**COLSY Patrick**

Promotion 2013 - 2016

Année Scolaire : 2015 - 2016

# « La Sexualité en Psychiatrie »

Entre devoir de protection et respect des libertés individuelles.

« Mémoire de fin d'études pour l'obtention des unités d'enseignement 3.4, 5.6 et 6.2 du semestre 6 »
Session N°1

**IFSI du CHU SUD**

**BP 350**

**97448 SAINT PIERRE CEDEX**

**Directeur de mémoire**

**M. Christophe Ménard**

**COLSY Patrick**

Promotion 2013 - 2016

Année Scolaire : 2015 - 2016

# « La Sexualité en Psychiatrie »

Entre devoir de protection et respect des libertés individuelles.

« Mémoire de fin d'études pour l'obtention des unités d'enseignement 3.4, 5.6 et 6.2 du semestre 6 »
Session N°1

**IFSI du CHU SUD**

**BP 350**

**97448 SAINT PIERRE CEDEX**

**Directeur de mémoire**

**M. Christophe Ménard**

***Note aux lecteurs :***

*Ce présent document est un travail personnel effectué dans le cadre de mes études à l'institut de formation en soins infirmiers de Saint Pierre, il ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur[1] ou de l'institut de formation.*

[1] : patrick-colsy@hotmail.fr

Ce travail est dédié à ma grand-mère :

Je ne serais probablement pas là où j'en suis sans toi. Où que tu sois, j'espère que tu seras fière du chemin parcouru et de celui à venir.

# REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire, M. Christophe Ménard, pour son aide, ses éclairages, et ses apports tout au long de ce travail.

A M. Bertrand Le Roux, pour son œil aiguisé et sa précision dans la résolution de problématique.

A M$^{mes}$ Béatrice Vidal et Mylène Mammosa, pour leurs temps accordés, la transmission de leurs savoirs et leurs précieux conseils.

A M. Jean-Michel Jamet, pour m'avoir permis d'accéder à ses articles traitant du sujet.

A M. Franck Germain, pour ces discussions constructives que nous avons eu, son aide, et ses éclairages.

A mes amis, pour leurs apports et le temps qu'ils ont pris à lire et relire ce travail.

A ma tante, qui m'a permis de sortir de mon impasse intellectuelle à un moment donné dans ce travail.

A ma mère et mon oncle, pour leurs aides à tous les niveaux sans qui ces trois années n'auraient pu être menées à leur terme.

A ma compagne et ma fille, pour leurs soutiens, leurs patiences, et leurs amours.

A mes frères d'armes: Claire, Mélanie, Adrien, Damien, David, Florent, Jérôme, et Matthieu pour ces 3 années d'études, pour leur loyauté, et pour cette incroyable aptitude partagée dans l'équilibre efficience-travail-détente.

Merci à vous tous.

*« Sans contraintes, il n'y a pas de discours. Sans tabous, il n'y a pas de sexualité ».*

**Kiju Yoshida**

*« On juge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses fous ».*

**Lucien Bonnafé**

# SOMMAIRE :


1 Introduction : 1

2 Présentation de la situation clinique : 1

3 Cadre exploratoire : 2

3.1 Méthodologie de la recherche : 2
3.2 Cadre théorique : 3
3.2.1 L'hôpital psychiatrique en France: 3
*3.2.1.1 Historique :* 3
*3.2.1.2 Le secteur fermé – unité contenante - hospitalisation à temps complet :* 5
*3.2.1.3 Les modes d'hospitalisation et les régimes de protection des patients :* 5
*3.2.1.4 Le rôle infirmier en psychiatrie :* 7
3.2.2 La sexualité : 8
*3.2.2.1 La sexualité dans les théories de soins infirmiers :* 9
*3.2.2.2 De la sexualité à la santé sexuelle :* 10
*3.2.2.3 La place de la sexualité dans le droit français :* 11
3.2.3 La sexualité des patients en psychiatrie, un tabou: 13
3.3 Cadre conceptuel : 15
3.3.1 Le positionnement et la posture infirmier : 15
3.3.2 L'éthique des soins infirmiers : 17
3.3.3 Le dilemme éthique et sa résolution: 18
*3.3.3.1 Le principe de bienfaisance et de non-malfaisance :* 19
*3.3.3.2 Le principe de justice :* 20
*3.3.3.3 Le principe d'autonomie :* 20

4 Recherche empirique : 21

4.1 Méthodologie de l'enquête : 21
4.1.1 Choix de l'outil : 22
4.1.2 Population et lieux concernés par l'enquête : 22
4.1.3 Déroulement des entretiens : 22
4.1.4 Difficultés rencontrées : 23
4.2 Présentation des résultats et analyse : 23
4.3 Limites de l'enquête : 37
4.4 Synthèse des résultats : 37

5 Formulation de l'hypothèse et de la question de recherche : 38

6 Présentation du devis de recherche : 42

7 Conclusion : 44

8 Bibliographie : 46

9 Annexes : 51

10 Abstract : 4ème de couverture

# 1 Introduction :

La sexualité des patients au sein des établissements de santé a toujours été un sujet délicat. Il l'est d'autant plus dans des unités où les patients peuvent présenter une vulnérabilité, que celle-ci soit due à l'âge, la maladie, où l'altération des facultés de discernement. Devant cela, les infirmiers[1] s'interrogent souvent sur la capacité des patients à effectuer un choix libre et éclairé. Ce questionnement est d'autant plus complexe dès lors que s'ajoutent des difficultés supplémentaires telles que, la démence, la déficience mentale… Ajoutons à cela des statuts juridiques particuliers comme la curatelle, la tutelle, l'incapacité juridique de jouissance ou d'exercice, l'infirmier se retrouve ainsi dans une situation des plus inconfortable, entre protection du patient vulnérable et respect de sa liberté individuelle. De son positionnement, l'infirmier peut voir sa responsabilité civile et pénale mise en jeu.

C'est dans ce contexte que j'ai été confronté à une situation particulière lors d'un stage effectué en psychiatrie qui m'a amené à réaliser ce travail de fin d'étude. De mes réflexions et questionnements est née ma question initiale. Elle m'a conduit à investir les champs multidimensionnels de la psychiatrie et de la sexualité pour aboutir à l'éthique, le dilemme éthique et sa résolution. Ne pouvant rester sur ces connaissances théoriques, il sera présenté une enquête réalisée sur le terrain auprès de professionnels ainsi que l'analyse de ses résultats. Ces derniers se verront confrontés aux cadres préalablement construits de ce travail, et permettront de faire émerger une orientation de recherche, exposée dans le devis de recherche.

Le temps qui nous est imparti pour ce travail étant limité, j'ai décidé de restreindre la sexualité aux relations sexuelles entre patients, et en l'investissant dans le champ spécifique des unités de psychiatrie fermées.

# 2 Présentation de la situation clinique :

Durant mon cursus à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.), j'ai effectué un stage dans une unité de soin psychiatrique fermée. Ce service est mixte et accueille 32 patients ; il dispose d'une chambre d'isolement et d'une chambre d'apaisement.

