

Spécificités de la sexualité chez la personne âgée

Dr Laurent LE SAINT, M.D.

Psychiatre-Psychothérapeute F.M.H.

Addictologue-Sexologue Clinicien

Journée Amour et sexualité en vieillissant / Help / Luxembourg

Mercredi 22 novembre 2017 / 11h00-12h30

La sexualité chez la personne âgée

- I) Généralités sur la sexualité de la personne âgée
- II) Modifications sexuelles chez l'homme âgé
- III) Modifications sexuelles chez la femme âgée
- IV) Troubles de la sexualité de la personne âgée et pathologies neuro-psychiatriques

Sexualité et vieillissement (I)

- Marqueurs du vieillissement sont multiples: physiologie, psychologique, relationnel et social,
- vieillir = rencontrer son corps,
- relation d'une personne à son corps = marqueur de la gestion de son vieillissement,
- souvent décalage entre: évolution corporelle et évolution psychique (les personnes se sentent souvent toujours jeunes dans un corps qui lui a changé),
- le regard des autres (partenaire) est une confrontation à la vieillesse,
- actualisation (= développement du potentiel en accord avec l'image que la personne a d'elle même) dans le vieillissement : influence positivement la qualité de la vie ! (Dubé).

Sexualité et vieillissement (II)

- Nécessité de découverte et d'apprentissage de ce nouveau corps aux réactions différentes,
- s'adapter aux évolutions du corps = défi de la vieillesse,
- sexualité participe ++ à l'image de soi et à la relation au corps,
- évolutions physiologiques de la vieillesse non intégrées peuvent être vécues comme des désynchronisations (pour la personne elle-même et le partenaire restés sur des fonctionnements antérieurs, non actualisés)
(Ribes, 1999),
- importance de connaître les modifications qui surviennent dans les réactions sexuelles avec l'âge (la non connaissance est source d'interrogation faisant confondre l'évolution normale avec la pathologie, avec au max arrêt de toute activité sexuelle),
- en consultation: aborder l'éducation à un nouveau corps réagissant différemment et nécessitant plus de stimulation,
- nécessité d'éducation sexuelle pour les seniors (Dupras, 2008).

Sexualité et vieillissement (III)

- Avec l'âge, la sexualité génitale devient moins fréquente, mais persiste sans jamais disparaître,
- facteur démographique (n F > n' H ; 50 % des femmes sont veuves > 75 ans),
- âge n'a pas d'impact sur sexualité, mais ce sont les facteurs connexes (maladie, partenaire) qui influencent le plus,
arrêt de la sexualité au-delà de 75 ans: veuvage et maladie du conjoint
- % de divorces et séparations tardives s'est accrue au cours de 30 dernières années
- sexualité des personnes âgées en lien avec la conjugalité et le vécu conjugal,
- la satisfaction conjugale va permettre l'expression d'une sexualité,
- relation amoureuse s'entretient par toutes les formes d'attention que les conjoints se portent (je lui cède le passage, je lui passe un coup de tel, je m'inquiète de son bien être, je lui fais partager mes émotions, galanteries..).

Sexualité et vieillissement (IV)

- Galanterie = base éternelle de la séduction,
- mise en place d'une intimité relationnelle via: séduction, attention et présence,
- de l'intimité relationnelle va découler une intimité sexuelle,
- difficultés d'avoir une évolution de leurs pratiques sexuelles par peur du regard de l'autre, voire par respect de l'autre
(ex: comportements plus actifs, crainte d'être mal jugé),
- satisfaction conjugale est associée au désir sexuel, à la satisfaction sexuelle et au fonctionnement sexuel chez les H et F,
- grand âge: diminution de l'intérêt de la génitalité pour une plus grande part à la tendresse,
- besoin d'avoir un orgasme est moins prégnant, laissant place à la dimension relationnelle de la sexualité,
- satisfaction sexuelle féminine est de plus en plus importante, alors que les doutes masculins s'amplifient,
- estompement de l'image de l'épouse se refusant ou faisant son devoir conjugal après la ménopause dans une demande que leurs compagnons ont parfois du mal à assumer.

