

LES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS CHEZ LES SUJETS ÂGÉS ET LEURS ACCOMPAGNEMENTS



Marie-Suzanne LEGLISE, Gériatre (CHU Montpellier)

Coralie COSTE, Psychologue

ATTENTION,



- Il faut faire la distinction entre :
 - Des troubles comportementaux avérés, d'étiologies variées
 - Des conduites jugées taboues avec l'intolérance sociale qu'elles engendrent
- « 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 »

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

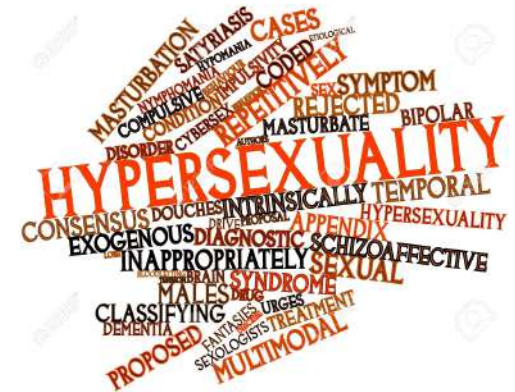
Droits et sexualité



- Charte européenne des droits et liberté des PA en institution 1993 : « améliorer et réduire les inévitables contraintes d'une vie en collectivité », respect du libre-arbitre, droit à l'intimité
- Loi du 2 janvier 2002: droits des usagers et entourage, charte
- Rôle de la direction : responsabilité en matière de sécurité et d'organisation de l'établissement
 - Homicide involontaire /atteinte intégrité
 - Maltraitance et non assistance à personne en danger
 - 2 types de responsabilité
 - Civile: préjudice matériel, corporel ou moral en cas de faute lourde sinon c'est l'établissement
 - Pénale : mise en danger de la vie d'autrui par manque de surveillance, désorganisation,...surtout s'il n'a pas pris toutes les précautions nécessaires

Dans la littérature ?

- Dans la littérature : Terme souvent rapproché :
 - « d'hypersexualité »,
 - de « désinhibition sexuelle »
 - de « comportement sexuel inapproprié » :
- Dérouesné parle surtout
 - d'une perturbation d'un mécanisme désinhibiteur,
 - d'un défaut d'analyse du contexte ou
 - d'un défaut de prise en compte des sentiments des autres .
 - Il y a très rarement une augmentation de la libido



Hypersexualité et démences, Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2009 ; 7 (2) : 101-

Regard soignants ?

- Regard des soignants : (Giami dans constructions sociales et professionnelles dans [www.cairn.info /revue-gérontologie-et-société](http://www.cairn.info/revue-gérontologie-et-société) 2012)
 - Désarmement des soignants face à une « érotisation de la relation avec des « dérapages » lors de soins de toilettes liés à la confusion. Différentes réactions : compréhension, sarcasme , ridicule, honte, embarras, confusion, ou colère,... » (*Ehrenfeld, Tabak, Bronner 1997*)
 - Incompréhension des besoins d'amour et d'intimité des personnes institutionnalisées (*Hamel et Hajjar 2004*)





Quelques définitions

- **Comportement :**
 - Manière d'être et d'agir des Animaux et des Hommes, manifestations objectives de leur activité globale
- **Inapproprié :**
 - Qui n'est pas approprié, inadapté, inadéquat
- **Comportements inappropriés :**
 - Chaque comportement lié à une maladie neuro-dégénérative provoquant une détresse et/ou constituant un danger pour la personne malade ou pour son entourage
- **Comportements sexuels inappropriés :**
 - Actions manifestes ayant une signification sexuelle évidente pour le sujet et qui sont perçues comme inappropriées sur le plan culturel et social

ISB : Inappropriate sexual behavior

- Plusieurs définitions :
 - Comportement sexuel inapproprié , ou inadapté au vu du contexte dans le quel il se déroule et constituant comme une entrave au soin (*Derouesne, Guigot, Chermat , ... 1996*)
 - Pulsion sexuelle accrue qui interfère avec la fonction et est poursuivie à des moments inappropriés ou avec des personnes non consentantes (*Alkhalil et al., 2004*)
 - Comportement anormal verbal ou physique, cela comprend les attouchements sexuels, les caresses, le déshabillage, la masturbation et les avances sexuelles. (*Alagiakrishnan et al, 2005*)
 - Comportement problématique, verbal ou physique, de nature explicitement sexuel, ou perçu comme tel qui est inacceptable dans le contexte social (*Johnson, 2008*)
 - Comportements sexuels marqués par une apparente perte de contrôle, ou une recherche d'intimité inadapté par rapport au contexte social, comportement pouvant être suggestif et non explicite pouvant se voir chez les PA et même très âgées (*De Medeiros et al 2008*)

