



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La sexualité en Psychiatrie



Formateur référent mémoire : Gaël ROBIN

BURONFOSSE Noémie
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
2 mai 2022



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 : *La sexualité en psychiatrie*

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 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 2 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Noémie BURONFOSSE

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^{er} : 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.

2 mai 2022

REMERCIEMENTS

À mon directeur de mémoire, Gaël, pour son aide et ses conseils durant ce travail de fin d'étude.

À ma référence pédagogique, Murielle, pour son accompagnement durant toute ma formation, merci d'avoir été présente et de m'avoir permis de gagner confiance en moi.

À mes parents, Nathalie et Jean Philippe, pour votre soutien psychologique et financier. Merci de m'avoir encouragé, réconforté et d'avoir cru en moi durant toute ma formation. Sans vous, je ne serai pas celle que je suis aujourd'hui.

À mes frères, Benjamin et Maxime, pour votre soutien, votre humour et vos encouragements.

J'ai une pensée particulière pour mes grands parents, oncles, tantes et cousins pour vos conseils et votre présence.

À mes amis, merci de m'avoir toujours aidé durant mon parcours scolaire et de m'avoir soutenu moralement.

À celui qui m'a écouté parlé, qui a entendu mes craintes et qui m'a soutenu quand ça n'allait pas, merci Ronan pour l'amour que tu me portes depuis 6 ans.

Merci à mes amies de l'IFSI, Camille et Kathleen pour tous ces moments vécu durant ces trois années à Rennes.

Merci à l'Infirmier et à la patiente pour avoir su trouver le temps de répondre à mes questions.

Je serai infiniment reconnaissante envers toutes ces personnes, mes professeurs au collège, au lycée, les équipes de soins, les professionnels que j'ai rencontré, de m'avoir tant encouragé et qui m'ont fait croire en ce si beau métier que je m'appête à exercer.

À mon ami Nicolas, j'espère que tu trouveras réponse dans cette recherche.

Merci à mes lecteurs.

SOMMAIRE

1 . Introduction	1
2. Cheminement vers la question de départ	1
2.1 Présentation de la situation clinique	1
3. Cadre conceptuel	3
3.1 La sexualité à travers les âges	3
3.2 La sexualité des jeunes patients souffrant de troubles psychiques	5
3.3 Prendre soin Infirmier	8
4. Analyse descriptive de mes entretiens	11
4.1 Présentation du dispositif méthodologique du recueil de données	11
4.2 Analyse des entretiens	12
4.2.1 La sexualité	12
4.2.2 La relation soignant soigné	13
4.2.3 Le prendre soin	14
5. Discussion	16
5.1 La sexualité	16
5.2 La relation soignant soigné	17
5.3 Le prendre soin	18
6. Conclusion	20
Bibliographie	21
Annexes	

Annexe 1 : Campagne de prévention - novembre 2021

Annexe 2 : Guide d'entretien avec l'IDE

Annexe 3 : Guide d'entretien avec la patiente

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec la patiente

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec l'Infirmier

Annexe 6 : Tableau de l'analyse descriptive de la patiente

Annexe 7 : Tableau de l'analyse descriptive de l'Infirmier

Annexe 8 : Abstract

1 . Introduction

La sexualité dans notre société a toujours été un sujet tabou et l'est davantage au sein des structures de soins. Ce sujet est d'autant plus délicat dans les établissements de santé où les patients peuvent présenter des troubles psychiques. La prévention, les groupes d'échanges, les entretiens avec les psychologues sont souvent mis en place et peuvent faciliter les échanges et réduire les risques pour les patients.

Cependant, les professionnels de santé se questionnent souvent concernant la vulnérabilité et le consentement de certains patients. De ces questionnements interviennent souvent les dimensions éducative et préventive.

Durant ma formation, lors d'un stage en psychiatrie, une situation m'a interpellé et m'a amené à réaliser ce travail scientifique de fin d'étude. Ces réflexions m'ont permises d'oeuvrer sur diverses notions comme le prendre soin dans les dimensions éducatives et préventives ainsi que l'accompagnement des patients. Pour perfectionner ce travail, j'ai du réaliser un entretien auprès d'un Infirmier et d'une patiente et j'ai par la suite analyser ces résultats.

J'ai souhaité effectuer ce travail d'initiation à recherche sur cette thématique car elle m'a semblé intéressante et trop souvent oublié dans les structures de soins. La sexualité est de plus en plus acceptée dans les EHPAD et parfois dans les MAS mais elle est peu présente dans les structures en psychiatrie car elle est difficile à intégrer dans le parcours de santé du patient.

Ainsi, pour développer ce travail de fin d'étude, j'ai élaboré un plan qui est constitué dans un premier temps d'une introduction, dans un second temps d'un cheminement vers ma question de départ. Ce cheminement m'a permis d'écrire ma troisième partie qui s'articule autour de mon cadre théorique. Pour ma quatrième partie, j'ai du réaliser une analyse descriptive ainsi qu'une discussion. Pour finir, j'ai du rédiger une conclusion comprenant une question d'ouverture.

2. Cheminement vers la question de départ

2.1 Présentation de la situation clinique

Lors de ma deuxième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai effectué un stage en psychiatrie au sein d'un centre de Post-Cure. Ce service accueil des patients stabilisés dans leur maladie, âgés de 18 à 35 ans. Notre rôle en tant que soignant étant d'accompagner ces patients pour qu'ils puissent à la fin de leurs deux années de parcours au sein du centre, être plus autonome dans leur vie quotidienne (prise de médicaments, soins d'hygiènes, rythme de vie, activité professionnelle...).

Ce centre pouvait accueillir 49 patients : tout au long de la journée, les patients travaillaient sur leurs ateliers thérapeutiques (choisi à l'entrée de l'hospitalisation en fonction de leur intérêt) et le soir, ils 2 étaient de retour dans leur foyer (mixte) pour faire à manger, partager des moments conviviaux...

J'ai trouvé ma place d'étudiante relativement rapidement au sein de l'équipe soignante et auprès des patients malgré mon âge souvent similaire aux leurs.

E.H est une patiente âgée de 20 ans. Elle est atteinte de trouble schizophrénique depuis qu'elle l'âge de 13 ans. E est une patiente motivée malgré son parcours difficile : elle a été pendant plusieurs mois en pédopsychiatrie et plusieurs fois placée en chambre d'isolement.

Quelques jours avant mon arrivée, E a rencontré J, un patient légèrement plus âgé (23 ans). Lui aussi est atteint de trouble schizophrénique et consommait des produits illicites.

Lors de mon arrivée, J et E étaient souvent à s'embrasser dans les couloirs, ou pendant leur pause de travail lors des ateliers thérapeutiques. La cadre du service leur a rappelé les règles de l'institution en leur signalant qu'ils devaient rester discret. Les relations amoureuses n'étaient pas interdites mais les relations intimes l'étaient.

Cette situation ne m'a pas interpellé aux premiers abords mais lors d'une réunion avec d'autres étudiants (en stage au même moment que moi) et les psychologues, ce sujet est revenu et c'est à partir de cette réunion que j'ai eu plusieurs questionnements.

En effet, un des maîtres mots de notre formation est l'autonomisation et la non infantilisation des patients. Notre rôle soignant est d'accompagner les patients pour qu'ils puissent devenir autonome à la fin de leur parcours de soin.

À la suite de cette réunion, je me suis demandée pourquoi E et J devaient se cacher, pourquoi ne pas les accompagner dans leur sexualité, pourquoi ne pas écouter leurs besoins. Les psychologues m'ont indiqué qu'aucune prévention sexuelle n'étaient faites auprès de ce public malgré le jeune âge des patients. Autrement dit, ce sujet pourtant présent dans notre société, n'est pas abordé au sein de la structure.

Durant tout le restant de mon stage, j'étais partagée entre la vulnérabilité liée à l'impact de la maladie sur la faculté de discernement du patient et de l'autre, le respect de sa vie privée et du désir des patients. Cette situation m'a paru infantilisante pour ce jeune couple (et pour les autres patients) mais elle m'a semblé également dangereuse pour le devenir du patient.

En effet, ne pas faire de prévention et interdire les relations intimes ne permettent pas au patient d'appréhender sereinement et sans danger une future vie sexuelle active.

Le fait de ne pas accompagner le patient sur ce sujet peut avoir des conséquences sur sa vie future. Il ne saura pas forcément ce qui est « normal » ou non, il ne saura pas forcément se protéger, apprécier, ou refuser. Il est dans notre devoir d'accompagner le patient quelque soit le sujet.

Plusieurs questions me sont venues : Comment me positionner en tant que future soignante? Comment pouvons nous aider le patient à profiter de sa vie intime en toute sécurité ?

Ces questionnements m'ont conduit à réaliser des recherches sur la thématique de la sexualité en psychiatrie et j'ai ainsi pu mener ma démarche de réflexion au bout de mon projet. Mes questions initiales m'ont naturellement conduites à me poser la question de départ suivante :

Dans quelle mesure le prendre soin Infirmiers dans les dimensions éducatives et préventives influence-t-il l'accompagnement sur la thématique de la sexualité de jeunes patients souffrant de troubles psychiques ?

Cette question de départ a naturellement ouvert plusieurs hypothèses. Peut-être que si le prendre soin Infirmier est développé, l'accompagnement des patients sera plus efficace. D'autre part, la sexualité des jeunes autour du tabou peut potentiellement limiter l'accompagnement. Ensuite, même si le soignant effectue un très bon accompagnement et qu'il est parfaitement renseigné sur le sujet, cette thématique peut rester délicate par rapport à ce public.

3. Cadre conceptuel

3.1 La sexualité à travers les âges

D'après la définition du CNRTL la sexualité serait « L'ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité ».

Ce sujet a toujours été tabou dans notre société de part nos origines chrétiennes. En effet, même si l'Homme est sur terre pour se reproduire, dans la bible, Saint Paul explique que le mariage serait une explication à l'immoralité sexuelle : l'Homme ne sait pas contrôler ses pulsions ni ses désirs. Ainsi, le mariage serait un moyen de maîtriser cette immoralité sexuelle. Dieu accepte le plaisir charnel à condition que celui ci ne donne pas naissance à une vie humaine hors structure familiale, autrement dit, hors mariage.

La sexualité a toujours existé sous différentes formes mais ne pouvant pas traiter l'entièreté de ce domaine, j'ai ciblé mes recherches sur l'évolution de ce sujet au sein des institutions à partir du XVIII ème siècle et seulement dans les pays occidentaux.

Courant XVIII ème et XIX ème siècle, le Dr Samuel Auguste Tissot et plusieurs autres de ses confrères affirment que la masturbation serait à l'origine de plusieurs pathologies inexpliquées telles que l'hémiplégie, les tumeurs, les délires, la fièvre...

Pour cela John Harvey Kellog aurait recommandé la circoncision pendant l'adolescence. D'après ses dires, il considèrerait la masturbation comme la pire propension pour l'homme. Pour cela, il proposait de pratiquer chez les jeunes gens arrivant à la puberté, l'ablation du prépuce autrement dit la

circoncision. Cette pratique ne devait pas être effectuée sous anesthésie car il devait y avoir un effet salutaire de l'esprit.

Si la circoncision n'avait pas une conséquence assez importante, d'autres moyens comme le bandage des parties génitales, le ligotage des mains ou la camisole (arrivée plus tard) étaient mis en place pour dissuader de pratiquer cette masturbation jugée immorale et dangereuse. En plus de ces accoutumances, une condamnation morale était mise en place et instaurait un sentiment de culpabilité qui aurait été, selon de nombreux témoignages, « la pire des camisoles ».

Cette condamnation concernant la masturbation était évidemment similaire dans le milieu institutionnel que se soit en prison ou dans les hôpitaux. De plus, les familles, réceptives à la propagande des dangers de la masturbation, confiaient les adolescents surpris en train de se masturber, au corps médical pour qu'ils puissent se faire soigner.

Il existe peu d'écrits concernant la masturbation féminine car plus discrète mais la cautérisation des organes et la clitoridectomie étaient souvent pratiquées.

Arrivé au XX^{ème} siècle, la répression de la masturbation et le fort sentiment de culpabilité auraient poussé d'anciens adolescents à développer des troubles psychiatriques.

En 1868, à Vienne, Kàrdy Maria Kertbeny invente le mot d'« homosexualité ». Mais ce n'est qu'en 1880 sous l'influence de Krafft que ce mot entre en usage. Avant, d'autres mots étaient employés : on parlait de unisexual, d'antiphysique, d'uraniste... L'homosexualité était considérée comme une déviance, on parlait même de « Crime sans nom » en Angleterre.

À la fin du XIX^{ème}, début du XX^{ème} siècle, les homosexuels étaient internés en psychiatrie à des fins thérapeutiques mais continuaient d'être poursuivis par la justice. En Allemagne par exemple, cette maladie était punie par le code pénal et les médecins devaient rechercher des habitudes de pédérasties pour permettre à la justice de condamner les homosexuels. La peine connotait vice, perversion, immoralité. Elle était donc difficile à porter.

