FEMME BLESSÉE MÉDULLAIRE
SEXUALITÉ - CONTRACEPTION - GROSSESSE

Dr Kathleen CHARVIER
Pr Frédérique COURTOIS

40èmes Journées de la So.R.N-Est – DIJON - **29-30.03.2012**

CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE

L'OMS reconnaît le concept de « santé sexuelle » lors de la conférence de 1972 selon

3 éléments de base :

- La capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale

CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE

- La délivrance de la peur, de la honte, de la culpabilité, des fausses croyances et des autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles

- L'absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances interférant avec la fonction sexuelle et reproductive

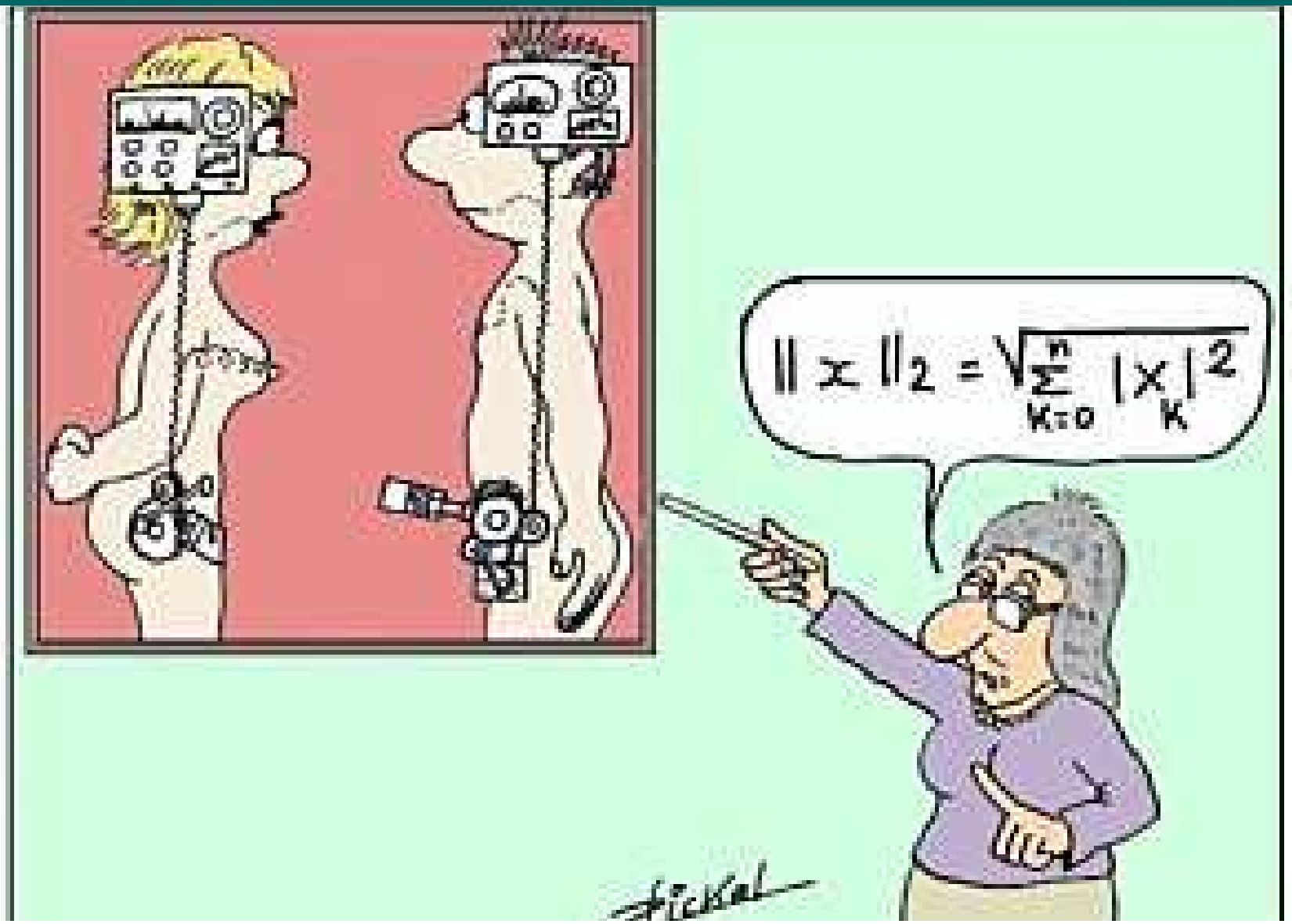
CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE

L'OMS précise cette définition lors de la réunion de 1974

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personne humaine, de la communication et de l'amour »

CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE

- I
  b
  d
  s
- I
  s
- E
- C
- E
  a



CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE

3 niveaux d'intervention en sexologie :

- l'information et l'éducation sexuelles (anatomie, physiologie, psychologie)
- le conseil (« councelling ») en cas de difficultés sexuelles (professionnels, thérapeutes ou non)
- les thérapies appropriées (sexologues, médecins ou non médecins)

Loi 2005-120 du 11 février 2005

« Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

- Définit le handicap dans toute sa diversité.

- *« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».*

- **Source : Ministère de la Santé et des Solidarités (17/10/2006) http://www.handicap.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=3**

Loi 2005-120 du 11 février 2005

« Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

- Met en place la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à domicile ou en établissement qui est au cœur du plan personnalisé de compensation.

- Cette prestation permet de financer les aides individuelles, déterminées en fonction **des besoins et du « projet de vie » de la personne handicapée** et attribuée sans condition de ressources.

Source : Ministère de la Santé et des Solidarités (17/10/2006)
http://www.handicap.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=3

Loi 2005-120 du 11 février 2005

« Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

- Le principe de cette loi est, au nom du principe d'égalité, de reconnaitre que le droit à la compensation du handicap résulte d'une préoccupation et d'un devoir sociétal, et non d'une quelconque logique de commisération ou de charité

- Il s'agit de rétablir une certaine « égalité des chances » dans l'esprit d'une approche inclusive centrée sur les droits des personnes

SANTÉ SEXUELLE et HANDICAP

- Selon des données du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées datant d'avril 2003, 850.000 personnes en France présentent un handicap moteur isolé
- Le droit des personnes handicapées à l'autonomie e à la citoyenneté est donc reconnu depuis le 11 février 2005
- Mais le droit à la sexualité n'est pas clairement exprimé
- Qu'en est-il du droit à la vie de couple et à la vie sexuelle en couple ?

SANTÉ SEXUELLE et HANDICAP

- Couple et sexualité sont encore vus comme épreuve ou tabou
- 87% des Français interrogés pensent que vivre en couple avec une personne en situation de handicap nécessite du courage
- 61% pensent que les personnes en situation de handicap n'ont pas de vie sexuelle

HANDICAP PHYSIQUE et SEXUALITÉ : HISTORIQUE

La sexologie : discipline clinique récente dans sa démarche scientifique et thérapeutique et aussi très ancienne dans ses prémices cliniques :

- 1ères traces de l'intérêt des hommes pour la sexualité au paléolithique supérieur
- Plus tard 1ères formules thérapeutiques contre l'impuissance à Babylone
- Puis les anatomistes de la Renaissance : Vésale, Ambroise Paré, Léonard de Vinci…

HANDICAP PHYSIQUE et SEXUALITÉ : HISTORIQUE

- En 1900 Krafft-Ebing, Havelock Ellis, Freud… décrivent le champ de la psycho-sexologie
- 2ème moitié du XXème siècle la sexologie moderne se développe avec Kinsey, Masters et Johnson : nombreuses études scientifiques, cliniques et thérapeutiques pour mieux comprendre la complexité de la sexualité humaine et d'en traiter ses difficultés.

Philippe Brenot : Histoire de la sexualité - L'Esprit du temps ;
La Sexologie - Que sais-je ; Qu'est-ce que la Sexologie ? Payot

HANDICAP PHYSIQUE et SEXUALITÉ : HISTORIQUE

A partir de la 2ème moitié du XX ème siècle dans les centres de rééducation (2ème guerre mondiale), chez l'homme blessé médullaire :

- Evaluation de la capacité érectile résiduelle
- Adaptation de divers traitements palliatifs, médicaux et chirurgicaux et d'aides techniques des dysérections

par Zeitlin (1957); Bors et Comarr (1960) ; Fitz Patrick (1974); Chapelle (1980)…

HANDICAP PHYSIQUE et SEXUALITÉ : HISTORIQUE

- Evaluation de la capacité éjaculatoire résiduelle par Horne (1948), Guttmann (1949), Bors et Comarr (1970), Chapelle (1970) ... puis évaluation de la fertilité à partir de 1990

- 1ère étude sur la sexualité de la femme blessée médullaire par Eric Bérard en 1989 (in Paraplegia) puis, à partir des années 2000, M.Sipski, B.Whipple, Komizaruk

LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Depuis 1989, travail en collaboration avec le Pr Courtois de l'Université du Québec à Montréal, associant l'étude et l'expérience cliniques à la méthodologie de la recherche scientifique (Pr Albert Leriche, Dr Corinne Del Aguila)

Intégration de la Recherche Clinique dans la Pratique Clinique en Neuro Sexologie

LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Possibilité ainsi :

- d'établir un cadre à la consultation de neuro sexologie
- de publier et de communiquer sur les réactions sexuelles des sujets blessés médullaires et sur leur prise en charge
- et de poursuivre actuellement un travail de recherche plus axé sur les troubles des réactions sexuelles féminines et les troubles de l'orgasme chez la femme et l'homme blessés médullaires

LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Prise en charge sexologique globale incluant les facteurs psychologiques des troubles sexuels :

- Perte de l'identité féminine
- Baisse de la libido avec un syndrome dépressif plus ou moins marqué
- Baisse de l'estime de soi et anxiété de performance

LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Et les retentissements psychologiques de la dysfonction sexuelle intriqués et différents selon :

- Le passé sexuel
- Le statut de la femme : célibataire ou en couple
- Le niveau de la lésion médullaire

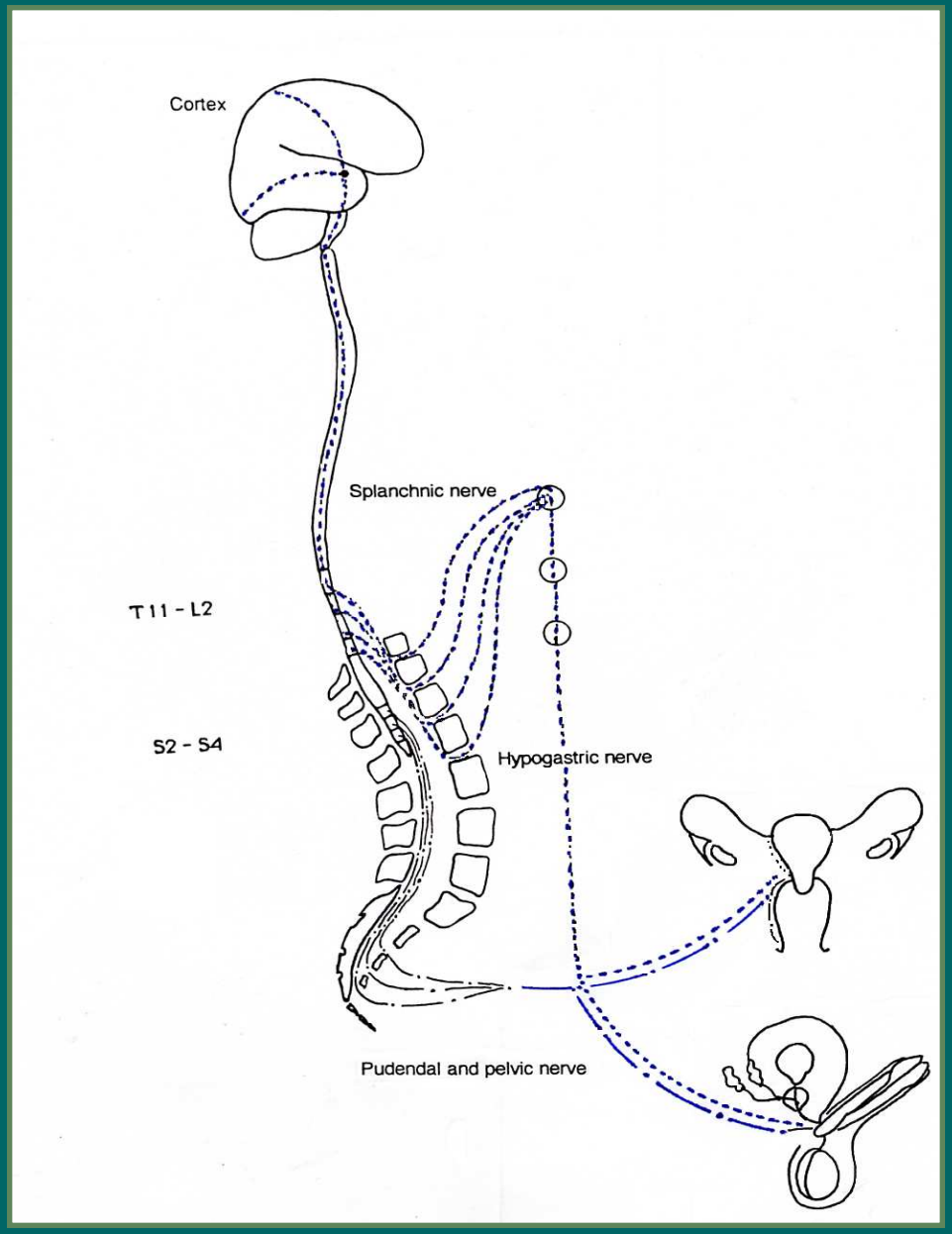
Évaluation chez l'homme

- Troubles de l'érection de la verge et de l'éjaculation
  - Potentiel post-trauma
  - Palliatifs mécaniques +/- pharmacologiques
- Troubles du plaisir et de l' orgasme
  - Recadrage cognitif et développement des zones érogènes

