



La sexualité des résidents en perte d'autonomie

Daniel Geneau M.A.
Neuropsychologue

www.sepec.ca/sexe.pdf

QUELQUES SITUATIONS

On la retrouve dans son lit avec un autre résident, ils sont tous deux hébergés sur l'unité prothétique. Pourtant elle est toujours mariée et son mari la visite régulièrement. Il a été très fâché quand il les a surpris et a accusé le personnel de ne pas la protéger, il veut la changer de centre...

Monsieur vient visiter sa femme qui est lourdement handicapée. Il a toujours des relations sexuelles avec elle mais il flirte en même temps avec les autres dames de l'étage. Il n'est pas très sympathique pour le personnel avec ses allusions grossières. Le personnel doit installer Madame pour qu'ils puissent avoir des relations sexuelles et ils se plaignent que ça n'est pas leur rôle, ils disent que Madame ne doit pas aimer ça, ils ont l'impression qu'il en abuse...

Elle a un amoureux sur l'unité. Elle ne sait pas qui il est mais elle l'appelle son mari et elle le cherche quand il n'est pas là. C'est la même chose pour lui. Le fils de Madame a demandé qu'on empêche cet homme de s'approcher de sa mère, après l'avoir surpris dans son lit avec elle.

Un résident désire faire venir une "escorte" mais comme il est paralysé, il demande l'aide du personnel pour trouver un numéro et faire les appels...

Monsieur se plaint qu'il n'a plus d'érection quand il se masturbe et demande de l'aide.

Monsieur est sourd-muet et aveugle. Il est aussi obsessionnel-compulsif. Quand il se masturbe, il installe des serviettes sur lui et met des gants et demande au personnel de venir le nettoyer parce qu'il a la phobie des saletés...

Cette soeur est une religieuse
hébergée avec la maladie d'Alzheimer.
Elle a demandé à l'infirmière-chef la
permission d'avoir des relations
sexuelles avec un autre résident...

Monsieur prend les seins des femmes,
toutes les femmes... le personnel, les
résidentes, la psychiatre, toutes y
passent...

Deux résidents ont commencé à se fréquenter. Ils ne sont pas mariés et se visitent dans leur chambre. La direction a changé Monsieur d'étage pour que ça cesse... et ça a cessé!

Monsieur attire des dames avec la maladie d'Alzheimer dans sa chambre en les attirant avec du chocolat mais au dernier instant, au lieu de mettre le chocolat dans leur bouche, il met son pénis...

On dit que Monsieur a un trouble de comportement, il se masturbe dans sa chambre, ce qui met le personnel très mal à l'aise quand ils vont dans sa chambre pour ses soins le matin...

MYTHES CONCERNANT LA
SEXUALITÉ DES ...

vieux

personnes âgées

aînés

retraités

troisième âge

têtes grises

grand-parents

gens du bel âge

seniors

Les vieillards sont d'ordinaire soupçonneux, jaloux, avares, chagrins, causeurs, se plaignent toujours. Les vieillards ne sont pas capables d'amitié.

Les vieillardes sont fort dégoûtantes. Vieille décrépète, vieille ratatinée, vieille roupieuse.

On nomme vieillard une personne de 40 ans et plus...

Dictionnaire Richelet, Renaissance

QUAND DEVIENT-ON VIEUX?

- OMS - 60 ans et plus
- En 1974, Bernice Neugarten (professeur de psychologie comportementale américaine à l'université de Chicago) - 75 ans
- En 1984, Mathilda Rey et Richard Suzman (*National Institute of Aging*) - 85 ans

QUAND DEVIENT-ON VIEUX?

- « *young old* » (60-74 ans),
- « *old old* » (75-84 ans)
- « *oldest old* » (85 ans et plus)

VIEILLESSE ET SEXUALITÉ

- JEUNESSE
 - sexualité
 - beauté
 - santé
 - force
 - désir
 - hormones
 - procréation

VIEILLESSE ET SEXUALITÉ

- VIEILLESSE
 - famille
 - tendresse
 - maladies
 - impuissance
 - incapacités
 - fragilité
 - besoin de protection

LA SEXUALITÉ DES VIEUX EST TABOU!

- On en rit
- On la nie
- On n'en parle pas



QUELQUES CROYANCES...

