lumière l'analyse des comportements problématiques en identifiant les antécédents qui précèdent le comportement perturbateur et les conséquences qui en résultent. En examinant les facteurs déclencheurs et en évaluant les conséquences des comportements, ce modèle permet de mieux comprendre les facteurs de maintien et les facteurs déclencheurs des comportements (Bessey et Walaszek, 2019). Ce modèle est particulièrement utile dans la gestion des CSI chez les personnes âgées, car il fournit un cadre structuré pour l'observation et l'intervention (Bessey et Walaszek, 2019). L'approche comportementale se concentre sur l'observation et la modification des comportements, afin de favoriser des comportements adaptés et réduire ceux qui sont problématiques. L'intervention comportementale implique, entre autres, la redirection verbale ou physique du comportement, avec fermeté et douceur. Il est essentiel de faire comprendre à la personne que son comportement est inacceptable, tout en lui rappelant le rôle de l'intervenant. La modification du comportement peut aider à canaliser le besoin d'expression sexuelle et la tension sexuelle vers des activités permettant à la personne de focaliser sur autre chose, tout en tenant compte de ses intérêts (Black *et al.*, 2005; Société d'Alzheimer, 2018). Par exemple, en considérant les préférences de l'utilisateur, l'engager dans des activités manuelles adaptées, comme le pliage de serviettes, peut s'avérer efficaces (Davis *et al.*, 2005, cités dans Alagiakrishnan *et al.*, 2005). Par ailleurs, dans cette approche, l'utilisation des

renforcements positifs (récompenses pour les comportements désirables) met l'accent sur l'encouragement et la valorisation des comportements attendus (Voyer, 2009).

3.12.11 Approche de validation

Cette approche reconnaît l'importance du vécu émotionnel de la personne et postule que chaque comportement vise à maintenir une forme de communication. Elle encourage à faire preuve d'empathie et à adopter le point de vue de la personne pour mieux comprendre sa réalité. Selon cette approche, les troubles du comportement sont interprétés comme des mécanismes de défense ou des moyens d'adaptation destinés à pallier un manque (Field, 1998, cité dans Grisé, 2014).

3.13 Recommandations générales concernant l'intervention auprès des personnes âgées présentant des comportements sexuels inappropriés

Les recommandations pour intervenir auprès des personnes âgées présentant un TNC et des CSI mettent en avant une approche multidimensionnelle. Il est essentiel de travailler sur plusieurs aspects de l'intervention en impliquant divers professionnels afin de gérer ces comportements complexes (Bourbonnais *et al.*, 2020; Ouamerie *et al.*, 2023; Rey, 2015).

Pour réduire les risques de CSI chez les personnes âgées, plusieurs recommandations peuvent être envisagées. D'abord, la création d'un environnement favorable au respect des droits des usagers en matière de sexualité est nécessaire (Roach, 2004; Tsatali *et al.*, 2010). Un environnement approprié peut contribuer à ralentir la détérioration des capacités fonctionnelles, à améliorer la communication et les réactions émotionnelles, ainsi qu'à influencer positivement les comportements inappropriés. En revanche, un environnement inadapté peut directement favoriser l'apparition de troubles du comportement (Grisé, 2014). L'utilisation d'un langage adapté, de gestes et d'expressions faciales, ainsi que de fournir des explications simples et répétées sur les raisons derrière les comportements inacceptables sont préconisées (Black *et al.*, 2005; Grisé, 2014).

Les résidents en RPA devraient avoir accès à des chambres privées pour les visites conjugales, ce qui peut aider à diminuer les CSI en répondant aux besoins sexuels des usagers (Eshmaewy, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020). Il est également recommandé de veiller à ce que l'environnement soutienne les capacités fonctionnelles et favorise la communication (Grisé, 2014). Enfin, combler les besoins fondamentaux des personnes âgées, notamment leur besoin d'intimité, est important pour réduire les risques de CSI. Cela inclut le soutien approprié à la fois au niveau individuel et familial, ainsi que le maintien de l'inclusion sociale (Bourbonnais *et al.*,

2020; Tsatali *et al.*, 2010). Bien que le manque d'activités ou de stimulation puisse être un besoin critique non satisfait, il est tout aussi important de répondre aux besoins d'intimité et de connexion par des moyens alternatifs. Pour ce faire, il est recommandé d'introduire une variété d'activités basées sur les intérêts et les capacités résiduelles de l'utilisateur, tout en maintenant une routine quotidienne structurée (McDermott *et al.*, 2019; Sarangi *et al.*, 2021). Les impulsions sexuelles peuvent être canalisées par l'utilisation de matériel érotique tel que des posters, des magazines, des vidéos, des poupées gonflables ou autres (Series, et Dégano, 2005). Il est essentiel de renforcer la surveillance des patients à risque, de les impliquer dans des activités et, si nécessaire, de les éloigner des personnes plus vulnérables. En outre, une approche stratégique consiste à organiser des activités exclusivement réservées aux hommes ou aux femmes, selon les cas, facilitant ainsi leur encadrement et la surveillance (Ouameri *et al.*, 2023).

Les interventions comportementales peuvent être mises en avant dans la gestion des CSI. Il est recommandé de mettre en œuvre des techniques telles que la suppression des facteurs déclencheurs, ainsi que la distraction, la diversion ou la réorientation des comportements. Les actions psychoéducatives diminuent significativement l'incidence des CSI et la dépression chez les aidants (Brodsky *et al.*, 2003, cités dans Benoit *et al.*, 2005; Hepburn *et al.*, 2001). Il est également important de sensibiliser les patients face aux CSI (Bamdord, 2011).

Les professionnels doivent apporter un soutien psychologique aux usagers pour favoriser leur bien-être et leur épanouissement sexuel (Hajjar et Kamel, 2003). Il est indispensable de promouvoir une approche favorisant une discussion ouverte sur les questions de sexualité, où l'expression et l'intimité sont respectées et encouragées (Roach, 2004; Tsatali *et al.*, 2010).

Pour les professionnels, les perceptions d'un comportement inapproprié varient d'une personne à l'autre, il est donc déterminant d'établir un accord au sein de l'équipe sur ce qui peut être jugé comme normal ou inacceptable dans les CSI (Ouameri *et al.*, 2023). Dans ce contexte, les professionnels doivent examiner leurs propres préjugés et idées préconçues à l'égard de la sexualité des personnes âgées, car ces perceptions influencent leurs réponses aux comportements sexuels (Bamford, 2011). Cela appuie l'importance de sensibiliser et d'éduquer les soignants afin de garantir une approche plus ouverte, respectueuse et adaptée aux besoins des personnes âgées (Sarangi *et al.*, 2021). Les professionnels de la santé doivent être formés et éduqués sur les besoins sexuels des personnes âgées, ainsi que sur les approches pour faire face à ces comportements (Mayers *et al.*, 1998, cités dans Tsatali *et al.*, 2010). Cette formation devrait inclure l'encouragement des personnes âgées à discuter de leurs préoccupations

sexuelles et la création d'un environnement privé et approprié pour l'expression de leur sexualité (Carrus et Trivalle, 2020; Douglas, 2014; Société Alzheimer, 2018). Une approche humaniste, prenant en compte la personne dans sa globalité, ses besoins, sa santé et sa personnalité, est recommandée pour mieux comprendre ses désirs et besoins (Kathleen *et al.*, 1998, cités dans Tsatali *et al.*, 2010).

Pour garantir le respect des besoins sexuels des résidents, l'entourage et le personnel ont un rôle crucial à jouer (Bamford, 2011; Bourbonnais *et al.*, 2020). L'utilisation de l'histoire de vie des résidents est recommandée pour personnaliser les interventions en fonction de leurs intérêts et de leur histoire, facilitant la création d'un lien de confiance et améliorant l'estime de soi (Bamford, 2011; Voyer, 2013;). Cette approche devrait inclure l'histoire sexuelle des résidents afin qu'elle soit prise en compte dans l'élaboration des plans de soins (Bamdord, 2011). En se renseignant sur les habitudes antérieures et actuelles de la personne concernant l'expression de sa sexualité et de son intimité, on peut mieux comprendre son comportement actuel et déterminer s'il témoigne d'une tentative d'exprimer un besoin particulier (Société de l'Alzheimer, 2018).

3.14 Considérations éthiques et consentement

Lorsqu'on aborde les CSI dans le contexte des TNC, il est primordial de prendre en compte plusieurs considérations éthiques, telles que les droits des patients, la notion de consentement et l'aptitude du patient (Giami et Ory, 2012). Il est vital d'examiner les risques, le respect du consentement, les droits de la personne et l'expression possible du non-consentement (Giami et Ory, 2012).

Une approche pluridisciplinaire, impliquant des discussions d'équipe, est suggérée (Ouameri *et al.*, 2023). Avant d'évaluer l'aptitude à consentir, il est déterminant de se centrer sur la personne et ses besoins, en étant flexible aux situations et en évitant de catégoriser celles-ci de manière systématique et rigide. L'autonomie décisionnelle résiduelle est importante et elle doit être considérée. Étant donné l'évolution de la maladie et de l'autonomie décisionnelle chez les personnes atteintes de TNC, il est essentiel d'évaluer individuellement la capacité à consentir dans les situations sexuelles (Badeau, 2001; Eshmaway, 2020). Des pistes d'évaluation suggérées incluent la conscience de la personne concernant ses activités sexuelles passées et sa capacité à identifier ses partenaires sexuels actuels (Badeau, 2001).

Le Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV) a mis en évidence trois moments clés dans l'évolution de la maladie, depuis le début du TNC jusqu'à la fin de vie. Ce schéma illustre l'évolution de l'autonomie décisionnelle et de la capacité à consentir (Bourdonnais *et al.*, 2020;

MSSSS, 2020). Avec la progression de la maladie, l'autonomie décisionnelle devient compromise, et il devient difficile de déterminer la validité du consentement pour les activités sexuelles. À ce stade, l'usager se trouve dans une zone grise nécessitant une évaluation approfondie. Dans les stades avancés de la maladie, comme le décrit le CNEV, la personne perd largement sa capacité à communiquer, son autonomie décisionnelle est fortement limitée, et une évaluation cognitive révèle son incapacité à consentir de manière appropriée (Badeau, 2001; Eshmayaw, 2020). Pour ces raisons, il est primordial de prendre en compte l'ensemble des composantes de l'état de la personne, ainsi que sa perception concernant l'activité sexuelle (Badeau, 2001).

Certains auteurs considèrent qu'un score inférieur à 14 au *Mini Mental State Examination* (MMSE) indique que la personne n'est pas apte à consentir. Cependant, l'évaluation du consentement est plus complexe et non linéaire. Dans ces situations complexes, les professionnels qualifiés doivent aborder le sujet avec les patients concernés, ainsi qu'avec leur famille et les équipes (Société Alzheimer, s.d).

La Charte canadienne des droits des personnes atteintes de maladies neurodégénératives reconnaît que ces individus ont les mêmes droits que tous les autres Canadiens. Elle met en avant l'importance de faire valoir ces droits, à la fois pour les professionnels travaillant avec cette clientèle et pour les personnes atteintes elles-mêmes, afin qu'elles puissent pleinement comprendre et exercer leurs droits (Société Alzheimer, s.d).

La prévention de la maltraitance, y compris des abus sexuels, est une préoccupation importante dans les situations où les besoins sexuels des personnes âgées sont ignorés ou négligés. Il est donc essentiel d'investiguer la capacité à consentir et de s'engager dans une relation sexuelle afin de prévenir toute forme de maltraitance (Badeau, 2001). Les personnes ayant un TNC sont vulnérables et peuvent adopter des comportements influencés par leur condition. Leur difficulté à comprendre et à communiquer leurs besoins place une responsabilité sur les professionnels de la santé, qui doivent adapter leur approche en conséquence (Badeau, 2001).

Pour faciliter l'analyse des comportements sexuels, plusieurs questions émergent lorsqu'il s'agit de relations intimes et sexuelles, nécessitant parfois une intervention. Il est crucial d'explorer plusieurs aspects : l'autonomie globale de la personne, le respect de sa dignité, sa capacité à consentir de manière éclairée, la préservation de sa vie privée et la protection contre les préjudices et les abus (Gordon, 2004, cité dans Bamford, 2011).

Il est important de déterminer si les usagers atteints de TNC sont capables de prendre leurs propres décisions, de reconnaître leurs partenaires, d'exprimer leurs souhaits, de comprendre la nature de l'intimité, d'éviter l'exploration, de saisir les risques futurs, et de comprendre comment ils pourraient être affectés si la relation prenait fin (Bamford, 2011).

