



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Handicap moteur : Vie sexuelle et affective

DEBLAUWE Solène  
Formation infirmière  
Promotion 2017-2020



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

### **Travaux de fin d'études : *Handicap moteur : Vie sexuelle et affective***

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 11 mai 2020**

**Signature de l'étudiant :**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

# SOMMAIRE

<b>Introduction :</b> .....	<b>1</b>
<b>Le cheminement vers la question de départ :</b> .....	<b>1</b>
<b>Le cadre théorique :</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Vie sexuelle et affective</b> .....	<b>4</b>
1.1. Sexualité.....	4
1.1.1. Définition générale.....	4
1.1.2. Droits Humains et Droits sexuels.....	4
1.1.3. La sexualité, un besoin fondamental ? (Annexe II).....	5
1.2. Affectivité .....	5
1.2.1. Définition générale.....	5
1.2.2. Affectivité et insertion sociale.....	6
1.2.3. L'affectivité, une réelle revendication. ....	6
<b>2. Le handicap moteur.....</b>	<b>7</b>
2.1. Définitions du handicap.....	7
2.2. Handicap moteur et affectivité, sexualité .....	8
2.3. Un sujet tabou .....	8
<b>3. L'accompagnement infirmier.....</b>	<b>9</b>
3.1. Définition de l'accompagnement.....	9
3.2. L'accompagnement infirmier.....	10
3.3. Dans le cadre de l'affectivité et de la sexualité.....	10
3.4. L'assistance sexuelle .....	11
3.4.1. Définitions.....	11
3.4.2. La France face à l'assistance sexuelle .....	11
3.4.3. Accompagnement soignant et assistance sexuelle .....	12
<b>Le dispositif méthodologique du recueil de données.....</b>	<b>13</b>
<b>L'analyse.....</b>	<b>14</b>
<b>La discussion.....</b>	<b>19</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>27</b>

## Remerciements

Je souhaite remercier ma guidante pour ce travail de recherche, Mme Marylène OLERON (cadre de santé formateur) pour m'avoir aiguillée durant ce travail, ainsi que l'ensemble des formateurs de l'institut de formation en soins infirmiers du CHU de Rennes qui se montrés disponibles pour répondre à mes interrogations.

Je souhaite également remercier les professionnels rencontrés lors de mes stages et en particulier ceux qui m'ont accordé du temps pour répondre à mes questions.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier mes proches pour leurs encouragements et leur soutien, ainsi que la personne qui a pris le temps de me lire.

*« Les 5 sens des handicapés sont touchés mais c'est un 6ème qui les délivre  
Bien au-delà de la volonté, plus fort que tout, sans restriction  
Ce 6ème sens qui apparaît, c'est simplement l'envie de vivre ».*

Sixième Sens, **Grand Corps Malade** (Annexe I)

## Introduction :

Durant mes trois années d'études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou, j'ai pu effectuer plusieurs stages et ai rencontré de nombreuses situations. Certaines étant plutôt axées sur les soins techniques et d'autres sur les soins relationnels. Ceux-ci sont régulièrement évoqués lors de la formation, lors de travaux pratiques ou encore de simulations. Les sujets abordés sont très divers mais il est impossible de tous les traiter ce qui amène parfois à se poser des questions sur les terrains de stage. Cependant, il m'est apparu que certains sujets, pourtant rencontrés fréquemment dans certains services, n'étaient que très peu abordés par les soignants y travaillant. C'est le cas du sujet de l'affectivité et de la sexualité des personnes atteintes de handicap moteur.

Une phrase qui m'a marquée durant ces trois années de formation, est qu'il faut prendre en soin le patient dans sa globalité. L'accompagner sur ses questionnements me semble alors essentiel, mais j'ai constaté qu'il n'était pas forcément évident de parler de ce sujet dans les services.

Je vais donc vous exposer la situation d'appel traitant de cette observation et qui m'a menée vers ma question de départ.

## Le cheminement vers la question de départ :

Une situation vécue en stage m'a amenée à me poser beaucoup de questions. Elle se déroule lors de mon stage de deuxième année. C'est alors mon troisième stage depuis le début de mes études en soins infirmiers et celui-ci se déroule au sein d'un Centre Médical et Pédagogique (CM&P) dans le secteur de Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Le personnel soignant est composé d'aides-soignantes, d'infirmières, d'infirmières de soutien psychologique (ISP), de psychologues, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététiciennes, de médecins. Ce secteur comporte une cinquantaine de patients mais je ne suis intervenue qu'au premier étage où les lits sont occupés par des patients âgés de 15 ans à 46 ans, hospitalisés au CM&P pour une prise en charge en rééducation suite à des accidents de la voie publiques (AVP) pour la majorité mais également dans le cadre d'une scolarité adaptée à un handicap physique ou mental. Ce stage de 10 semaines m'a amenée à rencontrer des personnes atteintes de handicap moteur. J'ai donc été en contact avec des patients atteints paralysies (tétraplégies, paraplégies, hémiplegies) dues à des traumatismes médullaires, venus au CM&P afin de suivre une rééducation et d'adapter leur quotidien en

fonction du handicap dont ils sont victimes. Les séjours sont alors plus ou moins longs et peuvent aller de quelques semaines à plusieurs années pour certains patients.

La situation se déroule lors de ma dernière semaine de stage au sein du CM&P, et, pour celle-ci, je ne suis plus dans les soins mais je découvre le travail des ISP pour mes trois derniers jours. Ces infirmiers entretiennent une certaine proximité avec les patients, ce qui leur permet de faire le lien entre la prise en soin par les infirmiers et la nécessité de faire appel au psychologue du service si besoin et d'adapter au mieux la prise en charge en fonction de chacun. Monsieur G. Arthur (*prénom fictif*), âgé de 19 ans, est présent dans le service depuis mon arrivée en stage c'est-à-dire depuis un peu plus de 9 semaines. C'est un jeune homme dont l'histoire m'avait marquée en début de stage.

En effet, Monsieur G. est atteint de paraplégie suite à un AVP violent. Plus précisément, ce patient souffre d'un traumatisme vertébro-médullaire ainsi que d'une paraplégie flasque à partir de L1. Durant ces neuf semaines, Arthur n'a cessé d'être volontaire et acteur dans ses soins et n'a cessé de faire des progrès chaque jour jusqu'à devenir, au moment de la situation, autonome dans ses soins de nursing et dans ses déplacements. C'est un patient qui s'est toujours montré souriant et motivé malgré son jeune âge et le fait de devoir s'adapter sans cesse à son handicap.

La situation se déroule un après-midi, je suis alors avec une ISP et après les transmissions nous décidons d'aller frapper à la porte de certains patients afin de leur proposer un jeu en salle d'activité. En arrivant devant la porte de Monsieur G. nous frappons et n'entendons pas de réponse. L'ISP frappe alors une seconde fois, toujours sans succès. Elle décide alors d'ouvrir doucement la porte afin de voir si le patient était dans sa chambre et de ne pas le déranger dans le cas où il ferait une sieste. C'est alors que nous avons surpris, sans le vouloir, Monsieur G. en compagnie d'une ancienne patiente du CM&P venue lui rendre visite, tous les deux à moitié dévêtus sur le lit de Monsieur G.

Nous refermons respectueusement la porte et partageons avec l'ISP sur ce que nous venions de voir.

En effet, nous avons déjà abordé le rapprochement entre ces deux patients lors des transmissions, et Monsieur G avait déjà abordé qu'il souffrait de troubles érectiles (paraplégie basse à partir de L1) depuis son accident, lors d'un entretien avec un collègue ISP, mais le patient n'avait pas souhaité en parler davantage. Il me semblait évident qu'Arthur avait des besoins et des désirs comme tous les jeunes de son âge, mais faire face à cette situation de sexualité dans un contexte de handicap, j'admets ne pas y avoir été préparée. En discutant, suite à cela, avec l'ISP présente, celle-ci a donc tracé la situation rencontrée mais cela n'a pas

été approfondi durant mes deux derniers jours de stage ce qui m'a amené à me poser beaucoup de questions.

- Est-il possible d'avoir des relations sexuelles lorsque l'on est atteint de paralysie ?
- Existe-t-il des dispositifs pour aider les patients à exprimer sur ce sujet visiblement « tabou » ?
- Que disent le règlement et la législation en ce qui concerne la sexualité dans les institutions ?
- Quelle place ont les représentations des soignants face à des personnes atteintes de handicap moteur et souhaitant entretenir des relations intimes ?
- Les soignants sont-ils formés à aborder la sexualité avec les patients handicapés moteurs ? Quel est le rôle de l'infirmier.e face à cette situation ?
- Les personnes en situation de handicap moteur ont-elles un accès à la sexualité aussi facilement qu'une personne valide ?
- Où en sommes-nous en France concernant la sexualité des personnes atteintes de handicap moteur en comparaison aux autres pays ?
- Existe-t-il des alternatives ou des dispositifs mis en place pour aider les personnes à satisfaire leurs envies ? Quelles en sont les limites ?

**Question de départ :**

Quel rôle les infirmier.e.s peuvent-ils avoir sur l'accompagnement à la sexualité et l'affectivité d'une personne en situation de handicap moteur dans un contexte hospitalier ?

Le cadre théorique :

## 1. Vie sexuelle et affective

### 1.1. Sexualité

#### 1.1.1. Définition générale

Premièrement, je vais définir le terme de vie sexuelle, autrement dit le terme sexualité. Dans les dictionnaires les plus courants tels que le Larousse.fr en ligne, la sexualité constitue l' « ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant », ou encore, l' « ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle ». (Sexualité, s.d.). De plus, il est important de mettre en évidence le fait que pour l'humain, la sexualité recherche « l'accomplissement global de la personnalité » comme le précise le site cntrl.fr. La sexualité serait alors nécessaire à notre identité ? En tous cas, elle en ferait partie, d'après la définition du célèbre psychanalyste Freud citée également sur ce même site : c'est l' « Ensemble des pulsions et des actes qui, dès la première enfance, tendent à obtenir des satisfactions sensuelles (autres que celles des besoins d'autoconservation) en débordant la simple génitalité et en investissant toutes les zones érogènes. ».

Au-delà de ces définitions, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le terme de santé sexuelle : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés » (OMS, 2002). Dans cette définition il n'est pas question spécifiquement de handicap, c'est une définition générale qui s'applique donc à chaque être-humain.

#### 1.1.2. Droits Humains et Droits sexuels

La déclaration des droits sexuels de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) datant de 2008 énumère les droits humains sexuels selon dix articles qui sont les suivants :

- **Article 1** : Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre.

- **Article 2** : Le droit à la participation pour tous, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre.
- **Article 3** : Le droit à la vie, la liberté, la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle.
- **Article 4** : Le droit au respect de la vie privée.
- **Article 5** : Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi.
- **Article 6** : Le droit à la liberté de pensée, d'opinion et d'expression ; le droit à la liberté d'association.
- **Article 7** : Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science.
- **Article 8** : Le droit à l'éducation et à l'information.
- **Article 9** : Le droit de choisir de se marier ou non et de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment.
- **Article 10** : Le droit à l'application des principes de responsabilité et de réparation.

Ces droits humains en rapport avec la sexualité s'appliquent, comme dit précédemment à tout être humain et ce sujet apparaît alors comme un besoin humain naturel, valable pour toute personne.

### 1.1.3. La sexualité, un besoin fondamental ? (Annexe II).

La sexualité apparaît, d'après la pyramide de Maslow (1940) reprenant les besoins humains, comme un besoin fondamental puisqu'elle se situe à la base de la pyramide parmi les besoins physiologiques qui constituent les besoins vitaux. De même, le thème de la sexualité est abordé dans les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson dans la rubrique se recréer. En effet, la définition donnée sur le site infirmier.com insiste sur le fait que cela correspond à une « nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit ». Cependant, l'acte sexuel en lui-même n'est pas forcément satisfaisant pour toute personne, certaines préfèrent avant tout recevoir de l'affectivité plutôt que d'avoir des relations sexuelles.

## 1.2. Affectivité

### 1.2.1. Définition générale

L'affectivité est définie dans le Larousse en ligne de la manière suivante : « Ensemble des sentiments, par opposition à ce qui relève du raisonnement ; sensibilité », ou encore, « Ensemble des réactions psychiques de l'individu face au monde extérieur ».

Ainsi, on peut dire que l'affectivité regroupe l'ensemble des sentiments et des émotions.

Mais alors en quoi cette notion est-elle essentielle ? c'est ce que nous explique Boris Cyrulnik dans un article du journal l'express.fr car selon lui, l'affectivité « façonne l'être humain » et elle « gouverne la quasi-totalité de nos existences ».

Aussi, la notion d'affectivité est évoquée dès 2013 par Carole Thon qui fait le lien avec l'affectivité en rejoignant l'idée de Cyrulnik car selon elle « la dimension affective et sexuelle est fondatrice du développement humain » (Thon, 2013, p.7). Cela rejoint l'idée du Comité Consultatif National d'Éthique (2012) relevée sur ccneethique.fr, selon laquelle « on ne saurait parler de la sexualité sans souligner l'importance des liens affectifs et de la relation amoureuse » (Beaufils, Burlet, Dickelé, Lacroix, Lebatard, Legras... Weil, p.4), autrement dit, la vie sexuelle et la vie affective vont de pair selon les deux auteurs. Ce sujet de l'affectivité et de la sexualité chez les personnes atteintes de handicap, est investigué depuis plusieurs années mais reste à l'heure d'aujourd'hui un sujet dont on parle peu, pourtant, l'affectivité ne participe-t-elle pas à la socialisation ?

### 1.2.2. Affectivité et insertion sociale

L'affectivité fait partie de tout un chacun, c'est un droit dont bénéficie chaque être humain. Que serions-nous socialement sans l'existence d'une vie affective ? Ceci semble peu envisageable étant donné qu'une « vie affective épanouie participe de façon évidente au processus de réinsertion sociale » (Soulie, B., p.75). Cette notion est d'ailleurs à la base de toute relation, qu'elle soit amicale ou amoureuse. C'est ce qui est exprimé par le Conseil Consultatif National d'Éthique en 2012 qui explique que les personnes jugées différentes dans notre société (handicap, religion...) souffrent de solitude et expriment surtout avoir besoin d'affectivité qui soit reconnue, au-delà de la nécessité d'actes sexuels.

En effet, cette notion peut être assimilée au terme d'identité. Le CCNE l'explique de la manière suivante : « Comme tout un chacun, la personne handicapée a besoin en priorité de liens, d'une vie relationnelle satisfaisante et notamment d'être reconnue dans tous les aspects de son identité (Beaufils, Burlet, Dickelé, Lacroix, Lebatard, Legras... Weil, 2012, p.4).

### 1.2.3. L'affectivité, une réelle revendication.

Comme précisé auparavant, l'affectivité est bien souvent effacée vis-à-vis de la sexualité. Cependant, elle reste une réelle revendication des personnes atteintes notamment de handicap moteur. Le CCNE appuie cela en mettant en avant que « la revendication des

personnes handicapées est avant tout d'accéder à cette vie affective que, normalement, connaît tout un chacun, d'être reconnues comme en étant porteuses et comme possibles objets de désirs » (Beaufils, Burlet, Dickelé, Lacroix, Lebatard, Legras... Weil, 2012, p.5).

Cette revendication est d'autant plus présente que bien souvent ce sont les familles qui se retrouvent face à ces questionnements. Il semble désormais important de parler plus spécifiquement de ces thématiques concernant le handicap moteur.

## 2. Le handicap moteur

### 2.1. Définitions du handicap

La définition du handicap, en France, a été donnée lors de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ainsi, dans l'article L114 la définition du handicap apparaît comme étant la suivante : « 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 d'un trouble de santé invalidant ».

Concernant le handicap moteur et selon le site internet de l'onisep (2019), « le handicap moteur se caractérise par une aptitude limitée à se déplacer, à exécuter des tâches manuelles ou à mouvoir certaines parties du corps » (Onisep.fr, 2019).

Ainsi, plus globalement le handicap moteur entraîne des difficultés pour se mouvoir, adapter ses positions, toucher, prendre, et réussir à faire certains gestes.

Selon l'OMS, la définition va plus loin que cela, en effet 3 dimensions composent le handicap selon eux :

« – **La déficience** : " Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. "

– **L'incapacité** : " Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. "

– **Le désavantage** : " Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit

l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels"(handicap-info.fr, s.d.).

C'est ainsi que nous voyons que la notion d'incapacité et de désavantage peut être rapportée, selon le handicap subi, au sujet de l'affectivité et notamment de la sexualité. Mais qu'en est-il alors de la législation, des droits des personnes atteintes de handicap moteur vis-à-vis de la sexualité ?

## 2.2. Handicap moteur et affectivité, sexualité

La thématique de l'affectivité et de la sexualité dans le cadre du handicap moteur est très discutée. Cependant, il s'agit d'un droit pour tout être humain et le handicap ne rentre pas en compte dans cela, en tous cas il ne devrait pas. C'est sur ce point que s'est exprimé Marcel Nuss (2012) pour qui « la sexualité est une liberté incontestable. Toute personne est libre de faire de son corps ce qu'elle veut, y compris lorsqu'elle est atteinte d'un handicap. Qu'importe, à ce stade, que l'on soit d'accord ou non avec cette liberté, cela relève d'un droit individuel. [...] Que l'on ait un handicap ou pas, notre sexualité et notre sensualité nous appartiennent » (p.58). Michel Mercier (2005) ajoute, en accord avec cet avis, que les personnes atteintes de handicap moteur sont tout à fait conscientes et responsables de leurs décisions « au même titre que tout individu valide, les décisions dans le domaine relationnel, affectif et sexuel leur reviennent avec les mêmes droits et les mêmes devoirs que pour tout citoyen » (p.41). Cependant l'accessibilité pour les personnes atteintes de handicap n'est pas la même, ils éprouvent en effet plus de difficultés à avoir une qualité de vie affective et sexuelle équivalente à une personne valide. Ce thème est donc très largement abordé par les associations ou lors des groupes de paroles mais il est vrai qu'en entendre parler dans les services ou même encore lors des études dans le domaine de la santé reste rare.

Déjà jugé tabou suite à la loi de 2005 concernant l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, il reste encore aujourd'hui difficile d'en parler ouvertement avec les personnes concernées malgré l'évolution perpétuelle des mentalités.

## 2.3. Un sujet tabou

Tout d'abord, il semble essentiel de mettre en évidence que ce sujet très actuel et faisant l'objet de nombreux questionnements depuis maintenant plusieurs années vient du fait que comme le dit Michel Mercier (2005), la personne atteinte de handicap physique est en pleine capacité de ses facultés mentales et donc tout à fait capable d'exprimer ses désirs et,

est consciente de ses demandes, en effet, selon lui, la personne atteinte de handicap moteur a « les mêmes droits et les mêmes devoirs que pour tout citoyen »(p.41) comme dit précédemment. Cependant, malgré la souffrance évoquée par les personnes concernées, ce sujet reste encore trop peu maîtrisé par la société.