En 1869, selon Carl Westphal, l'homosexualité devient une maladie mentale et préconise un traitement plutôt qu'une condamnation. Pourtant, malgré cette affirmation, deux points de vue s'affrontent. Selon Ambroise Tardieu, les homosexuels devaient être traqués et devaient assumer trois statuts à la suite de leur condamnation : celui du criminel, du fou et du pédéraste. Selon Westphal et d'autres psychiatres, les homosexuels devaient avoir le statut de malade mais pour cela, les patients devaient accepter d'être soignés par des thérapeutiques hasardeuses.

La pédérastie était véritablement haïe par la population comme peuvent le montrer de nombreux témoignages de détestation homosexuels. En 1845, lors d'un procès jugeant quarante-sept accusés, un juge d'instruction annonce que la pédérastie serait l'école où se forment les criminels les plus audacieux.

En 1943, Abraham Maslow publie une pyramide comportant cinq besoins. Dans son dernier item, Maslow exprime le besoin de s'accomplir, autrement dit, le besoin de se reproduire. Dans son troisième item, le psychologue évoque le sentiment d'appartenance. Maslow explique ce besoin à travers l'intimité sexuelle que peuvent avoir deux individus.

En 1947, la célèbre infirmière américaine, Virginie Henderson, a créé 14 besoins fondamentaux pour le bon développement des patients. Elle place la sexualité dans son treizième besoins et explique que se recréer est nécessaire pour l'Homme. Ça lui permet de se divertir et de se détendre physiquement et psychologiquement.

En 1974, l'OMS développe un nouveau concept, celui de la Santé Sexuelle :

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.

C'est seulement en 1994 que l'OMS dépathologise l'homosexualité.

À partir des années 1990, les relations sexuelles interdites sont explicitées dans les règlements intérieurs. Cependant, la psychiatre Catherine Deshays, explique dans un numéro de la revue Soins Psychiatrie que malgré la prohibition de ces relations, certains patients étaient accompagnés dans les bordels de la ville.

Nous pouvons en conclure que la vision de la sexualité a considérablement évolué durant les siècles, que se soit au sein de nos institutions ou dans notre société. Aujourd'hui, elle se montre partout : à la télévision, au cinéma, sur internet. Cette démocratisation peut être perçue comme quelques chose de positif concernant l'évolution de nos états d'esprits. Cependant, ce sujet reste parfois trop accessible à notre jeune public. Il est souvent mal interprété et peut laisser différentes séquelles.

3.2 La sexualité des jeunes patients souffrant de troubles psychiques

Malgré une nette évolution de la vision de la sexualité dans notre société et au sein des institutions, de nombreux soignants restent perplexes face à l'accompagnement des jeunes patients dans leurs relations sexuelles. Les mêmes interrogations sont fréquentes d'un individu à l'autre : Comment accompagner un patient dans ses relations sexuelles ? Est-il capable de dire ce qu'il désire ? Comment dois-je faire pour comprendre ses besoins ? Etc...

En France, les relations sexuelles ne sont pas interdites, peu importe l'âge. Cependant, si il y a une relation sexuelle entre un mineur de moins de 15 ans et un majeur, alors il peut y avoir une peine qui peut varier selon la qualification de l'infraction retenue. L'article 227-7 du Code Pénal explique que :

Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle prévus à la section 3 du chapitre II du présent titre, les atteintes sexuelles sur un mineur âgé de plus de quinze ans sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende :

1° Lorsqu'elles sont commises par toute personne majeure ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

2° Lorsqu'elles sont commises par une personne majeure qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

D'après la charte du patient hospitalisé, article 8 « Tout patient hospitalisé a le droit au respect de sa vie privée »

Ces deux articles démontrent que l'Homme, en France, est libre de choisir sa vie sexuelle. En effet, malgré la pathologie du patient, nous devons respecter l'intimité de sa vie. Cependant, cette charte n'explique pas les droits des patients concernant leurs relations sexuelles. Les patients atteints de troubles psychiques sont parfois vulnérables et il est difficile de trouver un juste milieu entre le respect de leur vie privée et leur sécurité.

Pour comprendre ce qu'est une relation sexuelle, il m'a semblé intéressant de comprendre le mécanisme des zones impliquées lors de ces relations dans notre cerveau. De part l'excitation que nous pouvons ressentir, la zone située dans le cortex orbito-frontale latérale au dessus de l'oeil s'active. Ensuite, l'émotion sexuelle active les noyaux amygdaliens et à la suite de ces mécanismes, l'excitation physique (érection pour l'homme et lubrification pour la femme) se met en place.

Audrey Gorin-Lazard, psychiatre et sexologue à l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille explique dans Santé Mentale, qu'il existe un retard de la sexualité des patients souffrant de troubles psychiatriques comme par exemple ceux atteints de schizophrénie. En effet, cette maladie se déclare souvent au début de l'âge adulte et en parallèle, c'est à cette période que la plupart des adolescents font leurs premières expériences sexuelle. Ces nouvelles expériences sont fondamentales pour l'acquisition de leur nouvelle sexualité. Si les manifestations psychotiques interfèrent avec ce nouvel apprentissage on peut supposer que leur développement sexuel peut être perturbé. De plus, même si on ne peut résumer le plaisir sexuel qu'aux hormones le taux de gonadotrophines et d'hormones sexuelles seraient inférieurs chez les patients schizophrènes. L'équilibre biologique est essentiel pour le bon fonctionnement sexuel. Ce taux inférieur est indépendant aux effets secondaires des traitements neuroleptiques.

Dans la revue Soins Psychiatrie, ils expliquent que le patient adolescent fait ses premières expériences sexuelles mais que parfois, il manque cruellement de discernement à cause de sa

pathologie. Par exemple, l'état limite, est souvent décrit comme un patient qui est prêt à tout et qui veut dépasser ses propres limites car il aime se mettre en danger. Ces conduites peuvent concerner plusieurs sujets comme par exemple la drogue, les fugues mais aussi, les rapports sexuelles. Face à ces comportements, les soignants sont souvent désemparés. Selon l'article, les professionnels de santé seraient amenés à contrôler plus qu'à accompagner. Le patient est donc vulnérable et ses choix ne sont pas forcément judicieux face à son état de santé.

D'après la définition de l'internaute, la vulnérabilité serait décrit comme « le caractère de quelque chose de fragile, de vulnérable ou encore de sensible. Il peut s'agir plus généralement d'une faiblesse ».

Hubert Mazurek, expose deux points de vues : soit c'est la vulnérabilité qui a besoin de soin, soit c'est le soignant qui doit changer sa vision de ce qu'est pour lui, la vulnérabilité.

Il existe différents types de vulnérabilité : vulnérabilité en sécurité, sociale, psychologique, énergétique, etc. La vulnérabilité psychologique peut avoir plusieurs conséquences comme par exemple ne pas exprimer librement son consentement.

Il peut y avoir également la vulnérabilité face à la pornographie. Selon le ministère des solidarités et de la santé, à 12 ans, un enfant sur trois a déjà été exposé à la pornographie. Cette exposition peut être volontaire ou accidentelle mais dans tous les cas, les sites pornographiques sont peu protégés et les jeunes adolescents ont souvent accès à ces vidéos.

De plus, la plupart des contenus sont créés pour les hommes et dévalorisent la femme en mettant en scène une certaine domination masculine. Cette inégalité influence la vision des jeunes adolescents sur leurs pratiques sexuelles.

Selon Santé Mentale, le fonctionnement sexuel adéquat est très subjectif et une question fondamentale peut-être posée : y-a-t-il une sexualité non dysfonctionnelle c'est à dire « normale »? Les accès prématurés aux vidéos pornographiques et le manque d'éducation face à la sexualité peuvent amener les jeunes patients à avoir des dysfonctions sexuelles. Ainsi, ce terme classé selon la CIM 10¹ et le DSM-IV-TR², décrivent les dysfonctionnements comme des troubles du désir sexuel, des troubles de l'excitation sexuelle ainsi qu'une potentielle dysorgasmie.

Michel Bellone, psychiatre à la clinique les Flamboyants à la Réunion a fait une étude portant sur la vision des parents par rapport à la sexualité des personnes souffrant de psychose. Selon les résultats :

64% des parents pensent qu'une vie sexuelle est bénéfique à leur enfant souffrant de troubles psychiatriques. 45,5% estiment qu'il est nécessaire de favoriser la vie sexuelle et amoureuse des patients par les moyens suivant : une meilleure communication entre les patients (et probablement

¹ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

² Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version révisée.

eux) et l'équipe médicale; une éducation à la sexualité (contraception, prévention des IST, hygiène) et la formation de l'équipe médicale en matière de sexualité chez la personne souffrant de psychose.

Cette étude est assez révélatrice car elle met en évidence (selon les parents) le fait que le jeune public souffrant de troubles psychiatriques a besoin d'être accompagné sur leur éducation face à leur sexualité. Malgré les difficultés des équipes soignantes, la vulnérabilité des patients et la démocratisation de cette thématique, les patients nécessitent un accompagnement, une prévention et une éducation face à ce sujet.

3.3 Prendre soin Infirmier

Le Prendre Soins naît en Angleterre sous le vocable « care ». Ce concept fait appel à une responsabilité de la part du soignant³ : il doit porter une attention particulière, responsable et doit se soucier de l'autre. Prendre soin de l'autre c'est prendre en compte ses besoins.

Selon W.Hesbeen « Prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est à dire unique ».

Plusieurs notions peuvent être rattachées au Prendre Soins mais les dimensions éducatives et préventives m'intéressent tout particulièrement dans ce travail de recherche. Selon l'OMS « La prévention est l'ensemble des mesures qui ont pour but d'éviter ou de réduire la gravité des maladies et des accidents ». Il existe 3 types de prévention : la prévention primaire qui se situe en amont des problèmes de santé, la prévention secondaire qui tente de réduire la durée de la maladie et diminuer son évolution et pour finir la prévention tertiaire qui a pour but d'éviter les récurrences.

Selon l'OMS, l'éducation serait définie comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».

L'éducation est elle-même un moyen de prévention. En effet, en éduquant les patients, on réduit les risques de récurrences, de maladies, d'accidents... Ainsi, on apporte une potentielle solution en agissant en amont sur des comportements à risque.

D'après le Ministère d'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, l'éducation à la sexualité doit être un apprentissage à l'école. En effet, elle vise à informer les enfants/adolescents à se respecter et à respecter les autres. Le but de cette démarche serait :

- D'apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques
- D'identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique
- De développer l'exercice de l'esprit critique

³ Le Prendre Soins n'est pas exclusif au soignant mais il en demeure le socle du métier.

- De favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (prévention, protection de soi et des autres)
- Faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Même si cette éducation à la sexualité reste succincte et parfois oublié dans les programmes, les jeunes en ont bien conscience et $\frac{3}{4}$ d'entre eux aimeraient que cette éducation soit renforcée durant la scolarité...

Néanmoins, cette notion permet à un jeune de s'approprier sa vie sexuelle sereinement et en toute sécurité. De part cet apprentissage, il est censé être en capacité de reconnaître un comportement à risque (notion de consentement), de faire attention aux moyens de préventions tel que les Infections Sexuellement Transmissibles, une grossesse non désiré...

Cette éducation peut se faire également au sein du foyer familial. Une étude menée par Emile Cailleau nous montre que sur 516 jeunes âgés de 12 à 25 ans interrogés, 42% n'ont jamais parlé de sexualité avec leur famille ou ne prévoient pas d'en parler. D'après cette même étude, 62% ne veulent pas en parler par pudeur, 20% par crainte d'être jugés et 14,4% ont tout simplement peur d'en discuter.

Même si la majorité des jeunes ne veulent pas échanger avec leurs pairs, ils en ont néanmoins la possibilité.

Les médias, le cinéma et la pornographie sont des moyens différents mais peuvent tout autant éduquer à la sexualité. Seulement, comme expliqué dans ma précédente sous partie, la pornographie peut être une exposition involontaire et souvent prématurée. Un enfant de 12 ans n'a pas le même recul qu'un adulte ayant déjà eu une relation sexuelle. Notre esprit critique n'est pas le même et nous pouvons faire la différence entre la réalité et la mise en scène des acteurs.

Malheureusement, selon le Ministère de la Solidarité et de la Santé, près d'un quart des jeunes expriment avoir été choqué par le contenu des vidéos pornographiques et ont eu par la suite des complexes surtout quand l'exposition a été accidentelle. 44% des jeunes adolescents déclarent avoir reproduit les actes pornographiques observés quand ils ont été en âge d'avoir des rapports sexuels.

Ces vidéos peuvent être visibles par tous les adolescents mais les parents sont conscients qu'avec l'augmentation du numérique, les contenus pornographiques peuvent être visionnés trop tôt. C'est pour cela que le 9 février 2019, Cédric O et Adrien Tauquet lance une campagne visant à interpeller les parents sur les conséquences néfastes d'un accès prématuré à ces vidéos. Le site « je protège mon enfant de la pornographie » a été créé justement pour aider les jeunes parents à être informés sur les contenus pornographiques.

Cette exposition ne reflète pas toujours la réalité et l'impact peut être dramatique par la suite si les actes sont reproduits. En effet, d'après une étude de Joelle Smets « 68,7% des répondants qui ont

consommé avant l'âge de 14 ans pensent que la pornographie inspire leurs désirs et leurs fantasmes contre 49,4% des jeunes qui ont consommé plus tardivement ». Cette inspiration peut être due aux catégories prédominantes de la pornographie. En effet, le jeune public peut être influencé par la mode comme la domination de la femme, certaines pratiques sexuelles... À contrario, l'homosexualité par exemple est peu représentatif et peut modifier temporairement ou définitivement l'orientation sexuelle d'un adolescent. Il peut également être dans le déni ou ne pas assumer par peur de ne pas être dans la norme.

