

AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

- MAI 2016 -

Comment les équipes soignantes peuvent-elles faire face aux comportements sexuels de résidents désinhibés liés à des pathologies démentielles, ou à des comportements avec une incertitude quant au consentement de l'un des résidents ? Comment y faire face dans le cadre des soins et de la vie collective en EHPAD, dans le cadre de l'institution hospitalière ? Quels questionnements éthiques cela pose-t-il ?

Ce questionnaire est par ailleurs élargi à tout comportement inadapté à la vie en collectivité en EHPAD et inclut la question de l'information aux familles.

Plan de l'avis :

| | |
|---|---------|
| Introduction : le questionnaire. | Page 2 |
| <u>I – LA SEXUALITE DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION.</u> | |
| Vieillesse et sexualité : entre réalité et tabou. | Page 4 |
| Sexualité des personnes âgées : les enjeux de sa reconnaissance. | Page 5 |
| Sexualité des personnes âgées en EHPAD : les difficultés posées. | Page 6 |
| <i>Les difficultés que l'EHPAD pose à la sexualité.</i> | Page 6 |
| <i>Les difficultés que la sexualité pose à l'EHPAD.</i> | Page 7 |
| <u>II - LES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIES DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION.</u> | |
| Démence et sexualité. | Page 8 |
| <i>Hypersexualité et comportements sexuels inappropriés</i> | Page 8 |
| <i>Sexualité, démence, handicap.</i> | Page 9 |
| Consentement mutuel. | Page 10 |
| Réactions et postures des professionnels. | Page 11 |
| Responsabilité des professionnels et de l'établissement. | Page 12 |
| <u>III - FAIRE FACE AUX COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIES EN EHPAD.</u> | |
| Se former. | Page 13 |
| Repérer, diagnostiquer, délibérer collégialement. | Page 13 |
| Recourir à des acteurs-ressources. | Page 14 |
| Prendre en charge : approche comportementale, approche médicamenteuse. | Page 14 |
| Informers les familles. | Page 15 |
| Proposer des dispositifs spécifiques. | Page 15 |
| Conclusion : au cas par cas. | Page 16 |

INTRODUCTION : LE QUESTIONNEMENT.

Plusieurs professionnels hospitaliers et médico-sociaux sollicitent la commission consultative d'éthique suite à des situations difficiles induites par les troubles sexuels de deux résidents déments d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)¹. Ces comportements sexuels sont estimés inadaptés à la vie en collectivité.

Le premier cas est celui d'un homme d'une soixantaine d'années, en rupture familiale, sous tutelle, dont les revenus sont issus de l'aide sociale. Il vivait au préalable en foyer d'adultes pour hommes. Malgré son âge (jeune pour une demande de résidence en EPHAD), son dossier a été validé par la commission d'admission. Lors de l'entretien de préadmission, le patient n'est pas resté jusqu'au bout, le test de mémoire (MMS) n'a donc pas pu être réalisé.

Il a été amené par un professionnel du foyer et sa tutrice (tutrice non familiale issue d'une association extérieure). Peu d'éléments sont connus à son sujet - sa tutrice, qui a récemment changé, ne dispose que de peu d'informations. Il est rapporté à l'équipe de l'EHPAD que ce monsieur est tabagique et qu'il aime faire des mots fléchés/croisés ; il n'a par ailleurs qu'un traitement médicamenteux pour troubles du sommeil. Il ne correspond pas au profil type du résident en EHPAD puisque la moyenne d'âge est de 85 ans et que la population accueillie est majoritairement féminine. Les deux premiers jours, l'homme a beaucoup dormi, puis le week-end est arrivé et il a présenté un comportement sexuel désinhibé, à commencer par des propositions aux membres de l'équipe (ceux-ci étant capables de les refuser) puis aux résidentes (moyenne d'âge de 85 ans) parmi lesquelles des résidentes déambulantes, d'autres capables de comprendre mais incapables de se déplacer, d'autres encore avec troubles cognitifs. Il a tenté quelques gestes déplacés (palpation des seins par exemple), des attouchements ; ses demandes étaient explicites et certains gestes choquants. Il faisait même ses propositions la nuit, créant alors une sorte de peur et de panique chez les résidentes. Il est apparu de plus en plus désinhibé allant jusqu'à la masturbation en public pendant les repas par exemple, mais aussi n'importe où et devant n'importe qui.

Les équipes sont gênées au regard de la multiplicité des partenaires, des démonstrations publiques, des problèmes liés au manque d'hygiène ... Rien ne laissait présager un tel comportement (qui dure). Ce résident perturbe la vie collective, l'équipe doit prendre en charge des résidentes qui pleurent, qui ont peur, certaines familles expriment elles aussi leur mécontentement.

Les examens médicaux n'ont révélé aucun désordre biologique (il n'a pas été vu par un andrologue). Son traitement a été analysé, il ne peut pas générer ce type de troubles.

Une discussion a été amorcée avec le patient mais il a tout nié. A priori, le résident n'a pas conscience de ce qu'il fait. Il lui a toutefois été expliqué que son comportement n'était pas correct et que cela ne pouvait continuer ainsi. La tutrice du patient a elle aussi été interrogée et a été surprise. Le médecin-référent, gériatre de l'EHPAD, a consulté plusieurs collègues qui ont conseillé une castration chimique², hypothèse déconseillée par le psychiatre. L'équipe a estimé que ce serait vécu comme une altération de sa liberté (les soignants s'interrogent : « peut-on le priver de ça quand ses seuls plaisirs sont la cigarette, les mots fléchés et le sexe? »). Le confrère psychiatre a préconisé un antidépresseur avec un effet calmant les ardeurs sexuelles. Le résident est aujourd'hui sous traitement³ (il n'y est pas opposé) ; les doses ont été augmentées progressivement jusqu'au seuil maximal, avec peu d'effet notable sur son comportement. Il s'est quelque peu calmé mais maintient ses propositions aux nouvelles résidentes.

L'équipe en a reparlé avec la tutrice, le retour en foyer est inenvisageable. Le médecin et l'équipe s'interrogent : *A-t-on le droit de faire une castration chimique à un homme de cet âge ? Décision difficile pour le médecin et pour l'équipe. Comment faire pour qu'il ait un comportement socialement acceptable ?*

¹ "Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), anciennement dénommé "maison de retraite", est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées. Pour être accueilli en Ehpad, il faut : avoir plus de 60 ans et être dépendante, c'est-à-dire être en perte d'autonomie. Un Ehpad peut être public, associatif ou géré par une entreprise privée." <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

² Il est à noter que la castration chimique ne peut pas être réalisée sans le consentement éclairé du patient. On ne peut soigner sans consentement qu'en cas d'urgence vitale.

³ Antidépresseur, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (Sertraline), avec des effets secondaires sur la sexualité.

Un second cas concerne une femme de plus de 85 ans qui semblait réservée, parlant peu, présentant des troubles cognitifs (atteinte de la maladie d'Alzheimer, avec une démence relativement avancée). Elle vivait préalablement au domicile de son fils, plutôt réticent à l'entretien de pré-admission, décrivant sa maman comme quelqu'un qui parlait peu et qui ne se déplaçait presque pas. L'équipe a été surprise de découvrir les premiers jours une dame charmante, souriante, qui progressivement parlait et déambulait un peu. Et, de la même manière, un week-end peu après son arrivée, elle a présenté un comportement sexuel désinhibé, abordant tout le monde, hommes comme femmes, personnels et résidents pour formuler des propositions, les caresser, les emmener dans sa chambre, les embrasser, jusqu'à ce qu'elle soit retrouvée au lit avec un résident consentant (presque tous les hommes de l'EHPAD sont devenus demandeurs). Ses partenaires sont également multiples (elle a régulièrement plusieurs partenaires par jour) et les relations se font n'importe où (pas uniquement dans l'intimité de sa chambre), à la vue de tous.

Cela pose également des problèmes d'hygiène (de nombreuses personnes âgées ont des protections, il faut nettoyer après les rapports sexuels).

Se demandant si l'histoire de vie de la patiente pourrait expliquer un tel comportement, le médecin en a parlé avec son fils qui ne comprend pas (il n'y a, a priori, aucun antécédent de ce type). Le psychiatre a été consulté, il dit avoir rarement vu cela. Elle ne prend par ailleurs aucun traitement qui pourrait induire cette attitude. Il est difficile d'en discuter avec elle au vu de ses troubles cognitifs. Son comportement semble lié à ses troubles cognitifs et, de ce fait, les professionnels s'interrogent : « a-t-elle conscience de ce qu'elle fait ? ». Par ailleurs, elle semble « heureuse » et son état physique s'est amélioré. Un traitement par antidépresseur a été mis en place, mais il ne semble pas efficace dans son cas non plus. En revanche, contrairement au premier résident, elle ne nie pas son comportement. La patiente s'est ensuite fracturé le col du fémur.