Sexualité et vieillissement (V)

- Relation complice et ludique est vectrice de lien,
- se mettre en accord avec soi, en synergie avec son compagnon ou sa compagne, renforce l'équilibre psychologique,
- intimité est aussi émotionnelle : partage de joie ou de douleurs a renforcer la complicité émotionnelle,
- la force du lien émotionnel renvoie au sentiment amoureux,
- persistance du lien amoureux chez des couples à grande longévité interroge,
- le fil du temps a permis une connaissance de l'autre plus approfondie,
- besoin de peu de paroles pour comprendre l'autre,
- complicité + bienveillance: entraine un apaisement rempli de mélange passé et présent,
- les personnes âgées faisant l'amour ne sont pas forcément dans le présent de la relation (Abraham): souvenirs et images se mélangent faisant de l'autre un condensé intemporel de soi,
- pour la personne très âgée, ressentir encore un désir sexuel suffit à procurer une forme de satisfaction, abstraction faite de toute activité sexuelle effective:
 - l'apparition ou réapparition d'un désir érotique ne sera pas ressentie comme devant aboutir à un acte sexuel déterminé, mais bien davantage comme le signe d'une vitalité persistante, comme marqueur de vie.

Diminution des forces générales

- Celles de la sexualité, sans pour autant estimer que *tout est fini* ?
- une *croyance* traitant du sujet âgé, tendant à minimiser :
 - . leur *ardeur*,
 - . leur *désir* en termes de réalisation, consommation et normalisation sexuelle,
- quelques chiffres, avec les différentes approches :
 - . affective,
 - . sensuelle,
 - . sexuelle,
- *progrès médicamenteux* en tenant compte des effets iatrogènes,
- pas de prise en charge idéale tant chez la femme que chez l'homme mais laisse néanmoins une *large place à l'espoir réaliste*.

Statistiques (II)

- Etude de Kinsey (1949):
 - 70% couples ont à 70 ans sexualité active : 1 rapport toutes les 3 à 4 semaines
- Diminution des rapports fonction de facteurs:
 - * sociologiques :
 - manque de partenaires,
 - * médicaux :
 - .plus de maladies jouant sur: disponibilité, réponse sexuelle, comportement érotique
 - * sexologiques :
 - .survenue de difficultés sexuelles,
 - .aggravation des troubles préexistants.

Considérations sociales et statistiques

- 3e âge s'étale 65 ans-75 ans, avec polypathologie,
- 4e âge à partir de 76 ans, selon l'AFSSAPS (juin 2005).
- **Bretschneider et Mc Coy** (1980), réalisent une étude sur 202 sujets (H : 100, F : 102) âgés de 80 à 102 ans, âge moyen : 86 ans.
 - . 63 % des hommes et 30 % des femmes ont des rapports sexuels.
 - . 72 % des hommes et 40 % des femmes pratiquent la masturbation.
 - . 82 % des hommes et 64 % des femmes ont des rapports de tendresse,
- Parfois:
 - les 3 éléments réunis ou les deux.

Littérature (I)

La nouvelle thérapie sexuelle, d'Helen Kaplan (Chapitre 6)

- Les effets de l'âge sur la sexualité,
- Tandis que certaines femmes signalent une diminution du désir sexuel... d'autres, très nombreuses, ressentent réellement un accroissement de l'appétit érotique au cours des années de la ménopause....,
- d'un point de vue purement physiologique, la libido devrait théoriquement augmenter...,
- Il apparaît nettement que de nombreuses femmes semblent se comporter de cette manière, surtout si elles ne sont pas déprimées et qu'elles peuvent trouver des partenaires intéressants et intéressés.

Littérature (IV)