4. OBJECTIFS DU PROJET D'INTERVENTION

Ce projet vise à optimiser les pratiques des intervenants travaillant auprès des personnes âgées présentant des CSI liés aux TNCM. Plus précisément, le projet vise à améliorer la compréhension des CSI, de renforcer le sentiment d'auto-efficacité des professionnels, de perfectionner leurs interventions en lien avec les CSI, et par le fait même, à améliorer la qualité de vie des personnes ayant des SCPD et de leur entourage.

Dans cette optique, le projet se décline en quatre objectifs successifs, soit:

1. Recenser les connaissances et les recommandations cliniques actuelles concernant les comportements sexuels inappropriés chez les personnes âgées ayant un trouble neurocognitif ;
2. Cibler les informations pertinentes à transmettre aux professionnels et intervenants œuvrant au Soutien à domicile pour soutenir leurs pratiques et leur sentiment d'auto-efficacité pour intervenir auprès de cette clientèle ;
3. Élaborer des outils cliniques aide-mémoire à partir de ces informations ;
4. Formuler des recommandations cliniques pour les équipes du Soutien à domicile.

5. MÉTHODE

La présente section présente la méthode utilisée dans le cadre de ce projet visant à élaborer des outils cliniques pour la gestion des CSI chez les personnes âgées. La méthode combine la recherche documentaire ainsi que le développement d'outils cliniques adaptés aux besoins des professionnels.

La première étape a été une revue de littérature pour explorer les connaissances reliées aux CSI et à la sexualité des personnes âgées présentant un TNC, ainsi que les approches et les interventions recommandées. Cette revue a été effectuée à l'aide de plusieurs bases de données : Erudit, Pubmed, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Google Scholar, et Sophia. Des mots-clés tels que *interventions, strategies, best practice, elderly, geriatric, older adult, inappropriate sexual behavior, sexuality, psychosocial interventions, dementia, etc.*, ont été utilisés pour cibler les publications pertinentes. Les critères d'inclusion comprenaient les études menées sur des populations âgées de 65 ans et plus, présentant des TNC et des SCPD (tous les types confondus), ainsi que celles portant sur des interventions non pharmacologiques pour gérer les CSI. Les critères d'exclusion concernaient les études qui ne traitaient pas des CSI ou des SCPD, ou qui concernaient des populations de moins de 65 ans ou sans TNC. En complément, des ouvrages littéraires ont été consultés.

À la suite de cette revue de littérature, nous avons ciblé les informations pertinentes à transmettre aux professionnels et intervenants œuvrant au SAD. Ensuite, l'élaboration d'outils cliniques sous forme de tableaux et d'aide-mémoire, intégrant les recommandations issues de la littérature et adaptées aux spécificités du SAD à Rouyn-Noranda, a été effectuée. Ces outils fournissent des directives claires et des stratégies d'intervention pour soutenir les intervenants dans la compréhension, l'évaluation et la gestion des CSI. Ils mettent en avant les pratiques recommandées, tout en prenant en compte les réalités des personnes âgées et des intervenants.

Enfin, cette méthode met en évidence les approches et interventions recommandées, ainsi que les données probantes et les enjeux éthiques, psychosociaux et cliniques associés aux CSI. En identifiant les meilleures pratiques et enjeux, nous formulerons des recommandations pour l'intervention et la prise en charge des CSI chez les personnes âgées présentant un TNC.

6. RÉSULTATS

Les outils cliniques jouent un rôle clé dans l'observation, l'évaluation et la gestion des CSI. Ils fournissent aux professionnels des moyens pour mieux comprendre ces comportements, guider les interventions et soutenir les pratiques quotidiennes. Cette section présente les outils élaborés sur CANVA sous forme de schémas et tableaux. Un total de 11 outils a été développé pour mettre en avant les meilleures pratiques et fournir des aide-mémoires aux intervenants travaillant auprès des personnes âgées présentant principalement des CSI. Ces outils servent de référence pour les approches à adopter avec de cette clientèle et les interventions à privilégier.

6.1 Approche de base : en tout temps avec les personnes âgées

Pour assurer une intervention respectueuse auprès des personnes âgées, il est essentiel de prioriser une approche de base bien définie. Cette approche, détaillée dans l'aide-mémoire « Approche de base : en tout temps avec les usagers âgés », présenté à l'annexe A, guide les interactions avec les usagers en priorisant respect, compréhension et adaptation aux besoins individuels. En cas de situations problématique, une intervention rapide est nécessaire pour prévenir une éventuelle crise. En résumé, il est important de maintenir un contact verbal, visuel ou tactile, d'informer la personne des interventions à venir, de proposer des choix favorisant l'autonomie et de se concentrer sur la personne plutôt que sur la tâche. La flexibilité et la créativité sont essentielles pour adapter les interventions aux besoins spécifiques de chaque individu (Masson, 2018).

Lors de l'amorce de l'échange, approcher la personne lentement, calmement, de face et à sa hauteur pour établir un contact visuel est recommandé. Il est primordial d'éviter d'envahir rapidement son espace personnel. Se présenter clairement et indiquer le but de la visite contribuent à instaurer une relation de confiance et à rendre l'échange plus fluide (Bourque et Voyer, 2013).

Un autre aspect clé est la communication adaptée. Utiliser un ton doux, rassurant, un langage clair et simple tout en appelant la personne par son nom et en le vouvoyant, permet d'éviter l'infantilisation. Ralentir le débit verbal, centrer la conversation sur ses intérêts, respecter son rythme et lui laisser le temps de répondre sont aussi des éléments essentiels (Masson, 2018).

Les gestes et les contacts physiques doivent être utilisés avec soin. Il est recommandé de demander la permission avant tout contact et de s'assurer que les gestes soient doux et rassurants pour préserver le confort et la dignité de la personne (Bourque et Voyer, 2013).

Enfin pour optimiser l'interaction, il est conseillé de limiter les distractions environnementales telles que la télévision, en demandant à la personne de fermer ces appareils si nécessaire. La distraction et le changement d'activité peuvent être des stratégies efficaces pour gérer les comportements problématiques. Il est également important de vérifier les aides auditives et visuelles, d'encourager la participation active et d'éviter les déclencheurs potentiels des symptômes psychotiques. Une stimulation adéquate au quotidien contribue à améliorer la qualité de l'échange et le bien-être général de l'utilisateur (Masson, 2018).

6.2 Techniques d'intervention avec les personnes âgées : Communication verbale

Un aide-mémoire a été élaboré pour résumer les techniques de communication verbale à utiliser face à un CSI. Cet outil, présenté dans le schéma « Techniques d'intervention lorsqu'on fait face à un CSI : Communication verbale » en annexe B, propose diverses stratégies. Pour une gestion efficace, utilisez un langage simple et direct pour clarifier ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Évitez les termes complexes et ambigus afin de prévenir toute confusion, et privilégiez des phrases courtes et explicites. Parlez avec une voix douce et rassurante pour éviter l'aggravation de la situation. Il est essentiel de ne pas montrer de colère, de dégoût ou de frustration. La réorientation et la redirection sont également utiles pour détourner l'attention de la personne en changeant de sujet. Par exemple, discutez de son histoire de vie, de ses souvenirs ou de ses passe-temps. Proposez également une activité, comme une promenade ou une tâche simple, pour l'aider à se recentrer. Le langage corporel joue un rôle important pour transmettre des messages et des émotions. Adaptez votre débit de communication au niveau de compréhension du résident. Posez des questions précises et offrez des choix de réponses clairs, en utilisant des mots-clés et des gestes, comme le signe de tête pour « oui » ou « non ». L'humour approprié peut aussi désamorcer la situation, mais il doit être respectueux et adapté. Établissez des limites claires sur les comportements acceptables, en restant respectueux et en reformulant si nécessaire pour vous assurer d'être compris. Accompagnez toujours vos mots d'une gestuelle cohérente. Enfin, soyez attentif, montrez de l'empathie et adoptez une attitude d'écoute active. Reconnaissez les sentiments de la personne et montrez que vous comprenez les émotions sous-jacentes liées au CSI, en disant par exemple : « Je comprends que vous vous sentez seul » (Grisé, 2014).

6.3 Techniques d'intervention avec les personnes âgées : Communication non verbale

Un autre aide-mémoire sur les techniques d'intervention de la communication non verbale a été élaboré. Cet aide-mémoire « Techniques d'intervention lorsqu'on fait face à un CSI : Communication non verbale » est présenté à l'annexe C et vise à faire ressortir les meilleures pratiques en matière de langage non verbal.

Pour une intervention efficace, il est important de maintenir un langage corporel approprié en adoptant une posture non menaçante et en évitant les gestes brusques. Un contact visuel doux permet de montrer de la compréhension et d'établir une connexion empathique (Grisé, 2014). Des gestes, comme un sourire rassurant ou un signe de la main, peuvent renforcer les messages transmis (Grisé, 2014). Il est également crucial d'être attentif aux signaux non verbaux de la personne et ajustez votre approche selon ses signes de détresse ou d'inconfort. Une coordination entre les gestes et les paroles est essentielle pour transmettre le message et les émotions de manière cohérente (Grisé, 2014). Modifier l'environnement pour le rendre calme et éviter les stimuli excessifs aide à prévenir les déclencheurs de CSI. Fournir des objets ou des activités tactiles peut occuper la personne et réduire son anxiété (Grisé, 2014). Assurez-vous de respecter la confidentialité et la dignité de la personne. Utiliser des gestes, des expressions faciales et des attitudes qui suscitent une réponse positive est également recommandé (Grisé, 2014). Gardez une distance appropriée pour éviter de stimuler davantage le comportement. Approchez-vous seulement si nécessaire et assurez-vous que cela est confortable pour la personne. Si elle s'approche, vous pouvez exiger de maintenir une distance d'un bras. Le toucher thérapeutique, comme une main sur l'épaule ou un léger contact, peut apporter du réconfort, mais il est important de toujours être conscient de la manière dont la personne réagit au contact physique (Grisé, 2014). Enfin, il est essentiel de démontrer une intention de comprendre la personne tout au long de l'échange, en étant attentif, en montrant de l'empathie et en utilisant une attitude d'écoute (Grisé, 2014).

6.4 Les approches à préconiser : Comportements sexuels inappropriés

Différentes approches sont présentées dans l'aide-mémoire « Les approches à préconiser : Comportements sexuels inappropriés », présenté à l'annexe D. Ces approches exposent les meilleures pratiques pour gérer un CSI.

Tout d'abord, l'aide-mémoire présente l'approche centrée sur les relations qui met l'accent sur la personne et sur son environnement social, en valorisant six aspects clés pour favoriser des relations de qualité : sécurité, appartenance, continuité, but, accomplissement et signification (Bourbonnais *et al.*, 2019; Nolan, Davies et Brown, 2006). Cette approche vise à créer un environnement qui soutient et valorise la personne dans son intégralité. Ensuite, l'approche de validation reconnaît l'importance du vécu émotionnel de la personne, où chaque comportement est perçu comme un moyen de communication. Elle encourage l'empathie et la compréhension du point de vue de la personne, considérant les comportements comme des mécanismes de défense ou des moyens d'adaptation visant à combler un manque (Field, 1998, cité dans Grisé,

2014). L'approche comportementale, quant à elle, se concentre sur l'identification et la modification des facteurs environnementaux et des déclencheurs qui contribuent aux comportements inappropriés (Sarangi *et al.*, 2021). Elle vise à ajuster l'environnement pour minimiser les facteurs qui peuvent conduire à des comportements problématiques. L'approche sensorielle vise à stimuler les sens pour apaiser la personne et détourner son attention des comportements indésirables. Elle propose diverses interventions thérapeutiques telles que la musicothérapie et l'aromathérapie pour stimuler l'utilisateur de manière apaisante (Barthalot, 2001 ; Kydd, 2001). Par ailleurs, l'approche centrée sur la relation aidant-patient se concentre sur l'amélioration des compétences de l'aidant dans son interaction avec l'utilisateur, contribuant à la qualité de vie de ce dernier et à la réduction du stress (Brodaty *et al.*, 2003, Hepburn *et al.*, 2001, cités dans Benoit *et al.*, 2005). L'approche environnementale se concentre sur la création d'un environnement rassurant. Cela inclut l'aménagement spatio-temporel et l'adaptation des stimulations sensorielles pour répondre aux besoins individuels. L'utilisation de distractions et d'aménagements appropriés fait également partie de cette approche (McDaniel *et al.*, 2001 ; IPA, 2003, cité dans Benoit *et al.*, 2005). Enfin, l'approche psychoéducatrice implique l'évaluation directe du comportement pour identifier ses causes et ses fonctions. L'analyse de l'environnement, des facteurs de risque et de protection permet de mettre en place des interventions appropriées pour favoriser le bien-être de la personne et de son environnement (OPPQ, 2014).