- Les vieux n'ont plus de sexualité
- Les vieux qui aiment le sexe sont pervers
- Les vieux ont une sexualité tranquille

En conséquence, le sujet n'est généralement pas abordé avec les professionnels

SEXUALITÉ ET VIEILLISSEMENT

« Love and intimacy in later life:
study reveals active sex lives of over-70s »

University of Manchester, 2015

54% des hommes et 31% des femmes
après 70 ans ont rapporté qu'ils étaient
sexuellement actifs,

Un sur trois ont dit qu'ils avaient des
relations sexuelles au moins 2 fois par
mois.

Plus de 50% des 57 à 75 ans

et

33% des 75 à 85 ans...

ont dit qu'ils pratiquaient le sexe oral.

52% des hommes et 25% des femmes ont rapporté qu'ils se masturbent, qu'ils aient un partenaire ou non.

Perspective historique

Personnes de plus de 50 ans sexuellement actives

	1970	2006
Femmes	49%	86%
Hommes	62%	95%
Sexualité orale	40%	90%

Bajos et Bozon, 2011

- Seulement 38% des hommes et 22% des femmes rapportent qu'ils ont discuté de sexualité avec un médecin au moins une fois après 50 ans.
- C'est dommage parce que la plupart des problèmes sexuels qu'ils rencontrent pourraient être facilement réglés avec des moyens simples.

FACTEURS QUI LIMITENT LA SEXUALITÉ

- Santé – problèmes physiques
- Situation maritale (majorité de femmes de plus de 80 ans qui sont veuves, les hommes sont majoritairement en couple)
- Facteurs socio-culturels (fidélité, valeurs religieuses)

FACTEURS QUI STIMULENT LA SEXUALITÉ

- Allongement de l'espérance de vie
- Modification des normes sociales
- Disponibilité de traitements nouveaux

COMMENT LA SEXUALITÉ DES
RÉSIDENTS EST-ELLE GÉRÉE EN
ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE
LONGUE DURÉE?

SEX IN NURSING HOMES:
A SURVEY OF NURSING HOMES
POLICIES GOVERNING RESIDENT
SEXUAL ACTIVITY

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTOR ASSOCIATION - 2015

Méthodologie: questionnaire auprès de
366 directeurs des soins infirmiers de
maisons de retraites médicalisées aux USA

- 71,2 % ont rapporté qu'il y avait eu
des problématiques dans leur
établissement concernant la sexualité
des résidents

- 58 % concernant des relations sexuelles
- 60 % concernant la masturbation

- 56,6 % exigent le consentement de la famille ou d'un représentant désigné pour autoriser l'activité sexuelle d'un résident avec déficits cognitifs
- 12,4 % exigent le consentement de la famille ou d'un représentant désigné pour autoriser l'activité sexuelle d'un résident sans déficits cognitifs

- Malgré la prévalence de l'activité sexuelle, 63,4 % n'ont pas de politique pour l'encadrement de la sexualité des résidents
- Parmi ceux qui ont une politique:
 - 58,6 % ont une politique écrite
 - 11,2 % exigent une directive médicale pour permettre l'activité
 - 9,5% exigent une directive médicale pour interdire l'activité

CONCLUSIONS

Malgré la prévalence de la problématique,

- La proportion des établissements ayant une politique claire demeure plutôt faible
- Les politiques et restrictions ne sont pas uniformes

RECOMMANDATIONS

- Les établissements devraient avoir une politique claire gérant la sexualité des résidents,
- Cette politique devrait être communiquée aux résidents et à leurs familles au moment de l'admission
- Ceci permettant aux personnes concernées d'exprimer leur sexualité en connaissance de cause plutôt que de se cacher...

ENJEUX ÉTHIQUES DES COMPORTEMENTS SEXUELS

- Les personnes hébergées ont des droits fondamentaux.
- Les familles veulent le mieux pour leur parent.
- Les résidences ne veulent pas de problèmes.

QUELQUES POLITIQUES ÉCRITES

SEXUALITÉ EN CHSLD

EXEMPLE 1

 <p>Centre d'Hébergement Saint-Vincent-Marie <small>CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE</small></p>		POLITIQUE ET PROCÉDURE	
SUJET: VIE SEXUELLE DES RÉSIDENTS		LIBELLÉ: DG-10.004	
DESTINATAIRE(S): TOUS LES RÉSIDENTS, INTERVENANTS, RÉPONDANTS		ÉMISE PAR: Direction générale	
<p>OBJECTIF: Le CHSVM désire par la présente démystifier la notion de sexualité en institution, sujet souvent évité et tabou. Pourtant, les personnes y étant hébergées présentent des besoins communs à ceux vivant en société libre.</p>			
<p>POLITIQUE: Au CHSVM, le résident a le droit à une vie sexuelle active et à ses préférences sexuelles, le tout avec discrétion et respectant la confidentialité.</p>			

