



Groupement d'Intérêt Public  
des Établissements de Santé d'Avignon  
& du Pays de Vaucluse  
I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.  
G.I.P.E.S d'Avignon et du  
Pays du Vaucluse



BELKAHLA Abdelhamid

Promotion 2022 - 2024

## Soigner l'intime : la sexualité en psychiatrie, un défi pour les soignants



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu :

Directeur de mémoire : Madame Ballois Dorothée

**Note aux lecteurs et lectrices :**

*« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »*

## Remerciements

Je tiens à remercier, tout d'abord, tous les Cadres formateurs de l'IFSI.

Madame BALLOIS, ma directrice de mémoire, pour sa bonne humeur, sa bienveillance, sa patience et ses précieux conseils lors de la rédaction de ce mémoire de fin d'études.

Madame Pons, ma responsable de suivi pédagogique, pour son accompagnement, son soutien lors des moments difficiles, et la confiance qu'elle m'a accordée.

Je tiens également à remercier tous les professionnels de santé qui m'ont aidé à me construire professionnellement et à devenir le futur soignant que je souhaite être. Merci aussi pour le temps accordé lors des entretiens que j'ai menés.

Enfin, je tiens à remercier, d'une part, ma famille, particulièrement ma mère, Madame BOULMAIZ Sabah, ma sœur Gonzales Malika et mon beau-frère Gonzales Jérémie, pour leur aide précieuse et leur soutien tout au long de cette formation, ainsi que pour leur aide dans la rédaction de ce mémoire. Et à ma nièce Lyna : merci pour ta motivation.

Je tiens à remercier, d'autre part, tous mes amis — voire ma seconde « famille » de promotion — : Yoan et Lucas P. pour leur aide tout au long de la formation, ainsi que pour leur patience et leur humour.

Mais aussi Malika, Sonia et Touria, mes partenaires de groupe de travail dirigé et de partiel !

Et bien sûr, toutes les autres personnes qui ont contribué à rendre cette formation incroyable, notamment Océane C., Daphné D., Célia Z., Chloé V., Jason C. et Lucas D.

Pour conclure, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes durant ces trois années et qui ont fait de moi un futur professionnel de santé.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Situations d'appel</b>	<b>2</b>
2.1	Description de la première situation	2
2.2	Questionnement	5
2.3	Question de départ	10
<b>3</b>	<b>Cadre de référence</b>	<b>10</b>
3.1	<b>L'institution</b>	<b>10</b>
3.1.1	L'histoire de la psychiatrie	10
3.1.2	Les modes d'hospitalisation	11
3.1.3	Le métier d'infirmier	12
3.1.4	L'infirmier en psychiatrie	13
3.2	<b>La sexualité du patient en psychiatrie</b>	<b>14</b>
3.2.1	La sexualité	14
3.2.2	La sexualité du schizophrène	16
3.2.3	Vulnérabilité du patient	17
3.3	<b>L'élaboration de l'identité du soignant</b>	<b>18</b>
3.3.1	Les valeurs	18
3.3.2	Les préjugés	20
3.3.3	Le tabou du soignant face à la sexualité	21
3.3.4	L'éthique	22
3.3.5	Les représentations	23
3.4	<b>Synthèse du cadre de référence</b>	<b>24</b>
3.5	<b>Outil utilisé</b>	<b>25</b>
3.6	<b>Population choisie / Lieu d'investigation</b>	<b>26</b>
3.7	<b>Synthèse des entretiens</b>	<b>26</b>
3.7.1	Entretien 1 Madame Féline	26
3.7.2	Entretien de Mr muse épicurien	28
3.7.3	Entretien de Madame Durex	29
3.7.4	Entretien de Madame Sirène	31
3.7.5	Analyse des résultats	32
3.8	<b>Limites de l'enquête</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>Problématique</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>Question de recherche</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>Conclusion</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>37</b>

# 1 Introduction

La question de la sexualité des patients au sein des établissements de santé constitue un sujet à la fois sensible et complexe. Elle l'est d'autant plus dans les unités accueillant des patients vulnérables, que cette vulnérabilité soit liée à l'âge, à la maladie ou à des troubles psychiques.

Bien que les pratiques évoluent et que les mentalités changent au fil des générations, la sexualité des patients reste encore trop souvent un sujet tabou dans les soins. De nombreux soignants s'interrogent sur leur posture à adopter face à cette réalité, sans toujours trouver de réponses concrètes ou de repères institutionnels.

Ce questionnement prend une dimension particulière dans le champ de la psychiatrie, où s'entremêlent la question du consentement libre et éclairé, la protection des personnes, et le respect des droits individuels. En tant que futur infirmier, je me suis trouvé face à un dilemme éthique lors d'un stage en psychiatrie, confronté à une situation qui a profondément bouleversé mes représentations et interrogé mes futures pratiques professionnelles.

Entre devoir de protection et respect de la liberté, entre cadre juridique flou et absence de protocoles, le soignant se retrouve dans une position délicate.

Cette expérience m'a amené à m'interroger sur la place de la sexualité dans la prise en charge en santé mentale et à entreprendre ce travail de fin d'études, avec l'espoir de contribuer, à mon échelle, à une évolution des pratiques plus respectueuse de la personne soignée dans sa globalité.

## 2 Situations d'appel

### 2.1 Description de la première situation

Durant ma formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) d'Avignon, j'ai effectué un stage au sein d'une unité fermée de soins psychiatriques dans le Vaucluse. Cette unité mixte accueille 18 patients. Elle est équipée d'une chambre d'isolement, d'une chambre dite « d'apaisement », ainsi que de chambres uniquement individuelles, dont l'ouverture se fait par badge personnel pour chaque patient. Les patients ont un accès libre à l'intérieur de l'unité. Les chambres ne sont fermées que de 9h à 10h, afin que les ASH puissent procéder à l'entretien des locaux et à l'administration des traitements.

Ce service est composé de deux infirmier(e)s et de deux aides-soignantes, en roulement de matin (6h–13h) ou d'après-midi (13h–21h).

Lors de ce stage, j'ai pris en charge plusieurs patients, dont Mme C., une femme de 32 ans, célibataire, vivant seule en appartement. Elle a été mutée par les urgences psychiatriques et le centre d'accueil permanent pour une décompensation psychotique accompagnée d'une crise clastique sur la voie publique, avec hétéro-agressivité envers sa sœur, le tout aggravé par une surconsommation de substances toxiques. La patiente a été admise dans l'unité sous la modalité des « Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'État » (S.D.R.E.), suite à l'intervention des forces de l'ordre. Sa décompensation s'est manifestée par une désinhibition, une perte de repères spatio-temporels et un comportement agressif.

Deux avis médicaux celui du psychiatre des urgences et celui du médecin chef du service ont conduit à une hospitalisation complète.

À son entrée, Mme C. est accueillie par un infirmier. Elle connaît déjà la structure pour y avoir séjourné à plusieurs reprises. L'infirmier lui fait visiter rapidement les lieux, vérifie ses affaires, lui fait signer les documents nécessaires, puis la conduit dans sa chambre, en attendant qu'elle soit reçue par son psychiatre. Conformément à la loi, elle est ensuite présentée au Juge des Libertés et de la Détention (J.L.D.), qui valide la prolongation de l'hospitalisation.

Durant son séjour, Mme C. présente un comportement familier, avec des propos et attitudes inadaptes, un déni de ses troubles, et une attitude séductrice envers les hommes, qu'ils soient soignants ou patients.

Elle se rapproche notamment de M. T., un patient de 29 ans également hospitalisé pour une décompensation psychotique, accompagnée d'une consommation massive de toxiques. M. T., sans domicile fixe et toxicomane, est un patient calme, respectueux du cadre et de l'équipe. Lui aussi a été hospitalisé à plusieurs reprises en psychiatrie.

En raison de comportements à risque passés, il est porteur de l'hépatite C, diagnostiquée il y a plusieurs années, mais refuse tout traitement.

M. T. et Mme C. passent de plus en plus de temps ensemble. Leur relation devient intime, marquée par des gestes affectueux et des propos tendres, que plusieurs membres de l'équipe ont observés. L'équipe pluridisciplinaire, consciente du rapprochement entre les deux patients, s'inquiète de l'état de désinhibition de Mme C., mais également du risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles (IST) en cas de rapports non protégés.

Face à cette situation délicate, l'équipe, confrontée au tabou de la sexualité en psychiatrie, se tourne vers le médecin afin de décider des mesures à adopter. Une réunion est organisée à laquelle je n'ai pas pu assister pour permettre à chacun d'exprimer ses préoccupations et de trouver une solution dans le respect des droits des patients. À l'issue de cette réunion, le médecin décide de renforcer la surveillance, de sensibiliser les patients aux risques d'IST et de leur fournir des préservatifs.

Le fonctionnement du service présente toutefois des limites concernant la surveillance continue des patients, en raison de l'organisation et du cadre légal qui garantit leur liberté de circulation dans l'unité. Malgré les mesures prises, le rapprochement entre Mme C. et M. T. persiste.

À la troisième semaine de mon stage, un après-midi à 13h, je suis en binôme avec Fanny, une infirmière diplômée depuis dix ans. Je me rends au poste de soins pour recevoir la relève de l'équipe du matin. Celle-ci m'indique que la matinée s'est bien déroulée. Après la relève, à 14h, je prépare mon chariot pour la distribution des traitements à l'heure du goûter, vers 16h. Vers 15h, je remarque l'absence de Mme C. dans les espaces communs.

La salle de soins est située dans la pièce principale, ouverte sur la cour extérieure, ce qui permet une certaine surveillance. Je cherche Mme C. dans les couloirs et par les fenêtres, sans succès.

J'informe alors l'infirmière de son absence. Celle-ci se rend dans sa chambre, puis parcourt à nouveau les lieux, sans la retrouver.

Soudain, Mme C. surgit, en pleurs et visiblement apeurée. Plusieurs questions se bousculent alors dans mon esprit : que s'est-il passé ? Qu'est-ce qui a pu la mettre dans cet état ?

Fanny l'accueille dans le bureau infirmier, la prend dans ses bras et tente de la rassurer. Pour préserver la confidentialité, nous nous rendons avec elle dans une pièce dédiée aux entretiens familiaux, à l'écart du reste de l'unité. Nous lui offrons un verre d'eau, et Fanny lui parle d'une voix calme et bienveillante, en l'invitant à s'exprimer librement, sans crainte de jugement.

Mme C., assise, recroquevillée sur sa chaise, tremble et sanglote. Sa détresse est manifeste. D'une voix faible et hésitante, elle finit par nous confier que M. T. vient de lui révéler qu'il est porteur de l'hépatite C. L'infirmière lui demande alors si cette nouvelle la met dans cet état parce qu'ils ont eu des rapports sexuels non protégés. Je prends l'initiative de lui poser des questions sur l'usage des préservatifs qui leur avaient été distribués. Mme C. finit par avouer qu'ils ont eu plusieurs relations sexuelles non protégées. Elle demande alors à faire une prise de sang pour savoir si elle a été contaminée. Déboussolée, elle déclare se sentir « assez malade pour attraper cette foutue maladie ».

L'infirmière la rassure, cela ne signifie pas qu'elle est infectée, et toutes les mesures nécessaires seront prises immédiatement pour vérifier son état de santé.

Fanny avertit le médecin sémiologiste, qui vient voir la patiente et prescrit un bilan sérologique. Quelques jours plus tard, les résultats sont revenus : le test était négatif.

## 2.2 Questionnement

Finalement, cette situation m'a amené à réfléchir sur nos pratiques en institution et sur le respect des droits des patients. En effet, même les patients hospitalisés en service psychiatrique bénéficient de droits. J'ai pu constater que ces droits, ainsi que la charte du patient hospitalisé, sont affichés à l'entrée du service. En lien avec cette situation, j'ai observé que les patients ont la liberté de circuler dans le service, ce qui garantit le respect de leurs droits. Cependant, cela comporte certains risques, car les soignants ne peuvent pas assurer une surveillance constante, notamment lorsque les patients sont dans leurs chambres.

Si cette liberté permet à certains de se recentrer, de se reposer et de se sentir en sécurité, elle peut aussi conduire à des dérives, comme la consommation de substances toxiques ou, dans cette situation, à des comportements sexuels, qu'ils soient consentis ou non. Cela m'a amené à me questionner sur la responsabilité légale des soignants et sur la manière de concilier la sécurité avec le respect des droits fondamentaux des patients.

En effet, chaque individu peut avoir des envies, des désirs, et rechercher du plaisir. En psychiatrie, certains patients peuvent entretenir un rapport particulier à leur corps, en lien avec leur histoire de vie ou avec les symptômes de leur pathologie. Cette relation complexe peut conduire à des comportements à risque : automutilation (comme les scarifications), ou recherche de contact physique avec autrui pour se sentir vivant et ancré dans la réalité. Ce rapport au corps peut aussi se traduire par une quête de bien-être, et avoir une relation sexuelle avec une personne que l'on désire et avec qui l'on se sent bien peut y répondre.

J'ai ainsi observé ces deux patients, chacun porteur d'une histoire de vie difficile, mais qui semblent établir une relation privilégiée. La situation met en lumière la vulnérabilité de ces deux personnes atteintes de troubles bipolaires, caractérisés par des phases maniaques pouvant les conduire à un état de désinhibition. Cette impression de vulnérabilité que j'ai perçue chez la patiente m'a instinctivement amené à ressentir davantage de peine et d'empathie à son égard.

Avec du recul, je me rends compte que, dans mon environnement familial, je suis principalement entouré de femmes. Cela m'aide peut-être à mieux percevoir leurs fragilités, leur sensibilité face à la force d'un homme, mais aussi leur capacité de persuasion ou de manipulation, qui peut parfois les conduire à des situations à risque.

En lien avec la prise en charge, je me suis interrogé sur nos droits en tant que soignants lorsque nous estimons qu'une personne vulnérable peut être amenée à agir d'une manière qu'elle n'aurait pas adoptée dans un autre contexte. Cette réflexion m'a amené à me demander comment les troubles psychiatriques peuvent affecter la vie sexuelle des patients, et comment ces aspects sont pris en compte dans la relation soignant-soigné. Lors de réunions d'équipe, j'ai été surpris de constater l'étonnement de certains soignants face au fait que des patients puissent avoir des relations intimes. Pourquoi cela serait-il étonnant ? Est-ce parce qu'ils sont hospitalisés ? Parce qu'ils souffrent de troubles psychiatriques ? Ou est-ce simplement encore un sujet trop tabou ?

Cette situation m'a donc amené à m'interroger sur la notion de consentement libre et éclairé en institution, et plus spécifiquement en milieu psychiatrique. Grâce à mon expérience et aux cours suivis durant ma formation, j'ai compris l'importance du consentement du patient et la nécessité de respecter ses choix. Dans ce cas précis, j'ai bien entendu que la patiente avait consenti à cette relation, mais je me demande si elle disposait de toutes les informations nécessaires concernant son partenaire. Aurait-elle pris la même décision si elle avait été pleinement informée ?

L'équipe et moi-même aurions peut-être pu agir autrement, en cherchant à obtenir un consentement réellement éclairé de la part de la patiente, tout en respectant le secret professionnel. Par ailleurs, ai-je, en tant que soignant, le droit d'empêcher un patient d'exprimer ses désirs sexuels ? Je me suis donc interrogé sur nos devoirs en tant que professionnels de santé, et sur les stratégies à mettre en place pour protéger un patient vulnérable tout en garantissant la dignité de chacun.

Cela m'a conduit à me poser la question suivante : comment créer ou préserver un cadre sécurisant ? Je me suis même demandé si ce cadre n'était pas parfois trop sécurisant, au point de pousser certains patients à transgresser les règles. Par exemple, lorsqu'un patient se voit interdire de consommer de la nourriture en dehors des repas, notamment en chambre, en raison du risque de fausse route lié à la sédation... et qu'il fait malgré tout l'inverse.

En milieu hospitalier, il est essentiel d'adapter sa manière d'aborder la sexualité de façon ouverte, respectueuse et bienveillante afin de garantir des soins de qualité. Je considère donc qu'il est fondamental de respecter les valeurs, croyances religieuses et pratiques de chaque individu.

Cependant, j'ai remarqué que certains soignants éprouvaient un sentiment de culpabilité lors de la prise en charge de ce type de situation. En effet, au cours de plusieurs réunions et discussions, j'ai observé des divergences d'opinion concernant la possibilité pour les patients d'avoir des relations sexuelles. Certains considèrent cela comme normal, d'autres le jugent inacceptable. Ces différences semblent

être influencées par les valeurs personnelles, les croyances religieuses et les expériences de vie de chacun.

Pour ma part, je pense qu'il n'y a ni bon ni mauvais choix. Avec mon expérience, je préfère parler d'un cadre flottant, qui permet d'individualiser les soins en fonction des situations rencontrées. Par ailleurs, en tenant compte du cadre légal et du règlement de fonctionnement du service, je pense que la mise en place de protocoles spécifiques pourrait aider l'équipe à se sentir plus en sécurité dans sa pratique, et ainsi à éprouver moins de culpabilité.

Les valeurs et la responsabilité des soignants m'amènent également à m'interroger sur les raisons pour lesquelles la sexualité demeure un sujet si tabou. Il est vrai qu'en général, aborder ce thème peut provoquer du malaise. Pourtant, lorsqu'une alliance thérapeutique est établie avec le patient, il devient plus facile d'aborder ces questions, ce qui contribue à une meilleure qualité de prise en charge.

Cela offre aussi aux soignants l'opportunité de parler des infections sexuellement transmissibles (IST). J'ai pu observer certaines actions mises en place dans ce sens, telles que la prévention des IST, la distribution de préservatifs, ou encore des entretiens informels pour rappeler aux patients qu'ils sont hospitalisés pour prendre soin d'eux. Ce type d'initiative permettrait à l'équipe de se sentir en accord avec ses obligations professionnelles tout en respectant les droits du patient, et ainsi de ressentir moins de culpabilité.

J'ai également voulu mieux comprendre nos devoirs en tant que soignants, ainsi que les stratégies pouvant être mises en œuvre pour protéger les patients vulnérables et garantir la dignité de chacun. Cela m'amène à me poser la question suivante : comment créer — ou maintenir — un cadre à la fois sécurisant et respectueux ?

La question de la culpabilité et du sentiment de responsabilité me préoccupe. À mon sens, un soignant qui ressent de la culpabilité peut voir son jugement professionnel altéré. Je me suis donc renseigné sur les moyens mis à disposition pour gérer ces émotions. J'ai appris que certains soignants suivent des formations sur ce sujet, ou ont recours à un psychologue pour les aider à verbaliser et évacuer leurs ressentis. Le sport peut également être un moyen de se vider l'esprit, permettant ainsi de revenir au travail dans de meilleures conditions.

Au cours de notre formation, on nous enseigne qu'il est important de savoir gérer ses émotions et de maintenir une distance professionnelle. Mais sur le terrain, j'ai réalisé à quel point cela peut être difficile. La réalité du soin est avant tout humaine, et qui dit humain dit émotions.

Pourtant, la société et l'éducation tendent à proscrire l'expression émotionnelle. En tant que soignants, nous sommes donc souvent conduits à réprimer nos émotions pour nous protéger. Notre blouse blanche devient alors une forme d'armure.

Je me suis ensuite interrogé sur la manière dont les troubles psychiatriques peuvent affecter la vie sexuelle des patients, et sur la façon dont ces éléments sont pris en compte dans la relation entre soignant et soigné. Lors de certaines réunions, j'ai été surpris d'entendre des collègues s'étonner que des patients puissent avoir des relations intimes. Cela m'a interpellé : pourquoi cela serait-il interdit ? Parce qu'ils sont hospitalisés ? Parce qu'ils souffrent de troubles psychiatriques ? Ou est-ce simplement un sujet encore trop tabou ?

Je pense que la sexualité est une dimension essentielle, voire vitale, de la vie humaine. Elle peut être altérée par des facteurs médicaux, chirurgicaux ou psychologiques. Il me paraît donc essentiel que ce droit soit respecté pour chaque patient. Il nous revient, en tant que soignants, de garantir que ce droit fondamental soit exercé dans des conditions sécurisées.

