

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)
515 Kimball Tower
University at Buffalo, The State University of New York
Buffalo, NY 14214
E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu
Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

La sexualité et le rôle du professionnel de la réadaptation

Shaniff Esmail, PhD, MScOT

**Professeure adjointe, titulaire adjointe de la chaire,
Département d'ergothérapie, University of Alberta
3-02 Corbett Hall, Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2G4
Téléphone: (780) 492-0397
Courriel: shaniff.esmail@ualberta.ca**

Hilary Knox, BPE, candidate à la maîtrise en ergothérapie (MScOT)

**Département d'ergothérapie, University of Alberta
2-64 Corbett Hall, Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2G4
Telephone: (780) 492-2499
Courriel: hknox@ualberta.ca**

Heather Scott, MScOT, OT Reg (AB)

**Chargée de cours à temps partiel, Département d'ergothérapie, University of Alberta
2-64, Corbett Hall, Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2G4
Téléphone: (780) 492-2499
Ergothérapeute, Northern Alberta Renal Program University of Alberta Hospital
Courriel: hlscott@ualberta.ca**

Introduction

La sexualité est un aspect fondamental de la santé et du bien-être de l'ensemble des individus, mais il s'agit d'un sujet délicat qui est souvent difficile à aborder, même au sein des relations les plus intimes. Ceci est d'autant plus vrai dans certains contextes, comme dans les hôpitaux ou les établissements sanitaires où les interactions sont de nature plus formelle. Il est important que les professionnels de la santé maîtrisent bien le sujet et soient à l'aise avec celui-ci afin de traiter adéquatement des questions concernant la sexualité. Dans les établissements de soins de santé en revanche, la plupart des professionnels estiment avoir peu de moyens pour discuter des préoccupations sexuels de leurs clients et de leurs patients. Plusieurs considèrent qu'ils manquent de compétences pour dispenser des soins de santé en matière de sexualité et affirment ne pas connaître précisément leur rôle dans la prestation de ce genre de soins (Anderson 1992, Conine 1984). Malgré l'augmentation du nombre d'activités de formation et d'éducation, la plupart des prestataires de soins, y compris les professionnels de la réadaptation, sont encore mal à l'aise avec les services de santé sexuelle. Dans un contexte de réadaptation, il est difficile de déterminer quels professionnels doivent être les principaux responsables de veiller à ce que la santé sexuelle de leur client soit abordée adéquatement et en temps opportun. Ceci fera en sorte que les besoins du patient seront satisfaits et les professionnels eux-mêmes recevront une formation adéquate et pourront disposer des ressources en place pour traiter de ce sujet. L'Organisation mondiale de la Santé (2006) soutient que la sexualité est un aspect important du mieux-être holistique, et que la santé sexuelle a besoin « d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence » (2006 p. 6).

Le travail des professionnels de la réadaptation consiste à optimiser le fonctionnement des clients dans chaque domaine de la santé physique et mentale, du mieux-être et de la qualité de vie, y compris la sexualité. Par conséquent, il apparaît logique que les professionnels de la réadaptation disposent non seulement de plus de moyens pour traiter des questions sexuelles, mais qu'il soit impératif d'inclure ces questions dans les protocoles de pratiques exemplaires et les programmes à ce stade.

L'approche idéale à adopter pour traiter des questions relatives à la sexualité n'est pas encore déterminée et sera susceptible de varier selon la situation du client, mais il existe des outils et des techniques dont l'efficacité a été démontrée. Afin de mieux aborder les questions entourant la sexualité, il est important que le professionnel de la réadaptation prenne le temps de réfléchir à ses propres préjugés et ses propres croyances au sujet de la sexualité. Les professionnels de la réadaptation doivent également être aptes à communiquer de façon ouverte et efficace, connaître les théories et les pratiques en matière de sexualité, de même que les outils pouvant les aider dans le processus d'évaluation et de traitement. Le fait de se débarrasser de ses préjugés et d'élaborer des stratégies pour traiter des questions relatives à la sexualité permettra au professionnel de la réadaptation de créer un milieu favorable et sécuritaire pour aider le client à satisfaire ses besoins. Dans un contexte de réadaptation, les professionnels reconnaissent l'importance de la participation active du patient au processus lui permettant d'optimiser son fonctionnement. Dans le souci de respecter cette philosophie, le présent article fera usage du terme « client » pour désigner tout individu, couple ou groupe recevant des services de réadaptation.

Les termes relatifs à la sexualité

Afin d'introduire des considérations relatives au bien-être sexuel dans la pratique quotidienne, il importe de bien comprendre la définition des termes « sexualité », « santé sexuelle » et « droits sexuels ». Les définitions suivantes ont été publiées dans le cadre d'une consultation technique sur la santé sexuelle effectuée par l'Organisation mondiale de la Santé (2006 p. 5).

« La **sexualité** est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

« La **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun . »

« Les droits sexuels s'inscrivent dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus. Ils incluent, entre autres droits accordés à toute personne, sans aucune contrainte, discrimination, violence:

- le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction;
- le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité;
- le droit à une éducation sexuelle;
- le droit au respect de son intégrité physique;
- le droit au choix de son partenaire;
- le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non;
- le droit à des relations sexuelles consensuelles;
- le droit à un mariage consensuel;
- le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir des enfants, au moment de son choix;
- le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.

L'exercice responsable des droits humains exige de chacun qu'il respecte les droits des autres. »

À qui appartient ce rôle?

Dans un contexte de réadaptation, beaucoup de professionnels font partie d'une équipe multidisciplinaire et collaborent ensemble en vue de l'atteinte d'un but commun avec leur client. La question qui se pose alors est « Qui doit prendre en charge la sexualité? » Cole (1991) propose une approche de la sexualité comportant trois principaux postulats. Le premier est que la sexualité constitue une question de santé légitime devant être prise en charge dans tous les contextes cliniques. Deuxièmement, la personne prenant en charge la sexualité doit avoir une compréhension adéquate de sa propre sexualité afin d'éviter qu'elle n'impose ses propres préjugés à son client. Enfin, on devrait prendre en charge la sexualité de la même manière que les autres aspects importants de la santé. Ces postulats laissent entendre qu'une approche multidisciplinaire de la santé sexuelle serait l'idéal. Par exemple, le médecin peut demander des informations sur la planification des naissances et l'activité sexuelle, ou encore discuter du moment le plus sécuritaire pour reprendre l'activité sexuelle à la suite d'un accident ou d'une maladie, ou du risque de contracter une infection transmissible sexuellement. L'infirmière peut aborder les soins à apporter aux organes reproducteurs à la suite d'une chirurgie, ou enseigner à un client blessé médullaire comment installer lui-même son cathéter. Le physiothérapeute peut travailler sur certaines limitations physiques, comme le renforcement du plancher pelvien, et l'ergothérapeute se charge d'examiner des moyens d'adapter le positionnement sexuel et d'explorer les aides techniques pouvant aider la fonction sexuelle. Dans certains cas, il peut n'y avoir qu'un seul professionnel travaillant avec le client, comme dans un contexte de pratique à l'externe, rural ou privé. Dans d'autres cas, un professionnel peut avoir plus d'expérience en santé sexuelle, être plus à l'aise avec le client, ou entretenir une relation solide avec son client et le rencontrer plus fréquemment. Peu importe la personne qui prendra finalement en charge la santé sexuelle du client, il est impératif que ce processus comprenne des avis de divers

professionnels de la santé et des membres de l'équipe de traitement (qui peut aussi comprendre le ou la partenaire sexuel(le) du client, les membres de sa famille, etc.) que le professionnel soit attentif aux besoins, aux préoccupations et aux désirs particuliers du client.