Les comportements sexuels désinhibés posent la question du niveau de conscience et le problème du consentement (y-a-t-il vraiment consentement éclairé chez ces patients présentant des troubles cognitifs ?). Dans le premier cas (propositions de l'homme), les femmes sont rarement consentantes (ce qui pose de nombreux problèmes) alors qu'à l'inverse, dans le second cas (propositions de la dame), presque tous les hommes le sont. Ce qui dérange l'équipe, au-delà du regard moral (multiplicité des partenaires et rapports sexuels en tout lieu), c'est l'incompatibilité avec la vie collective : cela remet en cause la sécurité des résidents et la préservation de leur tranquillité (ils sont régulièrement choqués). D'autant plus que ces 2 patients sont dans des chambres doubles. L'équipe doit parfois les enfermer, pour un court moment, mais cela gêne les soignants.

La situation peut faire sourire, voire rire ; elle place le secteur de l'EHPAD « à la risée » des autres services gériatriques. De manière générale, la sexualité des personnes âgées représente un sujet tabou. Certes, il est fréquent que des couples soient hébergés ou se forment en EHPAD, et cela ne pose pas de problème (sauf dans le cas des chambres doubles partagées par des personnes qui ne sont pas en couple ensemble). Néanmoins, ici, face à ces comportements sexuels désinhibés, à la peur et au désaccord de certaines résidentes (dans le premier cas), à la multiplicité des partenaires, au manque de pudeur (à la vue de tous) et au problème d'hygiène (nécessité de nettoyer après les rapports), les professionnels sont choqués et démunis. A cela s'ajoute également les réactions des visiteurs. Que faire ? Les demandeurs ont à cœur de traiter au mieux ces 2 cas qui pourront faire « jurisprudence » dans l'EHPAD car de plus en plus de personnes « jeunes » rentrent en EHPAD. Leur objectif reste de protéger tous les résidents dans le respect de leurs libertés individuelles.

Comment les équipes soignantes peuvent-elles faire face aux comportements sexuels de résidents désinhibés et liés à des pathologies démentielles, ou à des comportements sexuels avec une incertitude quant au consentement de l'un des résidents ? Comment y faire face dans le cadre des soins et de la vie collective en EHPAD, dans le cadre de l'institution hospitalière ? Quels questionnements éthiques cela pose-t-il ?

Ce questionnement est par ailleurs élargi à tout comportement inadapté à la vie en collectivité en EHPAD et inclut la question de l'information aux familles. Pour « la paix du service », il a été décidé de ne rien dire aux familles sauf si les résidentes qui ont subi des attouchements vont mal et que cela perdure. Jusqu'où va la transparence ?

Afin de cerner la spécificité des comportements sexuels inadaptés des personnes âgées en EHPAD et de proposer des pistes de réflexion et d'action pour y faire face, nous proposons de nous intéresser d'abord à la sexualité des personnes âgées. Cela nous permettra d'appréhender les difficultés, la complexité et les enjeux éthiques liés à ce sujet. Plusieurs articles ont été consultés pour réaliser cet avis (les citations sont en gris) ; trois personnes-ressources ont été contactées (directeur d'EHPAD, neurologue exerçant en hôpital et en EHPAD, psychomotricien).

1. LA SEXUALITE DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

Vieillesse et sexualité : entre réalité et tabou.

La sexualité des personnes âgées est un sujet présent dans la littérature gérontologique et gériatrique (médicale, paramédicale, éthique) ; toutefois il est présenté comme demeurant *tabou* : « Parler de sexualité et de vieillissement est encore, en 2014, un sujet tabou »⁴. En atteste également le titre d'un article de 2005 : « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances »⁵.

Ce caractère transgressif entraîne la méconnaissance de la réalité d'une sexualité des personnes âgées, son déni et parfois son empêchement : « La sexualité des personnes âgées vivant en maison de retraite est un sujet méconnu pour ne pas dire encore tabou », « les relations sexuelles existent en EHPAD mais (qu')elles sont déniées, annulées plus ou moins inconsciemment par l'ensemble des personnels qui y travaillent »⁶. Il arrive souvent, et notamment pour des personnes mises sous tutelle, que : « les soignants s'autorisent, au nom de la protection de la personne, d'interdire telle ou telle relation amoureuse ... »⁷.

Pourquoi donc cette idée d'interdit, au-delà de la pudeur que pourrait appeler un tel sujet ? En 1999, une étude avait été menée pour mesurer la tolérance à l'expression de la sexualité des résidents de maison de retraite à la fois des personnels, des résidents eux-mêmes et des conjoints vivant dans la même communauté, montrant que les facteurs de tolérance étaient générationnels, éducationnels et religieux⁸. L'article de 2005 cité ci-dessus montre que : « le regard posé sur la sexualité des plus âgés est tributaire de la place qui leur est donnée dans la société en général. (...) La vieillesse suggère déclin et décrépitude, la descente inévitable, l'approche de la fin irrévocable ... » **et, plus loin, allant jusqu'à évoquer le phénomène d'âgisme**⁹ : « La vieillesse, on préfère l'exclure, l'éloigner, l'assimiler à la mort ; la sexualité, au contraire, c'est la vie ... »¹⁰.

Dans un texte récent, l'on peut lire que « la perception de la vieillesse reste variable selon le sexe, les conditions et l'hygiène de vie, les préjugés ou encore la culture religieuse ». Mais là aussi, tout comme l'on rapproche la sexualité et la vie, un lien est fait entre sexualité et procréation : « Il y a encore peu, la notion de plaisir chez les personnes âgées passait, aux yeux de la société, au second plan, car c'était la fonction de procréation qui prédominait »¹¹. Les représentations de la sexualité des personnes âgées demeurent péjoratives (elle est *déplacée, ridicule, transgressive*), parce qu'on associe la sexualité à la jeunesse : « Notre inconscient collectif entretient une image hollywoodienne de la sexualité, éternellement figée dans le destin de ceux qui resteront à jamais jeunes et beaux »¹².

⁴ « Vieillesse et sexualité » dans le dossier *Les répercussions du vieillissement* – Caroline PLAZA – Dans *l'Aide-soignante*, décembre 2014.

⁵ « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

⁶ « Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution » - T. DARNAUD, S. SIRVAIN, V.IGIER, M. TAITON – dans *Sexologies*, octobre 2013

⁷ « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

⁸ « Comparison between caregivers', residents', and community-dwelling spouses' opinions about expressing sexuality in institutional setting » – MC GIBSON, N. BOL, MG WOODBURY, C. BEATON, C. JANKE – *Journal of gerontology nursing*, 1999, cite dans l'article "Sexualité et démences"

⁹ « La nuit tous les vieux sont gris », Jérôme PELLISSIER, éditions du Bibliophane, 2003 – cité dans l'article référence en note 5.

¹⁰ « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

¹¹ « Vieillesse et sexualité » dans le dossier *Les répercussions du vieillissement* – C. PLAZA – Dans *l'Aide-soignante*, déc. 2014.

¹² COLSON (2007) cité dans « Quelle sexualité autorise l'institution à ses résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ? » - Marie-Claude MIETKIEWICZ – dans NPG, 2008.

Ainsi, de manière générale, « Le refus de la sexualité en gériatrie relève du stéréotype culturel et des tabous individuels et collectifs »¹³, parmi lesquels l'interdit culturel fort qui porte sur la sexualité de nos parents à laquelle nous assimilerions la sexualité des plus âgés¹⁴. Certains parlent également de refoulement et de projection : « La vision oscille entre refoulement brut (les vieux n'ont pas de sexualité et ne doivent pas en avoir), refoulement nuancé (les vieux ont dépassé la sexualité, ils vivent un amour tendre et serein, plein de tendresse et de câlins, mais sans sexe) et projection (les vieux ont droit à la même sexualité que les « adultes » et doivent donc la vivre et en parler comme des « adultes »)¹⁵. Si bien que la question est posée de savoir si le droit à la sexualité pour les aînés est un droit à la différence ou à la ressemblance, en référence aux « adultes » pris ici pour norme, comme un groupe social distinct.

Et pourtant, « tous les spécialistes, du sexologue au psychologue, s'accordent à dire que les besoins sexuels ne disparaissent pas au fil des ans. Ils peuvent diminuer en intensité ou en fréquence, mais ils continuent à s'exprimer à tout âge, même très avancé. De plus, la séduction est toujours présente (...) »¹⁶. Autrement dit, « le potentiel sexuel et le plaisir érotique persistent jusqu'à la mort en dépit des modifications associées au vieillissement », sachant que « dans les deux sexes, les modifications liées à l'âge sont variables d'un individu à l'autre, mais dépendent largement de la vie sexuelle antérieure, de la persistance ou non d'une activité sexuelle et du bien-être psychologique »¹⁷. Cela dit, pour certaines personnes âgées, « les modifications de l'image corporelle du partenaire ou de la leur, les troubles liés à la ménopause ou à l'andropause, une certaine fragilité psychologique, certaines pathologies (de type Alzheimer ou apparentées) peuvent entraîner une baisse ou une absence de désir sexuel »¹⁸. Ainsi, le vieillissement peut ralentir et réduire l'activité sexuelle, mais il ne l'empêche pas.