Certains jeunes atteints d'une pathologie psychiatrique et parfois hospitalisés ne peuvent pas toujours être au contact de leur famille ou suivre une scolarité identique aux autres jeunes. C'est pourquoi, la pornographie peut être un des moyens pour eux de s'éduquer. Selon Nadine Gellini, enseignante spécialisée en pédopsychiatrie « la plupart des enfants scolarisés à l'hôpital de jour ne peuvent pas être élèves. ». Ainsi, ils ne peuvent pas toujours bénéficier d'un apprentissage sur l'éducation sexuelle et sur la prévention des risques. C'est pourquoi, les soignants ont un rôle primordiale à jouer dans ces deux dimensions.

Depuis près de 60 ans, la prévention sexuelle en France a énormément évolué. En effet, en 1967, la « loi Neuwirth » vise à autoriser la fabrication et l'importation de moyens de contraceptions en vente en officine uniquement sur prescriptions médicales et avec l'autorisation parentale pour les mineurs (là aussi, il y a une évolution). En 1975, la « loi Veil » annonce l'autorisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse. Il existe également de nombreuses campagnes chaque année concernant le dépistage des IST⁴ avec des affiches comme par exemple celle du mois de novembre 2021 dans le Grand Est « il est l'heure de se faire dépister - Semaine des dépistages VIH, hépatites & IST » (cf Annexe 1)

Concernant la dimension préventive, il m'a semblé intéressant de citer quelques objectifs de la Stratégie Nationale de santé sexuelle 2017-2030 :

- Développer et de promouvoir la prévention diversifiée pour mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici fin 2030.
- Réduire le nombre de grossesse non désirées et non prévues donc d'améliorer l'accès aux contraceptions.
- De renforcer l'offre de dépistage et de vaccinations.

Selon l'arrêté du 31 juillet 2009, l'infirmier a 10 compétences, dans le cadre de mon travail de recherche, la cinquième m'intéresse tout particulièrement. « Initier et mettre en oeuvre des soins éducatifs et préventifs ». Dans cette situation, l'infirmier peut mettre en place par exemple des ateliers thérapeutiques, des groupes de paroles, peut organiser des accompagnements au planning familial, aux dépistages des IST, etc...

⁴ Infections Sexuellement Transmissibles

L'infirmier peut travailler avec l'équipe pluridisciplinaire comme par exemple un psychologue, un psychiatre ou avec ses collègues infirmiers. De part le tabou et la complexité du sujet, ces solutions sont parfois difficile à mettre en oeuvre.

Pour conclure, même si l'éducation à la sexualité est plutôt d'actualité en France, cette dimension reste parfois trop succincte en psychiatrie et les jeunes ont souvent recourt accidentellement ou volontairement accès à la pornographie. Seulement, cette « solution » peut influencer certaines pratiques et peuvent donc mettre en danger l'esprit critique. En effet, les jeunes patients ne connaissent pas forcément les notions du consentement. Il est donc difficile de se reconnaître victime ou agresseur de certaines pratiques, potentiellement influencer par la pornographie et par les vidéos de domination par exemple. La prévention est de plus en plus accessible, elle est essentielle et évite de nombreux risques. Le rôle soignant est primordial dans ces deux dimensions.

4. Analyse descriptive de mes entretiens

4.1 Présentation du dispositif méthodologique du recueil de données

Afin d'enrichir mon travail de fin d'étude, j'ai du réaliser une enquête sous forme d'entretien individuel. Ces entretiens enregistrés et anonymisés étaient semi directif, c'est à dire que mes questions orientaient les personnes interrogées mais qu'elles pouvaient s'exprimer librement.

À travers mes guides d'entretiens, trois objectifs ont pu être identifiés et ainsi, correspondre à mes différentes parties du cadre conceptuel. En effet, dans un premier temps, il m'a semblé important de parler de la sexualité au sein de l'institution. Ensuite, j'ai voulu aborder le thème de l'éducation. Pour finir, je tenais à évoquer la notion de prévention et les moyens mis en place pour y parvenir.

Pour avoir une vision globale, j'ai trouvé intéressant de mener deux entretiens, l'un auprès d'un ancien Aide Soignant, reconverti en Infirmier depuis 5 ans, travaillant depuis le début de sa carrière dans les soins en psychiatrie, l'autre auprès d'une patiente de 21 ans, dans l'institution en psychiatrie où j'avais effectué mon stage du semestre 4. J'ai souhaité effectuer mon enquête auprès de ces deux personnes pour confronter les points de vus.

Concernant mon entretien avec l'Infirmier, nous l'avons fait au sein de sa structure de travail à Nantes. Après avoir demandé son accord, j'ai enregistré notre échange grâce à mon téléphone. Quant à la patiente, j'ai mené l'entretien dans sa structure d'accueil en psychiatrie. La directrice de l'établissement m'a accueilli avec bienveillance et m'a permis de réaliser cet échange au calme.

Les deux entretiens réalisés ont été un réel atout dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche. Cette confrontation de résultats a été bénéfique dans l'analyse descriptive de mon enquête. L'entretien effectué auprès de l'Infirmier a été très riche; il m'a apporté de nombreuses réponses et il m'a permis d'avoir une vision du terrain que je connaissais pas avant. La patiente quant

à elle, m'a permis d'avoir sa vision de la sexualité, son ressenti face à l'institution et face aux mesures préventives et éducatives. Cependant, lors de l'entretien avec la patiente, ma principale limite a été ma tournure de phrase. En effet, elle semblait parfois mal comprendre ou ressentait des difficultés de compréhension face à mon vocabulaire. Etant donné que c'était mon premier entretien, je me suis sentie parfois confuse face à elle.

4.2 Analyse des entretiens

J'ai choisi d'analyser les données de mon entretien à l'aide d'un tableau répartissant les mots, les catégories et les thèmes de mon analyse descriptive. Ce dernier se situe en annexe de ce travail.

Afin de réaliser cette description, il m'a semblé important de classer les différents éléments par partie. Ainsi, nous allons retrouver dans un premier temps, le concept de la sexualité, ensuite nous verrons la relation soignant soigné et pour finir, nous approfondirons le prendre en soin.

Etant donné que j'ai réalisé un entretien auprès d'un Infirmier et un auprès d'une patiente, il m'a semblé intéressant de confronter les idées en fonction de mes parties et non en fonction de mes questions posées dans le guide d'entretien.

4.2.1 La sexualité

La sexualité a été abordé relativement rapidement que se soit pour la patiente ou par le soignant. Aux questions posées, ils m'ont tous les deux répondu que le sujet de la sexualité revenait régulièrement dans leurs échanges. L'infirmier explique que les patients posaient de nombreuses questions et la patiente affirme qu'elle n'a pas de problème pour aborder ce genre de discussion. En réponse à ma première interrogation, l'infirmier a répondu que les patients « posaient pleins de questions », il dit même que « c'était très riche ».

Cependant, la patiente n'a pas forcément le même ressenti. Même si elle ne ressent pas forcément de gêne ni de problème pour aborder ce thème, elle semble dubitative car « les soignants me demandent juste d'être moins démonstrative » pourtant, elle « ne voit pas spécialement le problème » d'avoir des relations sexuelles au sein de l'établissement. Cependant, même si elle exprime cette pensée, elle appréhende le fait d'en avoir au sein de l'institution avec son compagnon « Je dis stop parce que j'ai trop peur d'être virée ou d'avoir un avertissement ou des choses comme ça en fait », « j'ai hyper peur », « je me sens pas bien ». Le soignant quant à lui m'explique que « ça arrive assez fréquemment » mais que « dire qu'ils sont nombreux est assez subjectif ». Il m'indique également que la maladie altère leur désir sexuel « le fait qu'il n'y ait pas de désir fait parti intégrante de leur maladie » et ainsi, « il n'y a pas forcément une activité sexuelle hyper importante ».

Lors de la réalisation du guide d'entretien, j'ai volontairement fait le choix de ne pas aborder le sujet du tabou. La patiente n'a pas parlé de ce thème, cependant, l'infirmier a exprimé « qu'il y a quand même un fondement un peu tabou autour de ce sujet » mais il n'a pas développé davantage ce sujet.

4.2.2 La relation soignant soigné

La relation soignant soigné quant à elle, est apparue assez naturellement mais pas forcément de façon explicite ni de la même manière. Ma question était plus ou moins la même pour la patiente et pour l'Infirmier, bien entendu elle était posée différemment. Dans les deux cas, mon objectif était le même à savoir si la relation soignant soigné permet un échange plus facile pour aborder ce thème et dans les deux réponses, j'ai un retour affirmatif. Le soignant m'explique qu'au début, les patients ne se confient pas forcément à eux car « ils ne nous connaissent pas ». La relation passe par différentes phases et « ils apprennent à nous connaître » et puis « ils peuvent avoir confiance ». Cette relation crée un lien qui permet par la suite de mener les patients. Ainsi, l'équipe peut être une vraie ressource pour eux. En effet, l'Infirmier m'indique « qu'on devient un peu leur repère », « qu'ils peuvent les guider ». Par rapport à cette dernière phrase, j'ai perçu comme un sentiment d'inquiétude sur le visage du soignant et effectivement, il me met en garde en me disant « on peut même parfois les influencer donc ça il faut faire attention aussi ». La patiente a elle aussi parlé de cette relation soignant soigné mais sous une autre forme : elle a déjà été accompagnée par les soignants pour créer cette relation de confiance, son point de vue était donc particulièrement intéressant. La patiente m'indique que la disponibilité des soignants est essentielle pour cette relation. Elle me répond indirectement que si elle ose parler du sujet de la sexualité avec l'équipe c'est grâce à la confiance qu'elle a en eux. Elle m'explique qu'elle ne parle pas à tous les soignants mais à « ceux à qui je fais confiance, genre P ou A, je peux leur poser la question ». Elle insiste plusieurs fois sur le fait que les soignants sont accessibles et elle peut échanger et poser ses questions quand elle en a « Ils répondent tout le temps », « Je peux leur poser la question », « Il y a toujours quelqu'un pour me répondre ». Cette disponibilité de la part des soignants se ressent et c'est ce qui peut instaurer cette relation de confiance.

Cette relation soignant soigné peut être impactée par le contrôle que peuvent avoir les soignants sur la vie des patients. En intra hospitalier notamment, l'Infirmier m'indique que les patients sont sous contrôle car ils sont vulnérables donc « il y a beaucoup de règles » et « beaucoup de surveillance ». Le mot vulnérabilité est employé à 9 reprises ce qui prouve que pour le soignant, cette notion est très importante. Pour la patiente, elle estime que quand elle n'a pas envie de faire quelque chose, elle ne le fait pas. Ici, ma confrontation d'idée n'est pas forcément judicieuse car le soignant parle de l'intra hospitalier (les patients sont pour lui, vulnérables au moment de leur hospitalisation) tandis que la patiente est en extra hospitalier donc elle n'est plus aussi vulnérable. Cependant, sa vie sexuelle est officiellement inexistante au sein de l'établissement. Elle explique que le soir, elle a « le droit à une demi-heure » où elle peut rester avec lui dans le salon du foyer à regarder la télé mais elle n'a pas le droit d'aller dans sa chambre. Je lui ai par la suite demandé si elle ne ressentait pas un sentiment d'injustice ou de frustration, et sa réponse était négative. Le soignant échange sur le fait que les différentes hospitalisations peuvent avoir un rôle dans le contrôle de la sexualité des patients « Les modes d'hospitalisation sous contrat notamment, nous permettent de contrôler ». Encore une fois, le

soignant revient sur l'intra hospitalier en me précisant que « la politique en service d'admission, c'est pas de sexualité », elle est inexistante : « on ne parle pas de ça parce qu'on est en phase de crise », « par principe de précaution, ça n'existe pas », « on le met de coté et surtout on protège les uns et les autres ». Les politiques d'établissements sont assez stricts car selon lui, « on a plutôt tendance à refuser les relations sexuelles », « c'est un patient par chambre ou soit deux hommes ou deux femmes ».

Du point de vu législatif, les réponses sont similaires. En effet, il m'a semblé intéressant d'aborder ce thème dans une question. Pour l'Infirmier, l'aspect législatif est assez clair : « On a le droit de contraindre une personne (...) si il y a une contrainte de poser ». Je lui ai posé une question concernant les droits qu'il pouvait avoir par rapport à la sexualité du patient, il m'a indiqué que parfois, après avoir fait une évaluation clinique, il se rendait compte que c'était la pathologie de la personne qui s'exprimait et non le patient en tant que tel. À ce moment, « le patient peut être contraint à ne pas faire ou faire certaines choses ». Concernant la patiente, au premier abord, sa réponse est plutôt claire aussi. Elle m'indique que si des soignants les surprennent lors d'un rapport sexuel « ils sont virés », puis, elle montre une hésitation et me répond à nouveau « peut être pas virés, mais un avertissement je pense ». Je lui ai demandé si cette information elle l'avait eu par un soignant ou par une indication dans l'établissement, ce à quoi elle a répondu « Non, c'est moi je pense ça comme ça, je pense que c'est interdit ».