D'après le dictionnaire du Larousse en ligne, un tabou serait quelque chose « qu'il serait malséant d'évoquer, en vertu des convenances sociales ou morales » (Tabou, s.d.).

C'est en effet la constatation que fait le CCNE en 2012 en mettant en évidence que le silence, et donc le tabou, « la censure » (p.4) sont bien souvent les seules réponses apportées aux personnes atteintes de handicap (quel qu'il soit) et abordant la question avec leurs proches, leur famille ou les professionnels à qui ils osent en parler. En concordance avec cela, avec ces non-dits et cette réticence à aborder le sujet, Carole Thon (2013) met en évidence que cette gêne viendrait d'un « déficit d'éducation sexuelle des jeunes, des adultes en situation de handicap et de leurs aidants » (p.8).

Il serait alors difficile pour beaucoup de personnes de parler de l'affectivité et de la sexualité, dû probablement au fait que ce soit un sujet qui touche au domaine de l'intime et face auquel la personne est renvoyée à son vécu et à ses émotions personnelles.

Mais alors, afin de venir en aide à ces personnes atteintes de handicap moteur, ne serait-il pas possible d'envisager un accompagnement soignant c'est-à-dire un accompagnement infirmier ?

### **3. L'accompagnement infirmier**

#### **3.1. Définition de l'accompagnement**

D'après le dictionnaire Larousse en ligne, l'accompagnement est une « action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements ; travail de l'accompagnateur ». (Accompagnement, s.d.). P. VESPERIEN précise cette définition en pointant l'objectif de l'accompagnement, selon lui, « accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. » (Legenne, M.,2015, p.29). Ainsi, il semble que l'accompagnement au sens global a pour objectif d'amener une personne vers un but en respectant son évolution et à sa vitesse. Mais alors qu'en est-il de l'accompagnement infirmier ?

### 3.2. L'accompagnement infirmier

L'accompagnement fait partie du métier de l'infirmier. En effet, comme le dit M. Fontaine (2009) « les soins infirmiers accompagnent effectivement la vie tout au long de son continuum jusqu'à la mort » (p.54). Dans l'accompagnement infirmier sont présentes plusieurs valeurs comme expliqué par Morgan Pitte sur le site [espacesoignant.com](http://espacesoignant.com). On y retrouve des valeurs qui sont personnelles mais à la fois professionnelles et qui nous sont inculqués durant les trois années de formation à l'IFSI. A savoir le respect de la dignité, l'empathie, la tolérance, le respect, l'écoute (2019). A ces valeurs nous pouvons également en ajouter d'autres comme le non jugement, très important dans cette profession.

Ainsi, vis-à-vis de ces valeurs et de cette notion d'accompagnement, M. Fontaine précise son propos en disant qu'il faut « accompagner la vie d'une personne dans toutes ses phases depuis sa conception jusqu'au terme de son existence » (p.54). C'est ainsi que peut être fait le parallèle avec l'affectivité et la sexualité d'une personne en situation de handicap qui en rentrant dans la phase de la découverte de son corps, sera probablement amenée à ressentir le besoin d'une affectivité et d'une sexualité épanouie.

### 3.3. Dans le cadre de l'affectivité et de la sexualité

L'accompagnement infirmier doit se faire en prenant en compte le patient dans sa globalité. Cela inclut donc d'accompagner le patient atteint de handicap moteur dans ses désirs. Dans le Code de la santé publique (31 juillet 2009) relatif au diplôme d'état infirmier, le rôle de l'infirmier concernant la sexualité n'est pas clairement évoqué, cependant, l'article R4311-15 stipule que l'infirmier propose et organise des actions ou y participe dans un des domaines suivants : « éducation à la sexualité ». Ainsi, cela est également applicable aux personnes atteintes de handicap moteur. Mais comment cela se manifeste-t-il dans un contexte hospitalier ?

Comme le disent Bembem, Kaisser et Kalis, l'abord de l'affectivité et de la sexualité « est non seulement nécessaire à tout accompagnement respectueux de la personne, mais également évident pour tout établissement recherchant un certain ajustement éthique ». (2014, préambule). Le rôle de l'infirmier et des professionnels de santé comme l'expriment ces auteurs, est du rôle de l'éducation et de la promotion à la vie sexuelle. Cela consiste alors, chez des jeunes atteints de handicap, à les aider à découvrir leur corps et à ne pas les laisser tout seul face à leurs interrogations (p.20). Ainsi, les notions d'accompagnement et les valeurs telles que l'écoute et la mise en confiance énoncées préalablement prennent tout leur sens, en revanche il ne faut pas confondre accompagnement et assistance sexuelle.

### 3.4. L'assistance sexuelle

#### 3.4.1. Définitions

L'assistant sexuel est défini par les associations qui défendent ce fonctionnement. Ce métier est alors défini par le site de l'Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH) comme « une forme d'accompagnement spécifique qui consiste à raviver le plaisir sensuel, érotique ou sexuel chez les adultes en situation de handicap qui en font la demande » (Toncheva, D., 2015, p.1). Une autre définition est également citée : « L'assistance sexuelle permet d'accéder à un plaisir corporel de qualité et de connaître ses réactions intimes pour trouver de l'autonomie dans ses relations érotiques avec l'autre sexe (ou le même sexe selon l'orientation). C'est une des réponses possibles à la privation d'expériences sensuelles et/ou sexuelles dont souffrent de nombreuses personnes affectées par des troubles de la motricité ou de la communication qui limitent leurs échanges avec autrui. L'assistance sexuelle s'adresse à toute personne majeure en situation de handicap physique, psychique ou mental, sans limite d'âge supérieure » (p.2).

Cette profession n'existe pas légalement en France, en effet comme l'explique le site [sante-medecine.journaldesfemmes.fr](http://sante-medecine.journaldesfemmes.fr) dans un article de 2013, « en France, le métier d'assistant sexuel est assimilé à de la prostitution, les rapports sexuels rémunérés étant prohibés. Les actes pratiqués par l'assistant sexuel vont de simples caresses à des rapports avec pénétration. Toute implication affective doit être évitée. » (Jean-François Pillou, décembre 2013). Ainsi, de nombreuses personnes en situation de handicap défendent l'accès à ce type de service.

#### 3.4.2. La France face à l'assistance sexuelle

Face à ce constat et notamment vis-à-vis du handicap moteur, « certaines associations envisagent une aide sexuelle spécifique », comme l'explique le CCNE en 2012 ((Beaufils, Burlet, Dickelé, Lacroix, Lebatard, Legras... Weil, 2012, p.7). Cependant, en comparaison aux pays voisins tels que les Pays-Bas, l'Allemagne, le Danemark, la Suisse, ou encore la Belgique, « il n'existe pas de loi en France encadrant le recours à un accompagnant sexuel par une personne en situation de handicap » d'après [LeParisien.fr](http://LeParisien.fr) en 2020. En effet, les avis sur la question divergent. Le CCNE de 2012 fait part d'avis divergents en exposant que « l'intervention d'une tierce personne, professionnelle voire bénévole, devrait alors avant tout être « facilitante » aussi bien pour permettre la relation sexuelle d'un couple de personnes handicapées que dans un éventuel processus d'autosatisfaction » (p.8). Parallèlement à cela, et malgré les demandes importantes des personnes atteintes de handicap moteur pour faire

de cette pratique un droit à la compensation, certaines sont totalement contre ce dispositif puisqu'elles estiment « recevoir une aumône, ce qui porterait atteinte à leur dignité » (p.11). De plus, comme l'explique le site LeParisien.fr, faire appel aux services d'accompagnants sexuels en France est considéré comme du proxénétisme. Sur ce site, est également indiqué qu'une formation existe en France à l'initiative de l'association pour la promotion de l'accompagnement sexuel (Appas), à la connaissance de l'État, sans pour autant être condamnable à ce propos. Certaines personnes exercent donc en France, après avoir suivi cette formation. En revanche, il est important de ne pas confondre assistance sexuelle et accompagnement soignant.

### 3.4.3. Accompagnement soignant et assistance sexuelle

En effet, le CCNE l'exprime, il ne s'agirait pas de confondre accompagnement à la sexualité et l'affectivité d'un patient avec la notion d'assistance sexuelle. (p.9). Les soignants comme les infirmiers par exemple sont amenés à effectuer des soins intimes ce qui « peut induire une gêne ou un trouble pour le patient comme d'ailleurs pour le soignant » (p.9). Cependant, les soignants sont accommodés à ces soins et ont appris à prendre de la distance et à en parler entre eux. Ainsi le CCNE est formel, il convient que cette pratique soit encadrée et qu'elle ait des limites. Malheureusement les limites ne sont pas, même aujourd'hui, très claires sur les possibilités d'accès à ce service.

Comme vu auparavant, le rôle de l'équipe soignante et plus précisément des infirmiers est d'accompagner la personne en se montrant compréhensif et à son écoute mais en aucun cas d'apporter systématiquement une réponse d'ordre de l'accompagnement sexuel. Le CCNE l'écrit noir sur blanc, ce métier « ne saurait être pratiqué par les soignants chargés des soins quotidiens » car cela provoquerait « de l'ambiguïté pour un des partenaires sinon pour les deux ». (p.9). Le but étant pour les associations de former des professionnels afin de pallier aux demandes affectives et sexuelles des personnes atteintes de handicap moteur. Pour finir, ce sujet touchant à l'intimité et étant très personnel, les auteurs insistent pour dire que les demandes étant tellement particulières et personnelles que même les professionnels bien formés ne pourraient pas pallier aux « carences de la vie affective et sexuelle des personnes handicapés » (p.11).

## Le dispositif méthodologique du recueil de données (Annexe III) :

Dans le cadre de ma question de départ, j'ai réalisé deux entretiens avec des professionnels. L'un est un infirmier de 56 ans ayant suivi une formation d'infirmier psychologue à l'origine et exerçant actuellement le métier d'infirmier de soutien psychologique (ISP), une dénomination propre à l'établissement de rééducation fonctionnelle dans lequel il pratique. L'autre professionnelle interrogée a 54 ans, elle est IDE depuis 10 ans dans le même établissement de rééducation fonctionnelle et y a été aide-soignante durant 20 ans auparavant. J'ai volontairement choisi d'interroger des professionnels exerçant dans le lieu de stage d'où est tirée ma situation d'appel car il m'a semblé intéressant d'avoir leur avis sur ce sujet qu'ils rencontrent régulièrement. Il m'a paru évident de comparer le rôle et l'approche de l'ISP et de l'infirmière vis-à-vis de ce sujet, mais aussi d'avoir une idée plus précise sur le choix de cet établissement d'avoir mis en place le statut d'ISP.

Pour se faire, j'ai utilisé le même guide d'entretien pour les deux professionnels avec les objectifs suivants :

- Définir le rôle de l'infirmier et plus précisément de l'ISP dans l'accompagnement à l'affectivité et la sexualité d'un patient,
- Caractériser les représentations IDE face à ce sujet,
- Préciser les enjeux de la relation avec le patient ayant besoin d'aide, de conseils sur ce sujet,
- Mettre en évidence les différentes ressources des professionnels,
- Comprendre l'évolution des perceptions selon l'expérience professionnelle.

Afin de réaliser ces entretiens et de répondre à mes objectifs j'ai contacté seule les professionnels concernés. Il m'a été difficile de trouver des professionnels voulant être interrogés et étant à l'aise avec le sujet de la sexualité et de l'affectivité. Nous avons eu quelques difficultés afin d'avoir l'accord du cadre et de trouver un créneau horaire pour nous rencontrer au sein de l'établissement en question et en prenant en compte les disponibilités de chacun étant moi-même en stage à cette période. Par la suite, j'ai vu mes entretiens s'annuler dans le cadre des précautions à appliquer suite aux directives concernant le Covid-19. Heureusement pour moi, les professionnels ont été compréhensifs et nous avons fini par trouver un compromis et réussi à fixer des dates malgré les difficultés de nos emplois du temps. En effet, je travaillais comme aide-soignante en tant que volontaire au CHU de Pontchaillou dans le cadre de la crise sanitaire. J'ai donc réalisé mon premier entretien avec l'ISP dans nos voitures respectives afin d'éviter tout contact et de respecter une distance minimale d'1m, en enregistrant à l'aide de mon téléphone portable, posé sur le bord de ma

portière. Le second entretien s'est fait par le biais d'une application de visioconférence et a été enregistré à l'aide de mon ordinateur malgré les problèmes de son et de réseau que nous avons rencontrés.

Ce dispositif m'a permis de structurer mon entretien et m'a aidé à garder un fil conducteur durant les deux échanges. J'ai eu la chance d'obtenir des entretiens avec des professionnels compréhensifs ayant acceptés des alternatives afin que je puisse avancer dans mon travail malgré la situation de crise sanitaire. Ces entretiens m'ont permis de répondre à tous les objectifs que je m'étais fixée et d'apporter de nouvelles notions auxquelles je n'avais pas pensé. Cependant, je pense qu'il aurait été intéressant d'avoir l'avis d'un jeune professionnel sur la question afin d'avoir une idée de l'influence de l'âge et de l'expérience pour appréhender ce sujet. Aussi, le fait d'avoir interrogé des professionnels d'un même établissement peut être considéré comme une limite de ce dispositif même si au premier abord il m'a semblé qu'avoir l'avis d'un infirmier- psychologue était plutôt un point fort qui avait toute son importance dans le cadre de ma question de départ et à la vue de ma situation d'appel.

**L'analyse :** (Annexe IV, V, VI,)

#### Le rôle de l'infirmier et plus précisément de l'ISP dans l'accompagnement à l'affectivité et la sexualité d'un patient.

Comme le dit l'IDE 1, le statut d'infirmier de soutien psychologique est propre à l'établissement dans lequel il exerce : « c'est une particularité de cet établissement (IDE1, I.5). D'après lui, « il n'y en a pas ailleurs » (I.12) et cette unité est plus précisément appelée « unité de soutien psychologique de prévention et de soins de la souffrance psychique » (I.7). Elle a été montée dans le but de répondre à une demande importante des patients accueillis à savoir de patients souvent jeunes, en post traumatique suite à des accidents de la voie publique, mais également de patients dits « suicidant » (I.6). Ainsi, au sein de cette rééducation fonctionnelle sont distingués les rôles des ISP de ceux de l'infirmier comme nous l'explique l'IDE 2 : « nous c'est dans le somatique, eux c'est une aide psychologique ». (IDE2, I.221). Cependant ces deux professionnels sont amenés à collaborer (« on travaille quand même en collaboration pas mal », IDE2, I.220), l'IDE 2 dit même qu'ils sont « complémentaires » (I.233) et qu'elle « n'aime pas dissocier » les deux (I.222). Les différences qui sont exprimées de sa part sont que l'ISP « a un peu plus de temps » (I.223), et que lorsqu'il y a nécessité « ils vont peut-être se tourner plus vers des associations » (I.229).

Dans le cadre de l'affectivité et de la sexualité d'un patient les rôles ne sont pas si différents. En effet, les deux IDE expriment avoir un rôle d'écoute, de mise en confiance, que les patients « se sentent tranquille » (IDE 1, I.124) pour verbaliser sur ces sujets qu'ils vont « reprendre un peu plus posément » (IDE2, I.125). Aussi, ils s'accordent à dire que ce sujet est abordé sous la forme d'un échange à l'initiative du patient (IDE1, I.247), un accompagnement, et qu'il est important de « trouver un moment » (I.183) pour échanger sur ce sujet. L'écoute est au centre de cet échange selon les deux professionnels même si l'IDE 2 trouve qu'il y a des choses sur lesquelles elle se sent limitée (I.184 et I.290) dans ses réponses, bien que certaines se sont avérées être « quelques fois suffisantes » (I.207).

Leurs rôles en commun ne s'arrêtent pas là, en effet, toute l'importance du travail d'équipe repose sur la communication et les transmissions avec les autres professionnels. Ce sujet étant un sujet touchant à l'intime, l'IDE1 préfère les transmissions orales : « J'essaie de le faire pour ma part, en général, oralement, avec le médecin » (IDE1, I.158). En effet, il émet savoir « ce qui est obligatoire à énoncer, à écrire » (I.171) et préfère donc aller en parler avec les professionnels concernés plutôt que de rédiger une transmission écrite sur le sujet (« je ne me rue pas sur le dossier informatisé du patient » (IDE1,I.164)). L'IDE 2 quant à elle préfère rediriger vers d'autres professionnels quand elle juge que la situation n'est plus de son ressort (I.290). Elle préfère par exemple proposer une « aide psychologique » (I.222), ou en parler « entre collègues » (I.200).

Sur ce sujet, il semble important pour les deux infirmiers d'investiguer un peu cette question. Cependant ils n'ont pas la même façon de procéder. L'IDE 2 va poser des questions allant dans le sens d'une relation d'écoute et de compréhension des inquiétudes du patient, elle va ainsi demander « pourquoi cette question ? Est-ce que tu as une relation avec quelqu'un ? Est-ce que tu as une petite amie ou un petit ami. Son but vise à « essayer de creuser un petit peu tout ça pour justement laisser la parole en fait, qu'il puisse se confier » (IDE 2, I.129).

L'IDE 1, lui, va rechercher les répercussions que cela peut avoir dans la prise en soin du patient, il va ainsi se demander « est ce que c'est générateur de souffrance » (I.172), ou encore « est-ce que ça va aussi avoir une incidence sur le séjour des patients ? » (IDE1, I.173). Il se pose ces questions afin d'observer si cela va mettre en péril l'observance, le bon déroulé des soins chez le patient (I.178). Il va même plus loin, en fonction du handicap des patients il se réfère à ce qui est acceptable en société dans le cadre de l'affectivité et de la sexualité (I.310) concernant les patients traumatisés crâniens par exemple.

Par ailleurs, les rôles mis en jeu par les IDE face à ce sujet dépendent des représentations qu'ils ont de la sexualité et de l'affectivité des personnes atteintes de handicap moteur.

## Les représentations IDE face à l'affectivité et la sexualité

Les deux infirmiers s'accordent à dire que ce sujet est tabou, que c'est un sujet qui « n'est pas abordé » (IDE1, l.18) la plupart du temps. Aussi, ces deux soignants expriment le fait que le vécu du soignant joue une part importante dans la manière d'appréhender le sujet. Pour l'IDE 1 cela peut « réactiver de la gêne » (IDE 1, l.137) et il ajoute même que ce sujet est abordé « avec une bonne part de qui on est. Comment on appréhende nous-mêmes ces questions-là, quelle réserve ou quel tabou même on y met » (IDE1, l.57). Dans ce sens, l'IDE 2 exprime que les représentations sont « très soignants dépendants » (l.15). C'est aussi un sujet qui peut « réactiver de la gêne » (IDE1, l.37), puisque certaines situations peuvent se confronter à la conception et le vécu du soignant sur le sujet, et faire réfléchir sur les représentations et les convictions qui lui sont personnelles comme le dit l'IDE 1 à plusieurs reprises. (l.217 et l.349). Ce dernier admet aussi, avec du recul, avoir eu un réflexe de « crainte » de lui-même (l.223) dans une situation qui lui était inconnue. Il admet aussi avoir parfois fermé les yeux sur certaines situations (l.355).