Epidémiologie :



- * Plutôt rares de 2,9 à 9% → cadre de troubles du comportement global
- * Rapport Hommes/Femme 93%/7%
- * Pas de différence selon l'âge
- * Variation de la fréquence 1,8 à 25% des PA déments (*Abdo, 2013*), 7 à 25% chez des personnes atteintes de démence (*Gua, 2008*)
- Différence selon type de Démence? DFT, MA démences vasculaires (*Metson, 2000, Alga*)
- * Dans 25 % des unités de soins de longue durée (*Onischi, 2006*), Chez 15 % des résidents des unités de gérontopsychiatrie (*Knight, 2008*).
- * En institution : seule étude observationnelle effectuée en institution
 - Un comportement Sexuel inapproprié est rare chez des personnes démentes , bref et mineur, il y a plus de cpt ambiguë avec de mauvaises interprétations . (*ZEISS, 1996*)

Différents types ISB dans la littérature

(Subrami, Devasahyamam, Wattis , et al 2011)

- Conversations sexuelles inappropriées dans un langage sexuel explicite (langages, injures, délire de jalousie,..)
- Actes clairement sexuels inappropriés solitairement , avec d'autres: personnel ou autres résidents (masturbation , publique, se caresser, caresser et avances sexuelles , se coucher avec d'autres résidents)
- Actes sexuels implicites (lectures de revues pornographiques, demande de soins génitaux considérés comme inutiles)
- Fausses allégations sexuelles



Types proposées par étude SASBA

- L'échelle SASBA (St Andrew's Sexual Behaviour Assessment) est un outil clinique qui a été élaboré de manière à mesurer et à consigner les CSI d'une façon fiable et valide
- Cet instrument permet l'observation directe de quatre catégories de comportement :
 - les commentaires verbaux,
 - les actes sans contact,
 - l'exposition,
 - les attouchements sur autrui
- Non validé en français

SASBA

	<i>Verbal comments VC</i>	<i>Non-contact NC</i>	<i>Exposure E</i>	<i>Touching others TO</i>
1.	Intimate personal comments of mild severity, e.g., “Have you got a girlfriend?”, “I love you”, “You’re gorgeous”.	Blowing kisses, kissing self or staring at another person’s groin, female breasts or buttocks, or makes obscene gesture.	Appears unaware that is exposing genitals, female breasts or buttocks in a public setting.	Touches for a prolonged period (excess of 2 seconds) or strokes another person – does not include groin, female breasts or buttocks.
2.	Comments of a sexual nature, clearly not person directed, e.g., “I’ve got a big dick”.	Touches own groin, female breasts or buttocks over or under clothes (no exposure).	Wearing no clothes in a public setting, clearly not person directed.	Kissing another person.
3.	Descriptions of another person’s groin, female breasts or buttocks clearly directed to another person, e.g., “You have a nice bottom”, “She’s got lovely breasts”.	Masturbates in a non-shared setting where staff are present (e.g., begins when staff enter bedroom or in bath).	Intentionally exposes genitals, female breasts or buttocks to another person (appears to be a deliberate premeditated behaviour).	Lifting skirts, pinching or touching buttocks, sitting on other’s knee.
4.	Explicit accounts of sexual intent, requests or activity, e.g., “Show me your knickers”, “I want to shag you”.	Masturbates without genitals being exposed in a public setting, including ward shared areas (e.g., dining room).	Masturbates with genitals being clearly exposed in a public setting, including ward shared areas (e.g., patient’s lounge).	Touching other’s groin, female breasts, or rubbing own genitals or female’s breast against another person.

Approche singulière au cas par cas

- La discussion d'équipe est une étape essentielle
- 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.
- Un trouble du comportement type qui répondrait au traitement type n'existe pas !



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?

Consentement mutuel ?

