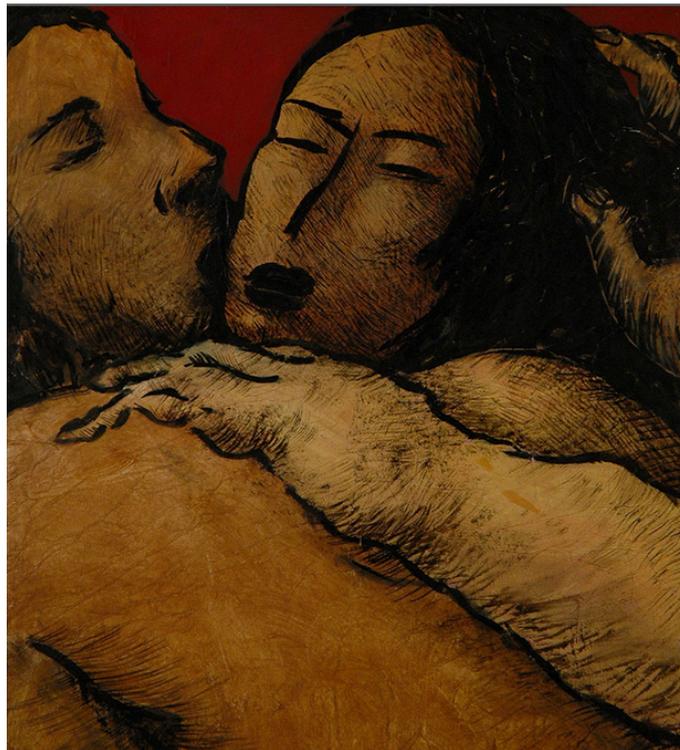




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

*Sexualité en psychiatrie: mieux considérer pour mieux soigner !*



Formatrice référente mémoire :  
Lisa Djadaoudjee

Fougeray Lisa  
Formation infirmière  
Promotion 2021-2024

Date: 5 mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

### **Diplôme d'Etat d'Infirmier(e)**

#### **Travaux de fin d'études :**

**Sexualité en psychiatrie: Mieux considérer pour mieux soigner !**

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 6 mai 2024***

***Identité et signature de l'étudiant : Lisa Fougeray***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements:

Dans un premier temps, je tiens à exprimer ma grande reconnaissance à ma référente pédagogique: Pascale Mancheron, pour son accompagnement assidu tout au long de ces trois années de formation. Sa bienveillance, son soutien constant et sa grande écoute ont été d'une valeur inestimable dans mon parcours académique.

Un immense merci également à Lisa Djadaoudjee, ma référente de mémoire, pour son engagement sans faille dans la réalisation de ce Travail de Fin d'Étude. Son expertise, ses conseils avisés et son étayage ont été d'une grande aide tout au long de ce processus de recherche.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance aux deux infirmiers du Centre Hospitalier Guillaume Régnier qui ont accepté de participer à mes entretiens. Leur honnêteté, leur ouverture d'esprit et leur disponibilité ont enrichi mon travail et ont permis d'approfondir ma compréhension du sujet.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'infirmier(e), jury de mon mémoire, pour sa lecture attentive et sa participation à ma soutenance orale. Je lui suis très reconnaissante pour son temps et son engagement envers mon projet.

À mes deux amies de l'IFSI, complices de trois années inoubliables, merci du fond du cœur pour votre soutien, vos rires, et votre fidélité amicale.

Un immense merci également à mon ami pour sa présence constante et son soutien infaillible, surtout dans les moments de doute et de tristesse

À tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail, mais également à l'aboutissement de ces trois années de formation; je vous adresse mes plus sincères remerciements. Votre soutien a été une force de motivation tout au long de cette aventure académique.

# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>A. Introduction</b>   | <b>1</b>  |
| <b>B. Présentation des situations d'appels</b>                               | <b>2</b>  |
| 1.1 Première situation   | 2         |
| 1.2 Deuxième situation   | 3         |
| 1.3 Questionnements relatifs aux situations d'appels                         | 4         |
| 1.4 Réflexion et émergence de la question de départ                          | 4         |
| <b>C. Cadre théorique</b>  | <b>5</b>  |
| 1. Psychiatrie   | 5         |
| 1.1 Définition de la psychiatrie   | 5         |
| 1.3 Organisation de l'hôpital psychiatrique et modes d'hospitalisation       | 6         |
| 1.4 Les hospitalisations au long cours en psychiatrie                        | 8         |
| 2. Le concept de sexualité   | 9         |
| 1.1 Définition de la sexualité   | 9         |
| 1.2 Quels liens entre l'activité sexuelle et notre santé physique et mentale | 10        |
| 1.3 La place de la sexualité en hôpital psychiatrique                        | 12        |
| 3. L'alliance thérapeutique  | 14        |
| 1.1 Définition   | 14        |
| 1.2 Spécificités de l'alliance thérapeutique en établissement psychiatrique  | 15        |
| 1.3 Alliance thérapeutique et sexualité                                      | 16        |
| 4. Conclusion du cadre théorique   | 18        |
| <b>D. L'analyse des entretiens</b>   | <b>18</b> |
| 1.1 Introduction   | 18        |
| 1.2 Population interrogée et ressentis d'entretien                           | 18        |
| 1.3 Méthodes d'analyse   | 20        |
| 1.4 L'analyse croisée et descriptive des entretiens                          | 20        |
| <b>E. Discussion</b>   | <b>28</b> |
| 1.1 Les limites de l'étude   | 28        |
| 1.3 Mon positionnement sur le sujet  | 29        |
| 1.4 Perspective professionnelle  | 34        |
| 1.5 Ouverture  | 35        |
| <b>F. Conclusion</b>   | <b>36</b> |
| <b>G. Bibliographie et webographie</b>                                       |           |
| <b>H. Annexes</b>  |           |
| I. Histoire de la psychiatrie en France                                      |           |
| II. Les différents modes d'hospitalisation                                   |           |
| III. Organisation des pôles du CHGR  |           |
| IV. La Sectorisation de l'hôpital psychiatrique en France                    |           |
| V.1 Le guide d'entretien   |           |
| V.2 Premier entretien  |           |
| V.3 Deuxième entretien   |           |
| V.4 Les tableaux d'analyses  |           |
| <b>I. L'abstract</b>   |           |

## Siglier

|       |   |
|-------|---|
| AFT   | Accueil Familial et Thérapeutique   |
| CATTP | Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel                            |
| CHGR  | Centre Hospitalier Guillaume Régnier                                      |
| CHS   | Centre Hospitalier Spécialisé   |
| CMP   | Centre Médico-Psychologique   |
| CUMP  | Cellule d'Urgence Médico-Psychologique                                    |
| FIHP  | Filière intersectorielle d'hospitalisation prolongée                      |
| HDJ   | Hôpital De Jour   |
| IDE   | Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat  |
| IFSI  | Institut de Formation en Soins Infirmiers                                 |
| IRDES | Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) |
| MAS   | Maison d'accueil spécialisée  |
| OMS   | Organisation Mondiale de la Santé   |
| UHCD  | Unité Hospitalisation de Courte Durée                                     |
| SPAO  | Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation                          |
| TFE   | Travail de Fin d'Étude  |

*“Ne pas parler de sexualité c'est... ne pas parler de soi.”*

*Conte, M., 1980, Nu comme dans nuage.*

## A. Introduction

La santé mentale dans notre société prend une place de plus en plus importante. En effet, la population prend conscience de l'importance de la prévention, de l'éducation, et de l'accès aux soins psychologiques pour favoriser le bien-être. Ainsi l'accompagnement des patients par les professionnels de santé en psychiatrie a lui aussi évolué, passant d'une approche centrée sur la pathologie à une approche plus humaine qui prend en compte la personne dans son entièreté. (Annexe I). Cependant, la sexualité, bien que faisant partie intégrante de l'identité humaine, reste un sujet sensible et mérite donc une attention particulière au sein des services de psychiatrie.

En effet, la sexualité constitue un élément indissociable de la vie humaine, elle peut d'ailleurs influencer notre santé mentale et nos émotions. Pourtant, malgré son importance, la question de la sexualité demeure toujours négligée et taboue, en particulier au sein des unités de soins psychiatriques. Effectivement, les patients, parfois hospitalisés depuis de nombreuses années, se trouvent confrontés à des dilemmes en matière de liens sociaux et de rapports intimes. De plus, la nature complexe de leurs troubles mentaux et les préjugés sociaux qui y sont associés peuvent rendre la question d'autant plus délicate.

Étant actuellement en dernière année d'étude en soins infirmiers, je réalise un travail de recherches sur la thématique de la sexualité en psychiatrie en mettant en lumière les besoins et les difficultés des patients en matière de rapports intimes. De plus, aspirant à être une infirmière compétente, l'objectif de cette démarche est également de me questionner sur ma pratique et de trouver le positionnement professionnel qui me correspond. En effet, il s'agit d'accompagner mes futurs patients dans l'entièreté de leurs prises en soins et de proposer des stratégies leur permettant de s'épanouir dans leurs intimités et leurs relations sociales tout en garantissant la sécurité et la continuité du parcours de soins.

Pour ce projet de recherche, je vais dans un premier temps exposer mes deux situations d'appels et les questionnements sous-jacents, aboutissant à une question de départ clairement définie. Ensuite, pour commencer à répondre à cette question, je vais faire parler les auteurs à travers un cadre théorique. Par ce dernier, je vais examiner l'organisation de la psychiatrie en France, la place de la sexualité en milieu hospitalier psychiatrique, et l'importance de l'alliance thérapeutique. Dans un second temps, je réaliserai une analyse approfondie des entretiens menés afin de vous exposer la méthode d'analyse utilisée et de mettre en lumière les perceptions des infirmiers interrogés. Je terminerai par une discussion afin d'exposer mon avis sur le sujet et tenter de répondre à la question de départ. Dans cette partie, je mentionnerai également les limites de l'étude, les axes d'amélioration ainsi que l'intérêt de cette étude dans mon futur exercice professionnel.

## B. Présentation des situations d'appels

### 1.1 Première situation

Lors de ma deuxième année d'étude d'infirmière, j'ai réalisé un stage dans une unité de soins prolongés au CHGR avec des patients dit "chroniques". En effet, ces patients sont pour la plupart hospitalisés depuis de nombreuses années en établissements psychiatriques et n'ont, pour la majorité, aucun projet de sortie clairement définie. La schizophrénie ainsi que l'autisme sont les deux pathologies prévalentes de ce service. L'objectif principal de ce stage est d'abord pour moi, de découvrir le milieu de la psychiatrie et de comprendre les similitudes et les divergences avec les soins généraux, notamment vis-à-vis du rôle infirmier. Ensuite, le but était d'acquérir des connaissances en matière de santé mentale mais aussi les compétences spécifiques liées à la prise en soins des patients atteints de troubles psychiatriques et de contribuer à leur réintégration dans la société.

Un jour, je décide de faire un jeu de société dans le réfectoire avec une patiente. Au même moment, un patient, que nous appellerons K, me demande s'il est possible d'obtenir son téléphone. K est un patient de 25 ans souffrant de schizophrénie et de déficience intellectuelle. Ce patient bénéficie d'un temps d'écran limité afin d'éviter la surexposition à des stimuli pouvant le rendre anxieux ou agressif. Le temps d'écran quotidien est donc de une heure, où il peut être en autonomie sur son téléphone. N'ayant pas eu son temps d'écran ce jour, je prends la décision de lui donner son téléphone. Puis, je continue de discuter avec la patiente.

Une heure plus tard, je décide d'aller voir K, qui était assis dans le couloir pour lui demander de me restituer son téléphone. En m'approchant de lui, j'ai observé qu'il était concentré sur son écran. En m'approchant pour lui demander d'éteindre son téléphone, j'ai remarqué que K était en train de naviguer sur internet et regardait des images explicites de femmes nues. Son visage affichait une expression de curiosité, mais il ne semblait pas comprendre la nature de ce qu'il était en train de visionner. Face à cette situation pour moi nouvelle, je n'ai pas réagi. J'ai demandé à K de me donner son téléphone, chose qu'il a faite. Préoccupée, j'ai décidé de parler de cette situation avec l'infirmière du secteur qui m'évoque que ce n'est pas la première fois que cela arrive. Selon l'infirmière, il arrive régulièrement à K de regarder de la pornographie dans les espaces communs durant son temps d'écran. Face à cette situation délicate, je n'ai pas su quelle posture adopter. Je me suis sentie profondément dépassée et inutile, confrontée à une situation pour laquelle je n'avais pas été préparée. Cette expérience m'a interpellée et m'a amenée à réfléchir sur les limites de mes compétences et sur la nécessité d'une meilleure préparation pour faire face à des scénarios complexes et imprévus dans ma future pratique professionnelle. De plus, n'ayant pas eu de réponses précises des soignants face à cette situation, je me suis grandement questionnée: comment les soignants réagissent-ils ? Sont-ils préparés ? Ignorent-ils ce genre de situation ? Sont-ils à l'aise face à ces pratiques?

## 1.2 Deuxième situation

Cette situation se déroule dans le même service que la situation précédente. Cette fois, je vais évoquer la situation de P, un patient de 26 ans souffrant de schizophrénie. Cette pathologie se manifeste chez P par de nombreuses hallucinations et des sentiments de persécutions assez importants. Monsieur P bénéficie d'un contrat de soins, il ne peut pas sortir de l'unité comme il le souhaite. En effet, aucune sortie n'est tolérée pour lui en vue de son état psychologique et de sa vulnérabilité. Durant ma période de stage, Monsieur P exprime un désir persistant d'avoir des rapports sexuels. Il en parle quotidiennement aux infirmiers et au psychiatre de l'unité, affirmant qu'il se sent seul et qu'il a besoin de relations sexuelles pour se sentir mieux. Ainsi, il est persuadé que c'est ça qui va le soigner. Ses demandes deviennent de plus en plus insistantes, et il semble obsédé par l'idée d'avoir des rapports intimes. Cela se manifeste par des demandes auprès de l'équipe soignante mais aussi auprès de certains patients du service

Monsieur P a un traitement: la clozapine, qui est un antipsychotique atypique utilisé dans le traitement de la schizophrénie résistante. Monsieur P prend un dosage très élevé de ce traitement. Un soir, alors que je suis seule à distribuer les traitements en salle de soins, Monsieur P arrive agité et agacé. Il s'assoit dans la pharmacie et me soutient que son traitement a un effet délétère sur sa sexualité ( baisse de la libido, trouble de l'érection....) et, puisque c'est ainsi, il refuse de prendre ses traitements. A ce moment, j'ai compris que les besoins intimes de P risquaient d'entraver le parcours de soins et de placer P en rupture de traitement.

A ce moment, je me suis sentie, une nouvelle fois, extrêmement démunie et je n'ai pas trouvé les mots pour répondre à cette situation délicate. Mis à part le questionner sur cette décision et essayer de négocier avec lui, je n'avais pas d'éléments concrets à lui apporter, ni de solutions alternatives. Après avoir pris du recul sur la situation, j'ai réfléchi à la manière de concilier les préoccupations du patient avec les recommandations médicales et les conséquences potentielles d'un arrêt soudain du traitement sur sa santé globale. Malheureusement, je suis restée sans réponse. Je n'avais pas les billes pour répondre à son mal-être. Après discussion avec l'équipe soignante, j'ai remarqué que les professionnels de santé n'étaient également pas toujours en mesure de fournir des réponses claires à mes questions, et qu'il y avait une certaine variation dans les approches adoptées par chaque soignant. Chaque situation impliquant la sexualité était gérée de manière très différente d'un soignant à l'autre et souvent ignorée. Peu de professionnels de santé semblent au clair sur la posture à adopter et sur le cadre législatif de ces pratiques dans un établissement de santé.

### 1.3 Questionnements relatifs aux situations d'appels

Au regard de ces deux situations, je me suis interrogée sur plusieurs points: mon positionnement professionnel et l'attitude à adopter pour favoriser l'alliance thérapeutique mais également les besoins des patients en matière de sexualité et les outils mis en place dans les unités de soins pour les assouvir. D'abord, des questionnements en lien avec les patients et leurs pathologies ont émergés :

- En quoi les pathologies psychiatriques peuvent-elles désinhiber les relations affectives et les pratiques intimes des patients?
- Quels outils sont mis en place dans les services de longues durées pour répondre aux besoins intimes des patients en psychiatrie ?
- Quels sont les risques de refus de soin dans une unité de psychiatrie ?
- Est-ce que considérer ces effets indésirables (baisse de la libido, trouble de l'érection) permettraient de renouer avec le parcours de soins ?

Puis, mes interrogations se sont alors portées sur le positionnement infirmier face à ce type de situations. En effet, la posture soignante et la législation au regard de la sexualité de nos patients ne sont pas enseignées lors de nos études et méritent pourtant une attention particulière.

- Comment aborder le sujet de la sexualité et des relations intimes avec le patient tout en gardant la juste distance ?
- Comment interroger le patient sur ses besoins et ses difficultés ?
- Doit-on ignorer les besoins et les pratiques sexuelles des patients quand on les surprend ? Comment doit-on se positionner : retrait ? Actions éducatives ? Actions préventives ?
- Comment respecter l'intimité de la personne soignée tout en protégeant les autres patients de l'unité ?
- Les pratiques sexuelles sont-elles autorisées à l'hôpital ? Existe-t-il un cadre législatif ?
- Quelles solutions concrètes pouvons-nous apporter à nos patients ?
- Prendre en compte le besoin affectif et intime des patients fait-il partie de notre rôle infirmier?

### 1.4 Réflexion et émergence de la question de départ

Compte tenu de l'ensemble de ces interrogations, il a été compliqué pour moi de trouver une question de départ qui répond à l'ensemble de ces problématiques. Ainsi, j'ai donc dû affiner mon questionnement pour centrer ma réflexion sur ce qui me semblait le plus pertinent. J'ai donc décidé d'évoquer l'accompagnement infirmier vis-à-vis de la sexualité du patient et sa répercussion sur l'alliance thérapeutique.

Question de départ:

- **En quoi la considération par l'IDE de la sexualité d'un patient hospitalisé au long cours en psychiatrie peut impacter l'alliance thérapeutique ?**

## C. Cadre théorique

### 1. Psychiatrie

#### 1.1 Définition de la psychiatrie

Comprendre la psychiatrie, c'est avant tout s'intéresser à la santé et plus précisément à la santé mentale. En effet, notre société actuelle est de plus en plus basée sur la santé somatique (avancée médicale, recherches, campagne de dépistage...). La santé physique de la population française est au cœur des préoccupations. Cependant, qu'en est-il de la santé mentale ? On le sait, la santé mentale est à ce jour mise à rude épreuve: isolement lié au covid-19, anxiété sociale, surcharge professionnelle, etc ... Or, les campagnes de sensibilisation à ce sujet sont peu nombreuses et ces problématiques psychiques demeurent cachées.

Afin de bien définir la psychiatrie et son organisation, il est dans un premier temps essentiel de connaître la signification du terme "santé". Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, *"la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*.(Constitution OMS,1948, p.1). Ainsi,on observe dans cette définition, l'importance majeure du *"bien-être mental"*, qui fait partie intégrante de notre état de santé global. L'OMS complète sa définition en faveur de la santé mentale, qui est définie comme un *"état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté"*.(OMS, 2022). En d'autres termes et selon le dictionnaire illustré des termes de médecine, la santé mentale se définit comme *" l'équilibre psychique harmonieux"* (Garnier Delamare,2017, p.839).

Lors de nos passages en tant qu'étudiants infirmiers dans les services, notamment en soins généraux, nous remarquons que le terme de "psy" est utilisé à tort et à travers et souvent de manière biaisée. En effet, lors de nos différents stages, nous avons déjà tous entendu: "Ce patient est psy". Nous comprenons assez rapidement que cela signifie que le patient souffre de troubles mentaux ou d'une altération de sa santé mentale. Cependant, le terme de psychiatrie est souvent mal utilisé et il me semblait nécessaire de le définir afin d'aborder ce sujet de mémoire avec sérénité.

Selon Philippe Casassus, professeur de thérapeutique, la psychiatrie est définie comme : “ la partie de la médecine consacrée spécialement à l'étude des maladies de l'esprit”. (Philippe Casassus,2017, p.779). Dans un article, l'auteur Patrick Juignet, psychiatre, étoffe cette définition :

*La psychiatrie s'adresse au domaine flou de l'esprit, de la psyche, du mental, de la subjectivité, de l'humeur lorsqu'on y repère une pathologie, c'est-à-dire des perturbations produisant une souffrance, une désadaptation, une invalidation, voire la mort.(Juignet,2021).*

En d'autres termes, la psychiatrie se définit donc comme la partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales, les troubles du psychisme. Il existe donc un lien précis entre santé mentale et psychiatrie: l'un étant l'équilibre de l'esprit et l'autre l'étude médicale de son dysfonctionnement. En effet, cette santé mentale peut être endommagée dans plusieurs cas et cela tout au long de notre vie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

*En 2019, une personne sur huit dans le monde - soit 970 millions de personnes – présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants. En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. Les premières estimations indiquent une hausse de 26 % et 28 %, respectivement, pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs en l'espace d'une année seulement”.(OMS, 2022)*

On observe ainsi la nécessité de sensibiliser la population au sujet de la santé mentale mais également l'importance de la médecine de l'esprit (psychiatrie) dans l'accompagnement des patients souffrants de troubles psychiques.

### 1.3 Organisation de l'hôpital psychiatrique et modes d'hospitalisation

Lors d'un cours de l'unité processus psychopathologiques en première année, deux infirmiers (Mme Denial AG. et Mr Collet D.) du CHGR de Rennes sont venus nous présenter le système de santé mentale et l'organisation au sein des hôpitaux psychiatriques. Je vais m'appuyer sur cet enseignement pour expliquer dans cette partie les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie. Pour expliquer mes propos, je m'appuie sur un tableau de 1996 inspiré de l'ouvrage: “Psychiatrie légale” écrit par Alberne T. et Tyrode Y (Annexe 2), tableau présent dans le diaporama des deux infirmiers. En établissement psychiatrique, il existe différents modes d'hospitalisation afin de s'adapter aux besoins spécifiques des patients et à la nature de leur condition mentale. Ces modes varient en fonction du degré de consentement du patient, de l'urgence de la situation et de la nécessité de protéger la personne soignée et son entourage. On distingue deux grands groupes: les soins avec consentement et les soins sous contrainte. Dans les soins avec consentement, il existe les Soins Psychiatriques Libres (SPL). Ceux-ci sont destinés aux patients qui sont en accord avec l'hospitalisation. Ces patients sont capables de consentir aux différents soins et choisissent de rester hospitalisés. Dans ce cas de figure, ils sont libres de partir à tout moment. Si le médecin estime la sortie prématurée, le patient doit signer une

sortie contre avis médical. Le médecin a la possibilité de transformer les soins psychiatriques libres en soins sous contrainte s'il considère que le patient doit être absolument hospitalisé. Ensuite, dans les hospitalisations sous contraintes, il existe les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), qui sont mis en place lorsque le patient, en raison de sa condition mentale, est incapable de reconnaître la nécessité des soins. Dans ce cas, un tiers, (membre de la famille, représentant légal...) peut demander l'hospitalisation du patient pour qu'il reçoive les soins nécessaires. La demande de tiers doit être rédigée par une personne qui connaît le patient avant la crise et qui agit dans son intérêt. Cette mesure est souvent utilisée lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui. Si il y a un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, on parle de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tier d'Urgence (SPDTU). Dans ce cas, les démarches administratives d'hospitalisation sont plus rapides. Si le patient n'a pas de tiers ou que celui-ci refuse de participer à l'hospitalisation, on parle de Soins Psychiatriques pour Péril Imminent. Enfin, un représentant de l'État (maire, préfet...), peut également demander l'hospitalisation d'un individu, on parle de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE). Ce mode d'hospitalisation est utilisé lorsque le patient porte atteinte à l'ordre public et/ou à la sûreté des personnes.

Outre ces différents modes d'hospitalisation, les patients ne sont pas adressés dans les mêmes services en fonction de leurs besoins. Pour expliquer cela, je vais m'appuyer sur l'organisation du CHGR de Rennes qui comporte sept pôles (Annexe 3). Pour cette étude, nous nous penchons uniquement sur le pôle adulte. Dans ce dernier, on retrouve différents services et structures adaptés aux différents besoins des patients. D'abord, des services d'admission, dites Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) qui ont pour objectif d'accompagner les patients ayant des troubles aigus, qui sont souvent adressés par le Service Psychiatriques d'Accueil et d'Orientation (SPAO). Le SPAO est l'équivalent des urgences somatiques pour les urgences psychiatriques. Puis dans le pôle adulte, on retrouve également une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), afin d'assurer la prise en charge des victimes confrontées à un événement psycho-traumatisant. On retrouve également des Hôpitaux de Jour (HJ), qui offrent des soins et un soutien thérapeutique aux patients tout en leur permettant de retourner chez eux pour la nuit. On y retrouve également des Centres Médico-Psychologique (CMP), qui sont des structures ambulatoires de santé mentale, accessibles à tous offrant des consultations, des suivis thérapeutiques et des soins psychiatriques sans nécessiter d'hospitalisation. Il existe également des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Les patients y trouvent des activités thérapeutiques telles que l'art-thérapie, la musicothérapie, la psychoéducation, etc. Cela à pour objectif de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des patients. Enfin, on retrouve dans le pôle adulte, la Filière Intersectorielle d'Hospitalisation Prolongée (FIHP), qui accompagne les patients hospitalisés au long cours et ayant des pathologies mentales dites "chroniques". Pour cette étude, je vais donc m'appuyer sur ce type d'hospitalisation au long cours. (<https://www.ch-guillaumeregner.fr/index.html>).

## 1.4 Les hospitalisations au long cours en psychiatrie

*“Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d’un an ou plus, en continu ou non – ont concerné près de 12 700 patients en 2011”*(Coldefy, M. et Nestrigue, C. 2014, p.1). Magali Coldefy et Clément Nestrigue sont des chercheurs au sein de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Un de leur article examine la pratique de l'hospitalisation au long cours en psychiatrie dans le contexte d'une politique de désinstitutionnalisation psychiatrique. Cette politique a commencé à être mise en œuvre dans de nombreux pays occidentaux, dont la France, à partir des années 1970. Cette approche vise à déplacer les soins psychiatriques des grands hôpitaux vers des structures plus communautaires et à réduire les séjours hospitaliers prolongés. En France, cette transition a été marquée par la fermeture progressive des asiles psychiatriques et le développement de services de santé mentale ambulatoires, de soins à domicile et d'autres alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Cependant, malgré une diminution significative de la durée moyenne d'hospitalisation depuis les années 1980, un nombre non négligeable de patients demeurent hospitalisés de manière prolongée en raison de la gravité de leur pathologie et du manque de prise en charge alternative. Les hospitalisations au long cours, définies comme des séjours supérieurs ou égaux à 292 jours par an, touchent environ 0,8 % des patients en psychiatrie, mais représentent un quart des journées d'hospitalisation et occupent un quart des lits. Ces hospitalisations sont souvent considérées comme inadéquates car elles résultent souvent d'un manque de solutions sociales ou médico-sociales adaptées (Coldefy, M. et Nestrigue, C., 2014, p.1). Ces hospitalisations au long cours sont souvent nécessaires pour les patients présentant des troubles mentaux sévères et chroniques, tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires, ou d'autres troubles psychotiques. Contrairement aux hospitalisations de courte durée, qui visent généralement à stabiliser rapidement les symptômes aigus, les hospitalisations au long cours sont axées sur la gestion à long terme des symptômes, la réadaptation sociale et le soutien continu. Elles ont notamment pour but de préparer le patient à une réinsertion sociale et l'accompagner dans la création d'un véritable parcours de vie. Selon cette même étude, *“la grande majorité (64 %) des patients hospitalisés en psychiatrie au long cours sont des hommes”* et *“l'âge moyen de ces patients est de 47 ans et ne diffère pas de l'âge moyen observé chez l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie”*(Coldefy, M. et Nestrigue, C., 2014, p.1 à 8). On remarque par ces chiffres que la population hospitalisée au long cours est sensiblement identique à la population rencontrée en établissement psychiatrique en général. De plus, selon le graphique des résultats de cette étude, sur 12 700 patients hospitalisés au long cours, 51,7% souffrent de schizophrénie. Cela s'explique par la nature chronique de la schizophrénie: la symptomatologie y demeure complexe (hallucinations, les idées délirantes, les troubles de la pensée, les difficultés cognitives...), et est souvent très invalidante. De plus, cette pathologie est difficile à stabiliser, l'adaptation thérapeutique peut être longue et tumultueuse. De plus, de part les stéréotypes et les fausses croyances, les patients

atteints de schizophrénie peuvent rencontrer de grandes difficultés dans la réinsertion socio-professionnelle. Enfin, dans les unités de long cours en psychiatrie, il existe également une grande problématique de dépendance des patients: *“Seul un quart des patients hospitalisés au long cours s’avère complètement autonome sur le plan physique”*(Coldefy, M. et Nestrigue, C., 2014, p.1 à 8).

