

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

SCPD - Prise en charge et traitement pharmacologique des comportements sexuels inappropriés (CSI)

Département de pharmacie

Par Sophie Gauthier, étudiante 4^e année PharmD, UdeM

Dans le cadre d'un stage à thématique optionnelle - STOP

Révisé par : Guy Pellerin, pharmacien

Département de pharmacie

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

CHSLD St-Jérôme

Décembre 2019

Table des matières

Abréviations.....3

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)4

 Définition..... 4

 Types de SCPD 4

Comportements sexuels inappropriés (CSI).....4

 Définition..... 4

 Épidémiologie..... 5

 Types de CSI..... 5

 Conséquences..... 5

 Étiologie..... 5

 Conditions médicales aggravantes.....5

 Rôle des neurotransmetteurs & hormones.....6

 Impact des médicaments et drogues 7

Traitement.....9

 Approche non-pharmacologique 9

 Approche pharmacologique 9

 Antidépresseurs9

 Anxiolytiques.....13

 Stabilisateurs de l’humeur – Anticonvulsivants.....14

 Antipsychotiques.....15

 Inhibiteurs de l’acétylcholinestérase20

 Anti-androgènes hormonaux.....22

 Anti-androgènes non-hormonaux.....26

 Antihypertenseurs – bêta-bloqueurs.....28

Approche systématique pour la prise en charge des CSI en CHSLD29

 Suggestion de rôle du médecin.....29

 Suggestion de rôle de l’équipe des soins infirmiers29

 Suggestion de rôle du pharmacien30

 Suggestion de plan de traitement pharmacologique30

 Suggestion des rôles communs à toute l’équipe.....34

Algorithme – Approche systématique pour les CSI35

Annexe 1 – Grille de documentation des comportements sexuels inappropriés36

Bibliographie37

Abréviations

- ATCD : antécédents
- AVC : accident vasculaire cérébral
- BZD : benzodiazépines
- CBZ : carbamazépine
- CHSLD : centres hospitaliers de soins de longue durée
- CPA : cyprotérone acétate
- CSI : comportements sexuels inappropriés
- DA : dopamine
- DFT : démence frontotemporale
- FSH : hormone folliculostimulante ou folliculostimuline (*follicule stimulating hormone*)
- GABA : acide gamma-aminobutyrique (*gamma-aminobutyric acid*)
- GnRH : hormone de libération des gonadotrophines (*gonadotrophin releasing hormone*)
- HTO : hypotension orthostatique
- H1 : histamine
- IChE : inhibiteurs de l'acétylcholinestérase
- IM : intramusculaire
- ISRS : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- ITSS : infections transmissibles sexuellement et par le sang
- LH : hormone lutéinisante ou lutéinostimuline (*luteinizing hormone*)
- LHRH : hormone de libération de la lutéinostimuline (*luteinizing hormone releasing hormone*)
- MAB : maladie affective bipolaire
- MPA : médroxyprogestérone acétate
- NE : épinéphrine
- NO : oxyde nitrique
- PO : *per os* (du latin, signifie : par la bouche)
- PRL : prolactine
- REP : réactions extrapyramidales
- SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- SNC : système nerveux central
- TNC : trouble neurocognitif
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine
- 5HT : sérotonine

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Définition

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence se réfèrent aux symptômes non cognitifs et neuropsychologiques développés par les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs. Ils s'expriment dans plusieurs types de démence tels que l'Alzheimer, les corps de Lewy, vasculaire, mixte, liée au Parkinson, alcoolique, etc. Les SCPD sont la manifestation d'une altération de la perception et du contenu des pensées, de l'humeur ou encore du comportement. Ils sont souvent d'étiologie multifactorielle, comme ils sont affectés par les changements physiologiques provoqués par la démence en elle-même, au niveau des neurotransmetteurs, autant que par l'environnement du patient ainsi que ses autres pathologies. ^[4]

Types de SCPD

Les SCPD peuvent se manifester sous les formes suivantes ^[1] :

- Agressivité physique ou verbale
- Agitation, incluant l'agitation vespérale (en fin de journée)
- Mouvements répétitifs
- Troubles de l'humeur, comme la dépression ou l'anxiété
- Psychose, incluant des délires, des hallucinations visuelles et/ou auditives
- Vocalises répétées, injures, cris
- Troubles du sommeil
- Errance, incluant de suivre les gens
- Accumulation d'objets
- Désinhibition et autres comportements sexuels inappropriés
- Etc.

Comportements sexuels inappropriés (CSI)

Définition

Ce sont des comportements à caractère sexuel qui sont inappropriés, perturbateurs et inquiétants ; ils portent atteinte aux soins reçus par le patient dans un environnement donné. Ces actes sont parfois commis de manière compulsive, sans que le patient comprenne le caractère inapproprié des actes en eux-mêmes. Ils peuvent aussi être dû à une augmentation de la libido (hypersexualité), ou bien à une désinhibition sexuelle marquée. ^[2-10]

Épidémiologie

La fréquence de ces comportements est estimée entre 7-25% chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs. Les CSI seraient plus fréquents chez les patients dont l'atteinte est plus sévère, et sont à prédominance masculine, malgré qu'aucun ratio homme-femme n'a pu être clairement établi.

[2, 3, 6, 8, 10]

Types de CSI

1. Propos sexuels : c'est la forme la plus commune. Elle se caractérise par l'usage de langage grossier et/ou à connotation/contentu sexuel, en contradiction avec les habitudes antérieures du patient. Cela inclut de faire des demandes verbales pour recevoir des faveurs sexuelles, de faire des commentaires à teneur sexuelle, etc.
2. Actes sexuels : ils incluent des actes tels que toucher, agripper, exposer ses propres parties génitales ou celles des autres, de se masturber, que ce soit en public ou en privé, d'enlacer, d'embrasser ou même d'avoir un rapport sexuel, qui inclut aussi l'agression sexuelle, avec une autre personne, souvent des employés du personnel soignant, d'autres résident(e)s ou même des membres de la famille, etc.
3. Actes à insinuation sexuelle : ils incluent la possession et l'utilisation de matériel pornographique, que ce soit sous forme de magazine ou de vidéos, au vu et au su de n'importe qui, sans forcément inclure la masturbation, ou encore de demander des soins génitaux lorsqu'ils ne sont pas nécessaires, etc. [2, 3, 5, 8, 10]

Conséquences

L'impact des comportements sexuels inappropriés tend à être minimisé, comme il s'agit du moins fréquent des SCPD, mais ils affectent la santé mentale et physique de plusieurs intervenants. Les patients sont les premiers à en souffrir, psychologiquement et physiquement, avec leur famille et leurs proches, en particulier lorsqu'ils vivent encore dans leur communauté. Ensuite, lorsque les patients sont placés en établissements de de longue durée, les travailleurs de la santé, les autres résidents, et jusqu'à leurs familles respectives qui viennent les visiter, doivent subir ces comportements déplacés. Selon la gravité des gestes posés et leur fréquence, ils peuvent être vécus comme un fardeau, une agression ou même un trauma. [2]

Étiologie

Conditions médicales aggravantes

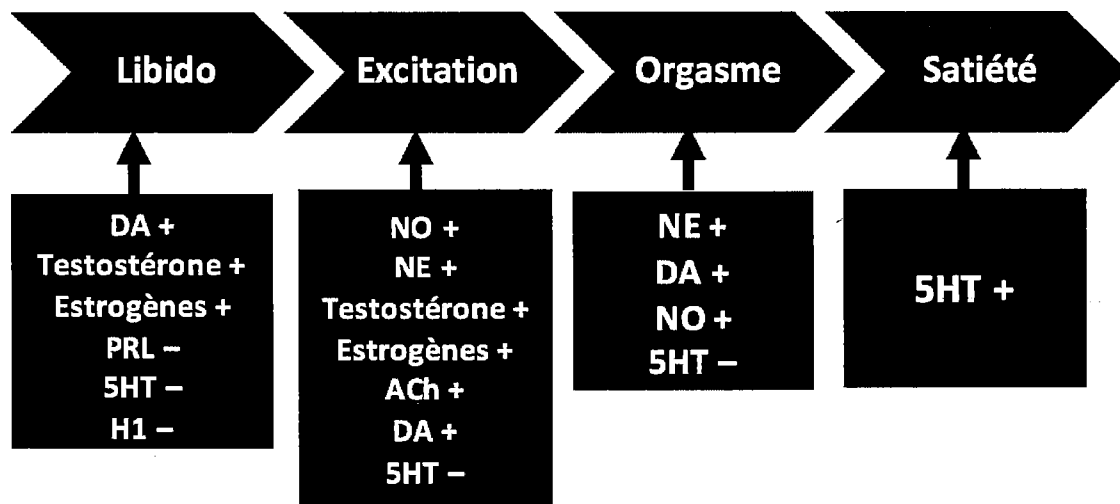
- Génito-urinaire : infection urinaire, ITSS, infection fongique, incontinence urinaire, etc.
- Digestif : constipation, fécalome, incontinence fécale, etc.

- Psychologique : épisode maniaque ou hypomaniaque, psychose, délirium, etc.
- Neurologique : dysfonction, AVC, tumeur, lésion chirurgicale ou trauma au :
 - Lobe frontal : Il est le médiateur de l'expression du comportement sexuel. Une dysfonction du lobe frontal amène typiquement une désinhibition, plutôt qu'un comportement hypersexuel ou une augmentation de la libido. On observe communément ce type d'atteinte dans les démences, la maladie affective bipolaire, les scléroses multiples ou dans les cas de tumeur au lobe frontal.
 - Système temporo-limbique : Dans les études animales, une surstimulation du système limbique entraîne un comportement hypersexuel. Chez les humains, des lésions bilatérales du lobe temporal cause le syndrome de Kluver-Bucy, qui est caractérisé par des comportements auto-érotiques, de l'hyperoralité, de l'agnosie visuelle, de la placidité, une perte du sentiment de peur et des troubles de la mémoire. Des comportements hypersexuels peuvent aussi être observés suite à un AVC, une tumeur ou encore de l'épilepsie avec atteinte au lobe temporal. Une atteinte du côté droit est plus à risque d'entraîner une hypersexualité, comme ce côté est plutôt associé aux émotions.
 - Striatum : Certains comportements sexuels sont associés avec des lésions au niveau des circuits cortico-striataux, et s'apparente à des troubles obsessionnels-compulsifs en rapport avec la sexualité. Ils sont générés à l'interne et dysfonctionnel par nature. On observe ce genre de comportement dans la chorée de Huntington, la maladie de Wilson, le syndrome de la Tourette et parfois même chez les patients parkinsoniens traités avec des agonistes dopaminergiques ou de la lévodopa.
 - Hypothalamus : Des lésions à l'hypothalamus peuvent causer une augmentation de la libido. Par exemple, le syndrome Kleine-Levin est caractérisé par de l'hypersomnolence et une libido augmentée, qu'on croit être dû à une dysfonction hypothalamique. Des lésions à l'hypothalamus droit et/ou à l'aire périventriculaire peut entraîner des symptômes maniaques, tel qu'une augmentation de la libido. [2, 3, 4, 6, 8, 9]

Rôle des neurotransmetteurs & hormones

Les facteurs neuroendocriniens qui ont un impact sur les fonctions sexuelles comprennent les androgènes, les œstrogènes, la progestérone, la prolactine, l'ocytocine, le cortisol, les phéromones, ainsi que plusieurs neurotransmetteurs, notamment l'oxyde nitrique, la sérotonine, la dopamine, l'adrénaline, la noradrénaline, les opioïdes, l'acétylcholine, l'histamine et le GABA. Leur rôle individuel est détaillé dans la figure 1 ci-dessous. [4, 8, 11, 12]

Figure 1 – Impact des neurotransmetteurs et des hormones dans la réponse physiologique normale au sexe chez l’humain [11]



Légende : DA – dopamine. PRL – prolactine. 5HT – sérotonine. H1 – histamine. NO – oxyde nitrique. NE – épinéphrine.