Un sujet qui met également les deux professionnels d'accord, c'est l'importance de l'âge dans la façon d'appréhender la question. Cependant, les deux avis divergent sur cette notion : l'IDE 1 pense qu'il est « plus facile de discuter avec ses pairs » (l.32) alors que l'IDE 2 « trouve que l'âge participe aussi à ce que le soignant soit à l'aise ou pas » (l.48) mais dans le sens où les jeunes soignants seraient moins à l'aise avec cette thématique que les soignants âgés, ayant de l'expérience (l.16). En effet d'après elle, les jeunes soignants « n'abordent pas forcément » (l.22) la sexualité et l'affectivité alors qu'elle, se dit « un peu plus vieille et qu'elle ne va pas rigoler » (l.111).

Cependant même si pour généraliser il a été dit que « les gens n'osent pas rentrer dans le sujet » (IDE2, l.304), les deux infirmiers interrogés ont été amenés plusieurs fois à l'aborder et jugent que « c'est une question, évidemment, fondamentale » (IDE1, l.22) et « dont on ne parle pas assez » (IDE2, l.303). L'IDE 1 ajoute même que ce sujet de l'affectivité et de la sexualité fait partie du métier d'IDE (l.342), et qu'il est amené à l'aborder « sans que ça ait fait partie de la formation (l.53). Aussi, l'IDE insiste sur le fait que c'est « un sujet qu'on a surtout chez les plus jeunes, tendance à réduire au sexe » (l.67) alors que ça « inclut aussi l'affectivité » (l.69). Ce sujet donc tabou est abordé et a été abordé à plusieurs reprises par ces deux professionnels, selon eux c'est un sujet intéressant et l'IDE 1 a même l'impression qu'il est toujours disposé à accueillir ce genre de questions (l.112) ce qui en ferait d'après lui « un sujet un peu plus normal » (l.119) bien qu'il ne soit pas réellement considéré comme un sujet « sérieux » (l.41). Il semble donc pertinent de s'intéresser à la relation nécessaire entre le soignant et le patient, pour que ce sujet puisse être abordé tel un sujet « normal ».

## Les enjeux de la relation avec le patient en demande d'aide sur le sujet

Il est recherché de la part des soignants que les patients se sentent à l'aise dans un premier temps (IDE1, I.255). L'IDE 1 explique faire « en sorte qu'ils se sentent tranquilles pour aborder la question » (I.22) car bien souvent c'est un sujet qui est « abordé avec beaucoup de défense et d'humour » (I.37). La notion de mise en « confiance » (I.238) a également toute son importance, les deux infirmiers trouvent important de connaître un peu le patient : « c'est-à-dire se voir plusieurs jours d'affilée, plusieurs fois, connaître un petit peu la personne, les réactions. (IDE 2, I.56).

L'IDE 2 ajoute que la notion de temps est également importante. Il faut ainsi « laisser penser au patient qu'il a le temps de se libérer de certaines paroles » (IDE2, I.86) afin qu'il ressente que le soignant est à son écoute (« le temps a beaucoup d'importance » (I.84)).

C'est d'ailleurs une des valeurs et attitudes soignantes mises en jeu pour favoriser la relation. Les deux IDE sont en accord sur ce sujet : il faut « des conditions d'écoute » (IDE1, I.51) ainsi qu'une bienveillance. « Je ne suis pas dans le jugement » (IDE1, I.104) dit l'IDE1, ce qui participe à la mise en confiance et à la bienveillance afin de respecter au mieux l'intimité du patient. En effet les deux IDE acceptent de partager sur le sujet de la sexualité et de l'affectivité mais sans se montrer intrusifs (« je n'irai pas au-devant de cette personne » (IDE1, I.251)). L'IDE 2 insiste sur le sujet en disant que si le patient « n'en parle pas, je ne pose pas plus de question au départ » (IDE2, I.213). Aussi, en plus de ces points convergents, l'IDE 2 ajoute qu'elle trouve cela plus facile à aborder du fait de la proximité soignant-soigné durant les soins intimes (« C'est vraiment autour du soin d'abord je dirais » I.59)). En revanche, pour l'IDE 1, ce sujet relève plutôt « d'une question plus globale d'identité » (I.164), plus complexe (« c'est compliqué » (I.311)).

Mais alors quand ce sujet s'avère être « compliqué », et que les IDE se sentent limités comme dit précédemment face à ce sujet, quelles sont les ressources vers lesquelles ils peuvent se tourner ?

## Les différentes ressources

Plusieurs ressources sont présentes au sein de l'établissement, dont un « médecin qui est sexologue (IDE2 I.136), ainsi que les autres soignants présents : « j'en parle avec les collègues » (I.270) nous dit l'IDE1. Les Infirmiers de Soutien Psychologique sont une ressource à part entière (I.133) d'après l'IDE 2, qui est amenée un proposer un soutien psychologique parfois par manque de temps, cependant elle n'a pas pour habitude de donner des adresses ni de rediriger les patients vers des professionnels extérieurs (« Mais moi, je n'ai pas d'adresse, je ne donne pas vraiment » (IDE2, I.200)).

Des ressources externes à l'établissement sont aussi envisageables, comme par exemple la famille et les proches du patient comme nous l'explique l'IDE 1, où il a observé que dans une situation particulière, la mère d'un patient s'est avérée être une ressource importante (I.210). Les autres professionnels d'autres structures ou « associations » (IDE2, I.198) sont aussi sollicités et l'IDE 2 note que les sorties extérieures à la structure d'hospitalisation favorisent la libération de la parole (IDE2, I.230). L'IDE 1 quant à lui, a plusieurs fois été amené à rechercher lui-même « un peu de bibliographie » (I.271) sur les sujets qu'il ne maîtrisait pas et pour apporter au mieux son aide au patient. Il semble alors que cet établissement possède plusieurs ressources intéressantes concernant le sujet de la sexualité et de l'affectivité des personnes atteinte de handicap moteur. Cependant comme cela a été expliqué précédemment, tous les professionnels ne sont pas forcément à l'aise avec ce sujet. Il apparaît donc intéressant de comprendre l'évolution des perceptions des soignants sur le sujet.

#### L'évolution des perceptions sur l'affectivité et la sexualité.

Pour les deux IDE, la sexualité et l'affectivité sont, comme dit précédemment, des sujets tabous. Ainsi, selon eux, l'évolution concernant ce sujet ne s'est pas faite de façon positive. L'IDE 1 trouve que la mentalité de la société actuelle ne favorise pas la libre expression sur ce sujet car selon lui, il y a plusieurs critères à respecter, constituant le « cadre social et un cadre de norme » (I.309). Aussi, d'après lui, les réseaux sociaux participent grandement à la décroissance de la libre expression sur le sujet, il exprime même que « la confiance a pris un petit peu une autre tournure avec les réseaux sociaux (I.316) et que les choses sont ainsi « moins maîtrisées » (I.317). Aussi, les « interdits qui ramènent à la règle institutionnelle » (I.357) à savoir que « les relations sexuelles sont interdites » (I.366) en hospitalisation, favorisent les réticences à ce propos.

Sur le plan personnel et surtout professionnel, les deux professionnels s'accordent à dire que les échanges sont plus restreints et plus contraints qu'au début de leur carrière. En effet l'IDE2 exprime « qu'avant c'était plus simple » (I.244) d'en parler et son collègue ajoute : « on n'est pas très libre dans nos échanges professionnels (IDE1, I.338). L'IDE 1 insiste même en disant que « tout ce qui nous amène à s'exprimer un petit peu d'un point de vue personnel, moi je trouve que c'est pire qu'avant » (I.336). Il insiste sur la contrainte actuelle des échanges professionnels et dit que concernant ce sujet « ça n'a pas évolué » (I.350) et admet même avoir déjà évité la question. L'IDE 2 rattache cela au temps passé avec les patients, selon elle, les soignants leur accordaient plus de temps avant et elle avait le sentiment que les relations étaient plus humaines (I.256). La seule différence qu'elle fait sur l'évolution de ce sujet est

concernant « les moyens » (I.278) pour aborder le sujet notamment de la sexualité sur le plan « anatomique » via les médecins sexologues ou le recours à des médicaments.

## La discussion

Suite aux recherches théoriques que j'ai réalisé sur les concepts d'affectivité, de sexualité, d'accompagnement infirmier et de handicap moteur, ainsi que suite aux entretiens réalisés auprès de professionnels, je vais désormais réaliser une comparaison entre ces différentes parties et mon positionnement professionnel. Ainsi, cela va me permettre de répondre en partie à mon questionnement initial, à savoir :

Quel rôle les infirmier.e.s peuvent-ils avoir sur l'accompagnement à la sexualité et l'affectivité d'une personne en situation de handicap moteur dans un contexte hospitalier ?

En premier lieu, je tiens à revenir sur les deux concepts que sont la sexualité et l'affectivité.

Tout d'abord le concept de la sexualité est abordé dans la partie théorique comme une notion, un sujet important dont on parle peu, mais faisant partie intégrante du développement de l'« Homme ». Il a aussi été expliqué que ce terme relève de droits humains et sexuels et que la sexualité, pour la majeure partie de la population, est un besoin fondamental. Les deux infirmiers interrogés lors de mes entretiens ont conscience de ce besoin fondamental et c'est pour ces raisons qu'ils acceptent d'aborder le sujet avec les patients en demande. Les deux admettent que ce sujet a de l'importance et qu'on ne lui en accorde malheureusement pas assez. C'est un thème auquel ils sont confrontés depuis le début de leur exercice professionnel jusqu'à aujourd'hui. Certes, ce sujet n'est pas forcément abordé dans tous les services hospitaliers mais il peut arriver d'y être confronté sous un autre angle et je trouve important d'être capable d'apporter simplement son écoute en tant que soignant, sans jugement, et de peut-être avoir l'occasion d'éclairer un questionnement sur ce sujet.

Cependant, certaines personnes ne sont pas attirées par le seul plaisir charnel mais il n'empêche que les besoins affectifs leurs soient essentiels. Je pense donc qu'il n'est pas envisageable de parler de sexualité sans parler d'affectivité. Ce sont deux sujets qui vont de pair, et l'IDE1 est d'accord avec cet avis puisqu'il exprime que bien souvent cela est simplement réduit au sexe. Cet infirmier aborde de manière indirecte le fait que l'affectivité soit

un peu oubliée. En effet, on le remarque aussi dans le discours de l'IDE 2, où l'un des seuls endroits où elle suggère s'intéresser à cet aspect apparaît lorsqu'elle aborde les questions posées au patient, à savoir s'il a une relation de couple. Ainsi, la notion de sexualité est plus présente dans leurs discours mais c'est aussi un fait que j'avais remarqué lors de mes recherches théoriques. Le sexe apparaît de façon bien plus importante dans les textes que la notion d'affectivité et il m'a donc été difficile d'apporter de la matière sur cette notion. En revanche, les personnes atteintes de handicap moteur en parlent très facilement et c'est d'ailleurs un besoin qui revient de manière récurrente : le besoin d'affection.

Je vais dans ce second temps aborder la notion de handicap moteur.

La définition faite par l'OMS concernant le handicap peut sembler ancienne et probablement dévalorisante. Cela n'était pas du tout mon but, j'ai voulu ajouter cette définition car il me semblait important de noter que dans le cadre d'un handicap moteur, la personne peut se retrouver en incapacité physique de pratiquer des actes sexuels et donc, être désavantagée sur ce point en comparaison à une personne valide. C'est également un point qui apparaît dans l'entretien de l'IDE2 quand elle raconte l'histoire de la jeune maman qui ne réussit plus à avoir de relations sexuelles avec son conjoint qui d'ailleurs ne comprend pas ce changement soudain. Elle se retrouve progressivement en incapacité du fait de son handicap. Ainsi en tant que future soignante, il m'a semblé important d'être consciente que certaines actions ne sont pas aussi facilement accessibles pour une personne valide que pour une personne atteinte de handicap, mais aussi d'intégrer que concernant la sexualité il est important de savoir que la situation des personnes peut évoluer.

Malheureusement, le handicap moteur, associé à la sexualité et l'affectivité est un sujet, comme dit dans le cadre théorique, qu'il est rare d'entendre dans les services et qui est difficile à aborder. C'est également ce dont nous font part les deux IDE interrogés. L'idée de cette question de départ m'est venue de la constatation qu'il était difficile d'avoir un échange avec un soignant concernant la sexualité et l'affectivité. C'est un sujet dont on parle peu mais qui intéresse pourtant nombre de personnes atteintes de handicap de moteur.

Les soignants interrogés font part de différentes ressources possibles, très intéressantes, et abordent également l'existence d'associations mais sans en connaître de nom. Pourtant de multiples associations existent dont l'une des plus connues, l'association CH(s)OSE œuvre pour une cause dont on entend beaucoup parler ces derniers temps, c'est à dire la légalisation de l'assistance sexuelle en France. Je ne défends pas forcément cette cause car elle me pose beaucoup questions et relève de la législation française, cependant, je pense que la connaissance d'associations telles que celle-ci peuvent permettre d'accéder à des

témoignages intéressants grâce auxquels des patients pourront s'identifier et peut être oser discuter de façon plus libre sur leurs questionnements.

Aussi, d'autres associations existent comme le CeRHeS, Centre Ressources Handicaps et Sexualité où l'on trouve non seulement des témoignages mais aussi diverses ressources en téléchargement gratuit et en libre accès. Des outils d'éducation à la sexualité sont disponibles et auraient tout à fait leur place dans certaines unités de soins, que ce soit pour les adolescents ou pour les adultes. Beaucoup d'autres ressources existent également, malheureusement elles restent méconnues et cela à cause du fait que ce sujet soit tabou.

Pour cette troisième partie, je vais désormais aborder le fait que ce sujet soit un réel tabou.

En effet, étant un sujet qui touche à l'intimité comme les IDE le disent, cela peut renvoyer la personne à son vécu et à ses émotions personnelles comme évoqué dans la partie théorique. Ainsi, il est intéressant de faire le parallèle avec le fait que l'IDE1 semble moins à l'aise à parler de sexualité et d'affectivité que l'IDE2 puisqu'il admet à plusieurs reprises avoir eu des réactions de craintes ou avoir fermé les yeux sur certaines choses : il semble plus hésitant. Peut-être est-ce un mécanisme de défense car ce thème le ramène à des événements vécus, peut-être est-ce une manière de se protéger tout simplement, ou peut-être est-ce juste une réaction banale. Le fait est que la réaction des soignants vis-à-vis de ce sujet est très variable. Cela amène à se poser des questions pour compléter l'interrogation de départ. La question cherchait à appréhender quel rôle les infirmiers peuvent-ils mener sur ce sujet. Mais sont-ils assez préparés à mener un rôle ?

Il apparaît que le comportement de cet infirmier interrogé est sûrement le comportement qu'ont adoptés beaucoup de soignants, et cela est sûrement alimenté par les représentations qui sont faites de la sexualité et de l'affectivité de nos jours.

Il était exprimé dans la partie théorique que ce sujet est un réel tabou. En revanche, la notion qui n'y figurait pas concerne la vision que les soignants ont sur la sexualité et l'affectivité selon l'âge. Selon eux, l'âge joue un rôle. D'un côté il est exprimé que les patients aborderaient ces sujets entre eux, entre pairs et que la parole serait alors plus libérée. D'un autre côté, l'IDE 2 pense l'inverse, les soignants ayant plusieurs années d'expérience auraient plus de facilité à aborder ces sujets que les jeunes soignants. Il est évoqué par les IDE que la gêne des jeunes soignants à aborder ces sujets proviendrait de la proximité de leur âge avec celui des patients. Cela peut paraître surprenant mais selon eux, un âge mur favoriserait les échanges sur cette thématique et éviterai d'aborder le sujet avec humour comme les jeunes le font entre eux, en utilisant inconsciemment des mécanismes de défenses. Mais alors est-il nécessaire

d'avoir un certain âge pour aborder ce sujet de façon « sérieuse » ? Je pense qu'une certaine maturité est requise, certes, mais peut être aussi qu'il est nécessaire d'appréhender le sujet afin de se sentir plus à l'aise avec.

Quand je parle d'appréhender le sujet de la sexualité et de l'affectivité, cela me ramène à ma première année en Institut de Soins Infirmiers. Nombreux sont ceux qui en première année se sentaient gênés lors des toilettes ou lors des soins intimes. La posture que l'être-humain adopte face à son corps et face au corps de l'autre n'est pas forcément simple, et cela surtout au début des études d'infirmiers où la plupart des étudiants sortent du bac, ou ont tout juste la vingtaine. Cependant, cette adaptation face à la nudité s'acquiert et s'apprend avec plus ou moins de facilité lors des premières années d'études dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, tous mes collègues de troisième année sont capables de réaliser une toilette complète ou des soins intimes avec beaucoup moins d'appréhension que lors de la première année. Ainsi, cela me ramène à faire le parallèle avec le sujet de la sexualité et de l'affectivité. Aborder ces sujets n'est pas naturel pour tout le monde, car cela ramène à un vécu personnel. Mais peut-être que ce sujet peut s'appréhender de la même façon : à force d'exercices et de simulations sur des entretiens infirmiers traitant de la sexualité et de l'affectivité par exemple. Cela m'amène donc à me demander si une formation complémentaire en fonction du service dans lequel un infirmier pratique, serait judicieuse.

Dans cette quatrième partie, je tiens à souligner l'évolution de ce sujet au cours du temps.

La notion qui est retrouvée lors des entretiens concerne le fait que ce thème soit souvent réduit au sexe alors que comme énoncé par le CCNE (2012) « on ne saurait parler de la sexualité sans souligner l'importance des liens affectifs et de la relation amoureuse ». Les infirmiers en sont bien conscients mais cela n'empêche pas le fait que cette notion ait d'après eux, très peu évoluée.

Il avait été évoqué en amont des entretiens que ce sujet était tabou, cela est confirmé par les deux IDE qui ajoutent même qu'il l'est encore plus qu'au début de leur exercice. La société, les réseaux sociaux et les restrictions des échanges professionnels participent selon eux à entretenir ce sujet « compliqué » comme le dit l'IDE 1. Mais alors, ce thème qualifié de compliqué, vient-il d'un « déficit d'éducation sexuelle des jeunes, des adultes en situation de handicap et de leurs aidants » (p.8) comme le dit Carole Thon ? Cela semble plausible si l'on se réfère aux quelques apports concernant ce sujet, dispensés dans le cursus scolaire et lors des études de santé. En effet la seule évolution positive et notifiée par l'IDE 2 sur la sexualité

et l'affectivité concerne l'apparition des médecins spécialisés sexologues et des moyens médicamenteux.