Au cours de ce stage, j'ai pris en charge quatre patients dont Mme P. âgée de 28 ans, mère de deux enfants et vivant avec son conjoint. Elle a été adressée par le Centre d'Accueil des Urgences Médico-Psychologiques (C.A.U.M.P.) suite à une décompensation psychotique et une crise clastique à domicile avec son conjoint, sur consommation de produits toxiques. Cette patiente a été admise dans le service sous la modalité « Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers – en Urgence » (S.D.T.U.) sur demande de son mari. Sa décompensation s'est traduite par une profonde désinhibition, une perte de repère spatio-temporel, et un comportement agressif. Deux avis médicaux (le premier émanant du psychiatre du C.A.U.M.P., et le second émanant du chef de service de l'unité de psychiatrie fermée) ont statué sur une hospitalisation complète.

A son arrivée, la patiente a été reçue par un infirmier, qui a réalisé l'entretien d'accueil, au cours duquel la patiente s'est montrée labile et désinhibée, puis un rappel des règles en

[1]Pour alléger la lecture de ce travail, il faudra lire également infirmière(s)

vigueur dans l'unité a été effectué. Mme P. connaissant la structure pour y avoir séjourné par trois fois auparavant, l'infirmier la lui fait visiter rapidement. Il passe en revue ses affaires, lui fait signer le document, et nous la conduisons à sa chambre en attendant qu'elle soit reçue par son psychiatre. Au cours de son séjour, conformément à la Loi, cette patiente a été présentée au Juge des Libertés et de la Détention (J.L.D.), qui suivra l'avis médical en prolongeant l'hospitalisation. Quelques jours plus tard, la mesure de soins S.D.T.U. est levée, mais Mme P. en accord avec son psychiatre décide de prolonger son séjour en hospitalisation complète dans l'unité.

Pendant son séjour, Mme P. s'est rapprochée d'un autre patient du service, M. T. âgé de 25 ans, présent également pour décompensation psychotique. Ils aiment à passer du temps ensemble. L'équipe de soins, consciente de ce rapprochement et de l'état désinhibée de cette dernière, met en place une surveillance accrue. Cependant, après la levée du S.D.T.U., et pendant la prolongation de son séjour, après les transmissions de l'après-midi, Mme P. fût introuvable. Après quelques minutes de recherche, Mme P. a été retrouvé dans le lit de M. T. ayant probablement consommé une relation intime. Il leur a été demandé de s'habiller, et à Mme P. de sortir de la chambre de M. T. pour regagner la sienne. Ils furent ensuite reçus en entretien par leur psychiatre respectif. Le lendemain, un bilan sanguin a été demandé puis réalisé pour les deux patients avec une recherche sérologique, qui s'est avérée négative quelques jours plus tard.

Après cet évènement, j'ai ressenti un certain malaise, et il m'a fallu du temps pour en identifier les raisons. J'étais partagé entre d'un côté, le respect de la vie privée du patient et de son intimité, et de l'autre, la protection due en regard d'une possible vulnérabilité liée à l'impact de la maladie sur son autonomie et sa faculté de discernement. Comment me positionner ? Dans quel rôle infirmier suis-je : curatif, préventif, éducatif ? Je me suis demandé également comment l'infirmier pouvait aider le patient à jouir de son droit à une vie intime en toute sécurité. Quelles pouvaient être les conditions à cette réalisation ?

Enfin, le règlement intérieur de l'unité ne mentionnant rien au sujet des relations sexuelles entre malades, on serait tenté de penser qu'elles sont autorisées. Cependant les patients ayant été reçus en entretien pour s'entendre dire que cela ne doit plus se reproduire, cela signifie une forme d'interdit. Cette situation m'a conduit à m'interroger sur la législation, et sur la place de la sexualité dans le droit civil.

# 3 Cadre exploratoire :

## 3.1 Méthodologie de la recherche :

Ces questionnements profanes m'ont amené à effectuer des recherches pour approfondir le sujet. Ainsi dans le cadre de mes études d'infirmier, je les ai développées pour réaliser une de mes analyses de pratique. Elle s'est avérée difficile à construire, car la documentation scientifique est relativement pauvre concernant le sujet, alors qu'elle est plus prolixe dans le cadre de la sexualité des personnes âgées, des personnes déficientes ou handicapées mentales. Cette difficulté m'a particulièrement interpellé et très vite j'ai su que j'allais porter cette situation, au terme de ma formation, pour en faire mon travail de fin d'étude.

Au cours des deux années suivantes, j'ai entrepris des recherches plus approfondies que pour mon analyse de pratique, utilisant internet et principalement le moteur de recherche Google Scholar. Je me suis aperçu que contrairement à la littérature française qui n'aborde que peu le sujet, la littérature anglo-saxonne et outre-Atlantique avaient un peu plus exploré le sujet, mais très peu sous l'angle infirmier.

J'ai décidé de conserver le thème qui est la sexualité en psychiatrie, et de choisir pour objet le positionnement infirmier avec la dénomination suivante :

Variable : autonomie.

Population cible : infirmier.

Champs d'action : les patients en psychiatrie.

De mes questionnements profanes qui m'ont conduit à faire des recherches, en les associant à la dénomination de mon objet de recherche, j'ai pu poser la question de départ suivante :

**Quel est le positionnement professionnel de l'infirmier en regard de la sexualité des patients en psychiatrie ?**

## 3.2 Cadre théorique :

### 3.2.1 L'hôpital psychiatrique en France:

Pour le profane, l'hôpital psychiatrique alimente nombres de fantasmes et de visions emphatiques, telles que la camisole de force, les lavages au jet d'eau glacé, les hurlements de désespoir permanents, la sismothérapie. Il me semblait donc utile d'en retracer succinctement l'évolution depuis ses origines jusqu'à nos jours.

#### 3.2.1.1 *Historique :*

Cet historique, non exhaustif, est principalement basé sur l'œuvre de Michel Foucault : « Histoire de la folie à l'âge classique »[2]. Dans l'Antiquité, ou la pensée magique dominait, le comportement perturbé des malades mentaux était expliqué par des manifestations du divin. Cette explication pèsera lourd dans la tradition judéo-chrétienne. Ces malades étaient souvent conservés au sein des familles tout en étant isolés. Les romains construiront dès le IIIe siècle les premiers nosocomiums prévus à leur accueil.

Au Moyen-Âge, l'influence du Christianisme hégémonique fût une des raisons pour laquelle les médecins ne prenaient plus en charge les maladies de l'âme, chasse gardée de l'Eglise. Les malades mentaux sont alors, en fonction des moyens financiers des familles, soit pris en charge par la communauté religieuse (obligation d'assistance et de charité par les fondations hospitalières de type Hôtels Dieu) ; soit repoussés hors des villes. A la fin du Moyen-Âge, la très Sainte Inquisition se charge des malades mentaux, les percevant comme l'incarnation du diable, frappés d'une punition divine, ce qui les amènera souvent sur le bûcher en tant qu'hérétiques.

[2]FOUCAULT Michel. Histoire de la folie à l'âge classique, 1961, réédition Gallimard, collection « Tel », 1977, 591 pages.