6.5 Évaluation des SCPD

Pour une prise en charge adéquate des SCPD, il faut évaluer les comportements dès la première étape du processus d'intervention. L'aide-mémoire « Évaluation des SCPD », présenté à l'annexe E, est conçu pour guider les intervenants dans l'évaluation des SCPD. Il fournit une méthode structurée pour identifier, analyser et comprendre ces comportements, tout en suggérant les actions appropriées à entreprendre. Cet outil permet de prioriser un comportement dominant, qu'il s'agisse de CSI ou d'autres comportements, facilitant ainsi la mise en place des interventions. Cette démarche d'évaluation initiale permet de mieux comprendre les causes, les conséquences et la gravité des comportements, tout en formulant des hypothèses sur les facteurs sous-jacents, ce qui conduit à des stratégies d'interventions non pharmacologiques adaptées. En intégrant cette évaluation dès le départ, les intervenants sont mieux équipés et préparés pour gérer les CSI, en assurant une approche structurée et personnalisée (Pancrazi, 2003). La démarche clinique comporte cinq étapes. La première consiste à identifier les comportements problématiques de la personne et à déterminer le comportement prédominant. La deuxième étape est l'évaluation de

l'intensité et des conséquences de ces comportements pour la personne et autrui. La troisième étape consiste à définir si le comportement est temporaire ou chronique. La quatrième étape est la recherche des causes possibles, en identifiant les facteurs déclenchants ou les raisons sous-jacentes pouvant expliquer le comportement. Finalement, la cinquième et dernière étape est la formulation des interventions non pharmacologiques ainsi que la réévaluation continue pour en évaluer leur efficacité.

6.6 Aide-mémoire modèles et outils d'analyse et d'évaluation des SCPD

L'aide-mémoire « Modèles et outils d'analyse et d'évaluation des SCPD », présenté à l'annexe F, met de l'avant des modèles d'analyse ou d'évaluation et des outils de mesure pour évaluer les SCPD. Cet aide-mémoire offre un aperçu rapide et un répertoire de différents modèles et outils existants, facilitant ainsi le choix de la méthode la plus adaptée pour chaque situation. Parmi les modèles proposés, le **Modèle écologique** de Lawton et Nahemow (1973) analyse les signes précurseurs des SCPD et suggère d'adapter les soins et l'environnement pour maximiser le bien-être et l'autonomie des individus. Ce modèle souligne que le bien-être de la personne résulte de l'équilibre entre ses compétences et les exigences de son environnement. Ensuite, le **Modèle de « Bec »** (Métayer, 2019) met l'accent sur l'identification des causes et des fonctions des comportements, affirmant que les besoins non comblés peuvent entraîner des émotions qui conduisent à des comportements perturbateurs. Le **Modèle « ÉTEC »** de Jeon *et al.* (2011) se concentre sur l'identification des éléments déclencheurs des SCPD pour mieux prévenir et intervenir, en distinguant les facteurs liés à l'état physique et émotif de la personne ainsi que l'environnement physique, social et les modes de communication. Ensuite, le **Modèle « Carpe Diem »** (Poirier, 2014) met l'accent sur la compréhension des besoins sous-jacents aux comportements afin de maintenir l'autonomie et l'estime de soi de l'individu. Le **Modèle DICE** (Bessay et Walaszek, 2019) propose une démarche structurée pour décrire les comportements problématiques, investiguer leurs causes, élaborer un plan de traitement et en évaluer les résultats. L'instrument d'évaluation **ST ANDREW'S SEXUAL BEHAVIOUR ASSESSMENT** (De Giorgi et Series, 2016; Ouameri *et al.*, 2023) repose sur l'observation de quatre catégories de CSI, fournissant une évaluation objective détaillée de leur nature et fréquence. Enfin, l'outil présente le **COHEN MANSFIELD INVENTORY** (Métayer, 2019) qui qualifie les comportements perturbateurs à travers 29 énoncés descriptifs, offrant ainsi une vue d'ensemble des SCPD. En intégrant ces divers modèles et outils d'analyse et d'évaluation, les intervenants disposent de différentes méthodes adaptées pour mieux comprendre et gérer les SCPD, permettant une prise en charge efficace et adaptée à chaque cas.

6.7 Évaluation de la capacité à consentir

Pour respecter la dignité des personnes âgées, il est essentiel de les protéger contre les risques de négligence ou d'exploitation, tout en respectant leur autonomie et leur droit à une vie amoureuse, affective et sexuelle épanouie. L'aide-mémoire « Évaluation de la capacité à consentir », présenté à l'annexe G, vise à soutenir les intervenants dans leur réflexion et leur prise de décision, concernant la capacité des personnes présentant un TNC à consentir aux relations sexuelles.

Les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle peuvent trouver difficile de porter un jugement sur la capacité à consentir pour diverses raisons, notamment des malaises et une incompréhension. L'évaluation n'est pas linéaire et nécessite une analyse minutieuse ; chaque cas doit être analysé individuellement (Joller *et al.*, 2013). Cet outil n'est pas destiné à être utilisé comme un outil de diagnostic définitif, mais il aide les intervenants dans l'appréciation et la prise de décision concernant la capacité des usagers à consentir. Il propose également une méthode structurée pour guider les intervenants dans l'évaluation, en fournissant des pistes et des critères précis. Pour ces raisons, l'outil met de l'avant cinq sphères majeures pour aider l'analyse de la capacité à consentir. La première étape concerne la conscience de l'utilisateur, qui doit être capable de reconnaître la personne initiant le contact sexuel. L'utilisateur doit identifier correctement la personne devant lui, sans la confondre avec un conjoint, ni être désillusionné. La deuxième étape porte sur l'aisance de l'utilisateur, qui doit être en mesure d'éviter l'exploitation. Son comportement doit être en accord avec ses croyances et ses valeurs passées, et l'utilisateur doit pouvoir refuser un contact sexuel non souhaité. Des interventions telles que des discussions ouvertes et l'exploration de son histoire de vie peuvent être utilisées pour évaluer cette sphère. La troisième sphère met l'accent sur la conscience des risques. L'utilisateur doit être conscient des infections transmissibles sexuellement (ITS), des risques d'abus et des conséquences émotionnelles qui peuvent découler de certaines interactions sexuelles. Pour cela, des moyens d'intervention tels que des entretiens individuels, des mises en situation, l'utilisation de supports visuels, ainsi que l'observation du langage corporel et non verbal peuvent être mis en place. La quatrième étape concerne les antécédents médicaux et psychosociaux. Il est essentiel de prendre en compte les antécédents médicaux, psychologiques, les expériences sexuelles passées de l'utilisateur, ainsi que les effets de sa médication. Parfois, des évaluations médicales et psychologiques peuvent être nécessaires pour une compréhension complète de l'état de l'utilisateur. Enfin, la cinquième étape insiste sur la réévaluation constante, étant donné que les capacités cognitives et les conditions de vie des personnes âgées peuvent fluctuer dans le temps. Il s'avère donc important de planifier des

réévaluations régulières afin de s'assurer que les décisions prises en lien avec les CSI et la capacité à consentir demeurent pertinentes et appropriées (Joller *et al.*, 2013).

6.8 Analyse d'un comportement sexuel inapproprié chez les personnes âgées

Un outil aide-mémoire « Analyse d'un comportement sexuel inapproprié chez les personnes âgées », référencé à l'annexe H, a été conçu pour aider les intervenants à analyser les CSI chez les personnes âgées présentant un TNC. Cet outil propose une approche étape par étape, intégrant des éléments à considérer et des moyens concrets pour les analyser. L'objectif principal est d'offrir un guide pratique et structuré pour l'analyse et la gestion des CSI, en assurant la sécurité et le bien-être des usagers tout en respectant leur dignité et leur autonomie. La première étape consiste à recueillir des informations en décrivant la fréquence des comportements et en identifiant les personnes impliquées. Cette étape repose sur des observations directes et indirectes, l'utilisation de grilles d'observation, ainsi que le recueil de témoignages des soignants et des proches (Benoit *et al.*, 2005). Ensuite, la deuxième étape consiste à examiner les causes médicales, telles que l'historique médical, l'état de santé général, les effets secondaires des médicaments et les troubles neurologiques spécifiques. Pour cela, il est recommandé de consulter divers professionnels de la santé et de procéder à des examens médicaux (Series et Dégano, 2005). La troisième étape se concentre sur l'évaluation de l'impact du contexte social et environnemental sur les comportements, en identifiant les déclencheurs potentiels comme les facteurs environnementaux, psychologiques, sociaux ou biopsychosociaux. Cette analyse se base sur l'observation des interactions sociales, de l'environnement physique et des routines quotidiennes, ainsi que sur les discussions avec l'entourage de la personne (De Giorgi & Series, 2016). Prendre en compte l'histoire de vie de l'utilisateur est la quatrième étape du processus. Cela vise à mettre en lumière des événements passés, tels que les antécédents personnels, les valeurs, les croyances et les expériences qui pourraient influencer les comportements actuels (Joller, 2013). L'évaluation comportementale constitue la cinquième étape, avec une observation directe des comportements de l'utilisateur dans divers contextes afin d'identifier les situations spécifiques où les CSI se produisent. Cette étape s'appuie sur des grilles d'observation et des entretiens avec le personnel soignant et la famille pour analyser la fréquence, l'intensité et les conséquences des comportements. Il est crucial de respecter l'intimité de la personne et d'éviter de s'immiscer dans des aspects trop personnels de sa vie (Bessay & Walaszek, 2019). Ensuite, la sixième étape consiste en l'élaboration d'un plan d'intervention et/ou plan de gestion, avec la mise en place d'actions concrètes pour réduire et gérer les CSI. Cela peut inclure une collaboration multidisciplinaire, un suivi régulier et l'utilisation d'approches non pharmacologiques,

visant à offrir des solutions adaptées aux besoins de l'utilisateur tout en minimisant les impacts des comportements inappropriés (Benoit et al., 2005; Series & Dégano, 2005). Finalement, la septième étape concerne le suivi et l'évaluation continue. Cette étape assure un suivi régulier et une évaluation continue de l'efficacité des interventions et des plans mis en place, grâce à des évaluations périodiques, des discussions avec l'utilisateur et les soignants, et l'implication de comités cliniques pour adapter le plan en fonction des évolutions observées (De Giorgi & Series, 2016; Bessay & Walaszek, 2019).

6.9 Les interventions à préconiser en contexte de CSI

L'outil « Les interventions à préconiser en contexte de comportement sexuel inapproprié », présenté à l'annexe I, est un aide-mémoire destiné aux intervenants pour améliorer leurs interventions dans ce contexte spécifique. Il souligne d'abord l'importance d'établir un lien de confiance avec l'utilisateur. En s'intéressant aux caractéristiques personnelles du patient et à son histoire de vie, les intervenants peuvent formuler des interventions adéquates et adaptées (Bélangier-Dibblee et al., 2023). Un des premiers éléments présentés est la diversion/réorientation. Cette approche inclut des techniques de diversion verbale, telles que l'engagement de la conversation sur des sujets neutres ou la proposition d'activités variées. Par exemple, il est conseillé de demander à l'utilisateur de parler de ses souvenirs préférés, de sa famille ou de ses loisirs. D'autres activités incluent des promenades, l'écoute de musique, le visionnage de films ou des jeux de société. Des outils supplémentaires comme des animaux robotisés, des tablettes, ou encore des outils de réminiscence (tels que des cadres photo numériques) peuvent être utilisés pour détourner rapidement l'attention des comportements inappropriés, réduisant ainsi leur fréquence et leur intensité. Ensuite, la personnalisation de l'environnement est également essentielle. Il est recommandé de personnaliser la chambre de l'utilisateur avec des cadres numériques et des albums photo. L'installation d'un système de surveillance, incluant des détecteurs de mouvement et des alarmes de sécurité, peut également permettre de surveiller les espaces communs. Un aménagement adéquat de l'environnement est crucial pour atteindre un niveau de stimulation optimal. Il est important d'éviter à la fois la sous-stimulation, qui peut conduire à l'isolement ou à l'ennui, et la sur-stimulation, qui peut engendrer du stress et de l'anxiété (Grisé, 2014). Un environnement adapté peut améliorer la communication et les réactions émotionnelles, tout en réduisant les comportements inappropriés. De plus, des repères visuels et des espaces privés offrent un sentiment de sécurité, d'intimité et de contrôle à la personne âgée (Grisé, 2014). Ensuite, la stimulation des sens, qui met de l'avant des techniques telles que la luminothérapie peut être appliquées pour créer un environnement visuel apaisant, en utilisant des

couleurs douces, des images significatives et des objets familiers. Pour la stimulation auditive, l'écoute de musique apaisante, des sons relaxants, et des conversations douces peuvent être bénéfiques. La stimulation olfactive, via l'aromathérapie et des odeurs calmantes, peut également avoir un effet apaisant. L'utilisation d'objets sensoriels, tels que des balles anti-stress ou des tapis sensoriels, favorise également un environnement propice à la détente. Une approche créative dans l'utilisation de ces techniques est essentielle (Joller *et al.*, 2013). Les stimulations sensorielles peuvent non seulement apaiser les personnes âgées, mais également réduire l'anxiété et détourner l'attention des comportements inappropriés, favorisant ainsi un état de relaxation (Sarangi *et al.*, 2021). Une autre technique présentée est la présence simulée. L'utilisation de vidéos personnalisées, enregistrées par des membres de la famille ou des amis proches, peut être diffusée à des moments où l'individu est susceptible de se sentir agité ou de manifester des CSI. Ces enregistrements doivent être courts, simples et chaleureux. Cette technique peut réduire le sentiment de solitude et d'anxiété, tout en réorientant la personne vers des comportements plus appropriés. Enfin, la réminiscence est mise en avant comme une approche efficace. Évoquer des souvenirs avec la personne permet de répondre à son besoin d'estime de soi et de diminuer l'anxiété qui peut provoquer les SCPD. Utiliser des albums de photos, des objets souvenirs, des groupes d'activités de réminiscence, des discussions, ou encore des journaux personnels et des musiques d'époque peut améliorer l'humeur et l'engagement social. Ces pratiques offrent une distraction positive et renforcent l'identité personnelle tout en apportant du réconfort à travers des souvenirs positifs (McDermott *et al.*, 2019; Sarangi *et al.*, 2021).