En milieu hospitalier, il est essentiel d'adapter sa manière d'aborder la sexualité de façon ouverte, respectueuse et bienveillante afin de garantir des soins de qualité. Je considère donc qu'il est fondamental de respecter les valeurs, croyances religieuses et pratiques de chaque individu.

Cependant, j'ai remarqué que certains soignants éprouvaient un sentiment de culpabilité lors de la prise en charge de ce type de situation. En effet, au cours de plusieurs réunions et discussions, j'ai observé des divergences d'opinion concernant la possibilité pour les patients d'avoir des relations sexuelles. Certains considèrent cela comme normal, d'autres le jugent inacceptable. Ces différences semblent être influencées par les valeurs personnelles, les croyances religieuses et les expériences de vie de chacun.

Pour ma part, je pense qu'il n'y a ni bon ni mauvais choix. Avec mon expérience, je préfère parler d'un cadre flottant, qui permet d'individualiser les soins en fonction des situations rencontrées. Par ailleurs, en tenant compte du cadre légal et du règlement de fonctionnement du service, je pense que la mise en place de protocoles spécifiques pourrait aider l'équipe à se sentir plus en sécurité dans sa pratique, et ainsi à éprouver moins de culpabilité.

Les valeurs et la responsabilité des soignants m'amènent également à m'interroger sur les raisons pour lesquelles la sexualité demeure un sujet si tabou. Il est vrai qu'en général, aborder ce thème peut

provoquer du malaise. Pourtant, lorsqu'une alliance thérapeutique est établie avec le patient, il devient plus facile d'aborder ces questions, ce qui contribue à une meilleure qualité de prise en charge.

Cela offre aussi aux soignants l'opportunité de parler des infections sexuellement transmissibles (IST). J'ai pu observer certaines actions mises en place dans ce sens, telles que la prévention des IST, la distribution de préservatifs, ou encore des entretiens informels pour rappeler aux patients qu'ils sont hospitalisés pour prendre soin d'eux. Ce type d'initiative permettrait à l'équipe de se sentir en accord avec ses obligations professionnelles tout en respectant les droits du patient, et ainsi de ressentir moins de culpabilité.

J'ai également voulu mieux comprendre nos devoirs en tant que soignants, ainsi que les stratégies pouvant être mises en œuvre pour protéger les patients vulnérables et garantir la dignité de chacun. Cela m'amène à me poser la question suivante : comment créer — ou maintenir — un cadre à la fois sécurisant et respectueux ?

La question de la culpabilité et du sentiment de responsabilité me préoccupe. À mon sens, un soignant qui ressent de la culpabilité peut voir son jugement professionnel altéré. Je me suis donc renseigné sur les moyens mis à disposition pour gérer ces émotions. J'ai appris que certains soignants suivent des formations sur ce sujet, ou ont recours à un psychologue pour les aider à verbaliser et évacuer leurs ressentis. Le sport peut également être un moyen de se vider l'esprit, permettant ainsi de revenir au travail dans de meilleures conditions.

Au cours de notre formation, on nous enseigne qu'il est important de savoir gérer ses émotions et de maintenir une distance professionnelle. Mais sur le terrain, j'ai réalisé à quel point cela peut être difficile. La réalité du soin est avant tout humaine, et qui dit humain dit émotions. Pourtant, la société et l'éducation tendent à proscrire l'expression émotionnelle. En tant que soignants, nous sommes donc souvent conduits à réprimer nos émotions pour nous protéger. Notre blouse blanche devient alors une forme d'armure.

Je me suis ensuite interrogé sur la manière dont les troubles psychiatriques peuvent affecter la vie sexuelle des patients, et sur la façon dont ces éléments sont pris en compte dans la relation entre soignant et soigné. Lors de certaines réunions, j'ai été surpris d'entendre des collègues s'étonner que des patients puissent avoir des relations intimes. Cela m'a interpellé : pourquoi cela serait-il interdit ? Parce qu'ils sont hospitalisés ? Parce qu'ils souffrent de troubles psychiatriques ? Ou est-ce simplement un sujet encore trop tabou ?

Je pense que la sexualité est une dimension essentielle, voire vitale, de la vie humaine. Elle peut être altérée par des facteurs médicaux, chirurgicaux ou psychologiques. Il me paraît donc essentiel que ce droit soit respecté pour chaque patient. Il nous revient, en tant que soignants, de garantir que ce droit fondamental soit exercé dans des conditions sécurisées.

### **2.3 Question de départ**

J'ai choisi d'analyser ma réaction face à cette situation ; c'est pourquoi ma question de départ est la suivante : en quoi la sexualité d'un patient atteint de troubles psychiatriques peut-elle venir bousculer les valeurs du soignant ?

## **3 Cadre de référence**

### **3.1 L'institution**

#### **3.1.1 L'histoire de la psychiatrie**

L'existence de la psychiatrie remonte à des temps très anciens, comme le rapporte Yves Pelicier dans son ouvrage *Histoire de la psychiatrie*. Sur le fronton de la bibliothèque du pharaon Osymandias, on aurait retrouvé l'équivalent grec de *Psyches iatreion*, signifiant « médecin de l'âme ». Dans de nombreuses civilisations, les troubles mentaux étaient attribués à des forces surnaturelles, à la sorcellerie ou encore à la colère des dieux. La notion de maladie mentale, telle que nous la concevons aujourd'hui, n'émerge véritablement qu'à partir du XVIIIe siècle.

Hippocrate est l'un des premiers à s'intéresser à ces troubles, mais c'est surtout au XVIIIe siècle que la psychiatrie prend une dimension médicale, notamment grâce à Philippe Pinel (1745-1826). Jacques Hochmann, dans son ouvrage *Histoire de la psychiatrie* (2004), explique qu'à peine quelques mois après la Révolution française, Pinel est nommé professeur de pathologie interne à l'École de santé. C'est également à cette période que débute une réflexion approfondie sur le traitement de l'aliénation mentale. En 1793, Pinel prend la direction de l'hospice de Bicêtre, où il s'efforce d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans son *Traité médico-philosophique sur*

*l'aliénation mentale* publié en 1801, il plaide pour une reconnaissance de ces troubles au sein d'une médecine éclairée par la philosophie et la psychologie naissante. C'est ainsi que l'histoire fait de Pinel le père de la psychiatrie moderne.

Autrefois appelés *asiles*, ces établissements ne sont renommés *hôpitaux psychiatriques* qu'en 1937, de même que l'appellation *infirmier des asiles* devient *infirmier psychiatrique*. Au début du XXe siècle, la théorie de Sigmund Freud, fondateur de la psychanalyse, marque un tournant. Dans son article « L'émergence du symptôme psychique », il explique que l'inconscient joue un rôle fondamental dans l'apparition des troubles mentaux.

Par la suite, l'arrivée des premiers traitements médicamenteux, notamment les antipsychotiques et les antidépresseurs, permet une désinstitutionalisation progressive des patients. Au XXIe siècle, de nouvelles avancées voient le jour dans les domaines des neurosciences, des traitements, et de la génétique. Des approches intégrant l'environnement et les liens sociaux du patient viennent également enrichir la prise en charge, témoignant de l'évolution constante de cette discipline qu'est la médecine.

### **3.1.2 Les modes d'hospitalisation**

Les modalités d'admission et les parcours de soins pour une personne souffrant de troubles psychiatriques varient selon qu'elle accepte ou non les soins. Lorsqu'une admission en soins psychiatriques se fait sans le consentement de la personne, elle peut être décidée par le directeur de l'établissement à la demande d'un tiers ou en cas de danger imminent pour la personne concernée. Elle peut également être ordonnée par le préfet lorsque le comportement de la personne constitue une menace pour la sécurité d'autrui.

- Les soins psychiatriques libres (SL) :

Il s'agit d'une hospitalisation avec le consentement du patient. Ce dernier accepte les soins et est libre de quitter l'établissement à tout moment. Toutefois, si l'état du patient se dégrade ou présente un danger, le médecin peut décider de transformer le régime de soins libres en soins sans consentement, afin d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.

- Les hospitalisations sans consentement :

Elles se déclinent en plusieurs formes, encadrées par le Code de la santé publique :

- Soins à la demande d'un tiers (SDT) / Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)  
Encadrés par les articles L3212-1 et L3212-3 du Code de la santé publique.
- *Établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxièmes et troisièmes alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. »*
- Soins en cas de péril imminent (SPI)  
Prévu à l'article L3212-1 II 2 du Code de la santé publique. Cette mesure est mise en œuvre « *quand les troubles rendent impossible son consentement et mettent le malade en situation de péril imminent* ». Elle est également *applicable lorsqu'aucun tiers n'est disponible pour rédiger une demande d'hospitalisation.*
- Soins sur décision du représentant de l'État (SDRE)  
Encadrés par l'article L3213-1 du Code de la santé publique. Cette procédure est engagée lorsque « *troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ».

### 3.1.3 Le métier d'infirmier

Je débute par une partie tirée du manuel *Soin infirmier en psychiatrie : rôle propre et cas concrets* de Serge Tribolet (1994), qui définit le travail infirmier d'une manière parlante pour moi :

*« Être infirmier ne semble pas à la portée du premier venu. C'est pouvoir agir avec ce qu'il y a de plus subtil en soi et en les autres, la sensible condition humaine : avec sa santé, ses joies, ses misères, ses rires et ses larmes. Être infirmier, c'est avant tout côtoyer, tous les jours l'un des espaces les plus intimes de l'homme : sa souffrance et sa nudité. Lorsque la santé se trouve fragilisée — santé physique ou mentale - le cours de la vie en est modifié, parfois menacé ; l'infirmier est là avec son vécu et sa façon d'appréhender et de faire appréhender la maladie. Les études n'enseignent pas à l'infirmier l'art et la manière de dispenser douceur et amour dans le soulagement de l'Autre. L'humilité et le respect de l'Autre s'acquièrent dans l'expérience de la détresse d'autrui. Être infirmier ne se limite pas à sonder, perfuser, piquer, panser... c'est avant tout l'implication de la double exigence du savoir-faire et du savoir-être. Le premier est enseigné dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et se consolide avec l'expérience quotidienne. Le second nécessite une connaissance de soi et de l'autre. »*

Depuis 1955, la formation des infirmiers se déroule sur deux ans et se compose de 120 cours théoriques. Elle est uniforme sur l'ensemble du territoire.

La profession d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) est officialisée par l'arrêté du 12 mai 1969. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les ISP verront alors leur durée de formation allongée, chacun avec des rôles et des missions précises.

L'arrêté du 26 avril 1979 augmentera la durée des études à 33 mois pour les deux formations, avec une première année en commun. En 1992, donc peu de temps après, l'État Français met un terme à l'aventure. L'arrêté du 23 mars 1992 instaure le diplôme unique. Ce diplôme commun signe pour certain la fin de la psychiatrie, la direction générale de la santé décide durant l'été 2004 à rendre obligatoire « *la considération et l'intégration des savoir et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie* ». Notre profession est désormais régie par les dispositions du Code de la Santé Publique article R.4311-1 au 4312-49. Mais aussi par L'Ordre des infirmiers « *LOI n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers avec les articles L. 4312-1 et suivants du Code de la santé publique.* » elle régit notre pratique, comme le stipule l'article R.4311-2 du C.S.P « *L'infirmier a un rôle préventifs, curatif, ou palliatifs, intégrant qualité technique et qualité des relations avec le malade* » il dit aussi que les soins « *ont pour objet, dans le respect des droits de la personne... 1° de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou de l'autonomie de leurs fonctions vitales physique et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social..2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des information utiles aux autre professionnels, et notamment au médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leur prescriptions..* »

### **3.1.4 L'infirmier en psychiatrie**

Si je me réfère à l'article cité précédemment, la spécificité du travail infirmier en psychiatrie découle directement de la nature même du soin. Celui-ci vise à maintenir et restaurer la santé physique et psychique du patient, en l'accompagnant dans des moments difficiles de sa vie. L'infirmier a pour rôle de protéger le patient de lui-même, des autres, et de ses comportements à risque. Pour ce faire, les professionnels doivent posséder une connaissance solide des pathologies, ce qui leur permet d'être moins anxiogènes dans leur prise en charge.

Il doit être à l'écoute, faire preuve d'une observation fine et d'une analyse pertinente des différents problèmes que peut rencontrer le patient. La relation, l'observation et le travail d'équipe sont les points clés de la prise en charge. Il doit être en mesure d'expliquer le traitement, ses effets attendus et ses effets indésirables, ce qui favorise une meilleure alliance thérapeutique. L'infirmier, tout comme les aides-soignants, est en première ligne en psychiatrie pour accompagner les patients vers une vie plus stable et une meilleure santé. Pour cela, il est essentiel de prendre en compte tous les paramètres et dimensions du patient, y compris celle de la sexualité, afin d'assurer une prise en charge globale.

Néanmoins, l'infirmier est confronté à la réalité du terrain, où son travail s'articule autour de deux axes : le rôle propre et le rôle prescrit.

Le rôle propre lui permet d'agir en autonomie, en mobilisant les savoirs et compétences acquis au fil de sa formation et de son expérience, tout en respectant le cadre professionnel. Le rôle prescrit, quant à lui, concerne les actes techniques réalisés sur délégation d'un médecin, à la suite d'une prescription. Le rôle propre repose davantage sur le savoir-être, tandis que le rôle prescrit s'appuie principalement sur le savoir-faire, encadré par des protocoles médicaux.

En psychiatrie, la relation avec le patient est au centre du soin et ne peut se limiter à l'exécution stricte de protocoles. Chaque échange est unique, imprévisible, influencé par les émotions et l'état psychologique de chacun. Comprendre l'autre et l'accompagner dans son parcours demande une sensibilité et une capacité d'adaptation qui vont au-delà du cadre formel. Le travail en équipe et la personnalité de chaque soignant créent un cadre flottant, permettant de personnaliser chaque prise en charge. Cela rend possible, face à des situations difficiles, l'ajustement de la pratique afin de trouver un équilibre entre les exigences institutionnelles et les besoins du patient.

## **3.2 La sexualité du patient en psychiatrie**

### **3.2.1 La sexualité**

Pour amorcer cette réflexion, il me paraît pertinent de définir la notion de sexualité. Pour cela, je m'appuierai tout simplement sur la définition du dictionnaire Larousse : « ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant ». Cette définition montre l'importance de la diversité des aspects que recouvre la sexualité, au-delà de la simple dimension biologique. Pour moi, la sexualité représente un axe fondamental de l'être humain, englobant des

dimensions telles que le comportement, les émotions, l'identité sexuelle, le désir et, surtout, le rapport intime.

Il est essentiel de préciser que la sexualité ne se réduit pas à l'acte sexuel en lui-même, mais intègre également des notions d'orientation sexuelle et de « genre », qui ont pris une place de plus en plus centrale dans les réflexions contemporaines.

Après avoir défini la sexualité, je trouve important d'aborder la notion du désir. Selon le Larousse, « l'action de désirer, d'aspirer à avoir, à obtenir, à faire quelque chose ; envie, souhait ». Du point de vue philosophique, Kant a dit : « Le désir est l'autodétermination du pouvoir d'un sujet par la représentation d'un fait futur, qui serait l'effet de ce pouvoir ». Cette définition montre à quel point le désir est au centre de l'expérience humaine et joue un rôle clé dans les dynamiques relationnelles, affectives et sexuelles.

Pour mieux comprendre la sexualité, Bonnet G. s'est inspiré des écrits de Freud sur le sujet. Il décrit cinq sexualités différentes :

- **Sexualité infantile** : l'enfant a des désirs sexuels, et ces envies évoluent à chaque stade du développement de l'être. Chaque stade représente un mode d'expression de la sexualité.
- **Sexualité adulte** : cette sexualité s'exprime au travers de relations émotionnelles et affectives.
- **Sexualité réprimée** : Freud explique que la société impose des normes qui peuvent réprimer certains désirs. Cela crée des conflits internes où la sexualité finit par être exprimée autrement.
- **Sexualité perverse** : elle inclut les pratiques sexuelles considérées comme déviantes.
- **Sexualité fantastique** : elle met en avant l'importance du fantasme dans la psyché.

Mais pour Bonnet, il existe une dernière sexualité, celle du « je », qui inclut toutes les autres, tout en mettant en avant les préférences individuelles.

Dans leur ouvrage « La problématique du corps, de la sensorialité et de la motricité dans la vie psychique, corrélée aux souffrances de la symbolisation », Calza et Contant (2012) expliquent que le désir constitue un moteur fondamental des relations humaines. Ils soulignent également que les patients psychotiques éprouvent des difficultés à différencier les pulsions, les besoins et les désirs. Cette confusion engendre et aggrave les conflits relationnels, rendant plus complexe la construction d'un lien adapté.

Dans ma situation, les deux patients ne sont pas encore stabilisés sur le plan psychique. Ont-ils réagi par des pulsions ou bien ont-ils ressenti du désir ? Il est difficile de se prononcer sur leur vision de la sexualité de manière générale. Nous devrions d'abord comprendre la sexualité dans le contexte de la névrose et de la psychose afin de nous interroger plus précisément sur le sujet.

### **3.2.2 La sexualité du schizophrène**

La sexualité fait partie de la vie, même pour les patients psychotiques, mais elle reste malheureusement souvent mise de côté en psychiatrie.

Pour mieux comprendre le rapport au corps chez les patients schizophrènes, notamment le morcellement ou les différentes hallucinations, y compris les hallucinations cinesthésiques, il est nécessaire de définir la schizophrénie. Ce terme, proposé par Eugen Bleuler en 1911 pour remplacer la notion de « démence précoce », désigne un trouble mental classé parmi les troubles psychotiques. La schizophrénie se caractérise par une dissociation psychique, c'est-à-dire une désorganisation globale de la pensée, de la mémoire et de l'attention. Les symptômes incluent des délires (comme des sentiments de persécution), des hallucinations, des difficultés d'interprétation et un repli sur soi. Les relations sociales sont souvent altérées, marquées par un émoussement affectif et de l'apathie.

Le rapport au corps des patients schizophrènes est particulièrement significatif. Dans l'ouvrage de Manuella De Luca, cité par Boutinaud A. (p. 253) dans *Image du corps, Figures psychopathologiques et ouvertures cliniques* (2009), il est écrit : « La meilleure représentation d'ensemble que je puisse m'offrir de mon corps, de sa configuration, de ses dimensions, de sa couleur, je la trouve dans une psyché ». Cette citation souligne l'importance de l'image du corps dans le comportement des patients schizophrènes. M. De Luca explique que la dissociation, décrite par Bleuler comme le cœur de la schizophrénie, engendre une déconnexion de la réalité, affectant à la fois les relations avec autrui et la relation au corps. Elle ajoute que l'image du corps joue un rôle central dans le comportement du patient et permet parfois de comprendre les luttes internes que le sujet vit.

La question de la sexualité chez les patients schizophrènes suscite chez moi de nombreuses interrogations. Peuvent-ils entretenir des relations intimes ou leur sexualité est-elle uniquement pulsionnelle ? Ont-ils des relations à des fins utilitaires (par exemple, dans le cadre de la prostitution ou de la consommation de substances) ou recherchent-ils d'autres formes de satisfaction sexuelle ?

Dans l'article de Gérard Bonnet, « La sexualité des patients schizophrènes » (2009, p. 29), le psychanalyste explique que les personnes schizophrènes ont une sexualité marquée par des troubles des représentations et des difficultés dans la relation à l'autre. Les patients vivent une ambivalence entre leurs désirs sexuels qu'ils fantasment et la réalité, qui peut être difficile à accepter.

Il souligne également l'importance de garder en tête que parfois leur sexualité peut être influencée par des éléments délirants ou hallucinatoires, ce qui peut mener à des mises en danger et à une forme de vulnérabilité accrue.

### **3.2.3 Vulnérabilité du patient**

Lorsque l'on parle de patients atteints de troubles psychiatriques, il me semble pertinent d'évoquer la notion de vulnérabilité. Leurs relations humaines peuvent naître d'un consentement mutuel et d'un désir partagé. Toutefois, il arrive aussi que ces relations prennent forme dans des contextes marqués par la confusion, l'illusion, le délire ou des besoins spécifiques. Dans de telles situations, certaines personnes, en raison de leur état, peuvent se retrouver en position de vulnérabilité, nécessitant une attention et un accompagnement bienveillant.