Le fait d'aborder ces thèmes avec les patients ou encore entre collègues est plus difficile qu'avant, les échanges professionnels sont limités d'après eux, et une notion qui n'apparaissait pas dans la partie théorique est celle de la temporalité. Les professionnels interrogés mais aussi ceux rencontrés sur les lieux de stage avec qui j'ai abordé mon sujet ou encore ceux rencontrés dans le cadre du volontariat pour le Covid-19 en arrivent tous à la même constatation : les soignants ont beaucoup moins de temps qu'avant pour échanger avec les patients. Ceci est, je pense, une des raisons pour lesquelles la sexualité et l'affectivité sont des sujets dont il est difficile de parler et pour lesquels il est difficile de trouver du temps comme l'exprime l'IDE2. Ainsi, on peut supposer que le temps dont les infirmiers disposent pour discuter avec les patients est utilisé pour des thèmes beaucoup moins tabous, ou jugés plus importants vis-à-vis du projet de soin du patient.

Sachant maintenant que ce sujet reste tabou, la question de départ cherchant à développer les rôles que les infirmiers jouent sur l'accompagnement à la sexualité et l'affectivité des personnes en situation de handicap moteur semble plus limitée mais cela reste néanmoins un sujet rencontré régulièrement par les deux IDE interrogés.

Je vais désormais aborder les rôles qui semblent essentiels pour les IDE interrogés, en confrontation avec ceux de la partie théorique et mon positionnement professionnel.

En premier lieu il apparaît une similitude entre les valeurs humaines énoncées dans le cadre théorique par le site [espacesoignant.com](http://espacesoignant.com) et celles énoncées par les deux professionnels interrogés. A savoir que l'écoute est essentielle comme le disent les deux professionnels mais que la mise en confiance, à la base toute relation soignant-soigné a d'autant plus son importance en ce qui concerne la sexualité et l'affectivité. Cela permet au patient de percevoir si le soignant est en capacité d'être à l'écoute concernant cette thématique. Cependant, malgré leur bonne volonté, les deux IDE disent se sentir limités sur ce thème. Cette notion a déjà été évoquée dans le cadre théorique où il était dit que les notions apportées sur ces thèmes durant les études de santé étaient rares, voire inexistantes. Cela explique probablement que ce soit un sujet difficile à évoquer.

Ainsi, les rôles qui semblent importants sont les notions à la base de tout entretien infirmier, à savoir l'écoute, le respect de la dignité, l'empathie. En revanche, pour aller plus loin, le rôle de l'infirmier concernant la sexualité notamment est l'éducation et la promotion de la vie sexuelle comme expliqué dans le cadre théorique. C'est ainsi que pour jouer au mieux leurs rôles les professionnels sont amenés à faire appel à plusieurs ressources.

Les IDE en sont bien conscients et il est noté qu'un temps dédié à la réalisation d'entretiens (rôle des ISP dans le cadre de mes interview) est un réel point positif. En effet le travail en collaboration est développé bien qu'il ne figure pas dans les recherches initiales, les professionnels y voient un réel enjeu dans lequel chacun peut apporter ses connaissances. Ils posent alors des questions, ayant pour but parfois de libérer la parole sur la sexualité et l'affectivité du patient en question ou encore d'investiguer pour mieux comprendre les questionnements sous-jacents. Mais parfois, cela sert également à savoir si ces préoccupations ne provoquent pas un mal-être qui aurait une influence sur la prise en soin globale, s'ils n'ont pas des répercussions plus importantes sur la vie du patient. L'IDE 1 exprime cette notion, cependant il justifie cela en disant qu'il n'aborde avec les patients que ce qui rentre dans le cadre de leur rééducation. Alors, à tort ou à raison, là n'est pas la question. Mais un tel fonctionnement ne participe-t-il pas à une réticence ou une moins bonne mise en confiance de la part du patient ? Je pense que pour acquérir la confiance d'un patient, il faut en effet se montrer disponible, mais également savoir faire sentir que tous les sujets quels qu'ils soient peuvent être abordés sans jugement.

Il apparaît également que le travail en collaboration se fasse avec la famille, les proches du patient, qui peuvent s'avérer être des ressources essentielles mais aussi participer à la continuité de l'accompagnement en accord avec le patient bien entendu.

Le rôle aussi des soignants, rôle très important également, est l'humilité. Comme l'explique l'IDE 1 il faut savoir reconnaître que l'on n'est pas à l'aise avec un sujet et alors il est possible de faire des recherches pour accompagner au mieux les patients dans leurs questionnements. Il faut aussi être capable de se rendre compte de nos limites. C'est un ressenti dont fait part l'IDE2 dans son entretien. Le soignant ne peut pas tout savoir ni tout connaître et pour la continuité de l'accompagnement des patients il est important de savoir les rediriger vers les professionnels adaptés afin de les accompagner au mieux sur le plan psycho-affectif. Ainsi, l'accompagnement infirmier sur ce sujet peut être abordé de différentes façons.

Pour finir, je vais ici exposer les questions, ou réflexions qui me viennent à l'esprit suite à ce travail d'initiation à la recherche.

Lors de cette discussion, plusieurs questions et plusieurs étonnements ont été mis en évidence. Ainsi, suite à ma question de départ cherchant à caractériser le rôle que les infirmiers peuvent avoir sur l'accompagnement à la sexualité et l'affectivité d'une personne en situation de handicap moteur dans un contexte hospitalier, je me suis tout d'abord demandée si ces professionnels étaient assez préparés à mener un rôle. En effet, un point saillant qui revient dans le discours des deux infirmiers est celui de se sentir démunis et pas assez préparé face à ces sujets. Le fait qu'un infirmier soit amené à parler de cela n'apparaît pas dans tous

les services c'est certain, mais plusieurs structures hospitalières y sont confrontées régulièrement. Cependant il semble que les infirmiers ne soient pas réellement préparés à aborder ce type de questions ce qui les laisse pour la majorité dans un silence et une gêne, voire une réaction de fuite ou encore une réponse agressive. Nombreux sont les mécanismes de défense qui entrent en jeu quand un sujet « dérange ».

Aussi, la question de l'âge a généré mon étonnement. L'âge du soignant a-t-il vraiment un impact sur les sujets qui sont abordés avec les patients ? Je pense en effet qu'il peut y en avoir un mais qu'il va dépendre de chaque patient. Certains vont se sentir plus à l'aise à parler à des personnes qui ont sensiblement le même âge, et d'autres vont se sentir plus en sécurité face à un infirmier plus âgé. J'ai déjà eu l'expérience, lors de stages infirmiers, de patients qui se confiaient à moi sur leur mal-être et leurs émotions. Ce sont des informations qu'ils n'ont pas transmises à d'autres soignants de l'équipe. Peut-être parce que je prenais plus de temps avec eux lors des soins, ou parce qu'ils savaient que je n'étais là que pour quelques semaines ou pour d'autres raisons. Ce sont des choses que seul le patient décide, et il peut arriver que le contact soit plus difficile avec certains infirmiers qu'avec d'autres et c'est pour cela que je tiens à reposer le fait qu'il me semble important de savoir faire appel à ses collègues et de passer le relai, surtout à propos de sujets face auxquels il est possible de se sentir démuni.

Aussi, un point saillant dans le discours des deux infirmiers interrogés est que la sexualité et l'affectivité sont des sujets qui ne sont pas abordés lors de la formation. Face à cette remarque, je me demande s'il serait judicieux d'aborder ces sujets lors des trois années de formation en IFSI. Personnellement, je pense qu'il serait nécessaire d'en parler de manière synthétique, afin d'y être préparés un minimum. C'est-à-dire de faire prendre conscience aux étudiants que le sujet de la sexualité et de l'affectivité peut non seulement se rencontrer dans le cadre du handicap moteur, mais également dans le cadre du handicap mental, concernant les personnes âgées ... etc. Cependant, je pense que les services étant confrontés régulièrement à ce type de sujets sont peu nombreux et que donc cela ne relève pas forcément de la formation générale qui nous est dispensée en Institut de formation. Cela me ramène donc à une citation de Bembien, Kaisser et Kalis utilisée dans mon cadre théorique, pour qui l'abord de l'affectivité et de la sexualité « est non seulement nécessaire à tout accompagnement respectueux de la personne, mais également évident pour tout établissement recherchant un certain ajustement éthique ». Ainsi, après avoir expliqué les raisons pour lesquelles il ne me semble pas nécessaire de traiter avec précision le sujet de la sexualité et de l'affectivité lors des études infirmières, cela m'amène à me demander si une formation complémentaire proposée par les services confrontés régulièrement à ces thématiques serait judicieux. Je pense en effet que les établissements confrontés à ces thématiques de façon régulière devraient proposer et mettre en place des formations

complémentaires pour les soignants ou de courtes réunions d'informations sur des thèmes précis, afin de leur apporter une certaine aisance pour en discuter par la suite avec les patients et pourquoi pas mettre en place des dispositifs tels que des brochures ou des ateliers d'échange par exemple. Ainsi les professionnels comme les ISP et les infirmiers pourraient proposer des supports concrets aux patients et pourraient répondre à leurs questionnements ou encore leur permettre de rencontrer des personnes dans le même cas. Ce type de formation est d'ailleurs proposé par plusieurs associations et a été adopté par plusieurs établissements notamment médicaux sociaux.

Enfin, je voulais revenir sur la notion d'assistance sexuelle. Comme précisé dans mon cadre théorique ces personnes appelées accompagnants sexuels, proposent des services payants aux personnes atteintes de handicap, qui vont de la simple activité, à la relation sensuelle voire sexuelle. Ce sujet fait l'objet d'un flou législatif en France alors qu'il est dans d'autres pays reconnu comme une profession, comme en Belgique ou encore en Suisse. En revanche en France, cela est assimilé à de la prostitution puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle une loi pour délimiter cette pratique qui est donc condamnable.

Cependant, face à cela, et depuis 2014, comme nous l'explique l'article récent du journal « Le Parisien », l'association pour la promotion de l'accompagnement sexuel (l'Appas), propose une formation à cette pratique à la connaissance du gouvernement. Il y a donc à l'heure actuelle en France plusieurs accompagnants sexuels formés qui pratiquent contre rémunération. Sur cette activité le gouvernement se pose beaucoup de questions. Et cela n'étant pas considéré comme légal en France, je pense qu'en tant que soignant il faut être conscient de l'existence de ces pratiques sans forcément encourager les patients à en avoir recours. D'autant plus que ces pratiques me posent question. Les personnes atteintes de handicap moteur mais n'ayant pas les moyens de se procurer ce type de service seraient toujours confrontées à la même solitude. Alors est-ce réellement une solution ? De plus, plusieurs prostituées acceptent, comme le montrent plusieurs reportages, d'avoir des relations sexuelles avec des personnes atteintes de handicap moteur. C'est ce que l'on peut voir dans le film « Hasta la Vista » de Geoffrey Enthoven, où 3 jeunes atteints de handicap décident de se rendre en Espagne dans un endroit où les prostituées sont dites « spécialisées » de ce type de relation.

En bref, l'assistance sexuelle est un sujet très controversé en France, alors qu'il a fait ses preuves dans d'autres pays. En revanche, beaucoup d'assistants sexuels proposent leurs services en France et plusieurs personnes atteintes de handicap moteur en bénéficient malgré une législation qui n'évolue pas pour l'instant.

Enfin, et pour répondre à ma question de départ, je pense que le rôle de l'infirmier pour accompagner l'affectivité et la sexualité des personnes atteintes de handicap moteur est limité par le peu d'apport sur ces notions mais aussi par le fait que ce sujet soit à l'heure actuelle encore un tabou. Ces constatations m'amènent à penser qu'il serait intéressant de mener une recherche sur la nécessité de proposer des supports ou apports théoriques, voire des formations complémentaires sur l'affectivité et la sexualité des personnes atteintes de handicap moteur, destinés aux personnels soignants et notamment aux infirmiers travaillant dans des établissements où la demande est importante.

## Conclusion

Pour conclure, j'ai choisi de traiter le thème de l'accompagnement infirmier de la sexualité et de l'affectivité des personnes atteintes de handicap moteur suite à une situation marquante vécue en stage et qui a suscité de nombreuses questions quant aux rôles que les infirmiers peuvent avoir face à ces thématiques. J'ai donc décidé de traiter la question suivante : Quel rôle les infirmier.e.s peuvent-ils avoir sur l'accompagnement à la sexualité et l'affectivité d'une personne en situation de handicap moteur dans un contexte hospitalier ?

Pour répondre à cela j'ai développé les notions de sexualité, d'affectivité, de handicap moteur, et d'accompagnement infirmier grâce à de nombreuses recherches. J'ai ensuite pu réaliser deux entretiens auprès de professionnels travaillant en rééducation fonctionnelle et n'ayant pas les mêmes rôles en tant qu'infirmiers au sein de la même structure. Suite à cela j'ai réalisé une analyse de mes entretiens ce qui m'a permis par la suite dans la discussion de confronter le discours des professionnels avec mes recherches initiales tout en donnant mon avis personnel sur la question de départ.

A la fin de ce travail, je réalise qu'une question de recherche en ressort, à savoir s'il serait nécessaire de mettre en place une formation complémentaire ainsi que des supports à disposition des infirmiers travaillant dans toutes les structures en forte demande.

Ce travail d'initiation à la recherche s'est avéré plus difficile que je le pensais au début. Le thème choisi faisant l'objet d'un tabou important, il m'a été difficile de trouver des

professionnels acceptant des entretiens sur ce sujet. Aussi, la crise sanitaire ainsi que le confinement dans le cadre des dispositions mises en place face au Covid-19 n'a pas facilité les choses. Cela a donc provoqué beaucoup de questionnements, de stress et de remise en question quant à ma capacité à réaliser le travail demandé dans les temps impartis. Bien heureusement, et la date de rendu du MIRSI ayant été repoussée j'ai pu avoir le temps nécessaire à la réalisation de ce travail.

Ainsi, pour ma future pratique en tant qu'infirmière, j'ai pris conscience de la place de l'infirmier sur l'accompagnement de la sexualité et de l'affectivité de la personne atteinte de handicap moteur. Ce travail a été très enrichissant selon moi, puisqu'il montre à quel point le rôle de l'infirmier est varié et à quel point il peut encore évoluer notamment face à des sujets considérés comme tabou. Aussi, j'ai réalisé que mon questionnaire relève encore plusieurs zones d'ombres et intéresse de nombreux soignants dont des infirmiers ayant une réelle volonté d'être formés sur cette thématique. Cela m'a aussi permis de découvrir les différentes ressources existantes et qui ont déjà été mises en place dans certains établissements. J'ai aussi pu assimiler la notion d'assistance sexuelle qui fait l'objet aujourd'hui en France de nombreux débats et pour laquelle la législation française est mitigée. J'ai trouvé important de traiter ce sujet sur lequel peu de personnes osent parler, et face auquel je trouve nécessaire, en tant que future professionnelle de santé, d'être informée, afin de répondre aux questionnements des patients et de les prendre en soin dans leur globalité, comme il me l'a été appris au cours de mes trois années de formations en institut de soins infirmiers.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Ouvrages

- Nuss, M., (2012). *Je veux faire l'amour : handicap, sexualité, liberté*. Paris : Autrement.
- Soulier, B. (2001). *Aimer au-delà du handicap-Vie affective et sexualité du paraplégique* (2<sup>e</sup> édition). Paris : Dunod.

### Article de périodique

- Cyruknik cité par O'Dy Sylvie (1993). Dans *Boris Cyruknik : l'affectivité nous façonne*. Repéré à [https://www.lexpress.fr/informations/boris-cyruknik-l-affectivite-nous-faconne\\_595890.html](https://www.lexpress.fr/informations/boris-cyruknik-l-affectivite-nous-faconne_595890.html)
- Fontaine, M. (2009). L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers. *Pensée plurielle*, n°22, p53-63. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-53.htm>
- Legenne, M. (2015). Une clinique de l'incertitude, qu'est ce que la fin de vie aujourd'hui ? Jusqu'à la mort accompagner la vie, n°122, 29-37. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-3-page-29.htm>
- Mercier, M. (2005). Différencier les handicaps en matière de vie affective et sexuelle, un enjeu de politique de santé. *Reliance*, n°18, p39-42. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-reliance-2005-4-page-39.htm?contenu=article>
- Thon, C. (2013). Centre ressources handicaps et sexualités : pour informer et former les professionnels, les aidants et les familles. *La Santé en Action*, n°426, p.7-9.