6.10 Enjeux éthiques

Il est nécessaire de relever et de considérer les enjeux éthiques dans l'intervention auprès des personnes âgées. L'outil « Enjeux éthiques », présenté à l'annexe J, souligne l'importance de prendre en compte les considérations éthiques lors de l'intervention auprès des personnes âgées, en particulier en cas CSI. La première considération est le respect de la dignité et de l'autonomie. Les interventions doivent viser à préserver la dignité du résident, en tenant compte de ses besoins et désirs, tout en assurant une approche sans jugement (Imbault-Huart, 2019). Il est crucial d'inclure la personne dans les décisions qui la concernent, respectant ainsi ses capacités décisionnelles. Ensuite, le consentement et la capacité décisionnelle sont essentiels. Évaluer la capacité du résident à consentir aux interventions est fondamental, surtout en cas de troubles cognitifs. Cela nécessite une approche sensible pour s'assurer que la personne comprend et accepte les propositions (Alagiakrishnan *et al.*, 2005 ; Burns *et al.*, 1990). La confidentialité et le

respect de la vie privée constituent un autre enjeu éthique primordial. Les informations liées aux comportements sexuels doivent rester confidentielles pour protéger la dignité du résident et éviter la stigmatisation. Il est impératif de limiter l'accès à ces informations au personnel autorisé et de discuter des informations sensibles dans des espaces privés (Eshmaewy, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020). En outre, la protection et l'autonomie doivent être équilibrées. Les décisions doivent être adaptées à chaque individu, en soutenant son indépendance tout en évaluant les risques, impliquant ainsi le résident dans le processus décisionnel (Bamford, 2011 ; Déroutesné, 2005). Les considérations des impacts psychosociaux des comportements sont également essentielles. Il est important d'évaluer comment les CSI affectent non seulement le résident, mais aussi le personnel soignant et les autres résidents (De Giorgi et Series, 2016). Enfin, il est crucial de ne pas restreindre l'expression sexuelle ni porter atteinte à l'autonomie de l'utilisateur. Toutefois, l'inaction face aux CSI peut exposer le résident et les autres usagers à des traumatismes physiques ou psychologiques (Bamford, 2011). Dans les cas où la personne ne semble pas apte à prendre des décisions, il est recommandé de demander une évaluation professionnelle et de considérer la désignation d'un mandataire ou de directives anticipées.

6.11 Les étapes lorsqu'on fait face à un CSI

L'outil « Les étapes lorsqu'on fait face à un CSI », présenté à l'annexe K, est un aide-mémoire pour les intervenants confrontés à des CSI. La première étape consiste à garder son calme, évitant ainsi de se sentir gêné ou choqué. Ensuite, il est essentiel de rester respectueux envers le résident, préservant sa dignité. Il faut également rassurer les personnes présentes, en leur expliquant que le résident n'a probablement pas d'intentions malveillantes. Si un comportement inapproprié survient dans un espace commun, la distraction est recommandée. En cas de contact physique, identifiez le comportement et signalez calmement qu'il n'est pas approprié. Enfin, il est important de rappeler son rôle et sa fonction, en utilisant éventuellement des supports visuels. Gardez à l'esprit qu'un résident souffrant de troubles neurocognitifs (TNC) peut ne pas être conscient de la nature inappropriée de son comportement (Series et Degano, 2011).

6.12 Aide-mémoire : C'est quoi un CSI ?

Un aide-mémoire intitulé « Comportements sexuels inappropriés » a été élaboré pour fournir un aperçu complet des comportements sexuels inappropriés, des critères de définition et de leur prévalence. Cet outil, présenté à l'annexe L, définit un comportement sexuel inapproprié comme un acte verbal ou physique à connotation sexuelle, jugé inacceptable dans un contexte social donné (Johnson *et al.*, 2006). Ces comportements sont considérés inappropriés lorsqu'ils sont dirigés vers une personne sans son consentement et risquent de heurter les valeurs sociales,

personnelles et morales de l'environnement (Carrus et Trivalle, 2020 ; Saidlitz et Cransac, 2020). Ils se produisent dans des contextes inappropriés et à une fréquence jugée inadaptée. Parmi les exemples de CSI, on trouve les avances non désirées, les gestes explicites et les commentaires inappropriés, tels que les attouchements, l'exhibitionnisme et les remarques sexuelles déplacées. Concernant la prévalence, environ 18 % des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer ont déjà manifesté des CSI (Zeiss *et al.*, 1996), mais celle-ci varie de 2 % à 25 % selon les études (Alagiakrishnan *et al.*, 2005 ; Carrus et Trivalle, 2020 ; De Giorgi et Series, 2016 ; Eshmaewy, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020 ; Ozkan *et al.*, 2008 ; Wornell, 2014). Pour mieux définir les CSI chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), il est important d'établir un diagnostic clair indiquant que la personne souffre de démence ou d'un TNCM. Les comportements en question doivent être perçus comme sexuels par autrui et se manifester sous forme de paroles ou d'actions jugées inappropriées pour plusieurs raisons, notamment lorsqu'ils se produisent dans un lieu public, sont dirigés vers des personnes qui souhaitent que ces comportements cessent, ou sont réalisés par des individus qui ne peuvent pas donner leur consentement en raison de leur âge ou de leur incapacité. De plus, un comportement peut être qualifié d'inapproprié s'il perturbe les activités quotidiennes ou s'il ne se manifeste qu'après l'apparition de signes de déclin cognitif chez la personne (Canevelli *et al.*, 2017). Cette définition claire aide les intervenants à mieux comprendre et gérer les CSI.

7. RECOMMANDATIONS POUR LE MILIEU

À la lumière des lectures et des recherches sur les données probantes à mettre de l'avant en contexte de CSI chez les personnes présentant un TNC, il est pertinent d'émettre des recommandations à l'équipe du soutien à domicile de Rouyn-Noranda.

D'abord, il serait souhaitable que les professionnels soient formés sur le développement global de la personne âgée, les spécificités de leur sexualité, les troubles neurocognitifs et les SCPD, incluant les CSI. Cette formation devrait inclure des informations sur les différents types de comportements, leurs causes possibles et les approches d'intervention appropriées. Cela permettra au personnel de mieux appréhender et traiter les CSI et les SCPD dans leur pratique quotidienne (Backhouse *et al.*, 2016, cités dans Bruneau *et al.*, 2023). En outre, il est important de prioriser les interventions non pharmacologiques et de mettre en avant l'importance de l'environnement physique et social, tout en soutenant les soignants et en favorisant des approches personnalisées qui encouragent l'autodétermination des personnes âgées (Caspar *et al.*, 2018, cités dans Bruneau *et al.*, 2023).

Il est également recommandé de créer des procédures d'intervention claires et des plans d'action pour guider le personnel dans la gestion des CSI. Des lignes directrices et des outils pratiques devraient être mis à disposition pour faciliter la prise en charge et la gestion des CSI. Les outils aide-mémoire élaborés dans le cadre de ce travail en sont des exemples. Ils pourraient être rendus disponible dans le milieu pour soutenir les intervenants dans la gestion des CSI.

Pour promouvoir une gestion efficace des CSI au SAD, il faut mettre en place une communication ouverte et une sensibilisation au sein de l'équipe. Cette approche permettra d'assurer une compréhension cohérente des CSI parmi les intervenants. Bien que la formation obligatoire pour l'ensemble du personnel puisse être difficilement réalisable, l'utilisation des outils cliniques développés dans ce projet est recommandée pour favoriser l'appropriation des bonnes pratiques et des interventions appropriées. Il est également suggéré de désigner une personne-ressource pour soutenir les professionnels en cas de besoin et renforcer l'efficacité des interventions.

Les outils cliniques jouent un rôle clé dans l'observation, l'évaluation et la gestion des CSI. Ils permettent aux psychoéducateurs et aux intervenants de mieux comprendre les comportements, de guider les interventions et de soutenir les pratiques quotidiennes. En intégrant ces outils, les équipes peuvent assurer une évaluation cohérente et continue des comportements, ce qui est fondamental pour ajuster les interventions en fonction des besoins des usagers. Ainsi, des

évaluations régulières, comprenant des observations systématiques, l'utilisation de grilles d'évaluation standardisées et des entretiens avec les usagers, leurs familles et les autres intervenants, permettent de surveiller l'évolution des comportements et d'adapter les interventions pour optimiser leur efficacité (MSSS, 2017).

Puis, il est important de créer un environnement sécurisé et stimulant qui minimise les occasions de CSI tout en soutenant le bien-être des usagers. Cela passe par des ajustements dans les espaces de vie et dans l'organisation des activités, adaptés aux besoins spécifiques de chaque individu.

Aussi, la collaboration avec les proches aidants, l'entourage et la famille est essentielle pour optimiser les interventions, surtout dans le contexte des TNC. Une bonne communication avec ces acteurs permet d'adapter les approches aux besoins spécifiques des usagers. Par ailleurs, encourager le travail d'équipe en impliquant des professionnels de différents domaines, tels que les médecins, les sexologues et les psychoéducateurs, contribue à une gestion efficace des CSI. L'implication de ces personnes-ressources facilite l'identification des facteurs déclenchants potentiels des CSI et le développement de stratégies pour les prévenir ou les atténuer. Cela passe par une compréhension approfondie des antécédents des comportements, des déclencheurs, ainsi que des besoins et des émotions sous-jacents. Une telle approche permet d'être en concordance avec les besoins des personnes âgées. La collaboration des proches et de la famille permet d'adapter et de peaufiner les approches aux besoins spécifiques des patients (Bruneau *et al.*, 2023).

Concernant l'évaluation du risque de récurrence des comportements, bien que nous n'ayons pas trouvé d'informations spécifiques sur l'existence de procédures formelles pour l'évaluation du risque de récurrence des CSI, il est crucial de reconnaître que ces comportements peuvent entraîner des préjudices tant pour la personne concernée que pour son environnement (Carrus et Trivalle, 2020; Guay, 2008; Tsatali *et al.*, 2010). De ce fait, évaluer le risque de récurrence est essentiel pour déterminer les mesures appropriées à prendre et ainsi diminuer les facteurs de risque (Eshmauey, Fredouille et Bianchi-Demicheli, 2020; Wallace et Safer, 2009). Lorsqu'un CSI se manifeste, il est important d'évaluer si le risque de récurrence est suffisamment préoccupant pour justifier des interventions telles que l'arrêt temporaire des services ou d'autres mesures de protection. Actuellement, au SAD de Rouyn-Noranda, il n'existe pas d'évaluation formelle du risque de récurrence des CSI. Toutefois, dans les situations complexes, le jugement clinique, ainsi que les discussions en comité clinique et avec d'autres professionnels, sont de mise pour prendre

une décision éclairée. Ces échanges permettent de diminuer les facteurs de risque et de contrôler les comportements, en tenant compte des TNC et des facteurs contextuels spécifiques à chaque situation. Bien que l'absence d'outils spécifiques rende cette tâche plus complexe, une approche collaborative aide à gérer les comportements de manière proactive et sécurisée. Toutefois, il pourrait être pertinent d'adapter un outil existant pour une autre clientèle, tel que le guide de soutien, qui a comme objectif d'évaluer les CSI chez des personnes avec des déficiences intellectuelles de manière objective afin d'identifier les CSI problématiques et les facteurs contribuant (Matteau *et al.*, 2017).