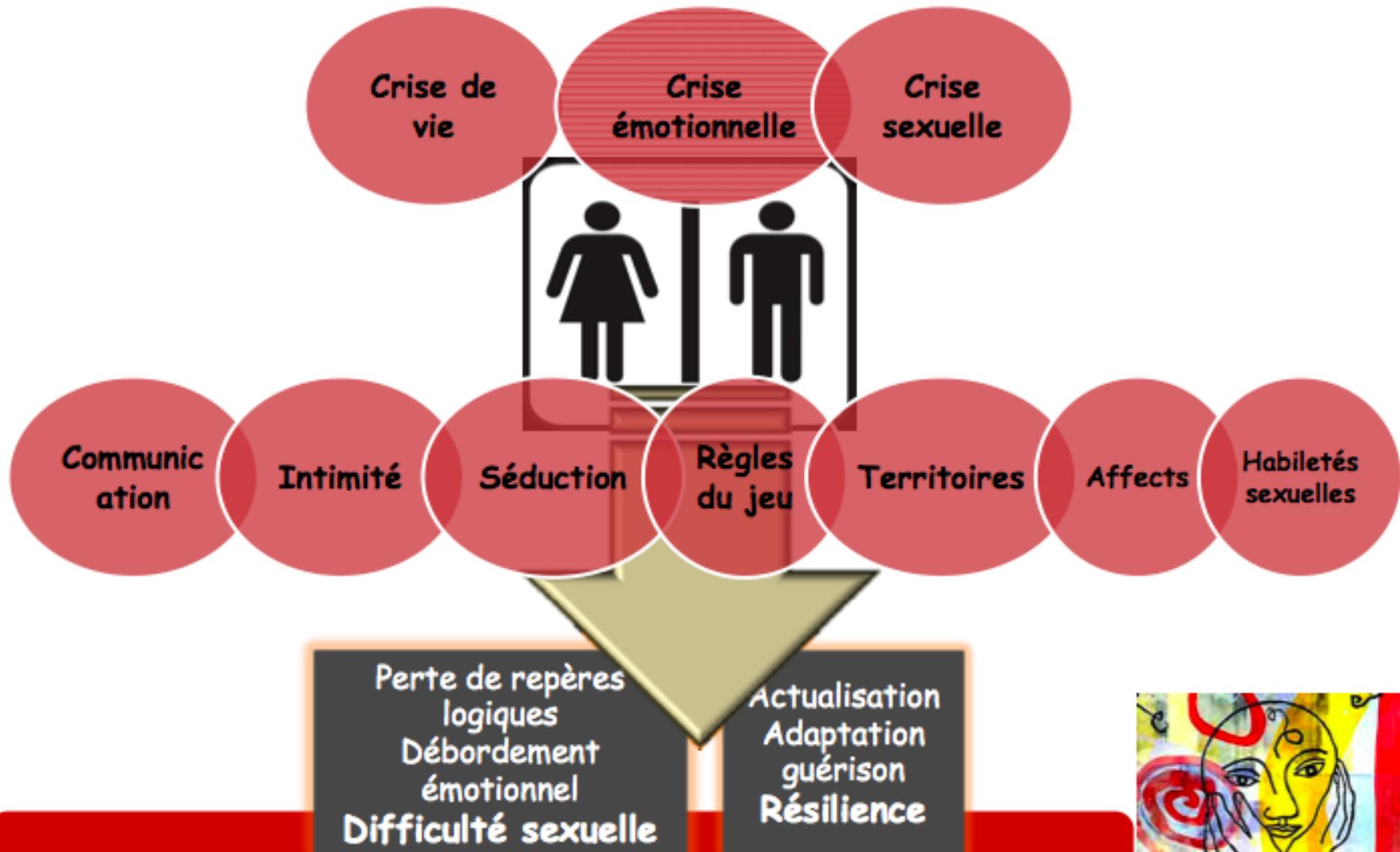
Article de Bondi:

« Vieillissement sexuel: mythes et réalité biologiques »

Revue Sexologies, (2008) 17, 152-173.

- Dans l'imaginaire populaire, la cinquantaine marque souvent la fin de la sexualité pour la femme avec la ménopause et, la soixantaine pour l'homme avec la baisse de l'érection: « RETRAITE ».
- La réalité est en complet décalage avec ces croyances.
En fait, le seuil du vieillissement biologique peut être situé aux alentours de 75-80 ans.

La crise de vie transforme aussi l'expérience émotionnelle et sexuelle du couple



Traitements sexologiques

- Demande sexuelle adaptée au couple et non à des souhaits délirants et comportements pathologiques liés à la démence.
- équipe multidisciplinaire : multi pathologies !
pathologie cardiaque et sexualité ainsi que diabète, dépression grave, insuffisance rénale, etc.,
- maladie étant soumise à un traitement entraîne une perturbation des fonctions habituelles de l'organisme qu'il convient de connaître pour toute prescription à visée érotico-sexuelle,
- la iatrogénie médicamenteuse constitue un problème de santé publique (AFSSAPS, juin 2005)...et sexuel !... .