4.2.3 Le prendre soin

J'ai abordé le prendre soin que se soit auprès de la patiente ou du soignant. En effet, mon guide d'entretien évoquait le thème de la prévention et de l'éducation dans les deux cas. J'ai également pu aborder le sujet de la pornographie en lien avec mon cadre conceptuel.

L'Infirmier m'explique « qu'il n'existe pas vraiment d'outils ou de méthodes spécifiques pour la notion d'éducation ». Cette thématique a été abordé à plusieurs reprises et non pas seulement lors d'une question. Il parle d'une démarche réflexive « On doit se poser des questions », « Réfléchir ». Là encore, le soignant me parle une nouvelle fois de la notion de vulnérabilité. En effet, selon lui, le prendre en soin en matière d'éducation ne serait pas fait de la même manière si le patient est vulnérable ou non « Nos actions découlent aussi en fonction de la vulnérabilité ». Il m'explique également que parfois « C'est la maladie qui s'exprime et pas le patient, on sait qu'il est vulnérable »; dans ce cas, l'éducation n'est pas favorable car « On parle de ses besoins secondaires, donc c'est rester en vie et d'être en sécurité. Et ensuite on parle de ses besoins secondaires ». Plusieurs moyens existent pour évaluer le niveau de vulnérabilité des patients. Selon le soignant, « l'évaluation clinique » est essentielle pour évaluer la symptomatologie. Ce terme est d'ailleurs employé à trois reprises par le soignant. D'après lui, c'est à partir du moment où le patient est en sécurité, qu'il peut aborder une démarche réflexive auprès du patient et de l'équipe. Malgré cela, le mot *accompagnement* est assez présent. Effectivement, peut importe le type d'hospitalisation et le type

de pathologie, d'après lui, l'accompagnement et la relation de confiance sont deux choses essentielles pour évoquer la notion d'éducation « Je pouvais accompagner les choses de la manière la plus pédagogique possible », « On peut mettre en place des stratégies d'accompagnement à la sexualité ». Pour la patiente, les choses sont semblables à ce que dit le soignant. Elle m'explique qu'elle a besoin d'avoir une équipe présente pour répondre à ses interrogations c'est « eux qui sont les mieux placés pour m'expliquer tout ça ». Cependant, elle a fait une remarque qui m'a interpellé : lors de l'échange, la patiente m'indique qu'elle a parfois rencontré des difficultés lors de ses rapports mais pour autant, elle n'a pas eu besoin de l'équipe « On trouve nos solutions tout seul ». L'infirmier m'explique également que par rapport à l'éducation à la sexualité, les établissements de santé ne sont pas forcément favorables à cette thématique « Globalement, les établissements de santé ne prévoient pas forcément des accompagnements (...), ça vient vraiment en dernier plan ça ». Le soignant m'explique que parfois, il a « envie de faire venir certains professionnels mais je n'ai pas le droit (...), ça se fait pas, c'est dommage mais c'est comme ça ». J'ai trouvé intéressant de lui poser une question concernant les moyens qu'ils utilisaient pour se renseigner et se documenter pour assurer une éducation sexuelle pour ses patients, ce à quoi il m'a répondu « Mes ressources sont par exemples mes abonnements aux newsletter (...), des magazines, je fais des recherches ».

Concernant la prévention, j'ai abordé dans mon guide d'entretien le thème de la sécurité. Le soignant m'a tout de suite dit qu'il faisait « de la prévention tout simplement, beaucoup de prévention ». À la sortie de l'hospitalisation, les patients sont libres, donc leur choix leur appartient. C'est pourquoi, le soignant m'explique qu'avant la sortie « On les prépare avec un discours autour de la prévention ». Après avoir posé une question similaire à la patiente, elle m'indique « qu'elle ne sent pas suffisamment informée face à sa sexualité ». Après lui avoir demandé de détailler, elle m'évoque le thème des IST « Les maladies je connais pas trop », « Tout ce qui est IST tout ça ». En lui demandant par qui elle souhaiterait être informée, elle me répond « par l'équipe je pense, c'est le mieux ». Toujours en parlant de cette thématique de prévention, je lui demande ce dont elle aurait besoin pour se sentir plus informée, ce à quoi elle me répond « Juste parler au soignant, ça me convient ». D'autre part, après avoir évoqué le thème de la pornographie (que je détaillerai dans ma troisième sous partie), le soignant m'explique qu'autour de ce sujet, le rôle de l'équipe est assez importante car elle permet d'ouvrir l'esprit des patients et ils peuvent « parler d'amour, de sensibilité, de respect, de l'autre, de l'empathie ». Cette prévention est évidemment essentielle car elle permet aux patients de se familiariser avec les valeurs qu'ils sont amenés à rencontrer à la sortie de leur hospitalisation. Toujours en rapport avec la notion de la pornographie, la prévention est, d'après le soignant, évoquée car « le rôle du soignant c'est de créer ces repères et le discours autour de la pornographie ». En effet, il explique que parler « des images incomprises c'est hyper important » car parfois les patients peuvent se sentir persécutés.

La pornographie et son influence sur la vulnérabilité des patients sont encore une fois, une notion de mon cadre conceptuel. J'ai évoqué dans mon entretien, une question autour de la pornographie. En effet, je souhaitais savoir si la patiente s'était déjà servie de la pornographie comme solution pour

trouver réponses à ses interrogations. Après avoir rassuré la patiente sur le fait qu'il n'y avait pas de jugement concernant cette question, elle m'a répondu que non, elle n'en avait jamais regardé. Après avoir évoqué ce sujet d'éducation par rapport à la pornographie, le soignant m'a répondu que « elle n'a pas forcément une influence sur l'éducation sexuelle » et qu'il « aurait plutôt tendance à dire non ». En développant son propos, le soignant m'explique « qu'il y a même une incompréhension de l'image pornographique ». En essayant de comprendre davantage son explication il m'indique que « les personnes vulnérables au porno (...) c'est les états limites, les bipolaires (...), avec des symptomatologie dite positive ». Selon l'Infirmier, ce n'est pas forcément la pornographie qui a une influence sur l'état psychologique du patient mais plutôt l'inverse. En effet, « à partir du moment où quelqu'un délire, il va avoir une image, l'interpréter à sa façon (...) il pourrait se sentir persécuté ». Ici, nous pouvons constater qu'effectivement, si le patient est vulnérable, alors la pornographie aura un impact différent. Cependant, d'après le soignant, l'influence du porno serait identique peu importe la personne « j'ai envie de dire là pour le coup, c'est humain, quand il y a une méconnaissance d'un sujet (...), on a accès à une seule source d'information, on s'y fit ». Les vidéos sont faites pour être vues. Ainsi, « le porno est fait de tel sorte qu'il soit attractif et qu'il interroge visuellement » mais encore une fois, selon le soignant, même si on n'est pas atteint d'une maladie psychiatrique, on peut quand même être influencé et reproduire ce qu'on voit « Si on n'a jamais rien vu d'autre (...) on se dit que c'est la norme, notre référence, on va reproduire ». Il m'explique que pour lui, le rôle de l'équipe est de « déconstruire ces croyances » pour être dans une démarche réflexive en prouvant au patient qu'il peut y avoir autre chose.

5. Discussion

Cette cinquième et dernière partie me permettra de confronter les données de mon cadre théorique avec mon analyse descriptive tout en ayant une projection professionnelle et ainsi faire évoluer ma question de départ vers une question de recherche.

Ma question de départ comprend plusieurs concepts comme le prendre soin, la dimension éducative, la dimension préventive et évidemment, l'accompagnement dans la sexualité des jeunes patients.

Ainsi, j'ai divisé mon cadre théorique en trois parties : la sexualité, la sexualité des jeunes patients souffrant de troubles psychiques et le prendre soin qui comprend la dimension éducative et préventive. Grâce à ce travail de recherche, j'ai davantage pu définir et mieux appréhender ces notions.

5.1 La sexualité

Dans la première partie de mon cadre théorique, j'ai pu, grâce à mes lectures, comprendre l'évolution de la sexualité à travers les âges. La sexualité a toujours évolué et aujourd'hui ce n'est plus du tout la même que se soit d'une façon générale ou dans les établissements de santé. C'est depuis peu que

cette notion est abordée dans les équipes, auprès des patients ou des résidents. Pourtant, d'après mon cadre théorique, cette notion est souvent associée au mot « tabou ». Grâce à mon analyse descriptive, j'ai pu me rendre compte que nos représentations soignantes ne sont pas forcément les mêmes que les représentations du patient. En effet, la vision de la patiente n'est pas la même que la notre. Elle ne se sent pas infantilisée par la structure de soin malgré le fait qu'elle n'ai pas le droit d'avoir de relations sexuelles et pourtant, elle ne comprend pas pourquoi elle n'a pas le droit d'avoir de rapports au sein de la structure. Même si le mot tabou n'est pas explicitement abordé, la patiente ne ressent pas cette gêne par rapport à sa sexualité, elle en parle librement avec l'équipe.

D'autre part, dans la deuxième partie de mon cadre théorique, j'aborde le fait que la pathologie peut altérer le désir sexuel du patient. Ce point est similaire aux propos du soignant. En effet, même si la patiente ne se prononce pas sur ce sujet, le soignant quant à lui, exprime le fait que les patients schizophrènes typiquement, ne ressentent pas l'envie d'avoir des rapports sexuels. Les traitements donnés peuvent jouer un rôle sur l'altération de leur libido.

Mon sujet évoque la sexualité en psychiatrie mais dans mon cadre théorique, je n'ai pas fait la différence entre l'intra et l'extra hospitalier. Pourtant, le soignant m'a fait me rendre compte que la différence était assez importante car en intra hospitalier, les patients sont davantage vulnérables. En extra hospitalier, la sexualité des patients est mieux prise en compte dans leur parcours de soin. Notre rôle en tant que professionnel de santé doit être adapté en fonction de la structure, mais aussi en fonction de la vulnérabilité du patient pour que la sécurité du patient soit respectée.

La réalisation de mes entretiens et l'écriture de mon cadre théorique m'ont permis d'en apprendre davantage sur le sujet de la sexualité. Avant de réaliser ce travail d'initiation à la recherche, mes connaissances concernant cette thématique étaient pauvres. Après avoir fait ces recherches, j'ai pu comprendre l'évolution de cette sexualité à travers les âges et ainsi, mieux comprendre la politique des établissements par rapport à cette notion. D'autre part, j'ai compris que la sexualité des patients ne peut pas être acceptée de la même manière si le patient est en intra ou en extra hospitalier.

5.2 La relation soignant soigné

Dans cette deuxième sous partie, j'ai décidé d'aborder une notion que je n'ai pas du tout étudié dans mon cadre théorique. C'est pourquoi, je peux difficilement faire le lien entre mon cadre théorique et mon analyse descriptive.

Cependant, il m'a semblé intéressant de discuter de cette relation soignant soigné qui, avec du recul, me paraît évidente dans le cadre de ce travail de fin d'étude. Que se soit la patiente ou le soignant, les deux personnes interrogés m'ont bien signifié que cette relation était essentielle pour la prise en soin. Grâce à cette relation de confiance, le soignant peut d'abord gagner la confiance du patient et ainsi, il pourra discuter plus facilement avec le soigné. Quant au soigné, cette confiance est

primordiale dans le soin. En effet, dans mon analyse descriptive, la patiente m'explique qu'elle se confie aux soignantes proches d'elle : elle se sent en sécurité pour parler de ce genre de sujet.

Dans mon cadre théorique, j'ai abordé à de nombreuses reprises le fait que le patient pouvait être vulnérable et être en insécurité face à ses désirs sexuels. Pourtant, je n'ai pas abordé le fait qu'après avoir créé une relation de confiance, le patient se confie plus facilement à nous et parfois même, nous lui servons de repère. Dans mon analyse descriptive, le soignant me fait remarquer que parfois, cette relation de confiance peut nous trahir car nous avons une influence sur le patient et donc le patient peut être davantage vulnérable.

Plusieurs notions sont identiques entre mon cadre théorique et mon analyse descriptive. Par exemple, la relation de confiance peut parfois être biaisée. En effet, même si les soignants aimeraient accompagner les patients dans leur sexualité, parfois, l'état psychologique du patient ou les établissements de santé ne permettent pas d'avoir une relation soignant soigné idéale. Dans mon analyse descriptive, le soignant explique que selon les politiques et les moyens de l'établissement de soin, il ne pouvait pas toujours accompagner les patients. Dans mon cadre théorique, j'ai abordé cette même notion : les soignants expliquaient que trop souvent, ils devaient surveiller et contrôler les patients. Pour autant, même s'il existe des règles strictes au sein d'une institution, j'ai été surprise face à la réponse de la patiente concernant ce sujet. Dans mon analyse descriptive, elle explique qu'elle n'a le droit qu'à une demie heure le soir pour voir son compagnon mais qu'elle ne sent pas pour autant infantilisée ou frustrée.

Cette sous partie m'a permis de me rendre compte que nos représentations de soignants peuvent être différentes du ressenti des patients. En tant que professionnel de santé, nous souhaitons accompagner nos patients pour qu'ils se sentent en sécurité et pour qu'ils puissent ressentir une confiance envers nous. Pour autant, après avoir fait mon analyse descriptive, je me suis rendue compte que pour la patiente, il est certes, essentiel d'avoir cette relation de confiance, mais qu'elle comprend les règles et le cadre de l'institution.