Gianotten et ses collaborateurs (2006) ont constaté que, lorsqu'interrogés au sujet de la sexualité et de questions d'ordre sexuel, 73 % des patients, 59 % de leurs partenaires et 67 % des professionnels de la réadaptation sont d'avis que la sexualité est un sujet important méritant d'être pris en considération. Ils ont également constaté que 93 % des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux estiment que la sexualité relevait de leur domaine de pratique, alors que 87 % des infirmières pensent que ce rôle leur revient, et seulement 48 % des physiothérapeutes, des orthophonistes et des ergothérapeutes considèrent que la sexualité fait partie de leur discipline. Le thème soulevé par ces constatations est le fait que les professionnels de la réadaptation estiment que la sexualité est un aspect qu'il est important de prendre en charge, mais que la formation qu'ils ont reçue ne suffit pas pour les mettre à l'aise. Une formation plus spécifique du domaine de la sexualité est nécessaire afin que ces professionnels aient davantage confiance en leurs capacités de prendre en charge les questions d'ordre sexuel avec leurs patients.

Formation et éducation

D'après la littérature, il semble que les professionnels ne se sentant pas aptes à prendre en charge les questions d'ordre sexuel de leurs clients soient nombreux (Couldrick, 1999, Weerakoon et coll. 2004). Le simple fait d'acquérir plus de connaissances sur les comportements sexuels, la reproduction, les troubles et les affections d'ordre sexuel ne suffit pas pour être en mesure de dispenser des services complets de réadaptation sexuelle. Les professionnels devraient remettre en question et examiner leurs valeurs personnelles et leurs attitudes à l'égard de la sexualité et exercer leurs compétences en matière de communication et de prestation de conseils sans préjugés (Fifeld et Esmail 2000). L'Organisation mondiale de la Santé (1975) propose que les éléments suivants soient inclus dans le programme relatif à la sexualité de toutes les sciences de la santé:

- les valeurs sexuelles tant passées qu'actuelles, ainsi que l'influence de la religion et de la culture;
- les aptitudes de communication, comme le langage sexuel à adopter et la manière de s'informer des antécédents sexuels;
- l'anatomie et la physiologie des organes génitaux, comme les réactions sexuelles et les types de dysfonctionnement;
- les pratiques sexuelles, soit le rôle de la sexualité dans les relations amoureuses et l'orientation sexuelle;
- les conséquences des affections et des atteintes sur la sexualité: les infections transmissibles sexuellement, les agressions et les abus sexuels, les changements dans les relations et l'image de son corps;
- le rôle du professionnel de la santé: protecteur des droits sexuels, formateur et conseiller;
- des ressources humaines spécialisées en matière de services en santé sexuelle vers qui l'on peut diriger les clients.

Il est conseillé que les professionnels de la santé assistent à des séances d'information ou des conférences mettant l'accent sur la sexualité afin d'élargir leurs connaissances, de créer un réseau avec les spécialistes locaux dans ce domaine et de remettre en question ses croyances personnelles et les démarches adoptées sur le plan de la sexualité dans un contexte clinique.

Se sentir à l'aise avec la sexualité

Il est important que le thérapeute comprenne ses préjugés et les limites de sa profession lorsqu'il prend en charge la santé sexuelle de son client en effectuant une réflexion personnelle sur ses valeurs et ses croyances à l'égard de la sexualité. Quels sont les sujets qui me gêne ou m'embarrasse ? Quelle est mon orientation sexuelle ? Qu'est-ce qui me procure du plaisir ? Comment me sentirais-je si mes capacités sexuelles étaient touchées par une affection ou une incapacité ? Il est possible que les professionnels de la santé et leurs clients rencontrent des personnes au sein de leur équipe de soins qui ne partagent pas les mêmes valeurs ou croyances à l'égard de la sexualité. Il n'est pas nécessaire de changer ses propres idéaux concernant la sexualité, mais il est important d'être compréhensif et de garder l'esprit ouvert face aux préoccupations et aux valeurs d'autrui. La sensibilisation aux préjugés est essentielle dans la détermination de divers sujets et aspects de la sexualité qui suscitent de la gêne, de sorte qu'il soit possible de diriger un client vers un autre professionnel ou une autre équipe de soins qui pourra mieux répondre aux besoins particuliers du client. Les pratiques sexuelles qui sont susceptibles de nuire aux clients eux-mêmes et aux autres nécessiteront l'aide d'autres professionnels. Il est essentiel de savoir à quel endroit s'adresser pour obtenir de l'aide dans ces situations. Évidemment, l'information divulguée au cours des rencontres avec le client qui contreviennent à la loi doit être rapportée. Une compréhension pratique du Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM IV) et du code criminel permet d'aider à déterminer les comportements qui sont atypiques mais appropriés, ainsi que ceux qui sont inappropriés (American Psychiatric Association 1994, Dailey 1988, Rodrigues 1989, Rozovsky et Rozovsky 1982).

Pour amorcer le processus, il faut prendre en compte les ressources disponibles dans la région sanitaire ou chercher d'autres professionnels susceptibles d'en savoir plus sur la sexualité, comme les sexothérapeutes. Il y aura probablement des cours et des sociétés qui se pencheront sur la sexualité et permettront ainsi aux professionnels de devenir plus à l'aise avec le sujet et de mieux le comprendre. La quête d'occasions de perfectionnement professionnel dans ce domaine est susceptible de se montrer favorable dans la pratique clinique.

Aborder les préoccupations d'ordre sexuel

Aborder les préoccupations d'ordre sexuel peut s'avérer une tâche déconcertante. Cette partie traite de l'aide à apporter au professionnel de la réadaptation afin de renforcer sa confiance. Il est impératif de faire appel à un plan ou à une stratégie pour aborder le sujet de la sexualité auprès du client au tout début du processus de traitement et d'intervention. La consignation des antécédents sexuels est un ajout important à faire dans l'entretien de premier contact. Il est fort probable que le client ne partagera pas ses détails intimes avec un professionnel dès le début du processus. En revanche, le fait d'introduire le sujet dès le début ouvrira la voie à des discussions et, au bout du compte, à des stratégies d'évaluation et d'intervention au fur et à mesure qu'un rapport de confiance s'établit.