En somme, les patients hospitalisés en long cours en psychiatrie se présentent comme une population particulièrement complexe et vulnérable. Ces derniers sont caractérisés par une dépendance prolongée aux soins et une forte déficience cognitive, intellectuelle et physique. Ces individus requièrent une prise en charge spécialisée et soutenue. La schizophrénie émerge comme la pathologie prédominante au sein des unités de long cours. De plus, il est également notable que cette population est majoritairement masculine et plutôt jeune. Par ces caractéristiques, on remarque bien que le long cours est vraiment très spécifique. L’accompagnement et la prise en soins sont bien différents par rapport à des unités d'admission.

## 2. Le concept de sexualité

### 1.1 Définition de la sexualité

Dans cette partie, nous rentrons dans le cœur du sujet, à savoir la sexualité. *“Au XIX siècle, la sexualité était perçue comme un acte naturel dont le seul but était la procréation.”*(Chevret-Meason M.,2009, p.38). La notion de reproduction a longtemps été associée à la sexualité, ne laissant pas de place à l’activité plaisir. En effet, nous remarquons que lorsqu’il s’agit d’aborder ce concept, les notions biologiques et physiologiques restent prédominantes. En effet, la sexualité est définie comme *“l’ensemble des attributs anatomiques et physiologiques qui caractérisent chaque sexe”*. (Delamare, 2008, page 414).Effectivement, lorsque l’on regarde l’étymologie du mot sexualité, on y retrouve le mot “sexe” qui renvoie aux caractéristiques biologiques visibles qui permettent de distinguer les organismes vivants dans le cadre de la reproduction. (les organes génitaux masculins et féminins). C’est seulement à partir des années 1960, que *“la généralisation de la contraception orale a eu comme conséquence sociale de légitimer la sexualité récréative à l’intérieur du couple”*.(Chevret-Meason M., 2009, p.38). De plus, *“cette sexualité ne se réduit maintenant plus seulement à une pratique de reproduction”* (Giami A.,2007,p 56 à 60). C’est d’ailleurs en 1966 que deux sexologues américains et pionniers en matière de sexologie humaine donnent une définition précise de la sexualité:

*La sexualité humaine peut être définie comme l’ensemble des comportements, des sentiments, des pensées et des interactions liés à la dimension sexuelle de l’être humain. Cela englobe non seulement les aspects physiologiques et biologiques de la reproduction, mais aussi les aspects*

*émotionnels, psychologiques, sociaux et culturels de l'expression sexuelle et du plaisir chez les individus. La sexualité est donc une composante essentielle de l'identité humaine et de la relation entre les individus, et elle est influencée par une multitude de facteurs, y compris les normes sociales, les valeurs culturelles, les expériences personnelles et les relations interpersonnelles (Masters, W. H., et Johnson, V. E. , 1966, p.10) .*

Avec toutes mes recherches sur ce thème, je remarque que la sexualité concernant les rapports humains et l'activité plaisir n'est que très peu définie et demeure taboue dans les écrits. Robert Courtois (chercheur, et professeur de psychologie à l'université de Tours), explique à quel point la sexualité est complexe. Il démontre la multidimensionnalité de facteurs qui gravitent autour de ce terme de sexualité. Celle-ci est façonnée par la société, les normes culturelles et les expériences personnelles. Selon l'auteur, la sexualité demeure également une composante intime, influencée par les dimensions psycho-affectives et corporelles de chaque individu. (Courtois, R., 1998, p.2). En 2024, l'heure est à la décomplexion, de plus en plus de personnes prennent la parole et prônent également différentes sexualités et pratiques via des mouvements populaires mais également sur les réseaux sociaux, où la parole est davantage libérée. On y aborde les sujets de l'homosexualité, de l'asexualité, de la masturbation, les relations sexuels sans lendemain etc.... Avec l'ensemble de ces témoignages, nous réalisons que la sexualité est vécue de différentes manières à l'échelle d'un pays mais également dans le monde entier. Par exemple, certaines tribus pratiquent la polygamie ou ont des rituels sexuels spécifiques qui font partie intégrante de leur culture et de leurs croyances. On remarque à quel point la sexualité est très différente d'un individu à un autre (Tremblay, R., Brunot, N., Fernandez, S., Saus, A. S., et Xavier, F., 2020, p.23-27).

## 1.2 Quels liens entre l'activité sexuelle et notre santé physique et mentale

Ce n'est qu'en 2002 que l'OMS se saisit de la question de la sexualité et donne sa définition de la santé sexuelle:

*C'est un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés (OMS, Mise à jour 2023).*

Ainsi, cette définition élargit la perspective sur la sexualité en mettant l'accent sur le bien-être global et les droits des individus. Cette mise en lumière peut conduire à des changements positifs dans la façon dont la société aborde et soutient la santé sexuelle. Cette définition, bien que tardive, montre que la question de la sexualité est belle et bien d'actualité et l'aspect "secret" de celle-ci s'estompe peu à peu.

De plus, en évoquant les termes de “santé sexuelle”, cela démontre l’impact que peuvent avoir les activités sexuelles sur notre santé notamment en matière de qualité de vie.

Face à ce constat, les politiques publiques ont mis en place en 2017 une stratégie nationale de santé sexuelle, ayant pour but de favoriser l’accès à une information de qualité, l’apport de connaissances sur les risques liés aux rapports intimes et notamment en cas de relations non ou mal protégées. Cette stratégie nationale de santé a aussi pour but de promouvoir l’accès aux soins de santé sexuelle, la possibilité de vivre dans un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle. Cette initiative gouvernementale montre l’intérêt grandissant qui est porté à la sexualité. (*Ministère du travail, de la santé et de la solidarité, 2023*).

Aujourd’hui, de nombreux médias et médecins affirment que l’activité sexuelle est bonne pour la santé. En effet, l’activité sexuelle a un impact sur l’amélioration générale de notre état de santé en augmentant le rythme cardiaque, ce qui entraîne donc une meilleure circulation sanguine et une diminution de la pression artérielle. Cela réduirait donc le risque de maladies cardiaques à long terme. L’activité sexuelle engage également différents groupes musculaires, ce qui peut contribuer à renforcer la musculature globale, en particulier celle du plancher pelvien. De plus, les rapports à deux auraient également un rôle dans le renforcement du système immunitaire. En effet, le contact physique et l’échange de fluides lors des rapports sexuels stimulent la production d’anticorps, renforçant ainsi le système immunitaire et aidant à lutter contre les infections. De surcroît, l’activité sexuelle nous permet de libérer des hormones comme l’endorphine et l’ocytocine, qui agissent comme des antidépresseurs naturels et aident à réduire le stress et l’anxiété. Enfin, d’autres hormones libérées pendant l’orgasme, telles que la sérotonine et la prolactine, favorisent la relaxation et le sommeil profond, aidant ainsi à réguler le cycle veille-sommeil. (*Tessler Lindau S., Waite, L., 2007, p. 1 à 5*).

Nous pouvons remarquer avec ces études que la sexualité a un aspect bénéfique sur notre santé somatique et que cela va évidemment de paire avec notre santé mentale. Nous serions en meilleure santé physique, moins stressé et moins anxieux et nous dormirions mieux. Cependant, est-ce que la sexualité n’a qu’un effet positif sur notre santé mentale à ce jour ?

Une chose est sûre, cette nouvelle considération de la sexualité va de paire avec l’augmentation considérable des dérives en matière de sexualité : accessibilité facilitée à la pornographie, exposition à des images violentes, augmentation du nombre d’agressions sexuelles... “*En 2022, 30% des internautes mineur-es ont été exposé-es au moins une fois par mois à des contenus pornographiques sur ces sites, quasiment autant que les majeur-es (37 %). 500 000 jeunes consultent des sites pornographiques quotidiennement, soit 8 % des mineur-es*” (*Haut conseil à l’égalité entre les hommes et les femmes, 2023*). Ces expositions ont de nombreux effets négatifs sur la population. D’abord, le public peut subir un état de choc après avoir visionné des images pornographiques. En effet, ces dernières se veulent toujours plus irréalistes et toujours plus violentes. Le risque majeur est que le jeune public associe les images pornographiques à la “normalité”. De plus, les jeunes garçons et jeunes

filles ont une pression de leurs paires lorsqu'il s'agit d'avoir leur premier rapport intime. En effet, celui-ci doit être fait rapidement, le jeune n'ayant pas eu de rapports sexuels peut subir des moqueries voire du harcèlement. Ces comportements associés aux images pornographiques poussent également les personnes dans un esprit de performance. Cela impacte réellement la santé mentale de la population. Le sexe n'est donc plus une activité plaisir mais une activité à laquelle on doit être préparé, performant et endurant. De plus, les diktats de beauté, notamment pour les jeunes femmes, rendent la sexualité source de stress et d'anxiété. Ensuite, il est important de notifier que le sexe n'est pas une obligation. En effet, certaines personnes ne ressentent pas l'envie, ni le besoin d'avoir des activités sexuelles. C'est notamment le cas des personnes asexuelles, qui peuvent elles aussi subir une grande pression sociale. Enfin, aujourd'hui, le sexe est vu comme une sorte de thérapie au sein du couple. A vouloir trop centrer la sexualité au centre de tout, nous finissons par croire que dans un couple, le sexe est la seule recette du bonheur (Focchi M., 2009, p. 14 à 19). Nous remarquons donc que la sexualité peut avoir des aspects positifs mais aussi négatifs sur notre santé mentale. Il est donc nécessaire d'y trouver un équilibre.

### 1.3 La place de la sexualité en hôpital psychiatrique

*“De nombreux questionnements émergent lorsque l'on parle de sexualité et de santé mentale: quels impacts sur les pathologies ? Quid de la vulnérabilité de certains patients”.*(Rivallan A., 2020, p.11). Dans la circulaire du 15 mars 1960, la mixité au sein des services de psychiatrie a été instaurée. Auparavant, hommes et femmes étaient hospitalisés dans des quartiers bien distincts. De plus, *“la pulsion et la pratique sexuelle était considérée comme l'expression des symptômes de la folie”*(Rivallan A., 2020, p.11). Avec la mise en place de la sectorisation (Annexe 4) mais également avec l'ouverture à la mixité, les rapports sociaux au sein des services d'hospitalisation évoluent nettement. En effet, la question de la sexualité des patients est davantage mise en lumière notamment dans les unités d'hospitalisation au long cours qui sont considérées comme des lieux de vie, et où, on le sait, les patients passent une partie considérable de leur existence. Cette sexualité *“se présente dans une variété de manifestations, qui vont de la rencontre amoureuse à des agissements désordonnés”* (Rivallan A., 2020, p.11).

Selon Michel Foucault, les institutions notamment les hôpitaux psychiatriques exercent un pouvoir disciplinaire sur les individus. En effet, ces institutions régulent l'ensemble des aspects de leur vie, y compris leur sexualité. On observe notamment la suppression ou la répression des désirs sexuels des patients, qui sont très souvent perçus comme des manifestations de leur pathologie mentale. Cette approche entrave non seulement le développement sexuel des patients, mais elle contribue également à maintenir des stigmatisations permanentes et un grand sentiment de honte autour de la sexualité en milieu psychiatrique. (Foucault M., 1976).

Parallèlement à cela, plusieurs auteurs ont réalisé une étude qualitative vis à vis des expériences et des besoins des patients hospitalisés en matière de sexualité. Dans cette étude, le constat est sans appel: les patients ont exprimé le besoin d'un espace sécurisé où ils pourraient discuter librement de leurs préoccupations sexuelles sans crainte de jugement ou de réprimande. Les auteurs soulignent ainsi l'importance d'une approche centrée sur le patient, qui reconnaît et respecte la diversité des expériences sexuelles et des identités de genre. (Saidi, I. et Schils, G., 2021, p.1 à 4).

Cependant, malgré le besoin grandissant des patients d'être accompagnés en matière de sexualité, on constate que la législation n'évolue malheureusement pas réellement dans ce sens. En effet, on ne retrouve pas ou peu de législation qui encadre la sexualité dans les établissements psychiatriques. En 2012, le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Cadillac a été saisi en justice car le directeur avait intégré dans son règlement l'interdiction des relations sexuelles dans un service. Selon lui, "*cette interdiction s'impose dans la mesure où les patients d'un établissement psychiatrique sont vulnérables et nécessitent d'être protégés*". Les juges ont demandé la suppression de cette règle en rappelant un principe général du droit selon lequel la liberté doit demeurer la règle et l'interdiction une exception justifiée et proportionnée (Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2012). En effet, dans l'article 9 du Code civil, on retrouve: "*chacun a droit au respect de sa vie privée*" et dans son article 16-1 que "*chacun a droit au respect de son corps*". (Légifrance, 2024). Il n'est donc pas possible pour un service de soin d'inscrire dans son règlement intérieur une interdiction générale et absolue de ce type, qui s'oppose à une liberté fondamentale. Néanmoins, dans certains établissements il existe des réglementations. Par exemple, l'accès au chambre est réservé seulement à ses occupants. Cette réglementation permet de contourner les interdictions. Cependant, même si de telles restrictions sont établies, elles ne peuvent pas empêcher complètement les relations intimes entre patients. (Péchillon, E. et Dujardin, V., 2016, p.1 et 2).

Ainsi, on remarque qu'il n'existe pas de législation précise en ce qui concerne le droit à la sexualité des patients. Le principe est de respecter le droit à l'intimité de chaque patient et de maintenir sa liberté. Cependant, cette liberté ne doit pas entraver la liberté d'autrui. De plus, bien que la sexualité se développe dans nos sociétés, elle demeure taboue lorsqu'il s'agit de l'aborder en unité de soins. Notamment, dans des unités de psychiatrie, où, on le sait, les pathologies psychiatriques peuvent prendre le dessus sur la cognition et les capacités d'insight et de jugement. C'est cette partie qui demeure complexe en psychiatrie: comment savoir si les deux patients sont en pleine conscience ? Sont-ils tous les deux réellement consentants ? Ont-ils les capacités cognitives et intellectuelles suffisantes pour comprendre les enjeux de la sexualité ?

### 3. L'alliance thérapeutique

#### 1.1 Définition

L'alliance thérapeutique est indispensable dans notre pratique infirmière. Nous l'utilisons souvent, sans même nous en rendre compte, cela participe notamment à la relation de confiance entre les soignants et les patients mais cela contribue également à l'adhésion aux soins de ces derniers. Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard, lexicographe et documentaliste, définit ce concept: *“l'alliance thérapeutique symbolise l'union, l'engagement personnel et les promesses tenues à l'encontre des autres personnes. [...] L'enjeu central de l'alliance thérapeutique consiste à créer progressivement, un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide ”*(Paillard, C., 2016, p.27 -28). L'alliance thérapeutique, c'est avant tout une collaboration mutuelle entre le patient et le soignant. L'objectif de ce partenariat étant l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés conjointement (Valot, L. et Lalau, JD., 2020, p.2) Nous comprenons, dès lors, l'enjeu même de cette relation. Dans son ouvrage, Jacques Chalifour, détenteur d'une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques de l'Université de Montréal, complète cette définition de l'alliance thérapeutique, *“ce lien permet de bâtir, au cours des rencontres, des échanges constructifs afin que le “clients” (personne soignée) s'investisse dans son traitement”*(Chalifour, J., 1989). Ainsi, on remarque à quel point l'alliance thérapeutique est nécessaire dans le projet de soins de nos patients. Ce lien est la base du métier d'infirmier. En effet, étant au plus proche des patients au quotidien, nous créons une relation particulière avec eux, ne se basant pas exclusivement sur la réalisation des soins. De par nos mots, notre écoute, notre patience et notre bienveillance; nous tentons de leur faire accepter les soins, mais aussi de les faire participer activement. Nous échangeons sur des sujets parfois autres que l'hospitalisation, nous rigolons et parfois même, nous pleurons avec nos patients. Ces derniers nous accordent une confiance aveugle. Cette confiance est visible à plusieurs moments du parcours de soins; lorsque le patient décide d'accepter le traitement proposé par le médecin ou lorsqu'il nous laisse son bras pour le prélèvement sanguin par exemple. Nous soignants, nous leur accordons également notre confiance; dans l'autogestion de leur pathologie ou dans l'honnêteté de leurs propos par exemple. Cette confiance est réciproque, et c'est la clef d'une bonne relation. D'ailleurs, pour Stéfanie Senn, *“la confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants”* (Seen S., Needham.I, Antille S, 2012, p. 30-42). En effet, nous remarquons que lorsqu'un patient se confie à nous, il a besoin de se sentir en confiance, de se sentir écouté et à l'aise. De plus, on remarque que cette confiance est d'autant plus importante en santé mentale, car les patients en ont besoin pour se stabiliser. C'est ce lien de réciprocité particulier qui fait la magie de notre métier. Les patients, hospitalisés dans une situation de vulnérabilité, nous accordent aveuglément leur confiance dans la réalisation des soins les concernant, en faisant ainsi l'essence même de tous soins. Souvent, cette alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient permet de faire adhérer les soins aux

patients, qui parfois peuvent être dans une situation de lassitude, d'énervement ou de refus. La discussion, l'explication des soins et la négociation sont des outils nécessaires à la pratique infirmière.

## 1.2 Spécificités de l'alliance thérapeutique en établissement psychiatrique

En psychiatrie, les pathologies et les différents troubles mentaux peuvent altérer la communication mais également les relations que les infirmiers et les patients entretiennent entre eux. En effet, parfois, les hallucinations ou les délires causés par différentes pathologies rendent les échanges laborieux voire impossibles. Les différents acteurs qui œuvrent autour du patient doivent donc user de différentes stratégies pour maintenir l'alliance thérapeutique avec les patients qu'ils prennent en soin. Dans son ouvrage, Yann Auxéméry, psychiatre, étoffe le raisonnement de l'alliance thérapeutique vis-à-vis des services de psychiatrie. Selon lui:

*Il n'est pas rare, au cours d'un premier entretien ou d'un moment d'acmé de souffrance, que le contact entre patient et soignant soit intuitivement perçu comme "insuffisant", "inauthentique", "perturbé de mécanismes de défense agressifs ou, plus généralement, par des processus pathologiques massifs tels des hallucinations envahissantes, des troubles dissociatifs schizophréniques ou post-traumatiques, et finalement toute atteinte neurocognitive amenée à atteindre la relation à soi et à autrui". (Auxéméry Y., 2021, p. 293 à 297).*

Cet extrait nous montre que la création d'une alliance thérapeutique solide et d'une relation de confiance entre le soignant et le patient est un processus complexe qui nécessite du temps et de la patience, surtout en psychiatrie. En effet, dans ce domaine, les patients peuvent être confrontés à des difficultés émotionnelles profondes, à des troubles mentaux graves ou à des traumatismes qui influent sur leur capacité à établir des liens significatifs avec autrui. Pour le patient, il peut être difficile de s'ouvrir à un professionnel de la santé et de partager ses pensées les plus intimes, ses peurs et ses angoisses, surtout lors des premières rencontres. Il peut y avoir des résistances, des méfiances et des craintes liées à la stigmatisation sociale ou à la peur du jugement. Du côté du soignant, établir une relation thérapeutique efficace nécessite une compréhension profonde des besoins du patient, ainsi qu'une empathie sincère et un respect inconditionnel. Cela demande du temps pour apprendre à connaître le patient dans sa globalité, à comprendre son histoire, ses valeurs et ses aspirations, et à identifier les obstacles qui entravent sa guérison.

Dans une étude sur l'alliance thérapeutique, les professionnels montrent avec leurs résultats que plusieurs facteurs peuvent rendre l'adhésion thérapeutique compliquée en psychiatrie. *"On peut préciser les facteurs qui influencent l'alliance thérapeutique. Il est habituel d'identifier quatre sous-types de facteurs : ceux liés au retentissement de la maladie, ceux liés aux médicaments, ceux liés au soignant et ceux liés au patient et à son entourage"*(Charpentier A, 2009, p. 1 à 3). Les facteurs liés à la maladie sont : les comorbidités psychiatriques, les déficit cognitifs, les délires, les hallucinations, les défauts d'insight et de jugement des patients vis-à-vis de leur maladie. Pour les

facteurs liés à la relation soignant-patient on y retrouve: la surveillance des soignants qui est parfois décrite comme inappropriée, la relation patient-soignant qui n'est parfois pas optimum, et l'impression de certains patients d'être contraints aux soins. Il existe également des contraintes liées aux médicaments: complexité des traitements, contrainte des heures de prises, durée du traitement, l'atteinte des capacités cognitives et somatiques. De plus, parfois l'efficacité et la tolérance des médicaments ne permettent pas de maintenir une alliance thérapeutique (effets secondaires, faible bénéfice thérapeutique attendu...) (Charpentier A, 2009, p. 1 à 3).

Une autre étude s'intéresse à l'alliance thérapeutique entre les patients hospitalisés en psychiatrie de secteur et les infirmier(e)s et aide-soignant(e)s. Cette étude montre que les patients hospitalisés ont une opinion généralement favorable à très favorable vis-à-vis de l'alliance thérapeutique qu'ils créent avec les professionnels de santé tels que les infirmiers et les aides-soignants. Cependant, pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères, cette alliance thérapeutique n'est généralement pas maintenue sur le long terme. Même si les troubles ne freinent pas la possibilité d'une alliance thérapeutique, cela ne permet pas suffisamment une inscription dans un suivi personnalisé pour les personnes dont le parcours est émaillé de ruptures sociales. Cette étude montre la nécessité d'une approche de soins globale pour ces individus. L'engagement de l'ensemble du personnel de santé est donc essentiel, en mettant en avant notamment l'empathie qui joue un rôle central dans la prise en soins. (Morvillers J-M, Roy C, Laouénan C, Goulté N., 2022)

### 1.3 Alliance thérapeutique et sexualité

Les auteurs partagent un avis commun, celui de rétablir la vérité au sujet de la sexualité en institution. En effet, il est important de souligner que de fausses croyances demeurent en psychiatrie : *“Les patients hospitalisés n'ont pas ou peu de vie sexuelle”, “évoquer la question de la sexualité pourrait déstabiliser le patient et induire une décompensation psychotique voire des comportements sexuelles déviants”, “informer de l'éventualité d'effets secondaires sexuelles pourraient engendrer une méfiance vis à vis des traitements”*. L'ensemble de ses croyances amènent donc à ne pas aborder le sujet dans les unités de soins et à les éviter au maximum même lorsque les situations se présentent. (Gorin-Lazard A., 2009, p.22).

Cependant, l'intérêt que l'on porte à la sexualité des patients en psychiatrie est grandissant au fil des années, et il va de paire avec les progrès thérapeutiques. En effet, avant l'arrivée des antipsychotiques dit atypiques (APA), les médicaments avaient essentiellement pour objectif de réduire les symptômes positifs tels que les délires ou les hallucinations. Avec l'arrivée des nouveaux antipsychotiques, les professionnels de santé s'intéressent davantage à la qualité de vie de leurs patients dans l'optique d'une réadaptation sociale favorable. En effet, il est important de souligner que dans la population générale, la sexualité est un des facteurs les plus étudiés lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité de vie. En revanche, pour les individus souffrant d'une affection mentale, ce facteur n'est que très peu étudié,

alors, que les dysfonctions sexuelles seraient l'un des facteurs les plus délétères sur la qualité de vie de cette population et serait également une des principales raisons de la non-observance thérapeutique (Gorin-Lazard A.,2009,p.22). En outre, Mme Gorin-Lazard, psychiatre, souligne le besoin d'une sensibilisation accrue des professionnels de la santé à ces problèmes souvent négligés ainsi que la nécessité d'offrir un soutien et une compréhension adaptée aux patients pour améliorer leur qualité de vie globale. Cette information, cette sensibilisation et l'éducation des professionnels à leurs patients seraient le moyen le plus efficace d'augmenter l'adhésion aux soins. Selon cette auteure, le manque d'attention accordée à la sexualité des patients en psychiatrie pourrait également résulter de l'hésitation des psychiatres et plus généralement du personnel soignant à discuter ouvertement de ce sujet avec les patients hospitalisés (Gorin-Lazard A, 2009, p.22). Nous voyons donc à ce stade, l'importance d'informer les professionnels de santé actuels mais également ceux en devenir, de la nécessité de faire table rase de ses croyances. Comme le dit très bien Armel Rivallan, cadre supérieure de santé : *“Du côté des soignants, la confrontation à la sexualité fait partie des situations possibles qui ne sont pas forcément simples à appréhender”*(Rivallan, A. ,2020, p.11) ”.

Dans le domaine de la psychiatrie, il est crucial de reconnaître que les préoccupations liées à la sexualité des patients ne se limitent pas à des incidents isolés, mais qu'elles sont plutôt fréquentes et peuvent se montrer extrêmement diverses (relation amoureuse au sein des services, activités masturbatoires non adaptées, mise en danger lors des pratiques sexuelles, agressions d'ordre sexuelles...). Le peu d'auteurs ayant abordés ce sujet, s'accordent sur le fait que ces situations sont bien présentes et que fermer les yeux en tant que soignant face à ces situations n'est pas la solution la plus efficace. En effet, il est impératif que les professionnels de la santé, en particulier les infirmiers, se montrent disponibles pour écouter les patients, tout en maintenant une juste distance professionnelle. Toutefois, il est tout aussi essentiel et nécessaire d'accompagner les patients dans leur exploration de la sexualité, en rétablissant avec eux des notions fondamentales telles que le consentement et le respect, tout en les informant sur ce qui relève d'une sexualité saine et équilibrée, par opposition à des pratiques qui pourraient être perçues comme déviantes (Drogoul, F.,2009, p. 53 à 57).

Muriel Serero, psychologue, a beaucoup étudié les interactions entre la santé mentale et la sexualité. Ses recherches se basent notamment sur l'impact des troubles psychiatriques sur la sexualité des individus, ainsi que sur les outils visant à améliorer la santé sexuelle des patients. Selon elle, *“la sexualité des patients hospitalisés en psychiatrie ne peut être ignorée ou marginalisée, mais plutôt abordée de manière ouverte et respectueuse”*. (Serero, M., et Medico, D. ,2009, p.69). Il est essentiel que les professionnels de la santé mentale reconnaissent la dimension sexuelle de leurs patients et intègrent cette composante dans leur prise en charge thérapeutique. En effet, une exploration et une discussion ouverte sur la sexualité peuvent contribuer à l'amélioration du bien-être psychologique des patients, mais aussi à la relation thérapeutique qu'ils créent avec les soignants. De plus, cela favorise

une meilleure compréhension de soi et une réduction des sentiments de honte et d'isolement (*Serero, M., et Medico, D., 2009, p.69*).

Avec l'ensemble de ses articles, on remarque que considérer la sexualité d'un patient hospitalisé en psychiatrie a un impact sur l'alliance thérapeutique. En effet, d'abord comme nous l'avons expliqué ci-dessus, cela renforce la confiance entre le professionnel de santé et le patient. Ce dernier se sent écouté et considéré à sa juste valeur: celle d'humain. De plus, cela permet une meilleure compréhension des besoins du patient dans sa globalité et facilite une communication ouverte et transparente. Cela peut également contribuer à une prise en charge plus globale et personnalisée, améliorant ainsi les résultats thérapeutiques (exemple de l'observance thérapeutique).

#### 4. Conclusion du cadre théorique

La sexualité constitue un domaine complexe et souvent négligé en milieu hospitalier psychiatrique, malgré son importance fondamentale dans la vie des patients. La sexualité, qu'elle se pratique seul(e) ou à plusieurs est intimement liée à l'identité, à l'estime de soi et à la qualité de vie globale des individus. Dans cet environnement spécifique, où les patients sont confrontés à des troubles mentaux et émotionnels, la question de la sexualité devient d'autant plus délicate à aborder et à gérer pour les professionnels de santé. De plus, au-delà des patients eux-mêmes, ce sujet demeure tabou pour les soignants, il s'agit donc également d'informer et de sensibiliser tout le corps médical à ce sujet. "*Le public averti, constitué de familles et de professionnels, part du principe que l'accès à la sexualité est un droit acquis sur les personnes handicapées mentales, même s'il sait plus ou moins confusément que, dans la réalité tout n'est pas si simple*" (*Vaginay D., 2002, p.159*)

### D. L'analyse des entretiens

#### 1.1 Introduction

Dans le cadre de ce MIRSI, j'ai eu l'opportunité de réaliser des entretiens avec des infirmiers du Centre Hospitalier Guillaume Régnier. J'ai donc pu échanger avec les professionnels de terrain qui ont pu m'exposer leurs expériences, leurs difficultés mais aussi leurs outils vis-à-vis de l'accompagnement des patients en matière de sexualité dans les unités de long cours en psychiatrie. Ces échanges m'ont permis d'illustrer les données de mon cadre théorique avec des éléments concrets. Cela a pu confirmer certaines des données mais également en contredire d'autres.

