

Traitement de la santé mentale et sexualité chez les personnes âgées : le compromis dont personne ne parle

Auteure : Dr Ines Pop-Prefit-Iarca

Les troubles de santé mentale ne diminuent pas, mais au contraire se multiplient à mesure que les personnes avancent en âge, tout comme les traitements psychiatriques : antidépresseurs, antipsychotiques, stabilisateurs de l'humeur, sédatifs et anxiolytiques font désormais partie intégrante du quotidien de nombreuses personnes âgées. Ce dont on parle beaucoup moins, c'est que ces troubles mêmes, ainsi que les médicaments utilisés pour les traiter, peuvent profondément affecter le désir sexuel, l'excitation et la satisfaction. Pour les personnes âgées qui doivent déjà faire face à la stigmatisation liée à la fois au vieillissement et à la maladie mentale, la sexualité devient une troisième source de difficulté, largement invisible, que les cliniciens abordent rarement, dont les patients osent rarement parler et que la recherche n'a commencé à prendre au sérieux que récemment.

Cette lacune prend d'autant plus d'importance que la population vieillit. Les personnes vivent plus longtemps avec des troubles psychiatriques chroniques qui, autrefois, réduisaient considérablement leur espérance de vie, et de plus en plus de personnes reçoivent un diagnostic d'anxiété ou de troubles dépressifs pour la première fois à partir de la soixantaine, de la septantaine, voire au-delà. Dans le même temps, la sexualité reste, pour la plupart des personnes âgées, un élément important et constant de leur identité et de leur satisfaction relationnelle. Traiter l'esprit tout en ignorant discrètement les effets du traitement psychiatrique sur l'intimité constitue une prise en charge incomplète.

Un problème oublié au sein d'une population oubliée

Les dysfonctionnements sexuels chez les personnes âgées sont depuis longtemps décrits dans la littérature psychiatrique comme un problème oublié : négligés par les cliniciens qui partent du principe que les patients âgés ne sont plus sexuellement actifs, et sous-déclarés par les patients qui considèrent que leurs difficultés relèvent simplement d'un processus normal et inévitable du vieillissement (Slack & Aziz, 2020). Lorsqu'un diagnostic psychiatrique vient s'ajouter à ce tableau, cette négligence a tendance à s'aggraver plutôt qu'à s'atténuer. Les consultations en santé mentale destinées aux personnes âgées se concentrent généralement sur l'humeur, les fonctions cognitives et les risques, laissant peu de place – et souvent peu d'assurance clinique – à une discussion sur le bien-être sexuel.

Une partie de la difficulté est d'ordre structurel. Les consultations psychiatriques pour les personnes âgées sont souvent courtes, axées sur la revue des traitements médicamenteux et la sécurité, et se déroulent en présence de membres de la famille ou d'aidants qui peuvent se trouver dans la pièce, ce qui rend impossible d'aborder un sujet déjà sensible. Une partie de la difficulté est également générationnelle : de nombreux patients âgés ont grandi à une époque où la sexualité, sans parler de la sexualité chez les personnes âgées ou associée à une maladie mentale, n'était pas un sujet dont on



discutait avec un médecin. Il en résulte un silence qui ne profite à personne, et encore moins au patient qui vit en silence avec un effet secondaire qu'il suppose impossible à traiter.

L'anxiété : le saboteur silencieux du désir

Les troubles anxieux sont systématiquement associés à des difficultés sexuelles, par le biais d'un mécanisme qui relève davantage de la physiologie que de la psychologie au sens strict : une activité accrue du système nerveux sympathique interfère directement avec le désir, l'excitation et l'orgasme, tandis que l'inquiétude concernant les performances sexuelles elles-mêmes peut créer un cercle vicieux d'évitement (Kirana et al., 2025). Chez les personnes âgées, cela peut s'ajouter à une anxiété liée à la santé, concernant l'évolution des capacités du corps, ou à une anxiété sociale liée aux rencontres amoureuses et à l'intimité à un âge avancé, en particulier après un divorce ou le veuvage.