### Entrée de dictionnaire

- Accompagnement. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469>
- Affectivité (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en Ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/affectivité/1426>

- Sexualité. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualité/72486>
- Tabou. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabou/76319>

### **Texte législatif**

- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF, 12 février. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Article R4311-15 du 31 juillet 2009 du Code de la Santé Publique. Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=090B706CADB90EE3B754D78FC5D6EA28.tplgfr37s\\_1?idArticle=LEGIARTI000006913903&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170424&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=090B706CADB90EE3B754D78FC5D6EA28.tplgfr37s_1?idArticle=LEGIARTI000006913903&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170424&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=)

### **Pages web**

- Abraham Maslow. (1940). Pyramide de Maslow. Repéré à [https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide\\_des\\_besoins](https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins)
- Beaufils, F., Burlet, C., Dickelé, AM., Lacroix, X., Lebatard, C., Legras, C., ... Weil, B. (2012). Vie affective et sexuelle des personnes handicapées- Question de l'assistance sexuelle. Repéré à [http://www.ccneethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_ndeg118.pdf](http://www.ccneethique.fr/sites/default/files/publications/avis_ndeg118.pdf)
- Bembem, L., Kaiser, L. et Kalis C. (2014). Repères éthiques : L'accompagnement à la vie affective et sexuelle. Repéré à <https://www.djavaasso.fr/documents/repere-ethique-affectivite-sexualite.pdf>

- International Planned Parenthood Federation (IPPF).(2008). Déclaration des droits sexuels de l'IPPF. Repéré à [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_french.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf)
- LeParisien (2020). Assistance sexuelle des personnes handicapées : quatre questions sur un sujet tabou. Repéré à <http://www.leparisien.fr/societe/assistance-sexuelle-des-personnes-handicapees-quatre-questions-sur-un-sujet-tabou-10-02-2020-8257119.php>
- OMS.(2002).La santé sexuelle à tous les stades de la vie, définition .Repéré à <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- Onisep. (2019). Les troubles moteurs -définition du handicap moteur. Repéré à <https://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarite/Par-situation-de-handicap/Scolarite-et-troubles-moteurs/Definition-du-handicap-moteur>
- Pillou, J-F. (2013). Assistant sexuel- Définition. Repéré à : <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/19122-assistant-sexuel-definition>
- Pitte, M. (2019). Les valeurs personnelles et professionnelles. Repéré à <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/valeurs-personnelles-et-professionnelles>
- Sexualité. (s.d.). Dans Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/sexualite>
- Toncheva D. (2015). L'assistance sexuelle : soin ou prostitution ?. Repéré à <http://www.asph.be/Documents/Analyses%20et%20etudes%202015/Analyse%2019%20assistance%20sexuelle%20soin%20ou%20prostitution.pdf>
- Virginia Henderson.(1960). Les *14 besoins fondamentaux*. Repéré à : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

## **LES ANNEXES**

- I-** Paroles de *Sixième Sens*, Grand Corps Malade
- II-** La Pyramide de Maslow – 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson
- III-** Le Guide d'entretien
- IV-** Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1
- V-** Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2
- VI-** Analyse des entretiens
- VII-** Poster

## ANNEXE I - Paroles de Sixième Sens, Grand Corps Malade

La nuit est belle, l'air est chaud et les étoiles nous  
matent  
Pendant qu'on kiffe et qu'on apprécie nos plus belles  
vacances  
La vie est calme, il fait beau, il est 2 heures du mat'  
On est quelques sourires à partager notre insouciance  
C'est ce moment là, hors du temps, que la réalité a  
choisi  
Pour montrer qu'elle décide et que si elle veut elle nous  
malmène  
Elle a injecté dans nos joies comme une anesthésie  
Souviens-toi de ces sourires, ce sera plus jamais les mêmes  
Le temps s'est accéléré d'un coup et c'est tout mon futur  
qui bascule  
Les envies, les projets, les souvenirs, dans ma tête y'a  
trop de pensées qui se bousculent  
Le choc n'a duré qu'une seconde mais ses ondes ne laissent  
personne indifférent  
Votre fils ne marchera plus à, voilà ce qu'ils ont dit à  
mes parents  
Alors j'ai découvert de l'intérieur un monde parallèle  
Un monde où les gens te regardent avec gêne ou avec  
compassion  
Un monde où être autonome devient un objectif irréel  
Un monde qui existait sans que j'y fasse vraiment attention  
Ce monde-là vit à son propre rythme et n'a pas les mêmes  
préoccupations  
Les soucis ont une autre échelle et un moment banal peut  
être une très bonne occupation  
Ce monde là respire le même air mais pas tout le temps  
avec la même facilité  
Il porte un nom qui fait peur ou qui dérange: les  
handicapés  
On met du temps à accepter ce mot, c'est lui qui finit par  
s'imposer  
La langue française a choisi ce terme, moi j'ai rien  
d'autre à proposer  
Rappelle-toi juste que c'est pas une insulte, on avance tous  
sur le même chemin  
Et tout le monde crie bien fort qu'un handicapé est d'abord  
un être humain  
Alors pourquoi tant d'embarras face à un mec en fauteuil  
roulant  
Ou face à une aveugle, vas-y tu peux leur parler  
normalement  
C'est pas contagieux pourtant avant de refaire mes premiers  
pas  
Certains savent comme moi qu'y a des regards qu'on oublie

pas

C'est peut-être un monde fait de décence, de silence, de résistance

Un équilibre fragile, un oiseau dans l'orage

Une frontière étroite entre souffrance et espérance

Ouvre un peu les yeux, c'est surtout un monde de courage

Quand la faiblesse physique devient une force mentale

Quand c'est le plus vulnérable qui sait où, quand, pourquoi et comment

Quand l'envie de sourire redevient un instinct vital

Quand on comprend que l'énergie ne se lit pas seulement dans le mouvement

Parfois la vie nous teste et met à l'épreuve notre capacité d'adaptation

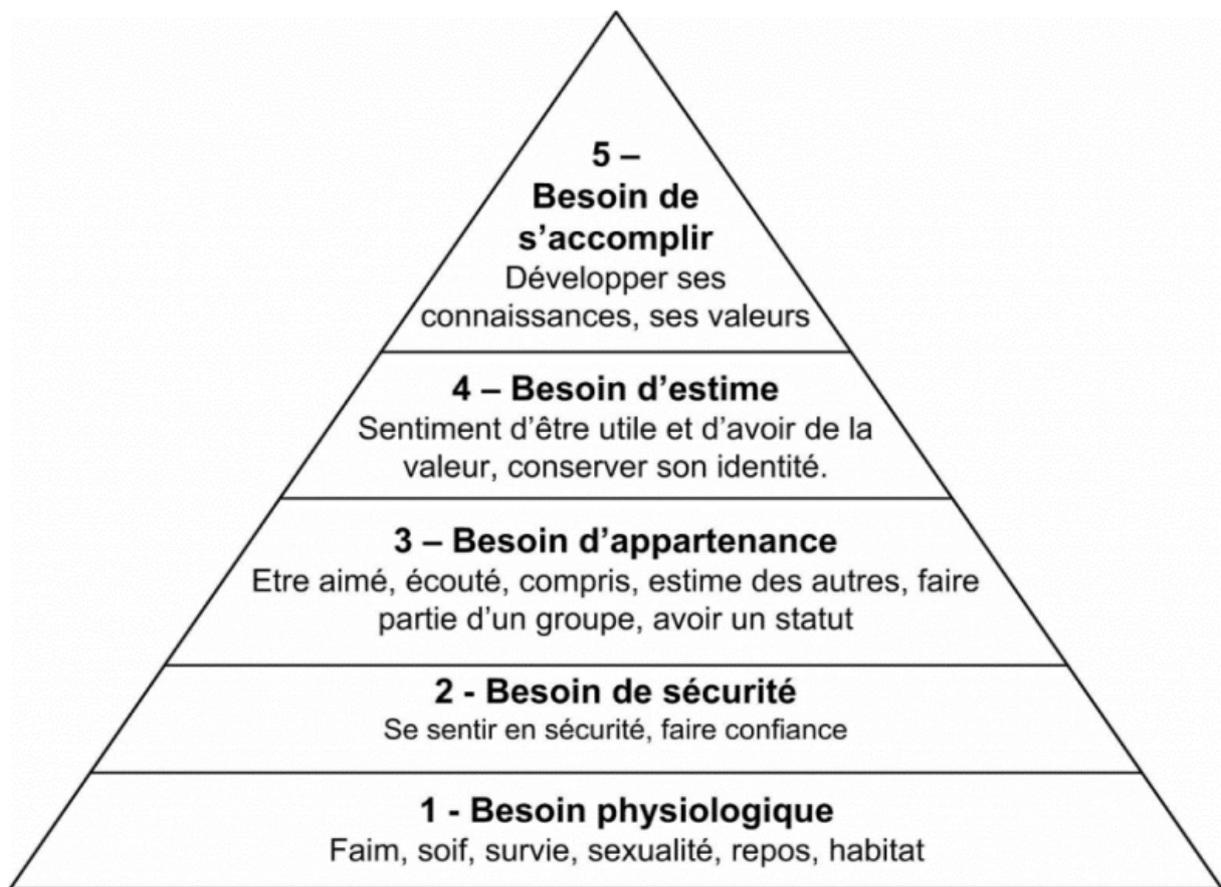
Les 5 sens des handicapés sont touchés mais c'est un 6ème qui les délivre

Bien au-delà de la volonté, plus fort que tout, sans restriction

Ce 6ème Sens qui apparaît, c'est simplement l'envie de vivre.

[https://www.paroles-musique.com/paroles-Grand Corps Malade-Sixieme Sens-lyrics,p20879](https://www.paroles-musique.com/paroles-Grand_Corps_Malade-Sixieme_Sens-lyrics,p20879)

**ANNEXE II** - La Pyramide de Maslow – 14 Besoins fondamentaux de Virginia Henderson



<https://tunimarkets.net/1772/fameuse-pyramide-de-maslow-maslow-sinvite-a-table-2-0/>

**14 besoins de  
Virginie HENDERSON**

- Respirer
- Boire et manger
- Éliminer
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Dormir et se reposer
- Se vêtir et dévêtir
- Maintenir la température du corps dans les limites de la normale
- Etre propre et soigné et protéger ses téguments
- Éviter les dangers
- Communiquer
- Agir selon ses croyances et ses valeurs
- S'occuper en vue de se réaliser
- Se divertir
- Apprendre

**EHPAD**

<https://www.nunsuko.com/exemple-dds-aide-soignant.html>

## **ANNEXE III** - Le Guide d'entretien

### **Introduction :**

Je m'appelle Solène Deblauwe et je suis étudiante en soins infirmiers en 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI de Pontchaillou à RENNES. Le thème de mon mémoire concerne l'accompagnement infirmier de la vie sexuelle et affective des personnes atteintes de handicap moteur dans un contexte hospitalier.

Cet entretien a pour but d'apporter des données concrètes, tirées du terrain afin d'étayer mon mémoire. Je tiens à préciser que votre nom ne sera à aucun moment cité, ni dans mon mémoire, ni dans ma bibliographie.

Je vous remercie d'avoir accepté cette entrevue dont la durée ne devrait pas excéder 30 minutes.

Acceptez-vous que je vous enregistre à l'aide de mon téléphone pour que je puisse me focaliser sur votre écoute durant l'entretien ?

---

### **Objectifs du guide d'entretien :**

- Définir le rôle de l'infirmier et plus précisément de l'ISP dans l'accompagnement à l'affectivité et la sexualité d'un patient, (Q.1, 4)
  - Caractériser les représentations IDE face à ce sujet (tabou ou non) (Q.2)
  - Préciser les enjeux de la relation avec le patient (ayant besoins d'aide) (Q.3, 5)
  - Mettre en évidence les différentes ressources des professionnels (Q.6)
  - Comprendre l'évolution des perceptions selon l'expérience professionnelle (Q.7)
- 

### **Questions :**

1. Pouvez-vous vous présenter (et présenter le métier d'ISP Infirmier de Soutien Psychologique pour l'entretien 1) ?
  2. Comment ce sujet est-il perçu au sein de l'équipe soignante ?
  3. Selon-vous, qu'est ce qui est nécessaire dans votre relation avec le patient pour qu'il puisse aborder ce sujet avec vous ? Quels-sont les enjeux de cette relation ? comment procédez-vous dans la relation pour permettre d'aborder la question si besoin ?
  4. Lorsqu'un patient vous informe sur sa sexualité, son affectivité, comment réagissez-vous ? Quel est votre rôle ?
  5. Avez-vous des situations exemples ?
  6. Quelles sont les ressources internes ou externes que vous pouvez proposer aux patients ?
  7. Avez-vous la sensation que la question sur ce sujet a évolué depuis le début de votre exercice professionnel ? A quel niveau ?
  8. Avez-vous quelque chose à ajouter ?
-

**Conclusion :**

Merci pour votre disponibilité et votre écoute lors de cet entretien.

#### ANNEXE IV - Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1

Marc (prénom d'emprunt) 56 ans, est infirmier depuis plusieurs années en rééducation / réadaptation, dans un service où les patients sont âgés de 14 ans minimum.

2 (ESI) : Du coup pour commencer, pouvez-vous vous présenter et présenter le métiers d'ISP, infirmiers de soutien psychologique ?

4 (IDE 1) : C'est un métier qui n'existait pas. Moi, je suis infirmier-psy de formation, donc je  
6 suis un vieux. Voilà, c'est une particularité de cet établissement qui accueille des patients  
8 souvent jeunes en post-traumatique, mais aussi des patients dits suicidant, ce qui a été à  
l'origine de la création et de la montée en effectif de notre unité de soutien psychologique,  
dite de prévention et de soins de la souffrance psychique, c'est comme cela que ça s'appelle.

10 (ESI) : D'accord, ok au temps pour moi.

12 (IDE 1) : Il n'y en a pas ailleurs, enfin pas que je sache.

14 (ESI) : Alors, comment le sujet de l'accompagnement infirmier de la vie sexuelle et affective  
des personnes atteintes de handicap moteur est perçu au sein de l'équipe soignante ?

16

(IDE 1) : Je pense que globalement, collectivement, c'est à dire dans les échanges, dans le  
18 dialogue entre collègues, etcetera, ce n'est pas abordé, déjà, et je pense qu'on est un peu  
comme tout un chacun, avec des stéréotypes et des défenses aussi culturelles. Voilà, ce qui  
20 existe à l'endroit où je travaille, c'est une consultation spécialisée avec un médecin formé.  
Mais c'est une question, évidemment, fondamentale la question de la sexualité. Je l'aborde  
22 Très, très, très, très rarement en groupe, avec des patients, mais individuellement, je fais en  
sorte qu'ils se sentent tranquilles pour aborder la question.

24

(ESI) : Ok, d'accord. Et justement, vous dites que vous faites en sorte que le patient se sente  
26 tranquille quand vous abordez la question, mais du coup, qu'est ce qui est nécessaire dans  
votre relation avec le patient pour qu'il puisse aborder ce sujet avec vous ?

28

(IDE 1) : Je pense que c'est au départ, des questions de perception. Il faut qu'ils perçoivent  
30 que ça puisse se faire en fait. En tout cas, il y a la particularité de mon âge, c'est sûr...Parce  
qu'on peut se dire aussi que dans la société, c'est plus facile de discuter avec ses pairs

32

(ESI) : Oui, (hochements de tête)

34

(IDE 1) : Des personnes du même âge... sans doute parfois. Mais sans doute aussi...  
36 Ça peut, peut-être réactiver de la gêne, par exemple, en sachant que ce sont surtout des  
jeunes et que souvent, entre eux, la question de la sexualité est abordée avec aussi  
38 beaucoup de défense, d'humour, etc. C'est rare qu'il y ait des questions. C'est rare qu'entre  
jeunes ils se posent ensemble sérieusement, un peu plus sérieusement. Pas que  
40 sérieusement, parce que ce n'est pas une question comme ça, sérieuse, mais qu'ils se posent  
entre eux pour évoquer cette question-là.

42 Donc, c'est leur perception, elle est importante.

44 Bon, déjà, quand ce sujet là est un peu dans l'air on va dire, l'échange ne se fait en général pas dans un lieu collectif, mais dans la chambre du patient ou dans le bureau... en tous cas à l'écart...

46 C'est un peu le thème. Il faut des conditions.

48 (ESI) : Ok

50 (IDE 1) : Après nous, on ne peut pas présumer de nos conditions d'écoute tellement parce que ça se passe vraiment dans l'interaction, je pense. Et dire que nous, on peut être certain  
52 que cette question-là, on l'aborde sans que ça ait fait partie de la formation, tu vois ?

54 (ESI) : Oui, d'accord.

56 (IDE 1) : Sans que ce soit courant dans les échanges professionnels. Donc, on l'aborde avec  
58 une bonne part de qui on est. Comment on appréhende nous-mêmes ces questions-là, quelle réserve ou quel tabou même on y met, etc. Mais je ne sais pas si c'est très contributif, ce que je te dis-là. Ça peut paraître...ce n'est pas assez concret peut-être...mais en tout cas,  
60 moi, si j'ai pu, et si peut-être de façon un peu surprenante les patients s'ouvrent un petit peu avec moi sur ces questions-là, qui sont souvent des questions aussi d'identité, d'identité  
62 sexuelle...

64 (ESI) : Oui

66 (IDE 1) : Et bien moi, ça, ça m'intéresse. Parce que c'est un sujet qu'on a surtout chez les plus  
jeunes, tendance à réduire au sexe, la relation sexuelle, etc.  
68 Alors que ça inclut aussi l'affectivité.

70 (ESI) : Oui oui, d'où ma volonté de traiter les deux ensembles.

72 (IDE 1) : Alors moi, je ne suis pas dans la fuite par rapport à ça... parce que, ça peut être une  
fuite aussi d'élargir et puis de pointer surtout les sentiments etc... Mais ce n'est pas leur  
74 demande en général.

76 (ESI) : Oui, ok...Et du coup, si jamais un patient vous informe sur sa sexualité, son affectivité,  
comment vous réagissez ? dans le sens : Quel est votre rôle vis-à-vis de ça ?

78

\*\*\*blanc\*\*\*

80 Je ne suis peut-être pas très claire dans ma question ?

82 (IDE 1) : Si, si, si... c'est peut-être moi qui serais pareil dans ma réponse je ne sais pas...  
Reformule-là-moi si tu veux bien.

84

(ESI) : Disons que si un patient vient à vous poser des questions, à aborder sa sexualité, son  
affectivité avec vous. En tant qu'infirmier, du coup, est ce que vous avez un rôle par rapport  
à ça ? Et comment est-ce que vous réagissez ? Est-ce que, par exemple, je ne sais pas. Il y a  
86 des choses qui se mettent en place ? Qu'est-ce que vous recherchez quand vous abordez la  
88

90 question avec un patient ? Comment vous agissez derrière pour essayer de résoudre un problème ou ce genre de chose ?

92 (IDE 1) : Oh et bien ...Ce serait bien prétentieux et puis ce serait surtout une erreur, je pense  
94 d'avoir un objectif de résoudre un problème parce que les problèmes isolés sur ce thème-là, ils se posent assez rarement.

96 (ESI) : Non, mais par exemple, de répondre à un questionnaire d'un jeune ou ce genre de choses.

98

(IDE 1) : Déjà, cela se passe rarement par : Il me pose une question. C'est un peu direct. Et voilà, c'est quelque chose que pas grand monde n'ose, de toute façon.

100 Donc c'est plus des allusions. Et moi, de mon côté, c'est plus une mise en confiance. Puis,  
102 une certitude... disons qu'on se connaît un petit peu, peut-être...Bon, c'est un peu  
104 prétentieux, peut-être, mais en tout cas, je ne suis pas dans le jugement, jamais. Et je n'ai  
106 rien à leur apprendre. Ce qu'il va se passer, cela va se passer dans l'échange, mais ils  
108 peuvent faire... Ils peuvent en appeler un peu à mon expérience de soignant et puis à mon  
110 regard à moi sur cette question-là.

Donc c'est un peu comment ça se passe du coup que tu me demandes-là ?

108

(ESI) : Oui plus ou moins ...

110

(IDE 1) : Moi, j'ai l'impression que dans ma tête, je suis toujours préparé à accueillir ces  
112 questions-là. Ce qui fait qu'il n'y a pas tellement de temps de latence, moins que là.  
114 Il n'y pas tellement de temps de latence dans ma participation à ce qu'ils viennent dire. Tu vois ?

116 (ESI) : Oui.

118 (IDE 1) : Du coup, ça en fait aussi un sujet, peut-être un peu plus normal. Et puis, de toute  
120 façon on est à la même hauteur. Bon, c'est toujours le cas. Même symboliquement, c'est  
122 important. Même physiquement, à la même hauteur. Dans cet échange-là plutôt.

Et voilà, moi, je l'invite... C'est surtout ça... C'est inviter les patients à verbaliser ! Et puis,  
122 qu'ils se sentent tranquille de le faire. Et puis après, tu vois bien que ça peut prendre  
différents chemins l'échange...dans le contenu de l'échange.