#### 1.2 Population interrogée et ressentis d'entretien

Dans le cadre de cette étude, je devais interroger deux infirmiers pour réaliser des entretiens. Pour cela, je voulais d'abord interroger des professionnels qui étaient diplômés depuis plusieurs

années. En effet, je voulais que ces derniers aient suffisamment d'expérience pour avoir matière à exploiter mon sujet. Je voulais que ces derniers puissent illustrer leurs propos et leurs points de vue avec des expériences vécues au cours de leurs carrières. De plus, je souhaitais également que ces professionnels aient travaillé en psychiatrie et qu'ils travaillent, actuellement, dans des unités de longs cours. En effet, mon sujet portant sur le long cours, je trouvais intéressant d'être confronté à des situations vécues dans ces unités, qui sont spécifiques et où l'accompagnement est très différent d'une autre unité. De plus, pour une raison de mixité, je souhaitais avoir l'avis d'une femme et d'un homme. En effet, je cherchais à savoir si il existait des similitudes et des différences dans l'accompagnement des patients en fonction du sexe du soignant. De plus, cette mixité me permettait également d'observer s'il y avait des tabous ou des peurs plus présents chez un soignant qu'un autre. Pour ces entretiens, j'ai utilisé un guide d'entretien (Annexe V.1), se basant sur des objectifs généraux et des objectifs spécifiques à chaque questions me permettant par la suite de répondre plus efficacement à ma question de départ.

J'ai donc proposé à Lisa Djadaoudjee, référente de mon mémoire, le profil type des infirmiers que je souhaitais rencontrer pour échanger sur mon sujet de MIRSI. Cette dernière étant ancienne cadre de santé sur le CHGR, a pu faire appel à ses anciens contacts. Quelques jours plus tard, elle a pu me donner le contact de soignants qui étaient intéressés par mon sujet de mémoire et je les ai donc contactés. Je trouve ce point assez important. En effet, ces soignants sont des volontaires, ils n'ont pas été forcés de répondre à mes questions. Cela m'a permis d'aborder l'échange de manière sereine car je connaissais leur intérêt pour mon sujet. De plus, je savais également que les soignants me consacraient le temps nécessaire pour les entretiens.

Nous avons rapidement convenu d'un rendez-vous. J'ai d'abord interrogé un soignant sur son lieu d'exercice professionnel. Celui-ci travaille dans un service du CHGR et qui appartient à la FIHP. Cet infirmier est diplômé depuis 2022. Avant cela, il était aide-soignant depuis 2009. Il a donc fait une carrière de 15 ans dans les soins. Sa carrière a été principalement orientée vers le handicap psychique et mental. Il dit dans l'entretien avoir une bonne connaissance du public accueilli dans cette unité et la façon avec laquelle il doit interagir avec eux. L'échange avec cet infirmier s'est parfaitement déroulé. Le soignant s'est montré intéressé et curieux de mon sujet de recherche. De plus, il avait matière (en termes d'expériences et de connaissances) pour illustrer et argumenter ses propos. Je n'ai pas ressenti de difficultés particulières. L'entretien a duré 20 minutes.

J'ai ensuite pu échanger avec une infirmière dans une salle de l'IFSI. Cette dernière est diplômée depuis 2018 de l'IFSI de Laval en Mayenne. Elle a orienté la majorité de son parcours de stage vers la psychiatrie et plus largement la santé mentale. Depuis qu'elle est diplômée, elle a majoritairement travaillé au CHGR à Rennes. Elle travaille depuis un an et demi dans une unité de long cours. Elle dit avoir choisi la psychiatrie pour son exercice infirmier car elle aime l'humanité qui est donnée aux soins en psychiatrie. L'échange avec cette soignante s'est également très bien déroulé. Rapidement

durant l'entretien, elle m'a demandé de la tutoyer. Cela fut assez difficile pour moi, n'ayant pas l'habitude de tutoyer. Cependant, cela a permis de rompre une barrière dans l'échange et de fluidifier la conversation. Ce fut un moment extrêmement intéressant, car cette soignante était elle-même investie dans l'accompagnement à la sexualité des patients et participe activement au sein du CHGR à la création d'un projet en lien avec la sexualité des patients. L'entretien a duré 33 minutes.

### 1.3 Méthodes d'analyse

Pour réaliser l'analyse dans un premier temps, il a fallu que je retranscrive l'entièreté des entretiens en maintenant la confidentialité et l'anonymat à la fois du soignant mais également des patients (Annexe V.2 et V.3). Puis, j'ai ensuite repris les objectifs de mes entretiens, pour déterminer des objectifs d'analyse. Les objectifs retenus étaient:

- Identifier les spécificités des unités de long cours en psychiatrie
- Connaître la place de la sexualité en hôpital psychiatrique
- Déterminer le positionnement des infirmiers au regard de la sexualité des patients en psychiatrie
- Évaluer l'impact de la considération de la sexualité sur l'alliance thérapeutique
- Mettre en évidence les besoins des soignants pour mieux considérer la sexualité des patients
- Mesurer si les unités de longs cours étaient les seules unités concernées par la problématique de la sexualité

Au regard des objectifs ci-dessus j'ai donc découpé les retranscriptions en unités de sens (mots ou groupes de mots signifiants au regard de l'objectif déterminé). Ces mots ou groupes de mots sont appelés items. Puis, j'ai épluché l'ensemble des retranscriptions afin de conserver seulement les items en lien avec ma question de départ. Ensuite, j'ai regroupé les items évoquant la même idée dans une même case de tableaux et j'ai pu donner un titre à ces cases (thèmes). La dernière étape de ce long travail était de regrouper différents thèmes ayant un point commun et de leur donner un nom de catégorie. Pour ce travail, j'ai fait le choix de réaliser un tableau pour chaque objectif, soit un total de six tableaux (annexe V.4). Après avoir réalisé cette analyse, j'ai dû mettre les tableaux en mots afin de réaliser le commentaire de ces analyses et d'en faire ressortir les grandes idées. C'est ce que je réalise dans la partie suivante.

### 1.4 L'analyse croisée et descriptive des entretiens

Pour cette analyse, je vais décomposer mes résultats afin d'examiner les réponses obtenues pour chaque objectif cité plus haut. Je vais pouvoir observer les similitudes et les divergences entre les deux infirmiers. Je vais également comparer les éléments avec ceux données par les auteurs du cadre théorique. Lorsque je parlerai d'items, cela fera référence au nombre de fois où les soignants évoquent cette idée durant les entretiens montrant ainsi l'importance qu'ils donnent à l'élément.

#### 1.4.1 Identifier les spécificités des unités de long cours

Les soignants travaillant tous les deux dans des unités de long cours, ont pu mettre en lumière plusieurs éléments intéressants sur la structure, l'organisation et la relation soignant-soigné de ce type d'unité.

D'abord, les soignants évoquent des spécificités en lien avec les patients. Les deux soignants évoquent deux facteurs bien distincts. Pour l'infirmière, les patients accueillis dans ces unités sont des patients déficitaires (3 items). En effet, de son point de vue, les patients des unités de long cours sont déficitaires du point de vue cognitif et intellectuel. On retrouve d'ailleurs cette notion dans l'étude de Coldefy et Nestrigue dans le cadre théorique: *“ ils sont caractérisés par une dépendance prolongée aux soins et une forte déficience cognitive, intellectuelle et physique”*(Coldefy, M. et Nestrigue, C. 2014). Pour l'infirmier, quant à lui, ces patients auraient surtout un parcours institutionnel conséquent (6 items). Il cite: *“ils ont pu passer par la pédopsychiatrie et les IME”*, *“ils n'ont pas eu d'expériences professionnelles dans leur vie”*. Malgré plusieurs recherches à ce sujet, on ne retrouve pas cette notion dans le cadre théorique. En effet, aucune étude ne montre le lien de corrélation entre parcours institutionnel conséquent et hospitalisation au long cours. Cependant, les patients hospitalisés dans ces unités sont des patients déficitaires, comme dit précédemment, et cela depuis plusieurs années. Ils ont donc besoin d'un étayage au quotidien pour la plupart. De plus, les pathologies sont elles aussi extrêmement invalidantes (schizophrénie, dépression, bipolarité, autisme...) et, les patients au long cours ne sont pas toujours stabilisés. Ils ont d'abord pu être suivis à l'occasion de décompensations aiguës dans d'autres services (admission). Bien qu'il n'y ait pas d'étude à ce sujet, nous pouvons supposer que l'infirmier a raison au regard des dossiers des patients hospitalisés dans ces unités. On remarque, que la majorité des patients ont en effet, un parcours institutionnel en amont de l'hospitalisation au long cours. Cela peut être des IME, mais également des passages en services d'admission ou au CMP.

Ensuite les deux infirmiers évoquent des spécificités en lien avec leur activité soignante. D'abord, ils sont tous les deux en accord pour évoquer que l'accompagnement avec les patients dans ces unités est continu (11 items). Les infirmiers insistent sur le fait qu'ils côtoient ces patients toute l'année et qu'ils les connaissent très bien. Je cite les propos d'un soignant: *“on les voit très longtemps par rapport à de l'admission”*. Je trouve également une parole intéressante de l'infirmière à ce sujet: *“on ne peut pas s'attendre en commençant un travail avec un patient à en récolter les fruits au bout de quelques jours”*, *“ça s'appelle le long cours, car le travail est long”*. Cette partie se rapproche bien des notions vues dans le cadre théorique. En effet, dans le cadre théorique, une étude nous montre que *“Les hospitalisations au long cours sont axées sur la gestion à long terme des symptômes, la réadaptation sociale et le soutien continu . Elles ont notamment pour but de préparer le patient à une*

*réinsertion sociale et de l'accompagner dans la création d'un parcours de vie*"(Coldefy, M. et Nestrigue, C. 2014). Nous retrouvons la notion de "parcours de vie" dans les entretiens infirmiers : "sur l'accompagnement de façon générale, on est vraiment là pour leur proposer une prise en soin qui leur permet de créer un vrai parcours de vie", "accompagner le patient dans la création de son parcours de vie".

Au-delà de cette notion d'accompagnement dans la durée, les infirmiers évoquent également une relation soignant-soigné différente avec les patients au long cours (9 items). Dans les éléments de réponses, on retrouve par exemple l'emploi du tutoiement, une distance différente et une notion de complicité. Par ces éléments de réponse, nous remarquons que le positionnement des infirmiers est très différent dans un service de long cours par rapport à de l'admission.

Ensuite, les infirmiers évoquent également des spécificités du long cours vis-à-vis du type de service, qui est considéré par les deux infirmiers comme un lieu de vie (5 items). Un soignant évoque d'ailleurs: "on est un lieu de soins pour la forme mais dans le fond, on est quand même un lieu de vie".

Pour conclure sur ce premier objectif, nous identifions bien des spécificités liées au long cours en psychiatrie. Par tous ces éléments de réponses, on remarque que les spécificités concernent le service lui-même (qui est considéré comme un lieu de vie), le patient lui-même (par son parcours institutionnel conséquent et ses déficits) mais également par l'activité infirmière qui est différente (accompagnement plus long et relation plus étroite entre l'infirmier et le patient). Sur cet objectif, on remarque que les deux infirmiers sont en accord et ont pu tous les deux évoquer, en majorité, les mêmes éléments de réponses. Nous remarquons que globalement, les éléments de mon cadre théorique sont en adéquation avec les entretiens infirmiers.

#### 1.4.2 Connaître la place de la sexualité en hôpital psychiatrique

L'objectif suivant est de connaître la place de la sexualité en hôpital psychiatrique. Pour commencer, j'ai demandé aux soignants s'ils avaient déjà été confrontés à des situations où l'intimité des patients était en jeu. Nous allons donc commencer par évoquer la prévalence de ces situations au sein des unités. Pour un soignant, "ça reste encore des événements isolés", pour l'autre: "ce n'est pas quelque chose du tout d'isolé". Ici, les soignants ne sont pas en accord sur leurs éléments de réponse. Nous pouvons émettre l'hypothèse ici que les soignants, ne travaillant pas dans la même unité, ont pu être confrontés différemment à ce type de situations. De plus, ils n'ont peut-être pas la même vision de ce qui fait référence à la sexualité, ni la même façon de gérer ce type de situation. Le soignant qui évoque la rareté de ces situations évoquent tout de même la complexité de ces situations lorsqu'elles se présentent (3 items). Plusieurs hypothèses peuvent être faites:

- Le soignant est-il moins confronté à ces situations dans son service ?

- Est-il à l'aise lorsque ces situations se présentent ?
- Pense-t-il que ces situations sont moins fréquentes parce qu'il préfère les éviter, fermant ainsi les yeux sur la réalité et limitant son exposition à ces situations ?
- Les patients de l'unité dans laquelle il travaille osent-ils en parler ?

Comme évoqué dans le cadre théorique, il n'existe pas d'étude sur la prévalence de ces situations. Cependant, selon deux auteurs du cadre théorique: *“la question sexuelle est omniprésente et intéresse de plus en plus le monde de la santé et des soins en psychiatrie”* (Sereno, M. et Médico, D. 2009). On remarque que les auteurs, bien que peu nombreux à aborder ce sujet, s'accordent avec l'infirmière interrogée. Les situations sont belles et bien présentes, et la question de la sexualité est clairement d'actualité. Cependant les deux infirmiers s'accordent à dire que ce sont des situations complexes qui se doivent d'être gérées en équipe pluridisciplinaire.

Ensuite, nous avons pu évoquer le tabou de la sexualité, qui est un sujet qui est beaucoup revenu au cours des entretiens (14 items) mais également dans le cadre théorique. A ce sujet, les infirmiers approuvent que c'est un sujet qui demeure toujours tabou à ce jour. Le mot tabou revient d'ailleurs dix fois dans leur discours. On retrouve par exemple: *“c'est quelque chose de tabou”*, *“la sexualité est un sujet tabou”*, *“au-delà de la psychiatrie, je pense que c'est un sujet tabou dans notre société”*. Cependant, les soignants évoquent une évolution tout de même considérable par rapport à la sexualité (11 items). Selon eux, *“on est de mieux en mieux, on est de plus en plus sensible à cette question de la sexualité”*, *“ça évolue”*. Nous avons vu cette notion dans le cadre théorique, notamment avec l'arrivée de la notion de “santé sexuelle” et la stratégie nationale de santé sexuelle de 2017. Cela marque une avancée considérable dans la considération de l'intime.

Après, nous avons pu aborder la question du droit des patients en matière de sexualité au sein des unités. Ici, les infirmiers sont unanimes sur le fait que chaque patient a le droit à l'intimité et à la sexualité et au respect de ces derniers (10 items). Les deux soignants ont d'ailleurs employé la même phrase à quelques mots près: *“En quoi nous soignant, on peut empêcher une autre personne d'avoir recours à des pratiques sexuelles seul ou à plusieurs ?”*, *“Qui suis-je pour interdire à quelqu'un d'avoir une sexualité ?”*. Par ces phrases, nous remarquons l'importance du respect du patient mais également de ses choix et de ses pratiques. Cependant, un infirmier insiste sur le fait que certaines limites ne peuvent pas être franchies au sein des services afin de garantir la liberté et la sécurité de tous. Ces éléments s'accordent complètement avec les auteurs du cadre théorique et la législation, à savoir le respect de l'intimité des patients tout en respectant la sécurité. Alain Giami, directeur de recherche donne son avis vis-à-vis du droit à la sexualité des patients:

*La déclaration des droits sexuels de la World association for sexual health, publiée en 2014, rappelle le droit à la vie privée et « le droit de jouir de la meilleure santé possible, y compris la santé sexuelle; comprenant la possibilité de vivre des expériences sexuelles qui apportent du plaisir, satisfaisantes et en toute sécurité ». Les éléments s'inscrivent dans un nouveau*

*régime de vérité qui associe la santé et les droits humains et ne peuvent être ignorés dans le champ de la psychiatrie. (Giarni, A.2020, p.16)*

Ces différents éléments de réponses peuvent nous permettre de répondre à l'objectif de départ et donc de connaître la place de la sexualité à l'hôpital psychiatrique. D'abord, il faut observer et évaluer la prévalence de ces situations qui est différente d'une unité à une autre, mais également selon le point de vue des soignants. De plus, il faut garder en tête que les soignants considèrent ce sujet tabou mais qui évolue de façon considérable année après année. Enfin, bien que tabou et mal connu, les infirmiers soulignent le droit des patients en matière de sexualité mais qui imposent aussi certaines frontières à ne pas dépasser, notamment la sécurité.

#### 1.4.3 Déterminer le positionnement des infirmiers au regard de la sexualité des patients en psychiatrie

Dans un premier temps, j'ai questionné les soignants sur leurs rapports à la sexualité, afin de savoir s'ils étaient à l'aise à l'évoquer avec leurs patients. Les infirmiers sont unanimes pour dire qu'ils se sentent à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder ce sujet dans leurs unités (6 items). On retrouve notamment : *"...je n'ai aucune difficulté à devoir échanger avec les patients et les patientes à ce sujet là"* mais encore *"je suis très à l'aise avec ça"*. Cependant, les deux infirmiers s'accordent également à dire que certains soignants ne sont pas aussi à l'aise qu'eux, et ressentent une certaine appréhension (4 items). On remarque donc que cette ouverture et cette facilité à aborder le sujet dépend du soignant lui-même, et de sa sensibilité. Nous pouvons émettre des hypothèses concernant l'appréhension de certains soignants: lien avec l'éducation du soignant ? Sa génération? Son vécu? Son rapport à la sexualité ?. Les propos des infirmiers à ce sujet corrélaient avec le cadre théorique. Nous avons vu qu'aborder la sexualité pouvait être une vraie difficulté pour certains soignants.

Ensuite, les infirmiers évoquent plusieurs compétences infirmières. Ces compétences sont nécessaires selon eux pour accompagner les patients dans leur sexualité. Les infirmiers s'accordent sur le non-jugement (2 items) , puis, l'un accorde une attention particulière à la juste distance (4 items) et l'autre plutôt à la vigilance (7 items). Toutes ces compétences/qualités ont été décrites par les auteurs du cadre théorique comme favorisant l'alliance thérapeutique. Selon Carl Rogers, psychologue américain: *"plusieurs points sont nécessaires à respecter de la part du soignant pour aboutir à la construction d'une alliance thérapeutique solide : La bienveillance, le non-jugement, l'écoute, l'empathie et la considération positive"*(Rogers, C. 1942). Cependant, le cadre théorique était davantage axé sur la confiance.

Nous avons abordé par la suite les stratégies d'accompagnement utilisées par les soignants. Les deux soignants s'accordent sur la mise en place de stratégies pour améliorer la sexualité de certains patients et garantir leur sécurité au sein des services (5 items). On retrouve des exemples concrets d'éléments mis en place dans les services tels que: l'achat de sextoys, la mise à disposition d'huile de soins pour la

masturbation mais encore des préservatifs. Ensuite, l'infirmière dit accompagner ses patients de différentes manières: orienter les patients vers les structures ou les professionnels adéquats (2 items), accompagner dans des démarches (1 items), aborder une sexualité positive (3 items), créer et utiliser des outils adaptés aux patients (7 items). L'infirmière insiste également sur le fait d'encourager les patients à parler de leur sexualité, de leurs besoins, de leurs envies... mais de ne jamais les forcer car cela pourrait avoir un aspect contre-productif (2 items). Puis, les soignants insistent à plusieurs reprises sur le rôle d'éducation à la sexualité de l'infirmier (16 items). Ils ont montré dans leur discours l'importance de l'éducation face à ces patients jugés "déficitaires" et "chroniques". Je cite: *"les guider, conseiller des préservatifs, un travail d'éducation"*, *"il faut accompagner, c'est notre rôle"*, *"il a fallu aborder toute la sensibilisation à la sexualité"*. Tous ces items confirment l'importance capitale d'éduquer et de conseiller les patients dans les questions de l'intime, notion retrouvée dans la cadre théorique. Selon les deux infirmiers, l'accompagnement se fait au travers des discussions informelles (6 items), lors des moments seul à seul avec le patient, tels que: les soins d'hygiène, les entretiens et la distribution des traitements. Les soignants évoquent tous les deux que certains patients ne souhaitent pas discuter de ces sujets avec d'autres patients (pudeur, intimité, honte...). Dans les entretiens, les infirmiers soulignent également la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire, afin de prendre de bonnes décisions et d'accompagner le patient de la meilleure manière (6 items). On y retrouve la force du travail d'équipe abordé par les auteurs précédemment.

Nous avons ensuite abordé les limites de l'accompagnement. La première limite abordée par les deux infirmiers concerne la sensibilité des soignants eux-mêmes (7 items) . Je peux citer quelques propos des infirmiers tels que *"mes collègues mine de rien, parfois ça peut aussi être une barrière"*, *"aux croyances des collègues sur cette notion là"*, *"à leurs appréhensions"*. C'est une notion intéressante qui revient plusieurs fois dans les propos des soignants. On remarque que souvent , la question de la sexualité peut créer des conflits dans les équipes et que tout le monde n'est pas à l'aise et sensibilisé lorsqu'il s'agit d'accompagner les patients dans leur sexualité. Une autre limite est évoquée par l'infirmier, et concerne les représentations qu'ont les patients de la sexualité (4 items). Selon lui, les idées que ce font les patients hospitalisés au long cours de la sexualité peuvent parfois être biaisées. Cela serait notamment du à l'accès facilité à la pornographie mais également due à leurs déficiences cognitives et intellectuelles; qui crée un décalage entre leurs perceptions et la réalité. De plus, les histoires de vie parfois perturbées de certains patients peuvent influencer l'accompagnement à la sexualité (4 items). Ayant pour certains été abusés sexuellement, cela peut être difficile à gérer lorsqu'il faut accompagner un patient dans sa sexualité. En effet, il faut déconstruire l'idée qu'il se fait lui-même de la sexualité mais également aborder une sexualité positive afin d'éviter les comportements de reproduction et de se retrouver face à des comportements déviants qui risquent de mettre en danger d'autres patients des unités. Pour étayer ce propos, les deux infirmiers évoquent aussi des limites d'accompagnement vis-à-vis du manque de sensibilisation des patients au sujet de la sexualité (6

items). On retrouve notamment la question du manque d'éducation : *“Il y a des fois ils connaissent pas du tout, ils connaissent pas leur corps ou le corps de l'autre”*. On le remarque notamment avec le propos de l'infirmière: *“Ils n'ont pas eu toute la partie sensibilisation à la sexualité que nous on peut avoir eu à l'école”*. Les deux infirmiers évoquent également des limites concernant la pathologie des patients ainsi que leur vulnérabilité (5 items). Selon eux, ce sont des patients fragiles, vulnérables et ils n'ont pour la plupart eu aucune expérience amoureuse. De plus, les patients peuvent se retrouver dans les unités avec d'autres patients ayant des comportements sexuels déviants (pédophilie, prédateur sexuel). Ce sont des situations récurrentes que les infirmiers ont du mal à gérer car il peut parfois y avoir des situations complexes telles que des rapprochements inattendus mais aussi des situations sans consentement. Malheureusement certaines pathologies mentales ne donnent pas la possibilité aux patients de se rendre compte de ce qui est en train de se passer et ils peuvent ainsi se mettre en danger. Un infirmier raconte *“Ça m'est déjà arrivé d'avoir un pédophile qui allait tripoter le sexe masculin d'un jeune homme qui disait rien parce qu'il était fragile”*. Les infirmiers s'accordent également à dire que la question du consentement est également difficile à gérer dans les unités (5 items). Selon l'infirmier, les situations incluant deux personnes sont les plus complexes à prendre en charge. Une nouvelle limite est celle du tabou de la sexualité (3 items). L'infirmier qui évoque cette limite, nous expose que les patients peuvent avoir peur d'être jugés alors ils décident parfois de ne pas parler de ce sujet avec les soignants.

#### 1.4.4 Intérêt d'évaluer l'impact de la considération de la sexualité sur l'alliance thérapeutique

Dans un premier temps, les infirmiers ont pu aborder l'impact de la considération de la sexualité sur la relation soignant-soigné. Un premier infirmier évoque que considérer la sexualité pourrait favoriser l'approche holistique des soins (3 items): *“Ça compléterait la prise en charge globale du patient de prendre la personne dans sa globalité entière et pas que sur certains points”*. Pour l'autre infirmière: considérer la sexualité favoriserait la confiance (2 items), l'estime des patients (1 item) et favoriserait également la discussion entre le soignant et le soigné (2 items). L'ensemble de ces notions sont en adéquation avec le cadre théorique. Les auteurs y abordent la notion de confiance et le lien entre soignant et soigné. De plus, nous avons vu dans le cadre théorique que considérer la sexualité, c'est également faire preuve d'humanité.

Au-delà d'avoir un impact sur la relation soignant soigné, considérer la sexualité c'est aussi impacter l'adhésion aux soins et l'observance. Les soignants interrogés sont unanimes sur le fait que l'écoute active favorise l'adhésion aux soins (8 items). Nous pouvons illustrer cela par : *“Si on les écoute ,oui je pense qu'on peut accroître l'adhérence aux soins”* mais encore *“C'est hyper important qu'on puisse accueillir ces questions pour bah.... pour pouvoir favoriser l'adhésion aux soins”* . Selon les deux infirmiers, considérer les effets que peuvent avoir les traitements sur la sexualité des patients permet

également de favoriser l'observance (9 items). Selon ces deux infirmiers, il est important de prendre en compte les effets indésirables. Par exemple, avoir conscience que les neuroleptiques peuvent avoir des effets indésirables sur la libido et l'érection notamment, et trouver des solutions alternatives pour y remédier. L'infirmière durant l'entretien évoque donc l'intérêt de réfléchir à des moyens avec le patient pour résoudre ses problématiques tout en continuant la prise en charge thérapeutique (2 items).

#### 1.4.5 Mettre en évidence les besoins des soignants pour mieux considérer la sexualité des patients

Les questions suivan de l'entretien m'ont permis de mettre en évidence les besoins des soignants pour mieux considérer la sexualité des patients. Dans un premier temps les deux infirmiers ont pu évoquer des besoins pour se sentir plus à l'aise dans l'accompagnement à la sexualité. Ils sont unanime dans le fait que le sujet de la sexualité doit être abordé de manière décomplexé avec leurs patients: *“On pourrait peut être dire: Est ce que vous avez des envies, des besoins?”*(3 items). Pour compléter cela, un infirmier à évoquer le rôle des médecins. Il souhaiterait que les médecins abordent complètement avec chaque patient la question de la sexualité. L'infirmière soulève le besoin d'être plus entendue par l'institution au sujet de la sexualité des patients (4 items). *“L'institution reste un peu sourde aussi à nos questionnements parce que s'ils s'engagent sur quelque chose.... ils ont peur de s'engager sur quelque chose”, “Quand on arrive en parlant de sexualité , on sent que c'est frileux”*. Cette même soignante évoque son besoin d'outils, des outils pour se sentir plus à l'aise dans l'accompagnement à la sexualité (3 items): *“Je suis un peu frontale là dessus, mais en fait il y a un moment, moi je ne dispose pas d'outils suffisant pour accompagner mes patients”, “ je ne dispose pas d'outils pédagogiques suffisants, de ressources suffisantes”*.

Ensuite les infirmiers ont pu donner des suggestions d'améliorations pour améliorer la sexualité des patients en institution. D'abord ils ont abordé l'aménagement des hôpitaux psychiatriques (3 items). Ils ont été unanimes à dire que les chambres individuelles sont plus adaptées pour respecter l'intimité et la sexualité des patients. Ensuite , une infirmière à suggérer une meilleure formation de soignants à ce sujet (2 items), mais également le développement des espaces de parole dédiés à la sexualité (1 item). Enfin, selon elle, il est nécessaire de développer des projets au sein de l'hôpital (6 items).

#### 1.4.6 Mesurer si les unités de longs cours étaient les seules unités concernées par la considération de la sexualité des patients.

Le dernier objectif de ces entretiens était de mesurer si les unités de longs cours étaient les seules unités concernées par les problématiques en lien avec la sexualité. Les soignants ont d'abord évoquer les unités d'admission. Selon eux, il est également important de considérer la sexualité en dehors du long cours, par exemple en admission là où, selon eux, il y a beaucoup plus de rencontres (4

items). *“En unité d’admission ça arrive de temps en temps qu’il y ait des rapprochements inattendus”, “la sexualité à laquelle j’ai été confronté au niveau des admissions c’était plus des contextes d’une personne qui rentre avec une conjugaison, qui rencontre une personne dans les unités d’admission”, “il y a une espèce d’idylle amoureuse qui va inclure de la sexualité”*. Néanmoins, l’infirmier évoque que comme les hospitalisations en admission sont plus courtes, la sexualité est moins présente (2 items). Toutefois, l’infirmière dans son discours évoque que les soignants d’admission sont également démunis face à la sexualité des patients (1 item). Au-delà de l’admission, les infirmiers parlent également de la géro-psycho-geriatrie, qui est concernée par la question de la sexualité. Ils sont souvent considérés comme *“les grands oubliés”* (3 items). L’infirmière évoque la nécessité d’aborder le sujet de la sexualité et d’accompagner également les personnes âgées dans leurs besoins, leurs questionnements. La même infirmière évoque aussi la pédopsychiatrie, là où un travail de sensibilisation dès le plus jeune âge est nécessaire (1 item). Pour terminer cette infirmière, évoque la nécessité d’aborder la sexualité partout, dans tous les services de soins généraux (1 item).