De plus, un autre outil pouvant être pertinent à adapter est l'échelle IMPAC, qui vise à évaluer l'impact des comportements problématiques d'un usager. Cet outil prend en compte l'ampleur de l'impact ainsi que son niveau de gravité, en l'évaluant à travers cinq dimensions différentes. Bien que l'échelle soit initialement conçue pour des personnes ayant subi une lésion cérébrale acquise, sa simplicité et sa facilité d'utilisation en font un moyen efficace de donner une vue d'ensemble sur la gravité des comportements et les effets qu'ils peuvent avoir sur l'environnement de la personne (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2021).

Il faut également privilégier les interventions non pharmacologiques dans la gestion des CSI, telles que la redirection et la diversion, par exemple (Ozkan *et al.*, 2008). Ces approches devraient être centrées sur les besoins individuels de la personne concernée. L'objectif est de préserver la dignité et le bien-être de l'individu tout en minimisant les comportements inappropriés. Il est essentiel que les interventions non pharmacologiques soient intégrées de manière cohérente et systématique auprès de la personne, en tenant compte de la réalité des individus et de la situation.

Pour augmenter l'aisance des professionnels à l'égard des CSI, ainsi que la prévention et l'analyse des CSI, il est suggéré d'implanter les outils cliniques élaborés dans ce projet, au SAD. Ces outils pourront aider à la planification et la mise en œuvre des interventions. En intégrant les outils cliniques dans leur pratique, nous croyons que l'ensemble des intervenants travaillant auprès des personnes âgées ayant des CSI/ SCPD, notamment les ASSS ainsi que divers professionnels du SAD à Rouyn-Noranda, pourra améliorer leur pratique. Les ASSS, ainsi que les travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et agentes de relations humaines, jouent des rôles variés allant de l'aide à l'hygiène à l'évaluation des besoins et au soutien psychosocial. Quant à la psychoéducatrice du milieu, elle a, dans ses divers mandats, le rôle conseil auprès des employés, grâce à son expertise avec les SCPD. Il serait donc intéressant qu'elle s'assure d'une

continuité dans la mise en œuvre et réorienté les professionnels vers les outils élaborés si nécessaire. Nous recommandons aux professionnels du SAD, en cas de situations difficiles liées aux CSI, de consulter la psychoéducatrice pour obtenir des conseils et du soutien. Ensuite, ils devraient mettre en œuvre ces outils cliniques, conçus pour aider la gestion des CSI, et les consulter au besoin afin d'améliorer leur pratique quotidienne. Cela leur permettra d'intégrer ces outils dans leurs interventions et d'optimiser la prise en charge des CSI et augmenter leur aisance professionnelle.

CONCLUSION

Ce projet a permis de réaliser une recherche approfondie sur les CSI chez les personnes âgées présentant des TNC, dans le contexte du SAD. Les objectifs fixés ont été atteints, notamment la recension des connaissances actuelles, l'identification des informations essentielles pour soutenir les professionnelles, la création d'outils cliniques et la formulation de recommandations cliniques spécifiques pour les équipes du SAD de Rouyn-Noranda.

Face au vieillissement démographique et à la prévalence croissante des TNC, la prise en charge de cette clientèle pose des défis considérables. Ce projet a mis en évidence l'importance d'outiller les professionnels pour une gestion efficace des CSI, en renforçant leur sentiment d'auto-efficacité. Les outils développés, fondés sur des données probantes, visent à améliorer l'analyse, l'évaluation et l'intervention auprès des personnes âgées atteintes de TNC, en tenant compte de leur complexité.

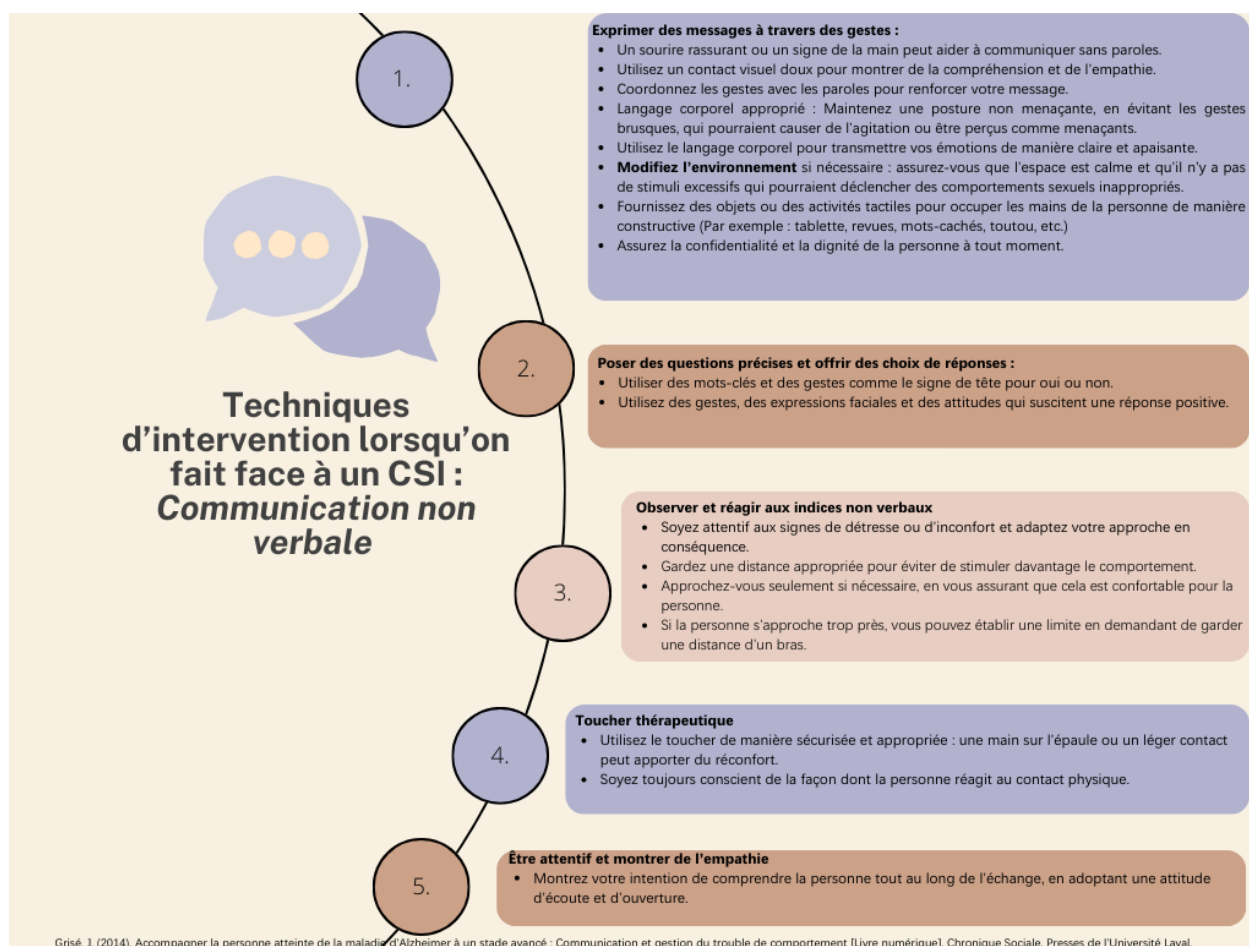
Cependant, ce projet présente certaines limites. La principale est l'absence de validation formelle des outils proposés sur le terrain, limitant leur adaptation et leurs ajustements futurs. Bien que ces outils soient adaptés à la clientèle et utiles pour les intervenants, il serait pertinent de recueillir des commentaires continus. Cela permettrait de réévaluer les outils de manière régulière, afin de les adapter aux besoins émergents et d'en optimiser l'efficacité.

En conclusion, ce projet contribue à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, en misant sur une approche multidisciplinaire et psychoéducatrice, avec pour objectif d'améliorer à la fois le bien-être des usagers et le soutien offert par les intervenants. L'application des outils et des recommandations proposées vise à améliorer la qualité des soins pour cette clientèle, en répondant aux défis actuels du SAD.