PRINCIPES:

- ★ Tel qu'énoncé dans sa mission, **l'établissement offre au résident un milieu de vie substitut**, ce qui permet jusqu'à un certain point, la continuité des activités normales de la vie. La direction permet donc l'activité sexuelle des résidents aux conditions suivantes:
 - La présence d'un **consentement libre et éclairé** des personnes adultes concernées ou à son mandataire en cas d'inaptitude.
 - L'assurance de **ne pas mettre en danger la santé et la sécurité des personnes concernées**. Les relations sexuelles doivent être protégées et l'établissement s'engage à fournir les préservatifs.

- Puisque le milieu de vie est constitué de plusieurs résidents cohabitant ensemble, il **ne doit pas y avoir atteinte à la pudeur**. Cette activité se fait donc dans le respect des règles et obligations en vigueur dans la charte de vie.
- Les relations sexuelles **avec les intervenants sont prohibées**.
- Si une plainte survient, elle est traitée par le service des plaintes.
- L'établissement se réserve le droit d'intervenir dans tout cas de dérogation à cette procédure.

EXEMPLE 2

FONDEMENT

L'hébergement étant un milieu de vie substitut, les centres d'hébergement du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent reconnaissent que les résidents ont droit à une vie sexuelle et amoureuse en centre d'hébergement, selon leur préférence, en autant que la santé et la sécurité du résident et du personnel ne sont pas compromises et que la notion d'intimité soit préservée.

OBJECTIFS

L'établissement prend les moyens appropriés afin de

- Favoriser l'expression de la vie amoureuse et sexuelle des résidents en perte d'autonomie
- Éviter les problèmes de santé reliés à l'activité sexuelle
- Protéger l'intimité des résidents

Principes

Les personnes concernées doivent avoir consenti librement à l'activité de nature amoureuse et/ou sexuelle. Le consentement du représentant légal sera nécessaire en cas d'incapacité du résident;

L'information appropriée concernant la prévention des infections transmises sexuellement est donnée au résident;

L'achat des préservatifs et de tout accessoire utilisé lors de l'activité sexuelle est de la responsabilité de la personne hébergée;

L'activité sexuelle doit avoir lieu de façon discrète et dans l'intimité;

L'activité sexuelle doit se dérouler sans atteinte à la pudeur;

Les relations sexuelles de la clientèle avec les employés, bénévoles sont interdites;

Les remarques déplacées sur les activités sexuelles et l'orientation sexuelle des résidents ne sont pas tolérées;

La direction pourra intervenir lors de dérogation à ces principes.

EXEMPLE 3

FONDEMENT DE LA POLITIQUE

LE CSSSBNY reconnaît que le résident a le droit à une vie sexuelle active. Par conséquent, l'organisation permet l'activité sexuelle en centre d'hébergement en autant que la santé et la sécurité du résident et du personnel ne sont pas compromises et que la notion d'intimité soit préservée.

2.OBJECTIFS

Éviter les problèmes de santé des résidents reliés à l'activité sexuelle.

Protéger l'intimité des résidents.

Respecter les limites organisationnelles en matière de prévention des infections et de sécurité du personnel.

3. APPLICATION

Le personnel soignant doit avoir l'assurance du consentement libre et éclairé de la part des participants ou du mandataire, en cas d'inaptitude.

L'activité sexuelle doit se dérouler sans atteinte à la pudeur entre les participants.

L'activité sexuelle doit avoir lieu de façon discrète et dans l'intimité. (Chambre privée ou autre endroit verrouillé, désigné par l'établissement.)

Le personnel doit s'assurer de la sécurité du résident.

Le personnel doit informer le résident des moyens à prendre pour se protéger des infections.

Le résident doit fournir et défrayer lui-même les accessoires nécessaires à son activité sexuelle.
(Ex. : films, revues, etc.)

Les relations sexuelles avec les intervenants sont interdites.

La Direction se réserve le droit d'intervenir advenant le cas d'un manque de respect de cette règle.

Le personnel s'engage à respecter la confidentialité.

Les remarques déplacées sur cette activité se seront pas tolérées.