Impact des médicaments et drogues

Substances avec potentiel d'aggraver les CSI :

- Hypersexualité :
 - Antiparkinsonien : pramipexole, ropinirole, apomorphine (0-1%), lévodopa, entacapone ;
 - Antipsychotiques : aripiprazole (rare).
- Augmentation de la libido :
 - Antidépresseurs : bupropion, mirtazapine, trazodone (0-2%), ISRS (rare) ;
 - Antipsychotique (rare) : quétiapine, rispéridone, olanzapine, halopéridol ;
 - Anxiolytiques : buspirone (1 petite étude sur la dysfonction érectile induite par les ISRS : efficace VS paroxétine et citalopram, mais inefficace VS fluoxétine) ;
 - Benzodiazépines : chlordiazépoxyde (1-10%) ;
 - Bloqueur alpha-adrénergique : yohimbine (dysfonction érectile induite par les ISRS → résultats positifs non significatifs dans 2 petites études pour cette indication) ;
 - Hormones : estrogènes (1-10%), androgènes ;
 - Psychostimulants : amphétamines, cocaïne.
- Désinhibition sexuelle :
 - Sédatifs/hypnotiques/dépresseurs du SNC : zolpidem (1-10%), benzodiazépines, alcool ;
 - Stabilisateur de l'humeur : tryptophane. [12, 13, 14]

Substances avec potentiel de diminuer les CSI :

- Troubles sexuels en général :

- Analogue LHRH : goséréline (21%) ;
 - Anti-androgènes : finastéride (2.5%) ;
 - Anticonvulsivants : carbamazépine (0-1%) ;
 - Antidépresseurs : trimipramine (10%), phénelzine (10%), désipramine (1-10%), nortriptyline (1-10%), protriptyline (1-10%), vortioxétine (F : 1-2%, H : 3-5%) ;
 - Antipsychotiques : halopéridol (70%), rispéridone (60-70%), olanzapine (50%), quétiapine (30%), thiothixène (1-10%), clozapine (0-2%), halopéridol (0-1%), loxapine (0-1%) ;
 - Benzodiazépines : chlordiazépoxyde (1-10%).
- Diminution de la libido :
 - Agoniste GnRH/analogues LHRH : buséreléline (2-85%), goséréline (61%), nafaréline (22%), triptoréline (2%) ;
 - Anti-androgènes : flutamide (36%), estramustine (10%), finastéride (10%), bicalutamide (2-5%), dutastéride (3.7%) ;
 - Anticholinergiques : oxybutynine (1-10%) ;
 - Antidépresseurs : paroxétine (3-15%), fluoxétine (1-11%), fluvoxamine (2-10%), escitalopram (3-7%), venlafaxine (5%), desvenlafaxine (3-6%), vilazodone (2-4%), duloxétine (3%), citalopram (2.2%) ;
 - Benzodiazépines : diazépam (10%), flurazépam (10%), clonazépam (10%), clorazépate (10%), chlordiazépoxyde (10%), alprazolam (7%) ;
 - Bêta-bloqueurs : métoprolol (10%), nadolol (10%).
- Troubles érectiles :
 - Agoniste GnRH/analogues LHRH : buséreléline (2-79%), goséréline (18%), triptoréline (10%), leuprolide (5-11%) ;
 - Anti-androgènes : flutamide (33%), finastéride (18.5%), mégestrol (1-10%), dutastéride (6%), nilutamide (1.3%), kétoconazole (0-1%) ;
 - Antidépresseurs : levomilnacipran (6-10%), desvenlafaxine (3-11%), imipramine (1-10%), fluoxétine (1-7%), venlafaxine (5%), duloxétine (4%), citalopram (3.2%), paroxétine (2.5%), fluvoxamine (2%), vilazodone (1-3%), trazodone (0-2%) ;
 - Antipsychotique : pimozide (15%), lurasidone (0-1%) ;
 - Bêta-bloqueurs : propranolol (10%), aténolol (1-10%), labétalol (2.2%), acébutolol (2%), sotalol (2%), bisoprolol (1.2%).
- Troubles éjaculatoires :
 - Alpha-bloquants : silodosine (28%), tamsulosine (8-18%) ;
 - Anti-androgènes : finastéride (7.2%) ;
 - Antidépresseurs : paroxétine (12.9%), venlafaxine (1-10%), citalopram (6.2%), fluoxétine (1-7%), levomilnacipran (5%), desvenlafaxine (0-5%), duloxétine (3%), vilazodone (1-2%), trazodone (0-2%). ^[12, 13, 14]

Traitement

Approche non-pharmacologique

- Si comportements plus compulsifs, utiliser des techniques pour changer les idées du patient, lui occuper l'esprit, lui faire comprendre que ces gestes sont déplacés, l'empêcher d'agir ou faire baisser sa motivation :
 - Diversion, redirection
 - Explications répétées sur le caractère inapproprié de son comportement
 - Activités récréatives, manuelles ou artistiques
 - Tenue vestimentaire altérée (ex. : port de salopettes, vêtements qui s'attachent et se détachent dans le dos, etc.)
 - Exposition limitée ou interdite aux contenus sexuels de type pornographique ou érotique
 - Intervenant du même sexe si possible pour les soins d'hygiène
- Si le comportement est dû à de la solitude, s'exprime envers la mauvaise personne (ex. : le patient confond une résidente pour son épouse) ou par manque d'intimité :
 - Favoriser l'intimité, respecter le besoin d'être en privé
 - Favoriser les visites conjugales privées ou familiales
 - Présence d'un animal de compagnie ou zoothérapie
 - Utiliser des peluches ou des poupées pour distraire les patients et occuper leurs mains ou pour prendre dans leurs bras (comme si c'était une personne ou un animal). ^[1, 7, 8]

Approche pharmacologique

Antidépresseurs

① Paroxétine

- Mécanisme d'action probable : Effet anti-obsessionnel et anti-libidineux dû à la recapture de la sérotonine, qui augmente la quantité de ce neurotransmetteur au niveau synaptique, et au blocage de l'autorécepteur 5HT1 en présynaptique, qui habituellement agit comme un frein électrique dans le neurone. L'augmentation des influx sérotoninergiques entraîne une diminution de l'excitation et du désir sexuel, et augmente la satiété sexuelle. Aussi, la paroxétine a des propriétés anticholinergiques, ce qui contribue à diminuer l'excitation sexuelle. En somme, cela génère des troubles érectiles et éjaculatoires et une diminution de la libido.
- Délai d'action : < 1 semaine
- Posologie : 20 mg po die
- Formulations et doses : 10, 20, 30, 40 mg en comprimés
- Disponibilité : au formulaire

- Effets indésirables : Trouble d'éjaculation et d'érection, anorgasmie, nausées, bouche sèche, somnolence ou insomnie, asthénie, constipation, diarrhée, diaphorèse, hyponatrémie, etc.
- Niveau d'évidences scientifiques : 6 rapports de cas, 6 patients au total. [15, 16, 25, 30, 34, 51]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 69	?	Désinhibition	+	Halopéridol, lorazépam, chlorpromazine, lithium, nortriptyline	
H, 76	Alcoolique	Avances sexuelles, masturbation	+		*Succès x5 ans en monothérapie, puis récurrence des CSI → ajout MPA
F, 90	?	Agression, déshabille les H	-	Valproate, gabapentin	*Succès avec citalopram et rispéridone
H, 78	DFT	Hypersexualité	-		*Succès avec CBZ
H, 85	Vasculaire	Hypersexualité, masturbation compulsive	-	Cyprotérone	*Succès avec quétiapine
H, 61	DTF	Avances sexuelles	-	Sertraline, quétiapine, rispéridone	*Succès avec aripiprazole

2 Citalopram

- Mécanisme d'action probable : Effet anti-obsessionnel et anti-libidineux dû à la recapture de la sérotonine, qui augmente la quantité de ce neurotransmetteur au niveau synaptique, et au blocage de l'autorécepteur 5HT1 en présynaptique, qui habituellement agit comme un frein électrique dans le neurone. L'augmentation des influx sérotoninergiques entraîne une diminution de l'excitation et du désir sexuel, et augmente la satiété sexuelle. Cela génère des troubles érectiles et éjaculatoires et une diminution de la libido.
- Délai d'action : < 1 semaine
- Posologie : 10 à 50 mg po die
- Formulations et doses : 10, 20, 30, 40 mg en comprimés
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Trouble éjaculation et érection, anorgasmie, baisse de libido, diarrhée, bouche sèche, fatigue, insomnie, diaphorèse, nausées, somnolence, hyponatrémie.
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 rapports de cas et 1 série de cas, 11 patients au total. [6, 16-19]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 85	Alzheimer	Obsession pour la pornographie	+		Rivastigmine Mémantine
F, 90	?	Agression physique, déshabille les hommes	+	Paroxétine, valproate, gabapentin.	Rispéridone (agression)
H, 54	Parkinson	?	+	Lamotrigine, clozapine, aripiprazole, olanzapine, ziprasidone, estrogènes	Lithium (MAB)
H, 55	Alzheimer	Hypersexualité	+		ICHe
H, 85	Alzheimer	Verbal, exhibition, attouchement	+		Olanzapine, MPA
H, 76	Alzheimer	Verbal, attouchements	+		Rispéridone
F, 76	Alzheimer	Verbal, attouchements	+		Olanzapine
H, 84	Vasculaire	Verbal, exhibition, attouchement, entre dans les chambres	-	Rispéridone	*Succès avec MPA
H, 76	Vasculaire	Verbal, avances sexuelles, attouchements	-		*Succès avec olanzapine, mirtazapine.
H, 75	Mixte	Verbal, attouchements	-		*Succès avec olanzapine et MPA
H, 79	Mixte	Verbal, attouchements, agression	-		*Succès avec Olanzapine