Ces schémas liés à l'anxiété se présentent souvent sous l'apparence de problèmes purement physiques. Un homme âgé qui développe des troubles érectiles situationnels après une alerte médicale, par exemple, peut commencer à éviter toute intimité par crainte d'un nouvel échec, un schéma qui n'a que peu à voir avec ses capacités physiques sous-jacentes et tout à voir avec l'anxiété anticipatoire. Comme les patients âgés sont moins enclins à évoquer spontanément leurs préoccupations sexuelles, et que les cliniciens sont moins enclins à les interroger à ce sujet, les difficultés sexuelles liées à l'anxiété chez ce groupe d'âge restent souvent totalement ignorées, n'étant considérées ni comme un symptôme de santé mentale ni comme un trouble de la santé sexuelle.

Antidépresseurs : un compromis nécessaire

Pour les personnes âgées traitées pour une dépression ou une anxiété, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) restent un traitement de première intention, et l'un de leurs effets secondaires les plus courants est la dysfonction sexuelle, qui touche selon les estimations entre un tiers et la moitié des patients, les plaintes les plus fréquentes étant une baisse de la libido, un retard de l'orgasme et des difficultés d'excitation. Chez une petite proportion de patients, ces effets secondaires sexuels persistent même après l'arrêt du traitement, un état désormais reconnu comme la dysfonction sexuelle post-ISRS.

Il existe des options efficaces qui sont sous-utilisées. L'ajout de bupropion, un antidépresseur non sérotoninergique agissant sur la dopamine et la noradrénaline plutôt que sur la sérotonine, s'est révélé, dans le cadre d'essais contrôlés par placebo, capable d'améliorer de manière significative le désir et la fonction sexuelle chez les patients souffrant d'un dysfonctionnement induit par les ISRS (Clayton et al., 2004). L'ajustement de la posologie, la programmation de la prise du médicament en fonction de l'activité sexuelle, les courtes pauses planifiées sous surveillance médicale et le passage à d'autres antidépresseurs présentant moins d'effets secondaires sexuels constituent d'autres stratégies rarement abordées, à moins que le patient n'aborde lui-même le sujet en premier. Pour les personnes âgées, qui prennent souvent déjà plusieurs médicaments pour des pathologies sans rapport, cette discussion peut facilement passer inaperçue au milieu d'une consultation, mais n'en reste pas moins importante pour autant.

Benzodiazépines et somnifères : un aspect supplémentaire souvent négligé

L'anxiété et l'insomnie chez les personnes âgées sont encore couramment traitées par des benzodiazépines, des médicaments qui comportent leurs propres effets secondaires sexuels, moins médiatisés. Des revues de la littérature pharmacologique décrivent une baisse de la libido, des troubles de l'érection et un retard de l'orgasme associés à plusieurs benzodiazépines couramment prescrites, par le biais de mécanismes comprenant la sédation, des perturbations hormonales et une altération de la signalisation le long de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique (Zoroufchi et al., 2021). Comme les benzodiazépines sont également associées à des chutes, à un ralentissement cognitif et à une dépendance chez les personnes âgées, leurs effets secondaires sexuels sont rarement la première préoccupation soulevée lors d'une révision du traitement médicamenteux. Pourtant, pour un patient qui tente de maintenir une relation intime, ces effets peuvent être tout aussi lourds de conséquences que ceux d'un antidépresseur ou d'un antipsychotique, et méritent tout autant une discussion franche avant, et pas seulement après, la prescription du médicament.

Antipsychotiques et stabilisateurs de l'humeur dans une population vieillissante

À mesure que la population des personnes âgées atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire s'accroît, parallèlement à l'allongement de l'espérance de vie et à un diagnostic plus précoce, les dysfonctionnements sexuels liés aux antipsychotiques deviennent un problème de santé mentale gériatrique de plus en plus pertinent, mais aussi de plus en plus négligé. De nombreux antipsychotiques augmentent le taux de prolactine, ce qui inhibe la libido et peut entraîner des modifications du cycle menstruel chez les femmes et des troubles de l'érection chez les hommes, tandis que la sédation et d'autres effets sur les récepteurs aggravent encore le problème.