La Renaissance voit l'obscurantisme médiéval céder la place à un retour des sciences et voit l'essor de la médecine. C'est ainsi que naquirent les premiers établissements destinés aux malades mentaux (Hospice de St Jean de Dieu – 1537), la réclusion restant la thérapeutique la plus utilisée, et la folie passant du surnaturel au rang de maladie. En 1656, un outil de contrôle politique voit le jour par édit royal de Louis XIV, l'Hôpital Général. Loin de l'idéalisation qui en est faite de nos jours, sa fonction première était de nettoyer les rues de Paris de leurs mendiants, invalides et malades mentaux et de les mettre au travail de gré ou de force. Ce lieu assurait certes le vivre et le couvert à une population miséreuse mais en la privant de liberté. C'est ce que Michel Foucault appellera le « Grand Renfermement » et qui sera le lègue sur lequel se fondera l'hôpital psychiatrique du XIXe siècle. A cette époque, il y avait une volonté de classification médicale, mais les maladies mentales ne sont pas pour autant séparées des autres maladies, les traitements restant dans la lignée de la théorie des humeurs.

Le XVIIIe siècle est une période charnière en France pour les malades mentaux, avec en toile de fond la Déclaration des Droits de l'Homme. La Révolution va laïciser les établissements de santé jusqu'à présent sous la coupe de l'Eglise, libérer les détenus des lettres de cachets, mais gardera les malades mentaux enfermés « *pour protéger la société de leur dangerosité et pour leur propre protection dans la mesure où ils sont incapables d'autonomie* »[3]. La prise en charge tient plus de la garde des malades mentaux que du soin et la seule thérapeutique légitime et efficace est le traitement moral (entendre mœurs) de la folie[4]. Face à cela, Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin, vont « retirer » les chaînes des malades mentaux et esquisser ce qui sera le début d'une nosographie des maladies mentales, donnant naissance à la Psychiatrie.

Succédant à Pinel en tant que médecin chef de la Salpêtrière, Jean-Etienne Esquirol, poursuivra ses travaux et donnera naissance à la loi du 30 juin 1838 dite « loi des aliénés », les malades seront dans des grands hôpitaux psychiatriques (ou asiles), ce qui marquera le début du véritable « *Grand Renfermement* ». Cette loi instaure une distinction dans les conditions d'hospitalisation : le placement d'office, le placement volontaire et en service libre (cette loi restera en vigueur jusqu'en 1990 date à laquelle elle sera réformée), mais également la création dans chaque département d'établissements psychiatriques. La vie de ces grands hôpitaux psychiatriques est particulière, en autarcie complète, le personnel vit avec les patients à l'intérieur des murs. On assiste à l'émergence de nouveaux traitements empiriques comme l'hydrothérapie; la phrénologie, les purgatifs, les saignées, le fauteuil rotatoire, les attachements, l'isolement, les galvanisations, l'électrothérapie etc… Rares sont les patients qui en ressortent guéris, et les critiques vont s'élever à l'encontre de ces établissement. Malgré cela le nombre de patients en France passera de 10.000 en 1838 à 110.000 en 1939.

Le XXe siècle est le siècle de l'essor des psychothérapies : la psychanalyse de Sigmund Freud, la psychopathologie avec Alfred Adler et Carl Jung, les théories cognitivo-comportementales avec Burrhus Skinner et John Watson. Ce siècle va ouvrir progressivement les portes des asiles, et ces derniers porteront le nom d'hôpital psychiatrique dès 1937. De plus, devant la multiplication des praticiens, les patients vont commencer à être suivi en ville. Alors que les cendres de la guerre de 39-45 sont encore chaudes, avec ses 40.000 morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français, et un système concentrationnaire avec sa finalité Aktion T4, pour ne plus jamais revoir cela, les années 50 assistent à la naissance de la psychothérapie institutionnelle. L'institution devient thérapeutique, et va s'organiser autour de la parole et

[3]HILL Peter. Thèse - L'impact du soin relationnel sur l'équipe soignante d'une unité fermée psychiatrique pour adultes, septembre 2006.
[4]LANTERI-LAURA Georges. Histoire de l'institution psychiatrique, *Sciences Humaines*, Mars 2004, N°147, p.28.

d'un réseau relationnel au centre duquel se trouvera le patient. La vraie révolution viendra de l'avènement de la psychopharmacologie et les médicaments psychotropes : neuroleptiques (1951), antidépresseurs (1957), anxiolytiques (1960). En 1960, La circulaire ministérielle crée la politique de secteur psychiatrique, le but étant de favoriser les petites structures au sein des villes plutôt que les grands hôpitaux psychiatriques. En clair le but est de développer la prise en charge hors des murs. Elle donnera naissance à un certain nombre de structures comme les centres médico-psychologiques (C.M.P.), les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P.), les hôpitaux de jour (H.D.J.), les appartements thérapeutiques, les maisons communautaires, les familles d'accueil… Les établissements psychiatriques étoffent également leurs équipes pour une meilleure prise en charge, psychologue, infirmier psychiatrique, assistant social, aide-soignant. La Loi de 1838 est abrogée par la loi du 27 Juin 1990, dans le but de protéger le droit et la liberté du patient en psychiatrie.

La psychiatrie telle que nous la connaissons aujourd'hui, est donc relativement jeune. Son histoire est chargée, et elle véhicule malgré elle des représentations désormais révolues.

#### 3.2.1.2 *Le secteur fermé – unité contenante - hospitalisation à temps complet :*

Ce type de service, héritier direct de ce passé asilaire, ne ressemble en rien à son prédécesseur ; pourtant l'inconscient collectif continue de les associer. Depuis 1950, l'internement a été divisé par 4 passant de 120.000 lits à 37.000 en 2009[5], ce qui s'explique par la politique de sectorisation menée depuis 1960, favorisant les prises en charge en ambulatoire. Le but de l'hospitalisation à temps complet est de prendre en charge les pathologies psychiatriques aigües qui nécessitent des séjours de courte durée et les situations d'hospitalisations chroniques qui demandent des séjours pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, cela dans un milieu contenant encadré par une équipe pluridisciplinaire ; mais également de mener des actions de prévention, de diagnostic, de réadaptation et de réinsertion sociale. Il faut différencier ce type de service des Unités pour Malades Difficiles (U.M.D.), ces derniers revêtent un caractère légal très différent des services de psychiatrie de par les textes législatifs qui les encadrent, mais également par la typologie des patients qui fréquentent ces établissements.

#### 3.2.1.3 *Les modes d'hospitalisation et les régimes de protection des patients :*

De nos jours, comme cela a été vu précédemment, plus de 77% des patients sont suivis en extérieur de l'hôpital psychiatrique, l'internement ne représentant qu'à peine 13% des patients hospitalisés. En vertu de la loi N°2011-803 du 5 Juillet 2011[6] modifiée le 27 septembre 2013 et qui abroge la loi N°90-527 du 27 juin 1990[7], Il existe plusieurs modalités d'admission qui sont très encadrées et suivies juridiquement:

[5]Ordre National des Infirmiers. Rapport de synthèse – Psychiatrie et Santé mentale, enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières, Mars 2010, p.8.

[6]Loi N°2011-803 du 5 juillet 2011, Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, parue au Journal Officiel N°0155 du 6 juillet 2011.