③ Clomipramine

- Mécanisme d'action probable : effet semblable aux ISRS, comme son action principale antidépressive est envers les neurones sérotoninergiques, mais elle a aussi des propriétés anticholinergiques étant donné son affinité pour les récepteurs H1. Par contre, les amines tertiaires ont aussi une certaine affinité pour les récepteurs noradrénergiques, mais la clomipramine a une meilleure sélectivité pour les sérotoninergiques. Donc, elle agit comme sédatif, qui calme le patient, et pour diminuer la libido.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 150 mg po die, étudié jusqu'à 200 mg, mais avec davantage d'effets secondaires
- Formulations et doses : 10, 25 et 50 mg en comprimés
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Absence d'éjaculation, impuissance, HTO, bouche sèche, constipation, nausée, somnolence, trouble de la miction, gain de poids, étourdissements
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas, 2 patients au total. [21]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx
H, 65	?	Exhibition	+	MPA, thioridazine
H, 75	?	Attouchement, masturbation	+	Thioridazine, buspirone

4 Trazodone

- Mécanisme d'action probable : Principalement, on a lancé l'hypothèse que l'effet de la trazodone sur les CSI soit dû à son effet sédatif et calmant, plus qu'à son effet antidépresseur. La trazodone a un certain effet sérotoninergique, mais bloque principalement les récepteurs 5HT2A et 2C, sachant que le premier est responsable des effets indésirables sur la fonction sexuelle et le sommeil, alors que le second augmente les décharges des neurones NA et DA qui ont un effet stimulant sur la libido, l'excitation sexuelle et l'orgasme, donc cela peut expliquer les effets contradictoires du médicament sur les CSI.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 100 à 500 mg/jr en doses fractionnées
- Formulations et doses : 50, 75, 100, 150 mg en comprimés ; 150 et 300 mg en comprimés longue action
- Disponibilité : formes régulières au formulaire, pas les longues actions
- Effets indésirables : Diminution (ou rarement augmentation) de libido, éjaculation rétrograde ou inhibée, priapisme, céphalée, HTO, bouche sèche, sédation, gain de poids.
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas et 2 rapports de cas, 6 patients au total. [22, 50, 52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 62 à 72 ans	?	?	+	Thioridazine, halopéridol, mesoridazine, thiothixène, BZD	
H, 68	Vasculaire	Masturbation, attouchement, monte dans les lits des autres résidentes	-	Quétiapine, valproate, rispéridone.	*Succès avec MPA
H, 86	Alzheimer	Avances sexuelles, agression	-	BZD	*Succès avec MPA

5 Mirtazapine

- Mécanisme d'action probable : La mirtazapine est un antagoniste des récepteurs postsynaptiques 5-HT2A/C, 5-HT3 et de l'histamine (sédation) et un antagoniste des récepteurs alpha2-adrénergiques. Ses effets sont contradictoires, car elle augmente les concentrations au niveau synaptique de sérotonine et de noradrénaline. Ces deux neurotransmetteurs ou neuropeptides ont des effets inverses dans la réponse sexuelle. Dans plusieurs petites études ouvertes, on pouvait observer une augmentation de la libido chez les patients déprimés ayant

des troubles sexuels induits par les ISRS, mais ces résultats ne sont pas reproductibles dans les études cliniques randomisées auprès d'une population semblable.

- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 15 à 45 mg/jr
- Formulations et doses : 15, 30, 45 mg en comprimés (aussi disponible à dissolution rapide)
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : augmentation de libido, somnolence, bouche sèche, augmentation de l'appétit et gain de poids, constipation, myélosuppression
- Niveau d'évidences scientifiques : 2 rapports de cas, 2 patients au total. [6, 20]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 76	Vasculaire	Verbal, avances sexuelles, attouchements	+	Citalopram	Olanzapine
H, 74	DFT	Masturbation Hypersexualité	-	Valproate, rispéridone	*Succès avec cyprotérone

Anxiolytiques

6 Buspirone

- Mécanisme d'action probable : La buspirone est un agoniste sélectif pour les récepteurs sérotoninergiques 5-HT1A retrouvés aux niveaux pré et postsynaptiques. En présynaptique, la buspirone inhibe les décharges neuronales des neurones sérotoninergiques. Au niveau postsynaptique, la buspirone stimule les récepteurs 5-HT1A de façon modérée. Ces deux actions combinées résultent en une normalisation de la neurotransmission sérotoninergique, ce qui explique les effets contradictoires de la buspirone sur la fonction sexuelle. La buspirone a d'ailleurs été étudiée pour traiter les troubles sexuels induits par les ISRS où elle a été démontrée efficace dans deux petites études, l'une sur le citalopram et l'autre sur la paroxétine, mais pas dans une autre sur la fluoxétine. Ainsi, ses effets sont contradictoires, donc elle a le potentiel d'aggraver les CSI.
- Délai d'action : < 1 semaine
- Posologie : 5 mg po tid
- Formulations et doses : 5 et 10 mg en comprimés
- Disponibilité : seulement 10 mg au formulaire
- Effets indésirables : Diminution ou augmentation de libido, diarrhée, nervosité, agitation, nausées, vertige, étourdissements, maux de tête
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 rapports de cas, 3 patients au total. [21, 23, 52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 80	Mixte	Désinhibition	+		
H, 75	?	Attouchement, masturbation	-	Thioridazine	*Succès avec clomipramine
H, 79	Mixte	Attouchement Tentative de rapport sexuel	-	Haldol, CBZ, olanzapine, quétiapine	*Succès avec MPA

Stabilisateurs de l'humeur – Anticonvulsivants

7 Gabapentin

- Mécanisme d'action probable : L'usage du gabapentin pour traiter les CSI se base sur ses effets indésirables, tels que la perte de libido, les troubles érectiles/éjaculatoires et l'anorgasmie, mais aussi car il augmente la synthèse du neurotransmetteur inhibiteur GABA qui agit en réduisant l'agitation des patients atteints de SCPD, ce qui peut s'avérer utile dans les CSI.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 300 à 2700 mg/jr en doses fractionnées, en général 300 mg po tid
- Formulations et doses : 100, 300, 400 mg en capsules et 600, 800 mg en comprimés
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Impuissance, baisse/perte de libido, trouble d'éjaculation, anorgasmie, sédation, dépression, ataxie, tremblement.
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 rapports de cas et 1 série de cas, 6 patients au total. [26-28]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 62	Vasculaire	Agression	+	Antidépresseurs, BZD	
H, 76	Alzheimer	Attouchement, exhibition, masturbation	+	Quétiapine	
H, ≈ 73 ans	2 Alzheimer, 1 vasculaire	?	+		
F, 90	?	Agression, déshabille les hommes	-	Acide valproïque	*Succès avec citalopram

8 Carbamazépine

- Mécanisme d'action probable : La carbamazépine est un inducteur enzymatique du CYP 3A4, 2C9, 1A2 et de l'UGT. La testostérone est un substrat de tous ces cytochromes, à l'exception du 1A2. Donc, une induction du métabolisme de la testostérone entraîne une diminution du taux de celle-ci et provoque des troubles de l'érection avec une diminution de libido.
- Délai d'action : < 3 semaines
- Posologie : 200 mg po die
- Formulations et doses : 200 mg en comprimés réguliers, 100 et 200 mg en comprimés croquables, 200 et 400 mg en comprimés longue action, 100mg/5ml en suspension orale.
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Troubles sexuels ou érectiles, sédation, dépression, ataxie motrice, hyponatrémie, syndrome de Stevens-Johnson, agranulocytose, hépatotoxicité.
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 rapports de cas, 3 patients au total. [24, 25, 52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 78	Alzheimer	Masturbation, demande des faveurs sexuelles	+	Donépézil, galantamine, pipampérone	
H, 78	DFT	Hypersexualité	+	Paroxétine	
H, 79	Mixte	Attouchement Tentative de rapport sexuel	-	Haldol, buspirone, olanzapine, quétiapine	*Succès avec MPA

Antipsychotiques

9 Olanzapine

- Mécanisme d'action probable : L'olanzapine est un antagoniste des récepteurs D2. Cela occasionne une diminution de la dopamine, puis une augmentation de la prolactine par inhibition du rétrocontrôle négatif. Cela mène à une diminution de la libido, de l'excitation sexuelle et possible anorgasmie.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 2.5-15 mg/jr en doses fractionnées, mais le plus souvent 2.5 à 7.5 mg/jr.
- Formulations et doses : 2.5, 5, 7.5, 10, 15, 20 mg en comprimés réguliers et 5, 10, 15, 20 mg en comprimés fondants, 10mg/2ml en solution injectable
- Disponibilité : au formulaire

- Effets indésirables : Baisse/perte de libido, trouble érectile, anorgasmie, REP, syndrome parkinsonien, céphalée, augmentation de PRL, AST et ALT, gain de poids, sédation, HTO, somnolence
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas et 2 rapports de cas, 8 patients au total. [6, 29, 52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 70	Alzheimer	Attouchements, avances sexuelles, rapport sexuel forcé (épouse) 3-4x/nuit	+		
H, 69	Vasculaire	Attouchements, avances sexuelles	+		Lithium (MAB)
H, 76	Vasculaire	Attouchements, avances sexuelles	+	Citalopram	Mirtazapine
H, 85	Alzheimer	Attouchements, avances sexuelles, exhibition	+		Citalopram, MPA
H, 79	Mixte	Attouchements, avances sexuelles, agression sexuelle	+	Citalopram	
F, 76	Alzheimer	Verbal, attouchements	+		Citalopram
H, 75	Mixte	Verbal, attouchements	+	Citalopram	Lithium
H, 79	Mixte	Attouchements	-	Halopéridol, buspirone, et CBZ	*Succès avec MPA