Le modèle P-LI-SS-IT

Le modèle P-LI-SS-IT est un instrument s'est démontré efficace dans la façon d'aborder la sexualité (Annon 1976). Bien qu'il date, ce modèle mis au point par Annon (1976) est encore largement utilisé pour déterminer le degré d'implication qu'un professionnel devrait avoir avec ses clients et comme modèle de référence dans la façon d'aborder la sexualité auprès d'un client. Ce modèle comporte quatre stades, soit l'autorisation, l'information restreinte, les instructions spécifiques et les traitements intensifs (P pour « *permission* », LI pour « *limited information* », SS pour « *specific suggestions* » et IT pour « *intensive therapy* ».)

L'autorisation

Une fois que le professionnel et son client se sont rencontrés à quelques reprises pour des séances thérapeutiques et un entretien de premier contact, il est possible de déterminer si le client est actif sexuellement avec un ou plusieurs partenaires et le type de relations qu'il entretient. À ce moment, le professionnel devrait lui demander l'autorisation de discuter de questions touchant la sexualité et l'autoriser à aborder le sujet en tout temps. Il est également important d'obtenir l'autorisation de discuter de toutes préoccupations d'ordre sexuel directement auprès du partenaire ou des partenaires de son client. Une autorisation peut également être obtenue de façon indirecte par le biais de la participation active du partenaire à chacun des niveaux d'éducation et de soins, et ce, tout au long du processus thérapeutique (Anderson 1992, Urey Viar et Henggeler 1987). On échange beaucoup de niveaux d'autorisation à ce stade, qui est également utile pour enseigner au client que la sexualité est un aspect important du bien-être et qu'une incapacité ou une déficience ne représente pas forcément un facteur limitant la possibilité d'exprimer sa sexualité. Bien que de nombreux professionnels de la réadaptation ne se sentent pas assez confiants pour discuter de sexualité, la plupart d'entre eux possèdent les compétences adéquates pour dispenser ce genre de service (Fifield et Esmail 2000).

Information restreinte

À ce stade, on doit discuter avec le client de l'étiologie, de la pathologie et des complications potentielles relatives à son incapacité. Il faut faire une priorité de l'attention portée à la fonction sexuelle et à toutes contre-indications relatives à l'engagement dans des rapports sexuels ou à la condition physique nécessaire (Dicker-Friedman 1997). À ce stade, il serait avantageux d'inclure le partenaire du client dans le processus afin de permettre au couple de poser des questions spécifiques si le client a donné son autorisation en ce sens. Cela fera en sorte d'apaiser les craintes du partenaire de blesser le client et de réfuter les mythes à propos de la sexualité et de l'incapacité (Esmail, Esmail et Munro 2001). Le principal rôle du professionnel de la santé à ce stade est d'éduquer son client. La prestation d'information de base en matière de sexualité est favorable pour la plupart des clients, et la plupart des professionnels de la santé ont les compétences requises pour jouer ce rôle d'éducateur (Fifield et Esmail 2000).

Instructions spécifiques

Au cours des stades de permission et d'information restreinte, le client peut déterminer les questions spécifiques nécessitant d'être abordées dans le cadre d'un plan d'intervention formel. Elles sont habituellement abordées au stade de suggestion spécifique. Avant de passer à ce niveau, le professionnel devrait effectuer l'anamnèse de l'ensemble des antécédents sexuels du client et de toute relation avec un partenaire, courant ou passé. Le professionnel est alors en mesure de décider si son client nécessite une intervention en profondeur au stade de suggestion

spécifique. Les antécédents feront également en sorte que chacune des suggestions spécifiques sera adaptée adéquatement et spécifiquement le client et son ou ses partenaires (Dicker-Friedman 1997). Le contenu et l'objectif des suggestions spécifiques peuvent varier. Certaines d'entre elles peuvent comporter: l'adaptation du positionnement sexuel, des aides techniques et des techniques modifiées. Il s'agit du stade convenant le plus à la discussion des limites sexuelles et des rôles qui s'avèrent acceptables pour le client et son ou sa partenaire. Ce niveau d'intervention comprend également l'assistance du client dans la redéfinition de sa définition personnelle de la sexualité, niveau qui requiert souvent que l'on modifie ses attitudes et que l'on élargisse ses horizons relativement à toute activité que le client et son ou sa partenaire trouve stimulante et agréable (Rolland 1994, David, Gur et Rozin 1977). Ce stade du modèle P-LI-SS-IT peut exiger plus de compréhension et d'expérience de la part du professionnel dans le domaine de la sexualité et concernant les conséquences de l'incapacité ou de la maladie (Dicker-Friedman 1997). Bien que certains professionnels puissent se sentir démunis face à la prestation de ce niveau de services, l'intervention qu'ils dispensent devrait correspondre au champ d'activité propre à leur profession.

Traitements intensifs

Si des traitements intensifs s'avèrent nécessaire en plus des suggestions spécifiques, il est possible qu'ils dépassent les connaissances et les compétences de la plupart des professionnels de la réadaptation. Une fois que l'on a évalué les besoins du client en matière d'intervention sexuelle et tenu compte de ceux-ci par rapport au champ d'activité et au niveau de confort du professionnel, on doit déterminer qui sera en mesure de prendre en charge les préoccupations du client. Le client peut nécessiter un counseling intensif ou une intervention médicale et devrait être dirigé vers des services spécialisés (Thorn-Gray et Kern 1983, Dicker-Friedman 1997). Ces services peuvent comprendre le recours à l'expertise d'un gynécologue, d'un urologue, d'un psychologue ou d'un sexothérapeute diplômé. Un aspect dont il est important de tenir compte à ce stade est d'être au fait des limitations professionnelles et des plus récentes données issues des ressources disponibles pour répondre aux besoins du client. Peu de clients exigent ce niveau de traitement.

L'anamnèse des antécédents sexuels

Un outil qui s'avère utile pour obtenir des renseignements sur la sexualité et les préoccupations en matière de santé sexuelle est l'anamnèse sur les antécédents sexuels. Sans tenir compte de la profession particulière, l'anamnèse sexuelle devrait être effectuée de la même manière que les examens et les anamnèses courants et devrait faire partie du processus de premier contact. Cependant, la discrétion est de mise étant donné la nature délicate du sujet: aborder la sexualité au cours du processus de premier contact ne fera peut-être pas l'unanimité chez les clients. L'anamnèse sexuelle est essentielle au succès du counseling et favorise la différenciation entre les dysfonctionnements sexuels survenus avant ou consécutivement à l'atteinte (Garner et Allen 1988).