Selon le Larousse, la vulnérabilité se définit comme « *caractère vulnérable de quelque chose ou de quelqu'un* ».

D'un point de vue philosophique, je me suis basé sur les écrits d'Agata Zielinski, Docteur en philosophie, qui considère que la vulnérabilité est fondamentalement liée à l'existence humaine, qu'elle soit corporelle ou psychique. Elle l'a définie dans son article *La vulnérabilité dans la relation de soin : Fonds commun d'humanité* (pages 86-106) : « Nous sommes bien dans le registre du combat – un combat qui, dans la situation de soin, se joue peut-être moins entre les personnes qu'à l'intérieur de chacun, dans la conscience souvent soudaine et malvenue d'être comme sans armure. »

Dans son article, elle explore la vulnérabilité chez les patients, soulignant que ceux souffrant de troubles mentaux peuvent éprouver des difficultés à se protéger eux-mêmes et adopter des comportements à risque. Zielinski défend une approche humaniste du traitement des troubles mentaux, qui ne se limite pas à observer les symptômes mais prend en compte l'ensemble du contexte de vie. Elle plaide pour un soutien bienveillant et une écoute attentive, afin d'offrir à chacun les outils nécessaires pour se reconstruire. Dans cette perspective, la vulnérabilité ne doit pas être perçue comme une faiblesse, mais comme une facette essentielle de notre humanité, qui mérite d'être comprise. Pour

elle, « La relation de soin est rencontre de deux vulnérabilités. Vulnérables l'un à l'autre, vulnérables l'un par l'autre : ce serait là le 'fonds commun de l'humanité'. »

De même, Pringuey, D., Papetti, F., Cherkh, F. et Tible, O. (2009), dans leur article *Vulnérabilité et trouble mental* (pages 93-101), soulignent l'importance de repérer les facteurs qui rendent certaines personnes plus fragiles face aux troubles mentaux. Ils mettent en avant la nécessité d'adapter les interventions pour aider ces individus à mieux faire face aux difficultés et à renforcer leur capacité à rebondir. Les auteurs soulignent également que les problèmes de santé mentale résultent souvent d'un mélange complexe de causes biologiques, psychologiques et sociales. Ces fragilités peuvent être aggravées par des situations stressantes ou des épreuves de la vie. Pour y répondre correctement, l'article rappelle l'importance de la coopération entre les professionnels de santé.

Dans ma situation, j'ai perçu que les soignants étaient touchés par ce que vivait la patiente, mais qu'ils se sentaient démunis face à leur incapacité à la protéger et à empêcher que cela ne se produise. Cette impuissance semblait liée à plusieurs facteurs : l'organisation du service, l'état psychique du patient et la nature même de l'acte. En y réfléchissant, je ne pense pas que cet événement aurait pu être évité, que ce soit en institution ou à l'extérieur. Cette jeune femme reste vulnérable en raison de sa pathologie, ce qui rend sa protection particulièrement complexe, quelles que soient les circonstances.

### **3.3 L'élaboration de l'identité du soignant**

#### **3.3.1 Les valeurs**

Afin de comprendre comment les actions du soignant peuvent être influencées, il est essentiel d'explorer les valeurs, les opinions et l'éthique qui orientent ses pratiques professionnelles, car ces éléments constituent son identité morale et sa responsabilité dans la relation soignant-soigné.

Pour mieux comprendre l'impact des valeurs, des opinions, de la responsabilité et de l'éthique sur les pratiques soignantes, j'ai décidé d'aborder ces concepts.

Je commencerai par définir le concept des valeurs. Selon le dictionnaire Larousse, les valeurs sont « ce par quoi quelqu'un est digne d'estime sur le plan moral, intellectuel, professionnel, etc. ».

D'un point de vue plus philosophique, je me suis appuyée sur l'enquête réalisée par Christine Ceaux et Nadia Péoc'h (2012) dans l'article Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé au CHU de Toulouse. Elles abordent

l'implication des valeurs dans le travail des soignants et analysent quelles sont celles qui prédominent. Elles citent dans leur article : « La valeur n'est pas une vérité, la vérité n'est pas une valeur, mais les deux existent séparément. Il y a d'un côté ce qui relève de la connaissance, de la vérité : deux et deux font quatre, la Terre tourne autour du Soleil ; de l'autre, ce qui relève de la valeur, de la morale, c'est-à-dire des jugements individuels ». Elles explorent la relation entre les valeurs professionnelles et organisationnelles dans un contexte hospitalier. Pour cela, elles s'appuient sur la distinction établie par David Hume entre le « is » (ce qui est) et le « ought » (ce qui devrait être), une approche qui permet de mettre en lumière les valeurs guidant les pratiques soignantes.

Notre compréhension du monde est fortement influencée par nos croyances et nos représentations. En fin de compte, ce sont nos valeurs qui orientent nos actions et nos décisions, notamment dans le domaine des soins.

Dans leurs articles, Ceaux et Péoc'h explorent également les valeurs sous l'angle de la sociologie et de la psychologie, les considérant comme un système structuré qui influence les croyances et les convictions des individus et des groupes au sein de la société. Ces valeurs peuvent être morales (comme le respect ou l'altruisme), idéologiques (liées aux convictions politiques) ou spirituelles (associées à la religion). Nous les intégrons dans nos pratiques quotidiennes, notamment lors de nos interactions avec un patient, dans nos décisions et dans la manière de les prendre en charge. Les valeurs influencent directement nos actions et nos choix, que ce soit dans le cadre professionnel ou dans la société en général. Elles sont perçues comme des façons d'être et d'agir idéales, capables de guider les comportements et les jugements individuels. Ces valeurs jouent un rôle essentiel en orientant les actions et en servant de repères pour les choix et les décisions.

Dans son article Les valeurs en crise, Florence Gruat ajoute que nos valeurs sont souvent le dernier rempart contre la maltraitance. Mais elle aborde également les valeurs communes propres au métier d'infirmier et celles qui nous sont propres. Elle cite : « Ce qui peut nous inquiéter au sein de notre société, comme à l'hôpital, ce n'est pas l'immoralité, ni l'amoralité, mais plutôt la disparition du sentiment de culpabilité engendrée par la transgression morale ». Elle explique que le patient a des valeurs qu'il faut accepter et respecter.

Pour ma part, je considère que les valeurs sont propres à chacun et peuvent découler de notre éducation, de notre entourage ou de notre parcours de vie. Il est inévitable de les confronter à nos préjugés, souvent influencés de manière inconsciente par nos idées reçues.

### 3.3.2 Les préjugés

Dans son ouvrage *Les préjugés, les stéréotypes, la discrimination, le racisme et l'ethnicisation*, Margalit Cohen-Emerique explore les incompréhensions et les préjugés qui émergent des différences culturelles, impactant ainsi la communication entre les divers groupes sociaux. Elle met en avant le rôle des représentations et des stéréotypes que chacun peut développer, soulignant leur influence sur la perception des autres. Ces préjugés, en simplifiant ou déformant la réalité, rendent souvent la compréhension mutuelle entre individus plus complexe.

Ils influencent nos pensées et nos comportements, principalement à travers l'éducation. Cependant, ils font naturellement partie du fonctionnement de l'esprit humain. Pour mieux appréhender cette notion, il est intéressant de revenir à l'étymologie du terme *praejudicium*, qui signifie littéralement « jugement porté avant l'expérience ». Selon le dictionnaire Larousse, un préjugé est défini comme une « opinion préconçue, influencée par des critères personnels, qui oriente favorablement ou défavorablement notre perception de quelqu'un ou de quelque chose ». Cette définition illustre parfaitement les réflexions de Margalit Cohen-Emerique.

Dans la même optique, M. Phaneuf, dans son ouvrage *Relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique* (2016, p. 11), rappelle que « ces différences peuvent engendrer des valeurs et des habitudes de vie différentes des vôtres, mais elles doivent être respectées ». Il est naturel pour chacun de classer les autres en catégories, ce qui peut mener à des idées reçues et des jugements qui risquent de brusquer. Pour éviter ce comportement et garantir une prise en charge adaptée, il est essentiel de comprendre l'histoire et le vécu de la personne concernée, notamment dans le cadre de certaines pathologies. Par exemple, dans ma situation, savoir que la patiente traverse un épisode maniaque permet d'adapter l'attitude et d'éviter toute interprétation erronée de son comportement.

Bien que nous ne puissions totalement éliminer nos préjugés ni leur influence, il est fondamental d'adopter une posture réflexive afin d'améliorer notre manière d'être et d'interagir avec les autres. Cette remise en question constante permet d'éviter les jugements, de maintenir une posture neutre et d'accepter chacun tel qu'il est, favorisant ainsi un respect mutuel. Dans ma situation, les professionnelles ont pris en compte la pathologie et l'histoire de vie de la patiente, permettant ainsi d'éviter un jugement hâtif sur la situation.

### 3.3.3 Le tabou du soignant face à la sexualité

En abordant la sexualité, il me semble pertinent de la relier directement au terme « tabou ». Ce lien peut résulter de divers facteurs, tels que les influences religieuses, sociétales, éducatives, la pudeur, les incompréhensions, ainsi que l'évolution des mentalités.

D'après le dictionnaire Larousse, l'origine du terme vient des Polynésiens, où il désignait une « interdiction de caractère sacré qui pèse sur une personne, un animal ou une chose ». De nos jours, ce mot revêt une autre connotation, étant employé pour signifier « un interdit d'ordre culturel et/ou religieux qui pèse sur le comportement, le langage ou les mœurs ».

Dans l'article de Michel Foucault, *Sexe et Tabou*, publié dans *Le Cahier de psychologie clinique* (2014), l'auteur explore la complexité des tabous associés à la sexualité. Ce texte met en lumière l'impact profond des tabous sur les comportements individuels et les perceptions culturelles. Il souligne l'importance d'encourager une communication ouverte et bienveillante autour de ces sujets souvent délicats. En brisant les stigmates, cette démarche ne favorise pas seulement une meilleure santé mentale, mais crée également un climat de confiance et d'acceptation.

L'article invite aussi à une réflexion sur le rôle des thérapeutes. À travers leur écoute et leur accompagnement, ces derniers peuvent aider les patients à explorer leurs interrogations et à surmonter les blocages liés à ces enjeux complexes. Ce travail d'accompagnement s'inscrit dans une volonté d'apporter soutien et apaisement, en valorisant la compréhension et la compassion dans les relations thérapeutiques.

Dans la série *Sex Education* de Laurie Nunn (Netflix), la sexualité est abordée de manière ludique, drôle et sans tabou. Cette approche de la sexualité correspond à ce que la Société internationale de médecine sexuelle et l'OMS définissent comme une « sexualité positive ». Cette vision peut être perçue comme une approche bienveillante et ouverte de la sexualité, qui valorise le plaisir, la communication, le respect et le consentement. Elle considère la sexualité comme une dimension naturelle et saine de la vie humaine, contribuant au bien-être physique, émotionnel et relationnel. Les principes de cette sexualité reposent sur un accord clair, libre et éclairé pour toute activité sexuelle, le respect de l'égalité, la communication, l'absence de jugement, ainsi que l'éducation et l'information. Parmi ses objectifs, on trouve la volonté de réduire la honte, les stigmates et les tabous liés à la sexualité.

Cependant, un paradoxe demeure : si la sexualité est banalisée à travers les médias, films, séries, publicités, ou encore sur Internet, et semble ne plus choquer personne, elle devient pourtant un sujet sensible lorsqu'on en parle sérieusement, que ce soit dans une conversation ou un débat.

On peut dès lors se poser la question : existe-t-il une sexualité dite « normale » afin qu'elle ne devienne pas taboue ?

### **3.3.4 L'éthique**

Les soignants, face à l'absence de protocoles clairement définis concernant la sexualité des patients, se retrouvent souvent confrontés à une question fondamentale : que dois-je faire ? Dans de telles situations, la décision prend une dimension éthique.

L'éthique trouve ses origines dans l'Antiquité, le mot venant du grec *ethikos*, qui signifie « relatif aux mœurs ». Selon le dictionnaire Larousse, l'éthique est définie comme « l'ensemble des principes moraux qui sous-tendent la conduite de quelqu'un ». Elle prend tout son sens lorsqu'elle est mise au service de l'humain. Dans sa conférence *Le soin ou l'éthique en acte* (2017), Éric Delassus souligne l'importance du soin dans notre rapport aux autres et à nous-mêmes. Pour lui, le soin n'est pas simplement une pratique ; c'est le cœur même de l'éthique, une attention bienveillante qui donne du sens à nos actions. Il distingue ainsi la morale, régie par des règles universelles, de l'éthique, qui s'adapte aux particularités de chaque situation pour mieux respecter la dignité et les besoins individuels de chaque personne. L'éthique du soin, par conséquent, permet d'exprimer toute notre humanité à travers les gestes et l'accompagnement que nous prodiguons.

Il est donc essentiel de différencier la morale de l'éthique, deux concepts liés mais distincts. La morale repose sur un ensemble de règles établies par la société, la culture, la religion ou les traditions, servant de repères pour définir ce qui est considéré comme bien ou mal de manière générale. L'éthique, quant à elle, est une démarche plus personnelle et philosophique qui interroge les principes moraux et les adapte aux réalités et aux contextes spécifiques. Contrairement à la morale, qui impose des normes fixes, l'éthique offre une approche plus souple et réfléchie, prenant en compte la complexité des situations humaines.

Tom Beauchamp et James Childress définissent l'éthique du soin à travers quatre principes fondamentaux dans leur ouvrage *Principles of Biomedical Ethics* (2013), que nous avons étudié en classe. Ces principes placent l'humain au cœur de la prise en charge médicale :

1. **L'autonomie** : respecter la capacité du patient à prendre des décisions éclairées concernant sa santé. Le soignant a le devoir de fournir toutes les informations nécessaires afin d'assurer un consentement libre et éclairé.
2. **La bienfaisance** : agir dans l'intérêt du patient, en maximisant les bénéfices des soins tout en réduisant les risques.
3. **La justice** : garantir un accès équitable aux soins, sans discrimination, et assurer une répartition juste des ressources médicales.
4. **La non-malfaisance** : éviter tout acte médical inutile ou risqué pouvant nuire au patient.

Ces principes offrent un cadre éthique essentiel pour assurer des soins respectueux, bienveillants et justes, plaçant la dignité et le bien-être du patient au centre des décisions médicales.

### 3.3.5 Les représentations

J'ai souhaité commencer par analyser la représentation que la société a de la psychiatrie. Pour ce faire, je me suis appuyé sur une étude réalisée entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cette étude, intitulée La santé mentale en population générale : image et réalité, avait pour objectif d'évaluer l'augmentation des troubles mentaux et de repérer les représentations sociales associées à ceux-ci.

Les enquêteurs se sont centrés sur trois termes : « fou », « malade mental » et « dépressif ». Les personnes interrogées devaient associer ces termes à des comportements qu'elles considéraient représentatifs, comme des comportements violents, des bizarreries, des délires, de l'anxiété, etc. Les résultats ont montré que le terme « fou » était plus souvent utilisé que « malade mental » et était associé à des actes graves tels que des meurtres, tandis que « malade mental » était lié à la violence en général, des comportements ou discours bizarres, et des délires, donc davantage à des symptômes pathologiques.

J'ai choisi d'étudier cette enquête car elle met en lumière les stéréotypes dominants associés à la santé mentale et à la psychiatrie en général.

Chaque soignant développe ses propres représentations au cours de sa carrière, façonnées par son parcours de vie et ses expériences. En tant qu'êtres humains, nous sommes tous uniques, influencés

par notre histoire, notre sensibilité et notre regard sur le monde. Nous possédons également une identité personnelle, influencée par notre culture et nos liens sociaux, qui forge nos perceptions et nos réactions. Ainsi, face aux situations quotidiennes, chacun réagit à sa manière, selon les contextes et les expériences rencontrées.

D'un point de vue plus philosophique, les représentations des soignants influencent fortement leur approche des patients, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets sensibles comme la sexualité. Chacun porte en lui un regard façonné par son éducation, sa culture et ses croyances, ce qui peut parfois générer des incompréhensions ou des jugements inconscients. Comme l'explique Jean-Claude Abric dans *Pratiques sociales et représentations* (1994), la représentation « est une vision du monde fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ces comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (et donc de s'y adapter, de s'y définir une place) ».

Lorsqu'un soignant est confronté à la sexualité du patient, il peut ressentir une gêne ou être influencé par ses propres valeurs, ce qui peut instaurer une distance dans la relation de soin. Lisa Djadaoudjee, dans *La revue de l'infirmière* (2013), souligne que « cette différence peut, au départ, faire peur car elle se heurte à nos propres valeurs, nos propres croyances ». Cela met en évidence le fait que cette différence peut engendrer de l'appréhension, car elle résonne avec nos repères personnels et nos croyances, alimentant parfois des préjugés.

Elle conclut que les soignants doivent prendre du recul par rapport à leurs propres représentations afin d'adopter une posture d'écoute et de bienveillance. Aller au-delà de leurs appréhensions et accueillir chaque patient avec ouverture permettrait un accompagnement respectueux, sans jugement, où la parole peut circuler librement. La sexualité fait partie intégrante de la vie de chaque individu et, en tant que professionnels, les soignants ont un rôle essentiel à jouer pour aborder cette dimension avec sensibilité et humanité.

### **3.4 Synthèse du cadre de référence**

Dans le cadre de mon étude de situation, j'ai exploré différentes théories et travaux existants sur la sexualité des patients en psychiatrie et son impact sur les pratiques des soignants. Afin de poser des bases solides à ma réflexion, j'ai commencé par m'intéresser à l'institution psychiatrique, à son histoire et à son évolution au fil du temps. Ce retour aux origines m'a permis de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les soins aujourd'hui.

Dans cette continuité, j'ai abordé le rôle de l'infirmier en général, avant de me concentrer spécifiquement sur celui exercé en psychiatrie. Ce passage était essentiel pour rappeler les fondements de notre métier, les connaissances sur lesquelles il repose, ainsi que les compétences indispensables pour accompagner les patients dans leur globalité. Parmi ces compétences, l'intégration de la dimension de la sexualité est un enjeu fondamental, raison pour laquelle j'ai choisi d'en faire la seconde partie de mon cadre de référence.

La sexualité ne se limite pas à son aspect biologique ; elle englobe des notions telles que le désir, l'identité, le plaisir ou encore les pulsions. Elle évolue tout au long de la vie, de l'enfance à l'âge adulte, et peut prendre différentes formes. Chez les patients psychotiques, elle présente une complexité particulière, notamment en raison de la difficulté à distinguer pulsions et désirs, ce qui peut parfois refléter leur vulnérabilité.

Les patients en psychiatrie, souvent déjà fragilisés, nécessitent une approche bienveillante et adaptée. De leur côté, les soignants ne sont pas neutres ; ils portent en eux leurs propres valeurs, leurs croyances, et peuvent être influencés par les tabous entourant la sexualité. La réalité de la vulnérabilité des patients et l'identité éthique des soignants met en évidence la nécessité d'adopter une posture réflexive et d'encourager une communication ouverte dans la relation de soin.

Ces éléments constituent le socle théorique sur lequel repose mon enquête exploratoire. Ils permettent de mieux cerner les enjeux institutionnels et humains liés à la prise en charge de la sexualité en milieu psychiatrique.

### **3.5 Outil utilisé**

Afin de confronter mon cadre de référence, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Cette méthode, selon Lincoln (1995), « est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes ». L'intérêt de cette approche réside dans sa capacité à offrir un cadre souple où le chercheur peut à la fois orienter la discussion à l'aide de questions directrices tout en laissant les participants raconter des situations vécues.

L'objectif de ces entretiens est de permettre aux soignants de partager librement leurs expériences et perceptions en lien avec la gestion de la sexualité des patients en psychiatrie. En insérant des questions directrices, je souhaite m'assurer que certains aspects essentiels de la problématique sont abordés tout en permettant aux soignants d'exprimer leurs vécus, leurs dilemmes et leurs réflexions personnelles.

Cela contribuera à éclairer l'impact de leurs représentations et de leurs valeurs sur la prise en charge de la sexualité des patients et à mieux comprendre les défis auxquels ils sont confrontés.

Cette méthodologie me permettra de recueillir des données riches et nuancées, essentielles pour analyser les pratiques soignantes dans ce domaine sensible.