## E. Discussion

### 1.1 Les limites de l’étude

Ce travail de fin d’étude fut une complète découverte pour moi. En effet, malgré un baccalauréat général, je n’avais jamais eu l’occasion de réaliser un aussi gros travail de recherche. Lorsque j’écris cette partie, je me trouve quasiment à la fin de mon travail et je me rends compte que ce dernier présente plusieurs limites et axes d’amélioration qui nécessitent d’être considérées pour une interprétation adéquate des résultats et pour des améliorations futures.

Premièrement, une des principales limites de cette étude réside dans la longueur du cadre théorique. La synthèse des concepts s’est avérée complexe, en raison de la richesse des informations disponibles dans les différents ouvrages que j’ai consultés. Avec ce thème, assez tabou, je ne pensais pas avoir accès à autant de littératures et d’œuvres. En rétrospective, il aurait été pertinent de restreindre la portée du cadre théorique afin de mieux cibler les concepts directement liés à l’objet de recherche. Par exemple, l’histoire de la psychiatrie bien que pertinente pour contextualiser le tabou entourant la sexualité, me semble à ce stade avoir été trop détaillée pour les besoins spécifiques de l’étude. C’est d’ailleurs pour cette raison, que j’ai décidé la mise en annexe de cette partie.

Ensuite, une autre limite importante réside dans la taille de l’échantillon et le profil des infirmiers interrogés. En effet, j’ai réalisé des entretiens avec deux infirmiers expérimentés, ce qui pourrait avoir limité la variabilité des données recueillies. Effectivement, peut être que si j’avais interrogé des jeunes diplômés, les réponses auraient été différentes. En outre, tous deux étaient relativement jeunes, ce qui

peut avoir influencé leur niveau de confort et leur perception de la sexualité des patients. L'inclusion de jeunes infirmiers diplômés ainsi que d'infirmiers plus âgés aurait pu offrir une diversité d'expériences et de perspectives plus larges, permettant une analyse plus approfondie des attitudes et des pratiques.

Enfin, une autre limite notable réside dans la formulation parfois ambiguë des questions de mon guide d'entretien. Par exemple, certaines questions n'ont peut-être pas été suffisamment précises, ce qui a pu entraîner des réponses moins détaillées ou pertinentes de la part des participants. Par exemple, la question sur les événements impliquant la sexualité des patients aurait pu être formulée de manière à inclure également les pratiques sexuelles solitaires des patients, ce qui aurait pu fournir des réponses plus complètes sur les situations auxquelles les infirmiers sont confrontés dans leur pratique quotidienne.

En prenant en compte ces limites, il devient évident que des ajustements méthodologiques seraient nécessaires pour de futures études.

### 1.3 Mon positionnement sur le sujet

Nous en sommes à la partie qui me tient le plus à cœur, celle où je vais pouvoir m'exprimer sans détour sur ce sujet et vous donner des axes de réflexion et de réponses. Pour cela, je vais reprendre plusieurs axes. D'abord, je vais aborder la place de la sexualité de façon générale puis la place de la sexualité à l'hôpital psychiatrique. Et enfin, j'aborderai l'impact de la considération de la sexualité sur l'alliance thérapeutique.

#### a- La sexualité

Une étude montre l'âge qu'avaient les jeunes de 16 à 20 ans lors de leur première relation sexuelle en France en 2023: *“Plus d'un tiers avaient vécu leur première fois entre 15 et 17 ans et 2% avaient eu leur première relation sexuelle avant leurs 13 ans”*(Sheelah Delestre, 2023). Devant ce constat, il me paraît important d'aborder la sexualité de manière décomplexée afin que les individus soient informés et sensibilisés sur les questions de l'intime. La sexualité est une composante fondamentale de l'expérience humaine, et pourtant, elle est souvent entourée de silence, de gêne et de tabous. Mon avis est que cette réticence à parler ouvertement de la sexualité peut être préjudiciable à plusieurs niveaux.

D'abord, selon moi, la communication ouverte sur la sexualité, les rapports sociaux, l'intimité et le consentement sont essentiels. Cela permet de favoriser des relations plus saines et épanouissantes entre les individus. En effet, cette sensibilisation peut permettre à chacun de comprendre ses besoins et ses

limites. Le manque de discussion et d'éducation sur la sexualité peut entraîner des malentendus, des frustrations, des conflits et même des pratiques sexuelles déviantes. Selon l'OMS:

*En informant correctement les enfants et les jeunes sur leurs droits et sur les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas, l'éducation à la sexualité les rend moins vulnérables aux abus. L'éducation à la sexualité enseigne les connaissances, les compétences, les comportements et les valeurs qui les aident à protéger leur santé, à entretenir des relations sociales et sexuelles respectueuses, à faire des choix responsables et à comprendre et protéger les droits des autres (OMS, 2023)*

Ensuite, je pense que briser le tabou autour de la sexualité est crucial pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive. En encourageant les discussions ouvertes sur les pratiques sexuelles sécuritaires, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les droits reproductifs, nous pouvons aider à prévenir les problèmes de santé et à prendre des décisions éclairées concernant notre bien-être sexuel. Cette partie est d'autant plus importante en tant que future infirmière car elle fait partie de nos missions en promotion de la santé. Dans l'Article L4311-1 du code de la santé publique: *"L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement"* (Code de la santé publique, 2023). Nous avons pour objectif de favoriser l'éducation sexuelle adéquate et accessible pour tous. C'est notamment le cas des infirmières en milieu scolaire, qui ont, par exemple, le droit de prescrire des contraceptifs d'urgence.

En outre, parler ouvertement de la sexualité peut contribuer à combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des orientations sexuelles et des identités de genre. De plus, sensibiliser la population permet de limiter la transmission de maladies sexuellement transmissibles et de limiter les abus sexuels. Ainsi, à notre échelle, nous pouvons aider à créer des environnements plus inclusifs et respectueux.

b- La sexualité en établissement psychiatrique.

Selon l'OMS: *"1 personne sur 4 est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie"* (ARS, 2018). C'est pour cette raison qu'il me paraît également nécessaire de considérer les problématiques sociétales dans le domaine hospitalier et particulièrement en établissements psychiatriques. En effet, comme dit plus haut, la sexualité fait partie intégrante de l'expérience humaine, et sa prise en compte est cruciale pour garantir une prise en soins complète et respectueuse des patients. En négligeant cet aspect de leur vie, nous risquons de manquer des éléments essentiels à leur bien-être psychologique et émotionnel. Ensuite, la sexualité peut être étroitement liée aux troubles psychiatriques et peut influencer leur expression et leur évolution. Comme on pu le dire les infirmiers

interrogés, les patients sont vulnérables et déficitaires. De part leur pathologie, ils ne disposent pas des mêmes capacités de jugement et d'insight. De plus, les patients ont pu être confrontés dans leurs expériences passées à des comportements sexuels déviants (attouchements, viol, pédophilie....). Considérer la sexualité permet donc de les accompagner dans une sexualité positive, afin d'éviter les comportements reproductifs. Par ailleurs, ignorer la sexualité des patients renforce les préjugés associés au domaine flou de la santé mentale. En reconnaissant ouvertement et en abordant les questions liées à la sexualité, nous contribuons à les normaliser.

Les unités de long cours sont considérées comme des lieux de vie par les patients mais également par les professionnels qui y travaillent. En effet, les patients y passent plusieurs mois, voire plusieurs années. Le travail des soignants est axé sur la réadaptation des patients, afin de les réinsérer au mieux dans la société. Ainsi, laisser la place aux discussions intimes, c'est également répondre à leurs interrogations afin de mieux les préparer à cette réinsertion. C'est les aider à maintenir leur autonomie et leur "empowerment". En les encourageant à explorer et à exprimer leur sexualité de manière sécurisée et éclairée, nous les aidons à développer une meilleure estime d'eux-même et à prendre en charge leur santé sexuelle de manière proactive; et cela même après la sortie des unités.

Je pense sincèrement que prendre en compte la sexualité des patients dans les services de longue durée en psychiatrie, c'est avant tout considérer les patients à notre égal. En effet, je suis convaincue que tous les sujets abordés en dehors des institutions peuvent être abordés dans les établissements de santé. Cela est non seulement essentiel pour garantir des soins de qualité, mais aussi pour promouvoir le respect des droits des patients.

### c- Considérer la sexualité et l'impact sur l'alliance thérapeutique

Étant passé en stage en unité de FIHP, je sais que l'alliance thérapeutique n'est pas simple à mettre en place. En établissement psychiatrique, les patients vivent avec des déficits significatifs. Parfois, la communication entre infirmiers et patients peut être difficile et la relation mise à rude épreuve. En effet, la symptomatologie psychiatriques tels que les épisodes de délires, d'hallucinations ou encore l'agressivité rendent l'instauration d'une relation complexe.

Cependant, cette alliance thérapeutique est nécessaire pour accompagner les patients dans leur parcours de soins. Elle permet que les patients et les soignants s'accordent sur des objectifs thérapeutiques communs. Je pense que cette relation particulière prend vie si les deux intervenants de la relation (soignant et soigné) sont disponibles pour la créer. En effet, je suis convaincue que pour créer du lien avec un patient, il faut d'abord entrer en communication avec lui, prendre le temps de l'écouter et de lui parler. C'est également une question de posture et d'envie. En effet, pour caricaturer, il me paraît difficile d'entrer en relation avec un patient à la porte de la chambre et la main sur la

poignée. De plus, malgré toutes les bonne volonté que l'on met en place, il existe également un autre facteur: celui de l'affinité. En effet, je n'ai pas de honte à dire que lors de mes stages je me suis attachée à certains des patients que je prenais en soins. Cette affinité particulière aide également beaucoup l'alliance thérapeutique: le patient nous fait aveuglément confiance, l'adhérence aux soins et l'observance sont donc optimum. Cependant, outre cette affinité, l'alliance thérapeutique peut être établie avec l'ensemble des patients, mais parfois, la construction de ce lien est plus longue. Aborder la sexualité en psychiatrie, c'est se heurter à différents facteurs qui peuvent altérer la santé sexuelle des patients:

- La pathologie, elle même , avec parfois des désinhibition sexuelle (patient bipolaire en phase maniaque par exemple)
- Les capacités intellectuelles et cognitives des patients (capacités à avoir une sexualité , conscience de leur corps et du corps d'autrui, capacités à comprendre l'éducation sexuelle...)
- La prise de traitements qui impactent la libido, les capacités érectiles, les sensations d'orgasmes...(les neuroleptiques, les médicaments anti-androgènes...)
- Le passif du patient (exposition à des comportements sexuels déviants, attouchements, viols...)
- Le manque d'éducation et de sensibilisation. Les patients n'ayant pour la plupart pas suivi un cursus scolaire classique, ils n'ont pas eu accès à des sensibilisations et des séances d'éducation à la sexualité.
- Les hospitalisations longues où le service est considéré comme un lieu de vie. Les patients hospitalisés parfois pour plusieurs années peuvent ressentir le besoin d'avoir une sexualité "normale"

C'est pour toutes ces raisons, qu'il me semble important d'aborder le sujet de la sexualité avec nos patients. Dans un service de chirurgie digestive, la question du transit est au centre de toutes préoccupations. Bien que plutôt intimes, les infirmier(e)s abordent sans tabou la question des fonctions intestinales, notamment la production de selles et de flatulences. Devons nous réellement nous mettre des barrières? Est-ce que parler de sexualité ne devrait pas être aussi naturel que de parler du transit ?

Selon moi, considérer la sexualité d'un patient, c'est lui montrer que l'on s'intéresse à lui pour ce qu'il est humainement et pas seulement pour sa maladie. Pour moi, les missions en tant qu'infirmière en lien avec la sexualité des patients sont nombreuses. D'abord, nous avons pour rôle l'écoute des patients (les plaintes, les demandes et les besoins en matière de sexualité), et au-delà de l'écoute, il est de notre ressort de favoriser des lieux de parole et d'échange sans jugement ni tabou. Ainsi, nous pouvons également faire le lien avec le médecin psychiatre pour voir si des alternatives thérapeutiques existent; dans le cas, par exemple, d'une rupture de traitements liée aux effets indésirables. Aussi,

l'infirmier(e) peut solliciter les différents professionnels afin de garantir la santé sexuelle des patients (maïeuticien, sexologue, psychologue, consultation de santé sexuelle...). Cette mission est très importante afin de permettre aux patients de garder un suivi de leur santé sexuelle, et cela même à la sortie d'hospitalisation. Ensuite, la mission de l'infirmier(e) est de sensibiliser et éduquer les patients en matière de sexualité (IST, moyens de contraceptions, anatomie des différents appareils génitaux...). Au sein des unités, il est également de notre responsabilité de garantir la sécurité des patients (vigilance vis-à-vis des comportements déviants, atteintes corporelles...). Enfin, les soignants peuvent également participer à l'écriture de projet dans l'optique de favoriser le bien-être des patients (achat de sextoys, chambre pour un couple nouvellement formé...). Selon moi, toutes ces actions impactent positivement l'alliance thérapeutique que l'on crée avec nos patients. Pour que l'alliance thérapeutique se développe il est primordial qu'un lien de confiance naisse entre le soignant et le soigné. Je pense, qu'en abordant la sexualité, l'infirmier(e) montre qu'il est prêt à traiter tous les aspects de la vie du patient, favorisant ainsi un climat d'empathie et de bienveillance. Je pense également qu'en reconnaissant et en explorant les croyances et les stigmates liés à la sexualité, l'infirmier peut réduire les préjugés sur les patients hospitalisés en psychiatrie. En effet, je pense qu'il est de notre rôle de montrer à la société (par nos discours et nos actions), que les patients en psychiatrie ne sont pas des "fous" (comme nous l'entendons souvent), mais plutôt des humains qui à un moment de leur vie, ont besoin d'un étayage.

Dans notre exercice, nous pouvons faire face à des situations diverses et variées, et qui ne correspondent pas à nos expériences personnelles. Cependant, il est important de pouvoir entendre ces situations et de pouvoir les gérer sans jugement. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on aborde la sexualité, qui est très différente d'un individu à un autre. Pour bien accompagner un patient dans sa sexualité, il ne faut donc pas transférer nos propres pratiques à celles des patients. Ne pas ignorer la sexualité de nos patients, c'est aussi faire preuve d'ouverture d'esprit (les dynamiques relationnelles, les traumatismes potentiels, les schémas comportementaux...). Cette ouverture permet de mieux comprendre les patients vis-à-vis de leurs vécus, leurs ressentis et leurs troubles; sans passer à côté de plusieurs informations nécessaires à leur stabilisation. D'autant plus que les problèmes sexuels peuvent être des manifestations de troubles sous-jacents comme la dépression, l'anxiété ou les traumatismes.

Malgré ma conviction personnelle de l'importance de considérer la sexualité en psychiatrie, je reste persuadée que ce n'est pas toujours si simple. En effet, comme a pu le dire l'infirmière interrogée, il est important de garder la juste distance. En effet, nous n'allons pas montrer à un patient comment se masturber, cela paraît évident. Pour autant, face à des patients déficitaires cognitivement et intellectuellement, ce n'est pas toujours évident de leur montrer les limites de nos actions. De plus, comme ont pu également le dire les professionnels interrogés, l'ouverture à la sexualité est très

générationnelle. Parfois, certains soignants de part leur éducation, leurs expériences, leur ouverture sur le sujet etc... ne se sentent pas à l'aise d'aborder ces sujets. On remarque donc ici l'importance du travail d'équipe et de la communication entre les professionnels.

Ensuite, je pense également que les professionnels de santé ont besoin d'être formés. La formation pourrait permettre aux soignants d'avoir des outils pour accompagner les patients dans leur sexualité, de les guider et aussi de les sensibiliser. Ainsi, les infirmiers et aides-soignants pourraient se sentir plus armés pour aborder ces sujets si on leur donnaient les outils nécessaires pour le faire.

Enfin, je pense qu'il est également important de ne pas forcer le patient. Bien que nous puissions être à l'aise en tant que soignant pour évoquer ces sujets, parfois, ce sont les patients eux-mêmes qui n'ont pas envie de les aborder. Cela doit donc être respecté.

#### 1.4 Perspective professionnelle

D'abord, je vais vous expliquer pourquoi j'ai choisi d'écrire un mémoire sur la sexualité. Sans mentir, je suis passé dans un service de psychiatrie, et notamment dans un service de long cours, contre ma volonté. En effet, le passage dans un établissement de santé mentale est obligatoire dans notre parcours de stage à l'IFSI. Je suis allée en stage à reculons, j'avais peur et j'étais pleine de préjugés vis-à-vis des patients accueillis en psychiatrie. Au fil des semaines, ce stage a été une véritable révélation pour moi, transformant radicalement ma perception des soins. J'ai compris que les missions infirmières ne se limitent absolument pas à la pratique technique. J'y ai découvert la puissance des mots et l'importance des soins relationnels. J'ai également découvert des professionnels profondément humains, animés par une passion authentique pour leur travail et dotés de remarquables qualités humaines. Lorsqu'il a fallu trouver un sujet de mémoire, je savais aussitôt que le temps consacré à ce travail serait en faveur de la psychiatrie. J'ai alors repensé à ces deux situations d'appels, qui m'ont grandement marqué. Puis, j'y ai vu l'occasion d'évoquer un sujet tabou qui mérite d'être évoqué. Cependant, encore une fois, j'ai eu peur. Comment ce sujet serait vu ? Serais-je trouver les bons mots ? Est-ce pertinent ? Beaucoup de questions ont cheminé dans ma tête. Mais, je me suis lancée et résultat: J'adore mon sujet, même après plusieurs mois d'écriture. Ce ne fut pas simple mais je suis heureuse d'y être arrivée.

La rédaction de ce mémoire m'a permis de me projeter réellement dans mon exercice futur en tant qu'infirmière (Qui arrive à grand pas maintenant !). Ce travail m'a d'abord permis de comprendre la notion de recherche en soins infirmiers, notion vraiment très floue pour moi au début de cette troisième année d'étude. J'ai compris l'importance de la recherche pour développer et pour constamment améliorer nos pratiques. En effet, il est important d'avoir des pratiques fondées sur des preuves, d'améliorer les résultats cliniques et de maintenir des soins de qualité. Cette étude m'a permis

d'avoir une compréhension approfondie des besoins psychosociaux des patients et de l'importance de prendre en compte leur sexualité dans le cadre thérapeutique. En intégrant ces connaissances dans ma future pratique infirmière, je pense pouvoir être en mesure de cultiver des relations thérapeutiques solides basées sur la confiance, l'empathie et le respect. En considérant la sexualité des patients, je contribuerai à créer un environnement de soins bienveillant et serein où chaque individu est entendu et compris dans sa totalité, favorisant ainsi des résultats thérapeutiques positifs et une qualité de soins optimale.

## 1.5 Ouverture

Lors de mes entretiens, une infirmière a évoqué une nouvelle problématique à laquelle les professionnels sont confrontés en psychiatrie: la prise en compte des questions de genre en milieu hospitalier, et plus spécifiquement en psychiatrie. Elle explique:

*C'est sur la question du genre, que moi je m'axe aussi . Là, c'est tout l'aspect de l'intime, de l'identité sexuelle où on rentre en confrontation avec toute la partie administrative. Une personne qui arrive au bureau des entrées, fournit une carte d'identité où c'est un homme et il s'identifie en tant que femme. Dans l'établissement, s'il se retrouve dans une unité où il y a que des chambres doubles, Bah il y a toujours le quid de , administrativement, je suis censée la mettre dans une chambre homme, mais en même temps pour lui, pour le respect de sa dignité, je ne peux pas faire ça, donc qu'est-ce qu'on fait ? (Annexe IV.3)*

Suite à la problématique qu'elle avait évoqué, je lui ai demandé si ce type de situation était plutôt fréquent. Elle a donc répondu: *“Alors sur les unités d'admission, oui, oui, oui. Il y en a de plus en plus parce que les gens se questionnent de plus en plus, parce que c'est aussi un sujet qu'on aborde de plus en plus. Il y a la parole qui se libère”*(Annexe IV.3). Ayant réalisé un stage en cabinet libéral, j'ai également été confronté à la question du genre. En effet, les infirmiers libéraux avec lesquels j'ai réalisé mon stage, ont de plus en plus de patients en transition de genre chez lesquels les infirmiers réalisent des injections d'hormones (androtardyl majoritairement). Durant ce stage, les infirmiers m'ont évoqué leurs difficultés face à ces nouveaux soins. Ils ne se sentaient pas à l'aise et pas formés. Par exemple, en arrivant au domicile de la personne, ils ne savaient pas comment s'adresser à elle: Quel pronom? quels prénoms ?. L'infirmière interrogée dans le cadre de ce mémoire l'évoque aussi: *“Mais c'est aussi un sujet, où j'ai envie de dire, la réponse est générationnelle dans le sens où j'ai certains de mes collègues pour qui la question du genre paraît, mais complètement absurde. Vraiment hein ! ...ils ne comprennent pas où est le problème”*. Étant donné l'importance croissante de ces enjeux, il pourrait être pertinent d'envisager d'élargir le champ d'investigation de ce mémoire pour inclure une analyse approfondie des défis liés à la prise en compte de la diversité de genre en milieu psychiatrique.

## F. Conclusion

Au terme de ce MIRSI, je suis persuadée que la prise en considération de la sexualité des patients au sein des unités de longue durée en psychiatrie permet indéniablement de renforcer l'alliance thérapeutique. En effet, l'analyse du cadre théorique autant que les entretiens avec les infirmiers, ont montré que l'approche globale prenant en compte la dimension sexuelle favorise une relation de confiance entre le patient et l'infirmier, encourageant ainsi une communication ouverte et sincère. Libérer la parole sur la sexualité, c'est offrir aux patients un espace où les préoccupations sexuelles peuvent être abordées sans jugement ni tabou. Ainsi, les infirmiers en santé mentale peuvent contribuer à réduire les déviances sexuelles et les pratiques inappropriées et, parallèlement, promouvoir l'éducation à la sexualité et le bien-être. Se confronter au tabou de la sexualité permettrait d'améliorer les résultats cliniques et la participation active des patients à leur parcours de soins.

Les missions de l'infirmier et du corps médical en général sont nombreuses, allant de l'éducation à la prévention, en passant par la démarche projet. Le respect, la bienveillance, l'écoute et la confiance sont des éléments clés pour garantir le bien-être des patients tout en respectant leurs droits fondamentaux. Toutefois, nous ne pouvons pas blâmer ou marginaliser les infirmiers qui se sentent mal à l'aise d'aborder la question de la sexualité, car cela peut être influencé par des facteurs générationnels, éducatifs et personnels. C'est pourquoi, il est crucial de travailler en équipe et de permettre à d'autres de prendre le relais. La véritable force réside dans la collaboration et la complémentarité au sein de l'équipe. Au CHGR, plusieurs professionnels de santé se sont saisis de ces problématiques sexuelles et sont en train de monter le projet "Sek'so". Ce dernier a pour objectif la création d'un parcours de prévention vis-à-vis de la santé sexuelle. Ce projet permettra à chaque usager et professionnel du CHGR de trouver des informations et des réponses en lien avec cette thématique. Des projets comme celui-ci montrent à quel point les regards et les mentalités changent. En effet, la question de la sexualité, bien que toujours très taboue, se démocratise peu à peu.

*Au-delà du domaine institutionnel psychiatrique, c'est tout le champ du handicap (moteur, psychique, mental) qu'il faut considérer. La sexualité en institution concerne aussi les établissements médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisé, les établissements et services d'aide par le travail ou les foyers de vie. Dans leurs fonctionnements, tous ces lieux proposent un quotidien partagé, une vie communautaire, des espaces communs, propices aux rencontres. (Rivallan A., 2020, p.11).*

## G. Bibliographie et webographie

### Les ouvrages:

- Auxémery, Y. (2021). Alliance thérapeutique en médecine et psychiatrie : particularité des soins sans consentement. Paris: Dunod
- Chalifour, J. (1989). La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste. Paris : Lamarre.
- Conte, M. (1980). Nu comme dans nuage. Québec: Mortagne
- Foucault, M. (1976). Histoire de la sexualité. France: Gallimard
- Masters, W. H., et Johnson, V. E. (1966). Human Sexual Response. Amérique: Lippincott Williams and Wilkins
- Pitaud, P. (2011). Séxualité, handicaps et vieillissement. Toulouse : Erès.
- Tyrode, Y. et Albernhe, T. (1995). Psychiatrie Légale. France: Ellipses

### Les articles papiers:

- Amsellem J., Fournier S., Gastaldo A., Miard A., Delouard AM., Griffaut M. (2009). La volonté ne suffit pas, Santé mentale, n°140, pages 66 à 67.
- Bellone M. (2009). La sexualité de personnes souffrant de psychose vue par leurs parents, Santé mentale, n°140, pages 46 à 51.
- Bonnet G. (2009). La sexualité des patients schizophrènes, Santé mentale, n°140, pages 28 à 32.
- Ceinos R. (2009). Parler de sida pour aborder la sexualité.... , Santé mentale, n°140, pages 72 à 74.
- Chaltiel P. (2010). 50 ans de secteur... pourvu que ça dure.... Santé mentale, n°147, p 10 à 12
- Chevret-Masson M. (2009). Le concept de "santé sexuelle", Santé mentale, n°140, pages 38 à 39.
- Drogoul F. (2009). La sexualité dans les institutions psychiatriques, Santé mentale, n°140, pages 53 à 57.
- Focchi M. (2009). Le sexe et ses bienfaits, La cause freudienne n°73, pages 14 à 19.
- Friard D. (2009). Pas besoin de "sexpertise", Santé mentale, n°140, pages 33 à 37.
- Giami A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être, Le journal des psychologues, n°250, pages 56 à 60.
- Gorin-Lazard A. (2009). Sexualité et schizophrénie, Santé mentale, n°140, pages 22 à 27.
- Gorin-Lazard A. (2009). Traitements neuroleptiques et sexualité, Santé mentale, n°140, pages 40 à 44.

- Jardel V. (2009). Mal de mère.... Santé mentale, n°140, pages 62 à 65.
- Mas S. (2009). Quand Simon rencontre Julie, Santé mentale, n°140, pages 58 à 61.
- Rolland D. (2009). Parler de sexualité, ça ne se fait pas..., Santé mentale, n°140, pages 75 à 77.
- Rivallan, A. (2020). Sexualité, institution et psychiatrie. Soins psychiatrie n°330, page 11.
- Sereno M., Medico D. (2009). La question de la sexualité dans les soins, Santé mentale, n°140, pages 68 à 71.
- Tremblay, R., Brunot, N., Fernandez, S., Saus, A. S., & Xavier, F. (2020). Définir la sexualité humaine. Guide d'éducation à la sexualité humaine, à l'usage des professionnels (pages 23-27).

#### Les articles numériques:

- Charpentier, A., Goudemand, M., Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. L'encéphale (n°35). Repéré à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700608000493>
- Courtois R., (1998). Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. Annales MédicoPsychologiques, Revue Psychiatrique (n°156), p.613 à 620. Repéré à <https://hal.science/search/index?q=Conceptions+et+d%C3%A9finitions+de+la+sexualit%C3%A9+%3A+les+diff%C3%A9rentes+approches+Robert+Courtois>
- Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2014). L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (n°202). Repéré à : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>
- Morvillers, JM., Roy, C., Laouénan, C., Goutté, N. Alliance thérapeutique entre les patients hospitalisés en psychiatrie de secteur et les infirmiers. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9561694/3>
- Péchillon, E. et Dujardin, V. (2016). Vie affective et sexuelle en établissement psychiatrique. Santé mentale (n°208). Repéré à : <https://www.santementale.fr/2016/06/vie-affective-et-sexuelle-en-etablissement-psychiatrique/>
- Saidi I., Schils G., Smith P. (2021). La sexualité des personnes hospitalisées en services psychiatriques hospitaliers et le rôle des professionnels de la santé : une scoping review internationale. La revue francophone internationale de recherche infirmière, N°1. Repéré à l'URL: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352802821000260?casa\\_token=miM2QQZEKAAAAA:3WmrdjSNhkDNMXS-oHtb3gykZMGh3Q4\\_BCT2YWwbKEDhqQ1a8Os1WoILPWeDBhRskWXLOQVJAOW](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352802821000260?casa_token=miM2QQZEKAAAAA:3WmrdjSNhkDNMXS-oHtb3gykZMGh3Q4_BCT2YWwbKEDhqQ1a8Os1WoILPWeDBhRskWXLOQVJAOW)

- Senn S., Needham I., Antille S. (2012). Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances: une étude corrélacionnelle descriptive. Recherche en soins infirmiers, (n°108),p.30 à 42. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-30.htm>
- Tessler Lindau S., Waite, L.(2007) Sexual Activity and Health in the Elderly. New England Journal of Medicin (n°357), p. 1 à 5. Repéré à : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa067423>
- Valot, L. et Lalau, JD. (2020). L'alliance thérapeutique. Repéré à: <https://www.sciencedirect.com/science/article/am/pii/S1957255720300080>

#### Les dictionnaires:

- Alliance thérapeutique (2016). Dans C. Paillard, Dictionnaire des concepts en sciences infirmière (6è ed. p.27 à 28). sètes.
- Psychiatrie.(2004). Dans D. Lecourt, Dictionnaire de la pensée médicale (1è éd., p. 925 à 929). Paris: PUF.
- Psychiatrie.(2018). Dans Garnier M.,Delamare V.,Delamare J., Delamare T., Delamare Ja., Cassasus P., Dictionnaire illustré des termes de médecine ( 32è éd.,p.779).Paris: Maloin.
- Santé mentale.(2018).Dans Garnier M.,Delamare V.,Delamare J., Delamare T., Delamare Ja., Dictionnaire illustré des termes de médecine ( 32è éd.,p.839).Paris: Maloin.
- Sexualité. (2004). Dans D. Lecourt, Dictionnaire de la pensée médicale (1è éd., p. 1033 à 1037). Paris: PUF.
- Sexualité.(2018). Dans Garnier M.,Delamare V.,Delamare J., Delamare T., Delamare Ja., Dictionnaire illustré des termes de médecine ( 32è éd.,p.859).Paris: Maloin.
- Sexualité.(2005). Dans Delamare J. Dictionnaire de l'infirmière (4è éd., p.414). Paris: Maloin.