SUPPORTING SEXUAL HEALTH AND INTIMACY IN CARE
FACILITIES: GUIDELINES FOR SUPPORTING ADULTS
LIVING IN LONG-TERM CARE FACILITIES AND GROUP
HOMES IN BRITISH COLUMBIA, CANADA VANCOUVER
COASTAL HEALTH AUTHORITY, JULY 15, 2009

ALGORITHME DE DÉCISION

ÉVALUER L'APTITUDE AU CONSENTEMENT

SI JUGÉ APTE

- Offrir le support physique et psychologique

SI JUGÉ INAPTE

- Informer la famille ou le représentant légal
- Si la personne a un représentant désigné pour consentir aux relations sexuelles, celle-ci prend la décision
- Sinon, l'établissement et la famille (ou le représentant légal) décident conjointement dans le meilleur intérêt du majeur
- Inclure le client dans la décision autant que possible

ÉVALUER LE RISQUE, LE PRÉJUDICE, POUR SOI

LE RISQUE EST RAISONNABLE

- Permettre

LE RISQUE EST DISPROPORTIONNÉ MAIS LA PERSONNE EST APTE

- Éduquer, conseiller, fournir l'aide nécessaire
- Permettre si la personne n'a pas besoin d'assistance du personnel

LE RISQUE EST DISPROPORTIONNÉ MAIS LA PERSONNE EST INAPTE

- Intervenir pour diminuer le risque à un niveau raisonnable et permettre
- Si on ne peut réduire le risque, ne pas permettre.

ÉVALUER LE RISQUE, LE PRÉJUDICE, POUR AUTRUI

- Que la personne soit apte ou inapte...
 - si le risque est raisonnable, permettre
 - si le risque n'est pas raisonnable
 - et qu'il peut être réduit à un niveau raisonnable, permettre
 - et qu'il ne peut être réduit, ne pas permettre

QU'EST-CE QU'UN RISQUE RAISONNABLE?

- Dépend de:
 - la probabilité du risque
 - la sévérité du risque
 - l'importance de l'activité pour la personne
 - la possibilité d'alternatives moins risquées

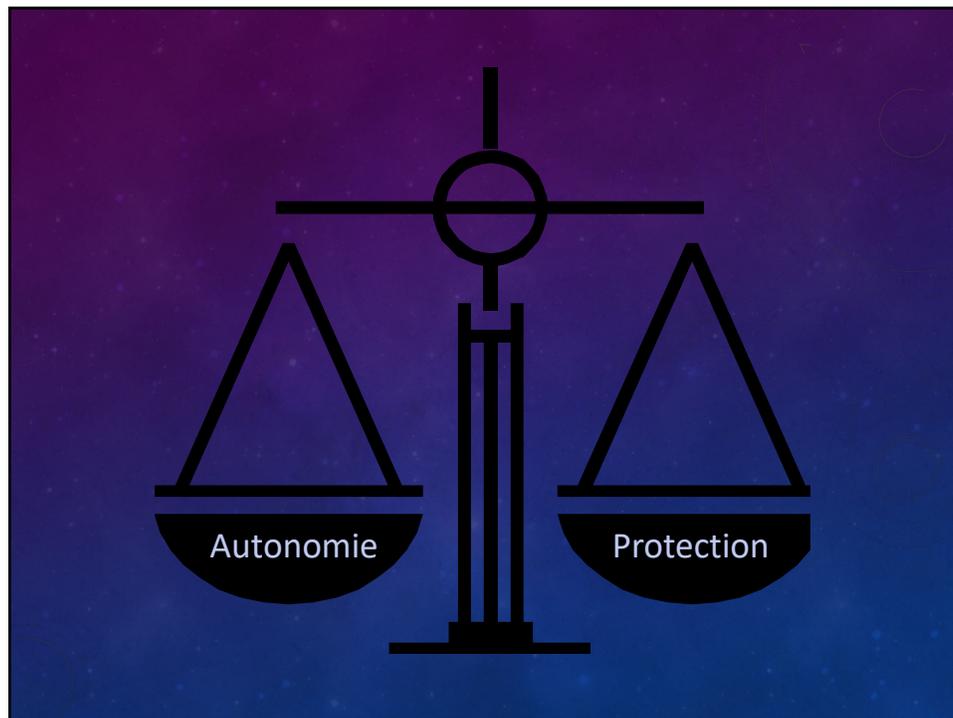
L'INAPTITUDE

CERTAINES PERSONNES ONT BESOIN DE PROTECTION, DE REPRÉSENTATION

- Pour gérer leurs biens
- pour prendre soin d'eux-mêmes
- Pour consentir ou refuser des soins

DEUX VALEURS S'OPPOSENT:

- Droit au respect de son autonomie
- Droit à la protection, à l'intégrité, à la santé



L'INAPTITUDE...