Pour certains, le désir sexuel fait partie de ce qu'ils nomment la *pulsion de vie*¹⁹. Les personnes âgées demeurant des êtres sexués, d'autres parlent de *besoin fondamental*²⁰ et de *besoin nature*²¹. D'autres encore l'incluent dans le besoin affectif et relationnel : « La sexualité ne se réduit pas à la réalisation active d'un coït. Le besoin d'amour et d'attachement, les manifestations de tendresse physique, les caresses, les baisers, les étreintes en font partie intégrante de même que les fantasmes ou l'intérêt pour les productions érotiques ... Ainsi comprise, la sexualité joue un rôle essentiel dans l'économie psychique de l'individu (sentiment d'identité, d'autonomie, besoin d'amour et d'attachement) comme dans sa vie relationnelle (recherche d'affection, de cohésion, de partage des émotions) ce que traduit le concept anglo-saxon d'*intimacy*, plus large que celui du terme français d'intimité »²². Pour le dire autrement, « Une des dimensions de la **vie privée et intime** de la personne est sa vie affective et sexuelle »²³.

Sexualité des personnes âgées : les enjeux de sa reconnaissance.

Si la sexualité des personnes âgées relève encore de l'interdit moral et social ou, du moins, de ce qui doit rester caché, en reconnaître la réalité a pourtant des enjeux pour les personnes âgées hébergées en institution et pour les professionnels qui travaillent au sein de l'institution : les premiers sont respectés dans leur globalité de sujets humains (et certains de parler de vision holistique de la personne, « propice au respect des droits et du bien-être sexuels des résidents »²⁴), les seconds peuvent réagir de manière adaptée à des situations relatives à la sexualité. D'où la nécessité de former les professionnels sur laquelle nous reviendrons dans la dernière partie de cet avis : « Les responsables des EHPAD doivent réfléchir aux conséquences de l'absence de formation des professionnels qui sont

¹³ « Le soignant face à la sexualité en EHPAD » - Roselyne VASSEUR, sous-direction des personnes âgées, service des EHPAD – Centre d'action sociale de la ville de Paris – Salon infirmier : journées nationales d'études des 14, 15 et 16 octobre 2015.

¹⁴ « Quelle sexualité autorise l'institution à ses résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ? » - M-C. MIETKIEWICZ – NPG, 2008.

¹⁵ « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

¹⁶ « La sexualité des personnes âgées en institution » - Abdelaziz DJELLAL et Caroline PLAZA – dans *L'Aide-soignante*, avril 2013.

¹⁷ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

¹⁸ « Vieillesse et sexualité » dans le dossier *Les répercussions du vieillissement* – C. PLAZA – Dans *L'Aide-soignante*, déc.2014.

¹⁹ « Le soignant face à la sexualité en EHPAD » - Roselyne VASSEUR, cité en note 13.

²⁰ « Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution » - T. DARNAUD, S. SIRVAIN, V. IGIER, M. TAITON – dans *Sexologies* volume 22, numéro 4, octobre 2013.

²¹ « La sexualité de nos aînés en institution de soins » – Claire OLLAGNIER, Evelyne CETOUT, Marylène COUTINEAU, - dans *la revue de l'infirmière*, décembre 2011.

²² « Sexualité et démences » cité en note 17.

²³ « Les problématiques éthiques liées à la personne âgée dépendante » - Espace éthique en Bourgogne et Franche-Comté, 2015.

²⁴ « L'avis sexologique : un outil de réflexion et d'action pour les soignants » - H. DIONNE, M. DUPRAS – dans *Sexologies* 2008.

quotidiennement confrontés à l'expression de la sexualité des personnes âgées. Continuer à la garder cachée, taboue, confère un caractère répressif à l'établissement, lui permettre de prendre une place légitime, de s'épanouir n'est pas quelque chose qui s'improvise »²⁵. Il est donc question de compétences à acquérir et d'organisation à mettre en place pour permettre à l'institution de jouer pleinement son **rôle d'hébergement** vis-à-vis des résidents. Si, par leur dépendance et leur fragilité, ceux-ci sont parfois des patients que l'on soigne, ils sont d'abord et toujours des résidents.

Or, l'on pose sur la vieillesse un regard connoté *a priori* par la maladie et la fin de vie. C'est pourquoi la fédération nationale de gérontologie a écrit une charte qui situe **la vieillesse dans une continuité** (et non comme l'étape ultime) : « La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement »²⁶. Cela présente un intérêt direct pour l'accueil et la prise en charge des personnes âgées en EHPAD, car l'EHPAD n'est pas l'hôpital. Et, en effet, « (...) cette négation de la sexualité découle du fait que les personnes âgées sont perçues non plus comme des sujets mais comme des malades par les soignants. Si cette position semble normale à l'hôpital, elle est beaucoup plus critiquable en maison de retraite »²⁷.

Par leurs projets, leurs actions et leurs postures, les responsables et les professionnels de l'EHPAD doivent donc permettre aux résidents d'**habiter** l'EHPAD, l'EHPAD étant *leur* lieu de vie, avec des espaces personnels et des espaces collectifs. Cela relève de la qualité de vie, une qualité qui peut être favorisée ou freinée en fonction des représentations de chacun et du respect porté aux personnes âgées. Vulnérables, fragiles, dépendantes, malades, démentes, elles restent des individus adultes. Les écueils de désobjectivation et d'infantilisation des personnes âgées par les personnels sont à prévenir.

En 2011, l'ANESM a produit des recommandations quant à l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne en EHPAD. On peut y lire la définition suivante : « habiter un lieu, c'est exister et prendre place dans la société, c'est pratiquer les usages communs du quotidien qui sont directement liés à l'habitat », parmi lesquels on trouve « avoir une intimité »²⁸. Dans cette perspective, « les soignants ne doivent pas perdre de vue qu'aimer est possible à tout âge et, en qualité de professionnels du soin, ils mettent de côtés leurs convictions personnelles en la matière. Ils doivent tout faire pour que soit respectée l'intimité du résident lorsqu'il est dans sa chambre qui est son lieu de vie »²⁹. Il s'agit donc de préserver et de respecter le droit à l'intimité, comme cela est indiqué dans la Charte des droits et libertés de la personne accueillie³⁰. Cela s'inscrit dans le cadre des droits des usagers et, plus largement, dans le cadre de services médico-sociaux en accord avec l'humanité et la dignité des personnes, comme indiqué dans le travail mené par l'espace éthique de Bourgogne Franche-Comté : « Les résidents sont non seulement des citoyens à part entière et donc des sujets de droits, mais ils sont aussi et surtout des personnes, souvent fragilisées et vulnérables, ayant besoin du réconfort que procure une intimité respectée ». Pour autant, « Vivre son intimité dans un environnement collectif est difficile. La surveillance des professionnels, la proximité des autres résidents, l'environnement spatial en constituent les principaux obstacles »³¹.

²⁵ « Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution » - T. DARNAUD, S. SIRVAIN, V.IGIER, M. TAITON – dans *Sexologies*, octobre 2013.

²⁶ « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_pdf/charte_integrale_2007.pdf

²⁷ « Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution » cité en note 19.

²⁸ « Qualité de vie en Ehpads (volet 2. Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne) » - ANESM Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

²⁹ « Vieillesse et sexualité » dans le dossier *Les répercussions du vieillissement* – C. PLAZA – Dans *l'Aide-soignante*, déc. 2014.

³⁰ www.social-sante.gouv.fr

³¹ « Qualité de vie en Ehpads » - ANESM, cité en note 28.

Sexualité des personnes âgées en EHPAD : les difficultés posées.

Les difficultés que l'EHPAD pose à la sexualité.

Comme nous l'avons montré, « Aujourd'hui encore, de nombreuses maisons de retraite ne tolèrent pas les relations sexuelles entre leurs résidents : ici les différentes dimensions de la sexualité s'entrechoquent : sociale (comment va-t-on réagir face aux reproches éventuels des enfants qui peuvent craindre pour leur héritage ?), morale (la sexualité est réservée aux jeunes), médicales (n'y a-t-il pas des risques lorsqu'on est âgé ?), religieuse (la sexualité est ici dissociée de la procréation) »³². Il nous faut ajouter la dimension historique qui vient nous éclairer quant au caractère répressif du lieu. Car « en France, nos maisons de retraite sont les héritières des hospices du XIX^e siècle : destinés à une population marginalisée, rejetée, ils fonctionnaient bien souvent sur un mode quasi-carcéral où le contrôle était de bon ton. La vie intime était limitée par l'architecture (les dortoirs), les activités (à but occupationnel) et les caractéristiques de l'institution (souvent liées à un ordre religieux). Et malheureusement, force est de constater qu'à l'issue de 25 années d'effort d'adaptation des établissements par des phases successives d'humanisation et de médicalisation, les pratiques « sécuritaires » n'ont pas été éradiquées. De ce fait, très souvent, on dénie à la personne âgée la possibilité de prendre seule des décisions, sous prétexte qu'elles représentent un « risque potentiel » ; ainsi même la gestion des relations peut être contrôlée par l'institution »³³.