Lefebvre (1997) évoque six objectifs principaux de communication dans le contexte des soins de santé. Ceux-ci comprennent : établir une relation avec le client, déterminer l'anamnèse des problèmes médicaux et des relations interpersonnelles, évaluer le rôle et la nature des relations du client, déceler les changements qui sont survenus depuis l'affection ou l'atteinte, déterminer la façon dont ces changements sont compris et ont une influence sur la qualité de vie, ainsi que

communiquer de façon à favoriser la discussion et le questionnement du client. Il est important de tenir compte du fait que peu de personnes diront la vérité à propos de leurs antécédents ou de leurs préoccupations d'ordre sexuel au premier contact (Lefebvre 1997). Par conséquent, il faudra peut-être revoir la manière de traiter les préoccupations de nature sexuelle tout au long des rencontres avec de nombreux clients.

Pomeroy, Slax, and Wheeler (1982) fournissent des lignes directrices sur la manière d'effectuer une anamnèse sexuelle. Ces lignes directrices offre un cadre de travail pour effectuer tout entretien concernant la sexualité et elles sont divisées en trois catégories: établir une relation avec le client, tenir compte du format de l'entretien et créer le contenu des questions.

Établir une relation avec son client

Le client devrait se sentir comme l'égal du thérapeute au cours des rencontres. On peut mettre le client à l'aise de parler de ses préoccupations en banalisant celles-ci. On devrait l'informer de la fréquence et de la diversité des préoccupations en matière de santé sexuelle chez la population en général et lui faire comprendre que poser des questions sur sa sexualité fait partie du processus normal d'évaluation et d'entretien. On devrait encourager le client à discuter de ces sujets avec ouverture et honnêteté.

Le format de l'entretien

L'entretien devrait s'amorcer par les sujets les moins délicats et évoluer progressivement vers les domaines plus délicats. Il faut éviter de poser plus d'une question à la fois et n'enregistrer qu'une petite partie de l'entretien, s'il y a lieu. Lefebvre (1997) propose que le professionnel ait recours à des énoncés de liaison pour introduire les sujets délicats ou difficiles au cours de l'anamnèse sexuelle ou de l'entretien. Ces énoncés commencent par une demande de renseignements généraux pour ensuite passer aux détails plus spécifiques. Ils réduisent la gêne tant pour le professionnel que pour le client, permettent de tirer des renseignements précieux et de mêler de façon naturelle les sujets les plus difficiles à la conversation. Au fond, l'objectif du recours aux énoncés de liaison est de « minimiser la gêne et de maximiser la quête de permission » (Lefebvre 1997 p. 27). Voici quelques exemples d'énoncés proposés par Lefebvre (1997 p. 27):

- Est-ce que l'on vous a parlé de la façon dont votre atteinte [affection] peut influencer votre capacité d'avoir des relations sexuelles [ou un rapport sexuel?]
- Depuis votre atteinte [affection], est-ce que la relation avec votre [époux/épouse, partenaire, homme/femme de votre vie, être cher] a changé? Y a-t-il eu des changements dans vos relations physiques?
- De quelle manière votre [arthrite, sclérose en plaques, amputation] a-t-elle changé le genre de choses que vous et votre [époux/épouse, partenaire, homme/femme de votre vie] faites ensemble? Est-ce qu'il ou elle vous traite d'une façon différente dorénavant? Comment votre relation sur le plan sexuel a-t-elle été touchée? De quelle nature était-elle avant [l'apparition de votre affection ou incapacité ou suivant le premier diagnostic]?
- De quelle manière votre libido [votre désir sexuel, votre intérêt pour le sexe] a-t-elle modifiée? Comment cela a-t-il influencé vos sentiments lors des relations sexuelles avec votre partenaire?

- Entretieniez-vous une relation amoureuse lorsque vous étiez blessé? [un « oui » entraîne la question suivante:] Étiez-vous actif sexuellement avec cette personne?

Une anamnèse sexuelle complète doit traiter des sujets suivants (Lefebvre 1997):

1. Information démographique et subjective: âge, sexe, scolarité, expériences de travail, antécédents sociaux, relations marquantes
2. Critique suscitée: détails à propos de l'atteinte, de la déficience ou de l'incapacité. Quand, où, quoi et pourquoi? Comment le client perçoit-il le problème? Que sait-il à ce sujet et quels sont ses objectifs?
3. Antécédents: quels sont renseignements importants pour le professionnel?
4. Antécédents généraux: explorer les événements et les enjeux importants de la vie du client, y compris les expériences avec le système de soins de santé et les facteurs de stress importants dans la vie personnelle du client
5. Questions essentielles: évaluer tout antécédent d'abus, y compris les abus de nature physique, psychologique sexuelle et les dépendances chez le client ou les membres de sa famille.
6. Questions spécifiques de la sexualité: s'informer sur les abus sexuels, les infections transmissibles sexuellement, la planification familiale, les grossesses non désirées, l'image corporelle, les préoccupations de nature sexuelle et les conséquences d'importants changements dans la vie sur la sexualité. Essayer de déterminer le niveau de connaissances et d'éducation du client à propos de ces questions.
7. Famille et amis: tenir compte de l'ensemble des relations sociales et de la réaction d'autrui à l'égard de l'état du client et les répercussions de cet état sur ses relations conjugales, parentales, amoureuses et de travail.
8. Attentes: passer en revue les premiers problèmes et plaintes du client et déterminer le rang qu'occupent les préoccupations d'ordre sexuel dans sa liste de priorités.

Questions et contenu

Malgré la nature délicate de nombreux sujets et l'inconfort possible de la part du client et du professionnel, il est important d'être poser des questions directes et d'éviter les euphémismes. Il faut poser des questions en supposant que le client a déjà fait l'expérience de ce comportement. Par exemple, plutôt que de demander « avez-vous déjà... », il faut formuler ses questions ainsi : « quand avez-vous... pour la première fois? » Cette manière de poser des questions encourage souvent le client à répondre plus aisément (Fifield et Esmail, 2000). Il faut poser des questions à réponse libre permettant aux clients de raconter leurs expériences. Il faut également valider leurs préoccupations par le langage verbal et physique et les informer tout au long de l'entretien (2000). On recommande également que le professionnel évite les réponses suggestives, permette des périodes de silence, utilise un langage approprié et évite le jargon. De plus, il est important de reformuler l'information dispensée au client afin de vérifier sa compréhension et de relever les incohérences. La discussion devrait se terminer par une brève récapitulation de l'objectif de l'entretien, un rappel du caractère confidentiel des détails intimes partagés et de la possibilité pour le client de communiquer avec le professionnel pour lui poser d'autres questions (Pomeroy, Slax, et Wheeler 1982).