124 Pour moi, on a des repères un peu dans nos boulots. Je pense que la question de l'identité  
est centrale dans beaucoup de situations en fait, surtout en post-traumatiques.

126

(ESI) : Oui, d'accord.

128

(IDE 1) : Parce ce que parfois, quand ce que tu fais de ton corps se restreint, cela passe par  
130 des choses qu'on appelle la dépendance etc.... Le fauteuil roulant, tout ça, et bien ....  
Qu'est-ce que je voulais dire ? Je ne sais pas. Tu vois je ne suis pas super concentré...

132

(ESI) : (rires) Le changement du corps suite un accident, l'identi...

134

136 (IDE 1) : C'est ça ! oui ! Ton identité tu la remanie avec plus ou moins de bonheur, plus ou  
138 moins de capacité à le faire, etc.  
Sexuellement, là, on parle un peu des paraplégiques et les patients tétraplégiques pour qui  
140 la question se pose, évidemment. C'est une question tellement douloureuse puisque ce sont  
des jeunes qui ont accédé aux relations amoureuses et sexuelles assez récemment. Eux, ils  
142 sont souvent encore au début du chemin, dans ce qui est de la sexualité, etc. Donc je ne sais  
pas, reformule-moi ta question. Excuse-moi, j'ai peur de m'égarer un peu.

144 (ESI) : Non, non, il n'y a pas de soucis. C'était, lorsqu'un patient vous informe sur sa  
sexualité, sur son affectivité, quelle est votre réaction et quel est votre rôle vis à vis de cela ?  
Si vous avez un rôle d'ailleurs, et j'entendais par « rôle » : est-ce que vous redirigez la  
146 question vers un autre professionnel ? Est-ce que votre rôle va être d'en informer l'équipe  
par exemple, ce genre de chose à peu près.

148 (IDE 1) : On touche un peu à la question de la confidentialité... alors je vais partir d'un truc  
150 plus général : quand tu es hospitalisé, tu perds en indépendance et cela se contrebalance  
par de la prise en charge.  
152 Moi, je pense qu'il faut faire attention. Bon, je vais prendre une métaphore : en rééducation,  
ce que tu peux le faire, tu le fais. Tu sais c'est aller au self et tout ça... tu te rappelles tout ça.  
154 Mais ce qui t'appartient...ça peut être un problème de soins, une question de soins, mais qui  
mérite évidemment que ça soit relayé.  
156 J'essaie de le faire pour ma part, en général, oralement, avec le médecin en question dont je  
parlais tout à l'heure. Je préfère le faire verbalement et aller le voir. On se trouve toujours  
158 un moment. Évidemment, quand c'est nécessaire. Et souvent, cela passe par là parce que  
mine de rien, on est vraiment là en plein dans la question de leur intimité aussi, dans une  
160 autre question de leur intimité.  
Mais c'est peut-être la question la plus centrale. Donc, je ne me rue pas et on pourrait m'en  
162 vouloir, mais je ne me rue pas sur le dossier de soin informatisé du patient pour noter ça.  
D'autant que moi, j'estime qu'on est dans une question plus globale d'identité et que d'une  
164 part, il me concède déjà la possibilité d'en échanger.

166 (ESI) : Oui.

168 (IDE 1) : Il y a cela aussi, quand on a la question de la sexualité. Nous, on connaît bien nos  
limites dans le métier : on sait très bien ce qui est obligatoire à énoncer, à écrire.  
170 Et puis, il y a la question : est-ce que c'est générateur de souffrance ? Moi, mon repère, c'est  
est-ce que ça va aussi avoir une incidence sur le séjour des patients ? Les questions qui  
172 concernent tout ce qu'ils veulent nous dire... ce serait plutôt du psychologique ou psychique.  
Et bien évidemment, ça en a une d'incidence. Mais cela ne va pas mettre en péril ni retarder  
174 sa rééducation, ni avoir d'incidence concrète. Ça l'a sur ses préoccupations.  
Pareil, on peut imaginer que si la question de la sexualité est une préoccupation centrale et  
176 que pour le patient cela se manifeste dans son comportement ou dans son observance ou  
son accroche aux soins, au projet de soins, c'est problématique.

178 (ESI) : Oui.

180

182 (IDE 1) : Mais cela, moi, en général, je l'annonce aux patients en amont. Quand on se  
rencontre lors de l'entretien d'accueil, je leur dis qu'on se transmet dans un centre de  
rééducation, ce qui va avec, ce qui peut avoir une incidence sur la rééducation.

184 (ESI) : Ok, oui.

186 (IDE 1) : Voilà, je te mets un petit peu des bornes, comme ça, que je me donne.

188 (ESI) : Ok, très bien.

190 Est-ce-que vous avez des exemples de situations avec lesquelles vous avez été amené à  
parler de ce sujet avec des patients ?

192 (IDE 1) : Tout récemment, oui.

194 (ESI) : Oui, est-ce-que vous pouvez nous en faire part en gardant, bien sûr, l'anonymat ?

196 (IDE 1) : Oui, oui, c'est délicat parce que c'est vraiment très très particulier. Ce n'est pas très  
198 courant. C'est un jeune patient que tu as peut-être connu je ne sais pas. Qui est dans une  
démarche d'acquiescer son genre. Ça te dit quelque chose ?

200 (ESI) : Non ça ne me dit rien.

202 (IDE 1) : Voilà donc c'est un sacré cheminement... Là-dessus, évidemment... Bon, ce n'est pas  
204 une évidence, mais en l'occurrence, il y a une évidence à prendre en compte, c'est qu'il a  
déjà des personnes ressources qui sont spécialistes de la question d'un point de vue médical.

206 (ESI) : D'accord.

208 (IDE 1) : Qui sont extérieures à l'établissement et qui sont, en l'occurrence sa mère, qui est  
210 partie prenante dans son projet. Donc c'est vrai que cela dégage un peu le terrain, mais cela  
ne l'empêche pas lui de venir piocher apparemment... en tout cas, il l'a fait avec moi...  
212 Piocher peut-être le regard, la parole d'un soignant en face, l'attitude... L'attitude de la  
personne en face, c'est évidemment quelque chose auquel ces patients, d'autant que lui est  
214 tétraplégique...donc que ces patients, rencontrent ça tous les jours.

Évidemment, on va lui dire « elle » ou on va dire « il ». Alors que c'est « il » ou « elle ». Voilà  
216 ce qui fait que ces situations-là ont tendance à te faire re-brasser un petit peu tes  
représentations par rapport à la sexualité et aussi par rapport à toi, à ta conception en la  
218 matière, etc. C'est vrai que ça te met aussi individuellement, en tant qu'individu, tu re-brasse  
un petit peu les choses comme cela. Mais là, pour moi, c'était un peu une première on va  
220 dire...

Donc c'est intéressant parce que je pense que pour moi, ça a été intéressant. Parce  
222 qu'évidemment, mon premier réflexe a été un réflexe de crainte, de crainte de moi-même  
vis à vis de ce patient-là. Voilà quelque chose que je ne connaîtrai pas. Mais en fait, on a  
224 toujours à faire à des hommes ou à des femmes, c'est-à-dire à des êtres humains et là, la  
question de son identité se pose vraiment.

226 Donc moi, c'est là-dessus que je me suis basé, tu vois.

228 (ESI) : Oui oui (hochements de tête).

230 (IDE 1) : Et du coup, cela m'a permis d'intégrer moi-même la part qui me revient de la  
232 démarche de cette personne..., c'est à dire que c'est à dire de n'avoir déjà aucun souci quant  
à la perception de son genre à lui. Voilà, c'est un mec ! Et ce n'est pas rien ça je pense.

234 (ESI) : Oui (hochements de tête).

236 (IDE 1) : Quand on parle de mise en confiance, je pense qu'une fois que la personne elle a  
238 ressenti cela, cela dégage un peu le terrain. Cela va dans le sens d'une confiance. Et puis ça  
vient comme ça...Lui, il m'en a parlé dans le couloir. Il avait peut-être besoin d'être protégé  
240 par le fait qu'on ne soit pas juste ensemble dans une chambre.

(ESI) : Oui.

242

(IDE 1) : Cela peut paraître paradoxal, mais ce n'est pas paradoxal en fait. Je ne pense pas. Et  
244 voilà, c'est parti comme cela. Évidemment il a juste amené le sujet on va dire. Et on a  
échangé et on en échange de temps en temps à son initiative. C'est mieux que cela se passe  
246 comme ça, parce que du coup, moi, je pense que c'est plus riche. Mais jamais je n'irai...

248 (ESI) : Poser des questions ou ...

250 (IDE 1) : Oui voilà, je n'irai pas au-devant de cette personne-là.  
Et après, il arrive qu'on accompagne les patients pour des consultations qui les mettent plus  
252 ou moins en difficulté sur ce sujet-là et du coup cela se passe très bien. J'anticipe aussi les  
soucis qui peuvent arriver avec les personnes qui vont s'occuper de lui au CHU, par exemple.  
254 Et lui-même il se sent aussi assez à l'aise, c'est très volontiers qu'il prend même les devants  
pour qu'on l'accompagne.

256

(ESI) : D'accord, ok. Je reviens juste à la situation d'avant. Vous avez parlé de personnes  
258 ressources, mais est-ce que vous, quand le sujet est évoqué avec vous, vous avez des  
ressources ?

260

(IDE 1) : Dans ma pratique, j'ai surtout accompagné à quelques reprises des femmes à la  
262 maison des femmes, par exemple, ou des femmes mais dans le cadre d'abus.

264 (ESI) : D'accord. Oui, ok.

266 (IDE 1) : Autrement, je t'ai dit à peu près ce qui existait, comme interlocuteur au travail.  
Bon, après, il m'arrive d'en parler avec les collègues, je ne suis pas forcément seul au courant  
268 de la situation, loin de là. Donc il arrive d'en parler.  
Et moi si une question me reste un petit peu en tête... Évidemment, j'en parle avec les  
270 collègues. Par ailleurs, dans certaines situations, j'essaie de trouver un peu de bibliographie.

272 (ESI) : D'accord.

274 (IDE 1) : Voilà, ça peut aider aussi ... parce que parfois on néglige un petit peu cela et il y a  
souvent des choses très fines et très intéressantes.

276 (ESI) : Oui, donc c'est vous qui faites les recherches de votre côté vis-à-vis de cela ?

278 (IDE 1) : Oui, il y a cela aussi.

280 (ES) : D'accord, ok.

282 (IDE 1) : En l'occurrence, sur cette question dont je viens de parler, j'ai fait des recherches et  
284 j'ai trouvé des choses très intéressantes.

286 (ESI) : D'accord, ok. Très bien, super. Du coup, est-ce que vous avez la sensation que la  
question de la sexualité et de l'affectivité chez les personnes atteintes d'un handicap moteur  
288 a évolué depuis le début de votre exercice professionnel ?

290 (IDE 1) : (blanc, soupir) Je crois que ça évolue... du coup, j'ai beaucoup en tête les blessés  
médullaires qui arrivent en post-traumatique. Et puis, on est dans une période assez longue  
292 où s'opère, comme on dit, de l'émulation entre patients.

294 (ESI) : oui ...

296 (IDE 1) : Là actuellement il y a des patients qui sont à peu près dans les mêmes âges, qui sont  
des très jeunes adultes et ils sont formidables. Ils sont formidables parce que je n'ai pas été  
298 témoin d'échanges sur la sexualité avec eux. Je me serais peut-être éclipsé à ce moment-là.  
Mais je sais qu'hier soir, par exemple, l'un d'eux mimait la façon dont il arrivait maintenant à  
300 faire seul les sondages. Donc ce n'est pas rien, donc ça veut dire que, eux, ils parlent entre  
pairs et c'est génial.

302 Après, je pense à d'autres situations. Tout ce qui est sexualité ou désinhibition, ce qui peut  
arriver parfois chez les patients lésés cérébraux ou les patientes...

304 (ESI) : Oui...

306 (IDE 1) : Chez les deux ça peut amener un peu de désinhibition sur les propos ou sur les  
308 comportements sexuels. Et là, on est dans un cadre social et un cadre aussi de norme. Qu'est  
ce qui est acceptable en société sur ces sujets-là ?

310 C'est compliqué. C'est compliqué parce que les troubles cognitifs sont présents et évoluent  
favorablement en général mais ce n'est pas toujours le cas non plus. Donc, on ne peut pas  
312 faire sans. On s'expose, en tant que patient, en l'occurrence, si on dépasse un petit peu les  
limites de ce qui est socialement accepté et concevable. Donc là, on n'est pas sur le même  
314 échange, on est sur l'échange : « attention, fais attention à toi ».

316 Et puis aujourd'hui, on s'aperçoit que la confiance a pris un petit peu une autre tournure  
avec les réseaux sociaux. Il y a beaucoup de jeunes « Youtubeurs » aujourd'hui et  
évidemment, dans ces situations-là où les choses sont encore moins maîtrisées suite à un  
318 accident, par exemple un trauma crânien.... J'y pense parce que j'ai une situation comme  
cela qui existe-là...on peut se mettre en péril quand même ... et en payer peut être un peu le  
320 prix après.

322 (ESI) : D'accord.

324 (IDE 1) : Donc là, le discours il est que j'essaie d'avoir un discours égalitaire et d'échange,  
326 tranquille sur cette question-là... On est sur autre chose quand on accueille pas mal de  
patients cérébraux-lésés.

328 (ESI) : Du coup, vous diriez que ce sujet-là il a évolué plutôt au niveau de la confidentialité ?

330 (IDE 1) : Il y a des sujets comme ça qui évoluent... On ne peut pas dire que... (soupir). Ça  
332 dépend tellement des situations. Pour moi, si on en parle globalement, il y a beaucoup de  
secteurs où cela n'a pas évolué.  
Collectivement, entre soignants, c'est délicat parce qu'on sort aussi d'une certaine sphère de  
334 personnalité dans les relations humaines. Tu vois, on est dans le métier, on fait son boulot  
etc... et tout ce qui nous amène à s'exprimer un petit peu d'un point de vue personnel, moi  
336 je trouve que c'est pire qu'avant.  
Aujourd'hui, c'est vachement plus contraint. On n'est pas très libre dans nos échanges  
338 professionnels. Pour plein de raisons, mais en tout cas, on se censure très vite...  
Les thèmes abordés sont la météo, les enfants, les derniers achats. Enfin c'est compliqué  
340 quoi. Pourtant, mince, c'est un peu de notre responsabilité professionnelle aussi, je trouve  
que cela fait partie de notre métier, on y est confronté. On est confronté, sans parler de  
342 sexualité vraiment mais en tout cas à l'intimité.

344 (ESI) : Oui.

346 (IDE 1) : On y est vachement confronté ! Il y a les savoirs donc le savoir être, le savoir-faire,  
etc, qui peuvent et qui entrent en ligne de jeu, bien sûr. Mais c'est une question un peu  
348 individuelle chez les soignants par exemple. C'est chacun avec ses représentations, son  
approche, etc. Mais en tout cas, dans la communication professionnelle, je pense que, par  
350 exemple, ça n'a pas évolué. Sur le plan institutionnel, la question, c'est celle de l'ouverture  
des yeux. Les yeux des fois ils s'ouvrent comme ça (mime une grande ouverture des yeux  
352 avec ses doigts), des fois comme ça (mime une petite ouverture). Des fois tu peux, peut-être  
pour éviter d'aborder aussi la question, peut-être parce qu'il n'y a pas forcément à l'aborder  
354 non plus. Je n'en sais rien je ne suis pas sûr de moi par rapport à cela. Ça m'est arrivé, des  
fois, on ferme un petit peu les yeux sur ce qu'il se passe.  
356 Il y a les interdits qui ramènent à la règle institutionnelle. Et puis après, il y a l'humain et sa  
façon de, je ne vais pas dire forcément de contourner les interdits, mais en tout cas sa façon  
358 d'user de sa marge de liberté par rapport aux interdits.

360 (ESI) : Oui, je vois. Et par rapport aux règles qui sont mises en place au sein de votre  
institution :

362 Quelles sont les limites entre guillemets ?

364 (IDE 1) : Et bien les limites je pense que ce sont les mêmes que dans toutes les institutions.  
C'est à dire que les relations sexuelles sont interdites. Je ne ferai pas de commentaire sur la  
366 règle. Cela ne se discute pas. Tu n'est pas là, forcément pour la brandir toi-même. En tout

cas, tu en est aussi garant, caution quelque part dans un établissement. Donc la règle, c'est  
368 la règle. Il y a des règles de confinement, actuellement, c'est une parenthèse.  
C'est de la règle. Ça ne se pense pas, ça s'applique. Point barre. S'il y a des lieux où cela peut  
370 être remis en question, c'est bien. S'il n'y en a pas, il n'y en a pas. Il n'y en a pas beaucoup  
dans nos structures.

372  
(ESI) : Ok, très bien et bien est-ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter. Par rapport  
374 à ce sujet ?

376 (IDE 1) : Je ne sais pas. J'ai un peu le sentiment d'avoir... mais c'est un peu à cause de  
moi...Enfin, j'espère que tu vas t'y retrouver dans ce que je t'ai raconté.

378  
(ESI) : Euh oui oui, ne vous inquiétez pas pour cela.

380  
(IDE 1) : Parce que je ne me réfère pas à des choses, à des critères. Je ne me réfère pas à des  
382 choses très carrées. Voilà qu'on peut juger pas concrète. C'est parce que c'est de la vie et la  
vie, ça ne se raconte pas, ce n'est pas du rationnel. Ce n'est pas carré ...

384  
(ESI) : Non, mais très bien.

386 Ça me va très bien. Merci beaucoup.  
Je vous rappelle que cet enregistrement ne sera utilisé qu'à des fins professionnelles et que  
388 votre anonymat sera respecté.

390 (IDE 1) : Très bien, et bien c'est parfait.

## ANNEXE V - Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2

Lise (prénom d'emprunt), 54 ans, est infirmière en rééducation fonctionnelle au même endroit que Marc (IDE 1). L'entretien est réalisé via WhatsApp suite à l'annulation de l'entretien pour cause de confinement dans le cadre du Covid-19.

(ESI) : Alors, pour commencer : Est-ce que vous pouvez vous présenter tout simplement ?

2

(IDE 2) D'accord. Je suis Lise, j'ai 54 ans bientôt et je suis infirmière depuis 10 ans.

4

(ESI) : Ok...

6

(IDE 2) : Voilà, en rééducation fonctionnelle. J'ai été 20 ans aide-soignante avant, aussi en rééducation fonctionnelle et voilà.

8

10 (ESI) : D'accord, ok, merci, du coup on va passer directement à mon sujet. Le thème de mon  
12 mémoire concerne l'accompagnement infirmier de la vie sexuelle et affective des personnes  
atteintes de handicap moteur. Et donc, je voulais savoir comment ce sujet est perçu au sein  
de l'équipe soignante ?