Dans son état des lieux, l'espace éthique de Bourgogne Franche-Comté souligne la contrainte des règles de la vie collective et l'obstacle qu'il constitue pour l'intimité des résidents : « la vie en institution gériatrique est codifiée par des lois, règles, normes, protocoles, bonnes pratiques, chartes, qui assurent une cohérence au fonctionnement de l'ensemble des établissements médico-sociaux. (...) En tant que collectivité, l'établissement fonctionne selon des règles et chaque personne âgée affronte, à la fois, la présence du personnel et celle des autres résidents. Comment s'articule alors la nécessaire intimité de chaque individu avec les contraintes de la vie collective ? ». Comment concilier, en effet, les exigences personnelles et collectives, l'intimité des personnes et les impératifs qui s'imposent au bon fonctionnement institutionnel : « impératifs collectifs, médicaux, sécuritaires et organisationnels » ? L'écueil de la dépersonnalisation est plus particulièrement mis en exergue dans ce texte, en référence à une étude de Goffman³⁴, et en partant de la question suivante : « les exigences collectives ne portent-elles pas atteinte à l'identité de la personne âgée ? ». On comprend ainsi que la multiplicité des contraintes, des missions et des valeurs de l'EHPAD posent des questions de priorisation et de conciliation. C'est le cas lorsque la mission de protection des personnes (protection qui passe par la surveillance) se heurte à la préservation de l'intimité et limite autonomie et liberté. « L'institution gériatrique maison de retraite se situe dans l'ambiguïté de ce carrefour entre lieu de vie, lieu de soin et lieu de mort. Elle oscille entre la volonté de préserver l'intimité et le devoir de l'enfreindre en permanence (...). L'espace privé est anéanti dans les moindres recoins (...). A la différence d'un domicile ou même d'un espace hôtelier, les intervenants se trouvent dans la nécessité, pas toujours justifiée, de pénétrer sans cesse cet espace. Le vieillard devient un individu public »³⁵.

De la même manière, un article de 2008 montre l'importance de la conception architecturale et sa responsabilité (éviter les angles morts et les recoins) et insiste sur le glissement potentiel de l'intention bienveillante de la protection vers la maltraitance ; il parle de « mission paradoxale de l'institution gériatrique : lieu de vie, elle se doit de préserver l'intimité des résidents, lieu de soins, elle est obligée de l'enfreindre et devient alors maltraitante ». Les chambres incarnent cette contradiction de par leurs multiples fonctions : à la fois habitats privés, parfois espaces partagés avec un autre résident, également lieux d'exercice professionnel pour les différents personnels de l'institution. Par conséquent, « on ne peut les penser comme des lieux possibles d'exercice de la sexualité »³⁶.

³² « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

³³ « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

³⁴ « Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux » - Erving GOFFMAN, Editions de Minuit, Paris 1968 (1^{ère} éd. 1961).

³⁵ *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et sociaux, obligations de soins et de sécurité*, Conférence de consensus (Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Paris, 24 et 25 novembre 2004) – ANAES et FHF

³⁶ « Quelle sexualité autorise l'institution à ses résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ? » - Marie-Claude MIETKIEWICZ – dans *NPG*, 2008.

Ainsi, comment trouver une juste mesure qui permette d'assurer la sécurité des personnes âgées en EHPAD et, à la fois, de respecter leur vie privée ? (Dans certains EHPAD, cette possibilité d'espace et de vie privés est symbolisée, par exemple, par une clé de chambre remise au résident, sous réserve de sa capacité à la gérer). Comment assurer leur protection sans rendre les personnes « transparentes » ? Pourquoi une personne âgée ne pourrait-elle garder la part de mystère et de secret qui nous caractérise dans nos singularités ?

Les difficultés que la sexualité pose à l'EHPAD.

« C'est surtout lorsque la personne est atteinte de troubles cognitifs que la sexualité peut poser problème dans la structure :

- La masturbation du résident en public ;
- Le résident qui va se coucher dans le lit d'une résidente (qui n'est pas d'accord) ;
- Des manifestations de plaisir lors des soins de *nursing* ;
- Des propositions à caractère sexuel faite au personnel ;
- La déambulation de résidents nus »³⁷.

Plusieurs articles abordent ce sujet dans les mêmes termes, montrant qu'au-delà du tabou qui pèse sur la sexualité et au-delà de la conciliation intimité – sécurité, les problèmes proviennent des comportements d'individus désinhibés ou déments. Dans ces contextes, il est parfois difficile de déterminer l'accord mutuel des deux partenaires. En effet, d'après l'enquête menée en Bourgogne Franche-Comté : « les problèmes concernent d'une part, les troubles du comportement dans un contexte de pathologies démentielles – comportement désinhibés (qualifiés d'exhibitionnistes) – et d'autre part, les relations à caractère sexuel comportant une incertitude quant au consentement de l'un des résidents »³⁸. Ces comportements sont nommés *hypersexualité* ou *comportements sexuels inappropriés*. Leur expression implique des questionnements d'ordre médical, éthique et légal.

2. LES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

Démence et sexualité.

Hypersexualité et comportements sexuels inappropriés.

« Quoique la démence s'accompagne habituellement d'une apathie et d'un déclin de l'intérêt sexuel, la désinhibition et les expressions inappropriées de la sexualité peuvent aussi faire leur apparition. Les comportements sexuels inappropriés (CSI) peuvent être très troublants pour les membres de la famille et les autres aidants et peuvent présenter des défis considérables au clinicien traitant » lit-on dans l'article de 2013 « Approche pour les comportements sexuels inadaptés chez des personnes atteintes de démence »³⁹. Les proportions de l'hypersexualité varient de 0,5% à 7% des patients atteints de syndromes démentiels⁴⁰. On peut lire ailleurs que : « Plusieurs études ont porté sur une population comportant des démences d'étiologie différente : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence frontotemporale (DFT). Pour la majorité des sujets, la fréquence des troubles sexuels est attribuée à la présence de lésions frontales, néanmoins aucune différence n'a été observée dans la fréquence des troubles sexuels en fonction du type de démence »⁴¹.

³⁷ « La sexualité des personnes âgées en institution » - Abdelaziz DJELLAL et Caroline PLAZA – dans l'Aide-soignante, avril 2013.

³⁸ « Les problématiques éthiques liées à la personne âgée dépendante » - Espace éthique en Bourgogne et Franche-Comté, 2015.

³⁹ « Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démences » - Petra JOLLER, Neeraj GUPTA, Dallas P. SEITZ, Christopher FRANK, Michelle GIBSON, Sudeep S. GILL – *Révision Clinique. Le médecin de famille canadien*. Mars 2013.

^{40, 41, 42} « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

Pour autant, ce même texte de 2013 met en garde « de ne pas considérer les comportements sexuels appropriés comme étant pathologiques ». Toute expression sexuelle chez les sujets âgés déments n'est pas forcément inappropriée – cela est souligné dans un article de 2005 par C. DEROUESNE : « Ce n'est que depuis quelques années qu'a été abordé le problème des droits des sujets âgés à avoir des relations affectives intimes et une vie sexuelle en institution, y compris pour les sujets déments »⁴². On la retrouve encore dans un dossier de *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* de 2006 : « Rester persuadé, enfin, qu'au-delà des pertes cognitives, les malades conservent une vie affective, des capacités à s'émouvoir, à partager la tendresse, à prendre du plaisir et à en donner, dans l'ici et le maintenant, à condition que nous les y autorisions par nos conduites respectueuses et bienveillantes »⁴³.

Qu'est-ce donc qu'une sexualité inappropriée ? L'on peut, en effet, s'interroger sur le terme lui-même : les comportements sexuels peuvent être inappropriés au regard de l'histoire de la personne (son identité, ses mœurs ...), par rapport aux autres, à la collectivité, aux normes et interdits sociaux, ou bien en tant que réponse à un besoin qui n'est pas forcément d'ordre sexuel (il se déshabille parce qu'il a chaud sans avoir conscience de la gêne suscitée par sa nudité ; il se touche parce qu'il est souillé ou en raison d'une infection génitale ; il a besoin de contacts et d'affection), ou encore parce que cela est lié à une pathologie ou à un traitement. Cela se concrétise par des actes sexuels implicites et explicites : des demandes de soins génitaux, de la pornographie regardée en public, des propos obscènes, des avances verbales et physiques, des intrusions dans les chambres, des attouchements, le fait de dévêtir l'autre, de se dévêtir, des masturbations publiques intempestives, des rapports sexuels publics, de la violence sexuelle.