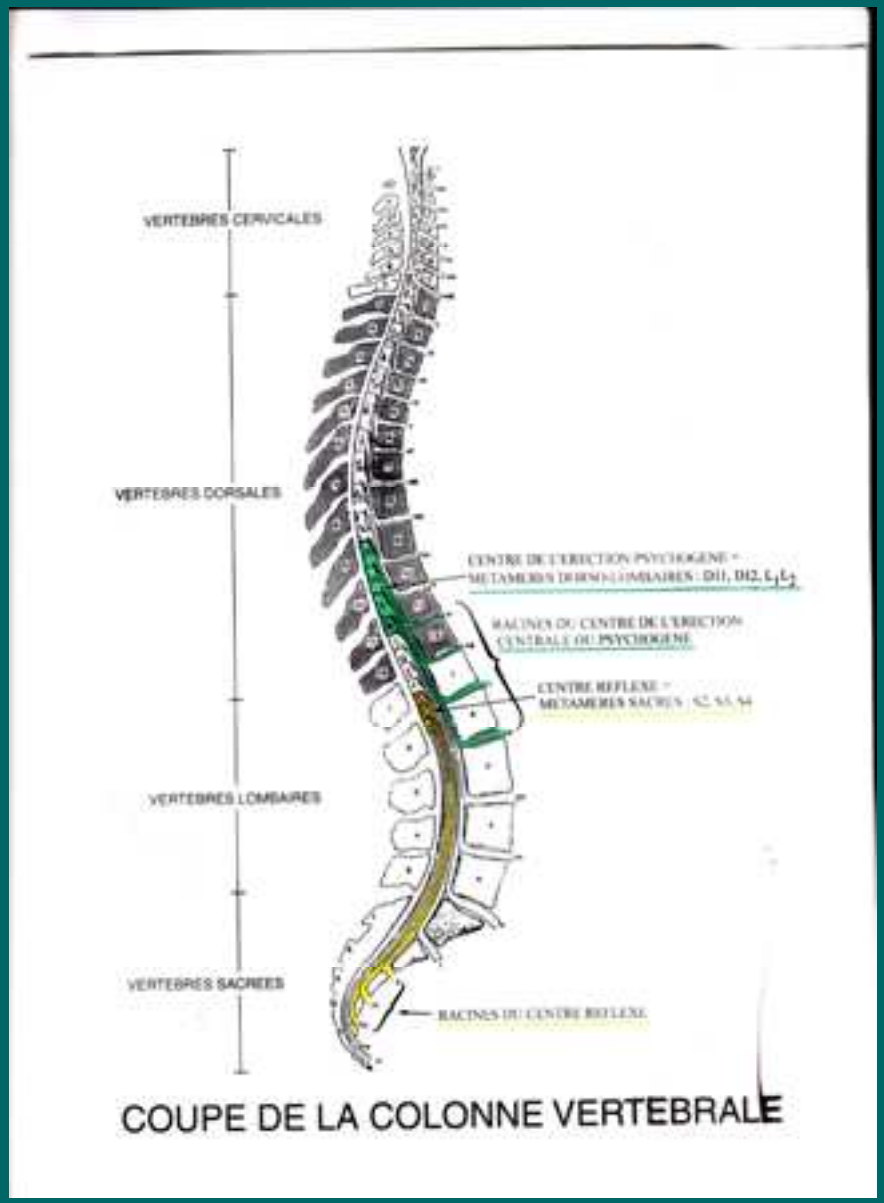
Évaluation chez la femme

- Troubles de l'érection du clitoris, de l'engorgement des petites lèvres, du vagin et de la lubrification vaginale
  - Potentiel post-trauma
  - Palliatifs mécaniques +/- pharmacologiques
- Troubles du plaisir et de l'orgasme
  - Recadrage cognitif et développement des zones érogènes

MODÈLE NEUROPHYSIOLIGIQUE des Réactions Sexuelles



- Érection
  - Réflexe S2-S4 (tum & rig)
  - Psychogène T11-L2 (tum)
- Lubrification
  - Réflexe S2-S4
  - Psychogène T11-L2
- Ejaculation
  - Émission T11-L2
  - Éjaculation S2-S4
- Orgasme ?
  - Réflexe (sacré) (Sipski)
  - Autonomique (Courtois)
  - Nerf Vague (Whipple)



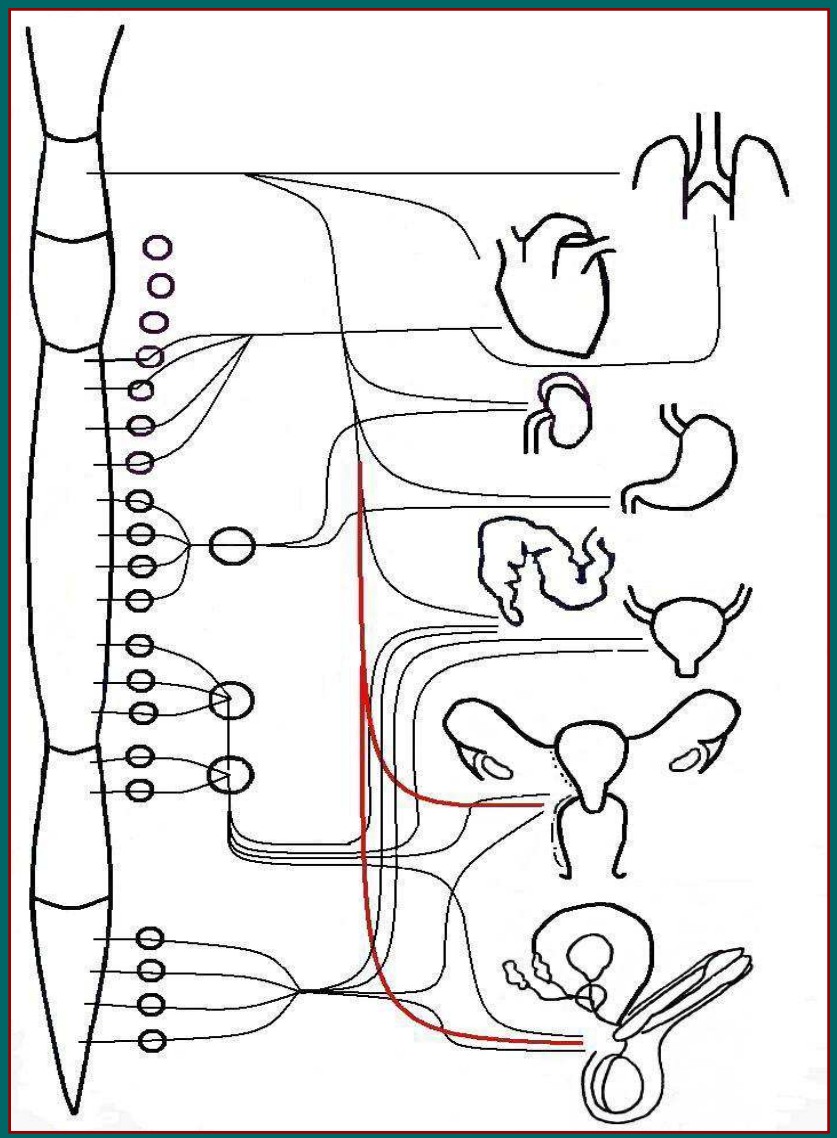
COUPE DE LA COLONNE VERTEBRALE

- Divers tableaux sont envisageables:
- **Lésion située au dessus du centre thoraco-lombaire T11-T12-L1-L2** mode optimal d'excitation sexuelle par stimulation locale des OGE
- **Lésion située au niveau du centre sacré ou lésant les racines S2-S3-S4**, mode d'excitation sexuelle optimal par stimulation psychogène
- **Lésion située entre les 2 centres T11-T12-L1-L2 et S2-S3-S4**, mode d'excitation sexuelle par stimulation réflexe et/ou central mais effet additif des 2 stimulations perdu.
- **Lésion complète ou incomplète**?

APPROCHE CLINIQUE SYSTÉMATISÉE

- Logique clinique: lorsque questions de mécanique sexuelle et de fertilité sont clarifiées
- Préoccupations centrées sur le plaisir sexuel et capacité à l'orgasme
- Évaluation systématique du potentiel éjaculatoire post lésionnel couplée
  - Recherche de sensations
    - Perception des réactions physiologiques
    - Recadrage cognitif des sensations associées

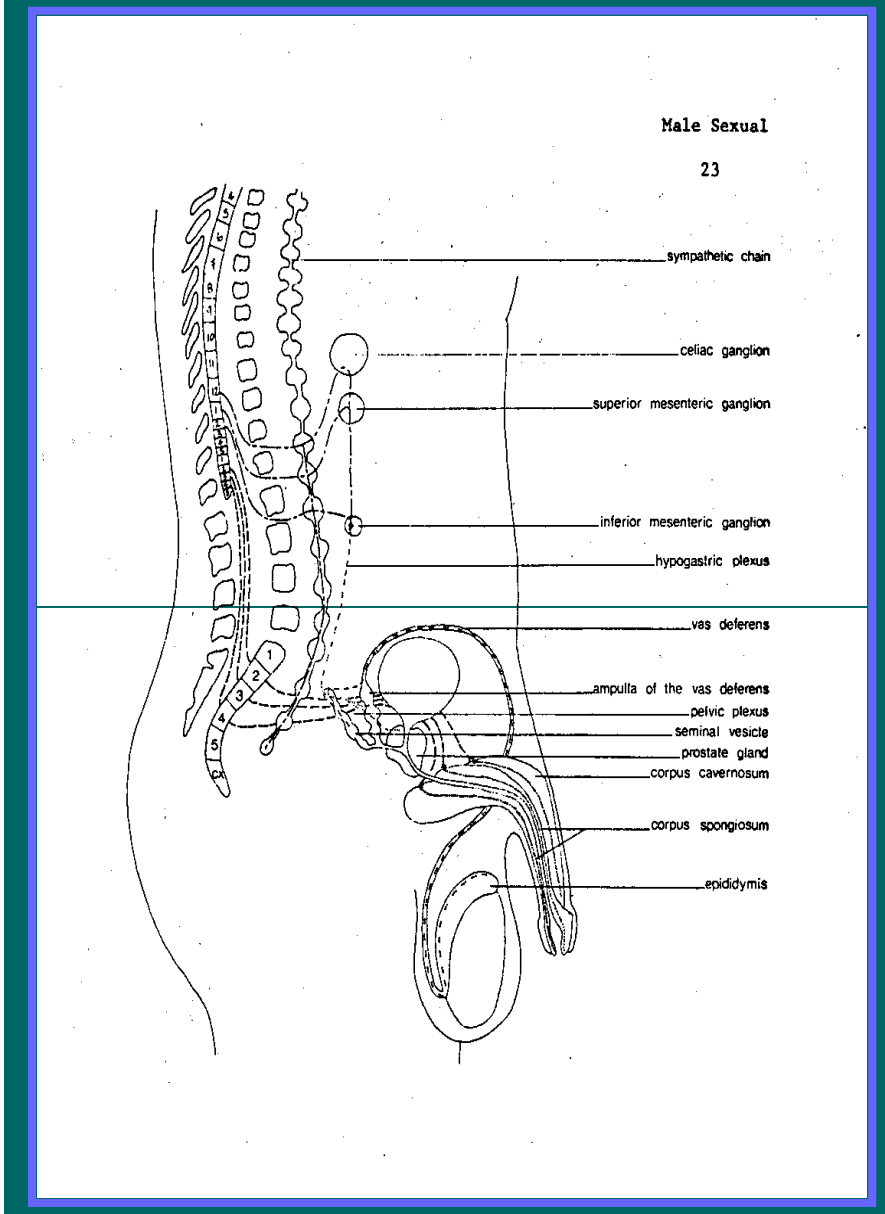
MODÈLE NEUROPHYSIOLOGIQUE DE L'ORGASME



Neurophysiologie orgasme

- Émission stimule système sympathique
- Qui innerve autres viscères
  - Coeur, poumons, vaisseaux sanguins
  - Même muscles (rcp alpha)
- Réponses cardiovasculaires, musculaires, autonomiques
- Perçues pcq transmises
  - Sus-lésionnelle
  - Chaîne sympathique
  - Nerf vague