#### Les textes législatifs:

- Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.(1958). Ministère de la santé publique et de la population ,direction générale de la santé publique, 4 octobre. Repéré à: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RINFANR5L15B2249.html>
- Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. (1960).Ministère de la santé publique et de la population ,direction générale de la santé publique, 15 mars. Repéré à: [https://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=21540](https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540)

- Compte rendu de jugement (2012). Cour administrative d'appel de Bordeaux. Repéré à : <https://www.adesm.fr/caa-de-bordeaux-06-novembre-2012-le-juge-frappe-dillegalite-les-dispositions-du-reglement-interieur-de-lum-d-cadillac-interdisant-les-relations-sexuelles/>
- Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1948). World Health Organization, 7 avril. Repéré à : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

Les pages WEB:

- ARS.(2018). Santé mentale et psychiatrie : changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. Repéré à : <https://www.ars.sante.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-changer-le-regard-sur-la-sante-mentale-et-les-personnes-atteintes-de>
- GEO.(2023). La théorie des humeurs. Repéré à : <https://www.geo.fr/histoire/quest-ce-que-la-theorie-des-humeurs-lune-des-bases-de-la-medecine-antique-europeenne-214724>
- CHGR. Accueil Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Repéré à : <https://www.ch-guillaumeregny.fr/index.html>
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes.(2023). Fréquentation en hausse des sites pornographiques par les mineur-es : urgence à agir !. Repéré à : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/actualites/article/cp-frequentation-en-hausse-des-sites-pornographiques-par-les-mineur-es-urgence>
- Juignet, P.(2021). Les pratiques en psychiatrie et la consultation initiale. Repéré à : <https://philosciences.com/pratique-psychiatrie>
- Légifrance. (2024). Le code civil. Repéré à : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006070721/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070721/)
- Ministère du travail, de la santé et de la solidarité. (2023). Santé sexuelle. Repéré à : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
- OMS. (2022). Troubles mentaux. Repéré à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OMS. (2022). Santé mentale: Renforcer notre action. Repéré à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (1948). Pour vous, "la santé" ça signifie quoi ?. Repéré à : <https://www.emro.who.int/fr/about-who/rc60/what-does-health-mean-to-you.html>

- OMS. (2023). Éducation complète à la sexualité. Repéré à: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
- Santé Publique France. (2023). La santé mentale, une composante essentielle de la santé. Repéré à: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

Les notes de cours:

- Deniel, AG. et Collet, JF. (2022). Le système de Santé Mentale et l'organisation au sein des hôpitaux. Repéré à: <https://moodle.ifchureennes.fr/enrol/index.php?id=203>
- Robin, G. (2022). L'histoire de la psychiatrie. Repéré à: <https://moodle.ifchureennes.fr/course/view.php?id=114>

Oeuvre d'Art:

- Bergeron, A. (s.d). Etreintes. Repéré à l'URL <http://alainbergeon.fr/oeuvres-recentes/etreintes>

## H. Annexes

### I. Histoire de la psychiatrie en France

Dans cette annexe, il s'agit d'aborder avec vous l'histoire de la psychiatrie en France au fil des époques. Pour cela, je vais m'appuyer sur les enseignements de l'unité processus psychopathologiques (2.6 S2), notamment un temps de travail personnel guidé sur l'histoire de la psychiatrie. Cette partie peut sembler très formelle et exhaustive, cependant, elle est nécessaire pour aborder et comprendre la partie suivante sur l'organisation de l'hôpital psychiatrique en France.

D'abord, durant l'Antiquité (3500 av. J. -C. et 476), les troubles mentaux étaient très souvent associés à des causes divines. De plus, les croyances religieuses de la population empêchaient la prise en soin de ces personnes. Hippocrate (médecin grec, considéré comme "le père de la médecine") a élaboré des travaux de recherches au sujet de la santé mentale et commence en 460 à distinguer quelques troubles mentaux. Il fait d'ailleurs une première théorie à ce sujet : la théorie des humeurs. La théorie humorale considère que la santé de l'âme comme celle du corps réside dans l'équilibre des humeurs. En effet, selon Hippocrate, le corps humain est composé de quatre substances: la bile jaune, la bile noire, le sang et la lymphe. L'ensemble de ces composants doit maintenir un équilibre parfait pour que la maladie ne se développe ni dans le corps ni dans l'esprit. Ainsi pour ce savant, les maladies mentales ont une explication purement physique (GEO, 2023).

Au Moyen-Age, les personnes atteintes de troubles psychiques restent au sein de leurs familles, seules les personnes considérées comme "les plus dangereuses" sont emprisonnées. La maladie mentale demeure taboue, elle est considérée comme diabolique ou relevant de la sorcellerie. A cette époque, l'exorcisme et le bûcher sont alors les traitements de prédilection.

Puis, durant la Renaissance : Certains médecins comme Jean Wier (médecin humaniste ayant beaucoup voyagé notamment en terre d'islam où l'étude psychiatrique était beaucoup plus avancée que les pays chrétiens) ou Juan Luis Vives (Théologien, philosophe et pédagogue, contemporain, représentant essentiel de l'humanisme) s'opposent à la pratique du bûcher et luttent contre la sorcellerie. Ils estiment que les malades doivent être traités avec bienveillance. Ils font passer la folie du surnaturel au rang de maladie. La Renaissance a vu émerger une approche plus humaniste de la maladie mentale. Des hôpitaux spécifiques ont alors été créés. Cependant, les conditions de traitement n'y étaient pas toujours adéquates.

Au XVIIIe siècle, les idées des Lumières ont influencé la perception de la maladie mentale. Philippe Pinel, à la fin du XVIIIe siècle, a introduit des réformes radicales à l'hôpital en supprimant les chaînes des patients et en promouvant des méthodes plus humaines de traitement.

Au XIXe siècle, la psychiatrie s'est développée en tant que discipline médicale distincte. L'aliénisme, axé sur le traitement moral, a été promu par des figures telles que Jean-Étienne Dominique Esquirol. Des asiles psychiatriques ont été créés pour traiter les personnes atteintes de troubles mentaux.

Le XXe siècle, l'avènement de la psychanalyse, développée par Sigmund Freud, a eu une influence majeure en France. Des cliniques psychiatriques modernes ont été créées, et des psychiatres comme Henri Ey ont contribué à l'intégration des perspectives biologiques et psychologiques. De plus, à cette période on observe des changements majeurs, tels que le remplacement de l'asile par l'hôpital psychiatrique en 1937. Des traitements controversés tels que la lobotomie étaient fréquents jusqu'aux années 1950. La découverte de la chlorpromazine a marqué le début des neuroleptiques, suivie de la découverte du premier antidépresseur en 1957.

Fin du XXe siècle et début du XXIe siècle : Les approches de traitement ont évolué, intégrant davantage les médicaments psychotropes et les thérapies cognitivo-comportementales. La stigmatisation associée aux maladies mentales a été un sujet croissant de préoccupation, conduisant à des initiatives visant à sensibiliser et à éduquer le public.

En conclusion de cette partie, on observe que la psychiatrie a beaucoup évolué notamment grâce à des figures marquantes de l'histoire; tels que Philippe Pinel, précurseur de la psychiatrie, Jean Etienne Dominique Esquirol, organisateur de la psychiatrie française, et des contributeurs majeurs tels que Jean Martin Charcot, Sigmund Freud, Henri Laborit, et d'autres, qui ont façonné l'évolution de la discipline. (Robin, G. (2022) L'histoire de la psychiatrie. UE 2.06 S2 Processus psychopathologiques).

## II. Les différents modes d'hospitalisation



La psychiatrie Légale par Albernhe, T. et Tyrode, Y. (1996) repéré dans le diaporama de présentation de Deniel AG et Collet JF sur le système de Santé Mentale et l'organisation au sein des hôpitaux. Dans le cadre de l'UE 2.06 S2 Processus psychopathologiques.

**Soins Psychiatriques Libres**  
Patient qui se place librement sous **l'autorité du médecin**.

**Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers : Procédure Normale**  
2 certificats médicaux + 1 demande de tiers.

**Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers : Procédure d'Urgence**  
1 certificat médical **circonscrit** + 1 demande de tiers

**Soins Psychiatriques en situation de Péril Imminent**

- Plus de possibilité de recours aux tiers
- 1 certificat médical **circonscrit** et **justifiant des troubles constatés** et des **risques immédiats** pour le patient (Loi L 3212-1 du Code de Santé Publique)

**Soins Psychiatriques sur Demande du Représentant de l'Etat**

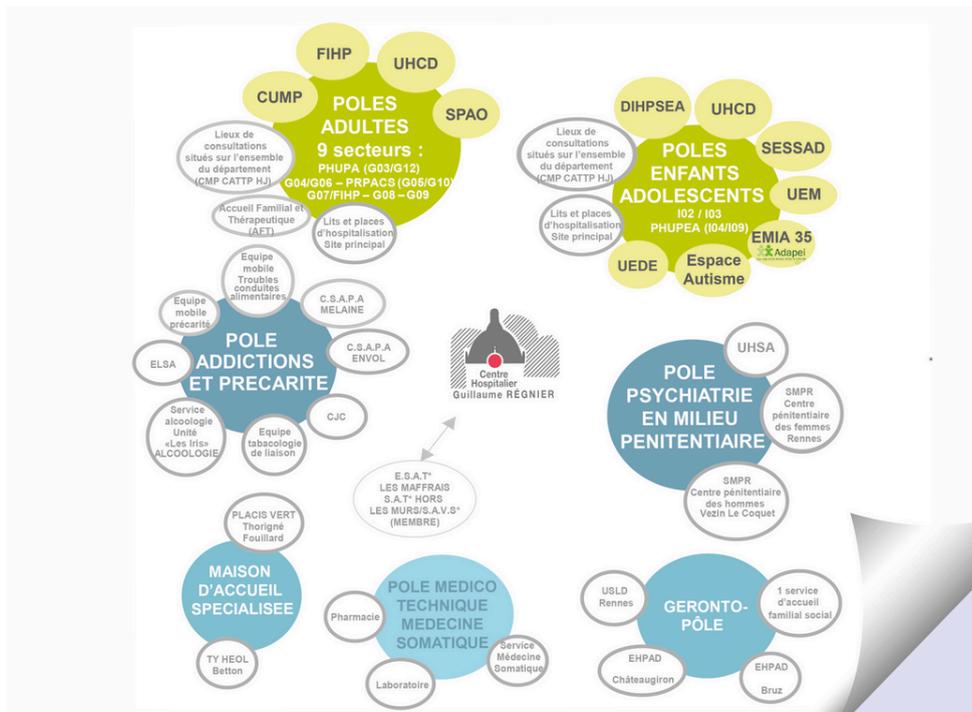
- Notion de **danger immédiat** pour autrui et la **sécurité publique**
- 1 certificat **médical circonscrit** + 1 **certificat du représentant de l'état** (maire, adjoints...)

**Audience avec le Juge de la Liberté et de la Détention**

- Dans un délai de **12 jours** suivant les certificats
- **Examen strict** des procédures, des motivations, des **circonstances**...
- Présence d'un avocat possible à l'audience
- Entretien avec le patient et **écoute** de ses revendications

Trupin, P. et Nodet, N., 2022, Le scope. Repéré à : <https://www.le-scope.com/pages/jeudi-ca-je-dis-rien/il-existe-cinq-mode-d-hospitalisation-en-psychiatrie.html>

### III. Organisation des pôles du CHGR



Activités des pôles du CHGR repéré à : <https://www.ch-guillaumeregner.fr/index.html>

#### IV. La Sectorisation de l'hôpital psychiatrique en France

Après la Seconde Guerre mondiale, la psychiatrie a été confrontée à des défis importants, avec la nécessité de traiter les traumatismes de guerre et de s'adapter aux avancées médicales. La sectorisation des soins psychiatriques a été introduite dans les années 1960, favorisant la décentralisation des services et une approche communautaire. En effet, dans une circulaire du 15 mars 1960, un législateur évoquait la mise en place: “*d'un dispositif de lutte contre les maladies mentales*” qui consistait

*à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devrait assumer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure” (Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, 15 mars 1960).*

En d'autres termes selon Patrick Chaltiel, psychiatre:

*La sectorisation psychiatrique devrait permettre à une équipe pluridisciplinaire d'assurer, d'une part, la continuité des soins de proximité à l'égard des personnes atteintes de pathologies psychiatriques et, d'autre part, une mission de santé publique territoriale (information, prophylaxie, prévention et réinsertion sociale des personnes souffrants de handicaps psychiques contemporains ou séquellaires de maladie mentale). (Chaltiel, P. 2010, p. 10).*

En France, la psychiatrie est donc organisée sous forme de secteurs. Le découpage est donc géographique et démographique permettant ainsi d'organiser la prise en soins des personnes. Cela permet un meilleur accompagnement. En effet, la personne soignée (en fonction de son lieu d'habitation), reçoit les soins dans un secteur de l'hôpital, comprenant généralement (des unités d'admissions, des unités de réhabilitation, un hôpital de jour et un centre médico-psychologique). Ce secteur accueillant uniquement des patients du même secteur géographique d'habitation. Cela permet d'assurer une simplification de l'accompagnement: les patients se repèrent rapidement, “ritualisent” la prise en soins et donc adhèrent plus facilement aux soins prodigués. De plus, les professionnels de santé ont une meilleure connaissance de leurs patients et assurent donc un suivi personnalisé de qualité.

Patrick Chaltiel évoque par la suite les grands principes de cette sectorisation. D'abord, il démontre que la sectorisation permet une meilleure proximité et accessibilité:

*En opposition avec la psychiatrie aliéniste, la psychiatrie de secteur s'est donnée pour objectifs de combattre le rejet et l'exclusion sociale dont sont traditionnellement victime les malades mentaux et de faire reculer les mesures dérogatoires aux droits de l'homme (obligation, contrainte, enfermement) qui leur sont souvent imposées (Chaltiel P. 2010, p. 10).*

Ainsi, les personnes habitant dans des coins reculés tels que les campagnes mais aussi les banlieues peuvent avoir accès aux soins ambulatoires: CMP, CATTP, hôpitaux de jour, appartements associatifs, psychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux et les institutions médicales et médico-sociales..). Cela permet également une diminution des temps d'hospitalisation. Puis, l'auteur démontre également que la sectorisation permet une meilleure mobilité et réactivité de la part des équipes soignantes. En effet, comme dit précédemment, les professionnels de santé connaissent d'avantages les patients qu'ils accueillent et sont donc en mesure de répondre plus efficacement à une souffrance psychique aiguë ou chronique. Ces équipes peuvent intervenir en amont de l'urgence et favoriser l'accès aux soins précoce. (Chaltiel. P, 2010, p.10). Puis, l'organisation géographique permet ensuite une continuité d'attention: “ *Le principe de continuité favorise ainsi la confiance et la connaissance mutuelle entre le malade, ses proches et ses soignants référents*”. (Chaltiel. P, 2010, p.10). Puis enfin cette sectorisation, permet un principe de contextualité. En effet, l'auteur nous demande, de prendre en compte le contexte à la fois social et environnemental de nos patients afin de mieux les accompagner. En effet, “*le principe de colloque singulier a longtemps produit une conception de secret professionnel inadaptée au traitement des psychoses, conduisant ainsi les soignants à des réticences majeures quant à l'ouverture vers le dialogue social*” (Chaltiel. P, 2010, p.10).

## V.1 Le guide d'entretien

Objectif généraux de l'entretien:

- S'intéresser à la perception qu'ont les infirmiers concernant la sexualité des patients qu'ils accompagnent dans les unités de long cours. (tabou, intérêt personnel et professionnel, pertinence dans le prendre soin et dans l'établissement d'une l'alliance thérapeutique)
- Analyser les pratiques actuelles des infirmiers en matière d'accompagnement et de prendre soin vis à vis de la sexualité des patients
- Identifier les ressources dont disposent les infirmiers lorsqu'ils abordent la question de la sexualité avec les patients. Identifier les difficultés auxquelles ils doivent faire face ?
- Déterminer les outils ou les idées mentionnées par les infirmiers pour développer la considération de la sexualité en psychiatrie

| Questions   | Objectifs  |
|---|--|
| <b>Introduction</b>   |  |
| Avant de commencer, pouvez-vous me présenter votre parcours, et depuis combien de temps vous exercez en tant qu'IDE | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les motivations professionnels , les implications professionnelles</li> <li>- Introduire le sujet de recherche</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
| <p>Pourquoi avoir choisi la psychiatrie pour l'exercice de votre profession ?</p> <p>Avez-vous choisi de travailler dans un service de long cours. Si oui, pourquoi ?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprendre à faire connaissance avec le soignant</li> <li>- Connaître le nombre d'année de pratique</li> <li>- Connaître sa représentation de l'hospitalisation au long cours</li> </ul>  |
| <p><b>Organisation de la psychiatrie</b></p>  |   |
| <p>Qu'est ce qui, selon vous, est différent dans la prise en soins des patients en long cours ?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les spécificités des unités de long cours/réhabilitation</li> <li>- Comprendre le positionnement infirmier dans la prise en soins en unité de réhabilitation</li> </ul>   |
| <p><b>Sexualité</b></p>   |   |
| <p>Avez-vous déjà été confronté à des situations dans votre pratique infirmière où la sexualité d'un patient était en jeu ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si oui, cela s'est-il produit de manière isolée ou avez-vous rencontré des scénarios similaires à plusieurs reprises?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorer les expériences concrètes de l'infirmier(e) pour mieux comprendre comment les questions d'intimité et de sexualité se manifestent dans la pratique quotidienne.</li> <li>- Déterminer la récurrence de ses situations</li> <li>- Connaître l'incidence de ces situations (est ce rare ou fréquent ?)</li> </ul> |
| <p>Pensez-vous que la sexualité est tabou en psychiatrie ?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les problématiques en psychiatrie du point de vue de l'intimité et de la sexualité.</li> <li>- Connaître le positionnement infirmier vis-à-vis de l'intimité</li> <li>- Savoir si la sexualité s'est démocratisée en psychiatrie ou demeure secrète et censurée ?</li> </ul>                                  |
| <p><b>Séxualité et droit des patients</b></p>   |   |
| <p>Savez vous si les patients peuvent avoir des pratiques sexuelles dans le service ? Existe-il des protocoles ou des stratégies réfléchies en équipe ?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier l'existence de stratégies ou de protocoles réfléchis en équipe à ce sujet</li> <li>- Identifier les freins en lien avec la sexualité en psychiatrie</li> <li>- Savoir s'il y a conflit entre droit des patients et</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | hospitalisation en psychiatrie   |
| <b>Positionnement IDE</b>  |  |
| <p>En tenant compte de vos valeurs personnelles et de votre rapport à ce sujet, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?</p> <p>Vous sentez vous à l'aise pour accompagner les patients hospitalisés dans leur sexualité ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître le positionnement de l'infirmier vis-à-vis de la sexualité en psychiatrie</li> <li>- Connaître l'existence de tabous institutionnels ou personnels</li> <li>- Identifier, s' ils existent, des barrières personnelles à l'accompagnement des patients du point de vu de la sexualité</li> </ul>   |
| <b>Séxualité et alliance thérapeutique</b>   |  |
| <p>Pensez-vous que considérer la sexualité d'un patient peut favoriser la relation soignant-soigné ?</p> <p>Pensez vous que cela peut avoir un impact sur l'adhérence aux soins et à l'observation ?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier s'il existe un lien de causalité entre alliance thérapeutique et accompagnement à la sexualité pour les professionnels de santé</li> <li>- Déterminer si la considération de la sexualité pourrait avoir une incidence sur l'observance aux soins et la relation soignant- soigné</li> </ul>   |
| <b>Stratégies d'accompagnement</b>   |  |
| <p>Utilisez-vous des moyens pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les moyens déjà mis en place dans le service</li> <li>- Connaître les stratégies personnelles utilisées par le soignant face à des problématiques</li> </ul>  |
| <b>Limite de l'accompagnement</b>  |  |
| <p>Quelles barrières ou défis spécifiques rencontrez-vous en tant qu'infirmier(e) lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la sexualité avec des patients hospitalisés en psychiatrie?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les limites de l'accompagnement concernant le patient (sa pathologie, sa thymie, sa capacité d'écoute et de compréhension)</li> <li>- Connaître les limites propres au soignant (ses représentations, ses tabous, ses craintes ...)</li> <li>- Connaître les limites institutionnels ( dans quel cadre exerçons nous, nos droits, nos devoirs, les dépassements de compétence ...)</li> </ul> |

| <b>Ressources nécessaires</b>  |   |
|--|---|
| Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les besoins des professionnels de terrain pour accompagner au mieux les patients</li> <li>- Constaté s' il s'agit de: moyens financiers, intervention de professionnels du domaine, matériels spécifiques , formation pour appréhender au mieux ses situations ...</li> </ul> |
| <b>Suggestions d'amélioration</b>  |   |
| Avez-vous des idées ou des suggestions pour améliorer la prise en compte de la sexualité des patients et renforcer l'alliance thérapeutique dans le contexte psychiatrique ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- clôturer l'entretien sur des idées, des propositions pouvant faire émerger des idées dans le service</li> <li>- Connaître s' il existe déjà des questionnements, des idées émergentes, des projets en suspens ...</li> </ul>   |
| <b>Projection de fin</b>   |   |
| Pensez vous que ces questionnements vis-à-vis de la considération des besoins intimes et sexuels du patient , concernent uniquement les unités de long cours ?               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier si il s'agit d'une problématique centrée sur le long cours</li> </ul>   |

## V.2 Premier entretien

ESI: Bonjour, je m'appelle Lisa Fougeray et je suis étudiante en 3ème année de soins infirmiers au CHU de Rennes. Je réalise actuellement un mémoire sur la psychiatrie, qui explore la sexualité des patients. Dans le cadre de cette étude, je m'intéresse à l'expérience des infirmiers de terrain et je vous remercie donc de bien avoir voulu participer à cet entretien. Avant de commencer, seriez-vous à l'aise avec l'enregistrement de notre discussion pour que je puisse m'y référer ultérieurement et pour garantir l'exactitude de mes notes ?

IDE 1: Oui, sans aucun problème

ESI: OK. Je vais commencer par vous demander un petit peu votre parcours, depuis combien de temps vous exercez en tant qu'infirmier ?

IDE1: D'accord donc moi du coup je suis Anthony. Hum... Je suis infirmier depuis juillet 2022. Heu avant cela, j'ai été aide soignant de 2000... à partir de 2009, de juillet 2009, donc ça fait 15 ans que je suis dans le soin. Heuuu ma carrière, elle est principalement orientée sur le handicap psychique. Et mental . Je fais un distinguo dans le sens où j'ai travaillé pour des associations bah, une association, notamment le l'Adapei: les Papillons blancs, où c'est du handicap mental alors que au CHGR, on est sur du handicap plus psychique.

ESI: OK, et donc du coup, pourquoi avoir choisi la psychiatrie pour l'exercice de votre profession ?

IDE1: Au détour de mon premier stage aide soignant en 2008. En maison d'accueil spécialisée. J'ai énormément apprécié le contact avec les résidents. Et quand j'étais diplômé, du coup, j'ai pu trouver un poste sur l'hôpital de Pontorson, en Basse-Normandie, parce que je suis originaire de la côte et en fait, je suis resté depuis dans le milieu de la psychiatrie.

ESI: D'accord, très bien. Et donc là, vous avez choisi de travailler dans un service de long cours ici à \*\*\*\*\* Vous avez choisi de venir travailler ici ou vous ne l'avez pas choisi ?

IDE1: Alors, à l'époque où je suis arrivé en 2014 sur le CHGR. Je suis arrivé directement sur \*\*\*\*\* (unité de long cours). A l'époque j'étais aide soignant, donc j'ai fait 4 ans sur l'unité \*\*\*\*\* (unité de long cours), je suis parti après en service d'admission à \*\*\*\*\*. Et à la sortie de mes études, ma cadre de l'époque voulait me récupérer. Donc j'ai accepté de revenir parce que c'est un public que je connais plutôt bien maintenant et de la façon dont on doit interagir avec eux. On est aussi un lieu de vie pour des services de chronique et pas qu'un lieu d'hospitalisation. Donc on a un positionnement qui est différent.

ESI: D'accord, et bah du coup justement, qu'est-ce qui selon vous est différent dans la prise en soin des patients au long cours.

IDE1: Par rapport à ?

ESI: Par rapport à des unités d'admission plutôt.

IDE1: Alors déjà le public qu'on reçoit sur du long cours, c'est souvent des patients qui ont un parcours institutionnel déjà très conséquent qui ont pu passer par de la pédopsychiatrie, par des

instituts médico éducatifs, donc les IME, donc ils ont un parcours institutionnel très important. A contrario d'un service d'admission où généralement les personnes viennent de leur milieu privé avec leur milieu professionnel. Ici, la plupart de nos patients n'ont pas eu d'activité professionnelle mais que des parcours institutionnels. De fil en aiguille donc, la grosse différence, elle se fait là en termes de parcours. Et après en termes d'accompagnement, on a pas les mêmes distances qu'un service d'admission. Un exemple tout bête, le tutoiement est facilement plus utilisé que le vouvoiement en unité d'admission. Parce que bah, c'est des gens qu'on côtoie toute l'année. Pour la plupart même des fois, on est les seules personnes qui connaissent parce que pour certains ils ont plus de famille. Donc finalement il y a une relation qui se crée et une complicité qui n'est pas la même que dans un service d'admission. On est un lieu de soins pour la forme, mais dans le fond, on est quand même un lieu de vie.

ESI: Alors du coup, pour rentrer dans le cœur du sujet, avez-vous déjà été confronté à des situations dans votre pratique, du coup infirmière où la sexualité d'un patient était en jeu ?

IDE1: Etait en jeu ?

ESI: Oui

IDE1: oui. Alors ça aussi, c'est une problématique. Une problématique dans le sens où selon les histoires de vie des patients, on a certaines personnes qui ont été abusées sexuellement étant jeunes. D'autres qui n'ont pas conscience, vraiment, de ce que peut être la sexualité, parce qu'ils ont des parcours institutionnels qui font qu'ils ont jamais été exposés à d'éventuels flirts. Même une éducation finalement à la sexualité. Donc oui, j'ai été confronté en 15 ans de métier à plusieurs situations diverses et variées. Les plus marquantes.... C'est en admission où un monsieur d'une trentaine d'années avait eu des rapports sexuels avec une jeune fille d'une vingtaine d'années. Et la jeune fille a été dire qu'elle avait été violée par derrière, donc là il y avait une grosse problématique de consentement. Et dans les services de chronique, on est sur le consentement et la vulnérabilité. Dans le sens où on a des patients qui peuvent être très vulnérables et fragiles et que la question nécessite un travail d'équipe. On avait une patiente ici à une époque, il y a quelques années, qui avait fait une fellation à un patient autiste, qui lui, avait semble-t-il apprécié cette attention là ? Mais on avait dû le signaler et c'était considéré comme un viol. Donc oui, la sexualité en institution, elle est. C'est un équilibre qui est très précaire.

ESI: Et est-ce que vous diriez que ces situations, elles apparaissent de manière isolée ou que c'est plutôt assez récurrent ?

IDE1: Non, ça reste encore des événements assez isolés. Si tu veux, dans le sens où les équipes sont présentes à surveiller quand même et observer les rapprochements éventuels. Donc on fait attention à ça: qu'il y ai pas de patients ou de patientes qui soient exposés à une personne qui pourrait profiter d'elle. Donc ça, on le surveille. Maintenant ça reste, pardon, des événements isolés. Mais parfois, on ne peut pas être 24 sur 24 derrière eux. Ça arrive que certaines situations soient complexes.

ESI: Est ce que vous diriez que la sexualité est tabou en psychiatrie ?