On peut imaginer les sentiments d'insécurité, de peur, voire de harcèlement des résidentes qui partagent le même lieu de vie que les personnes qui cumulent de tels comportements. La valeur de ces sentiments est indépendante de l'âge ou de l'état mental de la personne : ce n'est pas parce qu'elle est âgée et démente que ce sentiment ne doit pas être pris au sérieux par les professionnels. Ces sentiments ne doivent pas être minimisés. Au contraire, l'état de vulnérabilité et de fragilité de la personne âgée appelle d'autant plus la vigilance des personnels médico-sociaux. « (...) nous devons être attentifs, (...) faire face aux situations de harcèlement ou d'abus sexuels entre résidents qui arrivent plus fréquemment qu'on ne le pense »⁴⁴. Plusieurs articles insistent sur la nécessité de protéger les résidents d'EHPAD contre les maltraitances sexuelles, « en particulier ceux dont les capacités de défense ou de jugement sont diminuées du fait de la démence »⁴⁵.

Sexualité, démence, handicap.

Dans les représentations et stéréotypes culturels, le caractère transgressif de la sexualité est accentué par la démence et le handicap « Amélie, une étudiante en soins infirmiers de 19 ans ne comprenait pas, par exemple, comment une personne âgée souffrant de démence sénile pouvait avoir des relations sexuelles et se posait la même question face à des jeunes handicapés mentaux. Pour cette jeune femme, on ne pouvait avoir de telles relations si on ne disposait pas d'une intelligence suffisante (...) »⁴⁶. De ce point de vue, un certain rapprochement peut être fait entre la question de la sexualité des personnes âgées en EHPAD et la question de la sexualité des handicapés jeunes et adultes en établissements médico-sociaux spécialisés. « Dès qu'on ajoute le terme handicap à côté du mot sexualité, elle n'est plus du tout vue comme quelque chose de positif, mais comme quelque chose qu'il faut canaliser voire contrôler. On a peur des débordements »⁴⁷ dit la coordinatrice du pôle formation du planning familial du Nord-Pas-De-Calais. L'on retrouve fort probablement des problèmes analogues posés, par exemple, par la dimension collective des lieux, par la conciliation des différentes missions qui doivent être assurées malgré les paradoxes, par le tabou du sujet lui-même, par les comportements indiscrets liés au défaut de compréhension des barrières sociales, par les difficultés liées à l'hygiène rencontrés par les professionnels (ils peuvent être heurtés dans leur dignité lorsqu'ils doivent laver les lieux et les personnes après les rapports sexuels). Ce rapprochement EHPAD – établissement pour handicapés peut éclairer le questionnement autour de l'encadrement et de la formation des personnels : en établissement pour handicapés, les professionnels sont des éducateurs spécialisés ; leur approche et leur culture peuvent représenter un intérêt pour les professionnels soignants et médico-sociaux. Toutefois, la comparaison a ses limites : les contextes

« Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁴³ « Sexualité et démence en institution sous le regard d'une équipe en EHPAD » - G. DEMOURES – Dans *NPG*, février 2006.

⁴⁴ et ⁴⁶ « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances » - I. FOJCIK – dans *Ethique et Santé*, 2005.

⁴⁵ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁴⁷ « Handicap et sexualité : une première formation dans le Nord pour les professionnels », novembre 2015, par Géraldine LANGLOIS. www.hubsante.org

différent et une personne âgée (démence ou non) n'est pas un jeune handicapé qui découvre la sexualité ni un adulte handicapé pour lequel peut se poser les questions de contraception, vie de famille, parentalité ...

La démence et les troubles liés à la maladie d'Alzheimer peuvent susciter un regard particulier, alourdissant la dimension transgressive de la sexualité. « En effet, la maladie d'Alzheimer manifeste dans notre société une expérience du mal. Bien plus qu'une maladie, elle est un malaise dans l'identité des vivants humains. Elle sert de révélateur en négatif de ce qu'est ou devrait être pour nous l'humain (...) Pas vraiment malade au sens de la somatique (le cœur va bien), pas vraiment fou au sens de la psychiatrie (ce n'est pas une maladie mentale), le malade est malade d'une identité en train de se déliter »⁴⁸. Comment alors imaginer la possibilité d'une sexualité qui ne soit pas « inappropriée » lorsque le résident est étiqueté « Alzheimer » ? L'on retrouve ainsi un risque d'objectivation et de réduction du malade. On peut d'ailleurs lire qu'« Il est tout à fait remarquable que, dans toutes les études qui ont porté sur la sexualité des sujets déments vivant en couple ou en institution, seule l'opinion des aidants ou du personnel soignant a été pris en compte. Aucune étude n'a accordé de place à ce que les patients pouvaient déclarer de leur sexualité, témoignage combien révélateur de l'objectivation des sujets déments et de la forclusion de leur parole »⁴⁹. Pourtant, combien cette parole est importante pour déterminer la possibilité d'un accord dans les relations à caractère sexuel entre deux résidents, notamment dans les relations comportant une incertitude quant au consentement mutuel.

Consentement mutuel.

Il relève également de la responsabilité des professionnels de s'assurer d'un accord partagé et d'abord de la capacité à consentir des deux partenaires. « Les difficultés existant pour les résidents âgés non déments sont ainsi multipliées chez les résidents déments car on sait combien il est difficile d'établir cette compétence qui, d'ailleurs, peut varier d'un jour à l'autre, voire d'un moment de la journée à l'autre »⁵⁰.

« Par ailleurs, certains résidents, des femmes principalement, peuvent être amenés à consentir des rapprochements intimes parce que leurs troubles cognitifs ne leur permettent pas de résister aux avances d'autres résidents. En effet, certains peuvent accepter d'avoir des activités sexuelles, mais n'ont pas la capacité cognitive voulue pour donner un consentement significatif à y participer ; ils sont donc vulnérables face à des comportements sexuels abusifs de la part de résidents désinhibés »⁵¹.

Cette question du consentement mutuel a été soulignée par un directeur d'EHPAD sollicité par notre commission consultative d'éthique. Pour illustrer le fait que la réponse n'est pas toujours évidente, il donne l'exemple d'une résidente d'EHPAD venant de psychiatrie (atteinte d'un handicap mental), qui accepte d'avoir des relations sexuelles contre des cigarettes. Selon lui, « coucher pour toucher des cigarettes » a été une attitude fréquente et sur laquelle on a fermé les yeux dans les services psychiatriques d'hier. Il en conclut que l'accueil des patients psychiatriques en EHPAD s'avère problématique : parce que ce sont des résidents plus jeunes, qui ont des normes et des repères différents. *Peut-on concilier la diversité des modes de vie de ces « populations » ? Faut-il une mixité sociale d'accueil ou pas ? Sachant que le taux d'encadrement de patients psychiatriques est supérieur au taux d'encadrement de résidents d'EHPAD, ce n'est pas la même prise en soin qui est possible. Il se peut que les pulsions sexuelles soient davantage canalisées en psychiatrie aujourd'hui parce que l'encadrement le permet.*

L'évaluation de cette capacité à consentir (et donc de la capacité à refuser) est indispensable, mais reste difficile. « Suffit-il que ne s'exprime pas de rejet et de refus sous forme verbale ou agie ? D'autres fois, on peut se demander dans quelle mesure l'acceptation manifestée ne repose pas sur un trouble de l'identification du partenaire (...) »⁵². Les questions sont nombreuses : « selon quels critères les professionnels peuvent-ils arbitrer les situations vécues par les personnes vulnérables ? A quoi la personne malade peut-elle consentir ? (...) Dans quelle mesure la responsabilité de la direction d'un établissement est-elle engagée ? Comment hiérarchiser les risques encourus par le résident en unité protégée ? »⁵³.

⁴⁸ « Qu'est-ce qu'une maladie neurologique dégénérative ? », par Jean-Philippe PIERRON, juin 2015. <http://mnd.espace-ethique.org>

⁴⁹ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁵⁰ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁵¹ « Les problématiques éthiques liées à la personne âgée dépendante » - Espace éthique en Bourgogne et Franche-Comté, 2015.

⁵² « Quelle sexualité autorise l'institution à ses résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ? » - M-C. MIETKIEWICZ, *NPG*, 2008.

⁵³ « Les problématiques éthiques liées à la personne âgée dépendante » - Espace éthique en Bourgogne et Franche-Comté, 2015.

Pour protéger les personnes vulnérables face aux comportements abusifs de résidents désinhibés et pour évaluer la compétence permettant de consentir et de s'impliquer dans une relation sexuelle, un article de 2013⁵⁴ nous propose un outil : une série de questions issues de l'adaptation d'un texte de 2005⁵⁵ (voir annexe) ; celles-ci portent sur la prise de conscience de la relation et sur la possibilité et la capacité à exprimer le degré d'intimité sexuelle avec lequel la personne se sentirait à l'aise.

Réactions et postures des professionnels.