### **3.6 Population choisie / Lieu d'investigation**

J'ai choisi d'interroger des infirmiers travaillant en psychiatrie, d'une part en service d'accueil de crise fermé, mais aussi dans des services de soins pour patients chroniques, tels que la gérontopsychiatrie ou les unités ouvertes de long séjour. En effet, en raison de leurs hospitalisations plus longues, ces patients sont plus susceptibles de créer des liens, ce qui pourrait me permettre de comparer les réactions des soignants et leur approche du sujet.

De plus, il me semble pertinent d'interroger des infirmiers de tous âges, à la fois des plus jeunes, qui apportent une perspective sur la société actuelle, et des plus âgés, qui peuvent offrir leur maturité et leur expérience.

### **3.7 Synthèse des entretiens**

#### **3.7.1 Entretien 1 Madame Féline**

Féline est une jeune femme de 27 ans, diplômée infirmière en 2022. Dès l'obtention de son diplôme, elle commence sa carrière en gérontopsychiatrie. Cela fait donc trois ans qu'elle travaille dans ce service, tout en effectuant de nombreux renforts dans d'autres unités, notamment en accueil crise fermé et dans des services de mineurs.

Dans son quotidien, Féline observe que la sexualité est peu présente dans son service de gérontopsychiatrie, en raison du vieillissement et de la démence de certains patients. Elle explique : « En géronto, il n'y a pas vraiment de question sexuellement parlant, parce qu'il n'y a plus... enfin, il n'y a plus de fécondité possible, on va dire. Ça peut arriver, mais on a la chance de pouvoir jouer sur l'âge et la démence, donc on peut calmer un peu le jeu » (Lignes 16 à 19). De son point de vue, les personnes âgées n'ont pas droit à une vie sexuelle, car elles n'ont plus de libido. À l'inverse, elle explique que dans les unités de crise, notamment pour certains patients en phase maniaque, il peut arriver qu'ils établissent des relations affectives. Elle précise : « Après, quand tu vas en accueil crise, ça arrive

fréquemment que des patients un peu "up", surtout dans les phases maniaques, trouvent des amourettes par-ci par-là. Tu cadres direct sur le fait qu'on est dans un lieu public. Pas de gestes affectifs devant tout le monde » (Lignes 19-22).

Féline distingue le désir personnel du patient des pulsions qui peuvent être pathologiques. Elle explique que certains patients peuvent être désinhibés, jusqu'à exprimer une sexualité qui ne correspond pas à leur identité habituelle : « Oui, des fois on se fait un peu avoir, mais après c'est propre à certaines pathologies, tout ce qui est désinhibition. Surtout les patients "up". On va avoir beaucoup de désinhibition de sexualité, ils vont beaucoup aller vers les autres. Souvent, ils vont devenir homosexuels alors qu'ils ne le sont pas à la base. On va vachement le voir, ça va très vite en service de toute façon » (Lignes 29-33). Quant au désir, elle affirme n'en avoir que rarement observé. Lorsque cela se produit et que les soignants ont l'impression que les deux patients agissent de leur propre libre arbitre, ils interviennent immédiatement.

Après mes premières questions, il me semble que le parcours de Féline, marqué par une première expérience en gérontopsychiatrie et ses renforts en unité fermée, a influencé ses réponses. Pour elle, la sexualité n'a pas sa place dans un établissement de santé. Les rares situations qu'elle a rencontrées étaient principalement liées à une pathologie, plutôt qu'à un désir réel et consenti entre deux personnes.

Concernant la collaboration en équipe pluridisciplinaire et la position du service sur la sexualité, Féline affirme qu'aucune position officielle n'a été adoptée dans son service. En revanche, elle souligne que lors de ses interventions en renfort dans des services accueillant des patients mineurs, la question de la sexualité est plus présente en raison de l'écart d'âge entre les adolescents et du cadre législatif relatif à la protection des mineurs et à la majorité sexuelle. Cela met en évidence l'importance de l'âge dans la perception et l'acceptation de la sexualité, ainsi que l'influence du cadre institutionnel. Elle compare son service en gériatrie, où la sexualité est souvent restreinte voire interdite, aux maisons de retraite, où des relations peuvent se nouer, parfois jusqu'à des remariages.

Le droit à la sexualité des patients est un sujet qui met Féline mal à l'aise : « Moi personnellement, je ne suis pas forcément pour, car on reste dans un lieu de soins » (Ligne 72). Cependant, elle distingue les soins liés à la sexualité, comme la contraception, son suivi médical et la prévention des MST/IST, qu'elle considère comme faisant partie d'une prise en charge globale. Au final, il apparaît que Féline a une approche adaptative de la gestion de la sexualité des patients en psychiatrie. Son entretien révèle la réalité des pathologies et l'absence de protocole clair, ce qui implique des situations complexes pour les soignants.

### 3.7.2 Entretien de Mr muse épicurien

Muse Epicurien est un infirmier de 43 ans, diplômé en 2019. Il a débuté sa carrière en psychiatrie à Montfavet en service d'accueil crise fermé. Par la suite, il a effectué des missions d'intérim pendant un an, notamment à la Croix-Rouge, où il a exercé auprès de populations précaires. En 2021, il est retourné en psychiatrie, réintégrant à nouveau un service d'accueil crise. À la suite de son témoignage, plusieurs concepts émergent concernant la sexualité des patients en psychiatrie : d'une part, les paradoxes institutionnels et, d'autre part, les valeurs professionnelles.

Muse Epicurien nous raconte avoir été confronté à des situations impliquant la sexualité des patients. Il cite le cas d'une patiente bipolaire en phase maniaque qui a eu des comportements à risque, ainsi que celui d'un patient ayant des tendances à la masturbation compulsive : « Oui, j'ai déjà eu à faire à ce genre de cas. La première, c'était une bipolaire en phase maniaque qui avait tendance à se mettre un petit peu en difficulté parce qu'elle couchait avec... (dérangé par un soignant) Oui, elle avait tendance à coucher avec pas mal d'hommes, donc ça a été problématique parce qu'elle se mettait en danger. Et la deuxième, c'est ici. On a un patient qui a, comment dire, qui a des masturbations compulsives un petit peu lorsqu'il est un peu excité. Un patient que je décrirais comme un petit peu déficient, ce qui peut poser problème vis-à-vis des autres patientes et des soignantes. Lorsqu'il est excité, il a tendance à se masturber dans le service. » (Lignes 21-30). Ces deux situations ont pu ou auraient pu mettre les soignants en difficulté.

Je pense que son âge ainsi que son expérience lui permettent de faire la distinction entre le désir, qui relève des besoins fondamentaux, et les pulsions sexuelles pathologiques, causées plutôt par de l'angoisse ou de l'exaltation : « Je dirais que la pulsion ? Ce serait plutôt lié à de l'angoisse ou de l'exaltation. Donc là, oui, c'est plutôt pathologique. Et après ? Le désir, désir... je vais dire, normal, n'est pas pathologique, c'est un besoin fondamental que je mettrais dans les besoins fondamentaux » (Lignes 36-39). Cette distinction lui permet d'adopter des prises en charge adaptées. Il défend une approche plus ouverte et l'accompagnement de la sexualité des patients, comme par exemple une éducation thérapeutique et la prévention des risques de maladies ou infections sexuellement transmissibles : « Donc oui, pour moi, c'est un droit et ça devrait être respecté, et ça devrait même être accompagné. Avec une éducation thérapeutique, bien sûr, qui va avec, concernant la bonne pratique des protections et tout ça » (Lignes 68-70).

En ce qui concerne la gestion de la sexualité en service et la sexualité comme un droit des patients, Muse Epicurien met en avant la contradiction de la gestion de la sexualité par l'institution : « Il n'est pas strictement interdit d'avoir des rapports sexuels, mais il est interdit de rentrer dans les chambres des patients » (Lignes 45-47). Il met également en lumière le manque de protocole clair et la difficulté à harmoniser la liberté et le cadre institutionnel. Cette tension entre le cadre institutionnel et sa perception reflète directement le grand dilemme éthique des soignants sur le sujet. Il affirme aussi que la sexualité est un droit et un besoin : « Pour moi, c'est un droit, et non seulement c'est un droit, mais c'est un besoin » (Ligne 64), et compare la France à d'autres pays où la sexualité des patients est prise en compte dans la prise en charge.

Cet entretien met en évidence les défis de la gestion de la sexualité en psychiatrie. Entre respect des droits des patients, protection des individus vulnérables et paradoxes institutionnels, les soignants se retrouvent face à des dilemmes éthiques et pratiques complexes. Muse Epicurien soulève la nécessité d'une réflexion institutionnelle qu'il considère importante afin d'offrir un cadre clair pour les soignants et les patients.

### **3.7.3 Entretien de Madame Durex**

Pour cet entretien, j'ai interrogé Madame Durex, infirmière diplômée en 2023 et âgée de 25 ans. Elle a débuté sa carrière en intérim, principalement en maison de retraite, puis a fait quelques passages en service de médecine et d'oncologie. Depuis octobre dernier, elle exerce en psychiatrie, dans un service de longue durée de resocialisation. Cet entretien met en lumière la perception et la jeune expérience de l'infirmière. Son témoignage aborde notamment plusieurs thématiques, telles que le tabou de la sexualité et le droit à la sexualité des patients.

Dès le début de l'entretien, j'ai pu observer que Madame Durex n'a pas encore été directement confrontée à des situations marquantes liées à la sexualité des patients, bien qu'elle constate que certains en parlent. J'ai aussi noté une certaine appréhension de sa part.

Concernant la distinction entre désir et pulsion, Madame Durex peine à fournir une réponse claire : « Pour la pulsion, je dirais plutôt que ça englobe l'envie et le désir, mais avec une pathologie, comment dire ? Comment expliquer ? Je suis nulle pour faire ça. On voit la réaction de la personne, généralement si cela est soudain ou si la personne a des troubles ou est désinhibée, on peut supposer qu'elle agit par pulsion. Je ne suis pas très douée pour ça. Désolée. Comment les distinguer ? Je ne sais pas. Ce n'est pas toujours évident, mais c'est vrai qu'on regarde surtout au niveau de la pathologie. Ce sont des

réactions beaucoup plus en pulsion. Et quand les patients ont quelque chose plus au niveau du désir, ils sont plus posés, c'est quelque chose qu'ils ont envie de faire, ils viennent directement nous en parler. C'est plus réfléchi. » (Lignes 19-27).

Bien que cela ne soit pas évident dans toutes les situations, elle indique que la pulsion est souvent soudaine et liée à une pathologie, tandis que le désir, lui, est plus réfléchi et souvent exprimé par les patients eux-mêmes.

Concernant l'approche pluridisciplinaire, Madame Durex mentionne l'absence de protocole : « Non. Nous n'avons rien, cela se discute selon la situation, qui peut être difficile ou pour lesquelles les soignants ne savent pas comment réagir » (Ligne 39). En l'absence de protocole ou de charte spécifique sur le sujet, les soignants décident au cas par cas.

Pour elle, la sexualité est un droit, mais un dilemme éthique se pose : « Ça reste quand même des êtres humains. Après, évidemment, il faut quand même voir si les personnes sont vraiment là mentalement, si elles ne sont pas dans leur délire, que ce ne sont pas justement des pulsions » (Ligne 43). Les patients ont le droit à une vie sexuelle seulement s'ils sont mentalement aptes et capables de réagir de manière claire et réfléchie. Elle insiste sur le fait que la sexualité fait partie de l'humanité et ne devrait pas être interdite, mais que cela mène à des débats au sein de l'équipe soignante : « C'est vrai que ça ce n'est pas évident, parce que c'est, je pense, un débat. Après, pour moi, ça reste un droit humain. Donc, normalement, il ne devrait pas y avoir de débat. On n'a pas le droit globalement de dire non, ils n'ont pas le droit à une vie sexuelle, ils n'ont pas le droit. » (Lignes 50-52).

Pour Madame Durex, le sujet est tabou dans certaines structures, notamment les maisons de retraite : « Mais je pense que dans d'autres services, c'est un peu plus tabou. Par exemple, dans mes expériences en maison de retraite, on en parle, mais c'est vrai que c'est un peu plus gênant. Mais c'est un sujet qui est quand même tabou » (Lignes 65-68). Elle considère que la sexualité est un sujet tabou et remarque que ce sujet est plus sensible en maison de retraite. Elle retrouve une réelle difficulté à concilier le respect de l'intimité des patients et le cadre institutionnel.

En résumé, Madame Durex se sent inconfortable face à la question de la sexualité des patients, d'une part en raison de son manque d'expérience et, d'autre part, de l'inconfort du sujet. Son discours traduit une approche hésitante et souligne le besoin d'un cadre institutionnel et de formation. Cependant, elle insiste sur l'importance du respect des patients et de la communication au sein de l'équipe pour pouvoir gérer au mieux ce genre de situation complexe.

### 3.7.4 Entretien de Madame Sirène

Sirène est une infirmière diplômée en 2015, avec 5 ans d'expérience dans une unité de crise et 4 ans et demi dans un foyer médicalisé. Elle exprime avoir déjà été confrontée à des situations problématiques en lien avec la sexualité des patients, notamment une relation non protégée entre une patiente mineure et un patient adulte polytoxicomane porteur d'une hépatite. Cette situation soulève des enjeux éthiques et de protection des patients vulnérables.

Elle distingue bien le désir inhérent à l'humain des pulsions liées aux pathologies psychiatriques, en expliquant que la décompensation d'un trouble peut modifier les comportements : « Je dirais que oui, je fais une différence dans le sens où la décompensation d'un trouble psychiatrique peut engendrer des désirs et des comportements qui ne seraient pas ceux de la personne en temps normal et qui ne représentent pas son état d'esprit et ce qu'il ou elle est habituellement. » (Lignes 20-23). Cela montre la complexité de la vie intime dans un cadre psychiatrique.

Elle ne considère pas l'accès à la sexualité comme un droit absolu pour les patients : « Je ne considère pas que ce soit un droit, mais ce n'est pas aussi facile que ça de le dire, parce qu'à la fois, on a des personnes qui sont hospitalisées sur des temps très longs et c'est quand même un aspect de la vie qu'on ne peut pas totalement occulter pendant des mois et des mois et des mois, parfois des années pour certains, même pour toute une vie... » (Lignes 33-37). Toutefois, elle reconnaît que, pour certaines hospitalisations de longue durée, il faut réfléchir à la manière dont les patients peuvent conserver une vie intime, tout en respectant les contraintes institutionnelles et éthiques.

Elle pointe également l'absence de protocole institutionnel, ce qu'elle considère comme une lacune : « On l'aborde à chaque fois qu'une situation qui nous met en difficulté se passe dans le service, mais sinon, on ne travaille pas cette question-là. » (Ligne 25). Elle reste sceptique quant à la mise en place d'un protocole strict, estimant qu'il serait difficile à appliquer uniformément à tous les patients, étant donné la variabilité de leur état psychique : « Mais je ne vois pas comment ça pourrait, je ne vois pas comment la sexualité pourrait être encadrée par un protocole, à tel point que la sexualité est quelque chose d'unique et spécifique à chaque personne et à chaque situation, et les patients qu'on accueille ont des parcours et des situations de vie tellement différents et des états de décompensation tellement variables. » (Lignes 52-56).

Son témoignage met en évidence les difficultés des soignants face à la sexualité des patients en psychiatrie. L'absence de protocole institutionnel laisse place à des situations complexes et des dilemmes éthiques. Sirène témoigne d'une réflexion sur ces enjeux, soulignant la nécessité d'une prise

en charge individualisée et d'une adaptation constante aux besoins des patients, tout en respectant les valeurs éthiques et les contraintes du cadre psychiatrique.

### **3.7.5 Analyse des résultats**

Afin d'analyser les entretiens, j'ai cherché à les catégoriser autour des thématiques qui revenaient le plus souvent. Cela m'a permis de repérer des unités de sens dans les entretiens et de les mettre en lien avec les thématiques abordées dans mon cadre de référence, pour ensuite formuler des commentaires aussi pertinents que possible.

Tout d'abord, j'ai trouvé intéressant d'observer les réponses en fonction de l'âge, du sexe, du parcours professionnel et de la date d'obtention du diplôme. Cela m'a permis d'analyser que les soignants ayant le moins d'ancienneté (Féline et Durex) adoptent plus souvent un positionnement plus prudent et institutionnel. Par exemple, Féline exprime un refus de la sexualité des patients et s'appuie fortement sur les notions de cadre légal et de hiérarchie. Pour elle, cela n'est pas un champ d'intervention direct pour l'infirmière, mais plutôt une affaire de protocoles. À l'inverse, Muse Epicurien, plus ancien, aborde la sexualité de manière plus ouverte et éducative, en tenant compte de l'importance de l'éducation thérapeutique et de la prise en compte du désir dans la relation de soin.

Concernant le sexe, je n'ai pas observé de grandes différences entre les quatre entretiens, à l'exception du fait que Féline, Sirène et Durex évoquent davantage la question de la vulnérabilité et de la protection des patients. Par exemple, Sirène exprime : « La décompensation d'un trouble psychiatrique peut engendrer des désirs et des comportements qui ne seraient pas ceux de la personne en temps normal et qui ne représentent pas son état d'esprit et ce qu'il ou elle est habituellement » (ligne 20). À l'inverse, Muse Epicurien, infirmier homme, adopte une posture plus compréhensive du désir.

Concernant la date d'obtention du diplôme, j'ai constaté que Féline et Durex, diplômées récemment, parlent plutôt de gêne et de silence autour du sujet, ainsi que de l'importance de respecter les règles institutionnelles. Cela pourrait traduire une formation aujourd'hui moins ouverte à cette thématique.

Je vais maintenant aborder les limites institutionnelles et légales. On peut voir que la totalité des professionnels rappellent que leur approche de la sexualité en psychiatrie est fortement influencée par les règles que l'institution et le cadre légal leur imposent. Ce cadre impose des limites et des obligations qui, certes, protègent les patients, mais peuvent aussi créer des zones d'inconfort ou d'ombre, et parfois même renforcer des formes de stigmatisation. Le manque de positionnement clair de la hiérarchie peut

également mettre les soignants en difficulté et induire chez eux un sentiment de culpabilité dans des situations compliquées à gérer. Sirène, à ce sujet, est contre la mise en place d'un protocole qu'elle juge impossible à suivre en raison de la complexité des pathologies et des histoires de vie de chaque patient. Elle cite : « Je ne vois pas comment la sexualité pourrait être encadrée par un protocole à tel point que la sexualité est quelque chose d'unique et spécifique à chaque personne et à chaque situation » (ligne 52). Tandis que Féline, elle, a plutôt tendance à suivre l'institution, comme elle l'exprime : « Même si je ne suis pas d'accord, je reste... on reste que des infirmiers hein. Donc si le chef de pôle me parle, on exécute » (ligne 87).

Ce qui mène logiquement au conflit des valeurs que cela crée chez le soignant. Les infirmiers interrogés nous montrent l'importance des valeurs dans leur pratique professionnelle. Comme le rappellent Christine Ceaux et Nadia Péoc'h, les valeurs sont perçues comme des idéaux et des repères guidant les comportements soignants. Cette réflexion est partagée par plusieurs participants, qui affirment l'importance d'avoir des principes et des repères éthiques clairs dans la gestion de ces situations sensibles. Ce qui ressort des témoignages, c'est que la question des valeurs est particulièrement présente lorsque la vulnérabilité des patients entre en jeu, comme le souligne Féline (ligne 49), lorsqu'elle aborde l'exemple des adolescents. Dans ce dilemme entre valeurs et cadre, les soignants jonglent entre leur rôle prescrit par l'institution et leurs propres convictions, laissant souvent la hiérarchie guider leurs actions, ce qui peut mener certains soignants à ressentir de la culpabilité, voire à ne pas être en accord avec leurs principes.