IDE1: \*rire\*. Mais elle est taboue à l'hôpital. Elle l'est moins. Il y a 15 ans, quand j'ai commencé la sexualité à l'hôpital, c'était : on en parle pas. J'ai travaillé dans un foyer de vie où l' on avait une chambre double pour mettre un lit. Alors c'est un exemple tout bête mais voilà, c'était une chambre 2double pour résidents, parce que là on parlait de résidents et pas de patients, se formaient, formaient un couple. Ils pouvaient dormir ensemble, donc dans leur lieu de vie. À l'hôpital, on reste à l'hôpital, donc il est hors de question que deux patients s'installent ensemble. Mais on est de mieux en mieux...On est de plus en plus sensible à cette question de la sexualité. Je prends un exemple tout bête, on a une jeune patiente qui a des besoins d'une jeune fille de 20 ans: qui a des envies; et qui au lieu de devoir utiliser divers objets où elle pourrait se mettre en danger: je pense notamment à une brosse à chiotte, une brosse à toilette. Eh Ben on a fait l'achat d'un sextoy. Il y a 15 ans, c'était inimaginable parce c'est probablement une question de génération, de mentalité, donc ça s'ouvre, mais ça reste encore....c'est à la sensibilité de chacun.

ESI: Au niveau ducoup du service, est-ce que vos patients peuvent avoir des pratiques sexuelles alors je parle entre eux, mais aussi seuls. Est-ce qu'il existe des protocoles ou des stratégies réfléchis en équipe par exemple ?

IDE1: Mais en fait, la question qu'on peut se poser déjà nous de base, c'est: Quel droit on a d'empêcher en fait ? On est soignant. Alors effectivement on est en service de psychiatrie, il y a des, il peut y avoir des contraintes en lien avec les modes d'hospitalisation. Mais en quoi nous, soignants, on peut empêcher un, une autre personne d'avoir recours à des pratiques sexuelles. Euh seul, seul ou à plusieurs: On a plus un rôle d'éducation. C'est aussi ce que j'ai connu par le passé. J'avais un patient qui aimait bien se masturber, Moi, en soit ça ne me dérangeait pas, les collègues un peu plus, parce qu'en fait il avait tendance à laisser sa fenêtre ouverte et qui donnait un peu visible. Donc on a travaillé sur le fait de fermer son volet, donc un travail d'éducation en disant \*\*\*\*\*, "tu peux te masturber c'est pas un souci mais à condition que tu fasses ça". En travaillant, on a pu mettre un environnement qui lui permettait d'avoir recours à ça. Concernant les personnes en.... pour une

relation à 2. Là on fait très attention encore, que ce soit sur des services de chroniques ou en admission parce que on revient sur cette question de vulnérabilité. Parce que, dans les services d'admission, les patients sont mélangés, on va dire mélangés en terme de pathologie, de parcours et on peut se retrouver avec des jeunes filles ou des jeunes hommes qui vont être très fragiles avec des prédateurs sexuelles, par ce qu'on peut en avoir aussi des pédophiles. Euh ça m'est déjà arrivé de oui, d'avoir un pédophile qui allait tripoter le sexe masculin d'un jeune homme qui disait rien parce qu'il était fragile. Donc euh, les relations à 2, c'est beaucoup plus compliqué. C'est... ça arrive, mais on le sait souvent après et pas avant. Mais faut faire très attention, mais en soi qui sommes nous ? Nous, on n'a pas ce pouvoir là en soi de dire complètement non s'il y a pas de contre indication. S'il y a un délinquant sexuelle ou un pervers, un pédophile, là on surveille, mais en tant que soignant: Si les 2 sont d'accord, sont consentants, on ne peut pas s'opposer....plus les guider sur ce qui peut être fait : conseiller des préservatifs.. un travail d'éducation.

ESI: Super ducoup, en tenant compte de vos valeurs personnelles et vous, de votre rapport personnel au sujet de la sexualité, comment est-ce que vous vous sentez face à la sexualité des patients ?

IDE1: Moi, de mon point de vue, je suis très à l'aise avec ça. Je pense que mon expérience soignante de 15 ans et mon parcours professionnel aussi m'aident énormément. Donc moi je n'ai aucune difficulté à devoir échanger avec les patients et les patientes sur ce sujet-là. Euh à partir du moment qu'on part du principe qu'il faut pas les juger. Mais plus un rôle d'aide dans les bonnes pratiques. On a aussi un phénomène nouveau, c'est les accès au téléphone portable et les modes de..... les sites internet qu'ils ont à disposition, qui leur envoient une réalité, une fausse réalité de la sexualité. Donc il faut qu'on travaille avec ça, parce que bah il y a des fois, ils connaissent pas du tout, ils connaissent pas leur corps ou le corps de l'autre et donc pour les bonnes pratiques d'avoir un rapport sexuel ouais. Il faut faire l'éducation avec eux,

ESI: Donc vous direz quand même que vous êtes à l'aise dans l'accompagnement des patients.

IDE1: Ah oui, oui oui complètement oui.

ESI: Est-ce que vous pensez que considérer la sexualité d'un patient, ça pourrait favoriser la relation soignant-soigné ?

IDE1: Ça complèterait la prise en charge globale du patient en fait, de prendre la personne dans sa globalité entière et pas que sur certains points. On est oui, on est un lieu de vie, on est un service de chronique au long cours. Donc ils sont là depuis plusieurs années. Pour la plupart, on les connaît, on les accompagne pour leurs soins d'hygiène, pour leurs rendez-vous médicaux, quand ils ont des

problèmes somatiques, quand il y a des moins bien au niveau psychiatrique. Qu'est-ce qui nous empêche du coup de dire : bah la sexualité fait partie intégrante de la personne. Donc oui, il faut accompagner ? Voilà, c'est notre rôle. Il y a encore des choses à faire. De façon très tabou, par exemple, les assistantes sexuelles ne sont pas encore arrivées dans les hôpitaux, mais la question pourrait se poser clairement. Peut être que c'est plus simple pour une personne de faire appel à une personne assistante sexuelle que d'aller voir des prostituées. Mais la sexualité, elle, doit faire partie entière de notre prise en charge à la personne. Il peut y avoir des besoins plus importants à certains moments, et bien faut aussi les entendre.

ESI: Et par rapport par exemple au problème de libido que peuvent entraîner les neuroleptiques comme ça, est ce que vous pensez que du coup, l'accompagnement soignant à ce niveau-là pourrait favoriser aussi l'adhérence aux soins ?

IDE1: Oui, je pense. Parce que du coup, on pourrait renvoyer l'image aux patients que on les écoute et qu'on est. Pas là que pour les sédatés de traitements, c'est un peu l'image des fois que l'on a : on sédate, les patients. On sait bien que les neuroleptiques ont des effets indésirables à divers niveaux: Que ce soit l'hypersialorrhée, de la constipation...Et que la libido aussi en fait partie. C'est déjà arrivé, que des patients se disent, se plaignent en disant : "depuis que je suis sous tel traitement, je bande plus". Ça revient souvent chez les hommes. Chez les femmes, on entend moins les atteintes de la libido. Mais chez les hommes, le problème d'érection est bien présent. C'est aussi parce que ça touche à leur virilité, pour certains. Mais si on les écoute, oui, je pense qu'on ne peut qu'accroître l'adhérence aux soins.

ESI: Est ce que vous utilisez des moyens du coup pour faire de l'accompagnement à la sexualité des patients ?

IDE1: Moi, de mon expérience, je n'ai jamais vu encore un atelier vraiment formalisé. Parce qu'ils ne veulent pas en parler forcément en groupe. Donc un travail de groupe comme ça, ça me semble impossible à l'heure actuelle. Ça doit être de l'individuel, du un pour un. Mais, non, ça n'a jamais été mis en place. On en parle plus au moment des soins d'hygiène. En disant "tiens, elle me plaît ou je voudrais bien...". Il n'y a pas encore de choses qui sont vraiment formalisées.

ESI: Est-ce que vous faites face à des barrières ou des défis spécifiques en tant qu'infirmier lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la sexualité ?

IDE1: Dans la sensibilité, la sensibilité, pardon, qui est propre à chaque soignant. Il y en a qui sont très à l'aise avec ce sujet-là, d'autres beaucoup moins. Donc déjà, c'est une première barrière, parce que je

pense qu' il faut pouvoir évoquer tous les sujets, toutes les pratiques: Que ce soit utilisation d'un sextoxy.... je sais que quand on l'avait acheté, beaucoup n'étaient pas d'accord avec ça non plus: Ce qui s'entend. Après entre ce qu'on est choqué et ce que le patient a besoin ou la patiente.....On ne peut pas retranscrire nos propres pratiques aux patients qu'on a en face de nous. \*long silence\* .Donc c'est la première barrière. La deuxième barrière, oui, ça peut être le sujet tabou: Le patient peut également avoir peur d'en parler avec le soignant, parce qu'il a peut être peur aussi d'être jugé. Il y a certains patients qui préfèrent mieux parler à des hommes qu'aux femmes et inversement. Il y a des jeunes femmes qui préfèrent mieux parler aux infirmières et pas aux infirmiers, ce qui s'entend. Donc oui, il y a quand même cette partie là. Et la troisième barrière, ça peut être aussi les représentations qu'ils ont de la sexualité. Comme je disais tout à l'heure, on a de plus en plus de patients qui ont des téléphones portables, ce qui n'existait pas il y a encore 15 ans. Et ils ont tous accès à Internet avec Youtube ou des sites type Youporn, je crois. Ce qui leur donne une mauvaise image des bonnes pratiques de la sexualité. Et ça, ça peut être une barrière. Parce que du coup, faut leur expliquer que la vraie vie n'est pas comme ça que pour faire des rapports sexuels faut aussi des sentiments, un consentement. Et ça, ça peut être une barrière, de faire le distinguo entre ce qu'ils voient et ce qu'ils pensent être la réalité. Et la vraie vie.... euh.... il y a un décalage... et ça prend du temps parce que certains n'ont peut être pas les capacités cognitives de tout bien comprendre et tout assimiler. Donc c'est un travail, travail d'éducation toujours ouais, toujours ce travail d'éducation qui revient.

ESI: Est ce qu'aujourd'hui vous auriez besoin de quelque chose qui vous permettrait de vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients en institution ?

IDE1: Niveau matériel, je pense pas. Niveau humain: on va dire que non. Non, ce serait peut-être plus au niveau structurel. Oui, peut-être que les médecins abordent ce sujet complètement avec chaque patient, pour pouvoir ensuite travailler là-dessus. Mais effectivement c'est pas un des sujets qui revient tous les 4 matins, clairement. Alors qu'on pourrait peut être dire: "Est ce que vous avez des envies, des besoins ?". Il y en a certains qui n'en parlent jamais, peut-être qu'ils se masturbent plusieurs fois par jour et on ne le sait pas, on n'en sait rien. Donc ça évolue mais à l'heure actuelle de voir des moyens vraiment nécessaires, non je vois pas la.

ESI: Et pensez-vous que ces questionnements vis-à-vis des besoins intimes des patients et de leur sexualité, est-ce que vous pensez que ça concerne seulement les unités de long cours ?

IDE1: Non, non, non, non . Alors c'est une problématique qu'on voit en service de long cours, qu'on voit parce que, le service c'est un service de long cours, donc on les voit sur très longtemps par rapport à de l'admission, mais, malgré tout, on le voit aussi dans les services d'admission. Alors là on progresse parce qu' il y a des services qui vont avoir que des chambres individuelles. Mais si une

personne avait des envies de masturbation avec une chambre double, voire triple, en termes d'intimité: C'est pas possible. En admission, ça arrive de temps en temps qu'il y a des rapprochements inattendus, là pareil, faut faire très attention. Parce que des fois c'est une rencontre, un petit coup de foudre durant l'hospitalisation, mais qui des fois, remet tout un projet de vie privée en question. Mais comme les hospit' sont plus courtes, la sexualité est moins présente qu'avec des personnes qui ont qu'une hospit' mais sur des longs cours. Oui, elle est plus présente parce qu'elle fait partie du quotidien. Là oui, c'est différent.

ESI: Bon et bah du coup est ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

IDE1: Sur ce thème-là, la sexualité. Ah oui, je pense que j'ai dit pas mal de choses, ça évolue. On peut parler de sexualité mais peut-être pas avec tout le monde. Ça évolue, mais on a encore un petit bout de chemin à faire. Mais ça avance, ça avance, ça avance. Peut être pas assez vite pour moi, mais c'est beaucoup moins fermé.

LISA

Merci beaucoup en tout cas

### V.3 Deuxième entretien

ESI: Bonjour, je m'appelle Lisa Fougeray et je suis étudiante en 3ème année de soins infirmiers au CHU de Rennes. Je réalise actuellement un mémoire sur la psychiatrie, qui explore la sexualité des patients. Dans le cadre de cette étude, je m'intéresse à l'expérience des infirmiers de terrain et je vous remercie donc de bien avoir voulu participer à cet entretien. Avant de commencer, seriez-vous à l'aise avec l'enregistrement de notre discussion pour que je puisse m'y référer ultérieurement et pour garantir l'exactitude de mes notes ?

IDE 2 : Pas de soucis, tu peux aussi me tutoyer.

ESI: D'accord, très bien. Du coup, et bien pour commencer, j'aurais voulu un peu savoir ton parcours et depuis combien de temps tu exerces en tant qu'infirmière ?

IDE 2: Très bien. Et bien du coup, moi j'ai commencé à exercer en tant qu'infirmière en 2018. Je suis diplômée de cette année-là et j'ai fait mes études à Laval où j'ai principalement orienté mon parcours au niveau des stages sur, du coup, la psychiatrie. Plus largement aussi, la santé mentale, même dans le cadre des entreprises. Depuis que je suis diplômé, j'ai majoritairement travaillé au centre hospitalier

Guillaume Regnier. J'ai commencé sur le pôle d'établissement de nuit, ensuite sur le géronto-pôle. Après, j'ai quitté l'établissement pour partir sur le CMEP de Rennes Beaulieu. Donc, c'est le centre médical et pédagogique à Beaulieu qui accompagne des jeunes de 18 à 25 ans sur de la réhabilitation, notamment scolaire et psychosocial. Après, quand je suis revenue sur l'établissement, j'ai intégré un nouveau pôle qui était le pôle G7: La FIPH. Donc la FIPH c'est la filière intersectorielle d'hospitalisation prolongée. J'ai fait 2 ans et demi d'admission de nuit sur ce pôle-là et depuis un an et demi maintenant, je suis sûr, du coup, l'unité \*\*\*\*\* (unité de long cours), qui fait partie de la FIPH.

ESI: Pourquoi avoir choisi la psychiatrie pour l'exercice de votre profession ?

IDE 2: Grande question ! Pourtant c'est pas pour une question (je sais que des fois ça peut ressortir chez certaines personnes) sur un rejet de tout l'aspect technique, bien au contraire moi j'adore la technicité mais au-delà de ça, il y a quelque chose que j'ai beaucoup aimé en psychiatrie, c'est le fait de ramener beaucoup d'humanité dans... (je, je trouve hein) chez des... auprès de personnes qui ont été souvent déshumanisées par la société, par le monde de la psychiatrie. Par euh... par les institutions, je... l'institution, j'entends ça au sens large hein, le... les lois ; toutes ces choses-là. Et aussi parce que je trouve que la psychiatrie c'est quelque chose en plus. Je suis quelqu'un qui aime faire beaucoup de choses et en fait la psychiatrie c'est Monsieur Madame tout le monde avec les problématiques de santé de Monsieur Madame tout le monde, et en plus la problématique psychiatrique. Et je trouve que du coup ça englobe une prise en charge... bah beaucoup plus globale finalement, parce qu'on s'intéresse aussi à la partie de la psyché.

ESI: Et du coup est ce que vous avez décidé... enfin est ce que tu as décidé de travailler dans un service de long cours, là comme \*\*\*\*\* (unité de long cours) ou c'est quelque chose qui t'a été imposé ?!

IDE 2: Initialement, c'est moi, quand je suis revenue sur l'hôpital qui voulait faire du long cours. Après ma petite... euh ma longue période d'admission de nuit, j'aurais souhaité rester en admission. Mais sur sollicitation de mes cadres, on m'a proposé d'aller...euh, sur du long cours, chose que j'ai acceptée. Je me suis donné environ un an pour voir si oui ou non ça me plairait. Et finalement, je me donne encore plusieurs années là-bas parce que je trouve que le le long court et surtout l'aspect en fait, de réhabilitation qui offre des possibilités de prise en soin qui sont beaucoup plus larges que...qu'auprès de... de patients en admission ou notamment ça avait tendance à laisser un petit goût d'inachevé. Sur l'accompagnement de façon générale, on est vraiment là pour leur proposer une prise en soin qui leur... qui leur permet de... de créer un... un vrai parcours de vie finalement entre eux. Leur objectif qu'ils vont avoir, nous, ce qu'on va pouvoir leur apporter. On a moyen... ben d'essayer de créer un petit chemin qui leur permet d'aller jusque-là.

ESI: Bah du coup, par rapport au long cours, qu'est-ce qui selon vous est différent dans la prise en soin au long cours par rapport à un autre service.

IDE 2: C'est ce que j'ai expliqué du coup, c'est cette possibilité d'accompagner le patient dans la création de son parcours de vie. C'est, des fois, moins évident parce qu'on a des patients qui ont plutôt certains aspects déficitaires, notamment du point de vue cognitif. Mais c'est d'autant plus riche. Le travail, par contre, et bah ça s'appelle du long cours aussi parce que le travail est long. On ne peut pas s'attendre en commençant un travail avec un patient à en récolter les fruits au bout de quelques jours. Il y a des fois entre le moment où on va amorcer quelque chose et le moment où il y aura des résultats... c'est long. On sera même peut-être plus dans les unités pour le voir, mais en attendant le... le résultat pour que le patient puisse atteindre son objectif, il sera là. Et c'est ça qui est aussi très, très riche.

ESI: Pour entrer dans le vif du sujet, est ce que vous avez déjà ? Enfin, est ce que tu as déjà été confronté à des situations dans ta pratique infirmière où la sexualité d'un patient était en jeu ?

IDE 2: Oui, à plusieurs reprises. Tu préfères que j'oriente ma réponse sur le long court ou ce que j'ai vu aussi en admission ?

ESI: Bah tout hein. Parce que de toute façon moi je traite vraiment de la sexualité en général. Après c'est vrai que mon mémoire est plus axé sur le long court parce que forcément on est avec des patients qui sont là depuis plus longtemps, donc possiblement des problématiques qui vont durer plus sur le long terme, mais après je sais que cette problématique, elle est partout

IDE 2: Mais voilà, c'est vrai qu'on n'appréhende pas les choses de la même façon. Je... je... Je vais prendre des exemples distincts. La sexualité à laquelle j'ai été confrontée, au niveau de par exemple... des admissions, c'était plus des contextes de... bah voilà une personne qui rentre avec une conjugopathie qui rencontre une personne dans les unités d'admission. Il y a une espèce "d'idylle amoureuse" qui va inclure de la sexualité et qui va se mettre en place. Bah comment on accompagne ça ? Quelle est notre place quand par exemple le mari de la dame vient ? Et puis bah nous on sait ce qui se passe dans l'unité. Sachant que c'est quand même un sujet qui crée toujours des désaccords dans les équipes. Il y a la partie de... j'ai ma patiente qui est borderline ou comment dire qui est bipolaire, qui est en phase haute avec une hypersexualité qui se met en danger sexuellement... Qui suis-je pour interdire à quelqu'un d'avoir une sexualité ? Mais dans mon travail, qu'est-ce que je dois faire pour l'accompagner dans cette sexualité-là ? Donc voilà, ça c'était plus les questions de l'admission sur le long court, les choses auxquelles j'ai pu être confrontée..... J'ai notamment deux

patients dans mon unité qui ont une “idylle amoureuse”, avec aussi toute une partie sur la sexualité des patients qui n’avaient jamais été confrontés à la sexualité auparavant. Donc il a fallu aborder... bah tous les... toute la sensibilisation à la sexualité, ce qui est de se protéger, etcetera.... Sauf que ça a découlé à un moment avec un des partenaires qui avait des comportements déviants vis-à-vis de l’autre partenaire donc il a fallu faire de l’éducation auprès des 2, savoir les orienter aussi auprès des bonnes instances parce que nous on gère le quotidien. Pour fluidifier la parole, des fois c’est bien d’avoir un... un autre espace pour pouvoir discuter, donc c’est... c’est super par rapport à ça. Sinon on a toute cette question, bah que moi je considère de l’ordre de l’intime, la question de la masturbation. Quand on a un patient qui nous dit bah voilà j’aimerais me masturber mais comment je fais ? On a... nos unités sont vieilles donc on a des chambres doubles par exemple. Bah comment on accompagne ça aussi un patient dans sa sexualité dans les chambres doubles ? Qu’est-ce qu’on nous laisse aussi comme possibilité de proposer aux patients ? Je reviens sur mes patients qui étaient en couple. Eh ben on les a accompagnés dans la rédaction d’un courrier pour qu’ils puissent aménager dans la même chambre malgré le fait qu’ils soient de sexe opposé pour qu’ils puissent aussi vivre... bah comme nous on pourrait vivre notre... notre sexualité, notre vie amoureuse en fait, et ça, c’était super intéressant.

ESI: Et au niveau de ces... de ces scénarios où la sexualité est mise en jeu, est-ce que tu penses que c’est plutôt quelque chose d’isolé ou c’est quelque chose quand même qui revient assez régulièrement ? Je parle à la fois des relations à 2 comme tu disais, mais des problématiques aussi avec des patients qui ont envie de, par exemple, de masturbation.

IDE 2 : Je... je pense, et là je n’engage que mon avis, que ce n’est pas quelque chose du tout d’isolé, mais c’est quelque chose de tabou. Donc c’est une information que les soignants ont d’emblée tendance à... à isoler, à... à rejeter. J’ai, moi, cette image de voilà, j’ai une collègue qui ne travaille pas souvent dans notre unité, qui est rentrée dans la chambre d’un patient et qui l’a vu se masturber et ça a été... “Oh là là là mais vous vous rendez compte, il se masturbe dans l’unité”. Non il ne se masturbe pas dans l’unité, il se masturbe dans son lieu... on est... on n’est pas un lieu de vie hein, mais il n’empêche que nos patients sont là au long cours, donc leur chambre; c’est leur espace, enfin leur... on entend leur chambre, c’est un peu comme leurs appartements, c’est leurs espaces personnels. Donc... donc pour moi c’est important de leur laisser aussi leur intimité. On est aussi face à des patients qui sont jeunes, qui ont vécu aussi des événements traumatiques, souvent d’ordre sexuel aussi. C’est important de leur parler de sexualité mais d’une sexualité positive, pour que eux aussi puissent se construire sur une sexualité positive et éviter qu’on soit dans des schémas reproducteurs de... bah “la seule sexualité que je connais c’est une sexualité qui est déviante du coup je reproduis une sexualité déviante sur autrui”. Mais ça, c’est hyper important mais je pense que ça reste un sujet. Enfin j’en suis même certaine hein, c’est un sujet qui reste quand même très très tabou, très fermé et c’est important du coup d’ouvrir la parole dessus, mais ca, c’est pas facile.

ESI: \*rire\* Tu as anticipé ma question qui était de savoir... bah enfin, vis-à-vis des professionnels de santé, vis-à-vis des patients, vis-à-vis de l'institution aussi... est-ce que la sexualité est tabou en psychiatrie ?

IDE 2: Complètement. Au-delà de la psychiatrie, je pense que déjà la sexualité est un sujet tabou dans notre société. C'est tabou en médecine générale..... et en psychiatrie, il y a toujours cette question de... je... je me permets de reprendre des phrases que j'ai déjà entendu, mais je suis pas en accord avec celle-ci : "non, mais ils sont fous quand même". Alors oui, nos patients ont une pathologie mentale. Mais qu'est-ce qui dit que.... quelle est la différence entre nos patients avec leur pathologie mentale et aussi leur déficience intellectuelle, et bah, Monsieur Madame tout le monde, quand il s'agit de sexualité, ils ont droit d'avoir des désirs. Après, il faut admettre que les traitements notamment ont un impact aussi sur la sexualité, il y a la baisse de libido, il y a... il y a tout ce qui va être bah les... les gênes hein que ça va occasionner je pense chez les hommes et c'est je pense d'autant plus important d'en parler parce que notamment chez les patients bipolaires, un des premiers... enfin, une des premières causes d'arrêt des thymorégulateurs, c'est l'impact sur la sexualité, et ce qu'on peut tout à fait entendre de quelqu'un qui avait une vie normale. Il se retrouve avec une pathologie mentale, un traitement, et ça l'empêche de retrouver une... une intimité avec son/sa partenaire. Donc il faut quelqu'un qui accompagne les patients là-dessus et il faut lever ce tabou et cette cloche qu'il y a dessus

ESI: Au niveau de... des droits des patients, est-ce que les patients peuvent avoir des pratiques sexuelles dans ton service, est-ce qu'il existe des protocoles particuliers ou des stratégies que vous avez pu réfléchir en équipe ?

IDE 2: Alors oui. Je vais par exemple prendre l'exemple de notre patient autiste qui avait tendance à se masturber dans les espaces publics, donc il y a eu tout un travail d'éducation. Lui, ce n'est même pas la question de la masturbation..... mais qu'il intègre que la chambre c'est de l'ordre de l'intime. C'est de faire rentrer dans son rituel que... bah si je rentre dans le rituel de la masturbation il inclut un espace spécifique et ça, ça a été très long. Par contre, on l'accompagne parce qu'il n'a pas du tout la notion des douleurs Et... bah par exemple, on... on lui met dans sa main de l'huile de soin. C'est lui qui va nous signifier, à sa façon, qu'il va aller se masturber et vient récupérer, auprès des soignants, de l'huile de soins. C'est une consigne qu'on se passe entre nous parce que sinon bah il y a un risque d'atteinte organique, il va se faire mal donc c'est hyper important. La sexualité aussi dans l'unité. Ben le... on a eu tout un protocole hein mis en place par exemple avec notre... nos patients qui étaient en couple. C'était que bah... oui, on vous accompagne si vous avez besoin, on encourage au préservatif si vous en avez besoin. Nous, on en met systématiquement à disposition. Les patients sont tous au fait que, s'ils

veulent des préservatifs, ils peuvent venir nous solliciter. On ne leur demandera jamais pourquoi. Ça, c'est clair. S'ils veulent qu'on en discute, il y a la place pour ça, s'ils veulent en discuter avec quelqu'un d'autre, ou alors si un patient aborde sa sexualité, mais que, en même temps, on sent qu'il est frileux avec nous, il y a du coup au service de médecine somatique à l'hôpital... une consultation maintenant sur la vie affective et sexuelle faite par une infirmière qui s'appelle \*\*\*\*\* et qui a un diplôme universitaire sur la sexualité.

ESI: Toi, en tenant compte de tes valeurs personnelles, de ton rapport à ce sujet, comment est-ce que tu te sens face à la sexualité des patients ?

IDE 2: Alors moi, je me sens très au clair là-dessus, ça c'est pas un souci. Je me sens aussi armée, notamment parce que j'ai envie de dire, je m'arme, je... je me... je me renseigne, je me questionne, j'ai aussi vers moi des outils qui sont (je pense) adaptés, pour m'adapter aussi au niveau cognitif de mes patients. J'ai notamment des livres, des choses comme ça pour essayer de leur expliquer. Je me sens un petit peu désarmée par l'institution, parce que finalement on... il y a des consignes à l'hôpital, hein... Il y a toute une réglementation quand même autour de la sexualité. Je ne l'ai plus en tête le texte... On a notamment une charte qu'on utilise, mais l'institution reste un petit peu sourde à nos questionnements, parce que s'ils s'engagent sur quelque chose, ils vont, voilà, ils ont peur de s'engager sur quelque chose. Encore une fois, c'est tabou quand on arrive en parlant de sexualité, on sent que c'est frileux. Il y a par contre un sujet où je me sens très vite désarmée et je pense que c'est aussi de façon un peu plus générale. C'est sur la... la... la question du genre, que moi j'axe aussi hein. Là c'est tout l'aspect de... de l'intime, de l'identité sexuelle où... où moi... on rentre en confrontation avec toute la partie administrative. Une personne qui arrive au bureau des entrées, fournit une carte d'identité ou c'est un homme et il s'identifie en tant que femme. Dans l'établissement, s'ils se retrouvent dans une unité où il y a que des chambres doubles, Bah il y a toujours le... le QUID de : administrativement, je suis censée la mettre dans une chambre homme, mais en même temps pour... pour lui, pour le... pour son respect de sa dignité, je... je ne peux pas faire ça, donc qu'est-ce qu'on fait ? Et il y a cette question-là vis-à-vis de l'institution. Je pense que je... je croise toutes mes réponses, je suis navrée mais c'est un sujet qui me... qui me désarme...

ESI: Ça arrive assez souvent la... les questions du genre ?!

IDE 2: Alors sur les unités d'admission, oui, oui, oui, hein. Et il y en a de plus en plus parce que les gens se questionnent de plus en plus, parce que c'est aussi un sujet qu'on aborde de plus en plus. Il y a la parole qui se libère. Mais c'est aussi un sujet, où j'ai envie de dire... la réponse est générationnelle dans le sens où j'ai certains de mes collègues pour qui la question du genre paraît, mais complètement absurde. Vraiment hein ! Voilà, ça leur paraît absurde et du coup ils ne comprennent pas où est le

problème et... et c'est aussi pour ça que nous on crée notre parcours où on va notamment proposer aux... aux soignants qui des fois aussi bah... se sentent désarmés sur bah... c'est quoi tous ces genres en fait ? À quoi ça correspond ? L'institution a du mal à répondre à cette problématique. Eh bien nous, on trouve un moyen de le faire. Parce que c'est notre rôle aussi en tant que professionnels de santé.