Les demandeurs ont exprimé une gêne éprouvée par les professionnels devant ces comportements sexuels inadaptés, voire une certaine impuissance à y faire face, peut-être également un dégoût devant les problèmes liés à l'hygiène. Au regard de tout ce que nous avons dit précédemment, leur ressenti paraît compréhensible, mais aussi légitime lorsque la gêne porte sur une incertitude quant à un accord mutuel ou que les gestes et rapports sexuels sont réalisés en public – la libéralisation des mœurs dans notre société n'exempte pas de toute pudeur. Les demandeurs ont également rapporté des réactions de moquerie lorsqu'ils partageaient ces problèmes : « nous sommes la risée des autres services ». La littérature aborde cette dimension en évoquant une diversité de réactions : « Les réactions du personnel soignant, selon Ehrenfeld, vont de l'amusement devant les rapprochements romantiques entre résidents au rejet, à la colère et au dégoût devant les comportements sexuels inappropriés »⁵⁶, et encore : « L'attitude des soignants confrontés à ces manifestations se décline dans une gamme de réactions contrastées qui vont de l'ironie à la répression et où se manifeste toujours la difficulté à pouvoir supporter sans gêne des agissements déplacés ou trop publics »⁵⁷.

Les articles consultés par notre commission abordent également la question des attitudes favorisant involontairement des comportements inadaptés : « De nombreuses observations autorisent à penser que si les membres du personnel craignent de devoir faire face à des propositions très explicites, ils sont parfois malgré eux et, faute de formation suffisante, capables d'induire certains des comportements qu'ils redoutent. Pour un patient dont la compréhension est altérée, le fait de l'inviter très gentiment et en le prenant par le bras à "venir dans la chambre pour se coucher" peut certainement l'amener à se méprendre sur l'intention de la jeune aide-soignante qui n'a d'autre projet que d'installer le patient dans son lit pour la nuit avant de quitter le service »⁵⁸. Certains professionnels se demandent en quoi ils peuvent favoriser ces comportements : « Les plus jeunes membres du personnel féminin (90% des comportements sexuels inappropriés sont le fait de résidents masculins envers le personnel féminin) peuvent se poser la question de leur responsabilité (attitude, habillement) dans le déterminisme de ces comportements avec parfois un sentiment de culpabilité »⁵⁹. Ce questionnement appelle toutefois une grande prudence, le terme de « responsabilité » nous semblant à mesurer dans ce cadre : il s'agit davantage de comprendre ce qui peut favoriser ou renforcer les comportements sexuels inappropriés.

Des conseils d'intervention sont prodigués dans la littérature⁶⁰, comme par exemple : avoir recours à un collègue de même sexe que le résident pour la toilette ou être deux, éviter les familiarités, se mettre en relation avec le résident (engager la conversation) et favoriser la confiance tout en gardant une distance professionnelle, refuser d'être touché par le résident, le lui répéter, sortir de la pièce s'il réitère, conduire le résident dans sa chambre s'il est dans le lit d'un autre ou s'il éprouve le besoin de se masturber, parler des troubles du comportement avec le conjoint et la famille pour éviter les sentiments de honte, définir des cibles comportementales à atteindre pour contrôler les pulsions ou des contrats thérapeutiques quand cela est possible (selon l'état du résident). C'est donc dans le cadre des postures professionnelles à adopter et à adapter que l'on peut parler de responsabilité.

⁵⁴ « Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démences » - P. JOLLER et Al. Mars 13.

⁵⁵ « Hypersexuality in dementia » - H. SERIES, P. DENAGO – *Adv psychiatry treat* 2005.

⁵⁶ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁵⁷ « Quelle sexualité autorise l'institution à ses résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ? » - M-C MIETKIEWICZ, *NPG*, 2008.

⁵⁸ « Quelle sexualité autorise l'institution à ses résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ? » - M-. MIETKIEWICZ, *NPG*, 2008.

⁵⁹ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁶⁰ « Faire face à la maladie d'Alzheimer : 2/6 incontinence et comportements sexuels inadéquats » - Martine BECUE – dans *Soins gériatriques*, 2003. Et aussi « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE, décembre 2005.

Responsabilité des professionnels et de l'établissement.

La responsabilité de l'EHPAD est clairement engagée en cas d'agression sexuelle d'un résident par un autre résident. Le site « Observatoire Smacl⁶¹ des risques de la vie territoriale » rapporte la décision du tribunal administratif de Poitiers du 22 novembre 2012 qui a condamné un EHPAD à verser 10 000 euros au regard des troubles causés à une résidente suite à des attouchements sexuels : « l'établissement, bien qu'ayant conscience de la dangerosité de l'agresseur, n'a pris aucune mesure pour en assurer la surveillance étroite, ni assurer la sécurité des autres pensionnaires ». En effet, lorsque les aides-soignantes ont informé l'infirmière de garde de l'agression, cette dernière ne s'est pas déplacée ni n'a donné de consigne. Les aides-soignantes ont donc bloqué la porte de l'agresseur avec un chariot. Aucun soin n'a été apporté à la victime qui resta plongée dans une aphasia totale (elle avait, selon la famille, toutes ses facultés mentales avant l'agression). Les tuteurs de la victime ont déposé plainte contre l'agresseur, ce dernier est décédé avant le jugement du tribunal correctionnel ; les tuteurs ont recherché alors la responsabilité de l'établissement : « En ne prenant aucune mesure après l'agression, en s'abstenant de faire appel à un médecin et de prévenir la famille, l'EHPAD a retardé la mise en œuvre des soins et la prise en charge de la victime ».

Il est à remarquer que d'autres comportements inappropriés (vols, violences physiques par des résidents alcoolisés ...) feront l'objet de décisions et de prises en charge sans questionnement par les professionnels et l'EHPAD, alors que des maltraitances ou agressions sexuelles seront ignorées, minimisées ou feront l'objet d'un questionnement spécifique (parfois éthique) avant d'être pris en charge. Cela révèle le statut particulier accordé à la personne âgée de manière générale et plus particulièrement à la sexualité de la personne âgée en institution (plus encore lorsqu'elle présente des troubles cognitifs). Pourtant, si une sexualité appropriée au cadre collectif d'un EHPAD demande un respect du droit à la vie privée et à l'intimité, une sexualité inappropriée nécessite une prise en charge pour le résident lui-même et pour les autres résidents. Deux points sont soulignés sur le site de l'observatoire Smacl :

« Les EHPAD doivent mettre en place une surveillance renforcée des pensionnaires qui font preuve d'agressivité ou de geste déplacés à l'encontre d'autres résidents et prendre des mesures pour assurer la sécurité des résidents.

En cas d'agression d'un résident, il ne faut pas chercher à minimiser les faits. Quel que soit l'âge de l'agresseur, de tels faits restent délictueux, voire criminels, et ne peuvent rester sans réponse de la part de l'établissement qui peut engager sa responsabilité pour non-assistance à personne en danger ou pour non-dénonciation de mauvais traitements à une personne vulnérable. Outre un signalement des faits au procureur de la République, il appartient à l'EHPAD de solliciter immédiatement un examen médical de la victime et d'informer sans délai la famille de la nature exacte de l'agression commise ».

Ainsi, il relève de la responsabilité de l'EHPAD et des professionnels qui y travaillent d'assurer la sécurité de tous les résidents et, dans ce cadre, de faire face à tout comportement inapproprié à la vie en EHPAD, y compris l'hypersexualité et les comportements sexuels inappropriés. Les démarches menées pour repérer, signaler, prévenir ou prendre en charge ces comportements doivent tenir compte de la souffrance des individus et de la collectivité. On comprend mieux les enjeux managériaux que le présent questionnement implique, notamment avec l'engagement de la responsabilité du directeur de l'établissement.

⁶¹ Smacl : Société mutuelle d'assurance des collectivités locales.

3. FAIRE FACE AUX COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS EN EHPAD

Se former.

Cet avis a évoqué, à quelques reprises, la nécessité pour les professionnels d'EHPAD de se former et la responsabilité de l'établissement à proposer des formations adaptées- cela est développé dans la plupart des articles consultés et concerne formations initiales et continues : « Pour faciliter la gestion des différentes situations, il semble vraiment nécessaire de voir figurer, dans les référentiels de formation des soignants, une approche beaucoup plus concrète de la sexualité. Il est également possible de prévoir des formations continues et des réunions d'équipes »⁶².

Faire face aux comportements sexuels inadaptés ne s'improvise pas, ne serait-ce que pour en parler entre collègues, avec les résidents concernés et avec les familles. Des compétences spécifiques sont essentielles pour éviter la gêne et le sentiment d'impuissance des professionnels, pour ajuster l'approche thérapeutique au résident présentant des troubles hypersexuels, pour assurer la sécurité sexuelle des autres résidents, pour déterminer quand et comment en parler à la famille. A ce titre, « L'approche comportementale est (également) la première démarche vis-à-vis du personnel soignant en institution pour lui apprendre à réagir correctement face aux manifestations sexuelles des patients, sans les encourager ni les rejeter. Apprendre à parler de sexualité, être informé sur les normes sociales, l'exploration des sentiments et des antécédents des sujets et les répercussions des désordres de la pensée sont des éléments indispensables »⁶³.