HYPOTHÈSES (TESTABLES EN) CLINIQUES



- Orgasme = **HRA légère/modérée**
  - Hausse **TAS >20mmHg**
  - Signes d'**excitabilité autonome**
  - **Contractions musculaires**, spasmes
- Développement **questionnaire**
  - Amène patient à **identifier** sensations
  - **Recadrer** sensations en expérience orgasmique

- Les études chez la femme blessée médullaire (BM) montrent
  - **53%** ont des **orgasmes**[1], alors que
  - **93% hommes BM** peuvent avoir des **éjaculations**[2,3]

  - D'où vient cette disparité ?
  - **Éjaculation ≠ Orgasme** ?
  - **Hommes BM** mieux **encadrés** que les femmes BM ?
    - **Plus traitements** offerts (vibromasseur[4,5], midodrine[6-8], IPDE5[9,10], EEJ[11])
    - Mieux **accompagnés** (test éjac en présence MD)
    - Meilleure connaissance de leur anatomie (voient OG et éjac même s'ils ne sentent pas)

[1]**Sipski** et al Arch Phys Med Rehabil 1995;76: 811 ; [2]**Brackett** et al J Urol 1998;159:1931; [3]**Courtois** et al Paraplegia 1995;33:628 ; [4]**Sonksen** et al Paraplegia 1994;32:651 [5]**Courtois** et al BJU 2008;101:331; [6]**Courtois** et al JSM, 2008, 5(10); 2419; [7]**Soler** et al J Urol, 2007;178:2082; [8]**Soler** et al J Urol, 2007;178:2082 ; [9]**Giuliano** et al Neurology 2006;66:210 ; [10]**Giuliano** et al Arch Neur 2007;64:1584 ; [11]**Seager** & **Halstead**. Spinal Cord Injury 1993:20:543

RÉACTIONS SEXUELLES de la FEMME BM

- Femmes **BM** plus **laissées à elles-mêmes** pour redécouvrir leur corps et leur sexualité
- Rapport (même passif) possible
- Ne **voient pas** leurs organes géntitaux
- Ne les **sentent pas** (lésion) N'**éjaculent pas** (généralement)

QUESTIONNAIRE SUR LES SENSATIONS (RECADRAGE COGNITIF)

- **RÉPONSES CARDIOVASCULAIRES**
  - Sent montée tension, cœur accélère, bat plus fort, respiration accélérée etc.
- **CONTRACTIONS MUSCULAIRES**
  - Sent pulsations verge ou clitoris, vagin, anus, urètre, contractions abdominales, membres inférieurs, etc.
- **EXCITABILITÉ AUTONOME (POSITIVE)**
  - Sent bouffée chaleur, frissons/chair de poule, peau chaude, plaques rouges, fourmillements/picotements, transpiration etc.
- **DYSRÉFLEXIE (NÉGATIVE)**
  - Céphalée, nausée, oppression, malaise général, anxiété

QUESTIONNAIRE DÉVELOPPÉ pour évaluer les SENSATIONS ASSOCIÉES À L'ÉJACULATION / ORGASME

NOM : _____ **Date :** _____

SENSATIONS AU TEST ÉJACULATOIRE

Sur une échelle de 1 à 5, indiquez dans quelle mesure vous avez ressenti les signes suivants au moment de l'éjaculation	**pas du tout**	**un peu**	**assez**	**beaucoup**	**énormément**
- Une montée de pression	1	2	3	4	5
- Une montée de chaleur	1	2	3	4	5
- Mon cœur qui s'accélérait	1	2	3	4	5
- Mon cœur qui battait avec plus de force	1	2	3	4	5
- Mon cœur qui battait plus lentement	1	2	3	4	5
- Ma respiration qui s'accélérait	1	2	3	4	5
- Mon pénis qui gonflait	1	2	3	4	5
- Mon anus qui se contractait	1	2	3	4	5
- Mes testicules qui se contractaient (qui remontaient)	1	2	3	4	5
- Mes muscles au niveau du pénis qui se contractaient	1	2	3	4	5
- Mes muscles au niveau du ventre qui se contractaient	1	2	3	4	5
- Ma spasticité qui augmentait	1	2	3	4	5
- Des spasmes en flexion qui se déclenchaient	1	2	3	4	5
- Des spasmes en extension qui se déclenchaient	1	2	3	4	5

Dans quelle mesure avez-vous ressenti les signes suivants au moment de l'éjaculation	**pas du tout**	**un peu**	**assez**	**beaucoup**	**énormément**
- J'avais des frissons, de la chair de poule	1	2	3	4	5
- Je sentais ma peau chaude	1	2	3	4	5
- J'avais des plaques rouges sur la peau	1	2	3	4	5
- Je sentais des fourmillements, des engourdissements	1	2	3	4	5
- Je me sentais transpirer	1	2	3	4	5
- J'avais une sensation d'oppression, d'étau	1	2	3	4	5
- J'avais du mal à respirer	1	2	3	4	5
- J'avais le nez bouché	1	2	3	4	5
- J'avais la tête « pleine », « ça me prenait à la tête »	1	2	3	4	5
- J'avais mal à la tête	1	2	3	4	5
- J'avais la nausée	1	2	3	4	5
- J'avais une vision embrouillée	1	2	3	4	5
- J'avais un goût de métal dans la bouche	1	2	3	4	5
- Je me sentais devenir pâle	1	2	3	4	5
- Je sentais un besoin d'uriner (ou comme un besoin d'uriner)	1	2	3	4	5
- Je sentais un besoin d'aller à la selle (ou comme un besoin d'aller à la selle)	1	2	3	4	5
- J'avais un malaise général	1	2	3	4	5
- J'avais une sorte d'anxiété	1	2	3	4	5

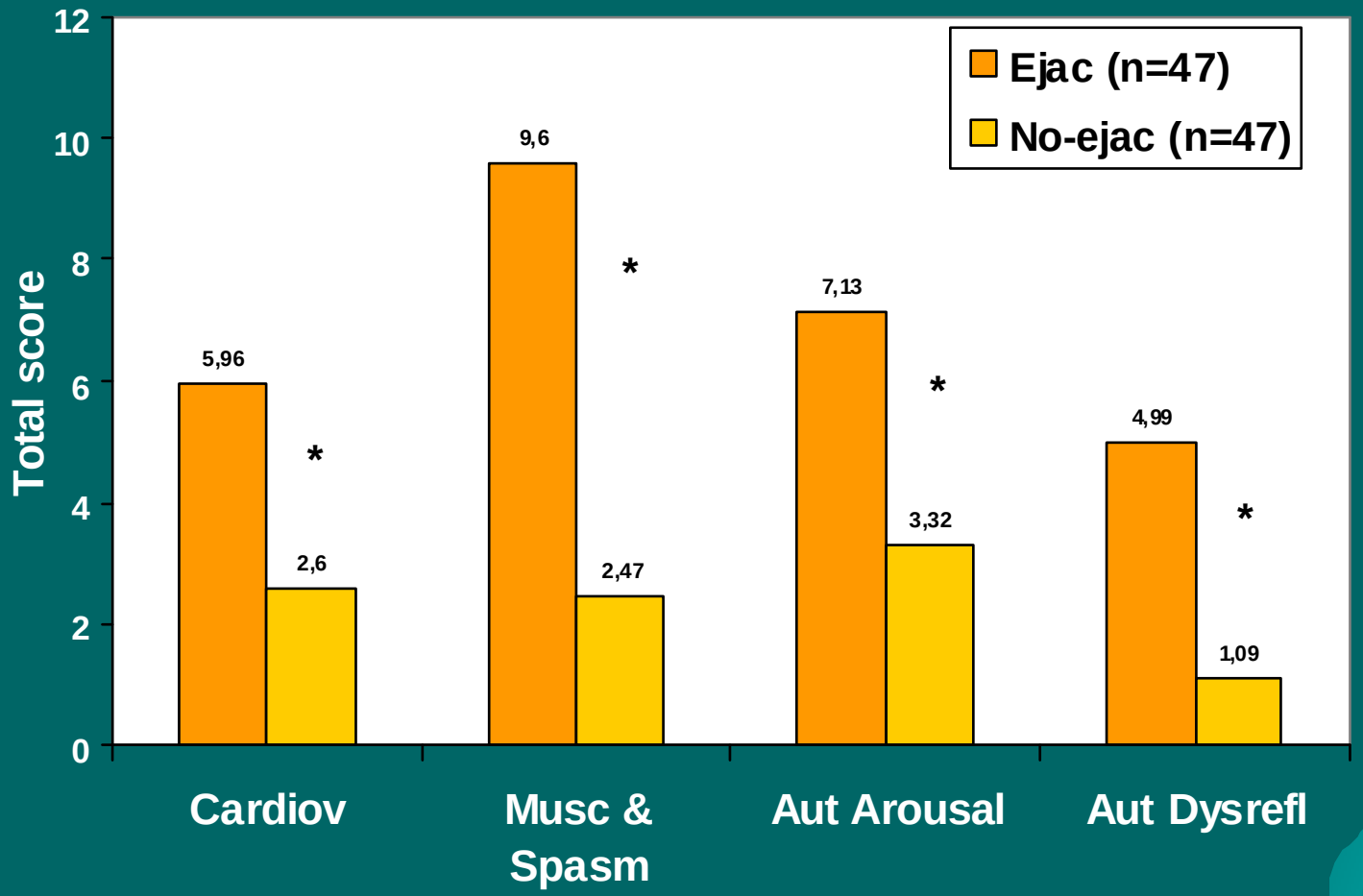
VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

- Test Cronbach pour vérifier homogénéité des questions par sections

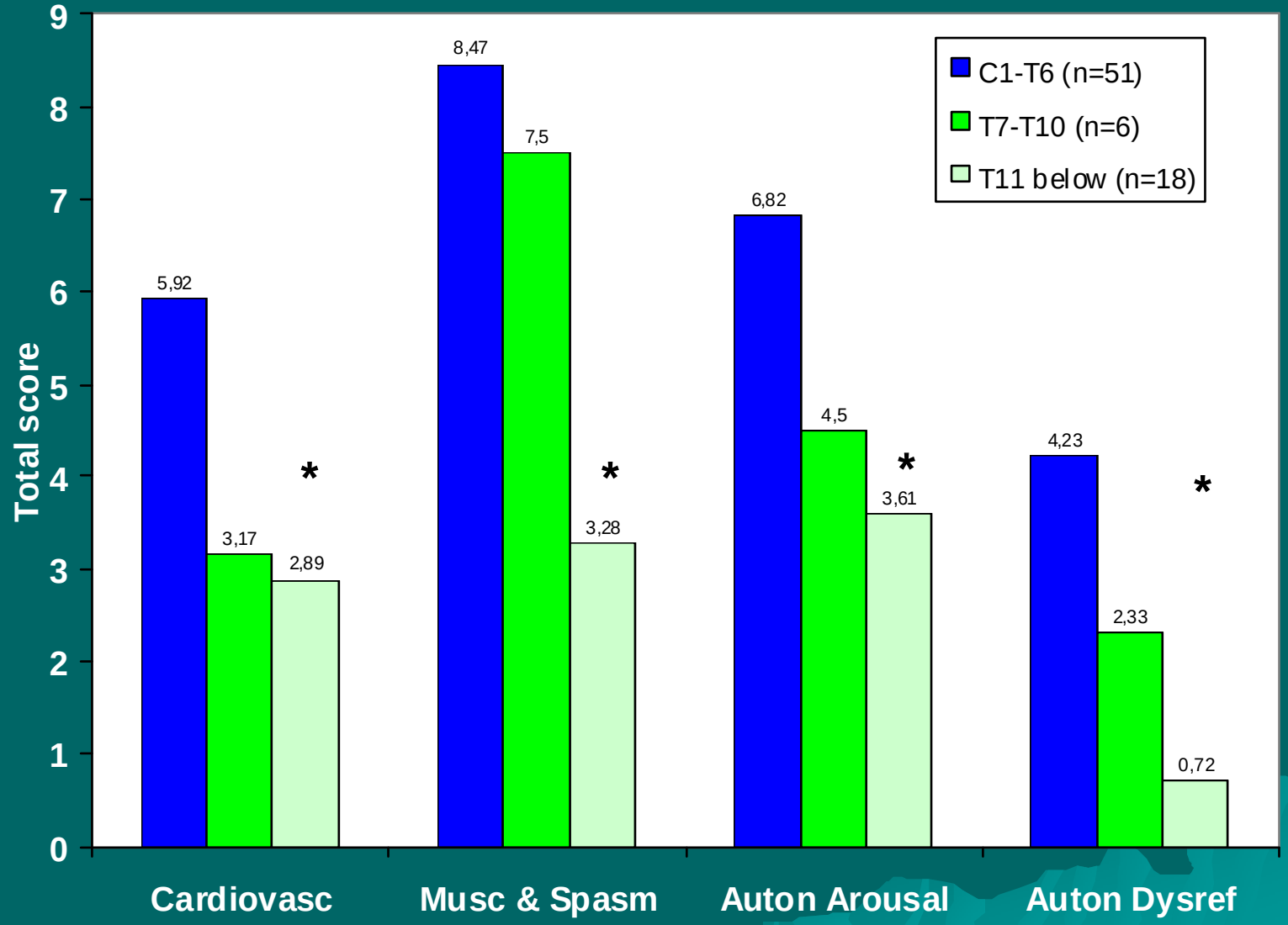
- Validité discriminante du questionnaire
  - Capacité de discriminer test positif (éjaculation) de test négatif (stimulation sexuelle)
  - Capacité de discriminer différents niveaux de lésion