- Il relève de la responsabilité des professionnels de s'assurer d'un accord partagé et d'abord de la capacité à consentir des deux partenaires.
- Questionnement éthique



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

Prise de conscience de la relation par le patient

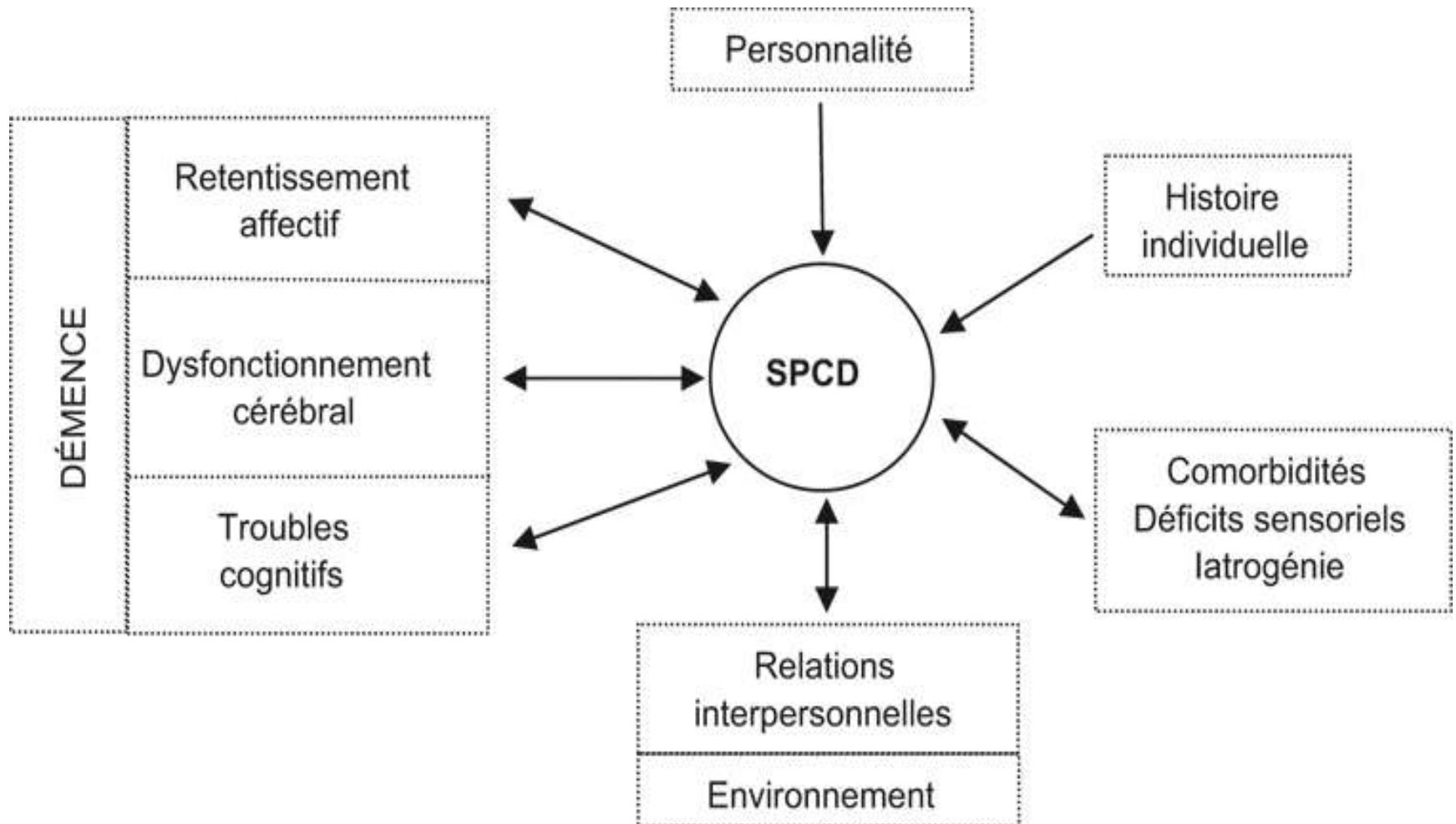
- Le patient est-il conscient de la personne qui initie le contact sexuel?
- Une idée délirante ou une méprise dans l'identification affecte-t-elle le choix du patient (p. ex., le patient méprend-il l'autre personne pour son partenaire)?