Pour conclure sur cette sous partie, nous apprenons lors de nos cours théoriques que la relation de confiance permet d'avoir un meilleur prendre en soin du patient. Ainsi, en tant que future professionnelle de santé, que se soit ce sujet ou un autre, je commencerai d'abord par essayer d'établir une relation de confiance avec mon patient pour ensuite l'accompagner dans ses difficultés.

5.3 Le prendre soin

Cette troisième et dernière sous partie est similaire à mon cadre théorique et à mon analyse descriptive. En effet, que se soit auprès de la patiente ou du soignant les dimensions éducatives et préventives ainsi que la thématique de la pornographie ont été abordé.

Pour le soignant, l'éducation et la prévention font parties de l'accompagnement. Comme expliqué précédemment, ces dimensions peuvent être mises en place s'il existe une relation de confiance. Ainsi, même si dans mon cadre théorique je n'aborde pas la relation soignant soigné, j'explique grâce aux lectures que j'ai lu, que l'éducation est devenue une évidence par rapport à la sexualité. Cependant, dans mon cadre théorique, j'ai été contrainte d'aborder la dimension éducative d'une manière générale auprès des jeunes, elle n'est donc pas spécifique aux patients souffrant d'un trouble psychique. Il est difficile de faire le lien entre le terrain et la théorie. Pour autant, le soignant explique que cette dimension est souvent abordée auprès des patients de plusieurs façons. Grâce à cette éducation, l'équipe peut accompagner au mieux les patients dans leur sexualité et ainsi, garantir une sécurité par rapport à leur vulnérabilité. Même si dans mon analyse descriptive, le soignant explique qu'il y a des actions mises en place pour éduquer les patients, la patiente quant à elle a abordé le fait qu'elle trouvait parfois ses réponses seules et qu'elle ne sollicitait pas toujours l'équipe. Pour autant, elle dit se sentir proche de certaines soignantes et qu'elle n'hésite pas à poser ses questions quand elle en ressent le besoin. Cette différence de discours m'interroge mais peut être qu'elle ne ressent pas forcément le besoin de poser toutes ses questions à l'équipe et qu'elle répond à ses propres interrogations grâce à d'autres moyens d'éducatifs.

J'explique dans mon cadre théorique, de manière générale les différents types de préventions et leurs évolutions. Malgré le fait que la prévention est de plus en plus présente dans notre société de part la publicité, la sollicitation pour faire des dépistages, les informations concernant les IST, la grossesse etc, la patiente ne se sentait pas suffisamment informée concernant le sujet des IST par exemple. Pourtant, le discours de l'Infirmier était plutôt semblable à mon cadre théorique. En effet, pour lui, dans les institutions de santé, la prévention est assez présente et fait partie du parcours de soin du patient.

Concernant la pornographie, nos points de vue étaient bien tous différents. Même si cette thématique a été abordée dans mes entretiens, mon cadre théorique et mon analyse descriptive sont disjoints. En effet, mon cadre théorique aborde la thématique de la pornographie comme quelque chose de très présent dans la société. J'ai été surprise face à la réponse du soignant : la pornographie n'est pas forcément davantage utilisée auprès de ce public et au contraire, les patients ne recherchent pas forcément ce genre d'images car ils peuvent se sentir parfois persécutés. La patiente a un discours similaire à celui de l'infirmier car elle confirme qu'elle ne regarde pas de vidéos pornographiques. Dans mon cadre théorique, j'avais émis l'hypothèse que peut être par manque d'éducation à la sexualité, certains patients auraient pu avoir recours à cette solution pour s'identifier et répondre à certaines questions mais d'après les deux personnes interrogées, ce n'est pas le cas. Ainsi, comme m'expliquait le soignant, la pornographie est faite d'une certaine manière pour donner envie d'être vue et donc, elle peut être dangereuse. En effet, si la personne n'a pas cette capacité à prendre du recul, elle va reproduire et prendre ces vidéos comme une référence et en déduire que

c'est la norme. C'est à partir de ce moment que les soignants peuvent jouer un rôle dans l'éducation, la prévention et ainsi, permettre d'accompagner le patient dans sa sexualité.

La discussion de cette sous partie m'a conforté dans l'idée que la prévention et l'éducation étaient deux dimensions essentielles dans l'accompagnement du patient. Cependant, j'ai été étonné car pour la patiente, j'ai eu l'impression que la prévention et l'éducation étaient peu présentes dans son parcours de soin. Avoir eu son retour sur cette thématique reste bénéfique pour moi car cela me permettra d'approfondir ces deux notions une fois que je serai diplômé. D'autre part, le manque d'ouvrages et d'écrits sur ce sujet m'ont pénalisé dans ce travail d'initiation à la recherche. J'ai donc du élargir mes lectures afin d'avoir une vision plus globale sur mon sujet.

6. Conclusion

Ce travail de fin d'étude est la finalité de mes trois années à l'IFSI. J'ai analysé une situation lors de mon stage au semestre quatre que j'ai détaillé dans ma deuxième partie. J'ai décidé de réaliser ce travail sur cette thématique car je me suis demandée quel serait mon positionnement en tant que futur professionnel de santé concernant ce sujet.

Avant de commencer ce travail d'initiation à la recherche, je savais que mon projet professionnel n'était pas forcément lié à ce domaine mais j'ai trouvé intéressant de travailler sur un sujet qui dérange parfois et surtout, qui n'est pas suffisamment développé dans notre société.

Grâce à mon cadre théorique, j'ai pu comprendre l'évolution de la sexualité dans notre société mais j'ai également pu découvrir comment les jeunes patients souffrant de troubles psychiques, ressentaient la sexualité et la vision qu'ils en avaient. Mes recherches sur la prévention et l'éducation m'ont permis d'aborder le sujet de la pornographie. Cependant, grâce à mon analyse descriptive, j'ai compris que la théorie et le terrain ne sont pas forcément semblables. En effet, à plusieurs reprises, il y a eu différentes d'opinions et j'ai pu, grâce à mon analyse descriptive, repérer l'importance de la relation de confiance dans l'accompagnement du parcours de soin des patients. Après avoir réaliser ce travail, je me suis donc posée la question suivante :

En quoi la relation de confiance influence-t-elle l'accompagnement du prendre soin Infirmier dans les dimensions éducatives et préventives ?

Bibliographie

Pognant, P. (2009) *Les interdits hors la loi : la répression institutionnelle et médicale de la sexualité (1850-1930)*

<https://journals.openedition.org/droitcultures/1301>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (s.d)

<https://www.cnrtl.fr/definition/sexualit%C3%A9>

Organisation Mondiale de la Santé (s.d)

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

Les 14 Besoins Fondamentaux de Virginie Henderson (s.d)

https://www.psychanalyse.com/pdf/psychologie_14_BESOINS_FONDAMENTAUX_VIRGINIA_HENDERSON.pdf

L'internaute (2021) Définition vulnérabilité

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/vulnerabilite/>

Article 227 - 27 modifié par la loi n°2021-478 du 21 avril 2021 - art.4

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409082

Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995

<https://sfap.org/system/files/charte-patient-hospitalise.pdf>

Mazurek. H (s.d) *Le concept de vulnérabilité : changer de point de vue*

https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-09/010078713.pdf

Taquet. A (08/02/2021) *Exposition des jeunes à la pornographie*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/exposition-des-jeunes-a-la-pornographie>

Tourmente. C (22/03/2013) *Le désir sexuel au coeur du cerveau*

<https://www.allodocteurs.fr/archives-le-desir-sexuel-au-coeur-du-cerveau-9847.html>

Réflexion sur le soin (s.d)

<https://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/le-soin.pdf>

IFSI Salpêtrière promotion UE 4.6 S3 (2016) *L'éducation thérapeutique du patient*

http://benjamin.dautrif.free.fr/IMG/pdf/Soins_educatifs_et_preventif_ESI.pdf

L'éducation pour la santé (07/01/2021)

<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>

Cailleau. E (30/10/2018) *Plus de 4 jeunes sur 10 ne parlent pas de sexualité avec leurs parents*

<https://www.topsante.com/couple-et-sexualite/contraception/preservatif/plus-de-4-jeunes-sur-10-ne-parlent-pas-sexualite-avec-leurs-parents-628900>

Enjeu et mise en oeuvre de l'éducation à la sexualité (03/2021)

<https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

Gellini. N (04/2014) *Témoignage d'une enseignante spécialisée en pédopsychiatrie*

<https://www.cairn.info/revue-empan-2014-4-page-73.htm>

Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France (09/12/1967)

<https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (22/05/2000)

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>



TOUS LES LIEUX DE DÉPISTAGE :
COREVIH-GRANDEST.FR



**IL EST L'HEURE
DE SE FAIRE
DÉPISTER.**

25 NOV > 1^{ER} DEC
**SEMAINE DES DÉPISTAGES
VIH, HÉPATITES & IST**

1) Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

2) Parlez vous du sujet de la sexualité avec vos patients ?

Questions de relance :

- Sont-ils nombreux à avoir des relations sexuelles au sein de la structure ?
- Est ce que le sujet de la sexualité est un sujet tabou dans les institutions en psychiatrie ?
- En tant que soignant, comment vous sentez vous face à la sexualité de vos patients ?

3) Que mettez vous en place pour que les patients puissent vivre leurs relations sexuelles en toute sécurité à la sortie de leur hospitalisation ?

Questions de relance :

- Les patients vous sollicitent-ils pour exprimer leurs besoins par rapport à leur vie sexuelle ?
- Quelle est la politique dans votre établissement concernant la vie sexuelle de vos patients ?
- Pensez vous que la vulnérabilité des patients est majorée due à leurs troubles psychiques ?

4) Avez vous des outils/méthodes pour accompagner les patients autour de leur vie sexuelle ?

Questions de relances :

- Pensez vous que les vidéos pornographiques ont une influence sur leur éducation sexuelle ?
- Selon vous, quel est l'impact de leurs troubles psychiques sur leur vulnérabilité ?
- Quelles sont vos ressources en tant que soignant par rapport à cette thématique ? (Formations, intervenant extérieur, groupe de parole...)

5) Avez vous des choses à rajouter?

Annexe 3 : Guide d'entretien avec la patiente

1) Pouvez vous vous présenter ?

2) Avez vous des questions concernant votre sexualité que vous n'osez pas aborder avec l'équipe soignante ?

Question de relance :

- De quels types de ressources avez vous besoin ? (Proximité avec une IDE, groupe de parole, associations, prévention, patients ressources)

3) Vous sentez vous suffisamment informée face à la sexualité ?

Questions de relance :

- Avez vous accès à la pornographie et en avez vous besoin pour répondre à vos interrogations ?
- Avez vous des notions face à la prévention de la sexualité ?
- Vous êtes vous déjà retrouvée en difficulté ou en danger concernant vos relations sexuelles à cause de votre pathologie ?

4) Comment vivez vous cette thématique au sein de l'institution?

Questions de relance :

- L'équipe soignante vous accompagne-t-elle dans cette démarche ?
- Connaissez vous le règlement de l'institution par rapport aux relations sexuelles ?
- Comment vous sentez vous face à l'interdiction d'avoir des rapports sexuelles au sein de l'institution ? *Insécurité, infantilisation ?*

5) Avez vous des choses à rajouter ?

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec la patiente

ESI : Pour t'expliquer un petit peu, l'entretien va durer à peu près une trentaine de minutes. Si c'est un peu plus, ce sera un peu plus si c'est un peu moins, ce sera un peu moins. C'est juste pour te donner une idée un peu du temps que ça va prendre. Et du coup ton nom n'apparaîtra pas dans ma recherche donc je voudrais avoir ton consentement et savoir si t'es d'accord avec ça. Est ce que t'as t'acceptes aussi que je t'enregistre?

Patiente : Oui, oui.

ESI : Ok super alors est ce que tu peux te présenter?

Patiente : Je m'appelle E.H, j'ai, j'ai eu vingt-et-un ans au mois de novembre. Je suis à la Mainguais depuis le mois de septembre 2020, je suis arrivée le 15 septembre 2020 pour un mois d'essai. J'étais à l'atelier blanchisserie, maintenant je suis à l'atelier réparation de vélo, ça se passe bien et j'aime bien la Mainguais. Je m'entends bien avec les patients, avec les soignants, donc voilà.

ESI : Est ce que tu as des questions concernant ta sexualité que tu n'oses pas aborder avec l'équipe soignante?

Patiente : Oula non, non, non, quand je leur demande des questions, ils répondent tout le temps, j'ai pas de problème avec ça, j'en parle pas à tous les soignants, mais ceux vraiment à qui je fais confiance genre Pauline ou Alexia, tout ça, je peux leur poser la question. C'est pas un truc que je vais étaler sur les soignants, tout ça mais.... ou alors je demande à Jérémy. Enfin, il y a toujours quelqu'un pour me répondre.

ESI : Ok ça marche, dans l'idée, quelle types de ressources aurais-tu besoin pour répondre à ces questions-là et est ce que tu peux en dire un peu plus?

Patiente : J'ai pas compris.