- Validité de construit
  - Comparaison à autre outil connu validé (Mah & Binik, 2002)

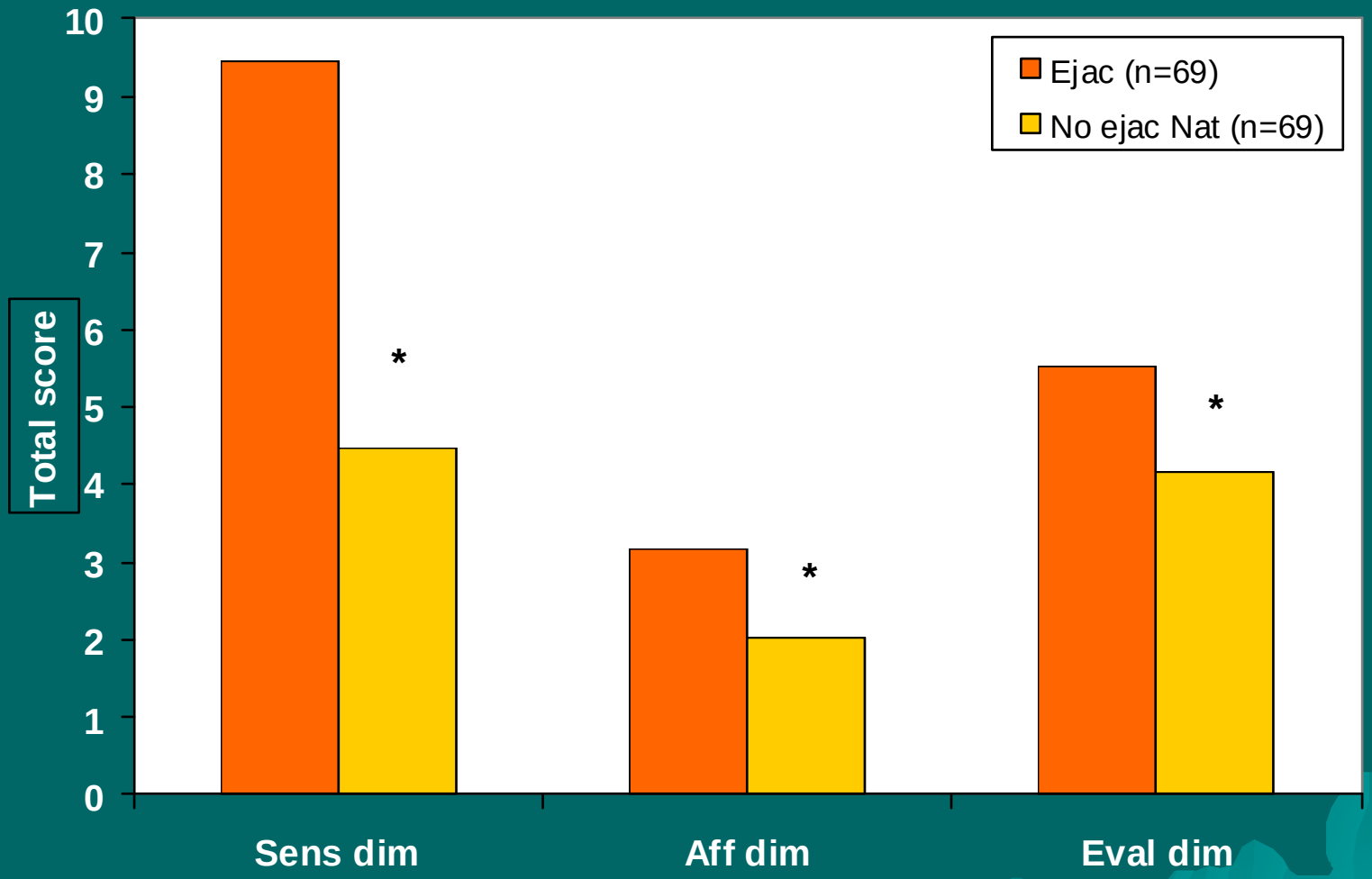
PLUS DE SENSATIONS PERÇUES LORS DE L'ÉJACULATION (V ou V+M) PAR OPPOSITION À LA STIMULATION SEXUELLE (Nat) SANS ÉJACULATION : sensations perçues



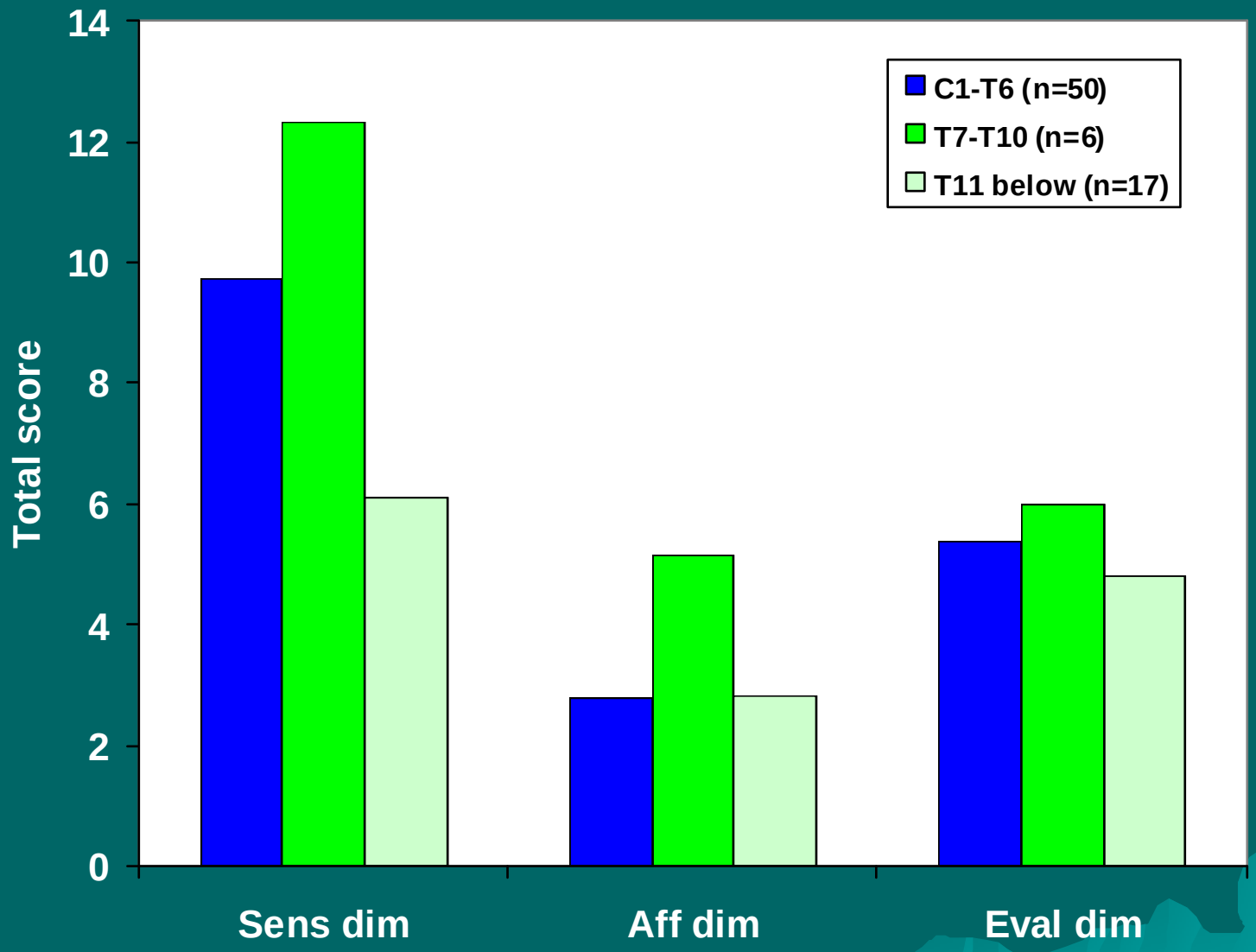
QUESTIONNAIRE DISCRIMINE SENSATIONS SELON NIVEAUX DE LESIONS (appuie modèle neurophysiologique)



AUTRE QUESTIONNAIRE SUR LA PHÉNOMÉNOLOGIE DE L'ORGASME DISCRIMINE ÉGALEMENT SENSATIONS ENTRE TESTS POSITIFS ET NEGATIFS



MAIS NE DISCRIMINE PAS NIVEAUX DE LESIONS
(pas de modèle explicatif de l'orgasme)



RÉACTIONS SEXUELLES de la FEMME BM

Évaluation de l'érection du clitoris, de l'engorgement de la vulve et du vagin

- Efficacité des stimuli réflexes versus psychogènes selon le niveau de la lésion
- Photopléthysmographie versus pince labiale mais aussi écho doppler et études immuno-histo-chimques (paramètres physiologiques)
- Miroir (car peu de feedback)
- Proposition de palliatifs mécaniques et médicamenteux
- Questionnaires (sensations subjectives et physiques)
- Recadrage cognitif et recherche des zones érogènes secondaires

- Nous avons donc développé une **prise en charge adaptée**[12-14]
  - **Évaluation** de la **sensibilité périnéale**
    - Permettre aux femmes BM d'**estimer leurs sensations**
    - S'assurer une **connaissance** de leur **anatomie**
    - Redonner une **"image" de leur vulve**
  - Évaluation de la **capacité à l'orgasme**
    - Test en **salle d'examen** (centre hospitalier - encadrées)
    - **Vibromasseur** (Ferticare Personnel)
    - Vibromasseur + **Midodrine** (5-20mg)
    - (Vibromasseur + $IPDE_5$)

[12]**Courtois** et al Louvain Médical 2008;127:S66; [13]**Courtois** et al Sexologies 2009;18:114;
[14]**Courtois** et al 2009 New York: Novapublishers.

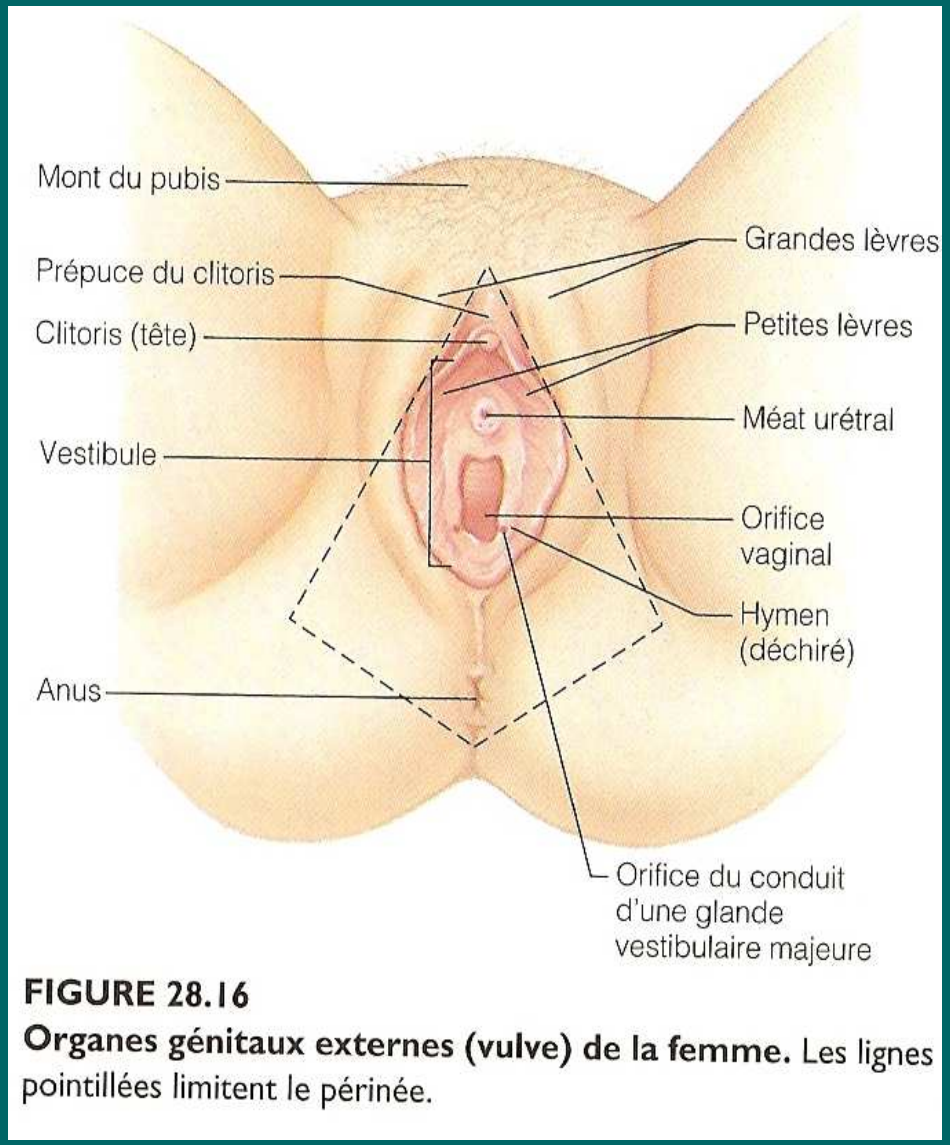


FIGURE 28.16
Organes génitaux externes (vulve) de la femme. Les lignes pointillées limitent le périnée.