Par ailleurs, deux infirmiers sur quatre insistent sur l'importance de ne pas seulement poser la question de la sexualité en psychiatrie, mais aussi d'intégrer la dimension éducative. Cela a toute sa place, comme le cite Muse Epicurien (ligne 42) : « On l'aborde, on est attentif à faire quand même de l'éducation thérapeutique sur les pratiques sexuelles, avec notamment la mise à disposition de préservatifs. » Cette approche peut permettre d'offrir aux patients une meilleure compréhension de leur sexualité et de les accompagner dans une démarche respectueuse et adaptée selon leur état. Cela peut également rassurer les soignants face aux risques que certains peuvent prendre, tout en respectant leurs valeurs et leur rôle propre d'infirmier. Ce point rejoint les observations de Calza et Contant, qui soulignent que les patients psychotiques éprouvent des difficultés à différencier les pulsions, les besoins et les désirs. Néanmoins, il ne faut pas oublier la difficulté d'aborder ce sujet, qui est parfois perçu comme tabou.

Effectivement, la thématique du tabou a été l'un des premiers constats qui m'ont interpellé lors des entretiens : la difficulté des soignants à parler ouvertement de la sexualité en psychiatrie. Madame

Durex a été la seule à poser le terme en citant : « Ce sujet n'est pas facile et il est tabou » (ligne 67). Pourtant, cette perception a été partagée par les trois autres participants. Lors des entretiens, cela s'est manifesté par des réponses hésitantes, gênées, des silences ou parfois un manque d'expression verbale, ce qui laisse transparaître une difficulté à verbaliser leurs positions sur le sujet. Michel Foucault exprime cette complexité d'aborder ce sujet et l'impact profond des tabous, qui influencent à la fois les comportements individuels, comme certains cas évoqués dans les entretiens, et les perceptions culturelles. Il pointe également l'importance d'une communication ouverte et bienveillante, ce qui fait défaut dans les entretiens, où les soignants ont du mal à exprimer ouvertement leurs réflexions.

### **3.8 Limites de l'enquête**

Je n'ai pas rencontré de grandes difficultés lors des demandes d'entretiens, car j'ai obtenu des réponses relativement rapides, ce qui m'a permis d'avancer et d'enchaîner les entretiens sans trop de retard. De plus, l'accueil des professionnels de santé a été agréable, ce qui m'a permis de me sentir à l'aise et d'aborder ce sujet de manière plus sereine. Néanmoins, j'aurais souhaité interroger d'autres unités, notamment hors de ma région, afin de comparer leurs pratiques à celles observées ici. Cependant, en raison du manque d'organisation et des contraintes de temps, je n'ai pas pu mener cette démarche.

Lors de la création de mon questionnaire d'enquête, j'ai également rencontré certaines difficultés. Il m'a été nécessaire de formuler des questions assez larges pour éviter d'orienter les infirmiers vers des réponses attendues et leur permettre d'exprimer pleinement leurs pensées. Cela a représenté un défi, car il fallait à la fois rester précis et laisser suffisamment de liberté aux participants pour qu'ils puissent partager leur vécu de manière complète.

## **4 Problématique**

La sexualité du patient en psychiatrie constitue encore aujourd'hui une question sensible et souvent taboue, peu abordée dans les pratiques soignantes. Pourtant, ce sujet fait partie intégrante de la vie humaine, tout comme le bien-être de chacun, en particulier pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

L'analyse qui suit reflète les mots, les gestes, les questions et les doutes des infirmiers et infirmières en psychiatrie qui ont accepté de partager leurs vécus, leurs interrogations et leurs limites.

L'un des premiers constats, unanimement souligné par les professionnels, est celui des limites imposées par le cadre institutionnel et légal. Bien que ce cadre vise avant tout à protéger les patients, il crée néanmoins un malaise chez les soignants, parfois un sentiment d'impuissance. La crainte de faire une erreur, d'enfreindre une règle ou d'être jugé peut conduire certains soignants à adopter une posture de retrait, ou à restreindre leur prise en charge à une approche trop limitée.

La hiérarchie, souvent absente ou silencieuse sur ce sujet, génère également des difficultés de prise en charge. Ce manque de clarté laisse les équipes dans le flou, sans lignes directrices précises, alimentant ainsi le sentiment de culpabilité éprouvé par plusieurs professionnels.

Deux points de vue se révèlent diamétralement opposés. D'un côté, Sirène rejette l'idée d'un protocole à appliquer à la sexualité, estimant que chaque situation est unique et que rien ne peut venir normer une réalité aussi intime. De l'autre côté, Féline, bien que n'étant pas d'accord intérieurement, adopte une attitude strictement exécutive, suivant les ordres de la hiérarchie. Ce contraste illustre bien le conflit entre éthique personnelle et cadre institutionnel.

Ce tiraillement intérieur est un thème récurrent dans chaque témoignage. Les soignants, à leur manière, expriment la difficulté de faire cohabiter leurs valeurs personnelles – telles que le respect, l'écoute et l'humanité – avec les obligations imposées par leur rôle professionnel. Ce dilemme éthique devient particulièrement aigu lorsqu'ils sont confrontés à des situations où la vulnérabilité des patients est manifeste, comme chez les jeunes adolescents, les personnes âgées, ou ceux souffrant de pathologies psychiatriques lourdes.

Dans ces moments-là, les infirmiers se retrouvent dans une zone floue, où ni la formation reçue ni les directives institutionnelles ne suffisent à éclairer le chemin. Ce manque de repères peut pousser certains à se protéger en évitant d'aborder le sujet, en taisant leurs émotions, ou en ressentant un malaise dans leur pratique. Pourtant, certains choisissent de continuer à avancer. C'est le cas de Muse épicurien, qui, fort de ses expériences et de ses convictions, ose aborder la sexualité comme une composante essentielle de la relation soignant-soigné. Il s'appuie sur des repères éthiques solides, adoptant un regard global, humain et profondément respectueux de l'accompagnement en psychiatrie.

## 5 Question de recherche

Comment les infirmiers en psychiatrie peuvent-ils intégrer la question de la sexualité des patients dans leur pratique, face aux contraintes institutionnelles et aux tabous ?

## 6 Conclusion

À travers cette recherche, j'ai souhaité aborder un sujet encore trop souvent ignoré ou passé sous silence : la sexualité des patients en psychiatrie. Ce mémoire a mis en lumière la complexité de cette thématique, où se croisent tabous, représentations personnelles, cadre institutionnel et enjeux éthiques.

Mon cadre de référence a été un outil précieux pour structurer ma réflexion autour de la sexualité en psychiatrie. Il m'a permis de m'appuyer sur des notions théoriques, éthiques et professionnelles, offrant ainsi une base solide pour comprendre les enjeux liés à l'intimité, au respect de la personne, à la vulnérabilité psychique et aux responsabilités soignantes. Grâce à ce cadre, j'ai pu relier les discours recueillis lors des entretiens aux connaissances issues de la littérature scientifique et des textes réglementaires. Il m'a également permis de repérer les tensions entre les valeurs personnelles des soignants et les normes institutionnelles, tout en questionnant la place réelle de la sexualité dans la relation de soin. Ce cadre a été un fil conducteur tout au long de mon travail.

Les témoignages recueillis illustrent à quel point les soignants, bien qu'animés par des valeurs d'écoute, de respect et d'accompagnement, se heurtent souvent à un manque de repères clairs. Entre prudence et malaise, ils jonglent entre leur rôle prescrit et leur humanité, où ni la formation reçue ni la hiérarchie ne les soutiennent véritablement. Les infirmiers en psychiatrie ne rejettent pas la question de la sexualité ; ils cherchent plutôt à savoir comment l'intégrer de façon juste, éthique et adaptée. L'ouverture vers une approche éducative et individualisée pourrait offrir aux infirmiers des outils pour mieux accompagner les patients dans cette dimension intime, tout en renforçant leur posture professionnelle. Le chemin reste long, entre respect du cadre, reconnaissance des besoins des patients et posture soignante. Il semble donc essentiel de créer des espaces de parole, de formation et de réflexion sur ce sujet.

*« Respecter l'autre, ce n'est pas le faire taire, c'est lui laisser la possibilité d'exister. »* — Albert Jacquard (1991)

Peut-être est-ce là tout l'enjeu du soin en psychiatrie : permettre à chaque patient d'exister pleinement, dans toutes ses dimensions, y compris sa sexualité...

## **7 Bibliographie**

Abric, J. (2016). *Pratiques sociales et représentations* (Collection Quadrige). Psychologie et Psychanalyse. Éditions.

Arrêté du 23 juillet 1955 ; circulaire du 4 octobre 1958

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.

Bonnet.G (2009) La sexualité des patients schizophrènes. *Santé mentale*. 140, page 29-32

Boutinaud, A. (année). Image du corps, figures psychopathologiques et ouvertures cliniques. Dans *Titre du livre* (p. 253). Éditeur.

Calimani, R., Traduit de l'italien par Franco-Morselli, R., Sussel, A. (2009) . Le préjugé. Le préjugé antijuif. ( p. 41 -48 )

Calza, A., & Contant, M. (2012). *La problématique du corps, de la sensorialité et de la motricité dans la vie psychique, corrélée aux souffrances de la symbolisation*. Éditeur Elsevier Masson.

Delassus, É. (2017). *Le soin ou l'éthique en acte* [Conférence].

DIADAOUJEE, Lisa. « La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière* ». Vol 62, numéro 195. Novembre (2013.) Pages 37 à 39.

Dictionnaire de France Larousse. Définition de « *sexualité* ». [En ligne]

Dictionnaire de France Larousse. Définition de « *Vulnérabilité* » [en ligne]

Dictionnaire de France Larousse. Définition de « *Tabou* » [en ligne]

Dictionnaire de France Larousse. Définition de « *Valeur* » [en ligne]

Dictionnaire de France Larousse. Définition de « *Prejugé* » [en ligne]

Freud.S (1895-1905) L'émergence du symptôme psychique *Psychanalyse*, (2014) n° 29(1), 93-114.

Gruat, F. (2009) . Les valeurs en crise. *Recherche en soins infirmiers*, N° 96(1), 5-7.

Jacque Hochmann. *Histoire de la psychiatrie*. Paris : PUH, 2004 p.10

Jacquard, A. (1991). *Petite philosophie à l'usage des non-philosophes*. Paris, France : Stock.

Kant.M « *Anthropologie du points de vu pragmatique*. Edition Alain Renaut.GF (n°665) (1993)

L.Martin. D.Heredia-Gateau. H.Savarit. C.Le Gall. X.Tribolet. A.Merkiled. *Soin infirmiers en psychiatrie, role propre et cas concrets*. Editions heur de France. 1994 p.5

Michel Foucault (2014). Sexe et Tabou. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 42(1), 247-249.

<https://doi.org/10.3917/cpc.042.0245>.

Nunn, L. (Créatrice). (2019-2023). *Éducation sexuelle* [Série télévisée]. Netflix.

Perrin-Niquet, A. (2020) . De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *L'information psychiatrique*, Volume 96(7), 511-517.

Phaneuf. M (2016). *La relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique* ( 2eme Edition). Montréal : Chenelière éducation.

Péoc'h, N. et Ceaux, C. (2012) . Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, N°108(1), 53-66

Pringuey.D, Papetti.F, Cherikh.f, Tible.O (2009) Vie sociale *Vulnérabilité et trouble mental* n°1 page 93 à 10.

En ligne <https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-2009-1-page-93?lang=fr>

Ruiz, C. et Kurkdjian, L. (2007) . La santé mentale en population générale : images et réalités Premiers résultats en région PACA. *L'information psychiatrique*, Volume 83(10), 821-826.

<https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0261>.

Tribolet, S. (1996). *Soins infirmiers en psychiatrie : rôle propre et cas concrets* (2<sup>e</sup> éd.). Heures de France.

Yves Pelicier. *Histoire de la psychiatrie. France*. PUF, 1971 p.3

Zielinski, A.(2011) . La vulnérabilité dans la relation de soin « Fonds commun d'humanité » *Cahiers philosophiques*, n° 125(2), 89-106.

## Sommaire des annexes

<b>Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : Autorisation de la direction des soins.....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe III : Retranscription littérale des entretiens.....</b>	<b>III</b>
<i>Entretien Féline</i>	
<i>Entretien Muse Epicurien</i>	
<i>Entretien Durex</i>	
<i>Entretien Sirène</i>	
<b>Annexe IV : Guide d'entretien.....</b>	<b>XV</b>
<b>Annexe V : Grille d'analyse des entretiens et du cadre de référence.....</b>	<b>XXIII</b>
<b>Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....</b>	<b>XXIX</b>

# Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

MR BELKAHLA Abdelhamid  
Étudiant(e) en soins infirmiers  
Adresse : 21 allées de la Garance les Pétunias  
ENTRAIGUES SUR LA SORGUES

à Madame la Directrice des Soins  
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.69.50.15.63  
Mail : Hamidmail84320@gmail.com

Avignon, le 17-02-2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s) Service(s) : d'accueil crise fermé, le service de gériopsychiatrie et le service de soins pour patients chroniques

Auprès de la(des) population(s) : infirmiers ayant des durées d'expérience professionnelle variées, allant de jeunes diplômés à des professionnels plus anciens, afin de croiser les perspectives et enrichir mon analyse.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : "La sexualité des patients au sein d'une institution".

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

° Avez-vous déjà été confronté à des situations relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien professionnel ?

Si cela est le cas, pouvez-vous donner un exemple ?

° Faites-vous une distinction entre désir inhérent à l'être humain et pulsions sexuelles liées à une pathologie ?

° Abordez-vous la question de la sexualité en équipe pluridisciplinaire ?

° Le projet de service a-t-il une position définie sur ce sujet ?

° Selon vous, l'accès à la sexualité est-il un droit pour le patient ?

Si oui : en quoi est-ce un droit Si non pourquoi

° Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail ?

° Pouvez-vous me raconter une situation où la sexualité du patient est venue bousculer vos valeurs ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse 740  
chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

## Annexe II : Autorisation de la direction des soins



**Delahaie Marie** <Marie.Delahaie@ch-montfivet.fr>

À moi ▾

24 févr. 2025 15:00



Bonjour,

Vous êtes autorisé à faire des entretiens dans le cadre de votre mémoire au sein du Centre Hospitalier de Montfivet.

Vous pouvez contacter :

- Madame Caroline Bonnefoux, cadre de santé du Lubéron 1, au 04.90.03.91.93
- Madame Estelle Aldebert, cadre de santé des Bruyères, au 04.90.03.92.05
- Madame Nathalie Rodriguez, cadre de santé des Pins B, au 04.90.03.91.71

Cordialement,



---

**Marie DELAHAIE**

*Cadre Supérieur de Santé*

Direction des Soins

---

[marie.delahaie@ch-montfivet.fr](mailto:marie.delahaie@ch-montfivet.fr)

04 90 03 95 50

Avenue de la Pinède – CS 20107

84918 AVIGNON cedex 9

## Annexe III : Retranscription littérale des entretiens

### 1 *Entretien de Féline*

2 **HAMID:** Alors du coup, je vais te demander ton année de diplôme ?

3 **FELINE :** euhh 2022.

4 **HAMID :** Ton âge ?

5 **FELINE:** 27.

6 **HAMID:** Ton parcours dans les services ?

7 **FELINE:** Juste en professionnel, pas un stagiaire. J'ai commencé ici direct Géronto-psy. Après,  
8 j'ai quand même fait beaucoup de renfort ailleurs. Pas mal en pédo et en unité fermé.

9 **HAMID:** accueil crise fermé ou ?

10 **FELINE:** Luberon Envol Cèdre, les trois.

11 **HAMID:** Et ton année de service du coup dans l'établissement ?

12 **FELINE:** En 2022, dès que j'ai eu mon diplôme donc 3 ans.

13 **HAMID:** Euh. Du coup, au niveau des questions. Première question avez-vous déjà été  
14 confronté à des situations relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien professionnel ?

15 Et si c'est le cas, pouvez-vous me donner un exemple ?

16 **FELINE:** Alors nous en géronto. Il n'y a pas vraiment de question sexuellement parlant, parce  
17 qu'il y a plus euh.., enfin, il y a plus de fécondité possible, on va dire, ça peut arriver qu'on en  
18 ait. Nous, on a la chance de pouvoir jouer sur l'âge et sur la démence, donc on peu calmé un peu  
19 le jeu. Après, quand tu vas en accueil crise, ça arrive fréquemment que des patients qui sont un  
20 peu up, surtout dans les phases maniaques, ils trouvent des amourettes par ci par là. Tu cadres  
21 direct sur le fait qu'on est dans un lieu public. Pas de gestes affectifs devant tout le monde. Tu  
22 surveilles les chambres mais franchement il n'y a pas de protocole. On s'adapte vraiment comme  
23 on peut. Après, tu donnes des capotes s'il faut, mais c'est très rare que tu en viennes jusque-là.  
24 Franchement, tu..... Il n'y a pas de protocole à l'hôpital, c'est pour ça que tu fais un peu comme  
25 je peux.

26 **HAMID:** pas de souci. Seconde question faites-vous une distinction entre désir inhérent à l'être  
27 humain et pulsions sexuelles liées à une pathologie.

28 **FELINE:** oui, Des fois on se fait un peu avoir, mais après c'est propre à certaines pathologies.  
29 Tout ce qui est désinhibition tu viens de la psy ou pas à la base ? surtout les patients up . On va  
30 avoir beaucoup de désinhibition de sexualité, ils vont beaucoup aller vers les autres. Souvent  
31 ils vont devenir homosexuels alors qu'ils ne le sont pas à la base. On va vachement le voir, ça  
32 va très très vite en service de toute façon. Après, dès que c'est désir, moi je n'en ai pas beaucoup  
33 rencontré pour l'instant. Quand on en a, on a dû cadrer parce que l'un des deux patients n'était  
34 pas en état psychique d'être d'accord. Du coup, à ce moment-là, tu cadres. Je n'ai pas eu  
35 l'occasion ou les deux patients étaient psychologiquement aptes, ils n'avaient pas leur libre arbitre,  
36 du coup je n'ai pas eu à gérer ça. Je ne sais pas, à chaque fois on arrêtais avant.

37 **HAMID:** Et comment tu sais qu'ils ont pas leur propre arbitre ?

38 **FELINE:** Nous en géronto c'est parce que tu en avais un qui avait des traces de démence sur  
39 des IRM. Donc au moins c'est carré, c'est scientifique, tu ne peux rien dire et tu l'expliques à  
40 l'autre patient et franchement ça les refroidit direct. Après sinon c'est nous, on l'évalue, c'est  
41 juste la patho, c'est des patients qui viennent d'entrer quoi. Quand tu vois que les patho elles  
42 sont au plafond, tu t'en sers un peu comme excuse

43 **HAMID:** Euh. Abordez-vous la question de la sexualité en équipe pluridisciplinaire ?

44 **FELINE:** Nous, en geronto pas du tout absolument pas. En pédo chez les ados. On va en parler  
45 un peu plus souvent quand on a des...Les deux extrêmes en âge et en sexe quand on a des jeunes

46

47 filles et des mecs qui ont plus de 17 ans, qui sont plus des hommes que des ados, là la question  
48 se pose toutes les semaines. Tu te poses la question de voir s'il n'y a pas des comportements un  
49 peu déviants pour savoir s'il faut faire passer sur les adultes ou s'il peut rester en pédo.  
50 Justement, là on se pose un peu plus la question parce qu'un mec de 17 ans avec une gamine de  
51 douze ans, ce n'est pas forcément adapté selon les pathologies de chacun, c'est pas forcément  
52 adapté. C'est pour ça que tu retrouves beaucoup de mineurs dans les services fermé.

53 **HAMID:** D'accord très bien.

54 **FELINE:** vu tu connais. Tu sais qu'aux envols, t'as beaucoup de mineurs. Justement.

55 **HAMID:** Le projet de service a-t-il une position définie sur ce sujet ?

56 **FELINE:** En géronto, du coup nous non, on ne s'est jamais positionné dessus. Les cas sont  
57 quand même assez rares en Géronto, donc on n'a pas de projet. On adapte à chaque fois que ça  
58 se rencontre. Après, nous, on a la chance, les trois quarts vont être veufs. Donc s'il y a des  
59 amourettes, on va dire ce n'est pas grave. Mais du moment qu'il y a le libre arbitre, on va dire,  
60 ça ne va jamais trop loin. Ici, on est plutôt bien sur ça, on n'a pas ce problème du fait de la  
61 diminution de libido. ( en rigolant )

62 **HAMID:** Apres en maison de retraite, il peut arriver que cela arrive et pourtant ils sont âgées.  
63 Du coup c'est plus les femmes qui ont une perte de libido. Les hommes eux, peuvent toujours  
64 avoir des envies.