ESI : Alors est ce que par exemple tu pourrais.... Euh... (silence) tu peux répondre enfin que les soignants peuvent répondre à tes questions, est ce que tu as juste besoin de poser une question et ils te répondent automatiquement, t'aurais pas forcément besoin d'autre chose? Je sais pas, par exemple, des ateliers où tu pourrais discuter avec d'autres patients ou des intervenants extérieurs qui pourraient venir te parler de la sexualité en général ou des choses comme ça.

Patiente : Oui.

ESI : Est ce que tu aurais besoin de ça ou est ce que juste d'en parler avec les soignants te suffit

Patiente : Juste parler aux soignants, ça me convient

ESI : D'accord, est-ce que tu te sens suffisamment informée face à ta sexualité?

Patiente : Non

ESI : C'est à dire ?

Patiente : Bin, les maladies je connais pas trop.

ESI : Ok et par exemple... euh... tout ce qui est maladie, tu connais pas... C'est une question qui est un petit peu délicate... Libre à toi de me répondre, j'ai travaillé dans mon sujet sur la pornographie, est ce que ça t'es déjà arrivée de regarder des vidéos pornographiques pour t'aider à comprendre certaines choses ou pas du tout?

Patiente : Ah non, vraiment, honnêtement, du tout.

ESI : Mais il y a pas de jugement..... tout à l'heure, tu me parlais des maladies, est ce que t'as des notions par rapport à la prévention ou pas?

Patiente : Ça veut dire ce que je sais?

ESI : Oui, voilà exactement.

Patiente : Tout ce qui est IST tout ça, mais je sais pas ce que les lettres veulent dire en fait.

ESI :Alors, c'est infection sexuellement transmissible.

Patiente : Ah oui, Ok voilà.

ESI : Voilà donc là-dessus tu penses que tu n'es pas assez informée?

Patiente : Ouais

ESI : Ok ça marche. Et est ce que tu t'es déjà retrouvée en difficulté ou en danger concernant tes relations sexuelles que tu aurais pu avoir à cause de ta pathologie ou pas du tout parce que pour toi c'est 2 choses différentes?

Patiente : C'est à dire, est ce que j'ai une eu une relation sexuelle avec quelqu'un qui était dans le même établissement?

ESI : Ma question serait plus, est ce que tu t'es déjà sentie... Comment dire... C'est un petit peu délicat comme question, mais est-ce que tu t'es déjà sentie vulnérable... euh... à cause de ta pathologie face à une relation sexuelle, c'est à dire est ce que tu as déjà vécu une relation sexuelle avec J. ou autre que J. où tu t'es sentie en insécurité parce qu'il te manque des informations ou parce que tu ne sais pas forcément dire non, ou des choses comme ça?

Patiente : Mais J. m'a jamais forcé, j'ai pas de problème avec ça, mais non non, de toute façon j'étais bien, j'avais envie d'être avec J. donc j'ai pas spécialement de problème vis-à-vis de ça,

ESI : Comment est ce que tu vis ta relation au sein de l'institution?

Patiente : C'est à dire?

ESI : C'est à dire, est ce que, par exemple l'équipe soignante va t'accompagner dans cette relation ou au contraire elle va plutôt te demander de te cacher ?

Patiente : C'est à dire pour les relations?

ESI : Alors dans ta relation en général et après dans tes relations sexuelles, enfin, dans ta relation sexuelle avec lui.

Patiente : En général les soignants me demandent juste d'être un peu moins démonstrative. Enfin, ils m'ont demandé ça à une période, alors là, maintenant, on l'est plus autant, enfin moins qu'à une période donc ça va, on a plus de spécialement de réflexions vis-à-vis de ça. Sinon non, non bah des fois, le soir il vient me voir dans ma chambre parce qu'en fait il est sur B 4... Et du coup, Ben j'ai le droit à une demie heure sur B 4. En fait, vu qu'il fait froid et je peux pas aller sur son foyer, mais on a droit à une demie heure sur B 4 devant la télé tous les jours, ça peut être de 20h30 à 21h ou plus tard. Mais non, non, il y a aucun problème.

ESI : D'accord, ok donc là votre relation, vous avez des moments où vous êtes un peu tous les 2 et du coup concernant plus tes relations sexuelles avec lui, est ce que ça t'arrive d'en avoir ici ou est ce qu'il faut que vous soyez en dehors de l'institution?

Patiente : C'est déjà arriver ici, mais on stress énormément de se faire cramer donc...

ESI : C'est pas quelque chose qui est mis en place par l'institution? Vous le faites sans que les soignants ou sans que la direction soit au courant?

Patiente : Oui.

ESI : Est-ce que tu connais le règlement par rapport aux relations sexuelles que tu peux avoir ici?

Patiente : Bah oui on est virés... Peut être pas virés, mais des avertissements je pense.

ESI : D'accord. Donc ici c'est vraiment interdit d'avoir des relations?

Patiente : Je pense que c'est interdit, ouais, je suis pas sure hein, mais je crois que c'est interdit.

ESI : D'accord, et là-dessus est ce que les soignants ont pu te confirmer cette interdiction?

Patiente : Non c'est moi je pense comme ça, je pense que c'est interdit. Après il y en a plein qui le font ici. Enfin faut pas faut pas être aveugle non plus mais..... On a déjà entendu qu'ici y avait un bébé qui avait été créé, donc je me dis, si on se fait cramer, je vois pas spécialement le problème après je... Fin, c'est pas qu'on se cache mais..... Moi, j'ai tellement peur de me faire cramer que je lui dis, je dis stop quoi parce que j'ai trop peur d'être virée ou d'avoir un avertissement ou des choses comme ça en fait.

ESI : D'accord et du coup, vos relations sexuelles, vous les avez quand vous avez vos permissions, c'est ça? Enfin quand vous pouvez sortir toutes les 2 semaines, il me semble, c'est ça ?

Patiente : Alors soit 2 nuits par mois ou une nuit toutes les deux semaines oui

ESI : Ok d'accord. Comment est-ce que tu te sens par rapport à cette interdiction?

Patiente : Alors très stressée. J'ai hyper peur, je me sens pas bien en fait, j'ai trop peur qu'un soignant ouvre ma porte ou la sienne ou des trucs comme ça en fait.

ESI : D'accord et tu te sens donc stressée... J'entends et est ce que t'aurais un sentiment un petit peu de de frustration ou d'injustice ou pas du tout?

Patiente : Non non non, non, non du tout.

ESI : D'accord, J'avais une question pour revenir sur ma première question parce que j'y pense, tu disais que tu n'avais pas forcément les notions, enfin tu savais pas forcément ce que c'était les IST, est ce que t'aurais besoin d'avoir plus de notions? Est-ce que tu est-ce que tu aimerais être un peu plus informée sur toute la prévention qui se fait autour de ce sujet?

Patiente : Oui.

ESI : Et tu aimerais être informée par l'équipe? Ou par quelqu'un d'extérieur?

Patiente : Par l'équipe je pense, c'est le mieux. Enfin, c'est eux qui sont le mieux placé pour m'expliquer tout ça.

ESI : D'accord, je relis mes notes un petit peu, histoire de rien oublier. (Silence). Tout à l'heure tu me parlais des IST est ce que tout ce qui est contraception, grossesse, les risques qu'il peut y avoir par rapport à une relation sexuelle, est ce que tu les connais, est ce que tu te sens suffisamment informée?

Patiente : Non, non ça, ça va.

ESI : Est ce que tu aurais des choses à rajouter dont tu voudrais me parler de ta relation avec J. ou autre? Par rapport aux soignants des besoins que tu pourrais avoir?

Patiente : Au tout début quand j'étais vierge, ça me faisait très très mal en fait, ouais, ça me brûlait vraiment. C'était horrible. Ouais, et et du coup bah il avait acheter de la vaseline mais E. (Un infirmier du service) m'avait dit non, faut surtout pas prendre ça, ça peut irriter et tout et moi je savais pas ça. Et lui, il a dû se gourer, donc je sais pas... mais vraiment ça me faisait super mal. C'était horrible.

ESI : T'as pu en parler avec E.? Est-ce que vous avez trouvé des solutions par vous-même ou est ce que vous avez du demander aux soignants?

Patiente : Non non non, on a trouvé par nous-même.

ESI : Donc vous avez trouvé vos propres solutions, et c'est plutôt toi, plutôt J. qui a trouvé?

Patiente : Nous deux.

ESI : Ok, est ce que tu aurais d'autres choses dont tu aimerais me parler?

Patiente : Non non pas spécialement.

ESI : Ok ça marche. Est ce que ça va?

Patiente : Oui très bien !

ESI : Je vais couper le l'enregistrement mais je te remercie pour ta participation.

Patiente : Pas de soucis.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec l'Infirmier

ESI : Alors je vais te présenter le cadre de mon mémoire, il faut que je fasse un entretien avec un infirmier. Est ce que tu acceptes que j'enregistre notre entretien sachant que ton nom n'apparaîtra pas dans mon mémoire?

IDE : Oui super.

ESI : Alors est ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel?

IDE : Je m'appelle E, j'ai 31 ans bientôt. J'ai commencé à travailler comme Aide-soignant en psychiatrie, il y a quelques années maintenant, j'ai fait à peu près tous les services de psychiatrie en tant qu'Aide-soignant, que ce soit l'unité carcérale, que ce soit des unités de malades difficiles, de l'admission des urgences. Enfin voilà à peu près tout ce qu'on trouve en intra hospitalier, je l'ai fait. Par la suite donc, une fois que j'ai enfin, j'ai fini de bosser un petit peu comme aide soignant en psychiatrie j'ai bossé un petit peu en soins à domicile, en intérim, j'ai fait des missions à droite à gauche. Après, j'ai été diplômé infirmier et depuis que je suis du diplômé infirmier, bah là j'ai commencé à bosser en psychiatrie de nuit à Blain. Ça a duré 2 ans et par la suite, j'ai travaillé un an en libéral. Et après le libéral, j'ai décidé de passer du côté extra hospitalier de la psychiatrie. J'ai fait du coup psy active, je suis resté de janvier jusqu'à octobre 2021 et maintenant, je suis formateur en école d'aide soignant.

ESI : Ok, parcours intéressant. Alors est ce que tu parles du sujet de la sexualité avec tes patients? Enfin, est-ce que tu as parlé du coup puisque maintenant tu es formateur...

IDE : C'est un gros, gros sujet la sexualité des patients, mais en règle générale, ils posaient plein de questions. On se posait pleins de questions les uns avec les autres. Mais ouais, si, si c'était très riche.

ESI : Ok, est ce qu'ils étaient nombreux à avoir des relations sexuelles au sein de la structure?

IDE : Alors pas forcément, c'est arrivé, ça arrivait quand même, hein. Ça arrivait assez fréquemment. Mais dire qu'ils étaient nombreux, ça c'est assez subjectif. Finalement comme il y en avait, ça c'est sûr, mais mais après... En psychiatrie, on trouve aussi beaucoup de personnes qui sont atteintes de pathologies psychiatriques à proprement parler, et notamment il y a une des choses dans les pathologies psy, il y a des traitements et souvent il y a une altération de la vie sexuelle globalement donc... Donc ils étaient pas si nombreux que ça au final... On va dire, j'ai plus découvert la sexualité des patients non pas en intra hospitalier mais plus sur l'extra hospitalier... Soit même carrément en dehors de l'hôpital et en association quoi.

ESI : Ok... Et est-ce que tu penses que le sujet de la sexualité est un sujet tabou dans les institutions en psychiatrie ou pas?

IDE : Ça dépend des institutions et de l'ouverture qu'elles ont, enfin des politiques de santé, quelles qu'elles déploient. Globalement, il y a quand même un fondement un peu tabou autour de ce sujet-là alors qu'en psychiatrie on est censés être au contraire plutôt ouvert à la question. C'est assez paradoxal et parfois on pense même que c'est les vieilles générations qui sont les plus réticentes à ça, mais en fait pas du tout, c'est même plutôt les jeunes générations qui sont réticentes à ces questions-là donc quand tu parles des jeunes générations, c'est en tant que soignant ou en tant que professionnels.

ESI : En tant que soignant, comment tu te sens par rapport à la sexualité de tes patients?

IDE : Bah moi ça dépend. Après en psychiatrie, ce qui était compliqué, c'est que... En intra hospitalier et est en service d'admission on est face à des patients qui sont périodes de vulnérabilité pour diverses raisons, hein... Et c'est vrai que le fait qu'ils soient en période de vulnérabilité, bah il y a, il y a beaucoup de règlements, beaucoup de règles à respecter et beaucoup de surveillance à avoir. Il y a aussi des modes d'hospitalisations sous contrat notamment qui nous permettent de contrôler beaucoup plus que les libertés individuelles des patients chapeauté par le libéré mais malgré tout existant. C'est vrai que bah nos actions elles en découlent aussi en fonction de la vulnérabilité de chacun donc c'est vrai que l'on va dire la liberté de s'exprimer, d'exprimer son amour ou sa sexualité, c'était pas forcément l'endroit le plus propice parce que c'était de l'intra hospitalier. Par contre, à d'autres endroits, oui, oui, clairement, on pouvait en discuter. Et surtout je pouvais constater les choses et accompagner les choses de la manière la plus pédagogique possible.

ESI : Ok... Et du coup, qu'est ce que tu mets en place pour que les patients puissent vivre leurs relations en toute sécurité à la sortie de leur hospitalisation?