Si la formation ne constitue pas « la » solution unique et n'est pas, en tant que telle, suffisante, elle permet non seulement d'interroger les préjugés et de prévenir les écueils de la négligence et de la maltraitance, mais elle traduit également une certaine reconnaissance institutionnelle : « Protéger les équipes des tentations de moquerie, des risques de rejet qui conduisent à la maltraitance, en adaptant des stratégies de soins spécifiques et en favorisant la formation et les lieux de parole »⁶⁴.

Repérer, diagnostiquer, délibérer collégalement.

Parmi les stratégies de réflexion apportées par un article de 2006 précédemment cité, la première est explicité comme suit : « Connaître non seulement le diagnostic de la maladie et en informer l'équipe, mais aussi l'histoire sociale, affective, humaine du patient, dans la mesure du possible »⁶⁵ et, pourrions-nous ajouter, dans la mesure du raisonnable en fonction des singularités. Car il n'y a pas une procédure unique à suivre en cas de comportements sexuels inappropriés ; il s'agit de « gérer au cas par cas les problèmes des résidents déments »⁶⁶ - ce qui nécessite une certaine connaissance du résident appelant aussi une attention au quotidien. Comme le dit le directeur d'EHPAD sollicité par la commission : *Chaque cas est singulier et doit être traité comme tel. Il n'existe sûrement pas de protocole de réponses pour des cas de comportements sexuels en EHPAD – un protocole de questions, pourquoi pas ?*

Si une formation soignante facilite le repérage de situations problématiques, une évaluation médicale est fondamentale pour établir un diagnostic et envisager une prise en charge optimale. « (...) l'évaluation devrait inclure une anamnèse médicale rigoureuse, un examen physique et des analyses de laboratoires ciblées. Les tests de laboratoires ciblés devraient être fonction de l'évaluation clinique. On peut obtenir une anamnèse collatérale précieuse auprès des membres de la famille, des aidants habituels ou d'autres résidents (...). L'évaluation devrait viser à trouver des manifestations de troubles de l'humeur, de psychose, de consommation abusive (p. ex. alcool), de comportements de quête d'attention ou de traits de personnalité hypersexuelle de longue date, étant donné que chacun de ces problèmes peut nécessiter une approche différente dans sa prise en charge. L'anamnèse devrait aussi porter sur les éléments spécifiques des comportements manifestés comme les déclencheurs et les conséquences potentiels. Les facteurs déclencheurs peuvent inclure des éléments environnementaux ou émotionnels (p. ex. soins

⁶² « Vieillesse et sexualité » – Caroline PLAZA – Dans *l'Aide-soignante- Les répercussions du vieillissement*, décembre 2014.

⁶³ « Sexualité et démences » - Christian DEROUESNE – dans *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2005.

⁶⁴ « Sexualité et démence en institution sous le regard d'une équipe en EHPAD » - G. DEMOURES – dans *NPG*, février 2006.

⁶⁵ « Sexualité et démence en institution sous le regard d'une équipe en EHPAD » - G. DEMOURES – dans *NPG*, février 2006.

⁶⁶ « La sexualité des personnes âgées en institution » - Abdelaziz DJELLAL et Caroline PLAZA – dans *l'Aide-soignante*, avril 2013.

infirmiers habituels) ou des médicaments (p. ex. benzodiazépines, agonistes de la dopamine, suppléments d'androgène) »⁶⁷. Tout comme pour l'évaluation de la compétence à s'engager dans une relation sexuelle, un outil est proposé pour l'évaluation du CSI dans l'article de 2013 : il porte sur la forme du comportement, sa fréquence, son contexte, les facteurs qui le déclenchent, son caractère problématique, les risques encourus, les personnes impliquées, leur compétence à consentir ... (voir annexe). L'échelle SASBA (St Andrew's Sexual Behaviour Assessment) est également mentionnée, elle permet de cerner quatre catégories de CSI. Nous la citons pour information.

S'il existe des outils facilitant le diagnostic en référence à des normes, la discussion d'équipe est une étape essentielle pour une approche singulière « au cas par cas ». Délibérer collégialement (dans le cadre d'une collégialité élargie : médicale et paramédicale) permet de partager plusieurs angles de vue – échanges qui peuvent venir conforter le diagnostic et orienter l'ajustement de la prise en charge.

Recourir à des acteurs-ressources.

« L'émergence soudaine d'un CSI peut être le prélude d'un délirium et il faut une approche exhaustive pour exclure des problèmes médicaux sous-jacents. Une évaluation neurologique et cognitive rigoureuse ainsi qu'un examen génital peuvent aussi aider à découvrir des facteurs contribuant aux CSI (p.ex. infection des voies urinaires, impaction fécale) »⁶⁸.

Dans ce contexte d'investigation diagnostique, il relève de la responsabilité du médecin en charge du résident de recourir à des compétences médicales complémentaires : gériatrie, psycho-gérontologique, neurologie, psychiatrie, andrologie, gynécologie ... Toutefois, une hospitalisation apparaît parfois difficile pour le résident, selon son état de vulnérabilité. Il revient à l'EHPAD d'envisager des solutions adaptées, de travailler à des partenariats, de recourir à des équipes mobiles comme cela se fait plus couramment avec des équipes mobiles de soins palliatifs (selon l'observatoire régional des données médico-sociales en Basse-Normandie, 42% des EHPAD ont une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs, 14% avec une équipe mobile de soins gériatriques, 1 EHPAD sur 2 avec une équipe mobile psychiatrique)⁶⁹.

D'autres initiatives d'avis consultatifs existent comme celui du comité d'avis sexologique (CAS)⁷⁰, selon une expérience rapportée par le département de sexologie de l'université du Québec à Montréal. « Le CAS est un dispositif qui permet d'examiner des situations sexuelles rencontrées par des soignants et d'émettre un avis visant à les aider à se questionner, à comprendre et à intervenir dans le domaine de la sexualité ». L'avis sexologique « propose une conduite que doivent avoir les intervenants lorsqu'ils sont confrontés à une situation sexuelle particulière ».

Par ailleurs, au regard des difficultés posées par l'hypersexualité et les comportements sexuels inadaptés, le recours à des intervenants extérieurs peut également être pensé au bénéfice des professionnels eux-mêmes (par exemple, des temps de parole, de supervision ou de soutien psychologique, des temps de retour sur les pratiques professionnelles et de relectures de cas en équipe ...).

Prendre en charge : approche comportementale, approche médicamenteuse.

Au Québec et au Canada, il existe un débat sur les questions de nature de prise en charge et de priorisation. En effet, le traitement pharmacologique est souvent le premier traitement envisagé, de manière systématique, « en dépit de ses risques et de sa faible efficacité sur beaucoup de comportements inappropriés ». Dans ce contexte de controverse, une approche psycho-comportementale et des prises en charge « créatives » sont conseillées (exemple en note⁷¹), la pharmacothérapie étant à prescrire plus particulièrement en cas d'échec de cette première approche, en cas de comportements sexuels inappropriés persistants ou en cas de comportement sexuels agressifs.

⁶⁷ « Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démences » - P. JOLLER et Al. Mars 13.

⁶⁸ « Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démences » - P. JOLLER et Al. Mars 13.

⁶⁹ « Les personnes âgées accueillies en établissement d'hébergement » - Observatoire régional des données médico-sociales en Basse-Normandie – CREA Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Mars 2016.

⁷⁰ « L'avis sexologique : un outil de réflexion et d'action pour les soignants » - H. DIONNE, M. DUPRAS – dans *Sexologies* 2008.

⁷¹ Un exemple de « créativité » est donné à travers un récit de cas, dans cet article canadien : une poupée de chiffon d'un mètre environ ayant été remis à un homme dément et sexuellement agressif. *Ses CSI ont cessé après qu'il eut reçu la poupée, car elle lui*

Ce même article canadien analyse les différentes pharmacothérapies : médicaments antidépresseurs, traitements hormonaux, médicaments antipsychotiques, médicaments anticonvulsifs, inhibiteurs de la cholinestérase, thérapies combinées et autres traitements. Les traitements doivent être adaptés au patient. Il est intéressant de relever que : « comme tous les traitements pharmacologiques des CSI représentent des prescriptions à usage non indiqué sur l'étiquette, il est important de maintenir la communication avec les patients et les membres de la famille au sujet des bienfaits et des risques potentiels du traitement et de documenter les discussions », mais aussi que : « les traitements hormonaux pourraient être controversés, car ils sont parfois considérés comme une forme de castration chimique ». Or, en France, la castration chimique ne peut être prescrite sans le consentement du patient.

De manière générale, la prise en charge devrait faire l'objet d'un échange en équipe si l'on considère que chacun peut y contribuer, sous réserve qu'elle ne soit pas limitée à un traitement pharmacologique. Des activités d'occupation peuvent parfois éviter des comportements masturbatoires par exemple. Une psychomotricienne consultée par notre commission d'éthique nous explique en effet que *les troubles des conduites sexuelles, dans le cadre des maladies de la mémoire, sont baissés lorsque les lieux de vie bénéficient de PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) ou UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) qui ont pour objectif de proposer plus d'activités adaptées et personnalisées, en petit groupe, ce qui permet au résident de s'épanouir et ainsi de diminuer les troubles du comportement. Et les psychomotriciens gèrent souvent ces pôles, et sont responsables de quelques groupes dédiés.*

Informer les familles.