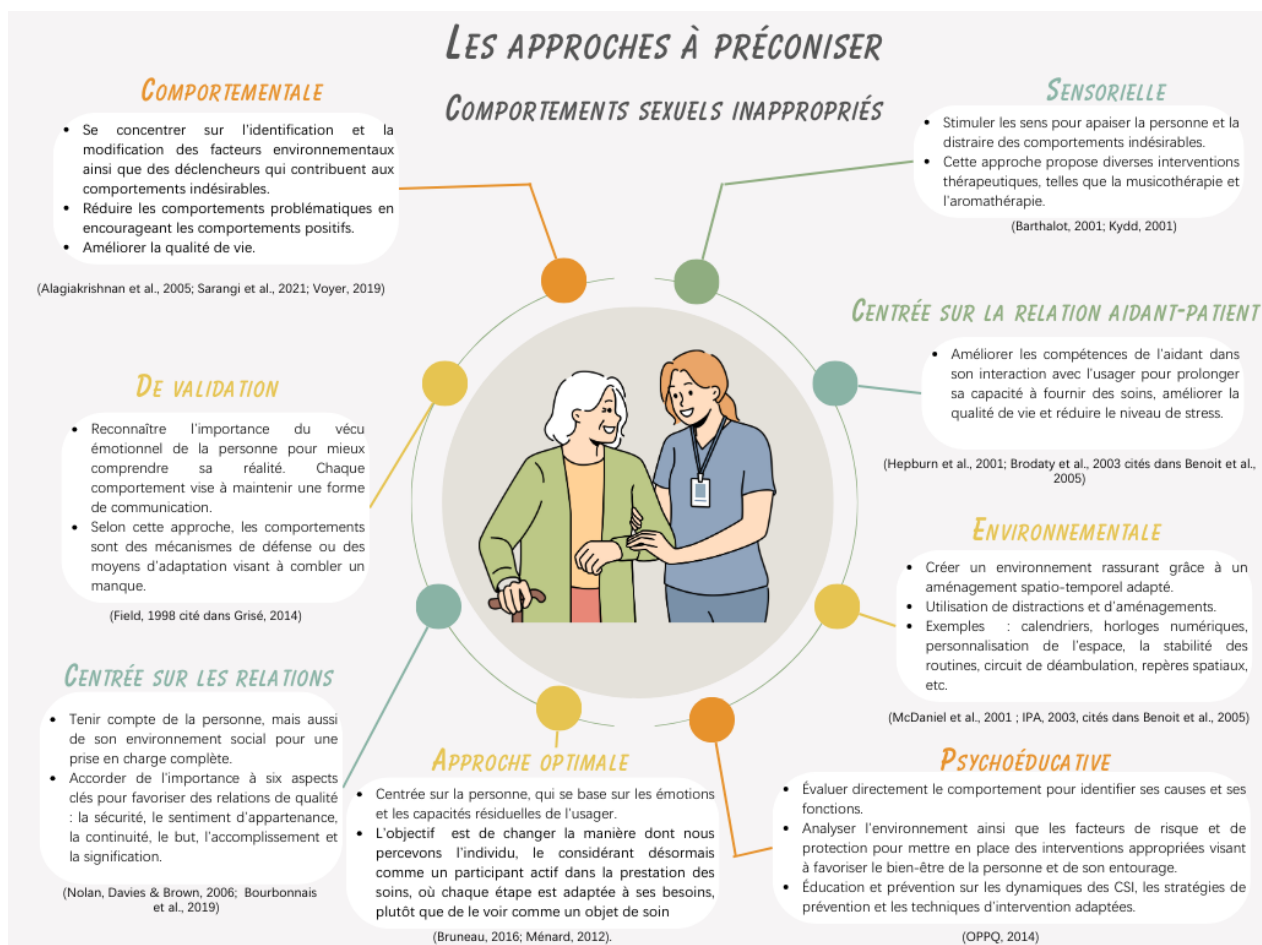
ANNEXE A – APPROCHE DE BASE : EN TOUT TEMPS AVEC LES PERSONNES ÂGÉES

**ANNEXE B – TECHNIQUES D'INTERVENTION LORSQU'ON FAIT FACE À UN CSI :
COMMUNICATION VERBALE**

ANNEXE C – TECHNIQUES D'INTERVENTION LORSQU'ON FAIT FACE À UN CSI : COMMUNICATION NON VERBALE

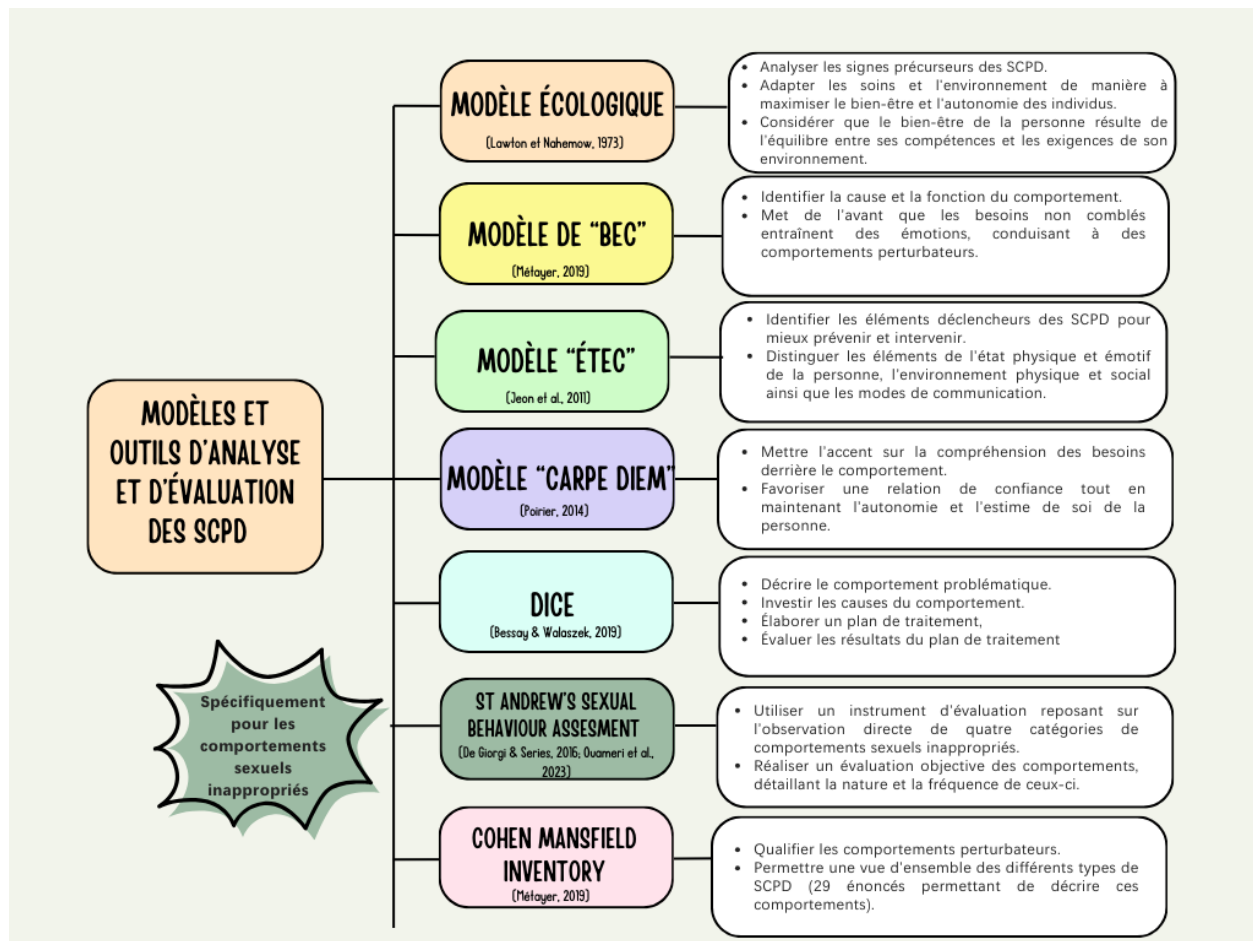


ANNEXE D – LES APPROCHES À PRÉCONISER : CSI

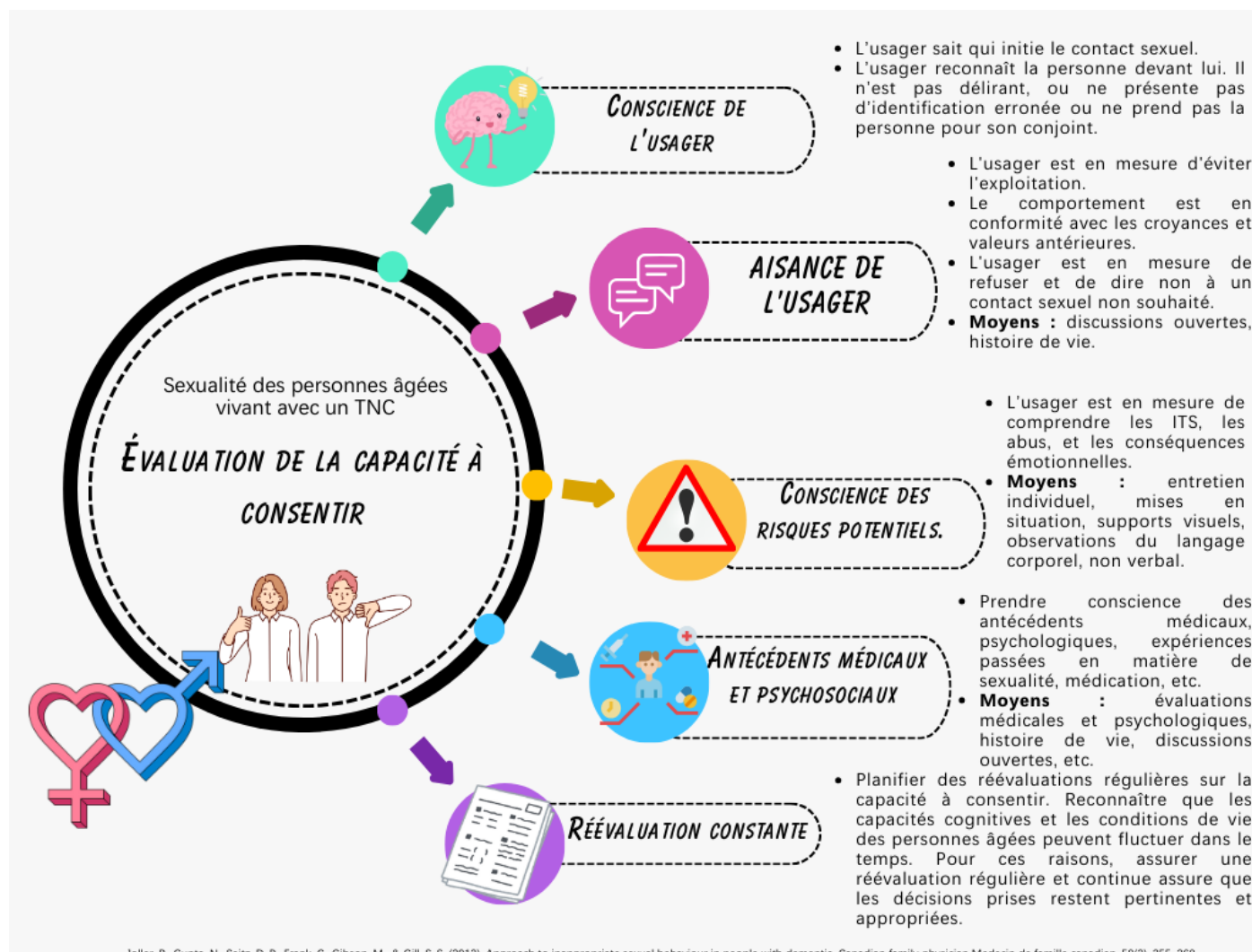


ANNEXE E – ÉVALUATION DES SCPD

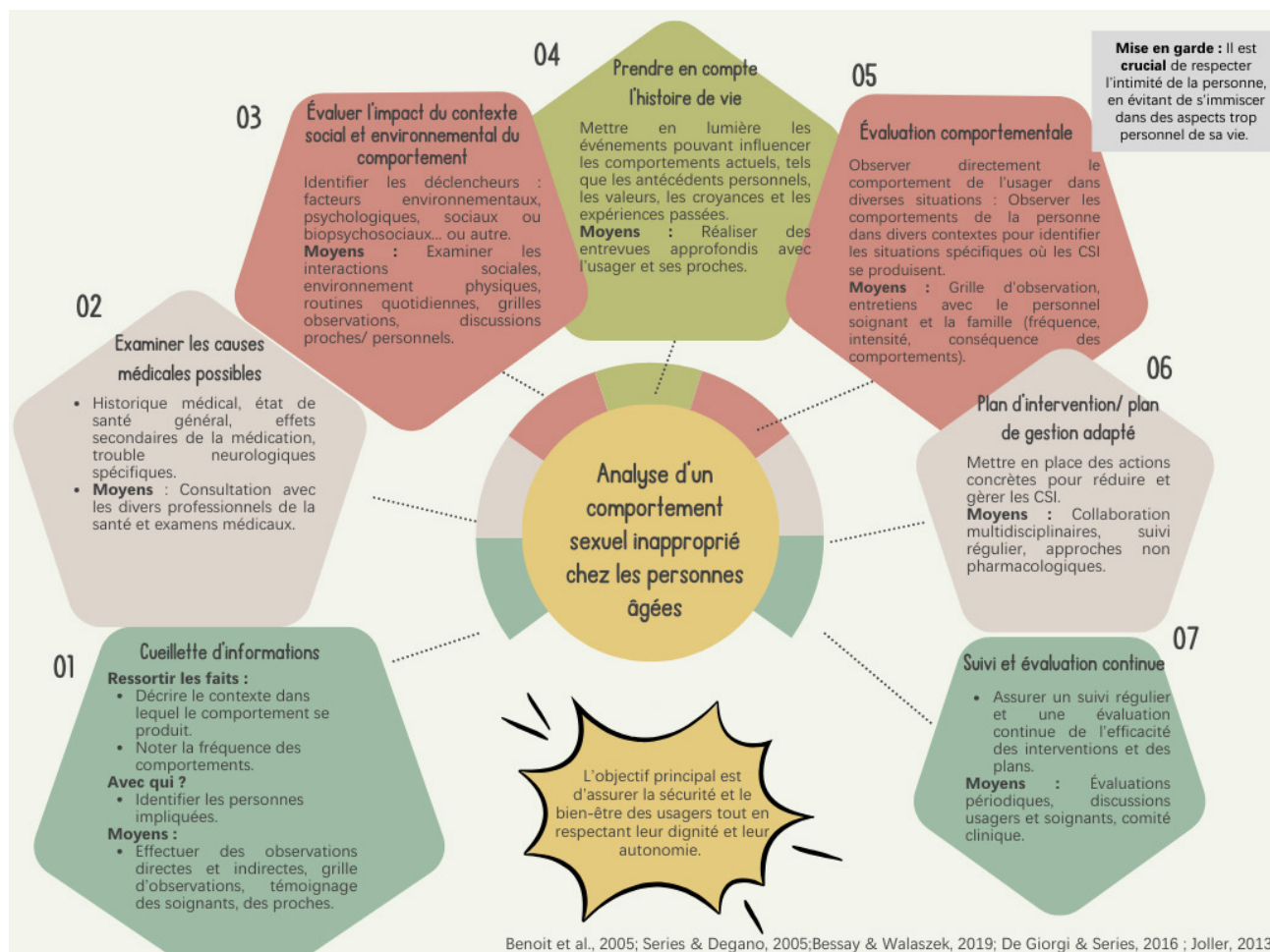
ANNEXE F – MODÈLES ET OUTILS D'ANALYSE ET D'ÉVALUATION DES SCPD



ANNEXE G – ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À CONSENTIR



ANNEXE H – ANALYSE D'UN CSI CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES



ANNEXE I – INTERVENTIONS À PRÉCONISER EN CONTEXTE DE CSI



Importance d'instaurer un lien de confiance avec l'utilisateur. En s'intéressant et en connaissant les caractéristiques du patient, son histoire de vie, et ainsi émettre des interventions adéquates et adaptées à l'utilisateur (Bélanger-Diblee et al., 2023).

Les interventions à préconiser en contexte de comportements sexuels inappropriés.

DIVERSION/ RÉORIENTATION

Diversion verbale : Engager la conversation sur un sujet neutre, introduire des questions : - Demandez-lui de vous parler de ses souvenirs préférés, de sa famille, de ses loisirs, etc.

- Proposez une activité : Promenade, écouter de la musique, regarder un film, jeu de société, etc.
- Diriger vers une activité : Mots-cachés, sudoku, photos, revues, télévision.