- En position gynécologique, inspection du périnée : évaluation d'éventuelles anomalies, de la trophicité, de la statique périnéale
- Evaluation de la sensibilité superficielle et profonde, lors des touchers

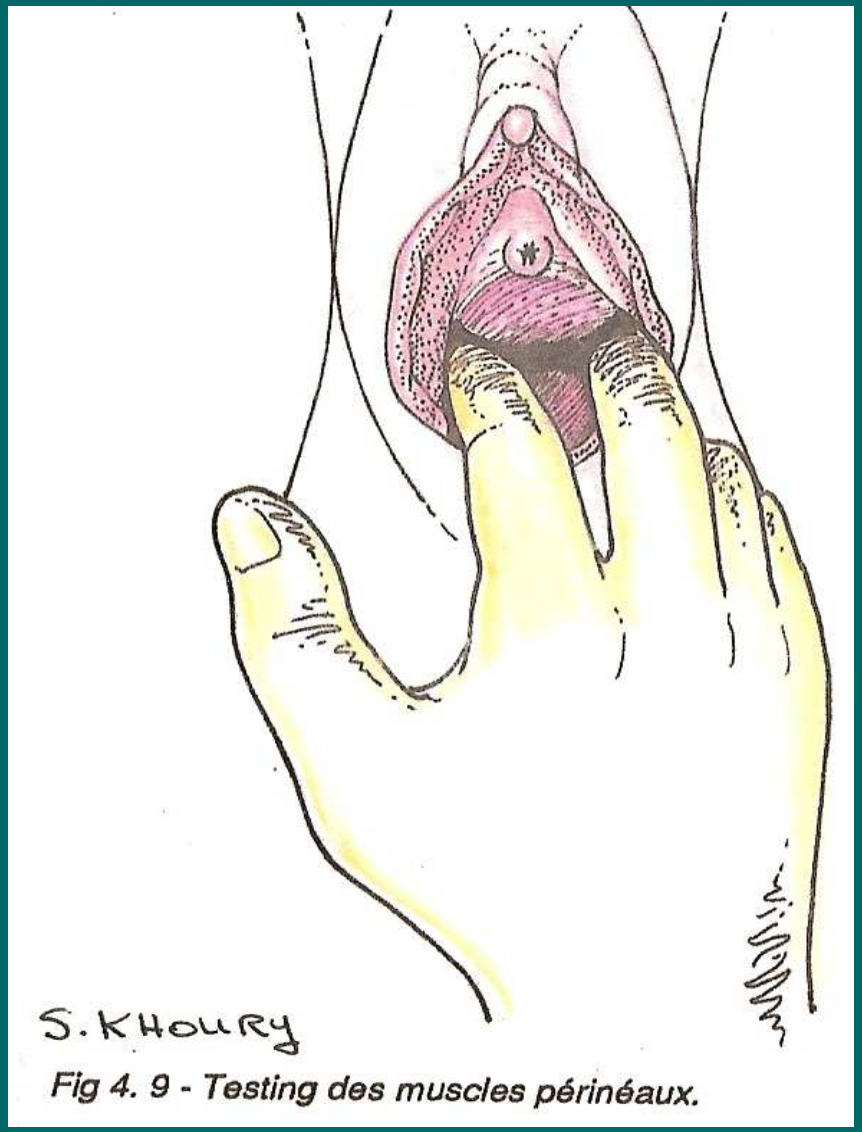


Fig 4. 9 - Testing des muscles périnéaux.

- Evaluation de la motricité périnéale par le « testing » des releveurs : « testing » vaginal et « testing » anal
- Cotation de la force musculaire de 0 à 5
- Evaluation de la tenue (> 5 sec)
- Evaluation de la fatigabilité (répétition intense possible 5 fois de suite)

MÉTAMÉRES	LÉSION MOTRICE	LÉSION SENSITIVE	LÉSION MOTRICE
S1	Triceps	Face ext. jambe bord ext. pied	Achiléen
S2	Fléchisseurs orteils	Face post-cuisse	R. bulbo caverneux
S3	Sphincter anal bulbo-caverneux	Face post-fesse	R. anaux R. bulbo-caverneux
S4	Sphincter anal bulbo-caverneux	Pourtour marge anale	R. anaux R. bulbo-caverneux
S5		Triangle post-anal	

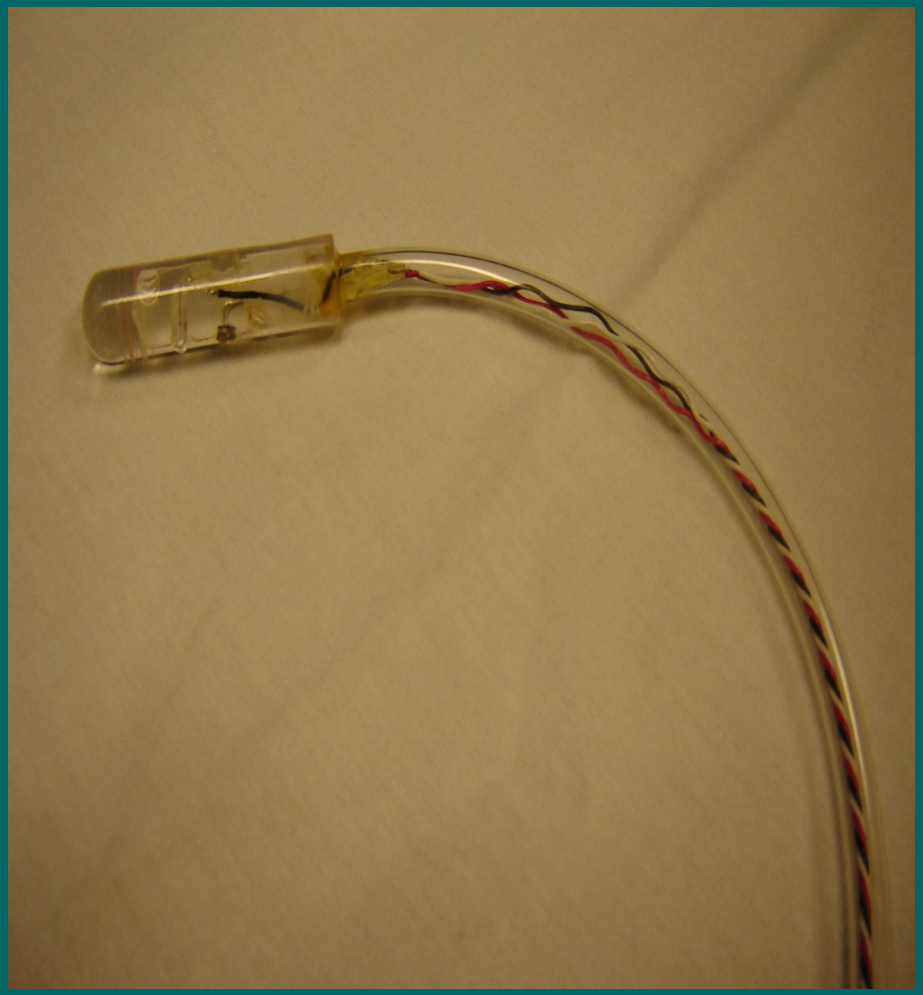
- Périnée réflexe ou périnée flasque ?
- Evaluation de la tonicité de la vulve par les touchers vaginal et anal
- Recherche des réflexes du cône :
  - Réflexe clitorido-anal (S3)
  - Réflexe anal (S4)
  - Réflexe cutané-anal (S4)
  - Réflexe d'étirement de la marge anale (S4)

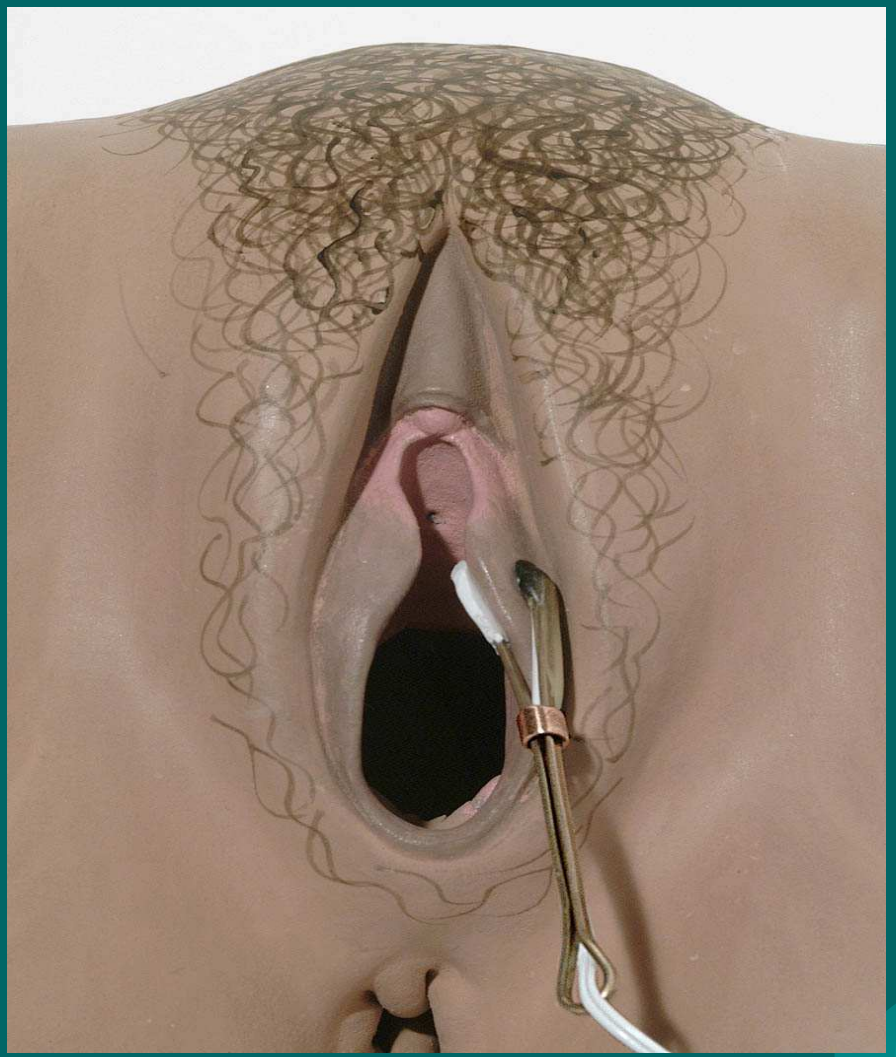
LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Etude électromyographique sur les réponses cutanées sympathiques des membres et du périnée (Dr. P.M. Gonnaud): seul examen pouvant tester la fonctionnalité des voies sympathiques (1996)

Objectif : si passage des réponses sympathiques en sous-lésionnel, érection par stimulation psychogène présente

But : encourager les patients à utiliser la stimulation psychogène





La sonde de photopléthysmographie endovaginale et la pince labiale

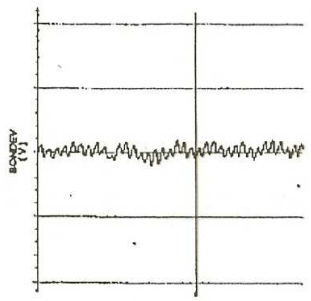
Thaler, L Thèse baccalauréat, dir. Binik, Y
Dépt psychologie Université McGill