- N'est pas un état
- N'est pas seulement un diagnostic médical
- C'est un jugement de valeur que l'on pose sur une situation impliquant une personne présentant des incapacités et qui a besoin de protection...

ERREURS COURANTES

Confondre diagnostic et inaptitude

Présumer l'inaptitude

Généraliser l'inaptitude aux
situations diverses

Généraliser l'inaptitude dans le temps

Utiliser une définition restreinte de
l'inaptitude

L'inaptitude dépend des conséquences

	Bénéfices élevés	Bénéfices faibles
Risques élevés	accepte : seuil moyen refuse : seuil moyen	accepte : seuil bas refuse : seuil élevé
Risques faibles	accepte : seuil élevé refuse : seuil bas	accepte : seuil élevé refuse : seuil élevé

Y A-T-IL DES BIENFAITS À LA SEXUALITÉ?

SANTÉ ET SEXUALITÉ

SELON SANTÉ CANADA...

- Le sexe brûle les graisses et permet au cerveau de libérer les endorphines, qui agissent naturellement comme analgésique et réduisent l'anxiété.

SELON SANTÉ CANADA...

- Chez les hommes, le sexe semble stimuler la libération d'hormones de croissance et de testostérone, qui solidifient les os et les muscles.

SELON SANTÉ CANADA...

- Le sexe semble également provoquer la libération de substances qui renforcent le système immunitaire.

SELON SANTÉ CANADA...

- La poursuite des activités sexuelles permet de conserver de la vigueur sexuelle au-delà de l'âge moyen. Les personnes sexuellement actives produisent naturellement davantage d'hormones sexuelles.

SELON SANTÉ CANADA...

- L'effort physique lié à l'activité sexuelle équivaut à peu près à l'escalade de deux volées d'escalier. Si votre cœur est capable de cet effort, il l'est probablement pour le sexe.

SELON SANTÉ CANADA...

- Certaines études suggèrent que l'activité sexuelle trois fois par semaine peut ralentir le vieillissement et prévenir les rides autour des yeux.

QUELS SONT LES RISQUES ASSOCIÉS À LA SEXUALITÉ?

- Grossesse
- Infection sexuellement transmise
- Tristesse si rupture
- Réactions de l'entourage
- Impacts sur l'entourage
- Instrumentalisation
- Rejet

SEXUALITÉ ET TROUBLE NEUROCOGNITIF

DIMINUTION DE SEXUALITÉ

- *Changements organiques*
 - Neuropathie
 - Vasculopathie
 - Diminution des hormones sexuelles
 - Dysfonction érectile
- *Changements relationnels*
 - Relation d'aidant
- *Médicaments*
 - Antidépresseurs
 - Anticholinergiques
 - antipsychotiques

AUGMENTATION DE SEXUALITÉ

Facteurs associés à la maladie

- Atteinte frontale
- Désinhibition
- Hallucinations, délires, *misidentification*

Facteurs sociaux

- Absence du partenaire sexuel régulier
- Perte d'intimité
- Environnement sous-stimulant et non familial
- Mauvaise interprétation des situations de soin

AUGMENTATION DE SEXUALITÉ

Facteurs psychologiques

- Niveau d'activité pré-morbide
- Changements affectifs – manie

Médicaments

- Alcool et benzodiazépines peuvent produire de la désinhibition sexuelle
- L-Dopa peut provoquer une hypersexualité chez les patients avec Parkinson

LES MÉMOIRES

LES MÉMOIRES

- Mémoire épisodique
- Mémoire sémantique
- Mémoire procédurale
- Mémoire émotionnelle

MÉMOIRE ÉPISODIQUE

- L'histoire de notre vie
- Notre biographie
- La succession des événements

MÉMOIRE SÉMANTIQUE

- Nos connaissances
- Notre culture
- Notre « encyclopédie »

MÉMOIRE PROCÉDURALE

- Nos habitudes
- Nos habiletés
- Nos routines
- Nos « savoir faire »