Les recommandations cliniques préconisent désormais de prescrire, dans la mesure du possible, des antipsychotiques épargnant la prolactine, tels que l'aripiprazole, ou d'ajouter une faible dose de l'un de ces agents pour contrer les effets secondaires sexuels d'autres antipsychotiques qui ne peuvent être remplacés (Montejo et al., 2021). Les effets secondaires sexuels constituent également l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les patients cessent discrètement de prendre un traitement qui, par ailleurs, maintient leur état psychiatrique stable — une situation évitable si le compromis est discuté ouvertement dès le départ, et dont les conséquences sont particulièrement graves chez les personnes âgées, pour qui une rechute peut entraîner une hospitalisation, une perte d'autonomie ou un déclin rapide du fonctionnement global.

Des différences entre les sexes souvent négligées

Les effets secondaires sexuels des médicaments psychiatriques ne sont pas ressentis de la même manière par les hommes et les femmes, bien que l'attention clinique se soit historiquement concentrée bien davantage sur la dysfonction érectile que sur les difficultés équivalentes rencontrées par les femmes. Une revue systématique des différences entre les sexes concernant les effets indésirables des médicaments a révélé que les femmes signalaient systématiquement un fardeau

global plus élevé d'effets secondaires sexuels liés aux antidépresseurs et aux antipsychotiques que les hommes, parallèlement à des schémas spécifiques au sexe, tels qu'une élévation plus prononcée de la prolactine sous certains antipsychotiques (Shan et al., 2023). Pour les femmes âgées, dont les préoccupations en matière de santé sexuelle sont déjà moins susceptibles d'être abordées en milieu clinique que celles des hommes âgés, ce double déficit d'attention et de recherche constitue une forme d'inégalité significative, mais corrigible, dans les soins psychiatriques.

Une double, voire triple, stigmatisation

Les personnes âgées ayant reçu un diagnostic psychiatrique sont confrontées à une accumulation de stigmates rarement reconnus, que ce soit dans les services de santé mentale ou de santé sexuelle : l'idée reçue selon laquelle les personnes âgées ne sont pas sexuellement actives, celle selon laquelle les personnes atteintes de troubles mentaux graves ne devraient pas ou ne peuvent pas entretenir de relations intimes, et celle selon laquelle aborder l'un ou l'autre de ces sujets serait en quelque sorte inapproprié lors d'une consultation psychiatrique. Pour les personnes âgées LGBTQIA+ ayant un diagnostic de santé mentale, une couche supplémentaire peut s'ajouter, car les services conçus à partir de présupposés hétérosexuels et cisgenres peuvent ne pas poser les bonnes questions du tout.

Il en résulte que le bien-être sexuel est écarté de l'ordre du jour de toutes parts, alors même que les patients eux-mêmes le considèrent systématiquement comme un élément important de leur qualité de vie et de leur satisfaction vis-à-vis du traitement. Les proches et le personnel des établissements d'hébergement, lorsqu'ils participent aux soins d'une personne âgée, peuvent involontairement renforcer encore davantage ce silence, en considérant toute manifestation d'intérêt romantique ou sexuel comme inappropriée, confuse ou tout simplement hors de propos compte tenu de l'âge ou du diagnostic de la personne.

Approches psychologiques et comportementales : au-delà de l'ordonnance

L'ajustement du traitement médicamenteux n'est qu'une partie de la solution. Une revue systématique des interventions psychologiques en matière de santé sexuelle chez les personnes âgées a révélé que les approches éducatives et cognitivo-comportementales, notamment la psychoéducation, la formation à la communication et les exercices de couple structurés tels que la « sensate focus », ont donné des résultats encourageants pour améliorer la satisfaction sexuelle et réduire l'anxiété liée à la performance (Vasconcelos et al., 2023). Ces approches sont particulièrement bien adaptées aux difficultés sexuelles liées à l'anxiété et aux relations, courantes chez les personnes âgées souffrant d'un trouble de santé mentale, car elles s'attaquent directement au cycle psychologique de l'inquiétude et de l'évitement, plutôt qu'à sa seule expression physique.

L'orientation vers un sexologue ou un psychologue formé à la santé psychosexuelle devrait donc venir en complément, et non en remplacement, d'une prise en charge médicamenteuse rigoureuse. Pour les couples, de brefs exercices structurés visant à réintroduire le contact physique et l'intimité sans la pression des rapports sexuels peuvent permettre de rétablir progressivement la confiance, tandis que

la thérapie individuelle peut aider une personne âgée à dissocier l'anxiété liée à un diagnostic de santé mentale d'une évaluation réaliste de ce que son corps est encore capable de faire et de ressentir.