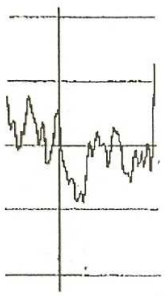
BASELINE

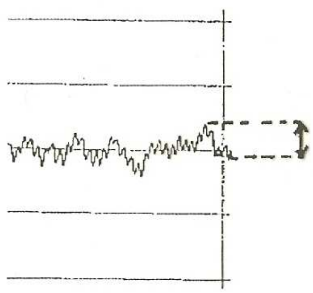
STIM. TACTILE

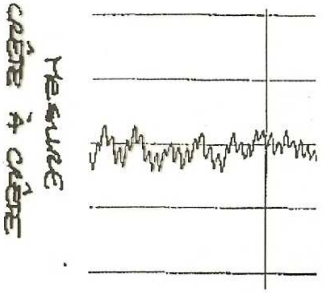
STIM. VISUELLE

STIM. TACTILE & VISUELLE

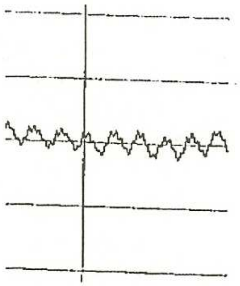


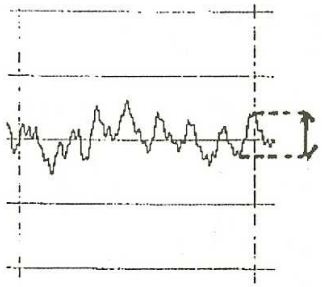


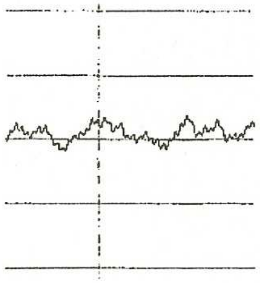




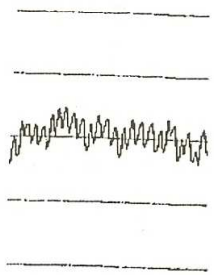
♀ D12

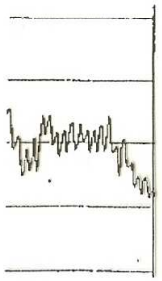


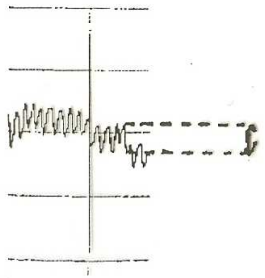


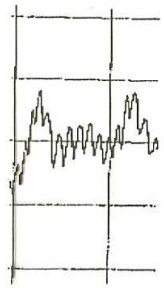


♀ D12









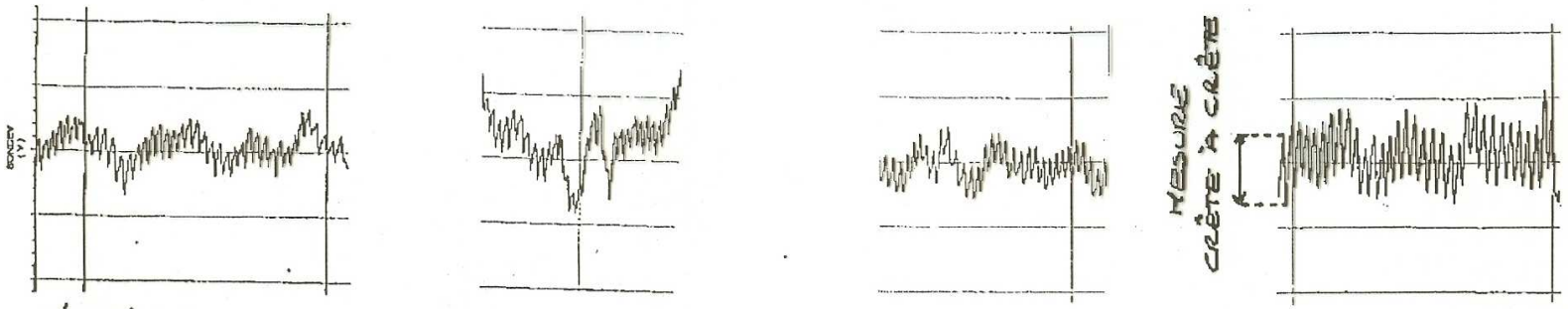
♀ L3

BASELINE

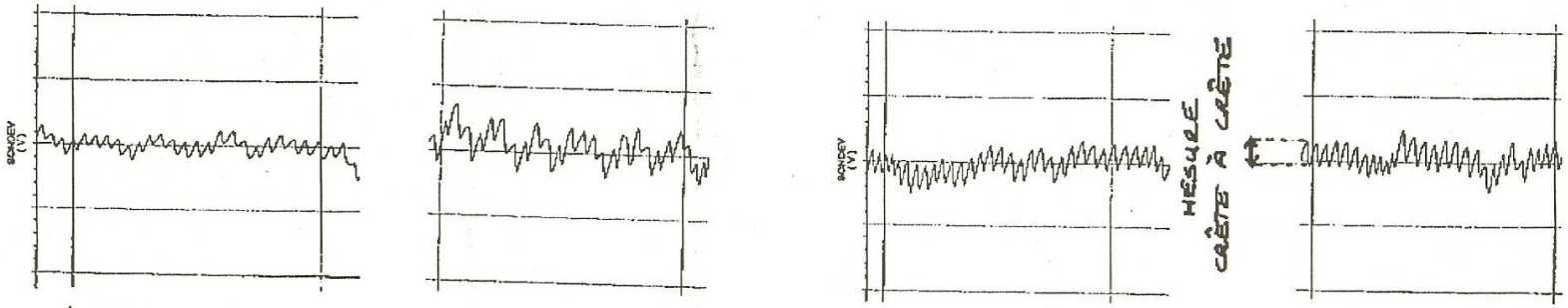
STIM. TACTILE

STIM. VISUELLE

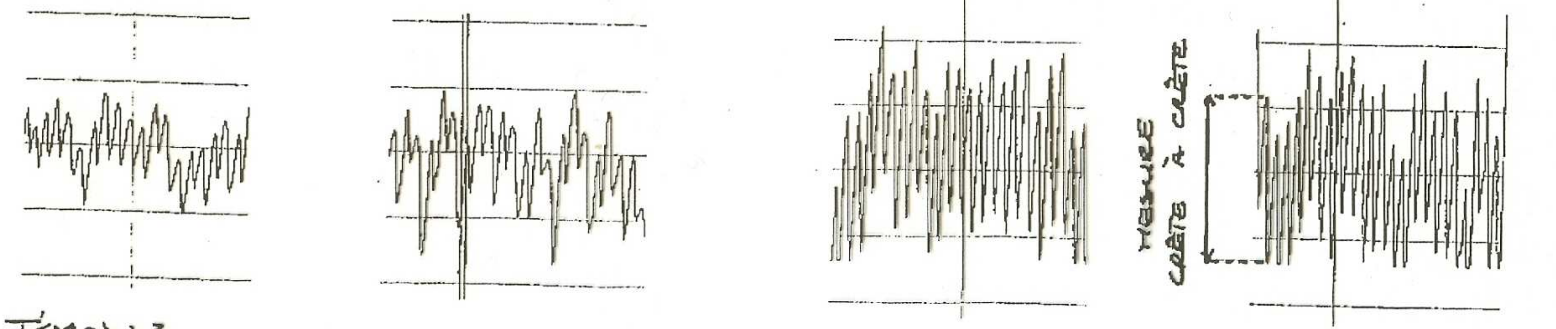
STIM. TACTILE & VISUELLE



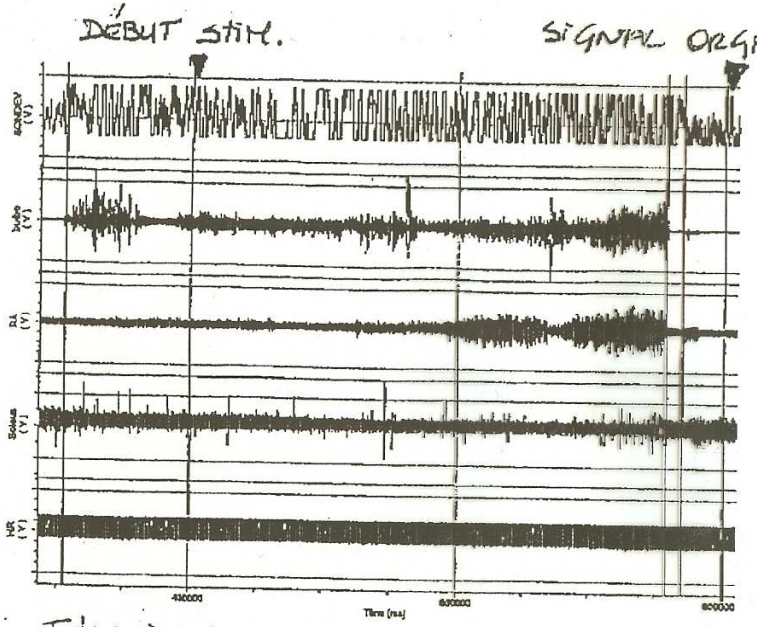
TÉMOIN 1



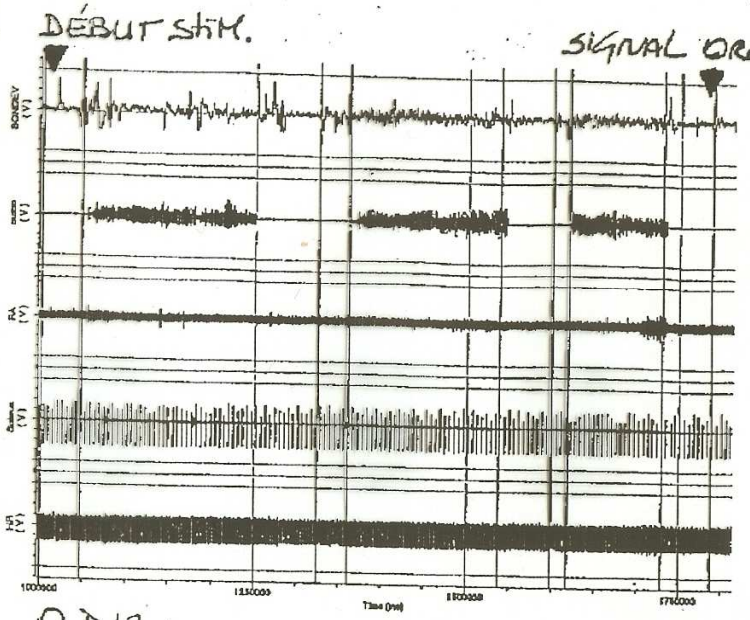
TÉMOIN 2



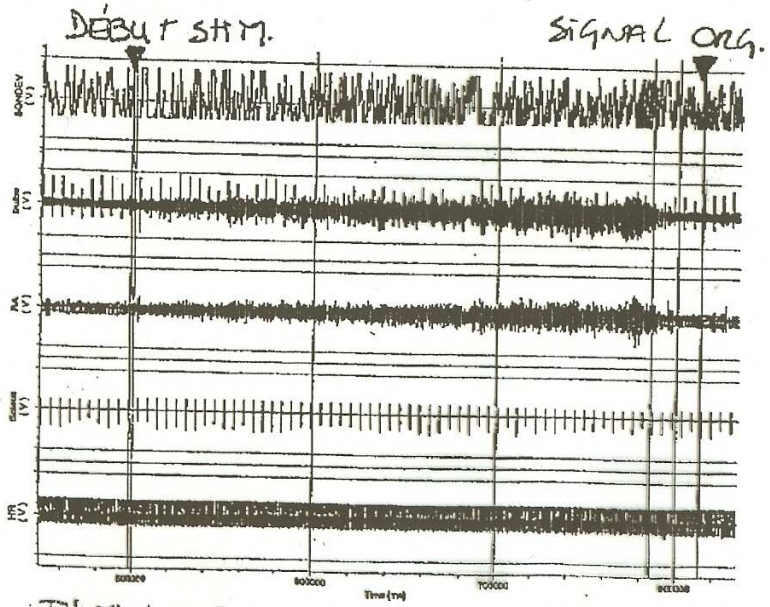
TÉMOIN 3



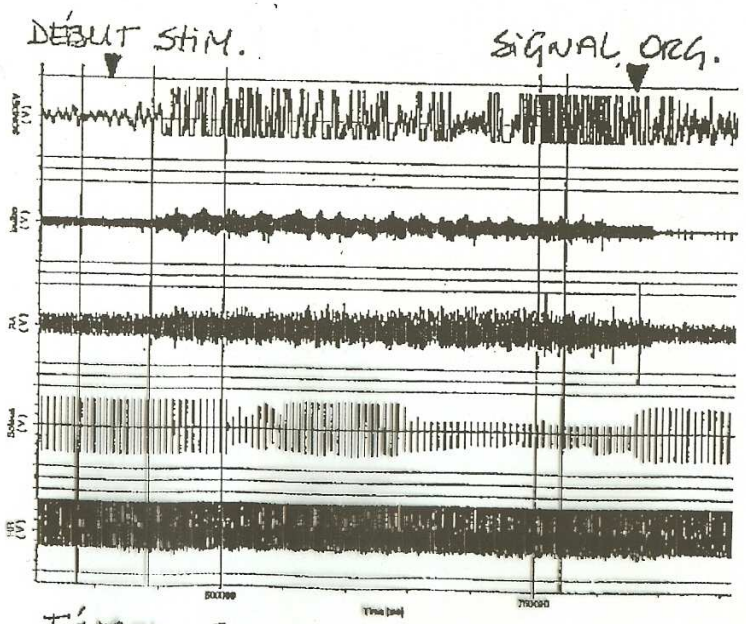
TÉMOIN 1