IDE : L'hospitalisation y a différents niveaux, on va dire de dangerosité. Quand on est en intra hospitalier on est en service d'admission. Généralement, la politique en service d'admission, c'est pas de sexualité. On parle pas de ça parce qu'on est en phase de crise dans la maladie et globalement bah on sait que les personnes sont vulnérables, elles sont toutes vulnérables, donc par principe de précaution ça n'existe pas. Enfin, ça n'existe pas euh... on le met de côté et surtout on protège les uns et les autres. Donc généralement on a plutôt tendance à refuser les relations sexuelles. À titre d'exemple, c'est un patient par chambre et et lorsqu'il y a une chambre double, c'est soit 2 hommes, soient 2 femmes. Voilà on mélange pas les genres. Sinon, après une fois qu'on a passé ces phases de vulnérabilité là, on essaie de déterminer le niveau de consentement des patients en fonction des symptomatologies qu'ils présentent. Si on voit qu'il y a pas d'entrave de la maladie dans leur

construction psychologique ou construction psychique, là effectivement on peut mettre en place des stratégies d'accompagnements finalement à la sexualité. Alors, on leur prépare pas une chambre avec des roses et une musique sympa mais par contre on parle de prévention sexuelle type bah préservatif voilà on fait de la prévention en fait tout simplement. Beaucoup de prévention.

ESI : Ok, alors, comment tu prépares la sortie?

IDE : Bah du coup, la préparation se fait un peu de cette façon là, c'est à dire que, à partir du moment où les patients sont sortis d'hospitalisation comme tout citoyen français, ils sont libres de leurs choix et de leurs décisions. À partir du moment où ils sont sortis, ça veut dire qu'ils sont plus en situation de vulnérabilité. Ils sont libres et éclairés dans leurs choix, comme dirait la loi et du coup ils font ce qu'ils veulent en fait, ils font ce qu'ils veulent, nous à la sortie, on les a préparé avec un discours autour de la prévention majoritairement, mais ce qu'ils en font par la suite, ça les regarde.

ESI: Ok et du coup est ce que les patients te sollicitent? Enfin, ils vous sollicitent par rapport à l'équipe pour exprimer leurs besoins par rapport à leur vie sexuelle.

IDE : Oui, pas tout le monde, pas tout le monde. Enfin, tous les patients ne l'expriment pas ça, ça dépend aussi du professionnel duquel ils s'adressent. Ça, ça fait partie des individualités qu'on trouve en psy notamment mais même partout d'ailleurs, il y a pas que en psy. Mais c'est vrai que quand on a une relation de confiance avec un patient, généralement ça passe par des phases un peu musclées des fois par exemple, au début, on n'a pas du tout la confiance du patient parce qu'ils nous connaissent pas, tout simplement. Ils apprennent à nous connaître, à voir qu'ils peuvent avoir confiance en nous et à partir de ce moment-là il commence à se livrer un petit peu plus. On devient un peu leurs repères. Du coup, effectivement, on a accès à certaines informations qu'ils ne donnaient pas forcément avant. À partir du moment où on arrive à allier un petit peu ce genre de liens bah c'est vrai que ça devient hyper intéressant parce qu'on voit qu'on peut-on peut les guider, on peut parfois même les influencer donc ça faut faire attention à ça aussi. Et et oui et oui c'est c'est, c'est ça, ça devient riche. Ça devient riche.

ESI : C'est sur... Et du coup, si je comprends bien est ce qu'il y a des établissements, au contraire qui vont permettre, qui vont surtout pas interdire et qui vont permettre les relations sexuelles?

IDE : Alors en fait, comme je disais tout à l'heure, il y a enfin, ça dépend des politiques d'établissement, alors il y a quand même une législation qui prévoit les choses. Dans ce cadre législatif notamment ben, ça, c'est un combat dans tous les établissements de santé, quel qu'ils soient. Il y a des règles spécifiques à respecter. Bon ça, la loi, elle est comme ça. Ensuite, il y a les règlements d'hôpitaux. Et après, il va y avoir les règlements, enfin plutôt les règles de service qui sont

établies notamment par le médecin. Donc là c'est très dépendant finalement, en fonction de la version de la personne, du directeur, mais globalement les établissements de santé ne prévoient pas forcément des accompagnements auprès des patients sur les questions de la sexualité il y a sur les questions de beaucoup de choses. Mais pas forcément sur l'actualité. Ça vient vraiment en dernier plan ça, vraiment.

ESI : T'as un petit peu répondu tout à l'heure, mais penses-tu que la vulnérabilité, des patients est majorée dû à leurs troubles psychiques?

IDE : Bah ça, c'est une évidence.

ESI : Mais du coup, ça dépend de leurs crises ou de leur stabilité c'est ça?

IDE : C'est ça, c'est quelque chose qui était évaluée perpétuellement. Il faut tout le temps évaluer à partir du moment, on sait que le patient, c'est la maladie qui s'exprime et pas le patient, on sait qu'il est vulnérable. Maintenant, le tout, c'est enfin à la rigueur, c'est plutôt facile quand ils sont en situation de crise, donc en admission quand ils viennent d'arriver. Mais là c'est plus compliqué, c'est quand ils sont dans l'entre 2.

ESI : Oui, parce que finalement c'est assez subjectif. Je sais pas si vous avez des moyens d'évaluations par rapport au consentement sexuel par exemple ?

IDE : Ah si complètement, par exemple, la première évaluation qu'on fait, c'est l'évaluation clinique. Donc ça veut dire que c'est le regard du professionnel qui va regarder si la symptomatologie de la pathologie est présente. Si symptomatologie il y a et qu'on trouve dans le DSM 5 tout le descriptif, bah là effectivement c'est la pathologie qui s'exprime. S'il y a pas de symptomatologie criante et au levé des traitements ou en baisse de traitements ça reste stable bah ça veut dire que c'est bien la personnalité du patient qui s'exprime et auquel cas on fait le ratio entre les uns et les autres et on voit ce qu'on fait ou pas.

ESI : Oui, je comprends. Donc vous, en tant que soignant, vous avez le droit, si je puis dire, de contraindre un peu la personne dans ses choix par rapport à la sexualité.

IDE : On a le droit de contraindre la personne si.... Pas forcément en état de crise, mais surtout, s'il y a une contrainte qui a été posée, légalement et auquel cas, s'il y a une contrainte de poser son dossier repasse comme je disais tout à l'heure devant le juge des libertés toutes les 2 semaines et si contrainte il y a, il y a différentes types de contraintes avec différents modes d'hospitalisation. Et en fonction de ses modes d'hospitalisation, là effectivement, le patient peut être contraint de ne pas faire ou faire certaines choses. Par exemple, il peut être contraint de prendre ses traitements. Voilà, ça fait partie des prérogatives. Il peut être je sais pas moi, contraint physiquement aussi parce qu'il

est un danger pour lui ou pour les autres. Si par exemple, je me rappelle de ce cas-là, d'une dame, qui avait, je crois 72 ans, quelque chose comme ça une femme qui avait.... On ne va dire qu'elle était bipolaire et schizophrène. C'était en urgence psychiatrique. Je me rappellerai toujours. Elle est arrivée pour le coup sous contrainte en péril imminent, donc avec un arrêté préfectoral. Et en somme, cette dame là, elle était en phase maniaque, sur une sur un thème érogène. Et là, pour le coup, elle tout ce qu'elle désirait, entre guillemets, c'était pathologique. Tout ce qu'elle désirait, c'était d'avoir des relations sexuelles. Sauf que clairement, c'était pathologique. C'était la pathologie qui s'exprimait et auquel cas elle était contrainte de ne pas en avoir et elle a été mise en isolement pour ça notamment.

ESI : Ça, c'est, ouais, c'est intéressant comme exemple. Et du coup est ce que t'as des outils ou des méthodes pour accompagner les patients autour de leur vie sexuelle?

IDE : Je dirai que là très franchement il existe pas vraiment, enfin à ma connaissance et encore une fois je suis loin d'avoir toute la connaissance du monde mais à ma connaissance, il existe pas vraiment d'outils ou de méthodes spécifiques pour ce genre de questions. Par contre, je pense que la méthodologie elle devrait être la même pour tous, à savoir rester dans une démarche réflexive. C'est à dire se poser des questions, réfléchir, on parle d'abord du patient, oui, mais d'abord de la pathologie avant le patient. On parle de la pathologie une fois qu'on a passé les phases pathologiques, on parle du patient, de ses besoins, euh.... parce que le besoin principal d'un patient, c'est de rester en vie, d'être en sécurité. Et ensuite on parle de ses besoins secondaires. Et et à partir de ce moment-là, effectivement, il peut engager des réflexions et des discussions même au sein d'une équipe.

ESI : Ok, alors est ce que tu penses que les vidéos pornographiques ont une influence sur leur éducation sexuelle?

IDE: Je pense qu'enfin, elle a forcément une influence sur l'éducation sexuelle, mais j'ai envie de dire de tout le monde à la rigueur. Après, est ce que les patients en psychiatrie sont plus sujets à l'exposition du porno... J'aurais plutôt tendance à dire non. Parce que finalement, quand on regarde les patients en psychiatrie et notamment les schizophrènes ou les psychotiques, le fait qu'il n'y ait pas de désir sexuel fait partie intégrante de leur maladie. En plus des traitements donc c'est vrai qu'il y a pas forcément une activité sexuelle hyper importante chez les psychotiques. Au contraire, et souvent, il y a même une incompréhension de l'image pornographique qui n'est pas forcément de désir. Là où par contre, les personnes sont plus vulnérables au porno notamment ça va être par exemple des personnes qui vont pas être psychotiques, mais qui vont être des états-limites, bipolaires. On va dire toutes les toutes les maladies avec une symptomatologie dite positive. Enfin dans le sens où elle et elle s'exprime violemment quoi. Et aussi, il y a pas une altération réelle de l'état de conscience parce que quand il y a une vraie altération de l'état de conscience et même de la perception du monde, les

images pornographiques sont pas interprétées de la même manière, pas du tout.

ESI : Et du coup, là c'est pareil, tu en as un petit peu parlé mais toujours par rapport à la pornographie, est ce que tu penses qu'il y a un impact qui va être majoré à cause de leurs troubles?

IDE : Ah bah ça peut bien sûr, si jamais il y a un trouble psychique, par exemple axée sur je sais pas moi... sur un délire de filiation, on va dire ça comme ça ou même sur un délire euh, je sais pas moi... Enfin, il peut y en avoir plein en fait quasiment tous les délires on peut en faire un lien mais en somme, à partir du moment où quelqu'un délire, il va avoir une image. Il va l'interpréter à sa façon. La maladie va l'interpréter à sa façon, plutôt et va engendrer quelques actions. Donc effectivement il y a une personne qui pourrait se sentir persécutée alors qu'elle a vu des images pornographiques mais ça à la rigueur c'est c'est vrai pour n'importe quels types d'images qui peuvent interroger et en fonction du niveau à laquelle la personne est en situation de crise, ça peut être des images qui sont même plus douce on va dire ou plus neutres peuvent les faire décompenser. Donc oui ça peut clairement faire décompenser un patient.

ESI : D'accord, est ce que tu penses qu'il va y avoir une influence sur leur propre vie sexuelle à eux pas?

IDE : Dans leurs actions ?

ESI : Oui

IDE : Alors, ça peut aussi ça peut aussi, mais j'ai envie de dire là pour le coup, c'est humain, c'est comme pour tout le monde, c'est à dire quand il y a une méconnaissance d'un sujet à partir du moment où on a accès à une seule source d'information, on s'y fit. Ça c'est pour tout le monde euh... le porno il est fait de telle sorte qu'il soit attractif et surtout à ce qu'il interroge visuellement donc à partir de ce moment là bah forcément si on n'a jamais rien vu d'autre mais comme pour tous les êtres humains, on fonctionne de la même manière on va se dire que c'est la norme, c'est notre référence et auquel cas on va reproduire. Maintenant le tout c'est de déconstruire ces croyances là de prendre du recul et d'être encore une fois dans une démarche de réflexion et de se dire qu'il y a peut être autre chose dans la vie et prouver les choses pas forcément en montrant des images parce que ça c'est anti éthique mais en parlant d'amour, de sensibilité du respect de l'autre, d'empathie, c'est hyper important et même si par définition un psychotique manque d'empathie car il est incapable de se projeter sur quelqu'un d'autre mais c'est la maladie.

ESI : Je comprends, mais du coup par rapport à l'éducation je prends l'exemple de ce que j'ai vécu dans la structure en psychiatrie, il y avait certains patients qui n'avaient pas forcément le cadre familial propice avec une éducation, est ce que tu penses que le fait de ne pas avoir eu ce cadre peut

avoir un impact sur leur vie sexuelle ? C'est à dire que par manque d'éducation et à cause d'une exposition à la pornographie ils auront pas forcément la faculté de se dire que ce n'est pas la réalité.

IDE : À faire la part des choses tu veux dire ?

ESI : Oui c'est ça.