[7]Loi N°90-527 du 27 juin 1990, Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, parue au Journal Officiel le 30 juin 1990.

D'une part les Soins Psychiatriques Libre avec le consentement du patient (S.P.L.), cette hospitalisation se fait soit à la demande du patient, soit avec son consentement. Le patient a les mêmes droits d'exercice des libertés individuelles que les malades soignés pour une autre cause (libre choix du médecin et de l'établissement, choix de la fin des soins, liberté d'aller et venir dans l'établissement).

D'autre part, les Soins psychiatriques Sans Consentement (S.S.C.) du patient, ne peuvent s'effectuer que par les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer cette mission. Les modes d'admission sont les suivants :

- Les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence ou non (S.D.T. ou S.D.T.U.).
- Les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent sans tiers (S.P.I.).
- Les Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (S.D.R.E.).
- Les Soins psychiatriques sur Décision du Directeur d'Etablissement de santé (S.D.D.E.).

Le patient hospitalisé sans son consentement voit avec la modification de Loi N°2013-869 du 27 septembre 2013[8], ses droits réaffirmés :

- Le patient reste un citoyen à part entière.
- Les hospitalisations longues ne doivent pas être la règle.
- Le patient doit être informé notamment sur ses droits et voies de recours.
- Le patient doit être le plus possible associé aux décisions et aux soins. Il doit lui être possible de faire valoir ses observations avant chaque décision concernant sa prise en charge.
- Le patient peut signaler sa situation au Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Libertés (C.G.L.P.L.).

En parallèle à ces modes d'hospitalisation, le patient peut être sous un régime de protection juridique qu'il est nécessaire que l'infirmier connaisse pour une prise en charge optimale, car en psychiatrie, il n'est pas rare qu'un patient soit soumis à ce genre de mesure de protection.

La Tutelle : le patient majeur présente une incapacité permanente dans les actes de vie civile. Cette mesure est la plus restrictive des trois mesures, et elle nécessite la désignation par le juge d'un tiers qui sera amené à prendre, en accord avec le conseil de famille, certaines décisions à la place du patient, concernant les actes de gestion (compte bancaire, location), de disposition (mariage, divorce) mais ne pourra contraindre le patient à effectuer un de ces actes ; de plus le tuteur devra obtenir l'autorisation du juge pour effectuer des actes importants, comme la vente ou l'achat de bien immobilier.

La Curatelle : Le patient majeur est déclaré incapable partiellement. Il nécessite une assistance et conseil par un tiers désigné par le juge. Il conserve le droit de vote, la gestion de son compte bancaire, mais les actes de gestion sont toutefois contrôlés par le curateur.

[8]Loi N°2013-869 du 27 septembre 2013, Modifiant certaines dispositions issues de la loi N°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, parue au Journal Officiel N°0227 du 29 septembre 2013.

La Mesure de sauvegarde de justice : C'est une procédure qui est mise en place au cours d'une situation urgente, où le patient majeur nécessite une protection, en attendant soit le jugement et le choix d'un régime de protection juridique, soit la cessation de la procédure. Le patient conserve l'exercice de ses droits, mais un mandataire intervient pour certains actes déterminés. Cette mesure est d'un an renouvelable, mais ne peut excéder 2 ans.

La connaissance des modes d'hospitalisation et des mesures de protection juridique du patient est un élément important pour l'infirmier dans sa prise en charge, et notamment dans son positionnement envers le patient, car cela va déterminer en partie le degré d'autonomie de ce dernier.

#### 3.2.1.4 *Le rôle infirmier en psychiatrie :*

Le métier d'infirmier, en un peu plus d'un siècle d'existence, a beaucoup évolué et s'articule aujourd'hui autour de deux axes : un rôle propre, et un rôle médico-délégué. Le rôle propre offre à l'infirmier une autonomie d'actions basée sur une expertise acquise à travers de sa formation initiale et de sa pratique professionnelle, bien sûr tout en tenant compte du cadre professionnel. Le rôle médico-délégué est principalement constitué d'actes techniques, il applique un ordre médical au travers de la prescription médicale. Le rôle propre tient plus du savoir-être et permet une véritable personnalisation des soins ; quant au rôle médico-délégué, il relève plus d'un savoir-faire encadré par des règles de bonnes pratiques et dicté par la Haute Autorité de Santé.

En l'absence actuellement d'un code de déontologie (soit l'éthique appliquée à un champ professionnel) infirmier[9], il faut se référer aux chapitres du Code de la Santé Publique (C.S.P.) consacrés à l'exercice de la profession et aux règles professionnelles infirmiers, soit du R.4311-1 au R.4312-49 du C.S.P. Les infirmiers prodiguent des soins « *préventifs, curatifs, ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* » comme le stipule l'article R.4311-2 du C.S.P. L'article précise en particulier 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 l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques 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 informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leur prescriptions ;* ».

Il fut une époque où l'infirmier en psychiatrie avait une formation particulière. La formation spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique a été abrogée par décret le 23 mars 1992, au profit de l'incorporation des connaissances psychiatriques dans la formation d'infirmiers en soins généraux, passant ainsi de 4000 heures de formation pour les infirmiers de secteur psychiatrique à 120 heures de spécialisation. Le plan de santé mentale de 2005 a mis en évidence un manque de formation lié à cette réforme, et donna lieu à deux circulaires. La première du 8 juillet 2004[10], proposant une formation complémentaire de 15 jours pour les

[9]Adopté le 4 février 2016 par le Haut Conseil des Professions Paramédicales, mais non paru en date du 13/04/2016 au Journal Officiel.

[10]Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 N°234 du 8 juillet 2004, Relative à la mise en place dès 2004 d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant la « consolidation et intégration des savoirs et pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie ».

nouveaux infirmiers diplômés souhaitant exercer en psychiatrie, et la seconde du 16 janvier 2006[11], préconisant la mise en place d'un tutorat pour les infirmiers débutant en psychiatrie.

La spécificité du travail infirmier en psychiatrie provient de la nature même des soins prodigués et des pathologies rencontrées, les patients étant sujet à des troubles mentaux. L'infirmier vise en premier lieu à maintenir, restaurer la santé physique et mentale du patient en l'aidant à comprendre ses difficultés et à découvrir ses ressources. Et en second lieu à protéger le patient de lui-même, des autres lors de comportements agressifs ou de conduites à risque. Cela passe par une connaissance solide des pathologies afin d'être adapté avec le patient et le moins pathogène possible dans la prise en charge. Les actions menées par l'infirmier doivent s'inscrire dans une dynamique cohérente d'équipe et sont essentiellement de types relationnels et éducatifs. Cela requiert une disponibilité, une observation fine, une écoute active, une analyse pertinente des problématiques, un accompagnement dans les différentes dimensions du patient et des actions de soins. L'observation du patient, la relation orale et écrite sont les points clés de la prise en charge. L'infirmier doit pouvoir être en mesure d' « expliquer au malade le sens général de son traitement : effets médicamenteux, but à atteindre, afin d'obtenir ainsi le maximum de coopération du malade »[12].