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

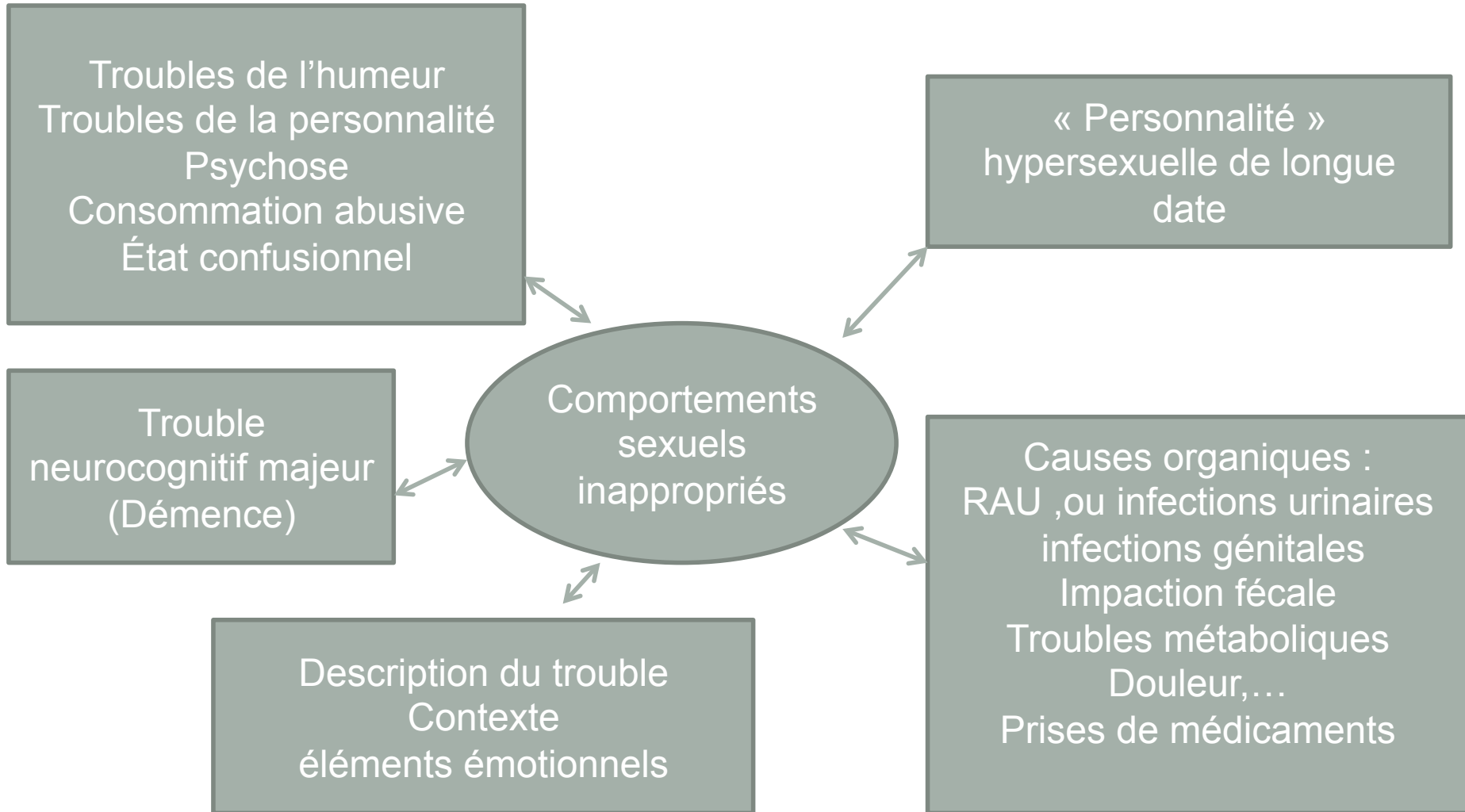
- Le patient peut-il éviter l'exploitation?
- Le comportement est-il conforme aux convictions et aux valeurs antérieures du patient?
- Le patient a-t-il la capacité de refuser un contact sexuel non invité?
- Le patient est-il conscient des risques potentiels?
- Le patient se rend-il compte que la relation 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?

Joller, P., Gupta, N., Seitz, D. P., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. S. (2013).