10 Quétiapine

- Mécanisme d'action probable : La quétiapine est un antagoniste des récepteurs D2. Cela occasionne une diminution de la dopamine, puis une augmentation de la prolactine par inhibition du rétrocontrôle négatif. Cela mène à une diminution de la libido et de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 1 sem
- Posologie : 12.5-150 mg/jr
- Formulations et doses : 25, 100, 150, 200, 300 mg en comprimés réguliers, 50, 150, 200, 300, 400 mg en comprimés longue action
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Troubles sexuels, sédation, REP, chutes, gain de poids, HTO, élévation PRL, AST et ALT.
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 séries de cas et 4 rapports de cas, 12 patients au total. [6, 27, 30, 31, 34, 52, 55]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
F, 61	Alzheimer	Verbal, attouchement	+	Olanzapine, L-DOPA	Mémantine
H, 85	Vasculaire	Verbal, attouchement, masturbation	+	Paroxétine, cyprotérone	
H, 78	Vasculaire	Masturbation, avances sexuelles, frotteurisme	+		Finastéride, propranolol
H, 73	Vasculaire	Masturbation, avances sexuelles, frotteurisme	+		Finastéride, propranolol
H, 82	Vasculaire	Masturbation, avances sexuelles, frotteurisme	+		Finastéride, propranolol, analogue GnRH
H, 71	Vasculaire	Verbal, attouchements, entre dans les chambres	-	Risperidone	*Succès avec MPA
H, 76	Alzheimer	Attouchement, exhibition, masturbation	-		*Succès avec gabapentin
H, 61	DFT	Avances sexuelles	-	Sertraline, paroxétine, rispéridone	*Succès avec aripiprazole
H, 79	Mixte	Attouchements	-	Halopéridol, olanzapine, buspirone, et CBZ	*Succès avec MPA
H, 81	Alzheimer	Attouchements	-	Sertraline	Escitalopram *succès avec MPA
H, 68	Vasculaire	Attouchements, monte dans les lits, masturbation	-	Trazodone, acide valproïque, rispéridone	*Succès avec MPA
H, 81	?	Attouchements, rapport sexuel avec résidente	+/-	Donépézil	Quétiapine efficace pour agressivité, succès avec MPA pour CSI

II Rispéridone

- Mécanisme d'action probable : La rispéridone est un antagoniste des récepteurs D2. Cela occasionne une diminution de la dopamine, puis une augmentation de la prolactine par inhibition du rétrocontrôle négatif. Cela mène à une diminution de la libido et de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 0.5 à 2 mg po die
- Formulations et doses : comprimés de 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4 mg ; comprimés à dissolution rapide 0.5, 1, 2, 3, 4 mg ; gouttes orales 1 mg/ml ; poudre pour injection longue action 12.5, 25, 37.5 et 50 mg.
- Disponibilité : Au formulaire

- Effets indésirables : Troubles sexuels : érectile et éjaculatoire, baisse de libido, HTO, REP, insomnie, gain de poids, céphalée, somnolence, tremblement, détérioration du CSI
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas et 4 rapports de cas, 7 patients au total. [6, 34, 43, 46, 52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 85	Alzheimer	Attouchements, verbal	+		Citalopram
H, 74	DFT	Augmentation libido, masturbation	-	Valproate, mirtazapine	*Succès avec cyprotérone
H, 71	Vasculaire	Verbal, attouchements, entre dans les chambres	-	Quétiapine	*Succès avec MPA
H, 84	Vasculaire	Verbal, attouchements, entre dans les chambres, exhibition	-	Citalopram	*Succès avec MPA
H, 61	DFT	Avances sexuelles	-	Sertraline, paroxétine, quétiapine	*Succès avec aripiprazole
H, 68	Vasculaire	Masturbation, monte dans les lits, attouchement	-	Quétiapine, trazodone, valproate	*Succès avec MPA
H, 78	Vasculaire	Avances sexuelles, agressif	-	Halopéridol, lorazépam	*Succès avec Premarin

13 Halopéridol

- Mécanisme d'action probable : L'halopéridol est un antagoniste puissant des récepteurs D2. Cela occasionne une diminution importante de la dopamine, puis une augmentation de la prolactine par inhibition du rétrocontrôle négatif. Cela mène à une diminution de la libido et de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 1.5 à 3 mg/jr
- Formulations et doses : comprimés de 0.5, 1, 2, 5, 10, 20 mg ; liquide oral 10 mg/5 ml ; solution injectable courte action 5 mg/ml ; injections longue action 50 et 100 mg/ml.
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Impuissance, augmentation libido (rare), sédation, REP, chutes, gain de poids, arythmies ventriculaires
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas et 6 rapports de cas, 10 patients au total. [32-33]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 70	DFT	Masturbation	+	Tiapride	Valproate, bipéridène

H, 90	Alzheimer	Masturbation (insertion d'objets dans l'urètre)	+		
H, 69	?	Désinhibition	-	Lorazépam, chlorpromazine, lithium, nortriptyline	*Succès avec paroxétine
H, 62 à 72 ans	?	?	-	Thioridazine, mesoridazine, thiothixène, BZD	*Succès avec trazodone
H, 79	Mixte	Attouchements, agression sexuelle	-	Donépézil, buspirone, olanzapine, quéliatine, CBZ.	*Succès avec MPA
H, 78	Vasculaire	Avances sexuelles, agressif	-	Rispéridone, lorazépam	*Succès avec Premarin
H, 75	Alzheimer	Propos sexuels, attouchement, exhibition	-	Hydroxyzine	*Succès avec pindolol

14 Aripiprazole

- Mécanisme d'action probable : L'aripiprazole est un agoniste partiel des récepteurs D2 et antagoniste D3. Cela occasionne une diminution de la dopamine, puis une augmentation de la prolactine par inhibition du rétrocontrôle négatif. Cela mène à une diminution de la libido, de l'excitation sexuelle et possible anorgasmie.
- Délai d'action : < 4 semaines
- Posologie : 30 mg po die
- Formulations et doses : 2, 5, 10, 15, 20, 30 mg en comprimés ; 300 et 400 mg en poudre pour injection longue action.
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Trouble érectile, anorgasmie, baisse de libido, dyspepsie, hyperglycémie, élévation TG et cholestérol, insomnie, sédation, nausée
- Niveau d'évidences scientifiques : 2 rapports de cas, 2 patients au total. ^[17, 34]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 61	DFT	Avances sexuelles	+	Sertraline, paroxétine, quéliatine, rispéridone	
H, 55	Parkinson	?	-	Lamotrigine, clozapine, olanzapine, ziprasidone.	*Succès avec citalopram et IChE

Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

15 Rivastigmine

- Mécanisme d'action probable : L'usage des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase servirait à réduire les SCPD de manière générale et à diminuer la confusion. Contrairement à ce qu'on observe avec les autres agents de la même classe, la rivastigmine ne semble pas causer ni aggraver les CSI, mais cette particularité ne saurait être expliquée selon la littérature actuelle.
- Délai d'action : < 4 semaines
- Posologie : 4.6 à 9.5 mg/jr transdermique ou 3 à 9 mg/jr po
- Formulations et doses : capsules de 1.5, 3, 4.5, 6 mg ; liquide oral 10 mg/5 ml ; timbres transdermiques 4.6, 9.5 et 13.3 mg/24h.
- Disponibilité : au formulaire, sauf le timbre de 13.3 mg/24h
- Effets indésirables : Impuissance, baisse libido, nausée, vomissement, diarrhée, baisse d'appétit, céphalée, étourdissement.
- Niveau d'évidences scientifiques : 5 rapports de cas, 5 patients au total. [19, 24, 37-39]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 81	Alzheimer	Hypersexualité	+		
F, 72	?	Agressivité sexuelle	+		
H, 78	Alzheimer	Masturbation, demande des faveurs sexuelles	+	Donépézil, galantamine, pipampérone	CBZ
H, 72	Alzheimer	Augmentation libido, avances sexuelles	+		
H, 85	Alzheimer	Pornographie	-	Mémantine	*Succès avec citalopram

16 Donépézil

- Mécanisme d'action probable : L'usage des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase servirait à réduire les SCPD de manière générale et à diminuer la confusion. Par contre, le donépézil peut causer des CSI, ce qui semble être dus aux effets cholinergiques centraux et périphériques du médicament, comme l'acétylcholine a un effet stimulant sur la fonction sexuelle, via l'augmentation de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 1 semaine
- Posologie : 5 à 10 mg po die
- Formulations et doses : 5 et 10 mg en comprimés réguliers et à dissolution rapide
- Disponibilité : comprimés réguliers au formulaire

- Effets indésirables : **CSI secondaire au traitement**, nausée, diarrhée, insomnie, rêves anormaux, céphalée, crampes, fatigue, anorexie
- Niveau d'évidences scientifiques : 2 séries de cas et 3 rapports de cas, 6 patients au total. [24, 35, 36, 38, 52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 71	Alzheimer	Verbal, attouchement, masturbation, hypersexualité	-	CSI 2 nd au Tx avec donépézil	
F, 81	Mixte	Hypersexualité	-	CSI 2 nd au Tx avec donépézil	
F, 72	?	Hypersexualité	-	CSI 2 nd au Tx avec donépézil	
H, 78	Alzheimer	Masturbation, demande des faveurs sexuelles	-	Galantamine, pipampérone	*Succès avec CBZ et rivastigmine
H, 79	Mixte	Attouchements, agression sexuelle	-	Haldol, buspirone, CBZ, olanzapine, quétiapine	*Succès avec MPA
H, 81	?	Attouchement, rapport sexuel avec une résidente	-	Quétiapine	*Succès avec MPA

17 Galantamine

- Mécanisme d'action probable : L'usage des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase servirait à réduire les SCPD de manière générale et à diminuer la confusion. Par contre, le galantamine peut causer des CSI, ce qui semble être dus aux effets cholinergiques centraux et périphériques du médicament, comme l'acétylcholine a un effet stimulant sur la fonction sexuelle, via l'augmentation de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 16 mg/jr
- Formulations et doses : capsules 24h de 8, 16 et 24 mg
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : **CSI secondaire au traitement**, nausée, diarrhée, insomnie, rêves anormaux, céphalée, crampes, fatigue, anorexie
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 rapport de cas, 1 patient seulement. [24]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 78	Alzheimer	Masturbation, demande des faveurs sexuelles	-	Donépézil, pipampérone	*Succès avec CBZ et rivastigmine