Physiologie du vieillissement (I)

- Déclin tout à fait progressif de la plupart des fonctions physiologiques habituelles.
- * Chez la femme: ménopause
 - . diminution puis arrêt de la fonction ovarienne,
 - . ménopause à âge variable, altérant souvent plaisir, désir et modifications psychiques et physiques.
- * Chez l'homme: andropause
 - . diminution d'androgènes baisse à partir de 30 ans mais ne justifie pas que l'on s'en préoccupe avant 50-60 ans;
 - . c'est le **DALA (déficit androgénique lié à l'âge)** responsable de la baisse de la libido, perte de mémoire, fatigue... Ceci est dû à un phénomène très particulier où par l'intermédiaire des aromatasés, les androgènes se transforment en œstrogènes et donc par ce biais déstabilisent l'équilibre cerveau-peau-os.

Physiologie du vieillissement (II)

L'andropause

- Diminution du désir sexuel, qualité érections nocturnes et matinales spontanées, de l'intensité de l'orgasme et du volume de l'éjaculat,
- humeur dépressive, irritabilité, insomnie,
- manque de dynamisme, de motivation, asthénie physique et psychique,
- accès d'hypersudation ou bouffées de chaleur,
- chute des poils à topographie masculine, altérations cutanées,
- gynécomastie, diminution du volume des testicules,
- diminution de la masse et de la force musculaire,
- augmentation de la masse grasse et redistribution abdominale,
- diminution de la densité osseuse (ostéoporose) avec risques de fractures.

Modifications chez l'homme âgé des 4 phases de la réponse sexuelle (I)

(selon masters et Johnson)

***Phase d'excitation**

- Erection demande plusieurs minutes à apparaître,
- « moins florissante », peut ne pas être aussi ferme,
- parfois difficile , instable, et incomplète,
- pénis peut apparaître moins long qu'avant et être plus incliné vers le bas.

***Phase de plateau**

- Dure plus longtemps que chez le sujet jeune,
- érection complète que tardivement, juste avant l'orgasme,
- augmentation sensible du plaisir,
- crainte masculine de perte d'érection pendant le rapport sexuel,
- tension musculaire est moindre.

Modifications chez l'homme âgé des 4 phases de la réponse sexuelle (II) (selon masters et Johnson)

***Phase orgasmique**

- La plupart des hommes âgés continuent à avoir des orgasmes,
- orgasmes moins intenses,
- sensation d'atteindre un point de non retour pendant la phase d'émission est moins fréquente,
- sans progression dans l'intensité de la montée en puissance, l'expulsion du sperme se fait avec moins de force,
- nombre de contractions musculaires et force de l'éjaculation diminuent (Nusbaum, 2005).

***La phase de résolution**

- Pénis se détuméfie plus rapidement (Nusbaum, 2005),
- perte de l'érection plus rapide / homme plus jeune,
- période réfractaire entre l'orgasme et la prochaine phase d'excitation s'allonge graduellement (DeLamaster, 2002): plusieurs heures à plusieurs jours.

Prise en charge (I)

Thérapies cognitivo-comportementales (I)

- Vie sexuelle antérieure,
- vie sexuelle actuelle,
- évènements socio-évènementiels,
- tabous sexuels,
- reprendre interrogatoire, anamnèse,

Prise en charge (II)

Thérapies cognitivo-comportementales (II)

- Triple colonne de Beck:

- . Identifier la *pensée négative* ;
- . identifier *l'émotion ressentie* ; par quoi le patient peut-il positiver ?
- . analyse des *attentes déçues du couple* et comment modifier, innover,
- . travail en *relaxation cognitive* en utilisant la désensibilisation systématique

Prise en charge (III)

Thérapies cognitivo-comportementales (III)

- Techniques de Wolpe

- . Visualisation de son *angoisse de performance*,
- . visualisation de sa *partenaire le caressant*,
- . visualisation de son *début d'érection*,
- . visualisation de la *pénétration du gland*,
- . visualisation de la *pénétration même rapide avec sensation de bien-être*,

Se dire que *c'est possible ! ...*

Prise en charge (IV)

Thérapie de couple ou conjugo-sexuelle

- Souvent, la *partenaire est négative*,
- lui demander de *valoriser ce qui est bien*, caresses, sentiments, câlins, goût communs,
- leur demander chaque semaine de *faire le point* à deux autour d'un verre et dans un environnement « cosy »,
- *évoquer si besoin* la dégradation esthétique et conseiller une huile sèche pour massage et assouplissement, hydratation de la peau, soins esthétiques... pourquoi pas ? .