L'espace éthique de Bourgogne Franche-Comté pose le questionnement relatif à l'information aux proches comme suit : « Cette pratique du signalement systématique aux familles met (à nouveau) en lumière l'inversion du rôle parental qui s'opère fréquemment à l'entrée en EHPAD. Désormais c'est l'enfant qui prend en charge le parent, il doit donc être informé de tout. Mais doit-il justement être informé de tout au risque d'enfreindre l'intimité du résident ? (...) Faut-il considérer que ces situations complexes relèvent d'une obligation d'information à l'égard de la famille ou, au contraire, d'une obligation de discrétion par respects de l'intimité de la personne âgée ? ».

Nous l'avons vu, une personne âgée ne doit pas devenir « transparente » sous prétexte qu'elle est hébergée en EHPAD ; elle reste une personne capable de décider pour elle-même et peut garder certains secrets. En revanche, pour les personnes démentes présentant des comportements sexuels inappropriés, il est préconisé de rencontrer la famille régulièrement, « lui expliquer qu'à côté des troubles de mémoire, le malade a aussi des troubles du jugement, des manques du mot, des secrets et des non-dits, et que certains comportements sont liés à sa pathologie ou à une histoire antérieure, afin de la protéger d'une image dévalorisante que lui renvoie son parent »⁷².

Proposer des dispositifs spécifiques.

Dans une perspective créatrice, on peut imaginer la mise en place de dispositifs spécifiques comme, par exemple, des accueils temporaires, permettant non seulement au futur résident (et éventuellement à la famille) d'entrer en contact avec la structure d'hébergement et de soins qu'est l'EHPAD, mais aussi à l'établissement d'évaluer l'adaptabilité du futur résident à l'EHPAD et de repérer d'éventuels comportements inappropriés. Le CREAI de Basse-Normandie⁷³ a souligné l'intérêt d'un tel dispositif, préalablement à l'arrivée en EHPAD – arrivée souvent motivée par une hospitalisation ou un accident, dont la demande provient fréquemment des proches. Dans une récente dépêche sur ce sujet⁷⁴, on peut lire que : « la démarche d'anticipation est présentée comme bénéfique pour permettre au résident de s'informer, se projeter, mais également prendre conscience des difficultés rencontrées. (...) la personne âgée peut ainsi découvrir l'établissement avant son entrée définitive ».

Ainsi, si l'on élargit le questionnement des demandeurs à tout comportement inadapté, on pourrait imaginer qu'un accueil temporaire s'apparente à une « période d'essai » ; ce qui impliquerait une sorte de pacte social qui permette à l'institution de s'assurer de la compatibilité de l'individu avec la vie en communauté et qui permette à

fournissait un autre moyen de libérer ses pulsions sexuelles. « Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démences » - P. JOLLER et Al. Mars 13.

⁷² « Sexualité et démence en institution sous le regard d'une équipe en EHPAD » - G. DEMOURES – Dans *NPG*, février 2006.

⁷³ CREAI : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.

⁷⁴ Hospimédia du 28 avril 2016.

l'individu de « tester » le lieu d'hébergement. Il conviendrait probablement d'y réfléchir à un niveau institutionnel, avec la filière hospitalière et la filière médico-sociale.

Par ailleurs, bien que les contraintes budgétaires liées aux durées de séjour entrent en ligne de compte, ne pourrait-on pas imaginer un dispositif en collaboration avec l'hôpital, sur le mode des hospitalisations de répit, qui permettent également d'éclairer le diagnostic et d'ajuster la prise en charge.

Enfin, si d'un point de vue théorique, un règlement intérieur ne peut faire référence aux comportements sexuels, il peut néanmoins évoquer les comportements inadaptés à la vie en collectivité et en mixité. Malgré la violence de la décision, il n'est pas interdit de réfléchir à l'exclusion et à la réorientation des résidents présentant des comportements sexuels inappropriés et agressifs. Mais là encore, l'EHPAD ne peut agir seul, des réflexions communes et des partenariats sont nécessaires. Pour le premier cas présenté, au regard de l'âge du résident, on pourrait imaginer avoir convenu en amont, avec le foyer d'hommes adultes, d'une possibilité de retour en cas de comportements inappropriés violents et persistants.

CONCLUSION : AU CAS PAR CAS

La sexualité des personnes âgées est aujourd'hui encore présentée comme un sujet tabou. En reconnaître la réalité nous demande de **porter un autre regard sur la personne âgée et sur la vieillesse**, un regard respectueux, ni infantilisant, ni réducteur, ni objectivant, d'autant plus quand la personne réside en EHPAD, d'autant plus lorsqu'elle est dépendante. Le caractère transgressif de la sexualité des personnes âgées est, en effet, accentué par la démence et le handicap. Accorder une place pour la sexualité en EHPAD (quand sexualité il y a) nécessite, pour l'EHPAD, d'assumer ses missions de **lieu de vie**, en accord avec le **droit à l'intimité**. Pour autant, l'EHPAD doit aussi assurer la sécurité des résidents, dont la sécurité sexuelle. Sans devenir un environnement sécuritaire et répressif, l'établissement joue un **rôle de protection** vis-à-vis d'eux. Or la sexualité devient problématique lorsque des résidents présentent des comportements sexuels inappropriés parmi lesquels les comportements sexuels inappropriés. La littérature médicale et soignante aborde ces sujets et les personnes-ressources consultées par la commission confirment que si le problème des CSI n'est pas fréquent, il n'est pas rare non plus.

La **responsabilité médicale** et la **responsabilité managériale** de l'EHPAD sont engagées dans la prise en charge des comportements inappropriés et en cas de violences subies en son sein. Au regard de l'importance du sujet, de la gêne et de la **souffrance** que cela peut générer (pour les victimes potentielles et avérées, pour les proches, pour les professionnels, pour les résidents) et de **l'impact sur la collectivité et l'institution**, le prendre au sérieux et y travailler est un devoir. Il est essentiel de former les professionnels d'EHPAD pour repérer ces comportements, porter une attention particulière, tenir au quotidien une **posture professionnelle adaptée** et les prendre en charge. Cela nécessite **avant tout, pour chaque cas, de poser un diagnostic, avec la collaboration des équipes**, voire des compétences complémentaires si nécessaire, pour mener toutes les investigations nécessaires, **en lien avec les proches**, pour envisager une prise en charge et des soins **de manière ajustée au résident**. Il doit aussi y avoir une place pour la parole (verbale ou non) de ce dernier.

Ainsi, plusieurs niveaux de réflexion se dessinent : le niveau local du service, avec les différents métiers présents, le niveau institutionnel de l'EHPAD, le niveau institutionnel et inter-institutionnel avec d'autres secteurs et d'autres filières. Si les contraintes budgétaires et la sectorisation ont une place dans la réflexion, elles ne sauraient l'empêcher vu les enjeux médicaux, éthiques et légaux.

Encadré 1. Évaluation de la compétence à s'engager dans une relation sexuelle

Prise de conscience de la relation par le patient

- Le patient est-il conscient de la personne qui initie le contact sexuel?
- Une idée délirante ou une méprise dans l'identification affecte-t-elle le choix du patient (p. ex., le patient méprend-il l'autre personne pour son partenaire)?

Le patient ou la patiente peut-il ou peut-elle exprimer le degré d'intimité sexuelle avec lequel il ou elle se sentirait confortable?

- Le patient peut-il éviter l'exploitation?
- Le comportement est-il conforme aux convictions et aux valeurs antérieures du patient?
- Le patient a-t-il la capacité de refuser un contact sexuel non invité?
- Le patient est-il conscient des risques potentiels?
- Le patient se rend-il compte que la relation peut être limitée dans le temps (p. ex., si un placement est temporaire)?
- Le patient peut-il décrire sa réaction quand et si la relation prend fin?

Adaptation de Series et Degano avec l'autorisation du Royal College of Psychiatrists¹¹

Encadré 2. Évaluation d'un comportement sexuel inapproprié

- Quelle forme le comportement prend-il?
- Dans quel contexte?
- À quelle fréquence?
- Quels sont les facteurs qui contribuent au comportement?
- Est-ce un problème? Pour qui?
- Quels sont les risques en cause? Pour qui?
- Les participants ont-ils la compétence voulue?

Adaptation de Series et Degano avec l'autorisation du Royal College of Psychiatrists¹¹

« Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démences »

Petra JOLLER, Neeraj GUPTA, Dallas P. SEITZ, Christopher FRANK, Michelle GIBSON, Sudeep S. GILL.

Révision Clinique. Le médecin de famille canadien. Mars 2013.