Les évaluations

Une fois que l'anamnèse est recueillie, le professionnel peut commencer à cibler les domaines de préoccupation plus spécifiques de son client. Un outil utile pour ce faire consiste en des protocoles d'évaluation spécifiques de la santé sexuelle. Bien que les évaluations et les questionnaires standardisés s'avèrent utiles en réadaptation, ils ne peuvent convenir à tous les patients. Dans certains cas, un entretien semi-dirigé ou une discussion sur les préoccupations d'ordre sexuel avec un professionnel s'avérera plus utile et plus convenable. Il est important de tenir compte du niveau de relation avec le patient et des enjeux particuliers de chacun avant de sélectionner un protocole d'évaluation, un instrument d'évaluation, un entretien ou une discussion pour aborder le sujet de la santé sexuelle. Il faut veiller à ce que la population pour laquelle l'évaluation a été mise au point soit également compatible avec le sexe, l'âge, la culture et les préoccupations sanitaires du client. De plus, il est essentiel d'effectuer un examen des propriétés psychométriques de l'évaluation pour assurer la validité et la fiabilité des résultats et faciliter l'interprétation des résultats par le professionnel. Le tableau 1 dresse une courte liste des instruments disponibles conçus spécifiquement pour évaluer la santé et la fonction sexuelle:

Tableau 1: Instruments d'évaluation

Évaluation	Source
La <i>Female Sexual Distress Scale</i> [échelle de détresse sexuelle chez la femme]	Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. 2002. The female sexual distress scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. <i>Journal of Sex and Marital Therapy</i> . 28(4):317-330.
Le <i>Female Sexual Function Index</i> [Indice de la fonction sexuelle féminine]	Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino Jr R. 2000. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. <i>Journal of Sex & Marital Therapy</i> 26:191-208.
Le <i>Sexual Interest and Desire Inventory – Female</i> (SIDI-F) [Inventaire de l'intérêt et du désir sexuel chez la femme]	Sills T, Wunderlich G, Pyke R, Segraves, RT, Leiblum S, Clayton A, Cotton D, Evans K. 2005. The sexual interest and desire inventory—female (SIDI-F): Item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. <i>The Journal of Sexual Medicine</i> 2(6):801-818.
Le <i>Changes in Sexual Functioning Questionnaire</i> [Questionnaire sur les changements dans la fonction sexuelle]	Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. 1997. The changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. <i>Psychopharmacological Bulletin</i> 33(4):731-745. <i>Version espagnole:</i> Bobes J, Gonzalez MP, Rico-Villandermos F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A. 2000. Validation of the Spanish version of the changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ). <i>Journal of sex and marital therapy</i> 26(2):119-131.
Le <i>Sexual Quality of Life – Female</i> [Questionnaire sur la qualité de vie sexuelle chez la femme]	Symonds T, Boolell M, Quirk F. 2005. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. <i>Journal of sex and marital therapy</i> 31(5):385-397.
Le <i>Menopausal Sexual Index Questionnaire</i> [Questionnaire sur l'intérêt sexuel des femmes ménopausées]	Rosen RC, Lobo RA, Block BA, Yang H, Zipfel LM. 2004. Menopausal sexual interest questionnaire (MSIQ): A unidimensional scale for the assessment of sexual interest in postmenopausal women. <i>Journal of Sex & Marital Therapy</i> 30(4):235-250.
Le <i>Female Sexuality Questionnaire</i> [Questionnaire sur la sexualité féminine]	McCoy NL. 2002. The McCoy female sexuality questionnaire. <i>Quality of Life Research</i> 9 (Supplement 1):739-745.
Le <i>Personal Experiences Questionnaire</i> [Questionnaire sur les expériences personnelles]	Dennerstein L, Anderson-Hunt M, Dudley E. 2002. Evaluation of a short scale to assess female sexual functioning. <i>Journal of sex and marital therapy</i> 28(5):389-39.
Le <i>Compulsive Sexual Behaviour Inventory</i> [Inventaire des comportements sexuels compulsifs]	Coleman E, Miner M, Ohlerking F, Raymond N. 2001. Compulsive sexual behavior inventory: A preliminary study of reliability and validity. <i>Journal of Sex and Marital Therapy</i> 27(4):325-332.
L'ASEX (Arizona Sexual Experience Scale) [Échelle de l'expérience sexuelle d'Arizona]	McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, Manber R. 2000. The arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. <i>Journal of sex and marital therapy</i> 26(1):25-40.
Le GRISS (<i>Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction</i>) [Inventaire de la satisfaction sexuelle de Golombok-Rust]	Rust J, Golombok S. 1986. The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. <i>Archives of Sexual Behavior</i> 15(2):157-165.
La <i>Sexual Interaction System Scale</i> [Échelle du système d'interactions sexuelles]	Woody JD, D'Souza HJ. 1994. The sexual interaction system scale: a new inventory for assessing sexual dysfunction and sexual distress. <i>Journal of sex and marital therapy</i> 20(3):210-228.
La <i>Reiss Premarital Sexual Permissiveness (PSP) Scale</i> (Revised version) [Échelle de permissivité sexuelle pré-nuptiale de Reiss]	Sprecher S, McKinney K, Walsh R, Anderson C. (1988). A revision of the Reiss premarital sexual permissiveness scale. <i>Journal of Marriage and the Family</i> 50(3):821-828.

Les dossiers de nature sexuelle

Il existe très peu de formulaires standardisés utilisés pour consigner et classer l'information relative à la santé sexuelle dans l'ensemble des disciplines de la santé. Afin de promouvoir l'inclusion de l'anamnèse sexuelle et des interventions axées sur la sexualité, les professionnels et les départements doivent élaborer un formulaire qui sera inclus dans le dossier. Cette méthode

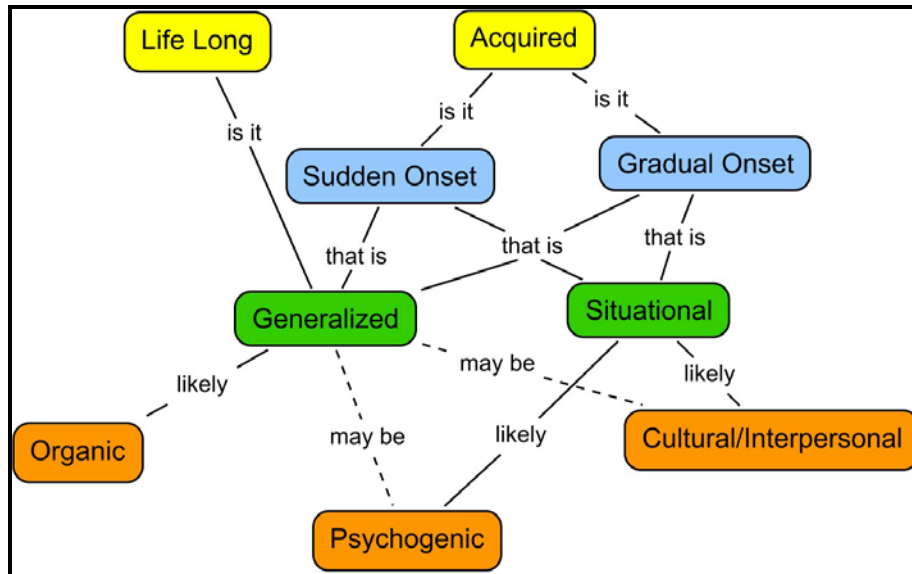
pourrait également confirmer l'inclusion de la santé sexuelle dans la pratique des services de santé du département et accroître la fréquence de traitement des préoccupations relatives à la santé sexuelle (Fifield et Fifield 1988).