Prise en charge (V)

Les inhibiteurs de la PDE 5 (Viagra*, Cialis*, ..)

- Pas systématique
- choix du patient, couple,
- lever les peurs pour la santé,
- les contre-indications (ex: angor instable, IDM ou AVC récent, insuff. cardiaque sévère, troubles du rythme non contrôlé, hypotension, insuff. rénale terminale, insuffisance hépatique sévère, rétinite pigmentaire),
- entendre l'appréhension de sa compagne,
- les molécules, leurs particularités,
- le point de vue du patient,
- les résultats, les doses,
- thérapie intégrative..... .

Prise en charge (VI)

- Dépression, ne pas la sous-estimer (+++)
 - . clinique voire testing psychométrique
(ex. d'échelles de passation: Hamilton/ HAD, Beck, GDS, Cornell, ..),
 - . ne pas hésiter à adresser à un psychiatre ou un psychothérapeute,
- Autres moyens donnant une érection convenable en cas d'échec d' IPDE5
(ex. sildenafil/ Viagra*, tadalafil/Cialis* ou vardenafil/ Levitra*)
 - . injection intra caverneuse,
 - . le vacuum (pompe à érection),
 - . la prothèse pénienne.
- Cette prise en charge sera entourée de conseils psycho/affectivo/sexuels !

Modifications chez la femme âgée des 4 phases de la réponse sexuelle (I) (selon masters et Johnson)

*Phase d'excitation

- Diminution de lubrification se fait en moyenne 5 ans après l'arrêt des règles, ménopause confirmée (Nusbaum, 2005),
- temps plus long des préliminaires pour obtenir une bonne lubrification
- diminution lubrification entraîne de l'inconfort et douleur (Kingsberg, 2013),
- certaines femmes se plaignent d'une diminution du désir sexuel et de la sensibilité du clitoris, entraînant une nuisance sur l'excitation sexuelle (solution: emploi d'hormonothérapie ou crème vaginale avec œstrogènes ou d'un lubrifiant).

Modifications chez la femme âgée des 4 phases de la réponse sexuelle (II) (selon masters et Johnson)

*Phase de plateau

- Contractions de l'utérus moins nombreuses,
- capacité d'avoir orgasmes multiples,
- plus longue période de stimulation pour atteindre orgasme, (Nusbaum, 2005),
- dilatation vulvo-vaginale est plus difficile,
- muqueuse vaginale et vulvaire s'amincit, sensation désagréable voire quelquefois insupportable au niveau de l'urètre et de la vessie.
- douleur avec irritation mécanique lors des mouvements de va-et-vient du pénis.
conduit aux **cystites** et impérieuses envies d'uriner,
- les petites lèvres rétrécissent,
- le clitoris est parfois moins sensible.

Modifications chez la femme âgée des 4 phases de la réponse sexuelle (III) (selon masters et Johnson)

***Phase d'orgasme**

- Aspect important de l'activité sexuelle de la femme âgée,
- cette phase ne bouge pratiquement pas,
- surtout si entretenue avec les *exercices de Kegel*.

Serrer chaque jour les muscles péri-vaginaux qui entrent en fonction lors de l'orgasme avec des spasmes/contractions de 0,8 secondes; la fonction multi-orgasmique peut se maintenir en l'entretenant,

- c'est différent de chez homme, car *moins d'objectifs de performance*.

***Phase de résolution**

- Plus courte chez la femme ménopausée (Nusbaum, 2005),
- plateforme orgasmique disparaît rapidement,
- Vagin et clitoris reviennent plus rapidement à l'état de repos (moindre vasocongestion pelvienne pendant l'excitation).