Anti-androgènes hormonaux

18 Médroxyprogestérone acétate

- Mécanisme d'action probable : Effets progestatif et anti-androgènes par inhibition de la sécrétion de gonadotrophines (FSH, LH), ce qui inhibe la production de testostérone par les gonades. Les taux diminués d'androgènes diminuent la libido et l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 2 semaines
- Posologie (très variable) : 100-500 mg IM q1mois ; 150-200 mg IM q2 sems ; 500-750 mg IM q1 sem ; 100-300 mg po die
- Formulations et doses : comprimés de 2.5, 5, 10 et 100 mg ; solutions injectables de 50 et 150 mg/ml
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Baisse libido, anorgasmie, fatigue, gain de poids, bouffées de chaleur, frissons, dépression, glycémie élevée, insomnie
- Niveau d'évidences scientifiques : 5 séries de cas et 1 rapport de cas, 18 patients au total. [6, 48-52]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 79	Mixte	Attouchements	+	Haldol, buspirone, olanzapine, quétiapine, CBZ, donépézil	
H, 85	Vasculaire	Exhibition, avances sexuelles, tentatives de sexe oral	+	Venlafaxine (dépression)	Sertraline (dépression)
H, 81	Alzheimer	Attouchements	+	Quétiapine	Sertraline, puis escitalopram
H, 68	Vasculaire	Masturbation, monte dans les lits, attouchement	+	Quétiapine, trazodone, valproate, rispéridone.	
H, 81	?	Attouchements, rapport sexuel avec résidente	+	Quétiapine, donépézil	
H, 72	?	Masturbation, insertion d'objets dans le rectum, exhibition, attouchement	+	Thioridazine	
H, 84	Alzheimer	Attouchements, agressivité	+	Thioridazine	

H, 86	Alzheimer	Avances sexuelles, agression	+	Trazodone, BZD	
H, 76	Alcoolique	Avances sexuelles, masturbation	+	Paroxétine (perte d'efficacité)	Paroxétine (réponse initiale)
H, 73	Vasculaire	Verbal, exhibition, attouchements	+		Leuprolide
H, 71	Vasculaire	Verbal, attouchements, entre dans les chambres	+	Quétiapine, rispéridone	
H, 84	Vasculaire	Verbal, attouchements, entre dans les chambres, exhibition	+	Citalopram, rispéridone	
H, 85	Alzheimer	Verbal, exhibition, attouchements	+		Citalopram, olanzapine
H, 75	Mixte	Verbal, attouchements	+	Citalopram	Olanzapine
4 H, 75-84	?	Masturbation, tentatives de rapports sexuels, exhibition, attouchement,	+	Thioridazine	

19 Leuprolide

- Mécanisme d'action probable : Le leuprolide est un agoniste GnRH, donc au début de son utilisation il stimule la production de FSH et LH, qui à leur tour stimule la production des hormones sexuelles. Avec une utilisation continue pendant plusieurs semaines, la réponse gonadotrope endogène au GnRH est supprimée, ce qui entraîne une diminution de sécrétion de FSH et LH. Cela réduit la production des hormones sexuelles et entraîne donc une castration chimique avec diminution de la libido et de l'excitation sexuelle. Pour les 1-2 premiers mois, il est préférable d'utiliser un anti-androgène pur en combinaison, comme le flutamide, pour éviter une flambée des CSI.
- Délai d'action : non documenté
- Posologie : 7.5 mg IM q1 mois
- Formulations et doses : solution injectable 5 mg/ml ; poudre pour injection longue action 3.75, 7.5, 11.25, 22.5, 30, 45 mg
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Bouffées de chaleur, dysfonction érectile, diminution libido, irritation au site d'injection, gain de poids, douleurs osseuses, ostéoporose
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 rapports de cas, total de 3 patients. [50, 53, 54]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échec Rx	Combinaison
H, 42	Kluver-Bucy syndrome	Hypersexualité	+	Pindolol	
H, 39	Huntington	Exhibition	+		
H, 73	Vasculaire	Verbal, exhibition, attouchement	+		*Succès avec MPA

20 Cyprotérone acétate

- Mécanisme d'action probable : Effets progestatif et anti-androgène par compétition aux récepteurs des androgènes et inhibition de la production de testostérone dans les gonades. L'effet progestatif empêche aussi la stimulation de la production de GnRH par rétrocontrôle négatif, ce qui contribue à diminuer la testostérone sérique. Les taux diminués d'androgènes diminuent la libido et l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 2 semaines
- Posologie : soit 10 mg die ou 50 mg bid
- Formulations et doses : comprimés de 50 mg, injection longue action 100 mg/ml
- Disponibilité : comprimés au formulaire
- Effets indésirables : Baisse libido, gynécomastie, galactorrhée, dépression, ostéoporose, hépatotoxicité (nécessite suivi enzymes), diabète labile, atrophie musculaire des jambes (dans 1 rapport cas, a nécessité l'arrêt du traitement).
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas et 4 rapports de cas, 6 patients au total. [30, 40-43]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 79	Parkinson	Masturbation, propos sexuels	+	Valproate et lithium (MAB), olanzapine, L-DOPA (Parkinson), lorazépam	
H, 74	DFT	Masturbation Hypersexualité	+	Valproate, rispéridone, mirtazapine	
H, 60	VIH	Masturbation	+	Neuroleptiques	
F, 49	?	Masturbation	+	Antidépresseurs, antipsychotiques	
H, 70	?	Attouchements, hypersexualité	-	*Cyprotérone cessé pour ES	
H, 85	Vasculaire	Verbal, attouchement, masturbation	-	Paroxétine	*Succès avec quétiapine

Estrogènes conjugués

- Mécanisme d'action probable : Effets anti-androgènes par inhibition de la sécrétion de gonadotrophines (FSH, LH), ce qui inhibe la production de testostérone par les gonades. Les taux diminués d'androgènes diminuent la libido et l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 4 semaines

- Posologie : 0.625 mg po die ou 0.05 à 0.1 mg/jr transdermique
- Formulations et doses :
 - Estrogènes biologiques (Premarin) : comprimés de 0.3, 0.625, 1.25 mg/24h, poudre pour injection 25 mg.
 - Estrogènes synthétiques (Congest) : comprimés de 0.3, 0.625, 0.9, 1.25, 2.5 mg
- Disponibilité : seulement Premarin 0.625 et 1.25 mg en comprimés et la poudre pour injection au formulaire
- Effets indésirables : Baisse libido, gain de poids, gynécomastie, dépression, TEV
- Niveau d'évidences scientifiques : 3 rapports de cas et 1 série de cas (39 sujets), 42 patients au total. [17, 44-46]


Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 78	Vasculaire	Avances sexuelles, agressivité	+	Halopéridol, rispéridone, lorazépam	
H, 75	?	Attouchements	+	Thioridazine	
39 pts (sexe, âge inconnus)	?	?	+ : 38 - : 1	?	?
H, 54	Parkinson	?	-	Lamotrigine, clozapine, aripiprazole, ziprasidone, olanzapine, lithium	*Succès avec citalopram

② Diethylstilbestrol

- Mécanisme d'action probable : Effets anti-androgènes par inhibition de la sécrétion de gonadotrophines (FSH, LH), ce qui inhibe la production de testostérone par les gonades. Les taux diminués d'androgènes diminuent la libido et l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 1 semaine
- Posologie : 1 mg die à bid
- Disponibilité : **Non disponible au Canada**
- Effets indésirables : Baisse libido, gain de poids, gynécomastie, dépression, TEV
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 rapport de cas, 1 patient seulement. [47]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 92	Alzheimer	Hypersexualité, attouchement	+		*Cancer de la prostate concomitant

Anti-androgènes non-hormonaux

 Finastéride

- Mécanisme d'action probable : Effet anti-androgène par inhibition de la 5-alpha-réductase, ce qui inhibe le métabolisme de la testostérone en dihydrotestostérone. Comme on bloque une voie métabolique de la testostérone, il s'ensuit une augmentation de testostérone. Cela entraîne une inhibition de la sécrétion de GnRH par rétrocontrôle négatif, ce qui va inhiber la sécrétion de FSH/LH et par le fait même de testostérone. Au final, cela baisse la libido et diminue l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : < 8 semaines
- Posologie : 5 mg po die
- Formulations et doses : comprimés de 1 et 5 mg
- Disponibilité : comprimés de 5 mg au formulaire
- Effets indésirables : Trouble éjaculatoire ou érectile, baisse de libido, gynécomastie, douleur testiculaire, dépression
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas, 11 patients au total. ^[55]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Combinaison
H, 76	Vasculaire	Masturbation, avances sexuelles, atouchements, propos sexuels	+	Propranolol
H, 81	Vasculaire		+	
H, 73	Vasculaire		+	
H, 78	Vasculaire		+	Propranolol, quétiapine
H, 87	Vasculaire		+	
H, 80	Vasculaire		+	
H, 73	Vasculaire		+	
H, 73	Vasculaire		+	Oxcarbamazépine
H, 82	Vasculaire		+	Propranolol, quétiapine, analogue GnRH
H, 75	Vasculaire		+	
H, 73	Vasculaire		+	Propranolol, quétiapine

Cimétidine

- Mécanisme d'action probable : Effet anti-androgène par inhibition de certaines isoenzymes nécessaires pour la biosynthèse des androgènes. Il s'ensuit une diminution de la libido et de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : 1 à 8 semaines

- Posologie : 600 à 1600 mg/jr
- Formulations et doses : comprimés de 200, 300, 400 et 600 mg
- Disponibilité : pas au formulaire
- Effets indésirables : Trouble érectile, gynécomastie, détérioration cognitive, étourdissement, multiples interactions Rx
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas avec 20 patients, dont 6 traités avec traitement combiné avec spironolactone et/ou kétoconazole. ^[56]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
17 H : 3 F, ≈ 73 ans	?	Hypersexualité	+	Clozapine, CBZ, perphénazine, venlafaxine, loxapine	6/20 pts : Spironolactone et/ou kétoconazole

23 Kétoconazole

- Mécanisme d'action probable : Effet anti-androgène par inhibition de certaines isoenzymes nécessaires pour la biosynthèse des androgènes. Il s'ensuit une diminution de la libido et de l'excitation sexuelle.
- Délai d'action : 1 à 8 semaines
- Posologie : 100-200 mg/jr
- Formulations et doses : comprimés de 200 mg
- Disponibilité : pas au formulaire
- Effets indésirables : Trouble érectile, modification libido, hyperK+, gynécomastie, ulcères GI, agranulocytose
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas avec 6/20 patients traités avec combinaison de cimétidine + spironolactone et/ou kétoconazole. ^[56]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
17 H : 3 F, ≈ 73 ans	?	Hypersexualité	+	Clozapine, CBZ, perphénazine, venlafaxine, loxapine	6/20 pts : Spironolactone et/ou kétoconazole