L'examen clinique , recherche des différentes causes ou différents facteurs :



Différentes causes



Critères trouble neurocognitif majeur

Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

- une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
- une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - aphasie (perturbation du langage)
 - apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

Que faire quand le comportement sexuel s'avère inapproprié ?

- Approche singulière, et réflexions pluridisciplinaires
- Quel accompagnement ?
 - Non médicamenteux
 - Médicamenteux



Comment réagir ?



- Savoir passer la main et en parler en équipe
- Ne réagissez pas de façon excessive, ne vous montrez pas choquée et ne pas en rire...
- Soyez sensible et rassurant. La peur, la colère peuvent aggraver les symptômes psycho comportementaux, et donc augmenter le nombre de comportements inadaptés.

Quelles prises en charge non médicamenteuses possibles ?

- Reformuler calmement lorsque le désir est exprimé de façon inappropriée (utilisez des phrases courtes et claires)
- Distraire (Essayez de rediriger la personne vers une autre activité.)
- Proposer à la personne une zone privée quand le comportement est inapproprié dans un lieu public en lui expliquant.
- Trouver des moyens d'inclure différentes formes de toucher dans la routine quotidienne (soins intimes).



Exemples de difficultés en EHPAD :

- 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.



Prises en charge médicamenteuse

- Aucune étude randomisée contrôlée, mais données d'exposés de cas ou de petites études (niveaux 2 ou 3)
- Sinon revoir l'ordonnance : éliminer les médicaments pouvant potentiellement être responsables ou favoriser la désinhibition :
 - dopaminergiques,
 - benzodiazépines,
 - apport d'alcool même à faible dose,
 - anticholinergiques
- En gériatrie :
 - Connaitre toujours les effets indésirables : bénéfiques/risques
 - Voir les comorbidités
 - Commencer à faible dose et augmenter progressivement
 - Évaluation toutes les semaines
 - Expliquer les avantages et les risques potentiels
 - Savoir arrêter



Tableau 1. Pharmacothérapies proposées pour les CSI: Les données probantes à l'appui de ces traitements pharmacologiques sont de niveaux II et III.

CLASSE DE MÉDICAMENTS	MÉDICAMENT À L'ÉTUDE (FORMULATION ET DOSAGE)	EFFETS INDÉSIRABLES POTENTIELS
Antidépresseurs	ISRS (20 mg de paroxétine par voie orale 1 fois par jour, 20 mg de citalopram par voie orale 1 fois par jour) 15-30 mg de mirtazapine au coucher 150 mg de clomipramine par voie orale 1 fois par jour	Nausée, tremblement, hyponatrémie Sédation, gain de poids, myélosuppression Hypotension orthostatique, rétention urinaire, constipation, aggravation de la cognition
	100-500 mg de trazodone par voie orale 1 fois par jour	Sédation, hypotension orthostatique, priapisme
Antiandrogènes	100-500 mg IM d'acétate de médroxyprogestérone par semaine 10 mg d'acétate de cyprotérone par voie orale 1 fois par jour	Fatigue, gain de poids, bouffées de chaleur ou frissons, dépression, glycémie élevée, insomnie Gynécomastie, galactorrhée, moins bon contrôle du diabète, dépression, ostéoporose, insuffisance surrénalienne au sevrage, hépatotoxicité (il faudrait vérifier les enzymes du foie si utilisés)
	5 mg de finastéride par voie orale 1 fois par jour	Gynécomastie, douleurs testiculaires, dépression
Estrogènes	0,625 mg d'estrogènes conjugués par voie orale 1 fois par jour Timbre transdermique de 0,05 à 0,1 mg/j d'estrogène	Gain de poids, dépression, gynécomastie, thrombo-embolie veineuse
	1 mg de diéthylstilbestrol par voie orale 1 fois par jour	
Analogues de la GnRH	7,5 mg IM de leuprolide par mois	Gain de poids, douleurs dans les os, ostéoporose, apoplexie pituitaire (rare)
Antipsychotiques	1,5-3 mg d'halopéridol par voie orale 1 fois par jour 25 mg de quétiapine par voie orale 1 fois par jour	Sédation, symptômes extrapyramidaux, chutes, gain de poids, arythmies ventriculaires
	100-300 mg de gabapentine par voie orale 3 fois par jour 200 mg de carbamazépine par voie orale 1 fois par jour	Sédation, dépression, ataxie, tremblement Sédation, dépression, ataxie motrice, hyponatrémie, syndrome de Stevens-Johnson, agranulocytose, hépatotoxicité L'utilisation de la carbamazépine exige une surveillance par analyses périodiques en laboratoire
Inhibiteurs de la cholinestérase	1,5-6 mg de rivastigmine 2 fois par jour 5-10 mg de donépézil par voie orale 1 fois par jour	Nausée, incontinence urinaire, syncope Potentiel d'émergence d'une hypersexualité
	Bloqueurs du récepteur H ₂	400-1 600 mg/j de cimétidine par voie orale (au coucher ou en doses divisées, par. ex., 400 mg 2 fois par jour)
-bloqueurs	5-20 mg de pindolol par voie orale 2 fois par jour 40-80 mg de propranolol par voie orale 2 fois par jour	Hypotension, fatigue, bradycardie, bronchospasme
Antifongiques	100-200 mg de kétoconazole 1 fois par jour	Sédation, céphalée, rash, photosensibilité, dérangements gastro-intestinaux, prurit, hépatotoxicité
Diurétiques préservant le potassium	12,5 mg de spironolactone 1 fois par jour	Hyperkaliémie, gynécomastie, changements dans la repousse des cheveux, ulcères dans la partie gastro-intestinale supérieure, agranulocytose