65 **FELINE:** Franchement ouais, en maison de retraite, t'as même des remariages en maison de  
66 retraite alors qu'ils ne sont pas divorcés. Ils perdent la boule, ils se remarient après.

67 **HAMID:** Selon vous, l'accès à la sexualité est-il un droit pour le patient?

68 **FELINE:** L'accès à la sexualité? Euh. Ben je ne sais pas... Enfin qu'on laisse avoir une sexualité  
69 physique active. Moi personnellement je ne suis pas forcément pour, car on reste dans un lieu  
70 de soins. Après par contre qu'on mette tout en place sur tout ce qui est hormone pour la sexualité,  
71 pour une fille, qu'elle continue sa contraception avec les examens nécessaires, avec les  
72 rendez-vous psy s'il y a besoin Oui, évidemment, ça reste une prise en charge globale d'un  
73 patient. Après c'est un choix personnel, mais laisser part à la sexualité de tout le monde, à tout  
74 va dans un service. On n'est pas là pour ça, franchement. Mais c'est très personnel.

75 **HAMID:** C'est le but. Euh. Du coup, en réponse à ta question comment vivez-vous le fait de  
76 ne pas être d'accord avec le projet de votre unité ? Enfin, est ce que vous êtes-vous, coup vous  
77 n'avez pas de projet ? Non.

78 **FELINE:** Nous on n'a pas de projet. Donc moi je suis d'accord avec ça. Au moins on fait au  
79 cas par cas. Voilà. Après, en tant qu'infirmière, je me positionnerais toujours avec le projet du  
80 service. Si c'est voté à la majorité et que c'est une décision médicale. En tant qu'infirmière, je  
81 suivrai ce qu'on me dit de faire.

82 **HAMID:** Malgré tout ?

83 **FELINE:** Même si je ne suis pas d'accord, je reste, on reste que des infirmiers hein. Donc si le  
84 chef de pôle me parle, on exécute.

85 **HAMID:** Pourriez-vous citer des valeurs importantes dans votre travail?

86 **FELINE:** La bienveillance, Pour ne pas être bateau. La bienveillance. Ça c'est évident. La  
87 patience. Il faut être très patient en psychiatrie. Et. Putain, qu'est ce qu'il nous faut ?  
88 Franchement, qu'est ce qu'il nous faut? Et de la tolérance. Beaucoup de tolérance.

89 **HAMID:** Que vous avez ?

90 **FELINE:** J'essaye la patience, le reste, ça va. La patience, j'essaye. C'est le plus dur je pense.

91 **HAMID:** Et pour ma dernière question, pouvez-vous me raconter une situation où la sexualité  
92 du patient est venue vous bosculer? Enfin est venu bosculer vos valeurs à vous.

93 **FELINE:** Je crois que je n'en ai pas rencontré ou ça m'a perturbé. Enfin, pas de là à me  
94 bosculer moi personnellement. On en a rencontré, oui, ici, mais de là à me perturber vraiment

95

96 je pense pas. Je suis imperturbable sur beaucoup de choses, mais après c'est que tu te retrouves  
97 con en fait. Chez nous, la dernière qu'on a eu, c'était une dame qui s'est retrouvée en psy alors  
98 qu'elle avait juste des trouble neuro Elle cet retrouvé a être très désinhibée dans sa patho, avec  
99 un mec, un patient schizophrène et lui il pensait qu'elle était d'accord et en fait elle s'est  
100 neurodégénérative donc elle n'y est pas toujours le libre arbitre,on la fait changer de service du  
101 coup.

102 **HAMID:** Carrément d'accord, pourquoi ce choix ?

103 **FELINE:** Trop compliqué à gérer. Parce que oui, tu pouvais dire non a patient mais le non la  
104 patiente ne le comprenait pas.

105 **HAMID:** Et c'est quoi qui t'a perturbé du coup?

106 **FELINE:** Bah en fait rien. Moi je suis imperturbable je pense. Pour l'instant je n'ai pas encore  
107 d'autres situations qui m'ont aurai pu me perturber en tout cas.

108 **HAMID:** D'accord, pas encore.. Ok tout bon pour moi.

109 **HAMID:** Tes réponses sont intéressantes en tout cas merci . Parce que j'ai un autre point de  
110 vue.

## *Entretien de Muse épicurien*

- 1 **Hamid :** [00:00:01] Allez, c'est parti! Alors, ton année de diplôme ?
- 2 **Muse Épicurien:** 2019.
- 3 **hamid:** Ton âge?
- 4 **Muse Épicurien:** 43 ans
- 5 **hamid:** Ton parcours dans les services?
- 6 **Muse Épicurien:** [00:00:12] Euh. J'ai fait un. Dans les services. Donc je suis arrivée en 2019
- 7 à Montfavet. J'ai fait un an en Accueil crise au PGA Grand Avignon. Ensuite, je suis partie de
- 8 Montfavet, j'ai fait un peu d'intérim, J'ai fait la Croix-Rouge pendant un an. Donc je travaillais
- 9 dans un service d'aide à la personne en précarité. Donc j'étais infirmier dans un CHR pour des
- 10 personnes en précarité, en partenariat avec le SAMU social. Et je suis revenu ici donc il y a
- 11 deux ans et demi, en 2021. Ouais, trois ans donc, en unité fermée encore. J'ai fait que de
- 12 l'accueil crise fermée. Je crois que j'ai dû faire trois mois en unité ouvert.
- 13 **hamid:** [00:00:58] Ouais.
- 14 **Muse Épicurien:** [00:00:59] Donc envol 2 et envol 1.
- 15 **hamid:** [00:01:02] Ok. Et du coup, ton année dans le service, ça fait deux ans.
- 16 **Muse Épicurien :** [00:01:06] Deux ans, deux ans et demi. Oui, 2021..
- 17 **hamid:** [00:01:11] Alors, première question avez-vous déjà été confronté à des situations
- 18 relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien professionnel? Si cela est le cas,
- 19 pouvez-vous donner un exemple ?
- 20 **Muse Épicurien :** [00:01:26] euuh Oui, j'ai déjà eu à faire oui, a ce genre de cas, alors.
- 21 Comment dire ? La première, c'était plutôt une bipolaire en phase maniaque qui avait tendance
- 22 à se mettre un petit peu en comment dire, en difficulté parce qu'elle couchait avec... (déranger
- 23 par un soignant). Oui, elle avait tendance à coucher avec pas mal d'hommes, donc ça a été
- 24 problématique parce qu'elle se mettait en danger. Et la deuxième, c'est ici. On a un patient qui
- 25 a, comment dire, qui a des masturbation compulsive un petit peu lorsqu'il est un peu excité.
- 26 Un patient que je décrirais comme Un petit peu déficient, ce qui peut poser problème vis à vis
- 27 des autres patientes et vis à vis de certaines soignantes. Lorsqu'il est excité, il a tendance à se
- 28 masturber dans le service.
- 29 **hamid:** [00:02:21] D'accord. Est ce que tu as déjà eu un exemple, on va dire, où tu les as surpris
- 30 des patients en acte?
- 31 **Muse Épicurien :** [00:02:29] Non jamais surpris de patients.
- 32 **hamid:** [00:02:30] Faites vous une distinction entre désir inhérent de l'être humain et pulsion
- 33 sexuelle liée à une pathologie?
- 34 **Muse Épicurien :** [00:02:46] Oui. Je dire pulsions? Ce sera plutôt sûr de l'angoisse ou de
- 35 l'exaltation. Donc là oui, c'est plutôt pathologique. Et après ? Le désir, désir. Je vais dire, normal
- 36 n'est pas pathologique, c'est un besoin fondamental que je mettrais dans les besoins
- 37 fondamentaux.
- 38 **hamid:** [00:03:06] Comment abordez-vous la question de la sexualité en équipe
- 39 pluridisciplinaire?
- 40 **Muse Épicurien :** [00:03:10] Oui, oui, oui. On l'aborde, on l'aborde, on est attentif à faire quand
- 41 même de l'éducation thérapeutique sur les pratiques sexuelles, avec notamment la mise à
- 42 disposition de préservatifs. Après l'hôpital de Montfavet est très paradoxale, ça fait un peu des
- 43 injonctions paradoxales sur ce sujet, dans le sens où il n'est pas officiellement interdit d'avoir
- 44 des rapports sexuels, mais il est interdit de rentrer dans les chambres des patients, dans les
- 45 chambres respectives des patients. Donc c'est un peu paradoxal.

1 **hamid:** [00:03:48] Est ce que vous, vous avez par exemple une charte, ou un protocole ?  
2 **Muse Épicurienne:** [00:03:55] On n'a pas de protocole particulier? Moi, c'est comme je vous  
3 dis, c'est c'est paradoxal, mais normalement il est interdit de rentrer dans les chambres des  
4 patients, donc on n'interdit pas d'avoir des rapports sexuels, mais ca se fait en dehors de l'unité.  
5 On sait que c'est très paradoxal parce qu'on est une unité fermée. Donc voilà, c'est à l'image de  
6 Montfavet, c'est, c'est des injonctions paradoxales, mais officiellement, il n'est pas interdit  
7 d'avoir des rapports , mais on n'a pas de protocole particulier, non.  
8 **hamid:** [00:04:24] Du coup, en lien avec cette question, le projet du service a t il une position  
9 définie sur ce sujet?  
10 **Muse Épicurien:** [00:04:31] Pour moi, la position, c'est ce que je vous dis, mais c'est une  
11 position un petit peu paradoxale.  
12 **hamid:** [00:04:36] Ok. Selon vous, l'accès de la sexualité est-il un droit pour le patient ? Si oui,  
13 qu'est-ce que ce droit?  
14 **Muse Épicurien :** [00:04:47] Oui, pour moi c'est un droit et non seulement c'est un droit, mais  
15 c'est un besoin. Je sais que dans certains pays, il y a même des politiques d'auxiliaires. On met  
16 en place des auxiliaires sexuels. A savoir que, à Montfavet, de façon un peu non officielle, mais  
17 à une époque, il y a des soignants qui accompagnaient les patients, voir des prostituées. Donc  
18 ça a existé. Donc oui, pour moi, pour moi c'est un droit et ça devrait être respecté et ça devrait  
19 même être accompagné. Avec une éducation thérapeutique, bien sûr, qui va avec. Concernant  
20 la bonne pratique des protections et tout ça. Mais une bonne pratique pour la protection pour ne  
21 pas se mettre en danger vis à vis des maladies. Mais oui, ça devrait, plus se développer quoi.  
22 **hamid:** [00:05:47] Et par rapport à la question que je t'ai posé juste avant, pas celle là, celle  
23 juste avant. Comment vivez vous le fait de ne pas être en accord avec le projet de l'unité? Vu  
24 que tu me dis que c'est paradoxal, est ce que toi tu trouves que tu es en accord avec ce fait là?  
25 **Muse Épicurienne:** [00:06:07] Ouais, je comprends ta question. C'est toujours compliqué en  
26 psychiatrie parce que c'est au cas par cas. Alors je te parlais tout à l'heure des bipolaires un petit  
27 peu exalté, qui vont avoir tendance à avoir une désinhibition sexuelle et, à savoir qu'on reçoit  
28 aussi des mineurs, nous, dans les accueils fermer maintenant pour adultes, C'est un petit peu  
29 compliqué parce qu'on a toujours l'appréhension d'avoir, comment dire, d'avoir des actes  
30 sexuels sur des personnes vulnérables. Et c'est ça qui nous pose un petit peu question. Pour le  
31 reste, moi je ne vois pas d'inconvénient à ce que les patients aient des rapports sexuels. Donc  
32 c'est toujours au cas par cas. C'est toujours compliqué. Mais d'une manière générale, non, je ne  
33 suis pas, pour l'injonction paradoxale de Montfavet. Pour moi, c'est soit on joue le jeu, on  
34 accorde, soit on dit non et puis au moins on se positionne quoi.  
35 **hamid:** [00:07:12] Très bien. Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail ?  
36 **Muse Épicurienne:** [00:07:20] Les valeurs importantes de mon travail en psychiatrie? Je dirais  
37 l'écoute, je dirais l'empathie. Il y en aurait d'autres, mais là, tu me prends un peu de court. Des  
38 valeur humaniste comme, euhhh je sais pas. Pour moi en tout cas, c'est l'écoute, l'empathie, la  
39 compréhension des problématiques rencontrées, le regard clinique des choses.  
40 **hamid :** [00:07:50] Et la dernière question pouvez vous me raconter une situation où la  
41 sexualité du patient est venue bousculer vos valeurs?  
42 **Muse Épicurien:** [00:08:04] Pfffffffff ouais ben c'est concernant plutôt la pédophilie. Quand  
43 on rencontre des personnes pédophiles, on va dire des. Ouais ouais, c'est surtout c'est plutôt par  
44 rapport à ça. Ou là ça questionne. Donc on sait très bien que. Comment dire? Même si le  
45 pédophile est dans une démarche de soin, il sait très bien que c'est mal. On a toujours du mal.  
46 Enfin, moi je suis père de famille donc j'ai toujours du mal à faire preuve d'empathie, même si  
47 j'y travaille. Mais j'ai du mal à faire preuve d'empathie avec des ce genre de déviance sexuelle.  
48 **hamid:** [00:08:38] D'accord. Ok, ben très bien.

## *Entretien de Madame Durex*

- 1 **Hamid:** [00:00:00] Allez, c'est parti! Alors je vais te demander ton année de diplôme ? et ton  
2 âge ?
- 3 **Durex :** 2023 et j'ai 25 ans.
- 4 **Hamid:** [00:00:10]. Ton parcours dans les services?
- 5 **Durex:** [00:00:12] ] Alors moi, en fait, j'ai fait de l'intérim en premier temps. J'ai fait  
6 principalement de la maison de retraite. Et sinon j'étais un petit peu dans les usld médecine, et  
7 onco. J'ai été en soins palliatifs aussi. J'ai tenté plusieurs trucs quoi.
- 8 **Hamid:** [00:00:13]. Très bien. Et ton année dans le service du coup ?
- 9 **Durex:** [00:00:31] Ici depuis l'an passé? Ça fait quelques mois depuis octobre dernier
- 10 **Hamid:** [00:00:33]. Alors, première question. Avez-vous déjà été confronté à des situations  
11 relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien professionnel ? Si c'est le cas, pouvez-  
12 vous me donner un exemple ?
- 13 **Durex:** [00:00:39] Pffffff. Ben moi en soit..., je n'ai pas encore eu de situation comme ça. Les  
14 patients en parlent. Il y a quand même des termes sexualisés, mais je n'ai pas eu encore à  
15 confronter ce genre de situation.
- 16 **Hamid:** [00:00:52]. Ok, faites vous une distinction entre désir inhérent à l'être humain et  
17 pulsion sexuelle liée à une pathologie, désir inhérent ou désir inhérent, c'est à dire que propre à  
18 l'être humain?
- 19 **Durex:** [00:01:07] Pour la pulsion je dirai plutôt que ça englobe l'envi et le desir mais avec  
20 une pathologie comment dire? Comment expliquer? Je suis nul pour faire ça. On voit la réaction  
21 de la personne généralement si cela et soudain ou si la personne a des trouble ou desinibé on  
22 peu supposé qu'il ou elle agit par pulsion. Je ne suis pas très doué pour ça. Désolé. Comment les  
23 distinguer? Je ne sais pas. C'est pas toujours évident, mais c'est vrai qu'on regarde surtout au  
24 niveau de la pathologie. C'est des réactions beaucoup plus en pulsion. Et quand les patients on  
25 quelque chose plus au niveau du desir, ils sont plus posés, c'est quelque chose qu'ils ont envie,  
26 ils viennent directement nous en parler. C'est plus réfléchi.
- 27 **Hamid:** [00:01:22] Abordez vous la question de la sexualité en équipe pluridisciplinaire?
- 28 **Durex:** [00:01:54] Oh ça, ça peut arriver si les patients peuvent montrer des signes. On a un  
29 petit peu discuté pour une patiente qui de temps en temps a, comment dire, exprime des envi.  
30 Enfin, elle a quelques petites.. enfin des propos sexuels. Donc c'est vrai qu'on en parle, on se dit  
31 ben voilà, il faudrait peut être qu'elle ait des choses, peut être des objets, des choses, Ce genre  
32 de choses plus personnelles pour qu'elle puisse se libérer de ses envies. On peut en discuter  
33 quand ça devient trop important pour la personne. Après, nous en soit là... Pour l'instant, j'ai  
34 pas eu, de grosses discussions sur la sexualité. Pour l'instant.
- 35 **Hamid:** [00:02:00] Le projet du service a t il une position définie sur le sujet? Dans le sens est  
36 ce qu'il y a un protocole, une charte ou quelque chose?
- 37 **Durex:** [00:02:25] Non. Nous n'avons rien, cela ce discute selon les situation qui peuvent  
38 difficile ou pour laquelle les soignants ne savent pas comment reagir.
- 39 **Hamid:** [00:02:26] Selon vous, l'accès à la sexualité est il un droit pour le patient? Si oui,  
40 pourquoi?
- 41 **Durex:** [00:02:30] Ça reste quand même des êtres humains. Après, évidemment, il faut quand  
42 même voir si les personnes sont vraiment là mentalement. Si elles ne sont pas dans leur délire,  
43 que ce ne sont pas justement des pulsions. Mais sinon, oui, elles ont droit à leurs envies. Ce  
44 sont des êtres humains.

1 **Hamid:** [00:02:34] Et du coup, pour faire des liens entre les questions comment viviez-vous le  
2 fait de ne pas être en accord avec le projet de votre unité ? Par exemple, si on vous dit que la  
3 direction ne veut pas qu'il y est de rapport sexuel entre les patient.

4 **Durex:** [00:03:17] C'est vrai que ça c'est pas évident parce que ça c'est je pense un débat. Après  
5 pour moi ça reste du droit humain. Donc, normalement il ne devrait pas y avoir de débat. On  
6 n'a pas le droit globalement de dire non, ils ont pas le droit a une vie sexuel, ils ont pas le droit.  
7 Après oui c'est sûr, c'est pas évident de débattre sur.., après tout le monde va poser ses  
8 arguments. S'il y a des discussions, ça dépend des patients, des pathologies, ça se discute en  
9 équipe généralement. Mais c'est vrai que c'est des sujets un peu, c'est toujours un peu délicat,  
10 je pense.

11 **Hamid:** [00:03:31] pourquoi ça serait délicat?

12 **Durex:** [00:03:33] C'est c'est propre à chacun, donc c'est vrai que c'est quand même voilà les  
13 désirs des uns des autres. C'est pas toujours facile à aborder ce sujet. Et pour les soignant et les  
14 patients eux-mêmes. Parfois, certains arrivent à nous dire ce qu'ils veulent et d'autres c'est qu'ils  
15 gardent un peu plus en eux parce que c'est intime pour eux.

16 **Hamid:** [00:03:38] Est ce que vous trouvez que c'est un sujet tabou?

17 **Durex:** [00:03:39] Ça l'est globalement. Après, en psychiatrie, je pense que c'est quelque chose  
18 dans lequel on parle quand même régulièrement, mais je pense que dans d'autres services, c'est  
19 un peu plus tabou. Par exemple, dans mes expériences en maison de retraite, on en parle, mais  
20 c'est vrai que c'est un peu plus gênant. Mais c'est un sujet qui est quand même tabou.

21 **Hamid:** [00:03:41] Ça serait gênant par rapport à quoi? En maison de retraite ?

22 **Durex:** [00:03:57]. Parce que parfois c'est entre les résidents que ça se passe, donc bon, on  
23 essaie de les accompagner au mieux, on peut pas les interdire. Il y a toujours cet espace à leur  
24 laisser, c'est chez eux, mais en même temps c'est un lieu de soin aussi. Donc cet espace, que  
25 l'on doit savoir laisser aux patients et aux résidents.

26 **Hamid:** [00:04:21] Pourriez vous me citer les valeurs importantes dans votre travail?