24 Spironolactone

- Mécanisme d'action probable : La spironolactone est un antagoniste du récepteur aux androgènes et empêche la liaison de la testostérone à son récepteur.
- Délai d'action : 1 à 8 semaines
- Posologie : 75 mg/jr
- Formulations et doses : comprimés de 25 et 100 mg
- Disponibilité : au formulaire

- Effets indésirables : Trouble érectile, perte libido, sédation, céphalée, rash, troubles GI, photosensibilité, prurit, hépatotoxicité
- Niveau d'évidences scientifiques : 1 série de cas avec 6/20 patients traités avec combinaison de cimétidine + spironolactone et/ou kétoconazole. [56]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
17 H : 3 F, ≈ 73 ans	?	Hypersexualité	+	Clozapine, CBZ, perphénazine, venlafaxine, loxapine	6/20 pts : Spironolactone et/ou kétoconazole

Antihypertenseurs – bêta-bloqueurs

15 Pindolol

- Mécanisme d'action probable : Le pindolol est un antagoniste des récepteurs bêta-adrénergiques non sélectif, donc il bloque les récepteurs β1 et 2. Le blocage des récepteurs β2 au niveau des cellules musculaires lisses des corps caverneux inhibe leur relaxation, et empêche donc leur remplissage pour produire une érection. C'est pourquoi les bêta-bloqueurs, comme le pindolol provoque une dysfonction érectile.
- Délai d'action : < 1 semaine
- Posologie : 5 à 40 mg/jr, en général 20 mg bid
- Formulations et doses : comprimés de 5, 10, 15 mg
- Disponibilité : au formulaire
- Effets indésirables : Baisse libido, dysfonction érectile, hypotension orthostatique, fatigue, bradycardie
- Niveau d'évidences scientifiques : 2 rapports de cas, 2 patients au total. [54,57]

Sexe, âge	Démence	CSI	Effet	Échecs Rx	Combinaison
H, 75	Alzheimer	Propos sexuels, exhibition, attouchements	+	Halopéridol, hydroxyzine	
H, 42	Kluver-Bucy syndrome	Hypersexualité	-		*Succès avec leuprolide

Approche systématique pour la prise en charge des CSI en CHSLD

[1, 3, 2, 5, 8, 9, 10]

Les comportements sexuels inappropriés devraient être pris en charge en interdisciplinarité, en combinant les rôles du médecin, du pharmacien et de toute l'équipe des soins infirmiers, ce qui inclut les infirmières, les infirmières auxiliaires ainsi que les préposés aux bénéficiaires. L'implication de tous est cruciale dans la gestion adéquate des CSI. Voici une suggestion de la répartition des rôles selon la profession, ainsi que les tâches communes qui incombent à toute l'équipe :

Suggestion de rôle du médecin

- Examiner le patient pour éliminer toutes les causes médicales réversibles et s'assurer que :
 - Les besoins de base du patient sont comblés ;
 - L'examen physique est normal pour ce patient ;
 - Les laboratoires pertinents sont normaux, comme l'analyse d'urine, la vitamine B12, les folates, la TSH, la testostérone, les enzymes hépatiques, les électrolytes ;
 - Les comorbidités neuropsychiatriques du patient sont stables et bien contrôlées, comme la schizophrénie, la maladie affective bipolaire, l'épilepsie, la dépression ou l'anxiété ;
 - Le patient n'est pas en délirium, ni en psychose ;
 - Etc.
- Obtenir l'historique médical du patient auprès du précédent centre hospitalier où le patient a été admis, de son ancienne résidence ou de son ancien médecin de famille pour les nouveaux patients avec CSI.
- Évaluer et déterminer le plan de traitement et/ou de prise en charge des CSI en collaboration avec le pharmacien et les soins infirmiers.

Suggestion de rôle de l'équipe des soins infirmiers

- Signaler aux autres membres de l'équipe soignante (préposés, collègues infirmiers/ères, médecin, pharmacien) toute apparition de CSI chez les patients ;
- Documenter de façon détaillée le(s) type(s) de CSI au dossier patient avec la chronologie pertinente et le contexte dans lequel ils se manifestent s'il y a lieu ;
- Documenter au FADM le(s) type(s) de CSI et la fréquence à l'aide de l'annexe 1 du présent document pour permettre un suivi adéquat du comportement ;
- Questionner la famille ou les proches du patient pour connaître son histoire d'un point de vue sexuel pour déterminer s'il s'agit d'un comportement habituel pour ce patient :
 - ATCD sexuels particuliers, utilisation de langage grossier ou graphique, paraphilies, ATCD de tentative ou d'agression sexuelle envers une autre personne, hypersexualité, nudité ou exhibitionnisme, désinhibition, etc.

- Utiliser des techniques d'approche comportementale adaptées au patient et partager leur effet avec le reste de l'équipe pour améliorer la prise en charge du patient.

Suggestion de rôle du pharmacien

- Communiquer avec la pharmacie communautaire des nouveaux patients pour obtenir un historique de leur profil pharmacologique et toute information pertinente supplémentaire.
- Évaluer le dossier pharmacologique pour identifier les médicaments qui peuvent avoir un impact négatif sur le comportement (cf. p. 7-8).
- Gérer les médicaments potentiellement responsables du CSI :
 - Si le médicament n'est pas efficace, n'est plus indiqué, est contre-indiqué, n'apporte plus de bénéfices ou le patient le refuse :
 - Le faire cesser ;
 - Si nécessaire et possible, le faire remplacer par un autre agent.
 - Si le médicament est essentiel, mais cause d'autres effets indésirables ou n'est plus adapté à la fonction rénale et/ou hépatique du patient :
 - Faire diminuer la dose selon les recommandations disponibles.
 - Si le médicament est essentiel, qu'une diminution de dose pourrait porter préjudice au patient, qu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique ou que le médecin, la famille ou le patient lui-même ne souhaite pas le cesser :
 - Garder-le tel quel et évaluer les options thérapeutiques pour le CSI.
- Évaluer le dossier pharmacologique du patient pour identifier les options de traitement personnalisées pour le patient, et discutez-en avec le médecin et l'équipe de soins.

Suggestion de plan de traitement pharmacologique

- **Type de démence** : il n'y a pas de distinction possible entre les agents étudiés pour émettre des recommandations sur le traitement optimal selon le type de démence.
- **Sexe** :
 - **Femmes** : Les seuls agents rapportés dans la littérature pour avoir montré de l'efficacité pour traiter les CSI chez les femmes sont paroxétine, citalopram, quétiapine, olanzapine, cyprotérone et cimétidine (+/- kétoconazole et/ou spironolactone). L'usage des anti-androgènes chez les femmes n'est pas rationnel, comme leur taux naturel de testostérone est environ 10 fois plus petit par rapport aux hommes. Ainsi, il faudrait favoriser les agents qui n'ont pas d'incidence sur les androgènes, soit les antidépresseurs et les antipsychotiques. Dans l'éventualité où ces traitements échoueraient, il faudrait envisager de mesurer la testostérone sérique des femmes et les traiter avec des anti-androgènes, comme la cyprotérone, seulement si les résultats sont trop élevés ;

- Hommes : Chez les hommes, les classes de médicaments rapportées efficaces pour traiter les CSI selon la littérature sont les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anticonvulsivants, les anti-androgènes hormonaux et non-hormonaux ainsi que le pindolol parmi les bêta-bloqueurs. Il faudrait envisager de donner finastéride à tous les patients de sexe masculin en CHSLD qui présentent des CSI ou qui sont à risque, car à partir de 70 ans la plupart des hommes ont une prostate de taille augmentée, et le finastéride présente peu d'effets indésirables, à part ceux qui sont recherchés pour le traitement des CSI. Aussi, le finastéride prend de nombreuses semaines pour agir, ce qui favorise son usage en contexte préventif.
- **Comorbidités :**
 - TNC mixte ou Alzheimer : Favoriser la rivastigmine parmi les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, et substituer le donépézil et la galantamine pour celle-ci. Aucune donnée disponible sur la mémantine, donc poursuivre l'utilisation semble adéquat pour l'instant ;
 - Dépression, anxiété, trouble obsessionnel-compulsif : Favoriser les antidépresseurs, en premier lieu les ISRS, ensuite les tricycliques, puis la trazodone en dernier lieu, mais éviter la mirtazapine et le bupropion. Concernant les IRSN, on n'a pas de données sur leur utilisation dans ce contexte, donc, même si leur profil d'effets indésirables suggère que leur effet serait bénéfique sur les CSI, on ne peut pas statuer sur leur usage pour cette indication.
 - Anxiété : Pour les anxiolytiques, la buspirone est la seule à avoir été étudiée pour traiter les CSI, mais il n'y a pas assez de preuve de son efficacité et elle pourrait potentiellement exacerber les CSI par augmentation de la libido (c.f. p. 7), donc il s'agit d'une option de traitement à éviter ;
 - Insomnie : Dans les cas d'insomnie, la trazodone serait un agent à privilégier par rapport aux sédatifs hypnotiques comme les benzodiazépines ou le zolpidem qui risquent d'exacerber les CSI par désinhibition. Il faut tout de même être prudent avec la trazodone, comme il est possible dans de rares cas d'exacerber aussi le comportement par augmentation de la libido (0-2%) ;
 - Psychose, schizophrénie, SCPD agressive : Envisager les antipsychotiques, surtout les atypiques qui ont été étudiés davantage. Ils sont à prioriser selon l'ordre suivant : olanzapine, quétiapine, rispéridone. Idéalement, ils ne devraient pas être utilisés à long terme, étant donné leur profil d'effets indésirables, à moins qu'ils soient pris à l'origine pour une schizophrénie. Les antipsychotiques devraient être pris de façon régulière plutôt qu'au besoin, comme ils n'ont pas été étudiés en usage PRN, donc il n'y a aucune donnée probante pour supporter cette façon de faire. L'usage de PRN devrait être réservé aux patients agressifs. Concernant

l'halopéridol, comme il provoque davantage de REP, son usage devrait être réservé en PRN pour les patients qui sont aussi agressifs physiquement et/ou sexuellement. Par rapport à l'aripiprazole, son utilisation est rapportée chez seulement 2 patients dans la littérature et n'a été efficace que chez un seul des 2 (l'aripiprazole a très peu d'effet sur la prolactine, c'est pourquoi il serait moins efficace dans cette indication). Aussi, il pourrait entraîner un comportement hypersexuel dans de rares cas, donc il s'agit d'un dernier choix parmi les autres antipsychotiques pour traiter les CSI ;