ESI: Tu dirais quand même que toi, en tant qu'infirmière, tu es plutôt à l'aise pour accompagner les patients à ce niveau-là ?

IDE 2: Moi oui ouais personnellement mais je sais que pour les soignants... pas à l'unanimité quoi... Voilà, c'est ça. C'est que, moi, je peux engager ma parole sans souci et te dire que oui... un patient... enfin le nombre de fois où j'ai des...d'ailleurs, c'est souvent à moi du coup "qu'on refile le bébé", quand on vient nous poser des questions sur la sexualité. Mais le nombre de fois où on est venu me dire, les patients: "Ah bah\*\*\*\*\*,\*\*\*\*\* (prénom de la soignante), il voulait mettre son préservatif, bah il voulait mettre son préservatif mais on n'a pas réussi. Est-ce que tu peux venir nous aider ?". Alors non je ne vais pas vous aider. Par contre on va reprendre, je vais vous réexpliquer, mais non, je ne viendrai pas mettre le préservatif. Il y a quand même... savoir mettre la notion de la limite, de la bonne distance avec les patients.

ESI: Est ce que tu penses que considérer la sexualité d'un patient ça peut favoriser la relation soignant soigné ?

IDE 2: Bien sûr, bien sûr. Parce qu'encore une fois, la sexualité c'est un sujet tabou. Et si sur un sujet qui peut paraître aussi tabou, le patient se sent en confiance pour en parler, ça veut dire qu'il pourrait aussi être en confiance pour parler d'autre chose. C'est... ça favorise, je pense, la libération de la parole après, sur d'autres sujets. Et puis, la sexualité rentre quand même dans quelque chose qui est de l'ordre de l'intime. Si un patient accepte de nous parler, de nous ouvrir aussi un petit peu son intimité, c'est que finalement, il y a aussi une relation de confiance qui... qui se met en place.

ESI: Est-ce que tu penses que ça peut aussi avoir un impact sur l'adhérence aux soins et l'observation vis-à-vis par exemple, des traitements ? Parce que comme on disait tout à l'heure avec les effets indésirables des neuroleptiques, choses comme ça... est ce que tu penses qu'en parler et enfin enlever un petit peu ce tabou sur la sexualité, est-ce que tu penses que ça peut augmenter l'adhérence aux soins ?

IDE 2: Je... je pense. Euh... par exemple, un patient qui vient en consultation dans... dans son CMP, bah... voilà il dit "bah voilà, je suis sortie, je prends mon traitement, mais là Ben je réfléchis à l'arrêter parce que j'arrive pas à reprendre ma vie conjugale". Ben en fait, c'est aussi à nous de l'entendre ça,

de... de pouvoir se dire : OK, c'est compliqué pour lui, qu'est-ce que je fais pour l'accompagner ? Est-ce que bah... peut-être que le parcours va être plus long, mais on peut pas réfléchir à une autre molécule qui va peut-être plus lui correspondre. C'est hyper important qu'on puisse accueillir ces questions-là pour bah... pour pouvoir favoriser l'adhésion au soin. Ça reste quand même un gros facteur d'arrêt de traitement, donc si on veut que les patients se soignent, il faut qu'on prenne en compte les problématiques qu'ils rencontrent avec leur traitement. Et pour pouvoir ensuite enfin trouver la bonne... la bonne solution pour eux. Et attention, il y a des...il y a des patients qui vont arrêter leur traitement et ça se passera très bien, mais ce n'est pas toujours le cas. Si on veut éviter qu'on fasse des effets à yoyo etcetera, bah... il faut l'entendre, peu importe la problématique.

ESI: Est-ce que du coup, comme tu disais, est-ce que tu utilises des moyens, des outils pour faire de l'accompagnement à la sexualité ?

IDE 2: Oui. Alors moi je suis la génération des réseaux sociaux. Donc il y a un compte que j'aime beaucoup qui s'appelle "orgasme et moi" qui est tenu par Charline. Charline qui est... qui est sexologue, et qui a notamment sorti... Enfin créer plusieurs livres avec une... plusieurs propositions pour aborder la sexualité auprès de différentes tranches d'âge. Pourquoi moi je m'en sers ? C'est parce qu'on a beaucoup de patients qui sont déficitaires et qui, malgré leur âge, ont une capacité cognitive qui est bien inférieure. Donc avoir des outils supports comme ça c'est hyper important.

Je me sers aussi... bah du coup, enfin je me sers... Je... Je sollicite notre collègue, Charlotte (IDE spécialisée en sexualité au CHGR), qui est quand même formée à ça. C'est son travail, sur tout ce qui va être de l'ordre de la sexualité plutôt déviante. Comment on accompagne aussi ces... ces personnes-là, hein ? Eh Ben on va solliciter des organismes extérieurs. Il y a notamment le CRAVS, tu veux l'acronyme ?

ESI: Oui, je veux bien

IDE 2: C- R-A-V-S. J'étais en formation avec eux, c'est pour ça, c'était incroyable. Voilà, on... On a plein d'organismes. Va y avoir aussi du travail avec les psychologues. Disons qu'il faut réussir à les solliciter, tous les outils, les aides qu'on a à notre disposition... Y a les médecins, il y a les gynécologues, les sage-femmes, surtout l'aspect aussi contraceptif, encourager les messieurs à aller voir un urologue, ça c'est pas facile parce qu'autant les femmes sont sensibilisées au fait d'aller voir des gynécologues, des sage-femmes... autant les messieurs sur les... toute la partie suivi de leur bah... un petit peu aussi de... de leur corps et de leur sexualité, c'est très très compliqué. Donc encourager et... mais ne jamais forcer un patient qui est réfractaire à avoir un accompagnement sur ces sexualités. Il y a les façons frontales, ça n'aura jamais aucun bénéfice et au contraire, ça aura toujours un impact négatif, notamment je pense, sur les patients qui ont une sexualité qui est déviante. Passer notre temps

à les incriminer et à leur dire c'est mal, vous êtes le méchant, etcetera, ça ne les aidera pas à prendre conscience qu'il y a une problématique, vu qu'on va créer un rapport de... de force et d'opposition.

ESI: Est-ce que tu fais face à des barrières ou des défis spécifiques en tant qu'infirmière quand il s'agit d'aborder la question de la sexualité avec des patients ?

IDE 2: À mes collègues, mine de rien, des fois ça peut être aussi une barrière. Aux croyances des collègues sur... sur cette notion-là. Aux appréhensions des collègues et il y a aussi une grosse barrière...

Il y a la... la question de la religion ou de la croyance aussi du patient de façon générale. C'est... c'est quelque chose que j'ai eu beaucoup, notamment en admission, que des... des femmes qui venaient juste d'accoucher qui se mettaient en danger sexuellement sur incitation de leurs maris, c'était... c'était très, très complexe. Il y a une méconnaissance de la sexualité suivant les... les... les croyances suivant les cultures car c'est aussi quelque chose de culturel. Et... et je crois que ça c'est... c'est un des freins majeurs que j'ai pu rencontrer.

Je n'ai jamais eu de problème avec l'institution sur l'accompagnement des patients à la sexualité, bien au contraire donc... donc voilà. Je dirais surtout les... les croyances du patient. L'absence d'éducation aussi, nos patients sont des... surtout sur le long cours, bah il y a leur histoire de vie quand ils ont été abusés, il faut quand même déconstruire tout ça pour réussir à reconstruire autre chose. Mais c'est souvent des patients qui sont pris en soins au long cours et ils n'ont pas eu toute la partie sensibilisation à la sexualité que bah... nous on peut avoir eu à l'école et... et... et cette carence éducative elle est... bah elle est hyper importante. Eux ont construit des choses qui sont complètement biaisées en fait et il faut déconstruire ça. Et ça c'est pas facile.

ESI: Aujourd'hui, de quoi est-ce que tu aurais besoin pour te sentir encore plus à l'aise avec la sexualité des patients quand tu fais de l'accompagnement à l'hôpital ?

IDE 2: D'outils ! C'est pour ça que je les crée. \*rire\*. Je suis un petit peu, comment... je suis un petit peu frontal là-dessus, mais en fait, il y a un moment, moi, je ne dispose pas d'outils suffisants pour accompagner mes patients. Je ne dispose pas des outils pédagogiques suffisants, de ressources suffisantes et de connaissances. Et là-dessus, moi, ma réponse à ça, c'est d'aller... d'aller les créer, d'aller les chercher parce que sur l'aspect national, déjà, la politique sur la sexualité est assez particulière. Mais il y a beaucoup de choses qui existent sur l'accompagnement et la sexualité de pour la jeunesse, mais très peu au-delà des 18 ans. Donc il faut réussir à se renseigner, à croiser toutes les données, toutes les informations pour réussir à créer par soi-même. Mais j'ai... j'ai rien à disposition dans mon unité..... C'est-à-dire que si je veux faire de l'accompagnement, ça va être à moi d'aller

chercher. Et ça veut dire qu'il faut avoir l'envie de le faire et ça c'est très très compliqué. Donc, il faut créer les outils.

ESI: En terme, par exemple, je parle de matériel pour par exemple des femmes qui veulent par exemple se masturber ou des hommes pour pas qu'ils/elles se mettent en danger. Est-ce qu'il y a la possibilité d'avoir des jouets sexuels ou ce genre de choses ?

IDE 2: Alors nous, on n'a pas eu la situation. Donc je sais que dans l'unité à côté de la mienne, ils ont accompagné une patiente dans sa sexualité en... notamment... notamment en lui achetant, comment dire, un... un Sextoy. Mais nous, on n'a jamais été confronté à ça. Enfin moi, dans mon parcours en tant que soignante, je n'ai jamais été confrontée à ça. Mais je pense que c'est quelque chose qui est possible... par contre, ça nécessite aussi une... une ouverture d'esprit. Je sais pas, moi des mandataires... judiciaires. Quand on doit appeler un tuteur pour lui dire "Bonjour, il nous faudrait 80€ pour aller acheter un Sextoy à un patient", Je pense que souvent, ça doit les interpeller. C'est pas quelque chose de courant, mais on est pas beaucoup accompagné à ça et encore une fois, il y a beaucoup de freins là-dessus. Dans dans l'unité d'à côté, quand ils ont mis ça en place, moi dans la mienne, ça a fait du bruit. C'était bruyant. Le nombre de personnes qui étaient "quoi ? Un Sextoy à l'hôpital ?". C'est compliqué. Actuellement, je mets à disposition des patients des huiles de soin, du gel intime, des choses comme ça, mais y' a pas grand-chose de plus à proposer à mes patients.

ESI: Est-ce que toi tu aurais des idées, des suggestions pour améliorer la prise en charge de la sexualité des patients, renforcer l'alliance thérapeutique dans le contexte du coup psychiatrique.

IDE 2: Ben oui, moi j'ai du coup le le projet Sek'SO. Ça s'écrit S-E-K, apostrophe S-O, ça signifie sexualité, kesako, solutions en breton. C'est du coup un projet de parcours sur la sexualité où, notamment, on va inclure tout un projet d'éducation thérapeutique sur la sexualité, la vie intime et affective. On va aussi y mettre toute une partie conférence, animation ...à destination des professionnels de santé pour qu'ils puissent aussi s'orienter, s'informer s'ils le souhaitent, avec intervenant extérieur, ciné-débat ..... ce n'est pas encore tout à fait formalisé. On va aussi mettre en place un annuaire, en fait un annuaire avec des personnes ressources, tous les organismes ressources qu'on connaît et que l'on mettra à disposition des professionnels de santé mais aussi des patients. Et après, il y aura une 4e partie qui va être une outil technique, c'est à dire mise à disposition d'outils qui sont adaptés pour parler sexualité aux patients. Par exemple, c'est très bien de parler contraception mais la patiente peut ne pas bien visualiser ...Bah si tu as jamais vu un stérilet ça peut faire très peur..... finalement quand tu le vois tu te dis mais ça va ou pas. Mais cet outil tech c'est des fiches techniques sur bah tiens j'ai tel sujet que je rencontre comment je fais ? Quel support pédagogique je peux utiliser ? Donc l'ensemble de ce projet sera à destination de l'ensemble de l'hôpital. Le projet a

été validé par la direction. Donc ça veut aussi dire quand même que la direction est favorable à ce que la sexualité soit un sujet qui soit abordé, déployé sur le plan.

ESI: Et du coup pour finir, est-ce que tu penses que ces questionnements vis-à-vis des besoins intimes et sexuels des patients ? Est-ce que tu penses que ça concerne uniquement le long cours en psychiatrie ?

IDE 2:

Absolument pas. Non, non, absolument pas. Je pense que c'est quelque chose qui doit être abordé dans les CMP qui doit être abordé dans...partout en fait. Enfin je pense aussi à la gérontopsy, c'est un peu les grands oubliés, souvent déjà toutes les personnes qui correspondent plus à la on va dire à la classe des personnes âgées, c'est déjà les grands oubliés de la sexualité. Mais alors on s'imagine que la toute la partie de la géronto c'est encore pire. Mais alors la gérontopsy ça doit être enfin c'est catastrophique. Et c'est d'ailleurs les collègues de géronto , qui sur le projet SEK'SO, nous sollicitent le plus, qu'ils nous disent "dès que le projet existe, donnez-le nous". Et ça, c'est un peu la surprise du projet d'ailleurs.

Je pense aussi que la sexualité, ça ne doit pas être tabou, même en pédopsychiatrie. À partir du moment où on ouvre la discussion et qu'on aborde, je n'ai pas envie d'utiliser le mot normal mais..... si je vais l'utiliser même si ce n'est pas le bon mot..... mais une sexualité normale, tout ce qui va être comportement déviant autour de la sexualité. Déjà on va essayer je pense, ça va permettre de limiter ce qu'il soit fait, mais ça va aussi peut-être permettre de faire prendre conscience à certaines personnes que bah tiens, ce qui se passe dans ma vie n'est peut-être pas normal et du coup permet une libération de la parole. Puis, mine de rien, le sujet de la sexualité au sens large, c'est aussi un bon moyen pour les patients avec qui on va pouvoir travailler sur l'estime de soi. Quelqu'un qui se sent bien dans son corps au sens large, ça va le renforcer aussi l'image qu'il a lui-même. Je trouve ça d'ailleurs génial de voir qu'il y a une étudiante qui fait son sujet de mémoire là-dessus. Enfin moi quand \*\*\*\*\* (prénom de sa cadre), m'a dit ça j'étais: OK, complètement dingue.

ESI: Est-ce que du coup tu as quelque chose à rajouter vis-à-vis de ce sujet ?

IDE 2: Non, je pense pas. J'ai foie en l'avenir

ESI: \*rire\*. Moi aussi. Sinon je ne ferais pas mon mémoire là-dessus !

IDE 2: Donc non, il y a des choses qui se profilent et qui sont plutôt intéressantes.

ESI: Merci infiniment de tes réponses

#### V.4 Les tableaux d'analyses

##### IDE 1

##### IDE 2

#### A- Les spécificités des unités de long cours en psychiatrie

| Les spécificités des unités de long cours en psychiatrie |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| Concernant les patients accueillis                       | Patients déficitaires              | <p><i>“des patients qui ont plutôt certains aspects déficitaires notamment sur le point de vu cognitif”</i></p> <p><i>“nos patients avec leurs pathologies mentales et aussi leurs déficiences intellectuelles”.</i></p> <p><i>“C’est parce qu’on a beaucoup de patients qui sont déficitaires et qui, malgré leur âge, ont une capacité cognitive qui est bien inférieure”.</i></p>   |
|  | Parcours institutionnel conséquent | <p><b>“ c’est souvent des patients qui ont un parcours institutionnel déjà très conséquent”</b></p> <p><b>“ ils ont un parcours institutionnel très important”</b></p> <p><b>“ont pu passer par la pédopsychiatrie, les IME”</b></p> <p><b>“ la plupart de nos patients n’ont pas eu d’activité professionnelle mais que des parcours institutionnels”</b></p> <p><b>“ le différence elle se fait là, en terme de parcours”</b></p> <p><b>“ils sont là depuis plusieurs années pour la plupart”</b></p>  |
| Concernant l'activité des soignants                      | Accompagnement sur le long terme   | <p><b>“ la grosse différence elle se fait là , en terme d’accompagnement”</b></p> <p><b>“c’est des gens qu’on côtoie toute l’année”</b></p> <p><b>“on les connaît, on les accompagne pour leurs soins d’hygiène, pour leurs rendez-vous médicaux, quand ils ont des problèmes somatiques, quand il y a des moins bien au niveau psychiatrique”</b></p> <p><b>“on les voit très longtemps par rapport à de l’admission”</b></p> <p><i>“ la réhabilitation qui offre des possibilités de prise en soin qui sont beaucoup plus larges”</i></p> <p><i>“sur l’accompagnement de façon générale, on est vraiment là pour leur proposer une prise en soin qui leur permet de créer un vrai parcours de vie”</i></p> |

|                                     |                          |  |
|-------------------------------------|--------------------------|--|
|                                     |                          | <p><i>“accompagner le patient dans la création de son parcours de vie”</i></p> <p><i>“ca s’appelle du long cours, parce que le travail est long”</i></p> <p><i>“on ne peut pas s’attendre en commençant le travail avec un patient à en récolter les fruits au bout de quelques jours”</i></p> <p><i>“Il y a des fois entre le moment où on va amorcer quelque chose et le moment où il y aura les résultats....c’est long”</i></p> <p><i>“on sera peut être même plus dans les unités pour le voir”</i></p>   |
|                                     | Relation soignant-soigné | <p><b>“ on a pas les mêmes distances qu’un service d’admission”</b></p> <p><b>“le tutoiement est facilement plus utilisé”</b></p> <p><b>“ pour la plupart même des fois, on est les seules personnes qu’ils connaissent parce que certains n’ont plus de famille”</b></p> <p><b>“il y a une relation qui se crée”</b></p> <p><b>“une complicité qui n’est pas la même que dans un service d’admission”</b></p> <p><b>“ on a un positionnement qui est différent”</b></p> <p><b>“c’est un public que je connais bien, et la façon dont on doit interagir avec eux”</b></p> <p><i>“on gère le quotidien”</i></p> <p><i>“on appréhende pas les choses de la même façon”</i></p> |
| Concernant le type de service/soins | Lieu de vie              | <p><b>“ on est un lieu de soins pour la forme mais dans le fond, on est quand même un lieu de vie”</b></p> <p><b>“ On est aussi un lieu de vie pour les personnes chroniques et pas qu’un lieu d’hospitalisation”</b></p> <p><b>“on est un lieu de vie, on est un service de chronique au long cours”</b></p> <p><b>“le service c’est un service de long cours”</b></p> <p><i>“on est pas un lieu de vie hein, mais il n’empêche que nos patient sont mis à long cours dans leur appartement, c’est leur espace, enfin leur.... on entend leur chambre, c’est un peu comme leur appartement ,c’est leur espace personnel.”</i></p>   |

B- La sexualité à l'hôpital psychiatrique

|   |  |   |
|---|--|---|
| La sexualité à l'hôpital psychiatrique  |  |   |
| La prévalence des situations            | Situations complexes                           | <p><b>“j’ai été confronté en 15 ans de métier à plusieurs situations diverses et variées.”</b></p> <p><b>“ça arrive que certaines situations soient complexes”</b></p> <p><b>“oui, la sexualité en institution, elle est. c’est un équilibre qui est très précaire”</b></p>   |
|   | Des situations bien présentes mais dissimulées | <p><i>“je pense, et là je n’engage que mon avis, que ce n’est pas quelque chose du tout d’isolé”</i></p> <p><b>“ça reste encore des événements assez isolés”.</b></p> <p><b>“maintenant ca reste des événements isolés”</b></p> <p><b>“Mais effectivement c'est pas un des sujets qui revient tous les quatres matins, clairement”.</b></p>   |
| Le tabou de la sexualité en institution | Un tabou encore bien présent ....              | <p><b>“elle est taboue à l'hôpital”</b></p> <p><b>“le sujet est tabou”</b></p> <p><b>“.... mais on a encore un bout de chemin à faire”</b></p> <p><b>“Il y a encore des choses qui se font de façon très tabou”</b></p> <p><b>“.... les assistantes sexuelles ne sont pas encore arrivées dans les hôpitaux mais la question pourrait se poser clairement, peut être que c'est plus simple pour une personne de faire appel à une assistante sexuelle que d'aller voir des prostituées”.</b></p> <p><i>“.... mais c’est quelque chose de tabou”</i></p> <p><i>“Je pense que ça reste un sujet.... enfin j'en suis même certaine, c'est un sujet qui reste quand même très très tabou, très fermé”</i></p> <p><i>“Complètement” (à la question: Est ce que la sexualité est taboue en psychiatrie ?)</i></p> <p><i>“Au-delà de la psychiatrie, je pense que c'est la sexualité.... c'est un sujet qui est tabou dans notre société”.</i></p> <p><i>“....c'est tabou en médecine générale et en psychiatrie”</i></p> <p><i>“Donc il faut qu'on accompagne les patients là-dessus et il faut lever ce tabou et cette cloches qu'il y a dessus” .</i></p> <p><i>“Encore une fois, c’est tabou.”</i></p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p><i>“...la sexualité est un sujet qui est tabou”.</i></p> <p><i>“ Et si sur un sujet qui peut paraître aussi tabou...”</i></p>   |
|  | <p>Mais une évolution tout de même considérable</p>           | <p><b>“ elle est moins, elle l’est moins”</b></p> <p><b>“ il y a 15 ans quand j’ai commencé, la sexualité c’était : on en parle pas”</b></p> <p><b>“on est de mieux en mieux, on est de plus en plus sensible à cette question de la sexualité”</b></p> <p><b>(achat d’un sextoys) “il y a 15 ans, c’était inimaginable parce que probablement une question de génération, de mentalité”</b></p> <p><b>“donc ça s’ouvre mais ça reste encore....c’est à la sensibilité de chacun”</b></p> <p><b>“ça évolue”</b></p> <p><b>“ça évolue”</b></p> <p><b>“encore ça évolue”</b></p> <p><b>“mais ça avance, ça avance, ça avance .... peut être pas assez vite pour moi mais c’est beaucoup moins fermé”</b></p> <p><i>“mais j’ai foi en l’avenir”</i></p> <p><i>“il y a des choses qui se profilent et qui sont plutôt intéressantes”</i></p>   |
| <p>Le droit des patients en matière de sexualité</p> | <p>Droit à l’intimité et à la sexualité de chaque patient</p> | <p><b>“Quel droit on a d’empêcher en fait ? on est soignant”</b></p> <p><b>“ En quoi nous soignants, on peut empêcher une autre personne d’avoir recours à des pratiques sexuelles seul ou à plusieurs ?”</b></p> <p><b>“mais en soi qui sommes nous ?”</b></p> <p><b>“on a pas ce pouvoir là en soi de dire complètement non s’il y a pas de contre-indications”</b></p> <p><b>“En tant que soignant si les deux sont d’accord, sont consentants, on ne peut pas s’opposer .”</b></p> <p><i>“Qui suis-je pour interdire à quelqu’un d’avoir une sexualité ?”</i></p> <p><i>“Alors oui, nos patients ont une pathologie mentale mais quelle est la différence entre nos patients et Monsieur Madame tout le monde quand il s’agit de sexualité ? “</i></p> <p><i>“Ils ont le droit d’avoir des désirs”.</i></p> <p><i>“La sexualité aussi dans l’unité....on a eu tout un protocole mis en place par exemple avec nos patients qui étaient en couple”.</i></p> <p><i>“Il y a des consignes à l’hôpital, il y a toute une réglementation quand même autour de la sexualité, on a notamment une charte qu’on utilise”.</i></p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>Certaines limites afin de garantir la liberté et la sécurité de tous”</p> | <p><b>“À l'hôpital, on reste à l'hôpital, donc il est hors de question que deux patients s'installent ensemble”</b></p> <p><b>“tu peux te masturber, c'est pas un souci, mais à condition que tu fasses ça et ça.”</b></p> <p><b>“en travaillant, on peut mettre un environnement”</b></p> |
|--|--|--|

C-Positionnement infirmier vis-à-vis de la sexualité des patients

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>Positionnement et missions de l'IDE vis à vis de la sexualité des patients</p>         |   |   |
| <p>Ouverture soignante sur la considération de la sexualité dans le parcours de soins</p> | <p>Aisance de certains soignants à aborder la sexualité</p> | <p><b>“ Je suis très à l'aise avec ça”</b></p> <p><b>“ je pense que mon expérience soignante de 15 ans et mon parcours professionnel aussi m'aident énormément”</b></p> <p><b>“Donc moi je n'ai aucune difficulté à devoir échanger avec les patients et les patientes sur ce sujet là”</b></p> <p><b>“ah oui, oui complètement oui”</b> (à la question: Etes vous à l'aise lorsqu'il s'agit d'accompagner les patients dans leur sexualité?)</p> <p><i>“Alors moi, je me sens très au clair là dessus, ça c'est pas un souci. Je me sens aussi armé notamment parce que j'ai envie de dire: je m'arme, je me renseigne, je me questionne” .</i></p> <p><i>“Moi oui ouais personnellement”</i> (à la question: Êtes vous à l'aise lorsqu'il s'agit d'accompagner les patients dans leur sexualité?)</p> <p>(concernant l'achat du sextoys): <i>“...c'est quelque chose qui est possible, par contre, ça nécessite une ouverture d'esprit”</i></p> |
|   | <p>Appréhension de certains soignants</p>                   | <p><b>“ Moi en soi ça ne me dérangeait pas, les collègues un peu plus.”</b></p> <p><b>“ Dans la sensibilité, la sensibilité qui est propre à chaque soignant. Il y en a qui sont à l'aise avec ce sujet là d'autres beaucoup moins”.</b></p> <p><i>“.....mais je sais que pour les soignants... pas à l'unanimité quoi... Voilà, c'est ça. C'est que, moi, je peux engager ma parole sans souci et te dire que oui... un patient... enfin le nombre de fois où j'ai des....d'ailleurs, c'est souvent à moi du coup “qu'on refile le bébé”, quand on vient nous poser des questions sur la sexualité”.</i></p> <p>(concernant l'achat d'un sextoys): <i>“.....dans l'unité d'à côté quand ils ont mis ça en place moi dans la mienne, ça a fait du bruit, c'était bruyant” .</i></p>   |