Bien qu'il évolue dans un environnement pluridisciplinaire, l'infirmier en psychiatrie est en première ligne face au patient, répondant à ses besoins pour l'aider à recouvrer un état de santé optimal et cela passe également par une prise en charge globale de ce dernier dans toutes ses dimensions dont la sexualité fait partie.

### 3.2.2 La sexualité :

La sexualité m'est apparue difficile à définir comme objet d'étude. J'ai rencontré lors de mes errances documentaires, un certain nombre d'approches théoriques, et de conceptions issues de champs disciplinaires variés. Le dictionnaire de français Larousse la définit ainsi : *« Ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant. Ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle »*[13]. Cette définition est relativement vaste ; mais lorsqu'elle postule une « *satisfaction sexuelle* », répond-elle à un besoin ou à un instinct ?

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (C.N.R.T.L.) donne une définition multidimensionnelle. Biologiquement, c'est l' « *ensemble des caractères physiques qui différencient les sexes, les individus mâles et femelles ; fait d'être sexué* »[14]. Physiologiquement, c'est l' « *ensemble des mécanismes physiologiques qui concourent au rapprochement des sexes et à la reproduction de l'espèce* »[15]. Ces deux définitions sont caractéristiques du Vivant. Plus spécifiquement chez l'Homme, car il est le seul qui peut se libérer, en totalité ou en partie, des contraintes naturelles, la sexualité est l' « *ensemble des*

[11]Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C N°2006-21 du 16 janvier 2006, Relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
[12]BERNARD Paul. Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable, *L'Information Psychiatrique*, Février 2011, Vol.87, p.141.
[13]Dictionnaire de Français Larousse - *Définition de la « Sexualité »* [en ligne], disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualité/72486/, (page consultée le 11/01/2016).
[14]C.N.R.T.L. - *Définition de « Sexualité »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/definitions/sexualité/, (page consultée le 14/02/2016).
[15]Loc. cit.

*tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif) recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité* »[16].

Avec la sexualité, l'Homme s'ancre dans le règne animal (aspects biologiques, facteurs hormonaux et nerveux de la sexualité) mais s'en différencie par l'intrication de la sexualité dans le social et réciproquement. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), va dans ce sens en donnant son point de vue[i] sur la sexualité avec ceci : [traduction libre] « *La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité peut inclure toutes ces dimensions, qui ne sont toutefois pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels* »[17].

La sexualité n'est désormais plus perçue comme au XIXe siècle, dont la finalité résidait dans la procréation et que toutes formes de recherche de plaisir à travers la sexualité était perçu comme une forme de perversion. Cette évolution, nous la devons à l'évolution des mœurs mais également à des théoriciens.

#### 3.2.2.1 *La sexualité dans les théories de soins infirmiers :*

Bien que Sigmund Freud, ne soit pas un théoricien des soins infirmiers, la sexualité a occupé une place centrale dans ses travaux. Selon lui, la sexualité, c'est l' « *ensemble des pulsions et des actes qui, dès la première enfance, tendent à obtenir des satisfactions sensuelles (autres que celles des besoins d'auto-conservation) en débordant la simple génitalité et en investissant toutes les zones érogènes* »[18]. Ce qu'il est important de retenir c'est que Freud, a créé une révolution dans le monde médical avec le concept psychanalytique qui veut que « *l'ordre libidinal inconscient régit l'activité sexuelle consciente* »[19].

Maintenant, en se tournant vers la pyramide des besoins d'Abraham Maslow, publiée en 1943, nous nous éloignons de la satisfaction des pulsions et du signifiant. Ce théoricien intègre la sexualité dans sa hiérarchisation des besoins en tant que besoins physiologiques et besoin d'amour/d'appartenance, en distinguant respectivement les relations sexuelles dans le premier item et l'intimité sexuelle dans le second[20].

Virginia Henderson, théoricienne de l'école des besoins, et auteure des 14 besoins fondamentaux. Elle propose son modèle conceptuel en 1947, et s'inspire fortement du modèle de son ami A. Maslow. Elle postule que la personne est un tout complexe et que le patient doit

[16]Loc. cit.

[17]L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Sexual and reproductive health, [en ligne], disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (page consultée le 16/02/2016).

[18]Loc. cit.

[19]COURTOIS Robert. Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches, *Annales Médico-Psychologiques - Revue Psychiatrique*, Juin 1998, Vol.156, issue 9, p.619.

[20]KENRICK Douglas, GRISKEVICIUS Vladas, NEUBERG Steven, SCHALLER Mark. Renovating the pyramid of needs: contemporary extensions built upon ancient foundations, *Perspectives on Psychological Science*, May 2010, Vol. 5, issue 3, p.302.

recouvrer son indépendance aussi vite que possible en s'affranchissant du soignant. Mais elle n'intègre pas la sexualité dans son modèle ceci s'expliquant « *par le poids du contexte social et d'un héritage religieux alors pesant* »[21]. Avec l'évolution des mœurs et du temps, la sexualité a été incorporée dans les 14 besoins fondamentaux, pas en tant que besoin en lui-même, mais rattaché à un besoin. Cependant en fonction des auteurs, les avis divergent, et la sexualité est tantôt rattachée au besoin fondamental N°10 « Communiquer avec ses semblables », tantôt liée au besoin fondamental N°13 « Se récréer ».

Dorothy Johnson, théoricienne de l'école des effets souhaités, établit un modèle qui se focalise sur le patient qui trouve sa place en tant que système comportemental, comprenant différents sous-systèmes, inter dépendants et qui doivent trouver un équilibre entre eux en s'ajustant, et en s'adaptant à des forces extérieures telle que l'environnement, le contexte socio-culturel. Elle place la sexualité en un 5ème sous-système qui a pour fonctions la procréation, et la gratification, et qui permet au patient de développer sa propre identité sexuelle, par le lien avec autrui[22].

La sexualité retrouve une place importante chez les théoriciennes anglaises Roper, Logan, et Tierney. Dans les années 80, elles développent le modèle des « 12 Activities of Daily Living » (12 A.D.L.s) librement inspiré des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. L'expression de la sexualité se trouve en dixième position[23]. Pour Roger Watson, s'appuyant sur le modèle des 12 A.D.L.s, la prise en charge par l'infirmier de la sexualité est importante pour aider le patient. De plus, l'infirmier d'aujourd'hui ne se limite plus aux soins cliniques, il s'est ouvert et aide à résoudre certains problèmes sociaux, et donc à ce titre, il se doit d'approfondir des sujets sociétaux sensibles et ne pas hésiter à se questionner[24].

Nous voyons qu'au fil des années, la sexualité s'est étoffée : d'un acte ayant pour but la procréation, elle est devenue élément social et une constante essentielle de l'équilibre de l'individu. Cela s'explique par la mise à distance de la religion, de l'affirmation des Droits de l'Homme à l'international, de l'évolution des connaissances médicales (par exemple les travaux de Masters & Johnson), à l'avènement de la pilule contraceptive, et enfin de la révolution sexuelle.