♀ D12

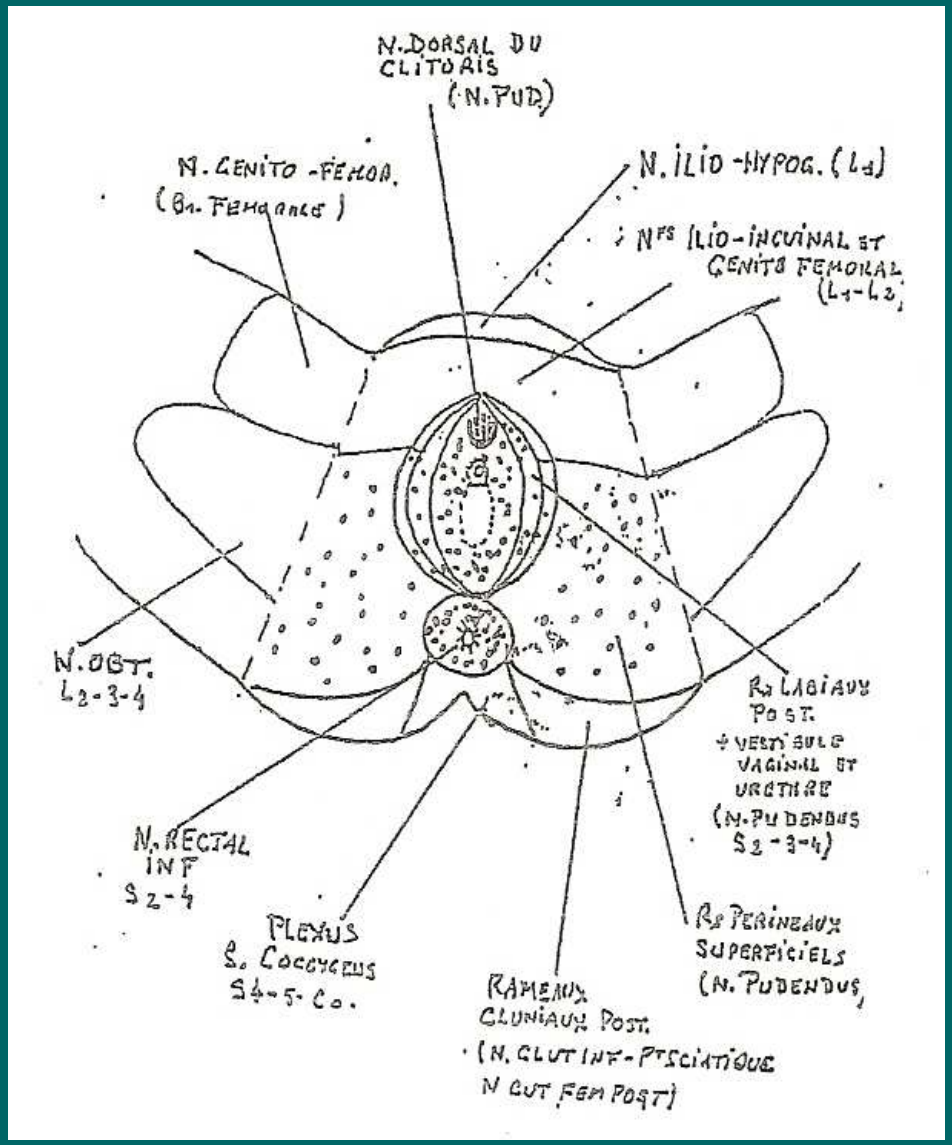


TÉMOIN 2



TÉMOIN 3

** PAGE TOTAL.006 **

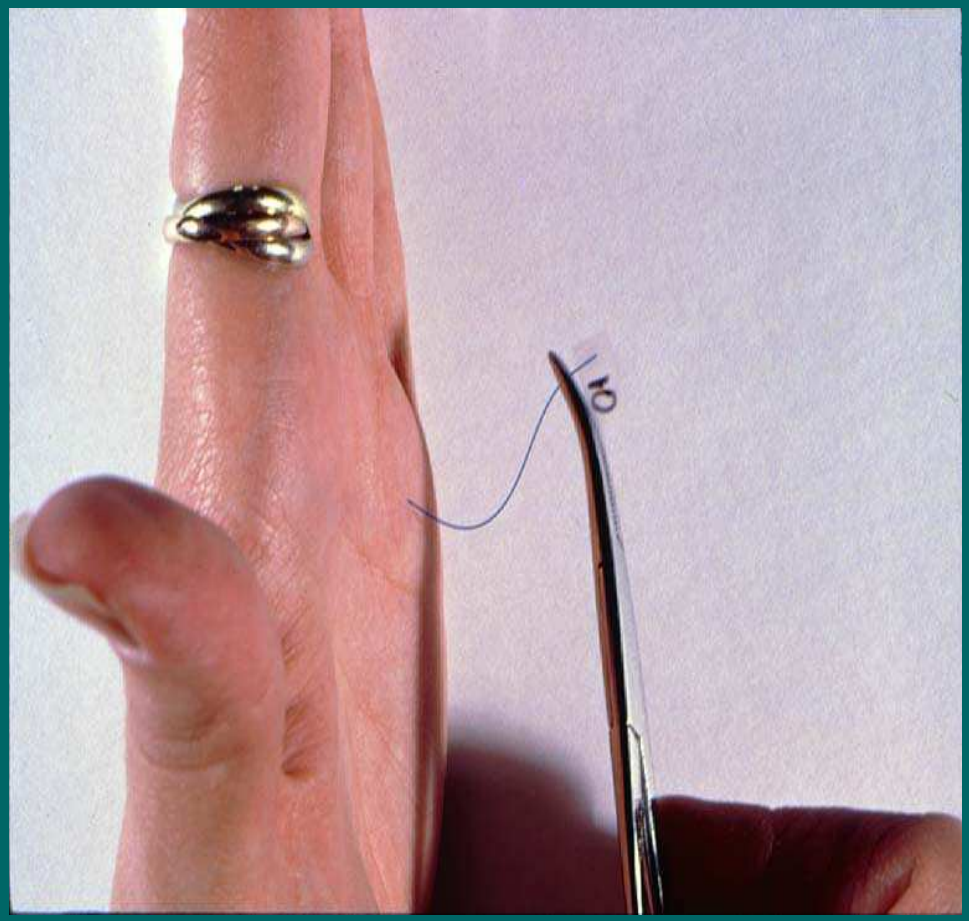


- Une cartographie précise a été établie par les anatomistes (schéma du Pr Neidhart)
- Les branches du nerf pudendal innervent la vulve et le vestibule, ainsi que la région anale et péri-anale

ÉVALUATION de la SENSIBILITÉ PÉRINÉALE

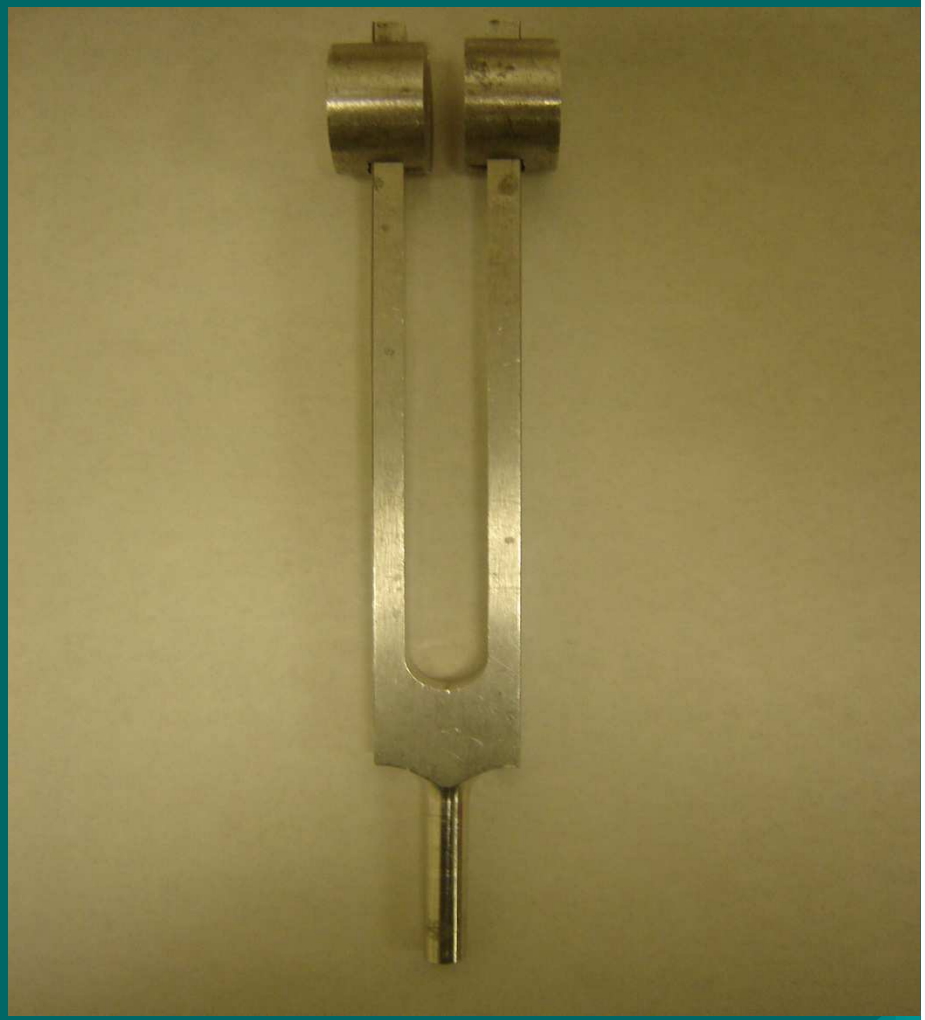
Poils Von Frey également appelés MonoFilaments Semmes Weinstein

Pistons à pression. Pukall et al. 2007. Université McGill



Thaler, L. Thèse baccalauréat, dir. Binik, Y. département psychologie, Université McGill.

Appareil Vibralgic - Vibration



Diapason standard

PALLIATIFS MÉDICAUX

- Palliatifs mécaniques
  - Vibromassage Ferticare™ (apprentissage?)
  - Vacuum Eros ctd™ (apprentissage?)

- Palliatifs pharmacologiques
  - Intérêt du Viagra® ($IPDE_5$) ?
  - Intérêt du Gutron® (chlorhydrate de midodrine)?