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
|                                      |  | <p>“Le nombre de personnes qui étaient “quoi ? Un Sextoy à l’hôpital ?”.</p>  |
| Des compétences infirmières requises | Le non-jugement  | <p><b>“ on part du principe qu’il ne faut pas juger les patients”</b></p> <p>“.....notamment je pense, sur les patients qui ont une sexualité qui est déviante. Passer notre temps à les incriminer et à leur dire c’est mal, vous êtes le méchant, etcetera, ça ne les aidera pas à prendre conscience qu’il y a une problématique, vu qu’on va créer un rapport de... de force et d’opposition”.</p>  |
|                                      | La juste -distance   | <p>“Donc ...pour moi c'est important de leur laisser aussi leur intimité” .</p> <p>“On ne leur demandera jamais pourquoi” (mise à disposition de préservatif dans le service)</p> <p>“...ah bah**** (Prénom de la soignante): il voulait mettre son préservatif mais on n'a pas réussi. Est-ce que tu peux venir nous aider ? . Alors non je ne vais pas vous aider”</p> <p>“...je ne viendrai pas mettre le préservatif. Il y a quand même... savoir mettre la notion de la limite, de la bonne distance avec les patients”.</p>   |
|                                      | Une grande vigilance   | <p><b>“les équipes sont présentes”</b></p> <p><b>“à surveiller quand même et observer les rapprochements éventuels”</b></p> <p><b>“donc on fait attention à ça, qu’il n’y a pas de patient ou de patiente qui soit exposé à une personne qui pourrait profiter d'elle”</b></p> <p><b>“donc ça on le surveille”</b></p> <p><b>“mais parfois on peut pas être 24 sur 24 derrière eux”</b></p> <p><b>“pour une relation à deux là on fait très attention encore que ce soit sur des services de chronique ou en admission parce qu'on en revient sur cette question de vulnérabilité .”</b></p> <p><b>“la pareil, faut faire très attention”</b></p> |
| Les stratégies d’accompagnement      | Mise en place de stratégies pour améliorer la sexualité de certains patients et garantir leur sécurité | <p><b>“ On a une jeune patiente qui a des besoins d'une jeune fille de 20 ans, qui a des envies et qui au lieu de devoir utiliser divers objets où elle pourrait se mettre en danger, on a fait l’achat d’un sextoy”</b></p> <p>“il n'a pas du tout la notion de douleur et bah par exemple, on lui met dans sa main de l'huile de soin. C'est une conscience qu'on se passe entre nous parce que sinon il y a un risque d'atteinte organique, il va se faire mal”</p>  |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | <p><i>“Nous, on en met systématiquement à disposition. Les patients sont tout à fait au courant que s'ils veulent des préservatifs, ils peuvent venir nous solliciter” .</i></p> <p><i>“Je sais que dans l'unité à côté de la mienne, ils ont accompagné une patiente dans sa sexualité, en lui achetant un sextoys”</i></p> <p><i>“Actuellement, je mets à disposition des patients des huiles de soin, du gel intime, des choses comme ça, mais y' a pas grand-chose de plus à proposer à mes patients”</i></p>  |
| <p>Rôle éducatif</p> | <p><b>“On a plus un rôle d'éducation”</b></p> <p><b>“J'avais un patient qui aimait bien se masturber. Il avait tendance à laisser sa fenêtre ouverte qui donnait un peu visible . Donc on a travaillé sur le fait de fermer son volet , donc un travail d'éducation” .</b></p> <p><b>“...plus les guider sur ce qui peut être fait: conseiller des préservatifs.... un travail d'éducation”</b></p> <p><b>“Un rôle d'aide dans les bonnes pratiques”.</b></p> <p><b>“...et donc pour les bonnes pratiques d'avoir un rapport sexuel, il faut faire l'éducation avec eux”</b></p> <p><b>“ il faut accompagner, c'est notre rôle”</b></p> <p><b>“Donc c'est un travail d'éducation, toujours ouais, toujours ce travail d'éducation qui revient”.</b></p> <p><b>“... faut leur expliquer que la vraie vie n'est pas comme ça, que pour faire des rapports sexuels faut aussi des sentiments, un consentement”</b></p> <p><i>“J'ai notamment deux patients dans mon unité qui ont une idylle amoureuse, avec aussi toute la partie sur la sexualité des patients qui n'avaient jamais été confrontés à la sexualité”</i></p> <p><i>“Donc il a fallu aborder toute la sensibilisation à la sexualité, ce qui est de se protéger....”</i></p> <p><i>“Il a fallu faire de l'éducation auprès des deux”</i></p> <p><i>“Je vais prendre l'exemple de votre patient autiste qui avait tendance à se masturber dans les espaces publics donc il y a eu tout un travail d'éducation”.</i></p> <p><i>“...qu'il intègre que la chambre: c'est de l'ordre de l'intime” . *</i></p> <p><i>“...c'est de faire rentrer dans son rituel que...bah si je rentre dans un rituel de masturbation, cela inclut un espace spécifique”.</i></p> <p><i>“...on vous accompagne si vous avez besoin, on encourage au préservatif si vous en avez besoin”.</i></p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>“...on va reprendre, je vais vous réexpliquer”.</p>   |
| Des discussions informelles                           | <p><b>“J’ai jamais vu encore d’ateliers formalisés”</b></p> <p><b>“Parce qu’ils ne veulent pas en parler forcément en groupe, donc un travail de groupe comme ça , ça me semble impossible à l’heure actuelle”.</b></p> <p><b>“ça doit être de l’individuel en un pour un”.</b></p> <p><b>“On n’en parle plus au moment des soins d’hygiène, en disant tiens elle me plait ou je voudrais bien...”</b></p> <p><b>“ Il y a pas encore de chose qui sont vraiment formalisées”</b></p> <p>“Si ils veulent qu’on en discute, il y a de la place pour ça, si ils veulent en discuter avec quelqu’un d’autre aussi”.</p>                                |
| Orienter les patients                                 | <p>“.....savoir les orienter aussi auprès des bonnes instances”.</p> <p>“... si un patient aborde sa sexualité, mais que, en même temps, on sent qu’il est frileux, il y a du coup au service de médecine somatique de l’hôpital , une consultation sur la vie affective et sexuelle faite par une infirmière qui a un diplôme universitaire sur la sexualité”.</p>  |
| Accompagnement dans les démarches                     | <p>“Je reviens sur mes patients qui étaient en couple et bien on les a accompagnés dans la rédaction d’un courrier pour qu’ils puissent aménager dans la même chambre malgré le fait qu’ils soient de sexe opposé”</p>   |
| Aborder une sexualité positive                        | <p>“C’est important de leur parler de sexualité mais d’une sexualité positive, pour que eux , puissent se construire sur une sexualité positive” .</p> <p>“...éviter qu’on soit dans des schémas reproducteurs de: La seule sexualité que je connais c’est une sexualité déviante, du coup je reproduis une sexualité déviante sur autrui.”</p> <p>“ ....et c’est important du coup d’ouvrir la parole là dessus mais ça c’est pas facile”.</p>  |
| Création et utilisation d’outils adaptés aux patients | <p>“J’ai aussi vers moi des outils, qui sont (je pense) adaptés, pour m’adapter aussi au niveau cognitif de mes patients. J’ai notamment des livres, des choses comme ça pour essayer de leur expliquer”.</p> <p>“...je suis la génération des réseaux sociaux.Donc il y a un compte que j’aime beaucoup qui s’appelle “orgasme et moi” qui est tenu par Charline. Charline qui est... qui est sexologue, et qui a notamment sorti... Enfin créer plusieurs livres avec une... plusieurs propositions pour aborder la sexualité auprès de différentes tranches d’âge”.</p> <p>“Donc avoir des outils supports comme ça c’est hyper important”.</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | <p><i>“Disons qu’il faut réussir à les solliciter, tous les outils, les aides qu’on a à notre disposition...”</i></p> <p><i>“Moi, ma réponse à ça, c’est d’aller... d’aller les créer, d’aller les chercher”</i></p> <p><i>“Mais il y a beaucoup de choses qui existent sur l’accompagnement et la sexualité de pour la jeunesse, mais très peu au-delà des 18 ans. Donc il faut réussir à se renseigner, à croiser toutes les données, toutes les informations pour réussir à créer par soi-même”.</i></p> <p><i>“Donc, il faut créer les outils”.</i></p>  |
|   | <p>Travailler en pluriprofessionnalité</p>     | <p><b>“nécessite un travail d’équipe”</b></p> <p><i>“...on va solliciter des organismes extérieurs. Il y a notamment le CRAVS”</i></p> <p><i>“Je sollicite notre collègue, Charlotte (IDE spécialisée en sexualité au CHGR), qui est quand même formée à ça. C’est son travail, sur tout ce qui va être de l’ordre de la sexualité plutôt déviante”</i></p> <p><i>“...va y avoir aussi du travail avec les psychologues”</i></p> <p><i>“Y a les médecins, il y a les gynécologues, les sage-femmes, surtout l’aspect aussi contraceptif”</i></p> <p><i>“...encourager les messieurs à aller voir un urologue, ça c’est pas facile parce qu’autant les femmes sont sensibilisées au fait d’aller voir des gynécologues, des sage-femmes... autant les messieurs sur les... toute la partie suivi de leur bah... un petit peu aussi de... de leur corps et de leur sexualité, c’est très très compliqué”</i></p> |
|   | <p>Encourager mais pas forcer</p>              | <p><i>“Donc encourager et... mais ne jamais forcer un patient qui est réfractaire à avoir un accompagnement sur ces sexualités”</i></p> <p><i>“ y aller de façon frontale, ça n’aura jamais aucun bénéfice et au contraire, ça aura toujours un impact négatif”.</i></p>   |
| <p>Les limites de l’accompagnements</p> | <p>Concernant la sensibilité des soignants</p> | <p><b>“Parce que je pense qu’il faut pouvoir évoquer tous les sujets, toutes les pratiques” (achat du sextoys) “.....je sais que quand on l’avait acheté beaucoup n’étaient pas d’accord avec ça non plus, ce qui s’entend. Après entre ce qu’on est choqué et ce que le patient a besoin (ou la patiente), on peut pas retranscrire nos propres pratiques aux patients que l’on a en face de nous”</b></p> <p><b>“On peut parler de sexualité, on peut parler de sexualité mais peut-être pas avec tout le monde”.</b></p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p><i>“Sachant que c’est quand même un sujet qui crée toujours des désaccords dans les équipes”</i></p> <p><i>(concernant la sexualité) “... c’est une information que les soignants ont tendance à isoler, à rejeter”</i></p> <p><i>“J’ai une collègue, qui ne travaille pas souvent dans notre unité, qui est rentrée dans la chambre d’un patient et qui l’a vu se masturber et ça a été : Oh là là mais vous vous rendez compte il se masturbe dans l’unité !”</i></p> <p><i>“ À mes collègues mine de rien des fois, ça peut être aussi une barrière” .</i></p> <p><i>“...aux croyances des collègues sur cette notion là”</i></p> <p><i>“...aux appréhensions des collègues”</i></p>                 |
|  | <p>Concernant les représentations qu’on les patients de la sexualité</p> | <p><b>“On a aussi un phénomène nouveau, c’est les accès au téléphone portable et les sites internet qu’ils ont à disposition qui leur envoient une réalité , une fausse réalité de la sexualité”.</b></p> <p><b>“La troisième barrière ça peut être aussi les représentations qu’ils ont de la sexualité”.</b></p> <p><b>“... on a de plus en plus de patients qui ont des téléphones portables et ils ont tous accès à internet avec youtube ou des sites comme youporn, ce qui leur envoient une mauvaise image des bonnes pratiques de la sexualité”</b></p> <p><b>“Ça peut être une barrière, entre ce qu’ils voient et ce qu’ils pensent être la réalité et la vraie vie, il y a un décalage”</b></p> |
|  | <p>Concernant les histoires de vie parfois perturbées</p>                | <p><b>“.....c’est une problématique”</b></p> <p><b>“ Une problématique dans le sens où selon les histoires de vie des patients, on a certaines personnes qui ont été abusées sexuellement étant jeunes”</b></p> <p><i>“On est aussi face à des patients qui sont jeunes, qui ont vécu aussi des événements traumatiques souvent d’ordre sexuel aussi.”</i></p> <p><i>“.....nos patients sont des... surtout sur le long cours, bah il y a leur histoire de vie quand ils ont été abusés, il faut quand même déconstruire tout ça pour réussir à reconstruire autre chose”.</i></p>   |
|  | <p>Concernant la pathologie des patients et leur vulnérabilité</p>       | <p><b>“d’autres qui n’ont pas la conscience, de ce que peut être la sexualité, Parce qu’ils ont des parcours institutionnels qui fait qu’ils n’ont jamais été exposés à d’éventuelles flirts”</b></p> <p><b>“.....les patients peuvent être très vulnérables et fragiles”</b></p> <p><b>“Ca m’est déjà arrivé d’avoir un pédophile qui allait tripoter le sexe masculin d’un</b></p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p><b>jeune homme qui disait rien parce qu'il était fragile”</b></p> <p><b>“certains n'ont peut être pas les capacités cognitives de tout bien comprendre et tout assimiler”</b></p> <p><i>“j'ai ma patiente qui est bipolaire, qui est en phase haute avec une hypersexualité, qui se met en danger sexuellement”</i></p>   |
|  | <p>Concernant le manque de sensibilisation des patients à ce sujet</p> | <p><b>“un manque même d'éducation finalement”</b></p> <p><b>“Il y a des fois ils connaissent pas du tout, ils connaissent pas leur corps ou le corps de l'autre”</b></p> <p><i>“J'ai notamment deux patients dans mon unité qui ont une idylle amoureuse, avec aussi toute la partie sur la sexualité des patients qui n'avaient jamais été confrontés à la sexualité”</i></p> <p><i>“L'absence d'éducation aussi”</i></p> <p><i>“Mais c'est souvent des patients qui sont pris en soins au long cours et ils n'ont pas eu toute la partie sensibilisation à la sexualité que bah... nous on peut avoir eu à l'école et... et... et cette carence éducative elle est... bah elle est hyper importante”</i></p> <p><i>“Eux ont construit des choses qui sont complètement biaisées en fait et il faut déconstruire ça. Et ça c'est pas facile”.</i></p> |
|  | <p>Concernant la question du consentement</p>                          | <p><b>“un monsieur avait eu des rapports sexuels avec une jeune fille d'une vingtaine d'année et la jeune fille a été dire qu'elle avait été violée par derrière, donc là il y avait une grosse problématique de consentement.”</b></p> <p><b>“on est sur le consentement”</b></p> <p><b>“ On avait une patiente qui avait fait une fellation à un patient autiste, qui lui avait semble t-il apprécié cette attention là, mais on avait dû le signaler et c'était considéré comme un viol”.</b></p> <p><b>“ Les relations à deux c'est beaucoup plus compliqué”</b></p> <p><i>“sauf que ça a découlé à un moment avec un des partenaires qui avait des comportements déviants vis-à-vis d'autres partenaires”</i></p>   |
|  | <p>Concernant le tabou de la sexualité</p>                             | <p><b>“D'en parler au soignant, parce qu'il a peut être peur aussi d'être jugé”</b></p> <p><b>“ Il y a certains patients qui préfèrent mieux parler à des hommes qu'aux femmes et inversement”</b></p> <p><b>“ il y a des jeunes femmes qui préfèrent mieux parler aux infirmières et pas aux</b></p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <b>infirmiers, ce qui s'entend”</b>   |
|  | Concernant les modes d'hospitalisation               | <p><b>“ en service de psychiatrie, il peut y avoir des contraintes liées avec les modes d'hospitalisation”</b></p> <p><b>“On peut se retrouver avec des jeunes filles ou des jeunes hommes qui vont être très fragiles avec des prédateurs sexuels ,parce qu'on peut en avoir aussi des pédophiles”.</b></p>  |
|  | Concernant les croyances et la religion des patients | <p><i>“...il y a aussi une grosse barrière: La question de la religion ou de la croyance aussi du patient de façon générale”</i></p> <p><i>“.....c'est quelque chose que j'ai eu beaucoup notamment en admission que des femmes qui venaient juste d'accoucher se mettaient en danger sexuellement sous incitation de leurs maris”</i></p> <p><i>“Il y a une méconnaissance de la sexualité suivant les... les... les croyances suivant les cultures car c'est aussi quelque chose de culturel. Et... et je crois que ça c'est... c'est un des freins majeurs que j'ai pu rencontrer”.</i></p> <p><i>“Je dirais surtout les... les croyances du patient”.</i></p> |

D- L'impact de la considération de la sexualité sur alliance thérapeutique

|   |   |  |
|---|---|--|
| L'impact de la considération de la sexualité sur alliance thérapeutique |   |  |
| Impact sur la relation soignant-soigné                                  | Compléter la prise en soins globale           | <p><b>“Ça compléterait la prise en charge globale du patient en fait de prendre la personne dans sa globalité entière et pas que sur certains points”.</b></p> <p><b>“ La sexualité fait partie intégrante de la personne”</b></p> <p><b>“Mais la sexualité , elle doit faire partie entière de votre prise en charge à la personne , il peut y avoir des besoins plus importants à certains moments et bien, faut aussi les entendre” .</b></p> |
|   | Considérer la sexualité favorise la confiance | <p><i>“...le patient se sent en confiance pour en parler; ça veut dire qu'il pourrait aussi être confiance pour parler d'autre chose” .</i></p> <p><i>“Et puis, la sexualité rentre quand même dans quelque chose qui est de l'ordre de l'intime. Si un patient accepte de nous parler, de nous ouvrir aussi un petit peu son intimité, c'est que finalement, il y a aussi une relation de confiance qui... qui se met en place”.</i></p>        |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>Considérer favorise l'estime des patients</p>   | <p><i>“Puis, mine de rien, le sujet de la sexualité au sens large, c'est aussi un bon moyen pour les patients avec qui on va pouvoir travailler sur l'estime de soi. Quelqu'un qui se sent bien dans son corps au sens large, ça va le renforcer aussi l'image qu'il a lui-même”.</i></p>  |
|  | <p>Considérer favorise la discussion entre le soigné et le soignant</p>                      | <p><i>“C'est ça, ça favorise, je pense, la libération de la parole après sur d'autres sujets” .<br/>“.....mais ça va aussi peut-être permettre de faire prendre conscience à certaines personnes que bah tiens, ce qui se passe dans ma vie n'est peut-être pas normal et du coup permet une libération de la parole”.</i></p>   |
| <p>Impact sur l'adhésion aux soins et l'observance</p> | <p>L'écoute des soignants envers les patients favorise l'adhésion</p>                        | <p><b>“Je pense qu'on pourrait renvoyer l'image qu'on l'écoute”</b><br/> <b>“...qu'on est pas là que pour sédater de traitement. C'est un peu l'image des fois qu'on a: on sédate les patients.”</b><br/> <b>“si on les écoute, oui, je pense qu'on peut accroître l'adhérence aux soins” .</b></p> <p><i>“...ce qu'on peut tout a fait entendre de quelqu'un qui avait une vie normale”<br/> “...un patient qui vient en consultation il dit “bah voilà, je suis sortie, je prends mon traitement, mais là, je réfléchis à l'arrêter parce que j'arrive pas à reprendre ma vie conjugale”. Ben en fait, c'est aussi à nous de l'entendre ça”<br/> “C'est hyper important qu'on puisse accueillir ces questions-là pour bah... pour pouvoir favoriser l'adhésion au soin.”<br/> “Si on veut éviter qu'on fasse des effets à yoyo etcetera, bah... il faut entendre, peu importe la problématique”.</i></p> |
|  | <p>Considérer les effets que peuvent avoir les traitements sur la sexualité des patients</p> | <p><b>“On sait bien que les neuroleptiques ont des effets indésirables à divers niveaux ..., que la libido aussi en fait partie”.</b><br/> <b>“C'est déjà arrivé que des patients se plaignent en disant depuis que je suis sous tel traitement je ne bande plus”</b><br/> <b>“ ...ça revient souvent chez les hommes. Chez les femmes on l'entend moins les atteintes de la libido.”</b><br/> <b>“ Les hommes, le problème d'érection ça touche à leur virilité”</b><br/> <i>“Il faut admettre que les traitements notamment ont un impact aussi sur la sexualité, il y a la baisse de la libido”.</i><br/> <i>“Il y a des gênes que l'on va occasionner, je pense chez les hommes”.</i><br/> <i>“....chez les patients bipolaires, une des premières causes d'arrêt des thymorégulateurs, c'est l'impact que ça a sur la sexualité”</i></p>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | <p><i>“Il se retrouve avec une pathologie mentale, un traitement et ça l'empêche de retrouver une intimité avec son/sa partenaire”.</i></p> <p><i>“Ça reste quand même un gros facteur d'arrêt de traitement, donc si on veut que les patients se soignent, il faut qu'on prenne en compte les problématiques qu'ils rencontrent avec leur traitement.”</i></p> |
|  | Réfléchir à des moyens avec le patient pour résoudre ses problématiques tout en continuant la prise en charge thérapeutique | <p><i>“...OK, c'est compliqué pour lui, qu'est-ce que je fais pour l'accompagner ? Est-ce que bah... peut-être que le parcours va être plus long, mais on peut pas réfléchir à une autre molécule qui va peut-être plus lui correspondre”</i></p> <p><i>“...et pour pouvoir ensuite, enfin trouver la bonne... la bonne solution pour eux”</i></p>              |

E- Les besoins des soignants pour mieux considérer la sexualité des patients

|   |   |   |
|---|---|---|
| Les besoins des soignants pour mieux considérer la sexualité des patients                   |   |   |
| Les besoins des soignants pour se sentir plus à l'aise dans l'accompagnement à la sexualité | Le rôle des médecins                            | <b>“Que les médecins l'abordent complètement avec chaque patient pour pouvoir ensuite travailler là dessus”</b>   |
|   | Aborder le sujet de manière décomplexée         | <p><b>“On pourrait peut être dire: Est ce que vous avez des envies, des besoins.”</b></p> <p><b>“ y en a certains qui n'en parlent jamais, peut être qu'ils se masturbent plusieurs fois par jour et on ne le sait pas, on n'en sait rien”</b></p> <p><i>“...et c'est je pense, d'autant plus important d'en parler”.</i></p>   |
|   | Être plus entendus par l'institution à ce sujet | <p><i>“Je me sens un petit peu désarmée”</i></p> <p><i>“...l'institution reste un petit peu sourde aussi à nos questionnements parce que s'ils s'engagent sur quelque chose.... ils ont peur de s'engager sur quelque chose”.</i></p> <p><i>“...quand on arrive en parlant de sexualité, on sent que c'est frileux”.</i></p> <p>(concernant l'achat d'un sextoys): <i>“...C'est pas quelque chose de courant, on est pas beaucoup accompagné à ça et encore une fois il y a beaucoup de freins là dessus”</i></p> <p><i>“Donc ça veut aussi dire quand même que la direction est favorable à ce que la sexualité soit un sujet qui soit abordé, déployé sur le plan”.</i></p> |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | Besoin d'outils   | <p><i>"...je suis un petit peu frontal là-dessus, mais en fait, il y a un moment, moi, je ne dispose pas d'outils suffisants pour accompagner mes patients"</i></p> <p><i>"Je ne dispose pas des outils pédagogiques suffisants, de ressources suffisantes"</i></p> <p><i>"Mais j'ai... j'ai rien à disposition dans mon unité..... C'est-à-dire que si je veux faire de l'accompagnement, ça va être à moi d'aller chercher. Et ça veut dire qu'il faut avoir l'envie de le faire et ça c'est très très compliqué".</i></p>  |
| Les suggestions d'amélioration pour améliorer la sexualité des patients | Concernant l'aménagement des hôpitaux psychiatriques          | <p><b>"Là on progresse parce qu'il y a des services qui vont avoir que des chambres individuelles"</b></p> <p><b>"Mais si une personne avait des envies de masturbation, avec une chambre double voire triple, en terme d'intimité c'est pas possible".</b></p> <p><i>"Nos unités sont vieilles donc on a des chambres doubles par exemple, bah comment on accompagne un patient dans sa sexualité dans ces chambres doubles ?"</i></p>   |
|   | La formation des professionnels                               | <p><i>"Mais dans mon travail, qu'est ce que je dois faire pour l'accompagner dans cette sexualité là ?"</i></p> <p><i>"je ne dispose pas de connaissances"</i></p>  |
|   | Le développement des espaces de paroles dédiés à la sexualité | <p><i>"Pour fluidifier la parole des fois c'est bien d'avoir un autre espace pour pouvoir discuter, donc c'est super par rapport à ça" .</i></p>  |
|   | Le développement de projets au sein de l'hôpital              | <p><i>"...moi j'ai du coup le le projet Sek'SO. ça signifie sexualité, kesako, solutions en breton".</i></p> <p><i>"C'est du coup un projet de parcours sur la sexualité où, notamment, on va inclure tout un projet d'éducation thérapeutique sur la sexualité, la vie intime et affective. On va aussi y mettre toute une partie conférence, animation à destination des professionnels de santé pour qu'ils puissent aussi s'orienter, s'informer s'ils le souhaitent, avec intervenant extérieur, ciné-débat ..... ce n'est pas encore tout à fait formalisé".</i></p> <p><i>"On va aussi mettre en place un annuaire, en fait un annuaire avec des personnes ressources, tous les organismes ressources qu'on connaît et que l'on mettra à disposition des professionnels de santé mais aussi des patients".</i></p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p><i>“Et après, il y aura une 4e partie qui va être un outil technique, c’est à dire mise à disposition d’outils qui sont adaptés pour parler sexualité aux patients. Par exemple, c’est très bien de parler contraception mais la patiente peut ne pas bien visualiser ....Bah si tu as jamais vu un stérilet ça peut faire très peur..... finalement quand tu le vois tu te dis : ça va (ou pas)”</i></p> <p><i>“Mais cet outil tech c’est des fiches techniques sur bah tiens j’ai tel sujet que je rencontre comment je fais ? Quel support pédagogique je peux utiliser?”</i></p> <p><i>“Donc l’ensemble de ce projet sera à destination de l’ensemble de l’hôpital. Le projet a été validé par la direction”.</i></p> |
|--|--|--|

F- La considération de la sexualité des patients ne concerne pas que les unités de long cours en psychiatrie

|   |   |   |
|---|---|---|
| La considération de la sexualité des patients ne concerne pas que les unités de long cours en psychiatrie |   |   |
| La sexualité en unité d’admission   | Les rencontres faites en unités d’admission | <p><b>“En admission ça arrive de temps en temps qu’il y ait des rapprochements inattendus”</b></p> <p><b>“Parce que des fois c’est une rencontre, un petit coup de foudre durant l’hospitalisation qui remet tout un projet de vie privée en jeu”</b></p> <p><i>“La sexualité à laquelle j’ai été confrontée, au niveau par exemple... des admissions, c’était plus des contextes de...bah voilà une personne qui rentre avec une conjugopathie qui rencontre une personne dans les unités d’admission”.</i></p> <p><i>“Il y a une espèce d’idylle amoureuse, qui va inclure de la sexualité”</i></p> |
|   | Des hospitalisations plus courtes           | <p><b>“Mais comme les hospitalisations sont plus courtes la sexualité est moins présente sur des personnes qui ont une hospit”</b></p> <p><b>“....mais sur des longs cours oui elle est plus présente parce qu’elle fait partie du quotidien de chacun”</b></p>   |
|   | Les soignants                               | <i>“Bah comment on accompagne ça ? Quelle est notre place quand par exemple le mari</i>   |

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
|                                       | parfois démunis                                     | <i>de la dame vient ? Et puis bah nous on sait ce qui se passe dans l'unité</i>   |
| La géro-psychie                       | Les grands oubliés                                  | <p><i>"Je pense aussi à la géro-psy, c'est un peu les grands oubliés"</i></p> <p><i>"souvent déjà toutes les personnes qui correspondent plus à la classe des personnes âgées, c'est déjà les vrais oubliés de la sexualité"</i></p> <p><i>"mais alors on s'imagine que toute la partie géro-psy c'est encore pire mais alors la géro-psy ça doit être, enfin c'est catastrophique"</i></p> |
| La pédopsychiatrie                    | Un travail de sensibilisation dès le plus jeune âge | <i>"Je pense aussi que la sexualité ça ne doit pas être un tabou même en pédopsychiatrie"</i>   |
| Dans les services de soins en général | Considérer la sexualité: Partout                    | <i>"...je pense que c'est quelque chose qui doit être abordé partout au fait"</i>   |

## I. L'abstract

NOM : FOUGERAY

PRENOM : Lisa

TITRE DU MÉMOIRE : Sexuality in psychiatry: Better consideration for better care!

This thesis deals with the support of patients' sexuality in long-stay psychiatric units by nurses, particularly focusing on its impact on therapeutic alliance. Sexuality, even though it is a fundamental aspect of human living, is often neglected in the context of psychiatry. Nevertheless, sexuality is significantly important for individuals' psychological and emotional well-being. Neglecting sexuality-related issues can lead to an impairment of the quality of care and the therapeutic relationship with patients. Moreover, the insufficient consideration of sexuality in psychiatric hospitals favours the development of deviant sexual behaviors (like e.g. sexual abuse, unsafe practices, development of sexually transmitted diseases, etc...).

In this study, I emphasized the central role of nurses supporting patients' sexuality. By fostering a climate of trust and respect, nurses can encourage patients to express their concerns and needs regarding sexuality. This encouragement favours the development of dialogues and trust. Additionally, nurses also have an important role in sexual education, especially in terms of prevention and information, which unfortunately is not always managed in every institution. In fact, the taboo around sexuality persists and some nurses may feel uncomfortable while they are discussing this topic with their patients. However, numerous studies have shown that discussing sexuality not only meets patients' needs but also strengthens therapeutic alliance (better treatment adherence, trust, nurse-patient relationship). By recognizing patients in their entirety, including their sexual dimension, nurses can contribute to creating a more inclusive and respectful therapeutic environment.

Ce mémoire aborde l'accompagnement à la sexualité des patients dans les unités de long cours en psychiatrie par les infirmiers. Plus particulièrement, l'impact de cette considération sur l'alliance thérapeutique. La sexualité, bien qu'étant un aspect fondamental de la vie humaine, est souvent négligée. Pourtant, elle revêt une importance capitale pour le bien-être psychologique et émotionnel des patients. En omettant d'aborder les questions liées à la sexualité, les infirmiers risquent de compromettre la qualité des soins et la relation thérapeutique avec les patients. De plus, le manque de considération de la sexualité en hôpitaux psychiatriques majore les comportements sexuels déviants.

En instaurant un climat de confiance et de respect, les infirmiers peuvent encourager les patients à exprimer leurs préoccupations et leurs besoins en matière de sexualité, ce qui favorise le dialogue et la relation thérapeutique. De plus, l'infirmier a également pour rôle l'éducation à la sexualité, notamment en ce qui concerne la prévention et l'information, ce qui n'est malheureusement pas toujours fait en institution. En effet, le tabou de la sexualité est toujours bien présent, et certains infirmiers ne se sentent pas à l'aise d'aborder ce sujet avec leurs patients. De nombreuses études ont démontré que considérer la sexualité permet non seulement de répondre aux besoins des patients, mais aussi de renforcer l'alliance thérapeutique. En reconnaissant les patients dans leur globalité, y compris dans la dimension sexuelle, les infirmiers peuvent contribuer à créer un environnement thérapeutique plus inclusif et respectueux.

MOTS CLES : Sexuality- Psychiatry- Therapeutic alliance- Nurse-Care

MOTS CLES : Sexualité-Psychiatrie-Alliance thérapeutique-Infirmier-Soin

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2024