Le dysfonctionnement sexuel et les stratégies de traitement

Par le recueil de l'anamnèse sexuelle, l'entretien avec le client et la conduite de quelques évaluations préliminaires, le professionnel sera en mesure de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de la ou des préoccupations du client. Chaque incapacité, chaque dysfonctionnement et chaque maladie affectera différemment les personnes. Le professionnel doit comprendre les types de dysfonctionnements que peut expérimenter le client, et plus important encore, les symptômes et les expériences du dysfonctionnement seront propres à chaque client. Cette partie traite de certains des dysfonctionnements les plus courants chez les hommes et les femmes, des causes possibles et de quelques stratégies de traitement possibles (Fifield et Esmail 2000).

Les dysfonctionnements sexuels se divisent en trois catégories principales: les dysfonctionnements de nature organique, psychogénique et culturelle/interpersonnelle (Fifield et Esmail 2000). Les dysfonctionnements organiques comprennent les traumatismes physiques, la maladie, les différences développementales, la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et les changements hormonaux. Ces causes devraient être examinées attentivement avant de chercher d'autres causes possibles. Les dysfonctionnements psychogéniques peuvent être occasionnés par une faible estime de soi-même, une confiance en soi peu élevée, des valeurs personnelles contradictoires, un passé d'abus sexuel, l'anxiété ou le manque d'information. Les deux premières causes sont les causes les plus fréquentes de dysfonctionnement sexuel. La troisième raison expliquant le dysfonctionnement concerne les enjeux culturels et interpersonnels. Ces problèmes peuvent être issus des valeurs répressives envers la sexualité de certaines sociétés, des sentiments ou croyances de la personne/du couple et d'un manque d'expérience sexuelle ou d'information. En évaluant une préoccupation à caractère sexuel d'un client, on doit examiner l'évolution du problème afin de déterminer s'il s'agit d'un problème permanent ou chronique, récent et constant ou s'il dépend du contexte ou de la situation, par exemple, selon le partenaire ou l'endroit où le client se trouve. Le dysfonctionnement peut également être primaire ou secondaire, c'est-à-dire s'il est toujours présent ou s'il survient de façon périodique (Fifield et Esmail 2000).

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution du problème et s'avère utile pour évaluer la cause et l'évolution du dysfonctionnement sexuel.



Les troubles de la sexualité féminine (American Psychiatric Association 2000)

Les troubles de l'excitation sexuelle: excitation et lubrification vaginale insuffisantes

Ces troubles peuvent être causés par le diabète, les niveaux peu élevés d'estrogène, certains troubles neurologiques comme les blessures médullaires, l'anxiété ou le stress excessif, l'usage de substances telles que médicaments, alcool et stupéfiants, ou à de mauvaises expériences d'abus sexuel. Les causes physiques des troubles de l'excitation sexuelle peuvent être traitées par une intervention médicale, alors que la sexothérapie réduit l'anxiété liée à la performance et le counseling relationnel inclut tous les êtres chers et les partenaires.

Les troubles orgasmiques (anorgasmiques et pré-orgasmiques): la difficulté ou l'incapacité d'atteindre l'orgasme

Les troubles orgasmiques peuvent être causés par la culpabilité ou l'anxiété liée au plaisir sexuel ou par une stimulation clitoridienne insuffisante. Ce dysfonctionnement dépend souvent de la situation : par exemple, un client peut atteindre l'orgasme en se masturbant, mais pas au cours de l'acte sexuel. Les options thérapeutiques possibles pourraient comprendre le counseling et l'éducation dans le but de contrer l'attitude négative envers l'activité sexuelle, d'encourager l'exploration de son propre corps et la massothérapie, d'éduquer le client et ses proches ou ses partenaires sur la réponse sexuelle féminine, et de l'éduquer ou le conseiller sur d'autres options sexuelles et sur le recours à des dispositifs telles que des vibrateurs.

La dyspareunie: relation sexuelle ou coït douloureux

La cause la plus fréquente de la dyspareunie est l'insuffisance de la lubrification vaginale. Elle peut également être causée par des infections vaginales ou transmissibles sexuellement, des atteintes inflammatoires pelviennes, une endométriose, entre autres. Les causes physiques de ces affections sont traitées par une intervention médicale, en ayant recours à des lubrifiants solubles, par le counseling pour les causes de nature psychologiques comme la faible estime de soi ou

l'anxiété, et par l'éducation sur les techniques sexuelles pour le client, ainsi que ses proches ou ses partenaires, comme la prolongation des préliminaires.

Le vaginisme: contractions involontaires des muscles pelviens entourant le tiers externe du canal vaginal.

Cette affection est causée le plus fréquemment par une crainte de la pénétration vaginale et est souvent liée à des antécédents d'agression ou d'abus sexuel. Le vaginisme se traite par le recours à des dilateurs vaginaux en plastique, en encourageant la cliente à prendre l'initiative des activités sexuelles et à adopter la position au-dessus et en ayant recours au counseling axé sur les agressions ou les abus sexuels subis.

Les troubles de la sexualité masculine (American Psychiatric Association 2000)

Troubles érectiles: l'incapacité d'avoir et de maintenir une érection suffisamment ferme pour la pénétration

Environ la moitié des personnes qui connaissent un dysfonctionnement érectile ont des problèmes psychologiques. Les autres causes les plus fréquentes sont le diabète (50 % des hommes atteints de diabète connaissent une certaine forme de dysfonctionnement érectile), le stress et la fatigue, les niveaux peu élevés de testostérone, des problèmes de nature vasculaire et circulatoire, des problèmes généraux de santé physique, la consommation ou la dépendance à des substances comme les médicaments, l'alcool et les stupéfiants, ainsi que l'anxiété liée à la performance sexuelle ou un trouble neurologique comme une blessure médullaire. Les stratégies de traitement possibles sont: une intervention médicale pour les causes physiques, soit le recours à des médicaments, des anneaux péniens, des dispositifs d'érection pénienne, des suppositoires urétraux et l'insertion chirurgicale de tiges souples ou gonflables dans les corps caverneux du pénis. De plus, la psychothérapie mettant l'accent sur la réduction de l'anxiété pour permettre de régulariser la réponse sexuelle peut s'avérer utile. Elle peut comprendre la focalisation sensorielle du langage corporel, entre autres.