#### 3.2.2.2 *De la sexualité à la santé sexuelle :*

Après avoir abordé certaines conceptions et la place accordée à la sexualité dans les théories de soins infirmiers, il est intéressant de la placer désormais dans un contexte de Santé. A ce titre, en 1974 se développe avec la bienveillance de l'O.M.S. un concept issu de la sexualité, celui de Santé Sexuelle. Il a, au fil des années, évolué pour arriver à ce qui suit :

« *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de*

[21]PELLISSIER Jérôme. Réflexions sur les philosophies de soins, *Gérontologie et Société*, Mars 2006, N°118, p. 40.
[22]POTTER Patricia, PERRY Anne. Soins infirmiers : Fondements Généraux, Vol.1, 3e édition, 2010, Chenelière éducation, p.76.
[23]AKINSANYA Cynthia. The Roper – Logan – Tierney model of nursing based on activities of living, *Journal of Advanced Nursing*, January 2008, Vol. 33, issue 2, p. 269.
[24]WATSON Roger. Nursing research in the 21st century, *Journal of Health Specialities*, April 2013, Vol. 1, issue 1, p.17.

*plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. Beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin de s'assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte* »[25].

On retrouve donc à l'origine de ce nouveau concept celui de Santé de l'O.M.S. comme défini en préambule de sa constitution ainsi qu'une place importante à la liberté individuelle. Le concept de santé sexuelle, aujourd'hui, est employé internationalement pour que des institutions développent des programmes d'interventions éducatives et préventives en matière de sexualité. A tel point qu'il est « *utilisé comme l'équivalent du terme de sexualité parmi les cliniciens engagés dans les troubles sexuels* »[26]. Le concept de Santé est issu des Droits de l'Homme, par analogie, la santé sexuelle devrait descendre de droits sexuels.

#### 3.2.2.3 *La place de la sexualité dans le droit français :*

En France, comme dans beaucoup de pays européens, l'activité humaine est encadrée par des lois, décrets, arrêtés, et circulaires. La sexualité ne devrait pas échapper à cette règle et l'être également, or il n'existe pas de définition juridique pour la sexualité, et elle ne figure dans aucune loi[27]. Pourtant au fil de mes lectures, j'ai rencontré à plusieurs reprises les termes de « droits sexuels » et de « libertés sexuelles ». En consultant des jurisprudences de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.) venant protéger ou sanctionner certains aspects de la sexualité, j'ai pu remonter aux articles de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (C.E.D.H.) et notamment l'article 8 de la CEDH[28]:

*« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale (…). / 2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire (…) à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».*

Cet article, qui s'inspire de l'article 12 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (D.U.D.H.) de 1948, ne vise nullement de manière claire et directe les termes de « sexualité » ou de « droits sexuels », il revient donc à la Cour E.D.H. d'interpréter l'article pour rendre réponse comme dans l'arrêt de 1985 où le concept de vie privée selon la Cour *« recouvre l'intégrité physique et morale de la personne et comprend la vie sexuelle »*[29]. Cette intégration de la sexualité dans la vie privée est reprise par l'Association Mondiale pour la Santé

---

[25]L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) - *Définition de la « Santé sexuelle »* [en ligne], disponible sur http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition, (page consultée le 14/02/2016).

[26]GIAMI Alain. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être, *Le Journal des Psychologues*, Juillet 2007, N° 250, p.56.

[27]LARRALDE Jean-Manuel. L'article 8 de la convention européenne des droits de l'Homme et la protection de l'identité sexuelle, *Revue Trimestrielle des Droits de l'Homme*, Avril 2006, N°35, p.35.

[28]Conseil de l'Europe – Cour européenne des droits de l'Homme. Convention Européenne des Droits de l'Homme telle qu'amendée par les protocoles N°11 et 14, complétée par le protocole additionnel et les protocoles N°4, 6, 7,12 et 13, article 8, p.10.

[29]Conseil de l'Europe – Arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme. *Affaire X et Y c/ Pays-Bas*, Requête N° 8978/80, 26/03/1985, p.6.

Sexuelle (W.A.S.[30]), dans l'article 6 de sa déclaration des droits sexuels de 2014[31]. Bien que cette dernière n'ait pas de valeur juridique, elle est souvent utilisée comme référence en termes de « droits » sexuels.

C'est avec le concept de vie privée et plus particulièrement celui du « *droit à l'intimité de la vie privée* »[32] que je suis revenu vers le droit français, dont les dispositions principales sont l'article 9 du Code Civil : « *Chacun a droit au respect de sa vie privée* » et l'article 16 du Code Civil : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garanti le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Cette protection de la vie privée revêt plusieurs aspects : la protection du domicile, le secret professionnel et médical, la protection de l'image, et la protection de l'intimité.

Dans cette démarche, il est possible de trouver plusieurs lois et articles y faisant référence :

-L'article du Code de l'action sociale et des familles (Dispositions insérées par Loi nº 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale), mentionne : *« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement* ».

-L'article 12 de la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie (mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles) : *« Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé ».*

-La loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que « *le respect de l'intimité du patient doit être préservé […] à tout moment de son séjour hospitalier* »[33], qui sera repris dans les articles 8 et 9 de la charte du patient hospitalisé[34] et la charte de l'usager en santé mentale (8 décembre 2000) réaffirme dans le cadre de la santé, le droit des patients au respect de leur vie privée et intimité, dans la limite du respect de l'intimité et du repos des autres usagers.

A l'image du droit civil, la sexualité des patients n'est pas abordée directement dans le décret de compétences infirmiers. Seule la vie intime des patients est évoquée, dans l'article R.4312-2 du C.S.P. « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille* ». En revanche, l' « *éducation à la sexualité* » est mentionnée dans l'article R.4311-15 alinéa 6 du C.S.P.

[30]World Association for Sexual health.
[31]WAS Advisory Council. Declaration of sexual rights, article 6, March 2014, p.2.
[32]Dictionnaire du droit privé de BRAUDO Serge - *Définition de « Vie Privée »* [en ligne], disponible sur http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/vie-privee.php (page consultée le 17/03/2016).
[33]Loi N°2002-303 du 4 mars 2002, Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au Journal Officiel N°54 du 5 mars 2002.
[34]Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006, Relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Le respect de la vie privée et de l'intimité sont donc garantis par le droit français ; par contre il n'y a pas de droit d'accès à ces deux items. Aussi, il faut considérer vie privée et intimité comme relevant de libertés fondamentales plutôt que d'un droit subjectif opposable. Ceci explique que la sexualité soit donc sous-entendue, car « *la sexualité composante de la vie privée est une liberté pas un droit au sens technique. Nul n'a un ''droit à la sexualité'', chacun a ''un droit à développer une sexualité''. La nuance est essentielle.* »[35].

Le manque de clarté des textes nous oblige à les interpréter. Ce clair-obscur juridique est préjudiciable car l'institution de santé, le soignant, où même le patient peuvent se retrouver dans des situations pénalement répréhensibles. La société est à l'image de ce droit silencieux et ce malgré l'évolution des mœurs depuis 1968, la sexualité conserve partiellement un caractère tabou.

### 3.2.3 La sexualité des patients en psychiatrie, un tabou:

Le mot « tabou » est à l'origine un mot polynésien qui désigne une « *interdiction de caractère sacré qui pèse sur une personne, un animal, une chose*». De nos jours, il est employé pour un « *interdit d'ordre culturel et/ou religieux qui pèse sur le comportement, le langage, les mœurs* »[36].