- Maladie affective bipolaire : Envisager les antipsychotiques atypiques et/ou la carbamazépine. Cependant, il y a peu de données sur l'efficacité de la CBZ pour les CSI et il ne s'agit pas non plus d'un premier choix de traitement pour la MAB. Donc, il est préférable de ne pas substituer la CBZ au détriment d'un stabilisateur de l'humeur efficace pour contrôler cette condition chez le patient, comme la manie peut exacerber les CSI. À la place, favoriser l'ajout d'un antipsychotique atypique en premier recours, ensuite essayer la CBZ si aucune interaction importante, et utiliser les anti-androgènes en dernier recours. Si les ISRS sont envisagés, user de prudence comme ils peuvent précipiter un épisode de manie ou d'hypomanie, ce qui pourrait aggraver le CSI ;
- Épilepsie : Il faut être particulièrement prudent avec les patients épileptiques. Lorsqu'ils sont déjà pris par le patient, on peut optimiser les doses de carbamazépine ou de gabapentin. Mais, si le patient prend un autre anticonvulsivant qui est efficace pour son épilepsie et qui n'a pas été étudié pour les CSI, on ne le substitue pas. À la place, on ajoute et on titre graduellement la CBZ ou le gabapentin. S'ils sont efficaces pour les CSI et que l'épilepsie du patient reste stable, on peut envisager de baisser graduellement les doses du premier anticonvulsivant ;
- Douleurs neuropathiques : On peut favoriser le gabapentin, puis la clomipramine, mais ces deux agents sont moins efficaces pour les douleurs neuropathiques par rapport à la duloxétine ou au prégabaline. Toutefois, ces deux derniers n'ont pas été étudiés dans le contexte des CSI, donc on ne peut pas statuer sur leur usage à cette fin. Mais, s'ils sont déjà pris par le patient, ils ne devraient pas être substitués pour le gabapentin ou la clomipramine au détriment de la douleur du patient, qui risque davantage d'exacerber les CSI. Aussi, l'usage de duloxétine a le potentiel de diminuer les CSI, étant donné son profil d'effets indésirables. Si le patient prend seulement la duloxétine, on peut ajouter le gabapentin, comme il a été efficace dans quelques rapports de cas pour les CSI, plutôt que le prégabaline ;
- Hypertrophie bénigne et/ou cancer de la prostate : Parmi les agents rapportés efficaces dans la littérature, on peut favoriser le finastéride, puis les agents anti-

androgènes hormonaux. Concernant le risque de cancer de la prostate, le finastéride reste une bonne option de traitement pour les CSI, malgré le risque faible de cancer de haut grade, car cet effet est observé après plus de 4 ans de traitement, alors que la clientèle des CHSLD a en moyenne une espérance de vie plus courte. Il faut par contre faire le suivi de l'APS et tenir compte de l'effet du finastéride sur les niveaux sériques de celle-ci (↓ 50% après 6 mois). D'autre part, les patients qui prennent déjà un traitement anti-androgènes pour le cancer de la prostate devrait le poursuivre, mais il faudrait investiguer la présence d'autres causes de CSI que l'augmentation de libido, car ces agents causent habituellement beaucoup de troubles sexuels comme effets secondaires. Ainsi, il faudra envisager de combiner avec des traitements au mécanisme d'action complémentaire, comme les antidépresseurs et les antipsychotiques, et favoriser une approche comportementale si le comportement est dû à de l'ennui ou un manque affectif ;

- Comorbidités cardiovasculaires (IC, HTA, FA, IM, MCAS, etc.): Favoriser la spironolactone, pour ses propriétés anti-androgènes, et/ou les bêta-bloqueurs, pour leur effet sur la dysfonction érectile. Parmi les bêta-bloqueurs, seul le pindolol a été étudié pour traiter les CSI, mais comme il s'agit d'un antagoniste non sélectif des récepteurs bêta-adrénergiques, il n'est pas un premier choix de traitement pour les atteintes cardiovasculaires. D'ailleurs, il y a très peu de données sur son utilisation dans ce contexte, son usage n'a été rapporté que chez 2 patients avec des CSI. Ensuite, la dysfonction érectile induite par les bêta-bloqueurs est un effet de classe, donc ils ont tous le potentiel de réduire les CSI par extrapolation ;
- Reflux gastro-œsophagien, dyspepsie : Favoriser la cimétidine, pour ses propriétés anti-androgènes, plutôt que les autres anti-H2. Toutefois, il faut porter attention aux autres médicaments pris par les patients qui peuvent allonger le QT, ainsi qu'aux nombreuses interactions de la cimétidine.

○ **CSI particuliers :**

- Confusion (ex : confond un(e) autre résident(e) pour son(sa) partenaire) : débiter la rivastigmine ;
- Comportement obsessionnel/compulsif (ex : obsession pour la pornographie) : débiter par un antidépresseur, comme un ISRS ;
- Comportements sexuels agressifs (ex : attouchements fréquents et répétés envers les autres, tentatives d'agression sexuelle ou viol) : débiter par un anti-androgène hormonal qui agit rapidement (cyprotérone ou médroxyprogestérone) et avec des antipsychotiques à prise régulière et PRN, si agressivité.

- **Prévoir un suivi adéquat :**

- Évaluer l'efficacité du traitement selon la fréquence et la sévérité des CSI en fonction du témoignage des soins infirmiers et des préposés aux bénéficiaires et/ou selon le contenu de l'annexe 1 du présent document gardé au FADM et rempli par les soins infirmiers ;
- Évaluer la présence d'effets secondaires selon les soins infirmiers et/ou le patient ;
- Évaluer l'observance au traitement ;
- **Fréquence des suivis :**
 - Selon le jugement l'équipe soignante, mais plus le CSI est perturbateur, plus le suivi devrait être rapproché et fréquent, et les interventions devraient être plus rapides.

Suggestion des rôles communs à toute l'équipe

- Partager toutes les informations pertinentes recueillies avec les autres membres de l'équipe traitante impliqués auprès du patient ;
- Planifier et/ou participer à une rencontre interdisciplinaire pour :
 - Chaque nouveau patient avec CSI ;
 - Chaque patient qui développe un CSI de novo ;
 - Les patients avec un CSI qui s'est aggravé ou qui est toujours problématique.
- Pendant les rencontres interdisciplinaires :
 - Déterminer les rôles de chacun auprès du patient ;
 - Prévoir un plan de prise en charge, et potentiellement un plan de traitement pharmacologique adapté au patient ;
 - Prévoir des tests de laboratoire adéquats à faire avant et pendant le traitement ;
 - Planifier un suivi adéquat et définir qui s'en occupera et à quel moment.

Algorithme – Approche systématique pour les CSI

Évaluation initiale

- Histoire médicale complète : ATCD neuropsychiatriques, ATCD sexuels ;
- Examen physique, génital et cognitif
- Laboratoires : TSH, B12, folates, enzymes hépatiques, électrolytes, testostérone, etc.
- Exclure causes réversibles : infections urinaire/fongique, ITSS, fécalome, délirium, manie, psychose

Approche comportementale

Diversion, redirection, vêtements adaptés, activités récréatives ou manuelles, intervenants de même sexe, peluches, visite du (de la) conjoint(e) et de la famille, intimité respectée

Approche pharmacologique en fonction des comorbidités

Démence type Alzheimer ? Confusion importante ? Rivastigmine

Dépression, anxiété, TOC ? ISRS > ADT
Insomnie ? Trazodone

Psychose, schizophrénie, SCPD agressivité ?

Antipsychotique atypiques : Olanzapine > Quétiapine > Risperidone.

*Halopéridol PRN utile si agressivité

Douleurs neuropathiques ? Garder Tx initial (duloxétine, prégabaline). Envisager Gabapentin si duloxétine seule.

*ADT à éviter (anticholinergiques)

Épilepsie ? CBZ > Gabapentin

*Garder Tx initial si efficace et pt stable

Maladie bipolaire affective ? Antipsychotique atypique > CBZ

HBP ? Finastéride* > Anti-androgènes (*Long délai d'action, essayer combinaisons)

RGO ? Cimétidine (*ATTENTION au QT et aux interactions)

Agression sexuelle, CSI dangereux pour autrui ?

Anti-androgènes > Antipsychotique

MCV (HTA, FA, IM, IC) ? Selon pathologie : spironolactone et/ou BB (*pindolol : peu preuves d'efficacité pour CSI ou MCV, à éviter)

Titrer ad dose minimale efficace ou maximale tolérée

Réponse totale : garder idem

Réponse partielle : Considérer combinaisons (mécanisme complémentaire)

Absence réponse/aggravation : Changer de thérapie, envisager anti-androgènes si CSI sévères, très perturbateurs ou dangereux pour le patient ou autrui

Source Adapté des recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2014

Annexe 1 – Grille de documentation des comportements sexuels inappropriés

Document destiné aux soins infirmiers – À garder au FADM

Nom, prénom : _____ N° dossier : _____ N° chambre : _____

Types de comportements sexuels inappropriés (CSI)	
Propos sexuels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langage grossier, graphique, injurieux ; 2. Demandes de faveurs sexuelles ; 3. Commentaires explicitement sexuels ; 4. Compliments inappropriés sur l'apparence physique, l'habillement de quelqu'un.
Actes sexuels	<ol style="list-style-type: none"> 5. Toucher ou agripper ses propres parties génitales ; 6. Toucher ou agripper les propres parties génitales des autres ; 7. Exposer/exhiber ses propres parties génitales en public ; 8. Se déshabiller ou déshabiller les autres ; 9. Se masturber en public ; 10. Se masturber de façon compulsive (en privé ou en public) ; 11. Introduire des objets dans certains orifices (rectum, vagin, urètre) ; 12. Tenter d'enlacer, d'embrasser quelqu'un ; 13. Tenter d'avoir un rapport sexuel avec quelqu'un ; 14. Agression sexuelle.
Actes à insinuation sexuelle	<ol style="list-style-type: none"> 15. Détention et utilisation de matériel pornographique (photos, magazine, vidéos, films, etc.) ; 16. Demandes non nécessaires de soins au niveau génital ; 17. S'introduire dans la chambre ou dans le lit des autres résident(e)s.

À chaque quart de travail, documenter et identifier les types de comportements sexuels inappropriés observés en inscrivant le chiffre qui correspond aux gestes du patient :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
J																																
S																																
N																																

Garder la feuille du mois actuel au FADM et conserver les feuilles précédentes au dossier avec les notes des soins infirmiers.