MÉMOIRE ÉMOTIONNELLE

- Nos peurs
- Nos envies
- Nos attachements
- Nos préférences

MÉMOIRE ÉMOTIONNELLE

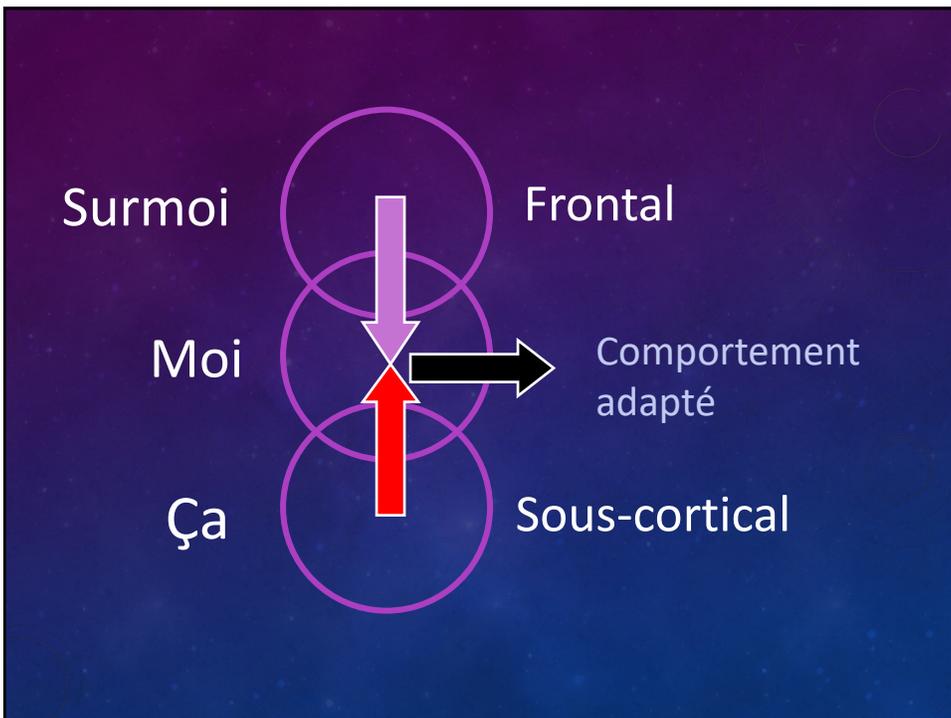
On n'a pas besoin de se rappeler ce qui s'est passé pour réagir à une situation, une personne

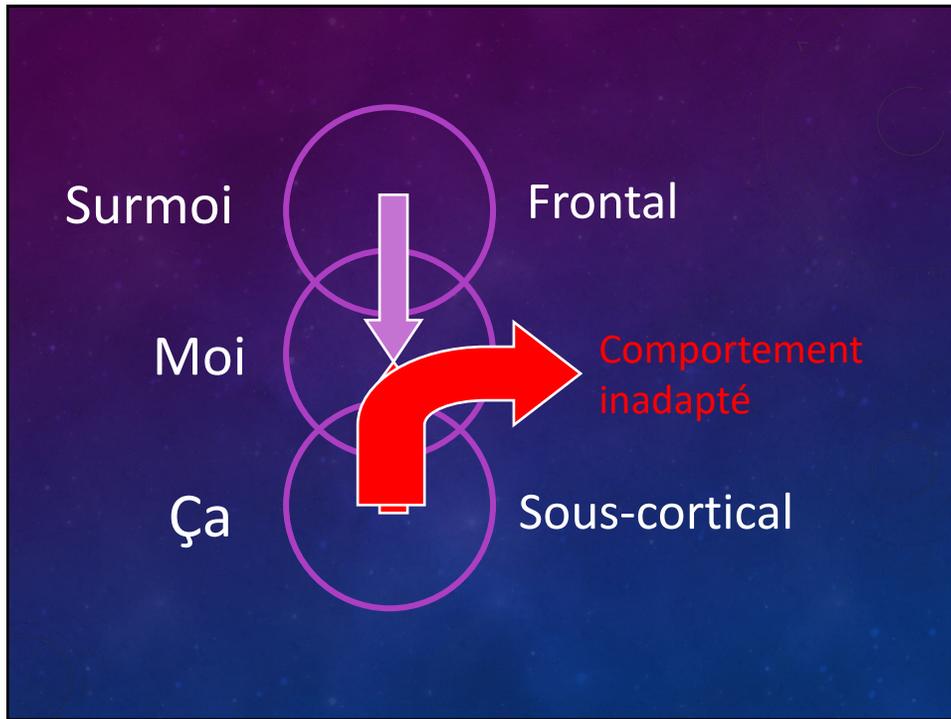
MÉMOIRE ÉMOTIONNELLE

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer avancée ne sait peut-être plus reconnaître son épouse ou son mari, mais elle réagit affectivement à sa présence (en pensant même quelquefois que c'est son frère ou sa sœur, son père ou sa mère).