Plusieurs outils disponibles :
Chien/ chat robotisés, tablette, réminiscence (présence simulé d'un proche, famille), cadre photos numérique,.

Ces techniques peuvent rapidement détourner l'attention des comportements inappropriés, réduisant leur fréquence et leur intensité. Elles aident également à réorienter la personne vers des activités ou des comportements plus appropriés.

ADAPTER L'ENVIRONNEMENT

Personnaliser la chambre, aménager l'environnement : cadre numérique, albums photos, etc.

- Installation système de surveillance : détecteur de mouvement, alarme de sécurité, permet de surveiller les espaces communs.
- Niveau de stimulation optimale : éviter la sous-stimulation (ex : isolement, alité, aucun loisir).
- Éviter la sur-stimulation : bruit, luminosité, plusieurs soins, etc.

Un environnement adapté peut ralentir la détérioration des capacités fonctionnelles, améliorer la communication, les réactions émotionnelles, réduire les comportements inappropriés.

Un environnement adapté peut réduire l'anxiété et le stress, diminuant ainsi les CSI. Les repères visuels et les espaces privés offrent un sentiment de sécurité, d'intimité et de contrôle à la personne âgée.

STIMULATION DES SENS

- Luminothérapie
- Stimulation visuelle : Environnement visuel apaisant : couleur douce, images significatives, objets familiers.
- Stimulation auditive : Musique, sons apaisants, conversation, lecture.
- Stimulation olfactive : Aromathérapie, odeurs/ arômes calmants.
- Utilisez des objets sensoriels : balles anti-stress, tapis, boîte sensorielle.

Il est important d'être créatif !!!

Les stimulations sensorielles peuvent apaiser les personnes âgées, réduire l'anxiété et détourner l'attention des comportements inappropriés. Elles peuvent également favoriser un état de relaxation et de bien-être.

PRÉSENCE SIMULÉE

- Utilisation de vidéos personnalisés : Vidéos peuvent être enregistrées par des membres de la famille ou des amis proches.
- Enregistrement vidéos : Les enregistrements peuvent être diffusés à des moments où l'individu est susceptible de se sentir agité ou de montrer des CSI. Les messages doivent être courts, simples et chaleureux.

Cette technique peut réduire le sentiment de solitude et d'anxiété, mais peut permettre aussi de réorienter la personne. Elle peut aussi apporter un sentiment de sécurité et de familiarité.

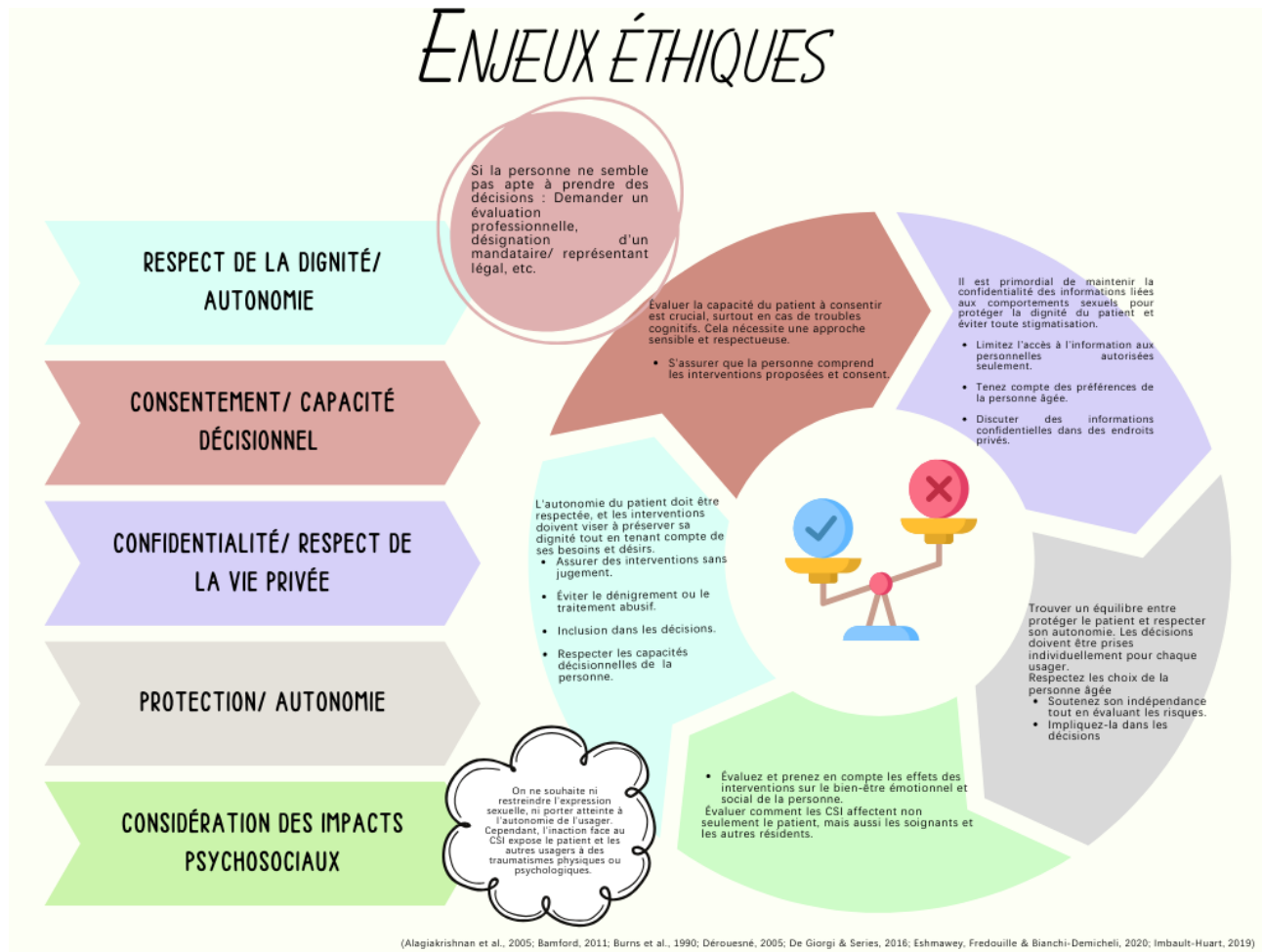
RÉMINISCENCE

En rappelant des souvenirs à la personne, on répond au besoin d'estime de soi et on favorise une diminution de l'anxiété, pouvant provoquer les SCPD.

- Albums de photos et objets souvenirs
- Groupes/ activités de réminiscence, discussions thématiques.
- Journaux personnels et biographie.
- Musique et film d'époque.

Cette pratique peut améliorer l'humeur et l'engagement social, offrant une distraction positive et réduisant les comportements inappropriés. Elle aide également à renforcer l'identité personnelle et à apporter du réconfort à travers des souvenirs positifs.

ANNEXE J – ENJEUX ÉTHIQUES



ANNEXE K – ÉTAPES LORSQU'ON FAIT FACE À UN CSI

ANNEXE L – C'EST QUOI UN CSI ?

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim, A., Wood, A., Senthilselvan, A., Chimich, W. T., et Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 81(957), 463-466. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.028043>
- Badeau, D. (2001). Les altérations de l'expression de la sexualité chez la personne atteinte de démence. *Frontières*, 13(2), 44–49. <https://doi.org/10.7202/1074456ar>
- Bamford, S.-M. (2011). The last taboo: A guide to dementia, sexuality, intimacy and sexual behaviour in care homes (30 pages). *Sexuality*.
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., et Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology et Sexuality*, 4(3), 296–309. <https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869>
- Barbier, J. (2009). Diagnostic et soins ambulants. Prise en charge de la démence : l'hôpital a sa place. *Gériatrie*, 21-23. <http://www.hospitals.be/pdf/vol7n3p21.pdf>
- Beck, C., Frank, L., Chumblor, N. R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T.S., Rasin, J., Walls, R., Baldwin, B. (1998). Correlates of Disruptive Behavior in Severely Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 38(2), 189-198. <https://doi.org/10.1093/geront/38.2.189>
- Bédard, A.-M. (2008). Ça Sexprime : Le magazine des intervenants menant des activités d'éducation à la sexualité auprès des jeunes du secondaire. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal et Tel-jeunes. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs62917>
- Benoit, M., Brocker, P., Clement, J.-P., Cnockaert, X., Hinault, P., Nourashemi, F., Pancrazi, M.-P., Portet, F., Robert, P., Thomas, P., et Verny, M. (2005). Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge [Behavioral and psychological symptoms in dementia: description and management]. *Revue Neurologique*, 161(3), 357-366 [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(05\)85064-7](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(05)85064-7)
- Bessay, C., et Walaszek, A. (2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Current Psychiatry Reports*, 21, 66. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5>
- Bezeau, S. C., Bogod, N. M., et Mateer, C. A. (2004). Sexually intrusive behaviour following brain injury: approaches to assessment and rehabilitation. *Brain Injury*, 18(3), 299–313. <https://doi-org.proxy.cegepat.qc.ca/10.1080/02699050310001617398>
- Black, B., Muralee, S., et Tampi, R. R. (2005). Inappropriate sexual behaviors in dementia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 18(3), 155–162. <https://doi.org/10.1177/0891988705277541>
- Bondil, P. (2008). Vieillesse sexuelle : *Biological sexual ageing : Myths and realities* [mythes et réalités biologiques] *Sexologies*, 17(3), 152-173. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2008.06.001>
- Bourbonnais, A., Auclair, I., et Lalonde, M. H. (2020). Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : L'approche centrée sur les relations pour améliorer l'expérience de tous. *Recherche en Soins Infirmiers* (143), 92-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.143.0092>

- Bortz, W.M., Wallace, D.H., et Wiley, D. (1999). Sexual function in 1,202 aging males: differentiating aspects. *The Journals of Gerontology: Series A*, 54(5), M237-M241. <https://doi.org/10.1093/gerona/54.5.M237>
- Bourque, M., et Voyer, P. (2013). La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd., pp. 451-478). Éditions du nouveau pédagogique et Pearson ERPI.
- Braun, M., Wassmer, G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M., et Engelmann, U. (2001). Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. *Journal of Impotence Research*, 12(4), 305-311. <https://doi.org/10.1038/sj.ijr.3900622>
- Bruneau, M.-A., Pépin, M.-É., Bergman, H., et Couturier, Y. (2023). Améliorer la qualité de la prise en charge des sujets présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au Québec [Improving the quality of care for people with behavioral and psychological symptoms of dementia in Quebec]. *Santé mentale au Québec*, 48(2). <https://doi.org/10.7202/1109840ar>
- Bruneau, M-H. (2016). *Approche optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) en hébergement*. Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal du CIUSSS. <https://www.lepointensante.com/wp-content/uploads/2016/11/colloque-sant%C3%A9-ain%C3%A9s-sans-images.pdf>
- Burns, A., Jacoby, R., et Levy, R. (1990). Psychiatric Phenomena in Alzheimer's Disease. IV: Disorders of Behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 157(1), 86-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.1.86>
- Canevelli, M., Lucchini, F., Garofalo, C., Talarico, G., Trebbastoni, A., D'Antonio, F., Imbriano, L., Velotti, P., de Lena, C., Gasparini, M., et Bruno, G. (2017). Inappropriate Sexual Behaviors Among Community-Dwelling Patients with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 365-371. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.01.012>
- Carrière, Y., Légaré, J. et Purenne, J. (2015). Vivre et travailler plus longtemps au Canada : la réalité des baby-boomers. *Cahiers québécois de démographie*, 44(2), 251-278. <https://doi.org/10.7202/1035955ar>
- Carrus, C., et Trivalle, C. (2020). Les comportements sexuels inappropriés chez la personne âgée démente à domicile [Inappropriate sexual behaviours among the elderly with dementia living at home]. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(117), 128-139. <https://doi.org/10.1016/j.npq.2019.12.009>
- Chan, P. T. K. (2008). Update on erectile dysfunction treatment for aging men. *Sexologies*, 17 (3), 184-189. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2007.12.008>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. (2021). *IMPAC – Guide administrateur : Échelle de mesure d'impacts des interventions en réadaptation physique*. Denis Godbout, Sonia Di Lillo, B., Michel Deschênes, Geneviève Thibault, et Jean Gagnon. https://iurdpm.ca/sites/iurdpm/files/media/document/IMPAC-GuideAdministrateur_%202021-04-21.pdf

- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., et Werner, P. (1990). Agitation in the Elderly: Definitional and Diagnostic Considerations. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 3(3), 169–177. <https://doi.org/10.1177/089198879000300310>
- Cohen-Mansfield, J., et Wirtz, P. W. (2009). The reasons for nursing home entry in an adult day care population: Caregiver reports versus regression results. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22(4), 274–281. <https://doi.org/10.1177/0891988709335799>
- De Giorgi, R., et Series, H. (2016). Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. *Current treatment options in neurology*, 18(9), 41. <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0425-2>
- De Vugt, M.E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R. Jaspers, N., Winkens, L., Jolles, J., et Verhey, F.R.J. (2003). Behavioural disturbances in dementia patients and quality of the marital relationship. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 149–154. <https://doi.org/10.1002/gps.807>
- DeLamater, J., et Koepsel, E. (2015). Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 37-59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Derouesné, C. (1996). Sexual behavior changes in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10(2), 86-92.
- Derouesné, C. (2005). Sexualité et démence. *Psychologie Neuro-Psychiatrie du Vieillissement*, 3, 281-290.
- Derouesné C. (2009). Comportements dits d'hypersexualité et démences [The so-called hypersexual behaviors in dementia]. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 7(2), 101–108. <https://doi.org/10.1684/pnv.2009.0164>
- Dourado, M. C. N., de Sousa, M. F. B., Carvalho, R. L. S., et Laks, J. (2010). Sexual Satisfaction in Dementia: Perspectives of Patients and Spouses. *Sexuality and Disability*, 28 (1), 195-203. DOI: 10.1007/s11195-010-9165-5
- Dupras, A., et Soucis, P. (2008). La sexualité des personnes âgées: bilan des recherches québécoises. *Sexologies*. 17(3), 190-198.
- Dumont-Lemasson, M. (2005). Des services de soutien à domicile fragiles pour une clientèle vulnérable. *Service social*, 43(1), 47-65. <https://doi.org/10.7202/706642ar>
- Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I. L., Hämäläinen, K., Rahkonen, T., Viramo, P., Hentinen, M., Kivelä, S. L., et Sulkava, R. (2002). Spouse caregivers' perceptions of influence of dementia on marriage. *International Psychogeriatrics*, 14(1), 47-58. <https://doi.org/10.1017/s104161020200827x>
- Eshmawey, M., Fredouille, J., & Bianchi-Demicheli, F. (2020). Âge avancé, déclin cognitif et sexualité dans les institutions de santé. *Revue Médicale Suisse*, 16(686), 548–551.
- Field, N., Mercer, C. H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Clifton, S., Mitchell, K. R., & Johnson, A. M. (2013). Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382 (9907) 1830–1844. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62222-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62222-9)

- Finkel, S., Silva, J. C. E., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1997). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(11), 1060-1061. <https://doi.org/10.1017/s1041610297003943>
- Giarni, A., & Ory, L. (2012). Constructions sociales et professionnelles de la sexualité dans le contexte de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et Société*, 35(140), 145-158. <https://doi.org/10.3917/g.s.140.0145>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*. Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. Consulté le 20 mars 2024, sur <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Des milieux de vie qui nous ressemblent : Politique d'hébergement et de soins de services de longue durée*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Consulté le 20 mars 2024, sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Consulté le 20 mars 2024, sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs*. Consulté le 20 mars 2024, sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-829-01W.pdf>
- Guay, D.R. (2008). Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 6(5), 269–288. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2008.12.004>
- Grisé, J. (2014). *Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé : Communication et gestion du trouble de comportement* [Livre numérique]. Chronique Sociale.
- Hajjar, R. R., & Kamel, H. K. (2003). Sexuality in the nursing home, part 1: Attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(3), 152-156. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000061465.00838.57>
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. [Brochure]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018_05/parcours_de_soins_patients_tncma.pdf
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2004). Hypersexuality and dementia: Dealing with inappropriate sexual expression. *British Medical Journal*, 329, 1330–1334
- Huang, J. (2023). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Le Manuel Merck. Version pour professionnels de la santé*. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/sympt%C3%B4mes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-d%C3%A9mence>

- International Psychogeriatric Association. (2015). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD Specialists Guide* (p. 251). https://www.ipa-online.org/UserFiles/file/IPA_BPSD_Specialists_Complete_Guide_Online_2015_Final.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Bilan démographique Québec, édition 2023* [Fichier PDF]. Récupéré sur <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>
- Imbault-Huart, C. (2018). Les comportements sexuels inappropriés chez la personne âgée démente : Prévalence, impact sur les aidants, rôle du médecin traitant. *Science du Vivant* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418157/document>
- Joller, P., Gupta, N., Seitz, D. P., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. S. (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 59(3), 255–260.
- Kathleen, S., Mayers, P., & McBride, D. (1998). Sexuality training for caretakers of geriatric residents in long term care facilities. *Sexuality and Disability*, 16(3), 227–236. <https://doi.org/10.1023/A:1023003310885>
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity, and intimacy in the elderly. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 300–306. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.91902>
- Kindrat, A., & Frank, C. (2023). Prise en charge pharmacologique des comportements sexuels inappropriés des résidents en soins de longue durée. *Perles gériatriques. Canadian Family Physician*, 69(10), e202.
- Knight, C., Alderman, N., Johnson, C., Green, S., Birkett-Swan, L., & Yorstan, G. (2008). The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): Development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(2), 129–159.
- Laflute-Maurette, A.-M. (2020). La sexualité de la personne âgée : Intervention auprès de professionnels en maison de retraite. Dans *Guide d'éducation à la sexualité humaine, à l'usage des professionnelles* (Chap. 12, pp. 203-206). Éditions ERES.
- Laumann, E. O., Das, A., & Waite, L.J. (2008). Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S probability sample of men and women 57-85 years of age. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2300-2311. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x>
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer et M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). American Psychological Association. <https://doi-org.proxy.cegepat.qc.ca/10.1037/10044-020>
- Lefebvre des Noëttés, V. et Gauillard, J. (2015). Sexualité et avancée en âge. *L'information psychiatrique*, 91, 740-746. <https://doi-org.proxy.cegepat.qc.ca/10.1684/ipe.2015.1400>

- Légaré, J. (2003). Un siècle de vieillissement démographique (p.176-192). Dans C. Bourdais, C., et Piché, V. (Éds.). *La démographie québécoise : Enjeux du XXI^e siècle*. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.23973>.
- Lyketsos, C. G., Carrillo, M. C., Ryan, J. M., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., Cedarbaum, J., Brashear, R., & Miller, D. S. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's et Dementia*, 7(5), 532-539. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.2410>
- Matteau, S., Beaulieu, Y., Hamel, G., Robin, G., et Beaupré, C. (2017). *Portrait des comportements sexuels chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) : pour une meilleure compréhension*. Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. https://laressource.ca/images/ressources/Guide_soutien_Portrait_comportements_sexuels_DI_TSA_2017.pdf
- Masson, H. (2018). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [Diapositives PowerPoint]. Centre Hospitalier Universitaire de Montréal et Institut de Gériatrie de Montréal.
- McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging et Mental Health*, 23(4), 393–403. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: État cognitif et comportemental – Agitation dans les démences. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec.
- Masters, W., & Johnson, V. (1981). Sex and the aging process. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29(6). DOI: [10.1111/j.1532-5415.1981.tb02375.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1981.tb02375.x)
- Mulligan, T., & Katz, M. (1988). Erectile failure in the aged: Evaluation and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(1), 54-62. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb03434.x>
- Nicolosi, A., Laumann E. O., Glasser, D.B., Moreira, E. D., Jr, Paik A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfonctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5). 991-997. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055>
- Nolan, M., Davies, S., & Brown, J. (2006). Transitions in care homes: Towards relationship-centred care using the 'Senses Framework'. *Quality in Ageing and Older Adults*, 7(3), 5-14. <https://doi.org/10.1108/14717794200600015>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : Lignes directrices*. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Evaluation_psychoeducative_2014.pdf

- Ozkan, B., Wilkins, K., Muralee, S., et Tampi, R.R. (2008). Pharmacotherapy for inappropriate sexual behaviors in dementia: A systematic review of literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(4), 344–54. <https://doi.org/10.1177/1533317508318369>
- Réseau Universitaire intégré de santé et de services sociaux, Université de Montréal. (2022). *Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) ou au délirium en soins de courte durée* (61 pages). https://ruisss.umontreal.ca/wp-content/uploads/2023/01/rapport_RUISSS_UdeM_vieillissement_SCPD.pdf
- Rey, S. (2015). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre de soins de longue durée* [Guide de pratique clinique pour les infirmières, PDF]. Conseillère en soins infirmiers – Direction SAPA. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf
- Ribes, G. (2012). Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie et société*, 35(140), 159-169. <https://doi.org/10.3917/g.s.140.0159>
- Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x>
- Saidlitz, P., et Cransac, C. (2020). Sexualité et soins aux personnes hospitalisées en unité cognitivocomportementale. *Soins Gérontologie*, 25, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2020.06.004>
- Séguin, A-M., Van Pevenage, L., et Dauphinais, C. (2018). La plupart des personnes très âgées vivent-elle en CHSLD ? Dans V. Billette, P. Marier, et A-M. Séguin (dir.), *Les vieillissements sous la loupe. Entre mythes et réalités*. (p.65-75). Presses de l'université de Laval.
- Société Alzheimer. (2018). Maladies neurodégénératives, intimité et sexualité. https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Conversations-maladies-neurodégénératives-intimité-et-sexualité_Société-Alzheimer-du-Canada.pdf
- Société Alzheimer Canada. (2022). Les troubles neurocognitifs au Canada : Quelle direction à l'avenir ? https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1_Societe-Alzheimer-Canada.pdf
- Squelard, A., Jones, H., Bangash, F., & Gude, J. (2021). Treatment and management of sexual disinhibition in elderly Patients with neurocognitive disorders. *Cureus*, 13(10), <https://doi.org/10.7759/cureus.18463>
- Squelard, G., Missotten, P., Ylieff, M., Di Notte, D., Paquay, L., De Lepeleire, J., Buntinx, F., et Fontaine, O. (2009). Prévalences des troubles psychologiques et comportementaux de la démence en fonction du stade évolutif. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 14 (3), 22-31. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/67929/1/RFCCC%202009%20publi%c3%a9.pdf>
- Series, H., & Dégano, P. (2005). Hypersexuality in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), 424-431. <https://doi.org/10.1192/apt.11.6.424>

- Towler, L. B., Graham, C. A., Bishop, F. L., & Hinchliff, S. (2021). Older adults' embodied experiences of aging and their perceptions of societal stigmas toward sexuality in later life. *Social Science et Medicine*, 287, 114355. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114355>
- Thom, R.P., Grudzinskas, A.J., et Saleh, F.M. (2017). Sexual Behavior Among Persons With Cognitive Impairments. *Current Psychiatry Reports*, 19(25). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0777-7>
- Tsatali, M. S., Tsolaki, M. N., Christodoulou, T. P., & Papaliagkas, V. T. (2010). The Complex Nature of Inappropriate Sexual Behaviors in Patients with Dementia: Can We Put it into a Frame? *Sexuality and Disability*, 29(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9187-z>
- Trudel, G. (2018). *Vie de couple, sexualité et bien vieillir. Tome 1 : Les études et les recherches sur la vie de couple, la vie sexuelle et la vie psychologique des retraités et des aînés*. Saint-Denis : Edilivre.
- Tosto, G., Talarico, G., Lenzi, G. L., & Bruno, G. (2008). Effect of citalopram in treating hypersexuality in an Alzheimer's disease case. *Neurological Sciences*, 29(4), 269-270. <https://doi.org/10.1007/s10072-008-0979-1>
- Tuncer, M., et Yeşiltepe Oskay, Ü. (2022). Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(3), 309-318. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270>
- Turmel, N. (2009). « La déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement : Tout un monde à découvrir : L'approche multimodale », *En pratique, exercice professionnel de la psychoéducation*, 10,15.
- Verreault, P., Turcotte, V., & Marie, M. (2021). Efficacy of cognitive-behavioural therapy interventions on reducing burden for caregivers of older adults with a neurocognitive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(1), 19–46. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1819867>
- Vérificateur général du Québec. (2012). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013 : Vérification de l'optimisation des ressources. Personnes âgées en perte d'autonomie. Chapitre 4, p.6. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 éd.). ERPI.
- Wornell, D. (2013). *Sexuality and dementia: Compassionate and practical strategies for dealing with unexpected or inappropriate behaviors*. Demos Medical Publishing.
- Zeiss, A. M., Davies, H.D., Tinklenberg, J. R. (1996). An observational study of sexual behavior in demented male patients. *The Journals of Gerontology: Series A*, 51A(6), M325-M329. <https://doi.org/10.1093/gerona/51A.6.M325>