Vers de meilleurs soins : la prise de décision partagée

Comblant cette lacune ne nécessite pas de réinventer les soins psychiatriques, mais simplement de les élargir. Les cliniciens qui prescrivent des antidépresseurs, des antipsychotiques, des benzodiazépines ou des stabilisateurs de l'humeur à des personnes âgées devraient évoquer la possibilité d'effets secondaires sexuels avant le début du traitement, et non pas seulement après qu'un patient a signalé un problème, afin que les décisions puissent être prises en collaboration plutôt que dans le silence. Le suivi de routine devrait inclure une question simple et directe sur la fonction sexuelle, parallèlement aux contrôles standard portant sur l'humeur, le sommeil et l'appétit, posée sur le même ton neutre que n'importe quel autre point d'évaluation du traitement médicamenteux.

Lorsque des effets secondaires surviennent, il convient de proposer aux patients de véritables alternatives : ajustement de la posologie, changement de médicament, stratégies d'augmentation thérapeutique, orientation vers une thérapie psychosexuelle, ou une combinaison de ces options, plutôt qu'un choix présenté comme un dilemme entre stabilité mentale et intimité. La formation des psychiatres, des gériatres et des infirmiers en santé mentale devrait inclure explicitement la santé sexuelle, afin que la gêne ou le manque de confiance ne fasse plus obstacle à une conversation que les patients, selon la plupart des études, sont à la fois disposés à avoir et soulagés d'avoir une fois qu'elle leur est proposée.

Le traitement de la santé mentale chez les personnes âgées ne devrait pas se faire au détriment de l'intimité, pas plus que l'intimité ne devrait être sacrifiée au nom de la stabilité psychiatrique. Reconnaître la dimension sexuelle des soins de santé mentale, qu'il s'agisse d'anxiété, de dépression ou de maladies mentales graves, pour toutes les classes de médicaments concernées, n'est pas une préoccupation secondaire mais un élément central du traitement global de la personne âgée. Car de bons soins psychiatriques, tout comme une vie sexuelle épanouie, ne vieillissent jamais.

Bibliographie

Clayton, A. H., Warnock, J. K., Pinkerton, R., Sheldon-Keller, A., & McGarvey, E. L. (2004). Essai contrôlé par placebo sur le bupropion SR en tant qu'antidote aux dysfonctionnements sexuels induits par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 62-67.

Kirana, P.-S., van Lankveld, J. J. D. M., Dewitte, M., & Rowland, D. L. (2025). Les différentes facettes de l'anxiété dans les dysfonctionnements sexuels : caractéristiques clés, interventions efficaces et implications cruciales pour les professionnels de santé – Déclarations de position de l'ESSM. *Sexual Medicine*, 13(6), qfaf097.

Montejo, A. L., de Alarcon, R., Prieto, N., Acosta, J. M., Buch, B., & Montejó, L. (2021). Stratégies de prise en charge des dysfonctionnements sexuels liés aux antipsychotiques : une approche clinique. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 308.

Shan, Y., Cheung, L., Zhou, Y., Huang, Y., & Huang, R. S. (2023). Revue systématique des différences entre les sexes concernant les effets indésirables liés aux médicaments psychotropes, cardiovasculaires et analgésiques. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1096366.



Slack, P., & Aziz, V. M. (2020). Sexualité et dysfonctionnements sexuels chez les personnes âgées : un problème oublié. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-153.

Vasconcelos, P., Gomez Ponce de Leon, R., Serruya, S. J., Carneiro, B., Nobrega, C., Pereira, R., Quinta Gomes, A., Paul, M. C., & Nobre, P. J. (2023). Une revue systématique des interventions psychologiques en matière de santé sexuelle chez les personnes âgées. *International Journal of Sexual Health*, 35(3), 399-413.

Zoroufchi, B. H., Doustmohammadi, H., Mokhtari, T., & Abdollahpour, A. (2021). Dysfonctionnements sexuels liés aux benzodiazépines : revue critique de la pharmacologie et du mécanisme d'action. *Revista Internacional de Andrologia*, 19(1), 62-68.