Prise en charge (I)

Les thérapies cognitivo-comportementales (I)

- Vie sexuelle antérieure
(ex: jeux de docteur, masturbation, exhibitionniste, inceste, etc.),
- toujours tabou et non avoué, même à 70 ans et plus (parents et famille vivants) ?,
- processus d'identification à la mère, au père et ce qu'il reste d'amour ou de haine,
- recherche des causes organiques, douloureuses, rétrécissement vulvo-vaginal, bilan médical style check up comme chez l'homme,
- toute prescription médicale TSH en tenant compte des cancers hormono-sensibles, idem pour la crème ou le patch avec oestradiol, chaque cas étant particulier,
- traitement biologique: Intrinsa[®]. La mise en garde concernant ce médicament destiné à stimuler la libido chez la femme (voir indications restrictives)

Prise en charge (II)

Les thérapies cognitivo-comportementales (II)

- Analyser les idées irrationnelles, les pensées automatiques, selon Ellis.
Ex : .je dois être aimée de tout le monde.
.s'il y a des catastrophes, je dois être très triste même si je ne suis pas concernée.
.toutes les femmes ont beaucoup de charme, je dois avoir les mêmes, etc. ,
- travailler, à l'aide d'auto-enregistrement afin de supprimer les idées négatives récurrentes.
Si nécessaire utiliser la triple colonne de Beck,
- identifier les attentes déçues au sein du couple, de la famille, de la société et surtout travailler à modifier sa façon de penser, comment changer ,et ce, par quoi commencer.

Prise en charge (III)

Les thérapies cognitivo-comportementales (III)

-Relaxation cognitive

- . Lister les items dysfonctionnels, physiques, psychiques et relationnels au sein du couple dans l'environnement, les classer du moins stressant au plus stressant selon l'échelle de Wolpe de 0 à 100. 10 à 15 items suffisent.
Se fixer un objectif par jour ou par semaine et sous relaxation visualiser l'item négatif en le remplaçant par un item plus rationnel, voire jouissif...
- . Ce qu'on n'a pas eu dans le passé... on ne l'aura pas. Travailler sur l'ici et maintenant.
- . Désensibilisation systématique d'une douleur, de la phobie de la pénétration : 1^{er} item : j'ai peur qu'il me caresse et je vais avoir mal. Relaxation : non, je me vois calme et à l'aise dans ses bras et sans douleur, j'ai mis un gel hydratant, je me vois dans l'harmonie avec lui.....

Prise en charge (IV)

Autres prises en charge

- Gels hydratant général du corps,
- gels internes,
 - .hydratant permettant une qualité de la pénétration en évitant l'irritation, les légers saignements et les douleurs.
 - .ne pas hésiter à orienter vers un gynécologue et un dermatologue pour prendre en charge les problèmes spécifiques de la femme ménopausée, chirurgie esthétique...et post-ménopausique, la sécheresse vaginale et le rétrécissement vulvaire,
- prise en charge de couple /conjugo-sexuelle, en identifiant les scènes qui vont déraiper, les mots, ...
 - le médiateur de couple identifié, on n'oubliera pas le renforcement positif.
- soutien psychologique: image du corps idéalisée,
 - la femme plus que l'homme se sent atteinte face à la lente dégradation du corps, la souplesse de la peau, les rides. Pendant les caresses cela peut être une gêne importante, démotivant l'acte.

Troubles de la sexualité de la personne âgée et pathologies neuro-psychiatriques

Pathologies psychiatriques

- Dépression: dysfonction érectile, insuffisance du désir, baisse libido
- anxiété de performance sexuelle/ trouble anxieux /phobie,
- addiction à l'alcool, drogues, ou médicaments,
- manie/ hypomanie (majoration de l'activité sexuelle),
- psychoses, etc...

Pathologies neurologiques

- Syndrome frontal post AVC, démence Fronto-Temporale, Maladie Alzheimer,
- trauma crânien, T. frontale, T. temporale,
- maladie de Parkinson (ttt dopa),
- crise épilepsie partielle, etc...

Conclusion

- La vie est une suite de caps à franchir, tous particuliers (Milton Erickson),
- ceux du 3e et du 4e âge ont cela en commun :
 - on avance dans la connaissance de la vie,
 - de son corps qui se modifie,
 - de la maladie,
 - du cancer,
 - des autres....
- Personne n'est dupe.
- une septuagénaire n'aura jamais 20 ans sauf dans son cœur !
- aidons nos patients à rester dignes, amoureux, sereins, séduisants et souvent séducteurs.
- tout peut se vivre en douceur et harmonie !