GnRH—gonadolibérine, IM—intramusculaire, CSI—comportement sexuel inapproprié, ISRS—inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine.

Joller et al, Approche pour les CSI chez des personnes atteintes de démence, 2013

Traitements médicamenteux

- ISRS par les effets anti-obsessionnels et anti-libidinaux (Black et al, 2005)
Paroxétine, Citalopram, Mirtazapine et... Trazodone (sous ATU)
 - Bien supportés, action sur les autres troubles du comportement
 - Risques d'hyponatrémie , tremblement , gain de poids
- Les antipsychotiques (blocage de la dopamine, augmentation de la prolactine), plutôt les atypiques Quétiapine 25 à 200 mg , Olanzapine 5mg , Aripiprazole 30 mg
 - Parfois même à petites doses
 - Risque de sédation , chutes , AVC , mortalité accrue chez les déments
- Les inhibiteurs de la cholinestérase études contradictoires, actuellement non remboursés
- Les antiépileptiques: Gabapentine entre 000 et 2700 mg/j et Carbamazépine 200 mg/j
 - Sédation , vertiges , ataxie , étourdissements , vision
 - Sédation , effet anticholinergique , hyponatrémie , hépatotoxicité

AUTRES : Cimétidine , les BBloquants , kétoconazole ,



Traitement médicamenteux hormonal (2)

- Les anti-androgènes (*Cooper, 1987; Weiner 1992; Light 2006*):
 - L'acétate de médroxyprogestérone (niveaux 3 et 2) : 50 à 300 mg/j : Indication dans la « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies », mais ... sédation , gain de pds, oedèmes , dépression , hyperglycémies, TEV , crampes,...
 - L'acétate de cyprotérone ANDROCUR* entre 10 et 100 mg /j ... Mais dépression, EP, toxicité hépatique , hyperglycémies ,
- Le finastéride (*Na et al, 2009*): inhibiteur de l 5 réductase qui bloque la conversion en testostérone : baisse la libido et dysfonction érectile dans l'HBP
- Les oestrogènes
- Les analogues de la LHRH castration chimique comp 1X/mois 7,5 mg en IM à garder de façon continue peu adapté

• American Journal of Gériatric Pharmacotherapy (*Guay, 2008*): ISRS + antiandrogène , puis anti psychotique ou selon les symptômes



Pour les situations complexes: questionnement éthique



- Discussion pluridisciplinaire
- Quelques questions à se poser immédiatement :
 - y-a-t-il danger ?
 - Y-a-t-il consentement ?
 - Y-a-t-il non respect de droits de la personne ?
 - Y-a-t-il expression d'un non consentement (via apparition de troubles du comportements ou mimiques...) ?
- Question pour chaque participant : « Qu'est-ce qui me pose problème ? », « Quelle émotion cela suscite en moi ? » ➡ Pouvoir en discuter tous ensemble sans jugement.
- Possibilité d'avis extérieur



Pas de réponse automatique !