14

(IDE 2) : Cela dépend des gens en fait. C'est très soignants dépendant je dirais. Pour certains  
16 cela peut être un peu tabou, presque un petit peu les plus jeunes j'ai envie de dire qui sont  
peut-être moins à l'aise. Et puis en rééducation elles sont amenées à rencontrer des gens de  
18 leur âge.

20 (ESI) : Oui.

22 (IDE 2) : Ce sont des sujets qu'elles n'abordent pas forcément.

24 (ESI) : D'accord, ok, très bien.

26 (IDE 2) : Je vais réécrire la question. Est-ce que tu peux me redonner la question que je la  
note pour l'avoir sous les yeux.

28

(ESI) : La question, c'était comment ce sujet est-il perçu au sein de l'équipe soignante ?

30

\*\*\*Blanc\*\*\*

Non ? Ce n'était pas ça ?

32

(IDE 2) : (rires) Non, non c'était le sujet en lui-même.

34

(ESI) : Mince, pardon !

36

(IDE 2) : Ton mémoire, ton titre de mémoire.

38

(ESI) : C'est l'accompagnement infirmier de la vie sexuelle et affective des personnes  
40 atteintes de handicap moteur.

42 (IDE 2) : D'accord.

44 (ESI) : Cela bug un petit peu je ne sais pas si vous m'entendez bien cela me note « mauvaise connexion ».

46

(IDE 2) : Pardon, je suis désolée, ça a coupé. Je disais... du coup je fais effectivement la même réponse qui concerne un petit peu l'âge aussi...Je trouve que l'âge participe aussi à ce que le soignant soit à l'aise ou pas à l'aise.

50

(ESI) : D'accord, ok.

52 Et du coup, selon vous, sur ce sujet, qu'est ce qui est nécessaire dans votre relation avec le patient pour qu'il puisse justement aborder ce sujet avec vous ?

54

(IDE 2) : Tout d'abord une relation de confiance. Ça c'est certain... Apprendre à se connaître un petit peu. C'est-à-dire se voir plusieurs jours d'affilée, plusieurs fois, connaître un petit peu la personne, les réactions... Et puis après, il faut être à l'aise, il faut qu'il se sente vraiment confiance je pense. Il y a des soins qui sont longs donc du coup être soignant facilite aussi ces paroles-là ...lors de la toilette cela peut être des choses qui peuvent être un petit peu abordé. Nous on fait très, très attention à la pudeur du patient. Donc du coup, très vite, on va savoir si c'est quelqu'un qui va parler de ses soucis, de ce qui peut le préoccuper ou pas.

64 (ESI) : D'accord, ok.

Et du coup, dans votre relation avec le patient, qu'est ce qui permet d'aborder la question, si besoin, de votre côté à vous ?

68 (IDE 2) : D'après moi ...

70 (ESI) : Oui.

72 (IDE 2) : C'est vraiment autour du soin d'abord je dirais. Nous, ce qu'on a ce sont des soins uraux. Tout ce qui est sondage principalement où on doit rentrer dans l'intimité vraiment du patient.

76 (ESI) : Oui.

78 (IDE 2) : On est souvent...

Ce sont des soins invasifs donc ce sont des soins difficiles déjà psychologiquement.

80

(ESI) : (Hochements de tête).

82

(IDE 2) : Du coup, il faut qu'on ait une certaine façon d'aborder les choses. Il faut vraiment être bienveillant et prendre beaucoup de temps. Moi je trouve que le temps a beaucoup d'importance. Ne pas faire la pressée, toujours être pressée... on peut être tonique, dynamique et savoir se poser aussi et laisser penser aux patients qu'il a le temps de se libérer de certaines paroles.

88

90 (ESI) : D'accord.

92 (IDE 2) : Moi j'avoue que je pense que mon âge aussi fait que certains sont plus à l'aise parce que je suis plus vieille...

94 (ESI) : Oui, ok.

96 (IDE 2) : Que de parler à des gens de leur âge du coup.

98 (ESI) : Oui, d'accord. Donc du coup, on dit qu'en général, les gens sont plus à l'aise à parler avec leurs pairs, vous, vous pensez justement que ce serait le ...

100 (IDE 2) : Je dirais avec leur pair... Enfin, moi ce que j'ai pu observer c'est qu'ils en parlent en rigolant, sur de la plaisanterie, en bifurquant.

102 Moi je sais qu'on a pu me poser... alors je vais essayer de trouver un exemple mais qu'on m'a

104 posé des questions clairement avec des mots vraiment posés et pas du tout comme on dit à l'ouïe pour avoir la réponse.

106 (ESI) : D'accord.

108 (IDE 2) : Concrètement c'est « est ce que je pourrais encore avoir des rapports sexuels »,

110 « j'ai plus d'érection le matin », « comment ça se fait » ... Voilà, des questions vraiment directes où ... voilà je suis un peu plus vieille et je ne vais pas rigoler.

112 (ESI) : Oui, ok (hochements de tête).

114 (IDE 2) : Voilà, et je pense que pour certains c'est important.

116 (ESI) : Oui, il y aurait moins de gêne du coup par rapport à cela et justement, quand un

118 patient vous fait part comme ça de sa sexualité et de son affectivité, vous venez de me dire que vous ne rigolez pas etc... Mais quelle est votre réaction ? Et qu'est-ce que vous mettez

120 en place derrière ? Quel est votre rôle en tant qu'infirmière vis à vis de ce dont le patient vous fait part ?

122 (IDE 2) : Alors si c'est un handicap, on va dire si c'est quelqu'un qui ne va pas remarcher, par

124 exemple un paraplégique, qui ne va pas repartir et avoir une vie normale dans un an ou deux mais qui va rester handicapé, ce sont des sujets qu'on va reprendre un peu plus posément.

126 (ESI) : Ok.

128 (IDE 2) : Et demander pourquoi cette question...et un petit peu après ce qui va être dit c'est :

130 Est-ce que tu as une relation avec quelqu'un ? Est-ce que tu as une petite amie ou un petit ami. Aller essayer de creuser un petit peu tout ça pour justement laisser la parole en fait,

132 qu'il puisse se confier.

134 Et puis après, on a toujours aussi... on n'est pas seul dans une équipe. Nous, on a des infirmiers de soutien psychologique dans l'établissement dans lequel je travaille, donc, on peut aussi, suivant la demande, orienter, mais il y en a qui ne voudront pas. Mais on a quand

136 même un médecin, parce qu'on peut orienter sur les médecins. Un médecin qui est  
sexologue, donc facilement on peut envoyer aussi des patients et les patients y vont de plus  
138 en plus par contre.

140 (ESI) : D'accord, ok. C'est vraiment quelque chose de courant alors. C'est une des ressources  
de l'établissement alors ?

142 (IDE 2) : Oui voilà ce sont des ressources. Après il y a plus longtemps, moi, j'ai pu avoir  
144 d'autres expériences du coup, où je travaille en rééducation. On avait un jeune homme, un  
myopathe qui avait dit qu'il voulait plaire et qui était amoureux d'une tétraplégique.

146 (ESI) : D'accord.

148 (IDE 2) : Et en fait elle, pas du tout. Elle, elle avait une relation extérieure avec un garçon  
150 valide.

152 (ESI) : Ok d'accord.

154 (IDE 2) : Et en fait elle nous demandait de lui mettre des sous-vêtements, de bien la préparer  
parce qu'elle ne pouvait rien faire... et on savait qu'elle allait avoir un rapport sexuel. Elle  
156 allait à l'hôtel avec son compagnon et elle en parlait après vraiment simplement.  
Et en fait son copain entre guillemets, il lui faisait mettre des strings, mais pour un homme,  
158 alors ce n'était pas évident, mais en fait c'était son plaisir à lui d'en parler mais il ne pouvait  
rien faire quoi, enfin il n'y avait pas d'attouchements. Donc moi j'ai pu avoir des situations  
160 très concrètes en fait de gens avec qui ça se passe et qui en parlent très très bien. Enfin qui  
ont besoin d'en parler.

162 (ESI) : D'accord, OK. Et récemment, est ce que vous avez des exemples, bien sûr, en gardant  
164 l'anonymat des personnes, de patients qui vous auraient fait part de ce sujet-là ou pas ?

166 (IDE 2) : Récemment, il y a à peu près un an, c'est récent.

168 (ESI) : Ok très bien.

170 (IDE 2) : C'est ce qui me vient tout de suite c'est une jeune femme qui est handicapée... une  
polyarthrite et qu'on a connue petite... enfin très jeune et qu'on a vue évoluer. Et du coup  
172 elle a connu son compagnon en rééducation, elle s'est mariée, ils ont eu un enfant. Enfin  
voilà une vie... depuis son handicap elle s'est augmentée... Et bon voilà une des choses qui  
174 fait que, c'est que nos enfants ont le même âge.

176 (ESI) : D'accord.

178 (IDE 2) : Et donc elle comparait ma fille à sa fille pour les voir grandir dans la même école. Et  
elle m'a toujours fait part de ses problèmes sexuels avec son mari parce que du coup elle  
180 avait de plus en plus de douleurs articulaires... Et elle me disait « écoute je ne sais pas  
comment je vais faire parce que j'y arrive plus, et il n'entend pas ». Et du coup j'étais une  
182 ressource parce que à chaque fois que je travaillais elle arrivait toujours à trouver un

184 moment avec moi pour échanger autour de ça. Donc je lui donnais les petits trucs que je  
pouvais lui donner mais après je ne peux pas... Enfin il y a des choses sur lesquelles on est  
limités aussi quand même.

186

(ESI) : Oui... oui, oui.

188

(IDE 2) : Après voilà il y a aussi la vie des gens qui va faire que bon... on ne va pas tout  
190 changer.

192 (ESI) : Oui, oui c'est sûr. Et donc, quand un patient comme ça, vous fais part de problèmes ou  
de choses dont il a envie de parler avec vous sur la sexualité et l'affectivité. Ou m'avez dit  
194 que vous avez des ressources internes à l'établissement, comme le médecin sexologue, mais  
est-ce-que vous pouvez vous tourner vers d'autres ressources qui soient internes ou  
196 externes à l'établissement ?

198 (IDE 2) : Alors certainement, mais... moi je ne vais pas jusque-là en fait. Alors il y a toujours  
des associations...

200 Que dire ? Mais moi, je n'ai pas d'adresse, je ne donne pas vraiment... Après on en parle  
entre collègues, parce que peut-être que d'autres peuvent avoir des ressources. Mais moi, je  
202 n'ai jamais eu trop de demandes en plus en fait.

204 (ESI) : D'accord...

206 (IDE 2) : Des fois ça a débloqué des choses mais des fois pas...mais j'ai l'impression que j'ai  
eu des réponses quelques fois suffisantes.

208

(ESI) : D'accord, ok.

210

(IDE 2) : A mon niveau en tous cas. Et après, je pense qu'ils vont voir le médecin et d'autres  
212 aussi. De temps en temps on demande, ou alors le patient nous dit « je suis retourné voir le  
médecin ». Après voilà, s'il en parle il en parle, s'il n'en parle pas je ne pose pas plus de  
214 question au départ.

216 (ESI) : D'accord, ok, ça marche. Et du coup, votre rôle en tant qu'infirmière par rapport aux  
ISP dont vous avez parlé tout à l'heure... elle serait où la différence sur ce sujet-là ? S'il y en a  
218 une d'ailleurs ?

220 (IDE 2) : Oui, oui, mais il y en a certainement une, mais on travaille quand même en  
collaboration pas mal. Alors nous c'est dans le somatique, eux c'est une aide psychologique.  
222 Moi je n'aime pas dissocier parce que nous parfois, on n'a pas beaucoup de temps, donc on  
parle un petit peu et on propose du coup une aide psychologique. Et donc notre collègue a  
224 un peu plus de temps.

226 (ESI) : Oui.

228 (IDE 2) : Il a un temps dédié justement pour l'écoute et puis pour être avec le patient donc le  
travail est un petit peu différent. Alors eux ils vont peut-être se tourner plus vers des

230 associations, des adresses, des sorties extérieures qui favorisent aussi pour les patients,  
d'aller manger ensemble au restaurant par exemple. Et du coup, les langues se délient aussi  
232 un petit peu. C'est des fois, plus simple au restaurant plutôt que ce soit dans l'enceinte de la  
rééducation. Mais voilà je trouve qu'on est complémentaires plutôt.

234

(ESI) : OK, ça marche.

236 Est-ce que vous avez la sensation que depuis le début de votre exercice professionnel, c'est  
un sujet qui a évolué ?

238

(IDE 2) : Alors, il a évolué, oui il a évolué...mais pas comme je le pense comme l'évolution  
240 qu'il serait beaucoup plus facile d'en parler, c'est différent.

242 (ESI) : D'accord, ce serait à quel niveau que cela a évolué ?

244 (IDE 2) : Alors je dirais qu'avant c'était plus simple...

246 (ESI) : D'accord.

248 (IDE 2) : C'est-à-dire voilà quelqu'un disait qu'il n'allait pas bien, qu'il avait un problème dans  
sa vie, dans sa relation de couple à cause de son handicap ... et on en parlait, on prenait  
250 beaucoup plus de temps avec les patients.

252 (ESI) : Ok ...

254 (IDE 2) : Et ce n'était pas cloisonné comme c'est maintenant. Par exemple ...justement il y a  
le corps, il y a l'esprit, il y a le médecin... mais il y a tous les corps de métier autour. Et avant  
256 on avait le sentiment que pour les patients... on était plutôt des humains.  
Ils parlaient à une femme, ils parlaient à un homme... c'était différent. Voilà.

258

(ESI) : Oui, donc vous pensez que c'est un peu resté... on va dire « stagnant » depuis le...

260

(IDE 2) : Oui ... on en parle pas toujours, c'est pas un sujet...enfin, on dit en équipe : « voilà il  
262 a parlé de ses problèmes »... Souvent voilà il n'y a pas beaucoup de retour en se disant « et  
bien on va essayer de l'aider ».

264

(ESI) : Oui il n'y a pas trop à la suite derrière, ce n'est pas trop investigué comme sujet, c'est  
266 cela ?

268 (IDE 2) : Pas trop, après cela peut l'être mais d'emblée ce n'est pas très bien réceptionné en  
fait. Les gens se disent « qu'est-ce qu'on va lui dire ».

270

(ESI) : Oui il y a une gêne ...

272

(IDE 2) : Alors que le de fait juste écouter, ça peut simplement aider mais...je trouve que ça  
274 n'a pas vraiment évolué.

276 (ESI) : Oui.

278 (IDE 2) : A part les moyens, maintenant il y a le sexologue, il y a tout ça. Et après il y a tous  
les moyens médicamenteux qui peuvent faciliter aussi certaines choses.

280

(ESI) : Oui.

282

(IDE 2) : Mais tout ça c'est des réponses médicales et des traitements.

284 Mais moi je pense plus une réponse... psychologique, et vraiment pour la personne.

286 (ESI) : (hochements de tête), ok...donc, le rôle de l'infirmier, si je résume, ce serait plutôt, du  
coup, d'apporter de l'écoute et un soutien psychologique et après tout ce qui est plutôt  
288 mécanique derrière, ce serait de rediriger vers un médecin formé.

290 (IDE 2) : Oui, voilà, oui de toute façon, on a des compétences qui sont limitées aussi en tant  
qu'infirmière.

292

(ESI) : Oui.

294

(IDE 2) : On ne sait pas tout. Il y a le fonctionnement du système qu'on ne sait pas expliquer  
296 nous, même si on peut le réexpliquer, à la base c'est quand même au médecin de dire les  
choses... certaines choses en tous cas.

298

(ESI) : Oui, oui, d'accord, ok, très bien.

300 Bon et bien je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter... j'ai épuisé mon stock de  
questions.

302

(IDE 2) : Non non je n'ai rien à ajouter si ce n'est que c'est un sujet super intéressant parce  
304 que dont on ne parle pas assez. Je pense qu'on n'en parle pas assez, les gens n'osent pas  
rentrer dans le sujet... aussi pour le présenter sur un mémoire...

306

(ESI) : oui, oui, oui ... c'est vrai.

308

(IDE 2) : Mais bon voilà ...

310 J'espère en tous cas que cela te convient.

312 (ESI) : Oui, oui, je n'ai plus de questions, mais cela me va très bien.  
Merci beaucoup d'avoir répondu. En tout cas, c'est super gentil.

314 Et puis, merci pour le temps que vous avez accordé pour répondre malgré les conditions via  
l'ordinateur.

316 Je vous rappelle que cet enregistrement ne sera utilisé qu'à des fins professionnelles et que  
votre anonymat sera respecté.

318

(IDE 2) : Très bien, c'était avec plaisir, merci !

## ANNEXE VI - Analyse des entretiens

- Définir le rôle de l'infirmier et plus précisément de l'ISP dans l'accompagnement à l'affectivité et la sexualité d'un patient.