Une partie du tabou de la sexualité reste liée à la tradition judéo-chrétienne, avec Adam et Eve, qui après avoir goûté au fruit défendu se rendirent compte qu'ils étaient nus et de honte cherchèrent à se couvrir[37], ce qui est le fondement de la pudeur dans les mœurs occidentales. Ensuite, pendant près de 2000 ans la sexualité non procréative a été assimilée au péché, au vice, à la débauche, engendrant au niveau individuel un sentiment de culpabilité et de honte. Avec la laïcisation, le tabou a quitté le domaine du sacré pour trouver refuge dans les conventions sociales, mais on n'efface pas plus de 2000 ans d'histoire en quelques générations. Retenons à titre d'exemple, que l'homosexualité n'est plus l'objet de discrimination juridique et n'est plus pénalement répréhensible en France, que depuis l'abrogation de l'article 331, alinéa 2 du Code Pénal, le 27 juillet 1982.

Pourtant de nos jours, la sexualité, ne s'est jamais autant montrée, que ce soit à la télévision, au cinéma, dans la presse, sur internet ; elle est omniprésente dans notre société, et cela ne semble plus choquer personne ; bien au contraire, elle est largement utilisée pour attirer le chaland. Le curseur des mœurs s'est déplacé en 40 ans. Cependant, on assiste encore à des résistances lorsque l'on ouvre une discussion, un débat sur la sexualité.

Cette contradiction de comportement s'explique par la tension culturelle des processus d'affranchissement du tabou de la sexualité[38] et des règles normatives complexes qui la régissent. Cela touche toutes les strates de la société avec un impact plus ou moins grand. Le domaine de la santé suit cette même logique, il est donc intéressant de se demander ce qui se passe à l'intérieur des murs des unités contenantes de psychiatrie quand la sexualité est autant présente au dehors.

---

[35] PY Bruno. Le sexe et le droit, Paris : PUF, Que sais-je, 1999, p.54.

[36] C.N.R.T.L. - *Définition de « Tabou »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/definition/tabou (page consultée le 22/03/2016)

[37] La Bible, Genèse 3.7

[38] GARCIA Marie-Carmen, VALANTIN Emilie, WALD LASOWSKI Patrick, WUNSCH Serge, WORMSER Gérard. Sexualité et société, *Sens [Public] – Revue web*, essais, Avril 2011, p.22.

L'hôpital psychiatrique, comme la plupart des établissements de santé, trouve son origine historique auprès des ordres religieux. Cet héritage était très prononcé dans le passé et il le reste encore aujourd'hui. Les infirmiers ont conservé une certaine codification issue de cette époque, il suffit de regarder la couleur de la blouse et du mot utilisé « tenue » désignant aussi bien le vêtement que le comportement à observer. La sexualité a été évincée à une époque par les ordres religieux, car elle était la signification de comportement déviant, obscène, engendrant le chaos dans les structures psychiatriques.

A la création de l'asile, le socle de prise en charge de Philippe Pinel était le traitement moral visant « *à promouvoir la primauté des valeurs sociales et la répression des comportements qui s'opposent aux vertus essentielles de la société* »[39]. Ce dernier trouvait que la sexualité était une activité déréglante pour les malades mentaux, et nécessitait une surveillance constante pour éviter toute contagion au sein de l'asile. La solution fût de l'interdire, pour deux raisons : un symptôme à faire disparaître et une cause de la folie. Cet interdit perdura jusqu'à l'avènement de la psychanalyse. Cette dernière dont le fondement est que « *la sexualité conditionne le développement affectivo-émotionnel de l'individu* »[40] réintroduira les patients dans leur vécu sexuel « *afin de permettre l'émergence et le dépassement des pulsions et de leur conflit* »[41]. La sexualité va alors être utilisée comme levier thérapeutique. Puis elle sera de moins en moins prise en compte à cause de l'eugénisme qui influencera fortement la société, de l'entre-deux guerres jusqu'à la fin des années 40, le but étant sous couvert d'amélioration de l'espèce humaine, d'empêcher toute reproduction des individus « *tarés* » et « *inutiles* »[42]. Ces pratiques seront encouragées par d'éminents prix Nobel français comme Alexis Carrel, Charles Richet (respectivement Prix Nobel de médecine en 1912 et 1913) qui visaient la suppression des maladies mentales, et par le psychiatre hygiéniste Edouard Toulouse qui lui y verra une forme de « prévention » des maladies mentales. Ce courant de pensée et de pratiques, bien que cela n'ait pas été une « généralité » en France, amènera tout de même près de 40.000 malades mentaux à mourir de faim entre 1940 et 1944 dans les hôpitaux psychiatriques[43]. La question de la sexualité entre patients reviendra discrètement avec la psychothérapie institutionnelle post seconde guerre mondiale et la mise en place de la mixité des unités qui interviendra avec la sectorisation dans les années 60. Question relativement peu évoquée, exception faite de l'impact des chimiothérapies, elle restera souvent occultée jusque dans les années 80, où l'émergence du SIDA relancera le questionnement à son sujet.

Le tabou de la sexualité en psychiatrie s'explique également par l'origine et la nature même de cette discipline qui vise à soigner l'esprit et a très longtemps mis à distance le corps, « *la vie psychique devait rester vierge de toute corporéité* »[44]. Ajoutons que les patients en psychiatrie sont souvent stigmatisés par le biais des représentations sociales[45]. La

[39]DUPRAS André. La sexualité, l'institution psychiatrique et la normalisation du malade mental*, Santé mentale au Québec*, Novembre 1977, Vol.2, N°2, p.46.
[40]Loc. Cit.
[41]Loc. Cit.
[42]KOUPERNIK Cyrille. Eugénisme et psychiatrie, *Annales Médico-Psychologiques – Revue Psychiatrique*, Février 2001, Vol.159, issue 1, p.15.
[43]Ces morts n'ont aucun lien avec l'Aktion T4 qui euthanasiera 70.000 malades mentaux, et les exactions nazi qui assassineront 250.000 aliénés et handicapés.
[44]DELION Pierre. Franchir le tabou du corps en psychiatrie, *L'information psychiatrique*, Janvier 2009, p.16.
[45]Commission Européenne. Livre vert, Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'union européenne, direction générale santé & protection des consommateurs, octobre 2005, 26 pages.

conceptualisation de la sexualité des patients est donc tombée sous le coup de ce double tabou.

Aujourd'hui en France, il n'existe ainsi aucune politique nationale, aucun consensus médical, aucune ligne directrice quant à la place des relations sexuelles dans les unités de psychiatrie. Cependant la majorité des unités contenantes ont une politique restrictive qui les interdit, en s'appuyant soit sur un règlement intérieur écrit, soit sur une interprétation dudit règlement intérieur, soit implicitement[46]. En 2012, la Cour Administrative d'Appel de Bordeaux a rendu un verdict condamnant l'unité Verneuil de l'hôpital psychiatrique de Cadillac pour avoir interdit à un patient hospitalisé sans son consentement d'avoir des relations sexuelles. Cette décision repose sur deux points : l'interdiction présentait un caractère général et absolu (défaut du principe de proportionnalité), et une atteinte excessive à la liberté de la vie sexuelle (composante du droit au respect de la vie privée, soit une liberté fondamentale).