L'éjaculation précoce: l'incapacité de retarder volontairement une éjaculation

Il y a un certain nombre de causes psychologiques à l'origine de ce dysfonctionnement, comme le fait de se masturber en secret dans le but d'obtenir une satisfaction immédiate ou d'avoir vécu une première expérience sexuelle dans des situations qui étaient loin d'être idéales. Les causes physiques de l'éjaculation précoce, comme les troubles neurologiques, doivent également être envisagées comme des causes possibles. Le but du traitement de l'éjaculation précoce est d'entraîner l'homme à se concentrer sur ce qu'il ressent. Le fait de se concentrer lui apprend à anticiper le moment de l'orgasme et à retarder son éjaculation jusqu'au moment choisi pour éjaculer. Il existe deux méthodes de concentration : la technique « arrêt-départ » (*stop and go*) et la technique de pincement du pénis (*squeeze technique*).

L'impuissance: l'incapacité d'éjaculer à la suite de la pénétration malgré une érection et une excitation adéquates.

Ce trouble est principalement causé par des problèmes psychologiques, comme l'anxiété à l'égard de la pénétration et de l'éjaculation. Le traitement peut mettre l'accent sur les raisons

psychologiques expliquant l'impuissance. Une approche comportementale, comme la focalisation sensorielle du langage corporel, est souvent utile.

La dyspareunie: douleur génitale récurrente ou persistante avant, pendant et après la pénétration.

Il s'agit d'un dysfonctionnement sexuel rare qui est habituellement associé à des affections organiques comme l'herpès, la prostatite et la maladie de La Peyronie. Les stratégies de traitement devraient mettre l'accent sur une intervention médicale afin de traiter les causes organiques sous-jacentes.

Lorsque l'on aborde les préoccupations entourant la sexualité, peu importe la nature du problème ou du dysfonctionnement, le professionnel de la réadaptation doit mettre l'accent sur les quatre aspects suivants:

1. *Changer les attitudes*

Beaucoup de clients et de couples peuvent avoir des idées bien arrêtées sur les relations sexuelles et physiques. Ces idées préconçues peuvent se présenter dans la façon dont le couple estime que les relations sexuelles doivent avoir lieu et au moment qu'il juge opportun. Le handicap/incapacité modifie de nombreux aspects de la vie, et la manière dont les partenaires se livrent à l'activité sexuelle est également très susceptible de se transformer et nécessite donc que le client ajuste ses attitudes.

2. *Fournir de l'information*

Il est important de prioriser la prestation d'information relatives aux différentes techniques, positions et dispositifs susceptibles d'améliorer l'expérience sexuelle du client. Il est essentiel d'éduquer le client.

3. *Donner la permission*

Comme il en a été question dans le modèle P-LI-SS-IT, il est nécessaire de donner et d'obtenir la permission auprès de votre client et de son ou sa partenaire. Il faut également que le client et son ou sa partenaire se donne la permission mutuelle d'explorer de nouvelles positions ou de nouvelles techniques lorsqu'une incapacité ou une maladie est en jeu.

4. *Réduire l'anxiété*

Informé le client sur les options concernant le sexe et les relations intimes en leur offrent des ressources, une intervention adéquate et des solutions de rechange permettra de réduire l'anxiété associée à la reprise de l'activité sexuelle suivant une atteinte ou une maladie. Il est possible que de nombreux clients ne connaissent pas leur potentiel et leur capacité de performer sur le plan sexuel et que l'on doive les rassurer.

On arrive à prendre en charge et à corriger les dysfonctionnements sexuels par le biais de l'intervention et du traitement. En somme, les objectifs de la personne ayant des incapacités et de son ou sa partenaire devraient être :

- d'apprendre à mieux connaître ses propres sensations et celles de son ou sa partenaire;

- d'apprendre à apprécier son propre corps et celui de l'autre;
- de développer une plus grande satisfaction dans les expériences physiques communes;
- d'accroître l'intimité, tant émotionnelle que physique;
- de renforcer la capacité de discuter ouvertement de ses pensées et de ses sentiments de nature sexuelle
- de renforcer sa confiance en elle afin d'arriver à parler ouvertement d'autres types de comportements sexuels.

Tenir compte du couple

Lorsque le professionnel de la santé aborde la sexualité, il a tendance à axer son intervention sur son client, mais oublie souvent son ou sa partenaire (Rolland 1994, Esmail, Esmail, Munro 2001). La littérature portant sur la sexualité et le handicap laisse entendre que les relations intimes sont profondément affectées par le handicap (Esmail, Esmail et Munro 2001). En réalité, le sexe a été déclaré comme étant le problème relationnel le plus sérieux dans les relations comportant un partenaire ayant une incapacité (Kreuter Sullivan Dahllof et Siosteen 1998). Dans une étude de Sadoughi, Leshner et Fine (1971), la plupart des personnes qui ont eu une incapacité ont fait l'expérience d'un déclin dans la fréquence des relations sexuelles, et une majorité d'entre eux ont dû modifier leur manière de se livrer à l'activité sexuelle. Ces modifications ont également entraîné un déclin de la satisfaction et du désir sexuel, accompagné du souhait des couples d'améliorer leur niveau de satisfaction sexuelle. Quelques unes des raisons citées pour expliquer l'impact du handicap sur la sexualité sont les véritables limitations physiques et les limitations perçues causant la peur et le malaise au moment de se livrer aux activités sexuelles (Sadoughi Leshner et Find 1971, Cohen Wallston et Wallston 1976). Le handicap peut également accroître le niveau de stress dans les relations entre partenaires, affectant les rôles et les limites personnelles (Rolland 1994, Feigin 1998, Kester et coll. 1988). Par ailleurs, on a déclaré que le partenaire sans incapacités pouvait faire l'expérience de conséquences indésirables sur sa santé, en particulier un accroissement des niveaux de stress, dues à son ou sa partenaire blessé(e) médullaire (Kester et coll. 1988).

Comme le laisse entendre la littérature, il semble que beaucoup de préoccupations d'ordre sexuel soient susceptibles d'exiger que l'on dispense éducation et intervention auprès du client et de ses partenaires sexuels. Par conséquent, il serait bon de considérer l'ensemble des partenaires comme étant le « client » ou le bénéficiaire des services dispensés. Lorsque les clients tentent une première fois de reprendre les rapports sexuels à la suite d'une maladie ou d'une incapacité, ils sont susceptibles d'être anxieux et de douter d'eux-mêmes. Dans le souci de réduire cette anxiété, on peut encourager le client et ses partenaires à amorcer les jeux sexuels par des câlins, des caresses, puis par la masturbation avant de reprendre le rapport sexuel (Garner et Allen 1988). Le fait de proposer aux clients de se réserver des moments privés pour l'exploration de leur propre corps et la discussion avec leurs partenaires à propos des changements ou des sentiments liés à leur corps fait en sorte de mieux comprendre leur propre anatomie et leurs réactions sexuelles. Il s'avère également utile d'avoir recours à un programme de sensibilisation à la sexualité pour faciliter ce processus (Fifield et Esmail 2000).