L'infirmier de soutien psychologique (ISP)		Les rôles		
ISP	Infirmier	Écoute, soutien et empathie, respect de confidentialité	Transmission et travail d'équipe en	Investigation
<p>C'est un métier qui n'existait pas (IDE1 I.4)</p> <p>je suis infirmier-psy de formation (IDE1 I4)</p> <p>c'est une particularité de cet établissement (IDE1 I.5)</p> <p>montée en effectif de notre unité de soutien psychologique, de prévention et de soins de la souffrance psychique (IDE1, I.7)</p> <p>Il n'y en a pas ailleurs (IDE1, I.12)</p>	<p>nous c'est dans le somatiques, eux c'est une aide psychologique. (IDE2, I.221)</p> <p>Je n'aime pas dissocier (IDE2, I.222)</p> <p>notre collègue a un peu plus de temps. (IDE2, I.223)</p> <p>eux ils vont peut-être se tourner plus vers des associations (IDE2, I.229)</p> <p>je trouve qu'on est complémentaires plutôt (IDE2, I.233)</p> <p>on travaille quand même en collaboration pas mal. (IDE2, I.220)</p>	<p>Ce serait bien prétentieux et puis ce serait surtout une erreur, je pense d'avoir un objectif de résoudre un problème (IDE1, I.94)</p> <p>mon expérience de soignant et puis à mon regard à moi sur cette question-là. (IDE1, I.107)</p> <p>inviter les patients à verbaliser (IDE1, I.123)</p> <p>qu'ils se sentent tranquille de le faire (IDE1, I.124)</p> <p>on en échange de</p>	<p>J'essaie de le faire pour ma part, en général, oralement, avec le médecin (IDE1, I.158)</p> <p>quand c'est nécessaire (IDE1, I.160)</p> <p>je ne me rue pas sur le dossier de soin informatisé du patient (IDE1, I.164)</p> <p>on sait très bien ce qui est obligatoire à énoncer, à écrire (IDE1, I.171)</p> <p>, on se transmet dans un centre de rééducation, ce qui va avec, (IDE1, I.184)</p> <p>on n'est pas seul dans une équipe (IDE 2, I.133)</p>	<p>il y a la question : est-ce que c'est générateur de souffrance ? (IDE1, I.172)</p> <p>est-ce que ça va aussi avoir une incidence sur le séjour des patients ?(IDE1, I.173)</p> <p>ça ne va pas mettre en péril ni retarder sa rééducation, (IDE1, I.175)</p> <p>incidence concrète (IDE1, I.176)</p> <p>cela se manifeste dans son comportement ou dans son observance ou son accroche aux soins (IDE1, I.178)</p>

L'infirmier de soutien psychologique (ISP)		Les rôles		
ISP	Infirmier	Écoute, soutien et empathie, respect de confidentialité	Transmission et travail d'équipe en	Investigation
		<p>temps en temps à son initiative (IDE1, I.247)</p> <p>on accompagne les patients pour des consultations (IDE1, I.253)</p> <p>J'anticipe aussi les soucis qui peuvent arriver (IDE1, I.254)</p> <p>il arrive d'en parler. (IDE1, I.270)</p> <p>on est sur l'échange : « attention, fais attention à toi ». (IDE1, I.316)</p> <p>la confiance, (IDE1, I.317)</p> <p>discours égalitaire et d'échange (IDE1, I.326)</p>	<p>on en parle entre collègues (IDE2, I.200)</p> <p>donc facilement on peut envoyer aussi des patients (IDE2, I.137)</p> <p>On parle un petit peu et on propose une aide psychologique (IDE2, I. 222)</p> <p>on a des compétences qui sont limitées aussi en tant qu'infirmière.(IDE2, I.290)</p>	<p>Qu'est ce qui est acceptable en société sur ces sujets-là ? (IDE1, I.310)</p> <p>Et demander pourquoi cette question Est-ce que tu as une relation avec quelqu'un ? Est-ce que tu as une petite amie ou un petit ami. Aller essayer de creuser un petit peu tout ça pour justement laisser la parole en fait, qu'il puisse se confier. (IDE 2, I.129)</p>

L'infirmier de soutien psychologique (ISP)		Les rôles		
ISP	Infirmier	Écoute, soutien et empathie, respect de confidentialité	Transmission et travail d'équipe en	Investigation
		<p>tu en est aussi garant (IDE1, I.369)</p> <p>ce sont des sujets qu'on va reprendre un peu plus posément (IDE2, I.125)</p> <p>j'étais une ressource (IDE2, I.181)</p> <p>trouver un moment avec moi pour échanger autour de ça (IDE2, I.183)</p> <p>je lui donnais les petits trucs que je pouvais lui donner (IDE2, I.183)</p> <p>Il y a des choses sur lesquelles on est limités aussi quand même. (IDE2, I.184)</p>		

L'infirmier de soutien psychologique (ISP)		Les rôles		
ISP	Infirmier	Écoute, soutien et empathie, respect de confidentialité	Transmission et travail d'équipe en	Investigation
		j'ai eu des réponses quelques fois suffisantes. (IDE2, I.207)  on peut le réexpliquer (IDE2, I.296)		

- Caractériser les représentations IDE face à ce sujet

Un sujet tabou	Un sujet abordé
<p>ce n'est pas abordé (IDE 1, I.18)</p> <p>On est un peu comme tout un chacun, avec des stéréotypes et des défenses aussi culturelles (IDE 1, I.19)</p> <p>Ça peut, peut-être réactiver de la gêne (IDE1, I.37)</p> <p>ce n'est pas une question comme ça, sérieuse (IDE 1, I. 41)</p> <p>Sans que ce soit courant dans les échanges professionnels. Donc, on l'aborde avec une bonne part de qui on est. Comment on appréhende nous-mêmes ces questions-là, quelle réserve ou quel tabou même on y met (IDE1, I.57)</p>	<p>c'est une question, évidemment, fondamentale la question de la sexualité (IDE1, I.22)</p> <p>il y a la particularité de mon âge, c'est sûr (IDE1, I.31)</p> <p>on l'aborde sans que ça ait fait partie de la formation (IDE 1, I.53)</p> <p>Et bien moi, ça, ça m'intéresse. (IDE1 , I.67)</p> <p>c'est un sujet qu'on a surtout chez les plus jeunes, tendance à réduire au sexe, (IDE1, I.67)</p> <p>ça inclut aussi l'affectivité. (IDE 1, I.69)</p>

Un sujet tabou	Un sujet abordé
<p>dans la société, c'est plus facile de discuter avec ses pairs (IDE1, I.32)</p> <p>que ces situations-là ont tendance à te faire re-brasser un petit peu tes représentations par rapport à la sexualité et aussi par rapport à toi, à ta conception en la matière (IDE1, I.217)</p> <p>mon premier réflexe a été un réflexe de crainte, de crainte de moi-même (IDE1, I. 223)</p> <p>quelque chose que je ne connaîtrai pas (IDE1, I.224)</p> <p>c'est une question un peu individuelle chez les soignants par exemple. C'est chacun avec ses représentations, son approche, etc. (IDE1, I. 349)</p> <p>des fois, on ferme un petit peu les yeux sur ce qu'il se passe. (IDE1, I.355)</p> <p>Cela dépend des gens en fait. C'est très soignants dépendant je dirais (IDE2, I.15)</p> <p>cela peut être un peu tabou, presque un petit peu les plus jeunes j'ai envie de dire qui sont peut-être moins à l'aise (IDE2, I.16)</p> <p>Ce sont des sujets qu'elles n'abordent pas forcément. (IDE2, I.22)</p> <p>Je trouve que l'âge participe aussi à ce que le soignant soit à l'aise ou pas (IDE2, I.48)</p> <p>mais il y en a qui ne voudront pas (IDE2, I.135)</p> <p>on en parle pas toujours (IDE2, I.261)</p>	<p>je ne suis pas dans la fuite par rapport à ça (IDE1, I.73)</p> <p>Moi, j'ai l'impression que dans ma tête, je suis toujours préparé à accueillir ces questions-là. (IDE1, I.112)</p> <p>ça en fait aussi un sujet, peut-être un peu plus normal.(IDE 1, I.119)</p> <p>c'est intéressant parce que je pense que pour moi, ça a été intéressant (IDE 1, I.222)</p> <p>on a toujours à faire à des hommes ou à des femmes, c'est-à-dire à des êtres- humains (IDE1, I.225)</p> <p>cela fait partie de notre métier, on y est confronté.(IDE1, I.342)</p> <p>je pense que mon âge aussi fait que certains sont plus à l'aise parce que je suis plus vieille... (IDE2, I.91)</p> <p>Que de parler à des gens de leur âge du coup. (IDE2, I.96)</p> <p>voilà je suis un peu plus vieille et je ne vais pas rigoler. (IDE2, I.111)</p> <p>que le de fait juste écouter, ça peut simplement aider(IDE2, I.273)</p> <p>c'est un sujet super intéressant parce que dont on ne parle pas assez (IDE2,I.303)</p>

Un sujet tabou	Un sujet abordé
<p>Souvent voilà il n'y a pas beaucoup de retour en se disant « et bien on va essayer de l'aider ».( IDE2, l.262)</p> <p>d'emblée ce n'est pas très bien réceptionné (IDE2, l.268)</p> <p>Les gens se disent « qu'est-ce qu'on va lui dire ». (IDE2, l.269)</p> <p>les gens n'osent pas rentrer dans le sujet...( IDE2, l.304)</p>	

- Préciser les enjeux de la relation avec le patient ayant besoin d'aide

Ce qui est recherché chez le patient	Valeurs et attitudes soignantes mises en jeu
<p>Je l'aborde Très, très, très, très rarement en groupe, avec des patients, mais individuellement, je fais en sorte qu'ils se sentent tranquilles pour aborder la question. (IDE1, l.22)</p> <p>Il faut qu'ils perçoivent que ça puisse se faire en fait (IDE1, l.30)</p> <p>ce sont surtout des jeunes et que souvent, entre eux, la question de la sexualité est abordée avec aussi beaucoup de défense, d'humour, etc. (IDE1, l.37)</p>	<p>de mon côté, c'est plus une mise en confiance (IDE1, l.102)</p> <p>qu'il n'y a pas tellement de temps de latence, (IDE1, l.114)</p> <p>On touche un peu à la question de la confidentialité (IDE1, l.150)</p> <p>mise en confiance, (IDE1, l.237)</p> <p>l'échange ne se fait en général pas dans un lieu collectif, mais dans la chambre du patient ou dans le bureau... en tous cas à l'écart... (IDE1, l.44)</p>

Ce qui est recherché chez le patient	Valeurs et attitudes soignantes mises en jeu
<p>qu'on se connaît un petit peu, peut-être (IDE1, I.103)</p> <p>Même physiquement, à la même hauteur(IDE1, I.121)</p> <p>Piocher peut-être le regard, la parole d'un soignant en face, l'attitude... (IDE1, I.213)</p> <p>qu'une fois que la personne elle a ressenti cela, cela dégage un peu le terrain. (IDE1, I.238)</p> <p>Cela va dans le sens d'une confiance. (IDE1, I.238)</p> <p>cela se passe rarement par : Il me pose une question. C'est un peu direct. Et voilà, c'est quelque chose que pas grand monde n'ose, de toute façon.(IDE1, I.100)</p> <p>cela va se passer dans l'échange, (IDE1, I.105)</p> <p>Lui-même il se sent aussi assez à l'aise, c'est très volontiers qu'il prend même les devants pour qu'on l'accompagne. (IDE1, I.255)</p> <p>qu'il se sente vraiment confiance je pense(IDE2, I.58)</p> <p>ce sont des soins difficiles déjà psychologiquement. (IDE2, I.79)</p> <p>laisser penser au patient qu'il a le temps de se libérer de certaines paroles. (IDE2, I.86)</p> <p>moi ce que j'ai pu observer c'est qu'ils en parlent en rigolant, sur de la plaisanterie, en bifurquant. (IDE2, I.101)</p> <p>elle arrivait toujours à trouver un moment avec moi pour échanger autour de ça (IDE2, I.182)</p>	<p>Il faut des conditions. (IDE1, I.47)</p> <p>conditions d'écoute (IDE1, I.51)</p> <p>ça se passe vraiment dans l'interaction, je pense. (IDE1, I.52)</p> <p>je ne suis pas dans le jugement, jamais (IDE1, I.104)</p> <p>je n'ai rien à leur apprendre(IDE1, I.104)</p> <p>je pense qu'il faut faire attention. (IDE1, I.153)</p> <p>on est vraiment là en plein dans la question de leur intimité aussi, (IDE1, I.160)</p> <p>, j'estime qu'on est dans une question plus globale d'identité et que d'une part, il me concède déjà la possibilité d'en échanger. (IDE1, I.164)</p> <p>je n'irai pas au-devant de cette personne-là. (IDE1, I.251)</p> <p>C'est compliqué. (IDE1, 311)</p> <p>Tout d'abord une relation de confiance (IDE2, I.55)</p> <p>Apprendre à se connaître un petit peu. C'est-à-dire se voir plusieurs jours d'affilée, plusieurs fois, connaître un petit peu la personne, les réactions (IDE2, I.56)</p> <p>il faut être à l'aise, (IDE2, I.57)</p> <p>lors de la toilette cela peut être des choses qui peuvent être un petit peu abordé. (IDE2, I.59)</p>

Ce qui est recherché chez le patient	Valeurs et attitudes soignantes mises en jeu
	<p>Nous on fait très, très attention à la pudeur du patient. Donc du coup, très vite, on va savoir si c'est quelqu'un qui va parler de ses soucis, de ce qui peut le préoccuper ou pas. (IDE2, I.60)</p> <p>C'est vraiment autour du soin d'abord je dirais (IDE2, I.72)</p> <p>on doit rentrer dans l'intimité vraiment du patient. (IDE2, I.73)</p> <p>il faut qu'on ait une certaine façon d'aborder les choses. (IDE2, I.83)</p> <p>Il faut vraiment être bienveillant et prendre beaucoup de temps (IDE2, I.84) le temps a beaucoup d'importance (IDE2, I.84)</p> <p>Après voilà, s'il en parle il en parle, s'il n'en parle pas je ne pose pas plus de question au départ. (IDE2, I.213)</p>

- Mettre en évidence les différentes ressources des professionnels

Les ressources au sein de l'établissement	Les ressources externes
<p>ce qui existe à l'endroit où je travaille, c'est une consultation spécialisée avec un médecin formé. (IDE1, I.20)</p> <p>Ils peuvent en appeler un peu à mon expérience de soignant et puis à mon regard à moi sur cette question-là. (IDE1, I.106)</p> <p>c'est qu'il a déjà des personnes ressources qui sont spécialistes de la question d'un point de vue médical. (IDE1, I.206)</p>	<p>Qui sont extérieure à l'établissement et qui sont, en l'occurrence sa mère, (IDE1, I.210)</p> <p>L'attitude de la personne en face (IDE1, I.213)</p> <p>les personnes qui vont s'occuper de lui au CHU (IDE1, I.254)</p> <p>j'essaie de trouver un peu de bibliographie (IDE1, I.271)</p>

Les ressources au sein de l'établissement	Les ressources externes
<p>il m'arrive d'en parler avec les collègues, (IDE1, I.268)</p> <p>j'en parle avec les collègues (IDE1, I.270)</p> <p>Nous, on a des infirmiers de soutien psychologique (IDE2, I.133)</p> <p>Un médecin qui est sexologue, (IDE2, I.136)</p> <p>Mais moi, je n'ai pas d'adresse, je ne donne pas vraiment (IDE2, I.200)</p> <p>Après on en parle entre collègues, parce que peut-être que d'autres peuvent avoir des ressources. Mais moi, je n'ai jamais eu trop de demandes en plus en fait. (IDE 2, I.201)</p> <p>qu'ils vont voir le médecin et d'autres aussi. (IDE2, I.211)</p>	<p>j'ai fait des recherches et j'ai trouvé des choses très intéressantes. (IDE1, I.284)</p> <p>Je dirais avec leur pair... (IDE2, I.101)</p> <p>Alors il y a toujours des associations... (IDE2, I.198)</p> <p>, des adresses, des sorties extérieures qui favorisent aussi pour les patients, d'aller manger ensemble au restaurant par exemple. Et du coup, les langues se délient aussi un petit peu. C'est des fois, plus simple au restaurant plutôt que ce soit dans l'enceinte de la rééducation (IDE2, I.230)</p>

- Comprendre l'évolution des perceptions selon l'expérience professionnelle

Barrière de l'évolution : la société	Personnellement
<p>Je crois que ça évolue (IDE1, I.291)</p> <p>C'est un peu de notre responsabilité professionnelle aussi, (IDE1, I.341)</p> <p>Et là, on est dans un cadre social et un cadre aussi de norme. (IDE1, I.309)</p> <p>on s'aperçoit que la confiance a pris un petit peu une autre tournure avec les réseaux sociaux (IDE1, I.316)</p> <p>Il y a beaucoup de jeunes « Youtubeurs » aujourd'hui et évidemment, dans ces situations-là où les choses sont encore moins maîtrisées suite à un accident, par exemple un trauma crânien.... J'y pense parce que j'ai une situation comme cela qui existe-là...on peut se mettre en péril quand même ... et en payer peut être un peu le prix après. (IDE1, I.317)</p> <p>Il y a les interdits qui ramènent à la règle institutionnelle (IDE1, I.357)</p> <p>les limites je pense que ce sont les mêmes que dans toutes les institutions. (IDE1, I.365)</p> <p>les relations sexuelles sont interdites(IDE1, I.366)</p>	<p>Ça dépend tellement des situations. (IDE1, I.331)</p> <p>si on en parle globalement, il y a beaucoup de secteurs où cela n'a pas évolué. (IDE1, I.332)</p> <p>tout ce qui nous amène à s'exprimer un petit peu d'un point de vue personnel, moi je trouve que c'est pire qu'avant. (IDE1, I.336)</p> <p>Aujourd'hui, c'est vachement plus contraint. On n'est pas très libre dans nos échanges professionnels. (IDE1, I.338)</p> <p>Mais en tout cas, dans la communication professionnelle, je pense que, par exemple, ça n'a pas évolué. (IDE1, I.350)</p> <p>Des fois tu peux, peut-être pour éviter d'aborder aussi la question, (IDE1, I.353)</p> <p>oui il a évolué...mais pas comme je le pense comme l'évolution qu'il serait beaucoup plus facile d'en parler, c'est différent. (IDE2, I.239)</p> <p>qu'avant c'était plus simple... (IDE2, I.244)</p> <p>on en parlait, on prenait beaucoup plus de temps avec les patients. (IDE2, I.249)</p> <p>ce n'était pas cloisonné comme c'est maintenant. (IDE2, I.254)</p> <p>on avait le sentiment que pour les patients... on était plutôt des humains. Ils parlaient à une femme, ils parlaient à un homme... c'était différent (IDE2, I.256)</p> <p>je trouve que ça n'a pas vraiment évolué. (IDE2, I.273)</p>



NOM : DEBLAUWE

PRENOM : SOLENE

TITRE : HANDICAP MOTEUR : VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE

During my internships, I have noticed that some topics are only addressed in a limited way by the caregivers.

According to the reaction of the nursing team about a 19- year-old man suffering from paraplegia and discovering his intimacy with another patient, I have asked myself : What role can nurses play in supporting the sexuality and affectivity of a person with a physical disability in a hospital context ?

Thus I read about the notions of sexuality, affectivity, and nursing accompaniment. Therefore, I was led to address a very topical subject : the notion of sexual assistance. Interviews with two professionals from the same rehabilitation establishment, a nurse psychologist and a nurse, led me to realize the real taboo and the difficulty of addressing this subject for caregivers even though they are regularly confronted with the intimacy of patients. These findings then raise a key question. . .

Mes stages m'ont permis de faire une constatation, celle que certains sujets sont abordés de manière restreinte par les soignants. Un jeune homme de 19 ans atteint de paraplégie, la découverte de son intimité avec une jeune patiente, une équipe soignante frileuse sur le sujet, tels sont les éléments qui m'ont amenée à la question suivante : Quel rôle les infirmier.e.s peuvent-ils avoir sur l'accompagnement à la sexualité et l'affectivité d'une personne en situation de handicap moteur dans un contexte hospitalier ? Pour cela, j'ai effectué des lectures sur les notions de sexualité, d'affectivité, et d'accompagnement infirmier. J'ai donc été amenée à aborder un sujet très actuel : la notion de l'assistance sexuelle. Des entretiens auprès de deux professionnels du même établissement de rééducation, l'un infirmier psychologue de formation et l'autre infirmière, m'ont amenée à me rendre compte du réel tabou et de la difficulté à aborder ce sujet pour des soignants pourtant confrontés régulièrement à l'intimité des patients. Ces constatations posent alors une question essentielle...

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

Sexuality-affectivity- physical disability- taboo- intimacy.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

Sexualité, affectivité, handicap moteur, tabou, intimité.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU PONTCHAILLOU

Adresse : 2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2017-2020