Et elle tisse des liens affectifs avec les personnes de son nouvel entourage et peut même parfois croire qu'une de ces personnes est son conjoint ou sa conjointe....

HYPERSEXUALITÉ ET
SYNDROME FRONTAL





The Rx Files: Q&A Summary Treatment of Hypersexuality Patients www.RxFiles.ca Prepared by Brent Jensen BSP - July 2003

Hypersexuality or paraphilic behavior are extremely difficult to manage. Before initiating pharmacotherapy to control unwanted sexual behaviors, the current drug regimen should be evaluated for drugs that may cause exacerbate the behavior (eg. amphetamines, anticholinergic, antiparkinson meds). Cognitive behavioral modification, psychotherapy & environmental changes should be implemented first for treatment. Some modification strategies include: correct any misidentification by the patient of other residents as their spouse or lover, increase attention & appropriate activities, make certain behaviors such as disrobing more difficult, move patient to different room if location is problematic. Attempts to distract & redirect their behavior with conversation, food or other activities can be successful. Case reports suggest that antiandrogens, estrogens, LHRH agonists & serotonergic medications may be useful when other methods have failed. Baseline labwork may include: free androgen index & total testosterone, FSH, LH, estradiol, prolactin & progesterone. Of note – following surgical castration & hyperprolactinemia, sexual behavior declines. The aim of pharmacological treatment is to suppress sexual fantasies, to suppress sexual urges & behavior, & to reduce the risk of recidivism & further victimization. We wish to thank those who have assisted with this Q&A. Dr. L. Thorpe, Dr. R. Meneses & RxFiles advisors.)