27 **Durex:** [00:04:52] Les valeurs importantes? Le respect? Qu'est ce qu'on pourrait dire? Nous,  
28 c'est vraiment comment dire les valeurs? C'est vraiment ce respect là de la personne et aussi des  
29 collègues, parce que chacun doit, on doit tous communiquer entre nous. Donc ça, la  
30 communication est quand même très très importante aussi. Ça il faut, parce que ça peut poser  
31 souci entre collègues, entre un qui dit un truc à un patient, l'autre dit autre chose. Ça c'est pas  
32 forcément facile. Qu'est ce que je pourrais dire d'autre? Des termes un peu jolis. C'est déjà pas  
33 mal, mais j'essaie de réfléchir à des jolis termes. J'ai du mal.

34 **Hamid:** [00:04:56] Et la dernière question, c'est. Du coup, pouvez-vous me raconter une  
35 situation où la sexualité du patient est venue bousculer vos valeurs, que ça soit ici ou en maison  
36 de retraite ?

37 **Durex:** [00:05:14] Je n'ai pas eu de situation encore qui mon basculer vu que je suis jeune  
38 diplômé.

39 **Hamid:** [00:05:20] .....

40 **Durex:** [00:05:39] J'en ai pas eu encore. Ahhhh, si si, j'ai une situation en maison de retraite,  
41 quand on fait des soins d'hygiène, et que la personne a des envies, à ce moment là , il y a des  
42 mains voilà, il y a ce manque de distance. C'est vrai que c'est pas évident non plus, pour les  
43 aider, surtout au niveau des hommes. Après, il y a des femmes, je pense à qui c'est arrivé mais  
44 du coup sa ce vois moins. Voilà un homme qui avait envie pendant les soins. Après il était gêné  
45 par contre que ca soit arrivé. Mais c'est vrai que c'est pas évident parce que on se voit en tant  
46 que soignant. Puis lui il a ses envies.

47 **Hamid:** [00:05:43] Et vous l'avez abordé comment du coup ?

1 **Durex:** [00:06:03] Ben j'ai un peu détourné le truc. Voilà, c'est vrai que je venais d'être  
2 diplômés, enfin c'était pas évident quoi. J'étais très gêné, j'ai essayé de tourner la discussion.  
3 c'est vrai que bon, voilà, on peut voir ça comme un manque de respect et de le prendre pour soit  
4 en tant que femme. C'est quand même délicat de dire monsieur, quand même, faites attention.  
5 Mais c'est vrai que parfois ça peut être voilà, c'est humain. Donc on essaye quand même de  
6 rappeler que on est des personnes, que c'est pas respectueux. Mais voilà, moi à ce moment là j'ai  
7 plus détourné le sujet que répondu au monsieur lui aussi avait l'air quand même gêné.  
8 **Hamid:** [00:06:08] C'est bien pour moi, c'est bon.

## *Entretien de Madame Sirène*

- 1 **Hamid:** [00:00:00] Allez let's go. Alors t'es ton année de diplôme.
- 2 **Sirene:** [00:00:06] Deux-mille-quinze.
- 3 **Hamid:** [00:00:08] Ton âge.
- 4 **Sirene:** [00:00:11] Trente-et-un.
- 5 **Hamid:** [00:00:14] Ton parcours dans les services.
- 6 **Sirene:** [00:00:17] J'ai fait 4 ans et demi dans un foyer d'accueil médicalisé spécialisé dans les
- 7 lésion cérébraux et ensuite 5 ans et demi d'accueil crise fermé.
- 8 **Hamid:** [00:00:29] Ok donc là dans ce service tu es là depuis combien de temps ?
- 9 **Sirene:** [00:00:32] 5 ans.
- 10 **Hamid:** [00:00:33] Ok. Première question, avez-vous déjà été confronté à des situations
- 11 relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien professionnel si c'est le cas pouvez-vous
- 12 me donner un exemple ?
- 13 **Sirene:** [00:00:50] Alors oui j'y ai déjà été confrontée par exemple la première situation qui me
- 14 vient en tête parce que je la trouve particulièrement problématique, celle d'une jeune fille
- 15 mineure hospitalisée en service adulte qui a eu des relations sexuelles non protégées avec un
- 16 autre de nos patients par ailleurs porteur d'hépatite et polytoxicomanes majeurs.
- 17 **Hamid:** [00:01:20] Faites-vous une distinction entre désir inhérent à l'être humain et pulsions
- 18 sexuelles liées à la pathologies ?
- 19 **Sirene:** [00:01:32] Là comme ça à froid, je dirais que oui, je fais une différence dans le sens où
- 20 la décompensation d'un trouble psychiatrique peut engendrer des désirs et des comportements
- 21 qui ne sont qui ne seraient pas ceux de la personne en temps normal et qui ne représentent pas
- 22 son état d'esprit et ce qu'il ou elle est habituellement.
- 23 **Hamid:** [00:01:56] Abordez-vous la sexualité en équipe pluridisciplinaire?
- 24 **Sirene:** [00:02:03] On l'aborde à chaque fois qu'une situation qui nous met en difficulté se passe
- 25 dans le service, mais sinon on ne travaille pas cette question-là.
- 26 **Hamid:** [00:02:16] Vous n'avez pas de charte ou de protocole ?
- 27 **Sirene:** [00:02:21] Pas à ma connaissance.
- 28 **Hamid:** [00:02:27] Alors le projet de service a-t-il une position définie sur ce sujet ?
- 29 **Sirene:** [00:02:38] Si s'il y en a une je suis pas au courant.
- 30 **Hamid:** [00:02:40] Ok. Selon vous l'accès à la sexualité est-il un droit pour le patient Si oui en
- 31 quoi un droit si non pourquoi ?
- 32 **Sirene:** [00:02:59] Je ne considère pas que ce soit un droit, mais ce n'est pas aussi facile que ça
- 33 de le dire parce qu'à la fois, on a des personnes qui sont hospitalisées sur des temps très longs
- 34 et c'est quand même un aspect de la vie qui est, qu'on ne peut pas totalement occulter pendant
- 35 des mois et des mois et des mois, parfois des années pour certains, même pour toute une vie.
- 36 Donc je dirais que sur un temps court d'hospitalisation, c'est pas le lieu ni le sujet de la présence
- 37 , c'est secondaire et à la limite je dirais qu'on n'a pas, enfin je ne sais pas, mais ouais..... c'est
- 38 dur pour des patients chroniques ou hospitalisés depuis longtemps oui on doit pouvoir y
- 39 réfléchir et permettre qu'ils aient la vie sexuelle dont ils ont envie dans la mesure où c'est dans
- 40 le respect de de de tous les toutes les personnes impliquées mais en dehors de ça.... après on le
- 41 prend en compte aussi beaucoup à travers les traitements ce qui bloque la libido ce qui empêche
- 42 l'éjaculation ou l'érection et donc c'est des choses qui qui sont qu'on prend en compte et pour
- 43 lesquelles on essaye d'adapter les traitements au mieux pour que la personne vive sa vie le mieux
- 44 possible, mais humm.... permettre l'accès ou faciliter des rapports non.
- 45 **Hamid:** [00:04:36] Ok. Vu qu'il n'y a pas de protocole chez vous, enfin du moins vous en savez
- 46 pas, S'il y en aurait eu un, comment vivez-vous le fait de ne pas être en accord avec un projet
- 47

1 de votre unité Par exemple si elle vous met un protocole qui dit pas de sexualité par exemple,  
2 comment toi tu vivrais ?

3 **Sirene:** [00:05:05] Mais je ne vois pas comment ça pourrait, je ne vois pas comment la sexualité  
4 pourrait être encadrée par un protocole à tel point elle est tellement la sexualité, c'est quelque  
5 chose de de d'unique et spécifique à chaque personne et à chaque situation et les patients qu'on  
6 accueille ils ont des parcours des situations de vie tellement différents et des états de  
7 décompensation tellement variables aussi des fois entre l'arrivée et la sortie qu'un seul et même  
8 protocole qui s'appliquerait à tout le monde, ça ne peut pas avoir trop de sens et... et ça nous  
9 rendrait garant du coup de son respect de ce protocole et c'est un truc qui serait totalement  
10 impossible. C'est arrivé qu'on ait des rapports sexuels dans les salles de visite entre une personne  
11 hospitalisée et son conjoint ou pas son conjoint d'ailleurs, mais on ne peut pas rester... à partir  
12 du moment où le médecin autorise les visites, nous on n'est pas garant de ce qui se passe en  
13 salle de visite, on ne va pas surveiller les gens, on ne peut pas avoir cette responsabilité-là en  
14 tout cas.

15 **Hamid:** [00:06:06] Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail

16 **Sirene:** [00:06:14] l'accueil inconditionnel de la personne de son histoire et de sa souffrance.  
17 Avec la prise en compte de ces besoins spécifiques, hummm, on est une unité quand même où  
18 il y a beaucoup de temps collectif, on n'est pas une unité d'hospitalisation où les patients  
19 mangent en chambre, donc il y a aussi, où les patients mangent en chambre, donc il y a aussi le  
20 le le ....respect de de chacun sur ces temps de collectif et de de maintenir des relations adaptées  
21 entre les patients, leur permettre d'être en sécurité quand ils sont hospitalisés. C'était quoi déjà  
22 la question, les valeurs dans mon travail

23 **Hamid:** [00:07:07] Croyez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail. Oui,voilà.  
24 C'est bien. Et dernière question, pouvez-vous me raconter une situation où la sexualité du  
25 patient est venue bousculer vos valeurs

26 **Sirene:** [00:07:41] Je peux reprendre la même situation qu'au départ

27 **Hamid:** [00:07:46] Du moment où elle a bousculé tes valeurs, oui je vois pas l'inconvénient.

28 **Sirene:** [00:07:51] Si on a eu une situation récemment où on a découvert pendant  
29 l'hospitalisation la séropositivité d'une patiente. Donc nous, évidemment, on n'a pas  
30 communiqué ça aux autres patients et pourtant, on savait très bien qu'elle était proche d'un autre  
31 monsieur hospitalisé. Ils ont été retrouvés parfois dans le même lit et donc nous on pouvait que  
32 mettre en garde, voilà, donner des préservatifs et caetera, mais c'était vraiment très inconfortable  
33 et on avait envie de crier à ce patient d'aller voir ailleurs quoi et c'est interdit. Donc voilà, on a  
34 fait du mieux qu'on a pu pour empêcher.

35 **Hamid:** [00:08:34] Mais c'est interdit au vu de, au regard de tous des soignants

36 **Sirene:** [00:08:39] C'est interdit, ce qui est interdit c'est de dire à ce patient-là, non on ne couche  
37 pas avec elle, elle est séropositive. On n'a pas le droit de révéler ça sur sa santé.

38 **Hamid:** [00:08:52] Et vous l'avez traitée comment du coup cette situation

39 **Sirene:** [00:08:55] Alors en fait ça s'est en partie résolu un peu tout seul parce que la patiente  
40 elle-même l'a dit à l'autre patient et de ce qu'ils nous disent, mais ça on pourra jamais savoir de  
41 ce qu'ils nous disent, ils n'ont pas eu de rapport abouti on va dire, ni même de préliminaires  
42 d'après ce qu'ils nous ont dit, C'était simplement de la tendresse et de l'affection et dormir l'un  
43 contre l'autre. Donc voilà, on espère que c'était bien ça.

44 **Hamid:** [00:09:23] D'accord, c'est bien.

## *Annexe IV : Guide d'entretien*

1 Année de diplôme / âge / parcours dans les services / année dans le service ?

La Question a posé au professionnel	Ce que je cherche à savoir
1° Avez-vous déjà été confronté à des situations relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien professionnel ? Si cela est le cas, pouvez-vous donner un exemple ?	Pour introduire le sujet en douceur.
2° Faites-vous une distinction entre désir inhérent à l'être humain et pulsions sexuelles liées à une pathologie ?	Comment il définit et différencie ces notions.  Si cette distinction influence son travail (diagnostic, prise en charge, etc.)  Si le professionnel fait une différence entre ces deux concepts.
3° Abordez-vous la question de la sexualité en équipe pluridisciplinaire ?	Si l'institution a un impact sur le droit à la sexualité des patients.
4° Le projet de service a-t-il une position définie sur ce sujet ?	Interroger les connaissances des infirmiers sur la liberté des patients et connaître l'application mis en service.
5° Selon vous, l'accès à la sexualité est-il un droit pour le patient ?  Si oui : en quoi est-ce un droit Si non pourquoi	Comment il définit ce droit : Est-ce un droit fondamental, un besoin, une liberté individuelle ?  Si ce droit a des limites, légale éthique ou médical.  Savoir la gestion des problématiques liées à l'intimité.
A POSER SELON LES REPONSES  6° Comment vivez-vous cette mésentente ?	Comprendre la position de la structure ainsi que le ressenti du soignant face au cadre dans lequel il s'inscrit.  Le but est de questionner les soignants sur des dilemme qui peuvent se poser entre l'obligation professionnelle et les émotions.
7° Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail ?	Ciblé les valeurs qui prédomine pour le soignant.

8° Pouvez-vous me raconter une situation où la sexualité du patient est venu bousculer vos valeurs ?	Le but est de recueillir le point de vue du soignant sur ses ressentis et les émotions qu'il a pu éprouver.

## Annexe V : Grilles d'analyse

IDÉ QUESTION	<b>MADAME FELINE</b>  Service de gérontopsychatrie	<b>MONSIEUR MUSE EPICURIEN</b>  Service accueil crise fermé	<b>MADAME DUREX</b>  Service de long séjours ouvert	<b>MADAME SIRENE</b>  Service accueil crise fermé
Présentez-vous ?	<p>Infirmière âgée de 27 ans. Qui a été diplômée en 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premier poste direct gérontopsychiatrie en 2022.</li> <li>• A pu faire quelque renfort en service fermé et des unités de mineur</li> </ul>	<p>Infirmier âgée de 43 ans. Qui a été diplômé en 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A travaillé uniquement dans des services d'accueil crise fermé pendant plusieurs années.</li> <li>• Un peu d'intérim auprès de personne en précarité.</li> </ul>	<p>Infirmière âgée de 25 ans. Qui a été diplômée en 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A commencé avec de l'intérim principalement en maison de retraite.</li> </ul>	<p>Infirmière âgée de 31 ans. Qui a été diplômée en 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle travailler 4 ans et demi dans un foyer d'accueil médicalisé spécialisé dans les lésions cérébrales</li> <li>• 5 ans et demi d'accueil crise fermé</li> </ul>
1° Avez-vous déjà été confronté à des situations relatives à la sexualité du patient dans votre quotidien	<p>Ligne 16 : Il n'y a pas vraiment de question sexuellement parlant, parce qu'il y a plus euh..., de fécondité possible.</p>	<p>Ligne 22 à 25 : La première, c'était plutôt une bipolaire en phase maniaque qui avait tendance à se mettre un petit peu... en comment dire, en difficulté parce qu'elle couchait avec... (gêné) coucher avec</p>	<p>Ligne 13 : Ben moi en soit..., je n'ai pas encore eu de situation comme ça.</p> <p>Ligne 14 : mais je n'ai pas eu encore à confronter ce genre de situation.</p>	<p>Ligne 13 : oui j'y ai déjà été confrontée.</p> <p>Ligne 14 : je la trouve particulièrement problématique, celle d'une jeune fille mineure hospitalisée en service adulte qui a eu des</p>

<p>professionnel ? Si cela est le cas, pouvez-vous donner un exemple ?</p>	<p>Ligne 20 : Surtout dans les phases maniaques, ils trouvent des amourettes par ci par là. Tu cadres direct sur le fait qu'on est dans un lieu public. Pas de gestes affectifs devant tout le monde !</p>	<p>pas mal d'hommes, donc ça a été <b>problématique</b> parce qu'elle se mettait en danger.</p> <p>Ligne 26 : la deuxième, c'est ici. On a un patient qui a, comment dire, qui qui a des masturbation compulsive un petit peu lorsqu'il est un peu excité. Un patient que je décrirais comme... Un petit peu <b>déficient</b>, ce qui peut poser <b>problème</b> vis à vis des autres patientes et vis à vis de certaines soignantes</p>		<p>relations sexuelles non <b>protégées</b> avec un autre de nos patients par ailleurs porteurs <b>d'hépatite</b> et polytoxicomanes majeurs.</p>
<p>2° Faites-vous une distinction entre <b>désir</b> inhérent à l'être humain et pulsions sexuelles liées à une pathologie ?</p>	<p>Ligne 29 : oui, Des fois on se fait un peu avoir, mais après c'est propre à certaines pathologies.</p> <p>Ligne 30 : Tout ce qui est <b>désinhibition</b>. Surtout les patients up.</p> <p>Ligne 34 : Après, dès que c'est <b>désir</b>, moi je n'en ai pas beaucoup rencontré pour</p>	<p>Ligne 36 à 39 : Oui. Je dirais pulsions .. Ce sera plutôt sûr de l'angoisse ou de l'exaltation. Donc là oui, c'est plutôt pathologique. Et après ? Le <b>désir, désir</b>. Je vais dire, normal n'est pas pathologique, c'est un besoin fondamental que je mettrais dans les besoins fondamentaux.</p>	<p>Ligne 19 : Pour la pulsion je dirai plutôt que ça englobe l'envi et le <b>désir</b> mais avec une pathologie.</p> <p>Ligne 21 : On voit la réaction de la personne <b>généralement</b> si cela et soudain ou si la personne a des trouble ou <b>désinhibé</b> on peut supposer qu'il ou elle agit par pulsion.</p>	<p>Ligne 20 : je fais une <b>différence</b> dans le sens où la <b>décompensation</b> d'un trouble psychiatrique peut engendrer des <b>désirs</b> et des comportements qui ne sont qui ne seraient pas ceux de la personne en temps normal et qui ne <b>représentent</b> pas son état d'esprit et ce qu'il ou elle est habituellement.</p>

	<p>l'instant.</p> <p>Ligne 35 : Quand on en a, on a dû cadrer parce que l'un des deux patients n'était pas en état psychique d'être d'accord.</p> <p>Ligne 36 : je n'ai pas eu l'occasion ou les deux patients étaient psychiquement aptes, ils n'avaient pas leur libre arbitre, du coup je n'ai pas eu à gérer ça.</p> <p>Ligne 41 : Nous en géronto c'est parce que tu en avais un qui avait des traces de démence sur des IRM. Donc au moins c'est carré, c'est scientifique, tu ne peux rien dire</p> <p>Ligne 43 : Après sinon c'est nous, on l'évalue, c'est juste</p>		<p>Ligne 25 : Quand les patients ont quelque chose plus au niveau du désir, ils sont plus posés, c'est quelque chose qu'ils ont envie, ils viennent directement nous en parler. C'est plus réfléchi.</p>	
--	---	--	--	--

	la patho, c'est des patients qui viennent d'entrer quoi. Quand tu vois que les patho elles sont au plafond, tu t'en sers un peu comme excuse			
3° Abordez-vous la question de la sexualité en équipe pluridisciplinaire ?	<p>Ligne 48 : en geronto pas du tout absolument pas..</p> <p>Ligne 49 à 51 : En pédo chez les ados. On va en parler un peu plus souvent quand on a des...Les deux extrêmes en âge et en sexe quand on a des jeunes filles et des mecs qui ont plus de 17 ans, qui sont plus des hommes que des ados, là la question se pose toutes les semaines.</p>	<p>Ligne 42 : Oui, oui, oui. On l'aborde, on l'aborde, on est attentif à faire quand même de l'éducation thérapeutique sur les pratiques sexuelles, avec notamment la mise à disposition de préservatifs.</p> <p>Ligne 45 : Ça fait un peu des injonctions paradoxales sur ce sujet, dans le sens où il n'est pas officiellement interdit d'avoir des rapports sexuels, mais il est interdit de rentrer dans les chambres des patients.</p>	Ligne 29 : ça peut arriver si les patients peuvent montrer des signes... (gêné)	Ligne 25 : On l'aborde à chaque fois qu'une situation qui nous met en difficulté se passe dans le service, mais sinon on ne travaille pas cette question-là.
4° Le projet de service à t-il une	Ligne 61 : En géronto, du coup nous non, on ne s'est	Ligne 51 : On n'a pas de protocole particulier.	Ligne 39 : Non. Nous n'avons rien, cela se discuté selon les situations	Ligne 30 : Si s'il y en a une je ne suis pas au courant.