Les stratégies pour aborder le sujet de la sexualité et du handicap au sein du couple sont rarement traitées dans la littérature. Voici toutefois quelques stratégies générales qui se sont montrées efficace (Esmail, Esmail et Munro 2001) : la responsabilité mutuelle, l'éducation, l'amélioration

de la communication entre les partenaires, la facilitation du changement d'attitude et de comportement, ainsi que la prescription ou la fourniture d'aides techniques, le recours aux prothèses et les ressources. Le counseling et la thérapie sont également des outils efficaces pour aider les couples à gérer le stress et les changements issus du handicap (Bernardo 1981). Encore une fois, il est important de comprendre que chaque handicap présentera des différences variant d'une personne à l'autre, et que ces différences auront des effets particuliers sur les relations de couple qui nécessiteront le recours à des méthodes diverses d'éducation, de counseling et d'intervention. Pour de plus amples renseignements sur le rôle des professions de la réadaptation dans le traitement de la sexualité du couple en lien avec le handicap, les lecteurs sont invités à effectuer la lecture intégrale de l'article de Esmail, Esmail, and Munro (2001).

Conclusion

Le rôle du professionnel de la réadaptation dans le traitement de la sexualité est un sujet dont l'intérêt croît au fur et à mesure que les gens prennent conscience que la sexualité fait partie intégrante du bien-être global et comme étant l'aspect central de l'existence humaine (OMS 2006). Les professionnels de la réadaptation doivent bien comprendre les aspects physiques et psychologiques de la sexualité et de la fonction sexuelle afin de dispenser les meilleurs services possibles à leurs clients. L'une des étapes essentielles dans la prestation de services est de comprendre ses propres valeurs et croyances relatives à la sexualité. Le fait d'être ouvert d'esprit et sans préjugés à l'égard des comportements sexuels du professionnel et du client favorise l'établissement d'une relation professionnelle efficace. Discuter des préoccupations d'ordre sexuel avec son client est la responsabilité de tout professionnel dispensant des services de santé visant la personne dans sa globalité. La capacité de recueillir une anamnèse sexuelle détaillée, de connaître ses limitations personnelles et professionnelles dans la prestation d'interventions en matière de sexualité, ainsi que la connaissance des instruments d'évaluation appropriés et des dysfonctionnements sexuels les plus courants relèvent tous du rôle du professionnel de la réadaptation. En résumé, se comprendre soi-même et son client, ainsi que le dysfonctionnement ou l'incapacité sont des rôles essentiels que le professionnel doit jouer lorsqu'il effectue des interventions de nature sexuelle. Au bout du compte, le rôle professionnel le plus important dans la pratique clinique est la prise en charge de la sexualité de chaque client.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition text revision). Arlington, VA.
- Anderson L. 1992. Physical disability and sexuality. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1(4):177-185.
- Annon JS. 1976. Behavioral treatment of sexual problems: brief therapy. New York: Harper and Row.
- Bernardo ML. 1981. Premarital counseling and the couple with disabilities: a review and recommendations. *Rehabilitation Literature* 43(7-8):213-217.
- Cohen BD, Wallston SB, Wallston KA. 1976. Sex counseling in cardiac rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 5:473.

- Cole TM. 1991. Gathering a sex history for a physically disabled adult. *Sexuality and Disability* 9: 29-37.
- Conine TA. 1984. Sexual rehabilitation: the roles of allied health professionals. In: Kreuger DW, editor. *Rehabilitation psychology: A comprehensive textbook*, Rockville, Maryland: Aspen Systems Corp.
- Couldrick, L. (1999). Sexual Issues within Occupational therapy, Part 2: Implications for Education and Practice. *British Journal of Occupational Therapy* 62(1).
- Dailey D. 1988. Understanding and helping the sexually unusual. In: Dailey D, editor. *The sexually unusual*. New York: Harrington Park Press Inc. p 3-13.
- David A, Gur S, Rozin R. 1977. Survival in marriage in the paraplegic couple: psychological study. *Paraplegia* 15(3):198-201.
- Dicker-Friedman J. 1997. Sexual expression: The forgotten component of ADL. *OT Practice*:20-25.
- Esmail S, Esmail Y, Munro B. 2001. Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability* 19(4):267-282.
- Feigin R. 1998. The relationship between the sense of coherence and adjustment to disability studied in the context of marital interrelations. *Marriage & Family Review* 27(1-2).
- Fifield B, Esmail S. 2000. Sexuality in rehabilitation: Options and alternatives. In: Kumar S, editor. *Multidisciplinary approach to rehabilitation*. Butterworth and Heinemann.
- Fifield B, Fifield O. 1988. Sexual health care: The need for standards. *Proceedings of the 16th World Congress of Rehabilitation International*, (p 460-464). Tokyo, Japan.
- Garner W, Allen H. 1988. Sexual rehabilitation and heart disease, *Journal of Rehabilitation* 55:69-73.
- Gianotten WL, Bender JL, Post MW, Höing M. 2006. Training in sexology for medical and paramedical professionals: a model for the rehabilitation setting. *Sexual and Relationship Therapy* 21(3): 303-317.
- Kester BL, Rothblum ED, Lobato D, Milhous RL. 1988. Spouse adjustment to spinal cord injury: Long-term medical and psychosocial factors. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 32(1).

- Kreuter M, Sullivan M, Dahllof AG, Siosteen A. 1998. Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. *Spinal Cord* 36(4):252–261.
- Lefebvre KA. 1997. Performing a sexual evaluation on the person with disability or illness. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual function in people with disability and chronic illness*. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers Inc. p 19-45.
- Pomeroy WB, Slax CC, Wheeler CC. 1982. *Taking a sexual history: Interviewing and recording*. New York: The Free Press.
- Rodrigues GP, editor. 1989. *Pocket criminal code*. Toronto: Carswell.
- Rolland JS. 1994. In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. *Journal of Marital & Family Therapy* 20(4):327–347.
- Rozovsky LE, Rozovsky FA. 1982. *Legal sex*. Toronto: Doubleday Canada Ltd.
- Sadoughi W, Leshner M, Fine HL. 1971. Sexual adjustment in a chronically ill and physically disabled population: A pilot study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 52(7):311-317.
- Thorn-Gray BE, Kern LH. 1983. Sexual dysfunction associated with physical disability: A treatment guide for the rehabilitation practitioner. *Rehabilitation Literature* 44(5-6):138-143.
- Urey JR, Viar V, Henggeler SW. 1987. Prediction of marital adjustment among spinal cord injured persons. *Rehabilitation Nursing* 12(1):26-27.
- Weerakoon, P., Jones, M. and Kilburn-Watt, E. 2004: Allied health professional students' perceived level of comfort in clinical situations that have sexual connotations. *Journal of Allied Health* 33:189-193.
- World Health Organization. 1975. *Education and treatment in human sexuality: The training of health professional*. Geneva: Author.
- World Health Organization. 2006. *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: Author.