IDE : Qu'on soit malade, ou simplement pas conscient, on est en situation de faiblesse parce que justement on n'est pas capable de prendre ce recul là mais oui il y a un retentissement mais c'est pas parce qu'on est malade en psychiatrie qu'on manque forcément de repère. Là où on manque de repère dans la maladie je dis bien, c'est d'effacer ces repères là. C'est de les effacer littéralement. C'est à dire que ce qu'on pense voir, entendre, ce qu'on pense penser n'est pas réel. A partir de ce moment là si on n'a plus de repère le rôle du soignant justement c'est de créer ces repères et le discours autour de la pornographie et des images incomprises c'est hyper important. C'est pas parce que leurs expériences leur à manqué de repère, c'est vraiment la maladie.

ESI : Quelles sont tes ressources à la thématique de la sexualité ?

IDE : Mes ressources en tant que soignant sont par exemples mes abonnements aux newsletter comme par exemple... Mince, j'arrive plus à me souvenir, mais je reçois tous les mois et en gros le département m'envoie des lectures sur différents sujets et parfois il y a des sujets sur la sexualité en psychiatrie et je reçois aussi des magazines, je fais des recherches même si il faut faire attention à ce qu'on trouve, mais il y a un millier de ressources, il suffit juste de chercher et d'être dans une démarche de recherches constantes d'informations. Mais si on n'est pas dans cette démarche on peut rester longtemps sur ses croyances et ne jamais avancer.

ESI : Est ce que ça t'es déjà arriver justement dans une démarche éducative par rapport à tes patients de faire venir un intervenant extérieur ou de mettre en place des groupes de paroles ?

IDE : Mise en place de groupe de parole ça arrive souvent, notamment en cas de conflit, pas forcément dans le cadre de la sexualité mais ça on en parle régulièrement quand même parce que c'est des notions qui concerne la vie en commun et ensuite dans certains endroits j'avais envie de faire venir certains professionnels mais je n'ai pas eu le droit de le faire parce que ça se fait pas. C'est dommage mais c'est comme ça.

ESI : Très bien merci. Est ce que tu as des choses à rajouter, des questions qui te viennent à l'esprit, des sujets qu'on n'a pas évoqué ?

IDE : Non, je crois que j'ai tout dit.

ESI : Super, bah merci beaucoup !

IDE : Je t'en prie.

Annexe 6 : Tableau de l'analyse descriptive de la patiente

Rapport à la sexualité	
Autorisation de la sexualité dans l'institution	Appréhensions d'avoir des relations sexuels au sein de l'institution
« Les soignants me demandent juste d'être moins démonstrative » l.70	« Je dis stop parce que j'ai trop peur d'être virée ou d'avoir un avertissement ou des choses comme ça en fait » l.94/95
« J'ai le droit à une demie heure » l.74	« Alors je suis très stressée » l.100
« Peut-être pas virés, mais avertissement je pense » l.86	« J'ai hyper peur » l.100
« Je vois pas spécialement le problème » l.92	« Je me sens pas bien en fait » l.100
	« J'ai trop peur qu'un soignant ouvre ma porte ou la sienne ou des trucs comme ça en fait » l.100/101
	« C'est déjà arrivé ici, mais on stress énormément de se faire cramer donc... » l.80

Education	
Disponibilité des soignants/Relation de confiance	Explication de la sexualité
« Ils répondent tout le temps » l.15	« Ceux qui sont le mieux placés pour m'expliquer tout ça » l.111/112
« Ceux à qui je fais confiance, genre Pauline ou Alexia, je peux leur poser la question » l.16/17	« On trouve nos solutions tout seul » l.126
« Je peux leur poser la question » l.17	
« Il y a toujours quelqu'un pour me répondre » l.18/19	

Prévention	
Connaissances des IST	Moyens mis en place pour la prévention
« Les maladies je connais pas trop » l.36	« Juste parler au soignant, ça me convient » l.31
« Tout ce qui est IST tout ça » l.46	« Par l'équipe je pense, c'est le mieux » l.111/112

Annexe 7 : Tableau de l'analyse descriptive de l'Infirmier

La sexualité		
Réflexion sur la sexualité	Les rapports sexuels dans l'institution	Tabou
« Ils posaient pleins de questions » I.19/20	« Ça arrivait assez fréquemment » I.24/25	« Il y a quand même un fondement un peu tabou autour de ce sujet »
« On se posait pleins de questions les uns avec les autres » I.20	« Dire qu'ils étaient nombreux c'est assez subjectif » I.20	
« C'était très riche » I.20/21	« Il y en avait, ça, c'est sur » I.25/26	
« Le fait qu'il n'y ait pas de désir fait parti intégrante de leur maladie » I.161	« Plus sur l'extra hospitalier » I.30	
« Il n'y a pas forcément une activité sexuelle hyper importante » I.162		

Relation Soignant/Soigné		
Contrôle	Relation de confiance	Aspect législatif/Evaluation
« Il y a beaucoup de règles » à 2 reprises I.46	« Ils ne nous connaissent pas » I.86/87	« On a le droit de contraindre la personne (...) si il y a une contrainte de poser » I.127
« Beaucoup de surveillance » I.42	« Ils apprennent à nous connaître » I.87	« Le patient peut être contraint à ne pas faire ou faire certaines choses » I.131/132
« Modes d'hospitalisation sous contrat notamment qui nous permettent de contrôler » I.47/48	« Ils peuvent avoir confiance » I.86/87	« Il y a des règles spécifiques à respecter » I.100
« La politique en service d'admission, c'est pas de sexualité » I.58/59	« Ils commencent à se livrer un petit peu » I.88	
« On parle pas de ça parce qu'on est en phase de crise » I.59	« On devient un peu leur repère » I.88/89	
« Par principe de précaution ça n'existe pas » I.61	« On peut les guider » I.91	
« On le met de côté et surtout on protège les uns et les autres » I.61/62	« On peut même parfois les influencer donc ça il faut faire attention aussi » I.92	

« On a plutôt tendance à refuser les relations sexuelles » I.63/64	« La relation de confiance » I.85	
« C'est un patient par chambre (...) ou soit deux hommes ou deux femmes » I.63/64		
« Vulnérabilité/Vulnérable » est utilisé à 9 reprises.		

Le prendre soin			
Education/Ressources/ Moyens	Prévention	La pornographie et son influence sur la vulnérabilité des patients	Moyens pour évaluer la symptomatologie
« Nos actions découlent aussi en fonction de la vulnérabilité » I.49/50	« On fait de la prévention tout simplement, beaucoup de prévention » I.70.71	« Elle a pas forcément une influence sur l'éducation sexuelle » I.156	« C'est l'évaluation clinique » I.118/119
« Je pouvais <u>accompagner</u> les choses de la manière la plus pédagogique possible » I53/54	« On les a préparé avec un discours autour de la prévention » I.78	« J'aurais plutôt tendance à dire non » I.159	« Symptomatologie » est utilisé à 3 reprises
« On peut mettre en place des stratégies d' <u>accompagnement</u> à la sexualité » I.68	« C'est une démarche de réflexion » I.194/195	« Il y a même une incompréhension de l'image pornographique » I.163	
« À la sortie, ils sont libres et éclairés dans leur choix » I.76	« On parle d'amour, de sensibilité, du respect de l'autre, d'empathie » I.196/197	« Les personnes vulnérables au porno (...) c'est les états-limites, les bipolaire » I.164/165/166 « Avec des symptomatologie dite positive » I.166	
« Globalement les établissements de santé ne prévoient pas forcément des <u>accompagnements</u> » I.103/104 « Ça vient vraiment en dernier plan ça » I.105/106	« Le rôle du soignant c'est de créer ces repères et le discours autour de la pornographie » I.213/214	« À partir du moment où quelqu'un délire, il va avoir une image, l'interpréter à sa façon » I.176/177 « Il pourrait se sentir persécuté » I.178	

<p>« C'est la maladie qui s'exprime et pas le patient, on sait qu'il est vulnérable » l.112/113</p>	<p>Parler « des images incomprises c'est hyper important » l.214</p>	<p>L'influence du porno « j'ai envie de dire là pour le coup, c'est humain » L.187 « Quand il y a une méconnaissance d'un sujet (...), on a accès à une seule source d'information on s'y fit » l.187/188</p>	
<p>« Il n'existe pas vraiment d'outils ou de méthodes spécifiques pour la notion d'éducation » l.146/147</p>		<p>« Le porno est fait de tel sorte qu'il soit attractif » l.190 « Il interroge visuellement »</p>	
<p>« On doit se poser des questions », « Réfléchir », « On parle d'abord » l.149/151</p>		<p>« Si on n'a jamais rien vu d'autre (...) on se dit que c'est la norme, notre référence, on va reproduire » l.192/193</p>	
<p>« On parle du patient, de ses besoins » « On parle de ses besoins secondaires » l.152/153</p>		<p>« Le tout c'est de déconstruire ces croyances » l.193/194</p>	
<p>« Mes ressources sont par exemple mes abonnements aux newsletter (...), des magazines, je fais des recherches » l.217 et l.220</p>			
<p>« J'avais envie de faire venir certains professionnels mais je n'ai pas eu le droit » l.228/229 « Ça se fait pas, c'est dommage mais c'est comme ça » l.229/230</p>			

Annexe 8 : Abstract

NOM : BURONFOSSE

Prénom : Noémie

TITRE : La sexualité en psychiatrie

Lors de ma deuxième année, j'ai effectué un stage dans un établissement en psychiatrie qui m'a permis d'accompagner les jeunes patients souffrant de troubles psychiques. Une patiente de 21 ans était en couple avec un patient de la structure. Pourtant, même si l'équipe soignante les accompagnait vers plus d'autonomie et vers une réinsertion sociale, le thème de la sexualité n'était pas abordé avec les patients. Cette situation m'a interpellé et m'a amené à me poser la question suivante : **Dans quelle mesure le prendre soin Infirmiers dans les dimensions éducatives et préventives influence-t-il l'accompagnement sur la thématique de la sexualité de jeunes patients souffrant de troubles psychiques ?**

Dans un premier temps, j'ai décidé d'aborder la sexualité à travers les âges. Cette partie m'a permis d'avoir une approche globale de cette notion et de mieux comprendre son évolution dans notre société.

Dans un second temps, j'ai abordé la sexualité des jeunes patients souffrants de troubles psychiques. J'ai pu développer l'aspect physiologique mais j'ai aussi pu comprendre la notion de la vulnérabilité ce qui m'a amené à parler de ma troisième partie.

Pour finir, j'ai donc développé la dimension éducative et préventive en ciblant mes recherches sur la pornographie et sur l'impact qu'elle pouvait avoir sur les patients et sur leur vulnérabilité.

J'ai par la suite réaliser un guide d'entretien puis des entretiens semi directif avec cette patiente ainsi qu'avec un ancien Infirmier de cette structure. Cette analyse descriptive a été très intéressante car elle m'a permis de confronter les points de vue entre le soignant et le soigné. Tout comme dans mon cadre théorique, le thème de vulnérabilité a été abordé par l'Infirmier. Cependant, la notion de tabou n'est pas apparue dans mes entretiens. La pornographie a été abordé mais différemment de mon cadre conceptuel. Je n'ai pas parlé de la relation de confiance dans mon cadre théorique pourtant, la patiente et le soignant m'ont notifié l'importance de cette relation soignant soigné dans l'accompagnement de la sexualité dans les établissements de santé.

Pour conclure, en tant que future professionnelle de santé, il m'a semblé essentiel de continuer d'accompagner les patients autour de cette thématique grâce à l'éducation et la prévention mais qu'il est primordial de commencer par créer une relation de confiance pour une bonne prise en soin.

Mots clés en français : sexualité, accompagnement, dimension éducative, dimension préventive, relation de confiance

During my 2nd year of study, I did an internship in this psychiatry healthcare facility which was helping young patients suffering from mental disturbance. A girl, being healed in this facility, was dating another patient. Even if the medical staff was helping them towards more independence and reintegration into society, sexuality was not a subject being discussed about.

This situation reminds me to ask myself the following question :

How much does the nurse healthcare, concerning the educative and preventive dimensions, influence the accompany on young patients's sexuality suffering from mental disturbance ?

First of all, I've decided to approach this sexuality question through the perspective of ages. This viewpoint allowed me to understand the question from a global approach and to better understand its evolution in our society.

Then, I processed the subject through the outlook of young patients who suffer from mental disturbance. I was able to talk about the psychological aspect but I was also able to understand the vulnerability notion which led me to the 3rd part.

So, last of all, I studied the educative and preventive dimension by targeting my researches on pornography and the impact it may have on patients and their vulnerability.

I furthermore realised an interview guide to prepare semi prescriptive interview with the patient girl, assisted by someone who used to be nurse in the facility. This analysis was very interesting because it allowed me to compare different point of views between the person being healed and the person who heals.

Such as my theoretical framework, the vulnerability's theme was discussed with the nurse. Nevertheless, there was not any taboo in the different interviews I realised. Pornography was discussed but from a different angle than my theoretical framework. I did not talk about the trust related to the relationship in my theoretical framework nevertheless, the patient girl and the nurse mentioned the importance of the relationship between them into the process of accompanying patient's sexuality in healthcare facility.

To conclude, as a future person of the medical staff, it appeared essential to me to keep helping patients about this topic thanks to education, prevention, but even more important, by creating a trusted relationship with a good healthcare.

Keywords : sexuality, accompany, educative dimension, preventive dimension, trusted relationship

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pole de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES - Année de formation : 2019-2022