<p>position définie sur ce sujet ?</p>	<p>jamais positionné dessus. Les cas sont quand même assez rares en Géronto, donc on n'a pas de projet...</p> <p>Ligne 64 : Donc s'il y a des amourettes, on va dire ce n'est pas grave. Mais du moment qu'il y a le libre arbitre, on va dire, ça ne va jamais trop loin. Ici, on est plutôt bien sur ça, on n'a pas ce problème du fait de la diminution de libido. (En rigolant)</p> <p>Ligne 70 :] Franchement ouais, en maison de retraite, t'as même des remariages en maison de retraite alors qu'ils ne sont pas divorcés.</p>	<p>Ligne 53 : donc on n'interdit pas d'avoir des rapports sexuels, mais ça se fait en dehors de l'unité. Très paradoxal parce qu'on est une unité fermée.</p> <p>Ligne 56 : mais officiellement, il n'est pas interdit d'avoir des rapports, mais on n'a pas de protocole particulier, non</p>	<p>qui peuvent difficile ou pour lesquelles les soignants ne savent pas comment réagir.</p>	
<p>5° Selon vous, l'accès à la sexualité est-il un droit pour le</p>	<p>Ligne 74 : L'accès à la sexualité ? Euh. Ben je ne sais pas.</p>	<p>Ligne 64 : Oui, pour moi c'est un droit et non seulement c'est un droit, mais c'est un besoin.</p>	<p>Ligne 43 à 46 : Ça reste quand même des êtres humains. Après, évidemment, il faut quand même voir si les personnes sont vraiment</p>	<p>Ligne 33 : Je ne considère pas que ce soit un droit, mais ce n'est pas aussi facile que ça de le dire parce qu'à la fois, on a des personnes qui sont</p>

<p>patient ?</p>	<p>Ligne 75 : Enfin qu'on laisse avoir une sexualité physique active. Moi personnellement je ne suis pas forcément pour, car on reste dans un lieu de soins.</p> <p>Ligne 76 : Après par contre qu'on mette tout en place sur tout ce qui est hormone pour la sexualité, pour une fille, qu'elle continue sa contraception avec les examens nécessaires, avec les rendez-vous psy s'il y a besoin Oui.</p> <p>Ligne 79 à 81 : évidemment, ça reste une prise en charge globale d'un patient. Après c'est un choix personnel, mais laisser part à la sexualité de tout le monde, à tout va dans un service. On n'est pas là pour ça, franchement.</p>	<p>Ligne 68 : Pour moi c'est un droit et ça devrait être respecté et ça devrait même être accompagné.</p> <p>Ligne 72 Ça devrait, plus se développer quoi.</p>	<p>là mentalement.</p> <p>Si elles ne sont pas dans leur délire, que ce ne sont pas justement des pulsions.</p>	<p>hospitalisées sur des temps très longs et c'est quand même un aspect de la vie qui est, qu'on ne peut pas totalement occulter pendant des mois et des mois et des mois, parfois des années</p> <p>Ligne 37 : Donc je dirais que sur un temps court d'hospitalisation, ce n'est pas le lieu ni le sujet.</p>
------------------	--	--	---	--

<p>6° Comment vivez-vous cette mésentente ?</p>	<p>Ligne 86 : En tant qu'infirmière, je me positionnerais toujours avec le projet du service.</p> <p>Ligne 87 : Si c'est voté à la majorité et que c'est une décision médicale. En tant qu'infirmière, je suivrai ce qu'on me dit de faire.</p>	<p>Ligne 80 : on reçoit aussi des mineurs.</p> <p>Ligne 82 C'est un petit peu compliqué parce qu'on a toujours là l'appréhension d'avoir, comment dire, d'avoir des actes sexuels sur des personnes vulnérables.</p> <p>Ligne 84 : Pour le reste, moi je ne vois pas d'inconvénient à ce que les patients aient des rapports sexuels. Donc c'est toujours au cas par cas.</p> <p>Ligne 87 : on se positionne quoi.</p>	<p>Ligne 51 : Après pour moi ça reste du droit humain</p> <p>Ligne 54 : S'il y a des discussions, ça dépend des patients, des pathologies, ça se discute en équipe généralement. Mais c'est vrai que c'est des sujets un peu, c'est toujours un peu délicat, je pense</p> <p>Ligne 59 : Ce n'est pas toujours facile à aborder ce sujet. Et pour le soignant et les patients eux-mêmes. Parfois, certains arrivent à nous dire ce qu'ils veulent et d'autres c'est qu'ils gardent un peu plus en eux parce que c'est intime pour eux.</p> <p>Ligne 67 : Mais c'est un sujet qui est quand même tabou.</p>	<p>Ligne 52 : Mais je ne vois pas comment ça pourrait, je ne vois pas comment la sexualité pourrait être encadrée par un protocole à tel point elle est tellement la, sexualité, c'est quelque chose de de d'unique et spécifique à chaque personne et à chaque situation.</p> <p>Ligne 55 : patients qu'on accueille ils ont des parcours des situations de vie tellement différents et des états de décompensation tellement variables aussi des fois entre l'arrivée et la sortie qu'un seul et même protocole qui s'appliquerait à tout le monde, ça ne peut pas avoir trop de sens.</p> <p>Ligne 58 : ça nous rendrait garant du coup de son respect de ce protocole et c'est un truc qui serait totalement impossible.</p>
---	---	--	---	--

<p>7° Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail ?</p>	<p>Ligne 93 : La bienveillance, Ça c'est évident.</p> <p>Ligne 94 : Et. Putain, qu'est ce qu'il nous faut ? La patience. Et de la tolérance. Beaucoup de tolérance.</p>	<p>Ligne 91 : l'écoute, je dirais l'empathie.</p>	<p>Ligne 75 : Le respect, Ligne 78 : la communication</p>	<p>Ligne 66 : l'accueil inconditionnel, le respect.</p>
<p>8° Pouvez-vous me raconter une situation ou la sexualité du patient est venu bousculer vos valeurs ?</p>	<p>Ligne 103 : Je crois que je n'en ai pas rencontré ou ça m'a perturbé. Je suis imperturbable sur beaucoup de choses</p> <p>Ligne 106 : Chez nous, la dernière qu'on a eue, c'était une dame qui s'est retrouvée en psy alors qu'elle avait juste des troubles neuro. Elle cet retrouvé à être très désinhibée dans sa patho, avec un mec, un patient schizophrène et lui il pensait qu'elle était d'accord et en</p>	<p>Ligne 97 : ouais ben c'est concernant plutôt la pédophilie. Quand on rencontre des personnes pédophiles, on va dire</p>	<p>Ligne 86 : Je n'ai pas eu de situation encore qui mon basculer vu que je suis jeune diplômé.</p>	<p>Ligne 80 à 84 : une situation récemment où on a découvert pendant l'hospitalisation la séropositivité d'une patiente. Donc nous, évidemment, on n'a pas communiqué ça aux autres patients et pourtant, on savait très bien qu'elle était proche d'un autre monsieur hospitalisé. Ils ont été retrouvés parfois dans le même lit et donc nous on pouvait que mettre en garde, voilà, donner des préservatifs et cætera</p>

	<p>fait elle s'est neurodégénérative donc elle n'y est pas toujours le libre arbitre, on la fait changer de service du coup.</p>			
--	--	--	--	--

*Annexe V.II : Grille d'analyse des questions et cadre de référence*

Le métier d'infirmier(ère) en psychiatrie		
Question	Cadre de référence	Verbatim
<p>3° Abordez-vous la question de la sexualité en équipe pluridisciplinaire ?</p> <p>4° Le projet de service à t-il une position définie sur ce sujet ?</p> <p>(Selon la question 4)</p>	<p>Tribolet, Serge définit le travail infirmier « <i>Être infirmier ne semble pas à la portée du premier venu. C'est pouvoir agir avec ce qu'il y a de plus subtil en soi et en les autres, la sensible condition humaine : avec sa santé, ses joies, ses misères, ses rires et ses larmes. Être infirmier, c'est avant tout côtoyer, tous les jours l'un des espaces les plus intimes de l'homme : sa souffrance et sa nudité. Lorsque la santé se trouve fragilisée — santé physique ou mentale - le cours de la vie en est modifié, parfois menacé ; l'infirmier est là avec son vécu et sa façon d'appréhender et de faire appréhender la maladie. Les études n'enseignent pas à l'infirmier l'art et la manière de dispenser douceur et amour dans le soulagement de l'Autre. L'humilité et le respect de l'Autre s'acquièrent dans l'expérience de la détresse d'autrui. Être infirmier ne se limite pas à sonder, perfuser, piquer, panser... c'est avant tout l'implication de la double exigence du savoir-faire et du savoir-être. Le premier est enseigné dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et se consolide avec l'expérience quotidienne. Le second nécessite une connaissance de soi et de l'autre. »</i></p>	<p><b>FILINE</b> : Ligne 18</p> <p>Pour elle, la question se pose surtout lorsque la vulnérabilité et les aspects légaux entrent en jeu, notamment chez les adolescents. Elle s'appuie sur le rôle défini et réglementé de l'infirmier et suit les directives de sa hiérarchie.</p> <p><b>MUSE EPICURIEN</b> : ligne 17</p> <p>Pour lui, il est essentiel d'aborder le sujet tout en veillant à mener une éducation thérapeutique sur les pratiques sexuelles. Je trouve qu'il est celui qui se rapproche le plus des auteurs que j'ai cités dans mon cadre de référence, tout en s'appuyant sur le cadre légal qui nous guide.</p> <p><b>DUREX</b> : ligne 12</p> <p>Pour elle ce n'ai pas vraiment le cas, mais cela fait peu de temps qu'elle est diplômée.</p>

<p>6° Comment vivez-vous cette mésentente ?</p>	<p>L'Ordre des infirmiers « <i>LOI n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers avec les articles L. 4312-1 et suivants du Code de la santé publique.</i> » elle régit notre pratique, comme le stipule l'article R.4311-2 du C.S.P « <i>L'infirmier a un rôle préventif, curatif, ou palliatifs, intégrant qualité technique et qualité des relations avec le malade</i> » il dit aussi que les soins « <i>ont pour objet, dans le respect des droits de la personne...</i></p> <p>Néanmoins, l'infirmier fait face à la réalité du terrain, où son travail s'organise autour de deux axes : le rôle propre et le rôle prescrit</p> <p>Notre profession est désormais régie par les dispositions du Code de la Santé Publique article R.4311-1 au 4312-49</p> <p>Mais aussi par L'Ordre des infirmiers « <i>LOI n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers avec les articles L. 4312-1 et suivants du Code de la santé publique.</i> » elle régit notre pratique, comme le stipule l'article R.4311-2 du C.S.P</p>	<p><b>SIRENE</b> : Ligne 14</p> <p>Elle aborde le sujet lorsque l'équipe est mise en difficulté.</p> <p>Se base sur le cadre légal principalement</p>
---	---	---

La sexualité du patient en psychiatrie

Question	Cadre de référence	Verbatim
<p>2° Faites-vous une distinction entre désir inhérent à l'être humain et pulsions sexuelles liées à une pathologie ?</p>	<p>Selon le Larousse « Action de <i>désirer</i>, d'<i>aspérer à avoir</i>, à <i>obtenir</i>, à <i>faire quelque chose</i> ; <i>envie</i>, <i>souhait</i> ».</p> <p>Kant.E a dit « <i>Le désir est l'autodétermination du pouvoir d'un sujet par la représentation d'un fait futur, qui serait l'effet de ce pouvoir</i> ». Cette définition montre à quel point le désir est au centre de l'expérience humaine, et qu'ils jouent un rôle clé dans les dynamiques relationnelles, affectives et sexuelles.</p> <p>Calza et Contant explique que le désir constitue un moteur fondamental des relations humaines</p> <p>Ils soulignent également que les patients psychotiques éprouvent des difficultés à différencier les pulsions, les besoins et les désirs. Cette confusion engendre et aggrave les conflits relationnels, rendant plus complexe la construction d'un lien adapté.</p> <p>Gerard Bonnet le psychanalyste nous explique que les personnes schizophrènes ont une sexualité marquée par des troubles des représentations et des difficultés dans la relation à l'autre. Les patients ont une ambivalence entre leurs désirs sexuelle qu'ils fantasment est la réalité qui</p>	<p><b>FELINE</b> : ligne 14.</p> <p>Elle distingue mieux la pulsion du patient psychotique et a plus de difficulté à accepter et repérer le désir du patient comme peu en parler Calza et Contant .</p> <p><b>MUSE EPICURIEN</b> : Ligne 15</p> <p>Il celui qui est le plus en cohérence avec les auteurs cité dans mon cadre de référence.</p> <p><b>DUREX</b> : ligne 10</p> <p>Pour Durex elle se base plus sur la définissons Larousse pour définir le désir.</p> <p>Pour la pulsion elle souligne que cela reste pathologique.</p> <p><b>SIRENE</b> : ligne 12</p>

peut être compliqué à accepter.

Sereine et convaincue de l'importance du désir, elle reste néanmoins consciente que la décompensation d'un patient psychotique peut entraîner des comportements inhabituels, différents de ceux qu'il adopterait en temps normal. Gérard Bonnet évoque également cette question.

Les valeurs		
Question	Cadre de référence	Verbatim
7° Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail ?	<p>Selon le dictionnaire le Larousse c'est « <i>Ce par quoi quelqu'un est digne d'estime sur le plan moral, intellectuel, professionnel, etc.</i> »</p> <p>Christine Ceaux et Nadia Péoc'h cite dans leurs articles « <i>La valeur n'est pas une vérité, la vérité n'est pas une valeur mais les deux existent séparément. Il y a d'un côté ce qui relève de la connaissance, de la vérité : deux et deux font quatre, la terre tourne autour du soleil ; de l'autre, ce qui relève de la valeur, de la morale, c'est-à-dire de jugements individuels</i> »</p> <p>Elles définissent les valeurs comme des façons d'être et d'agir perçues comme idéales, capables de guider les comportements et les jugements individuels. Ces valeurs jouent un rôle essentiel en orientant les actions et en servant de repères pour les choix et les décisions.</p> <p>Florance Gruat rajoute que nos valeurs sont souvent le dernier rempart contre la maltraitance. Notamment lorsqu'elle cite « <i>Ce qui peut nous inquiéter au sein de notre société, comme à l'hôpital, ce n'est pas l'immoralité, ni l'amoralité, mais plutôt la disparition du sentiment de culpabilité engendrée par la transgression morale</i> ».</p>	<p>FELINE : ligne 32</p> <p>MUSE EPICURIEN : ligne 27</p> <p>DUREX : ligne 26</p> <p>SIRENE : ligne 24</p> <p>Pour tous les infirmiers et infirmières, il est essentiel d'avoir des valeurs. Comme l'expliquent Christine Ceaux et Nadia Péoc'h, les valeurs sont perçues comme des distinctives qui orientent et guident nos comportements.</p>

Le taboue		
Question	Cadre de référence	Verbatim
<p>7° Pourriez-vous citer les valeurs importantes dans votre travail ?</p> <p>8° Pouvez-vous me raconter une situation où la sexualité du patient est venu bousculer vos valeurs ?</p> <p>6° Comment vivez-vous cette mésentente ?</p>	<p>Selon le Larousse « <i>un interdit d'ordre culturel et/ou religieux qui pèse sur le comportement, le langage, les mœurs</i> ».</p> <p>Michel Foucault aborde la complexité et les tabous qui lui son associé. Ce texte met en lumière l'impact profond des tabous sur la sexualité, influençant à la fois les comportements individuels et les perceptions culturelles. Il souligne à quel point il est essentiel d'encourager une communication ouverte et bienveillante autour de ces sujets souvent délicats. En brisant les stigmates, cette démarche favorise non seulement une meilleure santé mentale, mais aussi un climat de confiance et d'acceptation.</p> <p>Si la sexualité est banalisée à travers les médias, les films et séries, les publicités, ou encore sur Internet, et semble ne plus choquer personne, elle devient pourtant un sujet sensible lorsque l'on aborde ce thème de manière plus sérieuse dans une conversation ou un débat.</p>	<p>Il est notable que, pour la plupart des soignants, la question de la sexualité en structure reste un sujet délicat. J'ai observé que certaines questions suscitaient chez les infirmiers et infirmières des hésitations, des réflexions, voire une certaine gêne. À l'exception de Madame Durex, qui affirme explicitement à la ligne 20 que ce sujet est difficile à aborder et tabou, aucun des participants ne l'a formulé directement, bien que cela ait pu transparaitre dans certaines de leurs réponses ou silence.</p>

## Les représentations

Question	Cadre de référence	Verbatim
<p>5° Selon vous, l'accès à la sexualité est-il un droit pour le patient ?</p>	<p>Abric. Jean Claude la représentation « <i>est une vision du monde, fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduite (elle détermine ces comportements), de comprendre la réalité à travers son propre synthème de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place) ».</i></p> <p>Lisa Djadaoudjee dit que « <i>cette différence peut, au départ, faire peur car elle se heurte à nos propres valeurs, nos propre croyance »</i></p> <p>Elle conclura qu'il est important que les soignants prennent du recul sur leurs propres représentations afin d'adopter une posture d'écoute et de bienveillance</p>	<p>FELINE : pense qu'une hospitalisation n'ai pas le lieu où il doit y avoir de la sexualité.</p> <p>MUSE EPICURIEN :</p> <p>Pense que non seulement c'est un droit mais un besoin. Il prend assez de recul pour écouter et être bienveillant envers les patients.</p> <p>DUREX : elle est en dilemme entre oui ils peuvent avoir des envies mais attentions il faut qu'il ne soit pas en crise délirante et de ne pas être dans une pulsion du patient.</p> <p>FELINE : pense que cela n'ait pas forcément un droit mais elle prend en compte aussi l'aspect de certaine hospitalisation qui peuvent être longue et compliquer pour certain patient. Sa réponse a du sens.</p>

## Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : BELKAHLA Abdelhamid

Promotion : 2022 – 2025

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

**à diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Soigner l'intime : la sexualité en psychiatrie, un défi pour les soignants.

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui  non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui  non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 12/04/2025 ..... Signature :

## **Soigner l'intime : la sexualité en psychiatrie, un défi pour les soignants**

### **Résumé :**

En psychiatrie, la sexualité des patients demeure un sujet à la fois intime comme sensible... et trop souvent rester dans le silence. Mon cadre de référence, nourri par diverses lectures et approches philosophiques, m'a offert une base solide pour aborder ce sujet avec justesse et confiance. À travers des entretiens menés auprès de soignants, cette recherche questionne les représentations, les limites, mais aussi les possibilités d'accompagnement autour de la sexualité en santé mentale. Entre tabous, cadre légal strict et absence de repères institutionnels, les infirmiers jonglent entre malaise, silence et tentatives d'écoute respectueuse. Pourtant, certains professionnels ouvrent des voies nouvelles, intégrant la sexualité comme composante essentielle du soin global, au même titre que la sécurité ou la dignité. Ce mémoire met en lumière une réalité complexe, faite de tensions éthiques, de conflits et de valeurs. Il propose une réflexion humaine et professionnelle sur le rôle de l'infirmier face à une dimension du soin universelle. Car accompagner, c'est aussi reconnaître la personne dans toutes les facettes de son être y compris dans son intimité encore une fois.

Nombre de mot 176

**Mots clés :** sexualité, institution, valeur, représentation, relation soignant- soigné, psychiatrie.

---

## **Caring for Intimacy: Sexuality in Psychiatry, a Challenge for Caregivers**

### **Abstract:**

In psychiatry, patients' sexuality has long remained an intimate and sensitive topic, often surrounded by silence. My frame of reference has given me a solid background to address this subject with accuracy and confidence, fueled by various readings and philosophical approaches. Through interviews conducted with healthcare professionals, this research questions the representations, the boundaries, as well as the possibilities of supporting patients regarding sexuality in mental health. Caught between taboos, strict legal frameworks, and a lack of institutional guidance, nurses often navigate between discomfort, silence, and respectful listening attempts. However, some professionals are paving the way for new methods which integrate sexuality as key component of global health care, on the same level as safety or dignity. This essay highlights a complex reality built around ethical tensions, inner conflicts and personal values. It offers a human and professional reflection on the nurse's role when facing a universal dimension of health care, because to support someone also means acknowledging the person in all aspects of their being, including their intimacy.

Number of words : 172

**Key words :** sexuality, institution, value, self-representation, caregiver-patient relationship, psychiatry