TEST EN CENTRE HOSPITALIER:
VIBROMASSEUR AVEC OU SANS MIDODRINE (5-20mg)

Vibromasseur Ferticare Personnel

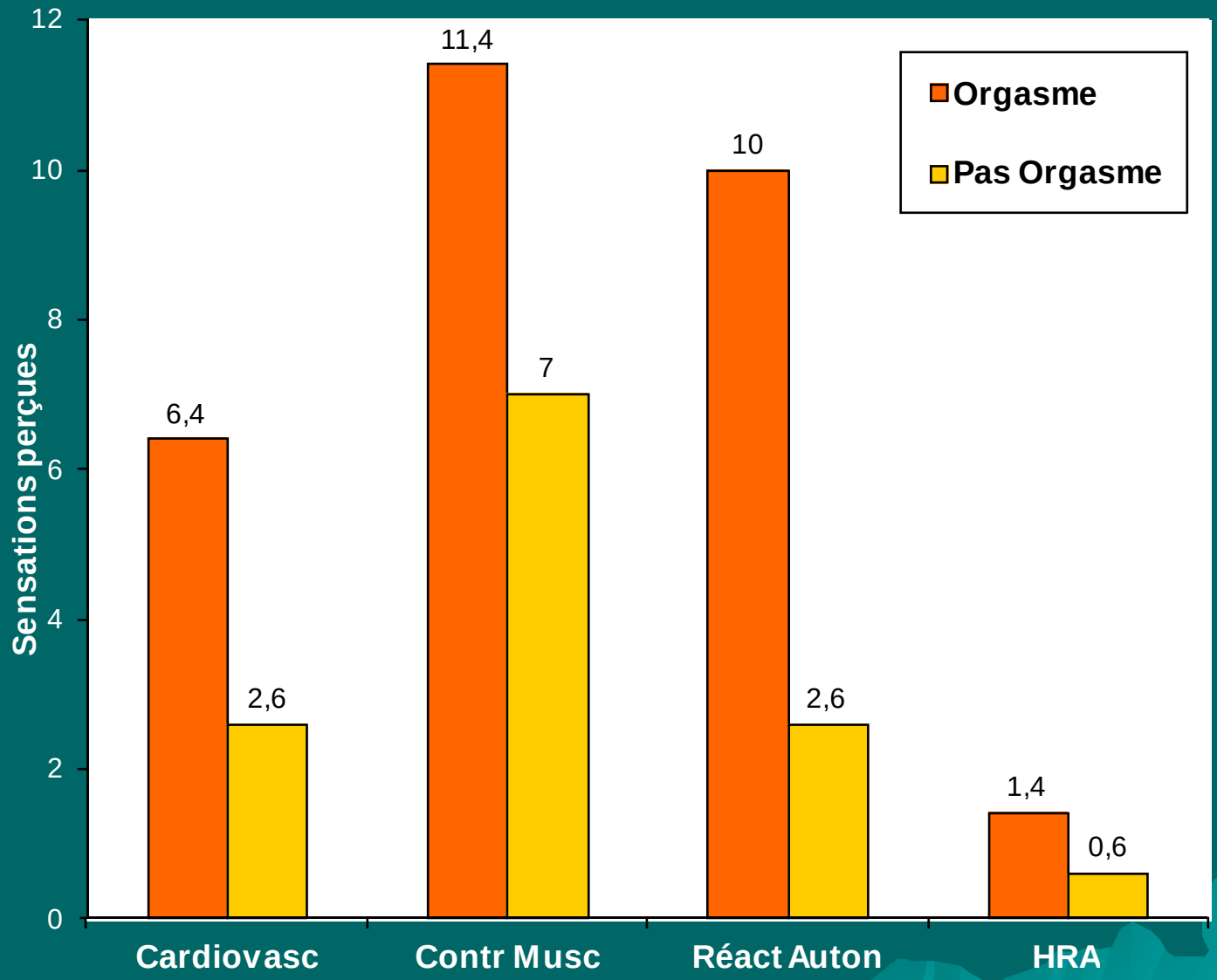
Le vacuum feminin : l'EROS™ ctd

Le vacuum féminin : l'EROS™ ctd

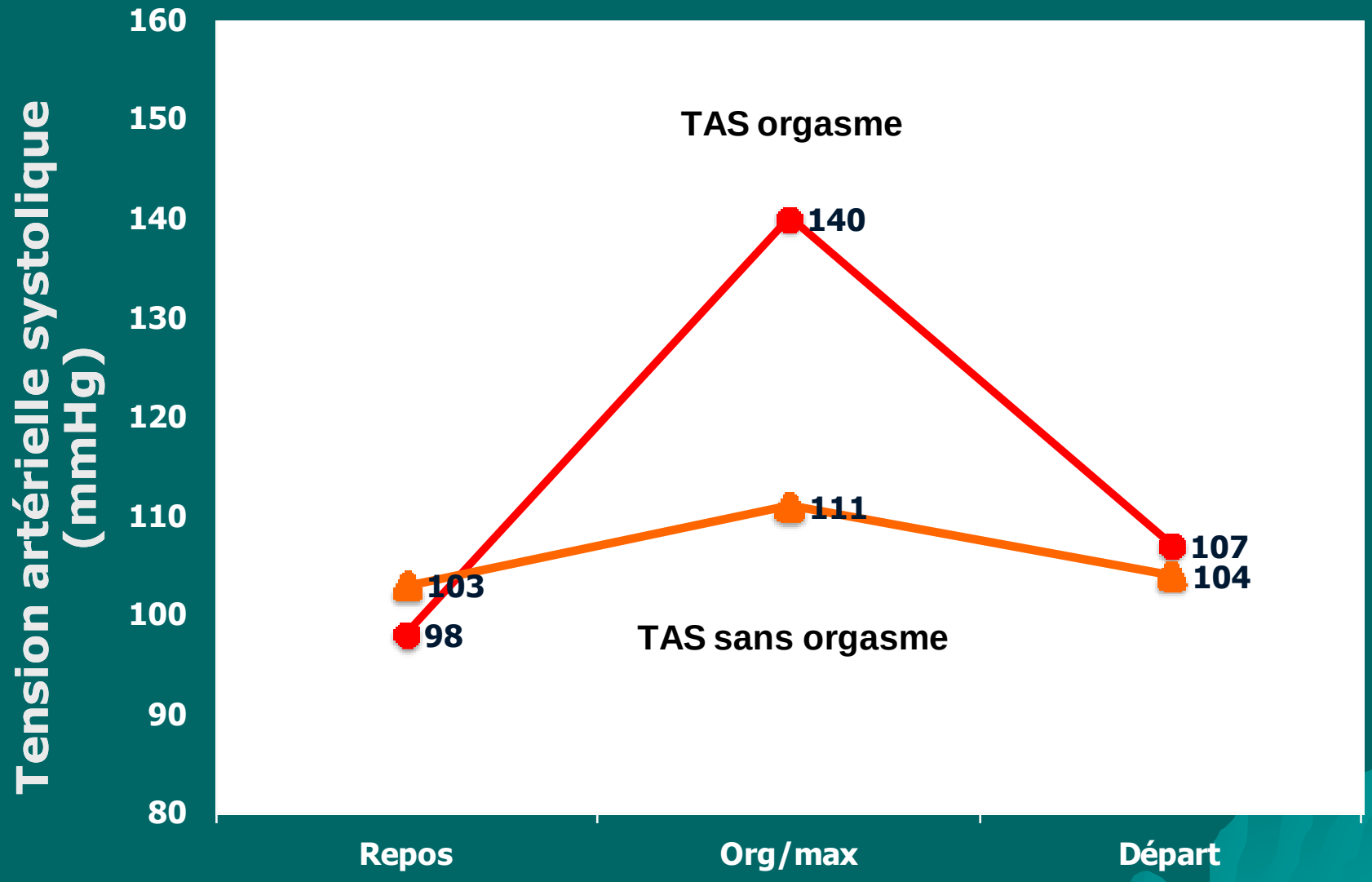
RÉSULTATS

- **Total 31** participantes BM dont **20 protocoles complétés**
  - **5** sont **encore en traitement**
  - **5** ont **abandonné**
  - **1** a été **exclue** (non fiable)
- Évaluation de la sensibilité périnéale
  - **85%** femmes BM la disent **très utile**
    - Déclarent **ressentir systématiquement plus** qu'elles ne croyaient
- Résultats sur la capacité orgasmique
  - **75%** ont atteint l'**orgasme**
    - **25%** à **domicile**
    - **30% vibromasseur**
    - **20%** vibromasseur + **Midodrine**

SENSATIONS PERÇUES DURANT LA STIMULATION OU L'ORGASME CHEZ LES FEMMES BM



VARIATION DE TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE AVEC ET SANS ORGASME



DISCUSSION

- Évaluation de la sensibilité périnéale **très utile**
  - **Pas tant** comme évaluation **neurologique**
  - Que pour une **meilleure connaissance** du corps post-lésionnel
    → les femmes BM **ressentent plus** qu'elles ne le pensent

- **Modalités**: vibromasseur, midodrine (éventuellement IPDE$_5$) **augmentent** le **potentiel orgasmique**

- **L'exploration en laboratoire** aide les femmes (et parfois le conjoint) à mieux comprendre leurs **réactions post-lésionnelles**

- **Questionnaire utile** pour l'identification et le **recadrage cognitif** des sensations

CONTRACEPTION chez la FEMME BM

- Règles : 60 % d'aménorrhées post trauma pendant 3 à 6 mois
- Importance du suivi gynécologique : on peut être paraplégique et avoir un cancer !!!
- Contraception : évaluer la balance bénéfices/risques comme chez toute femme
- Pas de consensus ni de recommandations actuellement

CONTRACEPTION chez la FEMME BM

- Pilules de nouvelle génération

  * ZOELY® : monophasique ; œstrogène naturel 2,5 mg nomégestrol/1,5 mg oestradiol ;

  * QLAIRA ® : valérate d'estradiol (E2) + un progestatif ;

  * CEZARETTE ® : progestatif microdosé = 0,075 mg désogestrel
- Implant contraceptif : NEXPLANON ® 68 mg d'étonogestrel
- Anneau vaginal : NUVA RING ®
- Stérilet
- Crèmes spermicides
- Et préservatif

GROSSESSE - ACCOUCHEMENT chez la FEMME BM

Grossesse chez une femme avec une lésion > T 10

- ♦ Anesthésie de l'utérus et des OGE
- ♦ Manifestations indirectes des contractions utérines
- ♦ Eviter tout ce qui provoque une HRA
- ♦ Anesthésie péridurale pour diminuer le risque d'HRA

GROSSESSE - ACCOUCHEMENT chez la FEMME BM

- Grossesse chez une femme avec une lésion < T 10 : conservation de la sensibilité de l'utérus : préparation à l'accouchement
- Césarienne : pas systématique mais à discuter si périnée fragile, si traumas du bassin congénitaux ou acquis, si chirurgie de la vessie avant la grossesse
- Accouchement voie basse : attention dans le positionnemment : décubitas latéral gauche de préférence surveillance cutanée étroite : éviter la survenue d'escarre
- Allaitement : bonne organisation et traitements médicamenteux compatibles

Spécificités Handicap / Vie affective et sexuelle ?

Tout comme chaque être est unique en son genre, le handicap d'une personne n'est finalement dans sa sexualité que l'expression d'une facette supplémentaire de son individualité.

→NON

Mais évaluation sexothérapique devant tenir compte de nombreux paramètres

- ✓ Nature du handicap
- ✓ Atteintes primaires directes sur les voies génitales et la procréation
- ✓ Atteintes secondaires, indirectes, non génitales (douleur, fatigue, hygiène)
- ✓ Atteintes tertiaires psychosociales

e va-t-elle
antage
utres
ifférente?

l'expression
sa façon
s mêmes

r ? Aimer
ent,
nts ? Vivre en
ec quelles

CROCHON

Jean-Louis FOUCHARD ,
Les institutions et la sexualité de l'adulte handicapé,
Les Cahiers de l'Actif - N°268/269

La sexualité *est ce que chacun de nous en fait : une marchandise onéreuse ou bon marché, un moyen de reproduction, une parade à la solitude, une forme de communication, un instrument d'agression (domination, pouvoir, punition ou oppression), l'amour, l'art, la beauté, un état idéal, le bien ou le mal, le luxe ou la détente, une récompense, une fuite, une raison de se respecter, une forme de tendresse, une sorte de rébellion, une source de liberté, un devoir, un plaisir, une voie vers la paix, un contentieux juridique, une façon de satisfaire curiosité et soif de découverte, une technique, une fonction biologique, l'expression d'un esprit sain ou malade ou tout simplement, une expérience sexuelle*

(A. OFFIT, sexologue américaine)

Fouchard Jean-Louis, L*es institutions et la sexualité de l'adulte handicapé*, Les Cahiers de l'Actif - N°268/269

- [...] *Comment en est-on arrivé à oublier que la sexualité fait partie de la vie, de la personne, y compris pour les personnes handicapées physiques et mentales ?*

- *La méconnaître est comme une mutilation de la personne, une occasion perdue de développer le réseau complexe de la tendresse, de l'affection, de l'amour.*

CONCLUSION

- La recherche continue : neurophysiologie de l'orgasme et recadrage cognitif
- Importance de parler de sexualité de manière humaine et scientifique
- Importance du travail d'équipe
- Importance de concilier technicité et psychologie
- Importance de réfléchir à la sexualité des personnes en situation de handicap

Merci de votre attention

Travail clinique réalisé en parallèle avec le
Travail de recherche
du Pr Frédérique Courtois
Université du Québec à Montréal
courtois.frederique@uqam.ca
kathleen.charvier@chu-lyon.fr
berthelotcorinne@orange.fr
francois.crochon@feee.fr

Courtois F et al.
Assessment of sexual potential and treatment of sexual dysunctions in men and women with spinal cord injury.
In : T.C. Berkovsky (Ed). Handbook of Spinal Cord Injuries : Types, treatments and prognosis. New York, Nova Science Publishers Inc. 2009