Drug/Forms/Reason for use	Side effects(SE) / Comments	Young patients ^{5,6,7} Dose Cost/month	Older patients ^{8,9,10} Dose Cost/month
SSRI's considered possible first line citalopram (Celexa) 20,40mg scored tab	SE: Especially early in therapy: insomnia, fatigue, headache, tremor, nausea, vomiting, diarrhea, falls, decreased concentration, confusion, SIADH & rarely serotonergic reactions.	20mg po od \$52 40mg po od \$52 Max:60mg/day	10mg po od \$29 20mg po od \$52 Max:30mg/d
paroxetine (Paxil) 10,20,30mg tab	Titrates dose up as tolerated & wait 4-6 weeks for effect.	20mg po od \$67 40mg po od \$126 Max:60mg/day	10mg po od \$37 20mg po od \$67 Max:30mg/d
sertraline* (Zoloft) 25,50,100mg cap	Fluoxetine (Prozac) frequently studied in younger patients but due to weight loss & long half life often not recommended in elderly. Also tried has been clomipramine -150mg/day & fluvoxamine (Luvox) 100mg po od \$32 100mg po od \$35 Max:200mg/day	50mg po od \$32 100mg po od \$35 Max:200mg/day	50mg po od \$32 100mg po od \$35 Max:100mg/d
bupropion (Buppar) 5,10mg tab	SE: Nausea, headache, dizziness, restlessness. Non-stimulating & non-addicting. Drug interactions: fluvoxamine, grapefruit juice. NO dependency & no cross tolerance with benzodiazepines.	Onset 1week, Max effect 6 weeks.	5mg po tid \$50 Max:60-90mg/d 10mg po tid \$62
Add to SSRI's if limited response: cyproterone* (Androcur) 50mg tab, 300mg/ml amp	SE: hepatic dysfunction , fatigue, weight gain, transient depression ~5-10%, ↓ in body hair, gynaecomastia ~15% & feminization, as well as cardiovascular toxicity including fluid retention, thromboembolism, myocardial ischemia. Attention in glucose and cerebrovascular accidents have occurred. Dose to maintain testosterone concentration in a range that prevents feminization. Onset ~-1 month	PO Initial 50mg po od \$61 100mg po bid \$223 Range 50-500mg/day IM Usual 200mg q2wk \$180 300-400mg qwk \$343 Range 100-600mg qwk	PO Initial 50mg po od \$61 100mg po od \$115 IM Usual 200mg q2wk \$180 300-400mg qwk \$343
Add to SSRI's if limited response: medroxyprogesterone (Provera) 50mg tab, 300mg/ml amp	SE: hypotension, dizziness, or conditions which may be worsened by fluid retention SE: weight gain, lethargy, headache, decreased sperm production, hot & cold flashes, hepatic dysfunction, nightmares, dyspnea, loss of body hair, hyperglycemia, leg cramps, GI disturbance, fluid retention, nervous disorder, thromboembolism, feminization, depression and dermatologic effects. In clinical trials the concern of a ↑ risk for breast, uterine, or ovarian cancer has not been shown. Onset ~-1 month	PO Initial 50mg po od \$51 100mg po tid \$265 Range 50-600mg/day IM Usual 300mg qwk \$245 then 7-1100mg wk maint. after wks Range: 75-700mg/wk	PO Initial 50mg po od \$13 100mg po od \$94 IM Usual 100mg q2wk \$67 150mg q2wk \$67 200mg q2wk \$125
MISC cimetidine (Tagamet) 200,300,400,600mg tab, 300mg/ml liquid	Common SE: headache, arthralgia & nausea. Serious adverse effects of cimetidine are blood dyscrasias, hypotension, arrhythmias, CNS effects (delirium, confusion, depression), gynaecomastia, renal dysfunction and hepatotoxicity. *antiandrogenic effects possible for efficacy.	300-600mg po bid \$13-23	300-600mg po bid \$13-17
Antipsychotics (limited usefulness) thioridazine (Mellaril) (10,25,50,100mg tab, 30mg/ml liquid) risperidone (Risperdal) (0.25,0.5,1,2,3,4mg tab, 1mg/ml vial)	SE: hypotension, sedation, anticholinergic, delirium, confusion, headache, dry mouth, constipation, weight gain, subcutaneous, akathisia, neuroleptic malignant syndrome, phototoxicity, parkinsonian side effects & tardive dyskinesia. Thioridazine prolongs the QTc interval in a dose related manner and may be associated with torsade de pointes type arrhythmias and sudden death, plus retinopathy occurs at large doses.	50-100mg po bid \$16-25 1mg po bid \$81 2mg po bid \$155	10-50mg po bid \$14-16 0.25mg po bid \$39 1mg po bid \$81
LHRH agonists Leuprolide acetate (Lupron & Depot) 5mg/ml vial; Depot 3.75,7.5,11,15,22.5 & 30mg Goserelin acetate (Zoladex & LA) 3.6mg & 10.8mg vial	SE: hot flashes, anorexia, dysfunction, ↓ libido, ↓ sperm count, ↓ body hair, injection site irritation & rare angioedema (consider first a 1mg SC Lupron test dose), renal dysfunction, flare reaction-a transient ↑ testosterone level upon initiating treatment & possible worsening of patient's condition. *Goserelin pellet is into anterior abdominal wall Long term risk of osteoporosis with these agents & others if testosterone levels are drastically reduced for an extended period of time.	3.75/7.5mg IM q month \$357-445 11.25/22.5mg IM q2month ~\$333-360 (\$971-1100 per 3 months) 3.6mg SC q month \$439 10.8mg SC q3month ~\$360 (\$1114 per 3 months)	
antandrogens ↓ sex drive/sexual fantasies & urges	Monitor serum testosterone, LH, CB, BUN, Scr q 6 months		

1. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
3. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
4. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
6. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
7. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
8. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
9. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
10. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

ET LA PROSTITUTION?

PROSTITUTION

Quatre articles du Code criminel rendent illégales pratiquement toutes les activités liées à la prostitution et l'interdisent dans presque tous les lieux privés ou publics :

- l'article 210 rend illégaux les lieux appelés "maisons de débauche"
- l'article 211 interdit de mener ou de diriger une personne vers une maison de débauche
- l'article 212 rend illégaux le "proxénétisme" et le fait de "vivre des produits de la prostitution" d'une autre personne
- l'article 213 interdit de communiquer dans un lieu public à des fins de prostitution

DEPUIS LA LOI OMNIBUS 1968-1969

Obtenir une relation sexuelle en échange d'argent
entre deux personnes consentantes et de façon privée
ne relève pas du code criminel

« l'État n'a rien à faire dans les chambres à coucher de
la nation » Trudeau

MERCI!