Bibliographie

1. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2014 : p.1-39.
2. Black B, Muralee S, and Tampi R.R. Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005 ; vol 18 : p.155-162.
3. Ozkan B, Wilkins K, Muralee S, and Tampi R.R. Pharmacotherapy for Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia: A Systematic Review of Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2008 ; Vol 23 (N° 4) : p.344-354.
4. Guay D.R.P. Inappropriate Sexual Behaviors in Cognitively Impaired Older Individuals. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2008 ; Vol 6 (N° 5) : p.269-288.
5. Tucker I. Management of inappropriate sexual behaviors in dementia : a literature review. *International Psychogeriatrics*. 2010 ; vol 22 (N°5) : p.683-692.
6. Bardell A, Lau T and Fedoroff J.P. Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. *International Psychogeriatrics*. 2011 ; vol 23 (n°7) : p.1182-1188.
7. Joller P, Gupta N, Seitz D.P., Frank C, Gibson M, Gill S.S. Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Canadian Family Physician*. 2013 ; vol 59 : p.255-260.
8. Ward R.F. and Manchip S. Inappropriate sexual behaviours in dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2013 ; vol 23 : p.75-87.
9. Cipriani G, Ulivi M, Danti S, Lucetti C and Nuti A. Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*. 2016 ; vol 16 : p.145-153.
10. De Giorgi R, Series H. Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. *Curr Treat Options Neurol*. 2016 ; vol 18 (N°41) : p.1-15.
11. Stahl S.M. The psychopharmacology of sex, part 2 : Effects of drugs and disease on the 3 phases of human sexual response. *Brainstorms Clinical Neuroscience Update*. 2001 ; Vol 62 (N°3) : p.147-148.
12. Taylor D.M, Barnes T.R.E, Young A.H. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th edition. Wiley Blackwell. Chichester. 2018. p.343-346.
13. Rx Vigilance. Version 3.0.20. Repentigny (QC) : Vigilance Santé ; octobre 2019.
14. Klos K.J., Bower J.H., Josephs K.A., Matsumoto J.Y., Ahlskog J.E. Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2005 ; Vol 11 : p.381-386.
15. Stewart JT, Shin KJ. Paroxetine treatment of sexual disinhibition in dementia. *Am J Psychiatry*. 1997 ; vol 154 : p.1474.
16. Raji M, Dongjie L, Wallace D. Sexual aggressiveness in a patient with dementia : sustained clinical response to citalopram. *Annals of Long-Term Care*. 2000 ; vol 8 : p.81-83.
17. Mania I, Evcimen H, Mathews M. Citalopram treatment for inappropriate sexual behavior in a cognitively impaired patient. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006 ; vol 8 : p.106.
18. Tosto, G., Talarico, G., Lenzi, G. L. and Bruno, G. Effect of citalopram in treating hypersexuality in an Alzheimer's disease case. *Neurological Sciences*. 2008 ; vol 29 : p.269-270.
19. Chen S.T. Treatment of a Patient With Dementia and Inappropriate Sexual Behaviors With Citalopram. *Alzheimer Disease Association Disorder*. 2010 ; Vol 24 (N° 4) : p. 402-403.

20. Francois D et al. Antidepressant-induced sexual side effects : incidence, assessment, clinical implications, and management. *Psychiatric Annals*. 2017 ; Vol 47 : p.154–160.
21. Leo R.J., Kim. J. K.Y. Clomipramine Treatment of Paraphilias in Elderly Demented Patients. *Geriatr Psychiatry Neurol*. 1995 ; vol 8 : p.123-124.
22. Simpson DM, Foster D. Improvement in organically disturbed behavior with trazodone treatment. *J Clin Psychiatry*. 1986 ; vol 47 : p.191-193.
23. Tiller J. W. G., Dakis J. A., Shaw J. M. Short-term buspirone treatment in disinhibition with dementia. *The Lancet*. 1988 ; p.510.
24. Freymann N., Michael R., Dodel R., Jessen F. Successful Treatment of Sexual Disinhibition in Dementia with Carbamazepine. *Pharmacopsychiatry*. 2005 ; Vol 38 (N°3) : p.144-145.
25. Poetter C.E., Stewart J.T. Treatment of Indiscriminate, Inappropriate Sexual Behavior in Frontotemporal Dementia With Carbamazepine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2012 ; Vol 32, (N°1) : p.137-138.
26. Miller L.J. Gabapentin for treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ann Pharmacother*. 2001 ; Vol 35 : p.427–431.
27. Alkhalil C, Hahar N, Alkhalil B, Zavros G, Lowenthal D.T. Can gabapentin be a safe alternative to hormonal therapy in the treatment of inappropriate sexual behavior in demented patients ? *International Urology and Nephrology*. 2003 ; Vol 35 : p.299–302.
28. Alkhalil C, Tanvir F, Alkhalil B, Lowenthal DT. Treatment of sexual disinhibition in dementia : case reports and review of the literature. *Am J Ther*. 2004 ; Vol 11 : p.231-235.
29. Dhikav V., Anand K., Aggarwal N. Grossly disinhibited sexual behavior in dementia of Alzheimer's type. *Archives of Sexual Behavior*. 2007 ; Vol 36 : p.133–134.
30. MacKnight C., Rojas-Fernandez C. Quetiapine For Sexually Inappropriate Behavior In Dementia. *Journal of American Geriatrics Society*. 2000 ; Vol 48 : p.707-711.
31. Prakash R., Pathak A., Munda S., Bagati D. Quetiapine Effective in Treatment of Inappropriate Sexual Behavior of Lewy Body Disease With Predominant Frontal Lobe Signs. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2009 ; Vol 24 (N°2) : p.136-140.
32. Rosenthal M, Berkman P, Shapira A, et al. Urethral masturbation and sexual disinhibition in dementia : A case report. *Isr Psychiatry Relat Sci*. 2003 ; Vol 40 : p.67-72.
33. Kobayashi T. Effect of haloperidol on a patient with hypersexuality following frontal lobe injury. *Psychogeriatrics*. 2004 ; Vol 4 : p.49–52.
34. Reeves R.R., Perry C.L. Aripiprazole for Sexually Inappropriate Vocalizations in Frontotemporal Dementia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2013 ; Vol 33 (N°1) : p.145-146.
35. Chemali Z. Donepezil and hypersexuality: a report of two cases. *Prim Psychiatry*. 2003 ; Vol 10 : p.78-79.
36. Lo Coco D., Cannizzaro E. Inappropriate Sexual Behaviors Associated With Donepezil Treatment : A Case Report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2010 ; Vol 30 (N° 2) : p.221-222.
37. Alagiakrishnan K, Sclater A, Robertson D. Role of cholinesterase inhibitor in the management of sexual aggression in an elderly demented woman. *J Am Geriatr Soc*. 2003 ; Vol 51 : p.1326.
38. Canevelli M., Talarico G., Tosto G., Troili F., Lenzi G.L., Bruno G. Rivastigmine in the Treatment of Hypersexuality in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease Association Disorder*. 2013 ; Vol 27 (N°3) : p.287-288.
39. Ilik F., Kayhan F., Buyukgol H., Kose Ozlece H. Efficacy of transdermal rivastigmine for treatment hypersexuality in alzheimer's disease. *Journal of Behavioral Health*. 2015 ; Vol (N°4) : p.91-92.

40. Potocnik F. Successful treatment of hypersexuality in AIDS dementia with cyproterone acetate. *S Afr Med J*. 1992 ; Vol 81 : p.433-434.
41. Byrne A, Brunet B, McGann P. Cyproterone acetate therapy and aggression. *The British Journal of Psychiatry*. 1992 ; Vol 160 (N°2) : p.282-283.
42. Nadal, M. and Allgulander, S. Normalization of sexual behaviour in a female with dementia after treatment with cyproterone. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1993 ; Vol 8 : p.265–267.
43. Haussermann P., Goecker D., Beier K., Schroeder S. Low-Dose Cyproterone Acetate Treatment of Sexual Acting Out in Men With Dementia. *International Psychogeriatrics*. 2003 ; Vol. 15 (N°2) : p. 181-186.
44. Kay PAJ, Yurkow J, Forman LJ, et al. Transdermal estradiol in the management of aggressive behaviors in male patients with dementia. *Clin Gerontol*. 1995 ; vol 15 : p.5458.
45. Lothstein LM, Fogg-Waberski J, Reynolds P. Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *ConnMed*. 1997 ; Vol 612 : p.609-618.
46. Shelton P.S., Brooks V.G. Estrogen for Dementia-Related Aggression in Elderly Men. *The Annals of Pharmacotherapy*. 1999 ; Vol 33 : p.808-812.
47. Kyomen H.H., Nobel K.W., Wei J.Y. The Use of Estrogen to Decrease Aggressive Physical Behavior in Elderly Men with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991 ; Vol 39 : p.1110-1112.
48. Cooper AJ. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry*. 1987 ; Vol 48 : p.368-370.
49. Weiner M.F., Denke M., Williams K., Guzman R. Intramuscular medroxyprogesterone acetate for sexual aggression in elderly men. *The Lancet*. 1992 ; Vol 339 : p.1121-1122.
50. Amadeo M. Antiandrogen Treatment of Aggressivity in Men Suffering from Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 1996 ; Vol 9 : p.142-145.
51. Stewart J.T. Optimizing antilibidinal treatment with medroxyprogesterone acetate. *Journal of American Geriatric Society*. 2005 ; Vol 53 (N°2) : p.359-360.
52. Anderson Light S, Holroyd S. The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behaviour in patients with dementia. *Journal of Psychiatry Neuroscience*. 2006 ; Vol 31 (N°2) : p.132-134.
53. Rich SS, Ovsiew F. Leuprolide acetate for exhibitionism in Huntington's disease. *Mov Dis*. 1994 ; Vol 9 : p.353-357.
54. Ott BR. Leuprolide treatment of sexual aggression in a patient with dementia and Kluver-Bucy syndrome. *Clin Neuropharmacol*. 1995 ; Vol 18 : p.443-447.
55. Na H.R., Lee J.W., Park S.M., Ko S.B., Kim S.Y., Cho S.T. Inappropriate sexual behaviors in patients with vascular dementia : possible response to finasteride. *Journal of American Geriatric Society*. 2009 ; Vol 57 (N°11) : p.2161-2162.
56. Wiseman S.V., McAuley J.W., Freidenberg G.R., Freidenberg D.L. Hypersexuality in patients with dementia: Possible response to cimetidine. *Neurology*. 2000 ; Vol 54 : p.2024.
57. Jensen C.F. Hypersexual Agitation in Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1989 ; Vol 37 : p.917-918.