Au niveau européen, une étude[47] publiée en début d'année sur le site de l'International Journal of Mental Health Systems, montre que les manifestations sexuelles et affectives des patients en unités contenantes psychiatriques sont traitées de manières très différentes d'un pays à l'autre. Aucun des 14 pays participant à l'étude ne possède de politique nationale légale concernant la sexualité des patients en psychiatrie. En revanche, 10 d'entre eux ont un consensus médical, et 9 autorisent la sexualité tout en étant conscients du risque et en prenant en charge la protection des patients vulnérables.

Même si depuis quelques années la place de la sexualité en psychiatrie est de plus en plus questionnée, elle demeure malgré tout sans réponse claire et officielle des instances publiques.

## 3.3 Cadre conceptuel :

Face à la sexualité des patients, l'infirmier en service de psychiatrie se trouve au carrefour entre législation floue, politiques d'établissement restrictives ou inexistantes, respect de la liberté individuelle du patient, et la protection de ce dernier en cas de discernement altéré. Trouver un positionnement vis à vis de la sexualité des patients face à ces forces où pressions extérieures devient délicat. Cette prise de position nécessite une réflexion, et va reposer sur le positionnement et la posture infirmier, l'éthique infirmier, et le dilemme éthique.

### 3.3.1 Le positionnement et la posture infirmier :

En prenant la définition du mot « positionnement » le C.N.R.T.L. nous dit ceci : « *place, rang qu'il occupe dans la société, dans la vie professionnelle* »[48], mais avant d'arriver à cette place, il y'a tout un cheminement intellectuel, et une fois à cette place, il y a toute une réflexion à entreprendre avec la posture. « *Le positionnement professionnel est un processus de*

[46]HAZAN Adeline. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté – rapport d'activité 2014, dalloz, mars 2015.

[47]TIWANA Rajveer, MCDONALD Stephanie, VÖLLM Birgit. Policies on sexual expression in forensic psychiatric settings in different European countries, *International Journal of Mental Health Systems*, December 2016, vol.10, issue 5.

[48]C.N.R.T.L. - *Définition de « Positionnement »* [en ligne], disponible http://www.cnrtl.fr/lexicographie/positionnement (page consultée le 07/04/2016).

*construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini* »[49].

Aussi avant d'occuper la place d'infirmier, il y a notre orientation professionnelle qui passe par le filtre de nos valeurs acquises par notre éducation, notre culture, notre expérience et par la reconnaissance de nos penchants naturels vers un domaine spécifique. Dès lors que nous entrons dans la formation d'infirmier, l'I.F.S.I. a pour charge de nous délivrer un enseignement scientifique afin de nous rendre compétents dans l'exercice de la profession, et un enseignement philosophique infirmier, afin que nous puissions confronter nos valeurs avec les valeurs infirmières attendues, constituant pour partie l'identité professionnelle infirmière. Cette identité est fondée sur des codes, un langage, une démarche intellectuelle du « prendre soin », des représentations internes et externes, qui permettent de se reconnaitre infirmier et d'être reconnu par autrui comme tel, et permettra le développement d'une posture que nous verrons plus loin.

A mesure que l'étudiant avance dans sa formation, l'identité infirmière va être travaillée par ce dernier à travers un contenu théorique, et l'acquisition d'expériences pratiques grâce à des stages et aux professionnels de santé qui seront rencontrés. Ainsi nous serons amenés à reconsidérer nos valeurs personnelles d'avant notre entrée en formation pour faire de la place à de nouvelles valeurs spécifiques au métier d'infirmier ; cet ensemble de valeurs va poursuivre la construction de l'identité professionnelle souhaitée par l'étudiant. Cependant, comme chaque étudiant est différent, la finalité de la formation est de créer un socle commun de compétences et de valeurs, c'est « *une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité en situation : manière de se tenir, manière de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet* »[50].

Les domaines du métier sont vastes, aussi, une fois diplômé, l'infirmier va continuer tout au long de son exercice à travailler ses valeurs personnelles et professionnelles en fonction des spécificités de son service, de la culture de l'équipe, de la politique de l'institution, des changements sociétaux, de son expérience professionnelle, de son évolution personnelle. Les valeurs de l'infirmier ne sont pas figées, elles évoluent, se transforment mais le socle fondateur reste commun à tous. En définitive, le positionnement « *relève de la place que nous nous attribuons confrontée à celle que nous accorde le monde social. C'est savoir se situer, trouver et maintenir sa place sur l'échiquier social. C'est se reconnaitre capable de décider et de conduire ses actions dans l'interaction avec ses partenaires et d'en assumer l'entière responsabilité* »[51]. La responsabilité est un des fondements du socle commun du métier.

C'est dans ce socle fondateur, cette identité professionnelle, que l'infirmier va puiser pour créer sa posture professionnelle, qui n'est pas une image du recueil hindi de Vâtsyâyana du VII$^{ème}$ siècle, mais qui nous renvoie à une attitude particulière du corps d'une profession. La posture infirmière, c'est notre capacité autonome à construire un raisonnement infirmier à partir de nos valeurs personnelles et professionnelles, ainsi que de nos connaissances, et de notre expérience du métier.

---

[49]CHAMLA Rachel. A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale, *La Revue Française de Service Social*, Janvier 2010, N°236, p.70.

[50]CLOT Yves, FAÏTA Daniel, FERNANDEZ Gabriel, SCHELLER Livia. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité, Perspectives Interdisciplinaires Sur le Travail Et la Santé (en ligne), 2-1 | 2000, disponible sur http://pistes.revues.org/3833 (page consultée le 07/04/2016).

[51]VIGIL-RIPOCHE Marie-André. Culture et savoir scientifiques infirmiers, *Revue Recherche en Soins Infirmiers*, Mars 2010, N°102, p.3.

« *En se construisant une pensée disciplinaire, les infirmières se donnent les moyens d'une réflexion épistémologique et éthique qui contribue au développement des sciences de la santé* »[52].

### 3.3.2 L'éthique des soins infirmiers :

En l'absence de règle claire, l'infirmier, face à la sexualité du patient, se posera la question « que dois-je faire ? ». Dans ce genre de situation les implications et la prise de décision devront être analysées sous un angle particulier, celui de l'éthique. Il convient d'en préciser le sens tant les définitions diffèrent d'un auteur à l'autre. Selon le C.N.R.T.L., c'est ce « *qui traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale* »[53]. On serait bien tenté de dire qu'éthique et morale sont identiques, car « éthique » de par son origine grecque (ethos) a pour sens « mœurs » ; et « morale », mot d'origine latine (mores) signifiant également « mœurs ». Pourtant, il y'a une différence entre le sens moderne que l'on donne à « l'éthique » et son indissociable jumelle « la morale ». Là où la morale véhicule une connotation religieuse, l'éthique est de nature laïque. Avec la morale, on a à affaire plus à une notion de normes et de rétrocontrôles émanant de pressions extérieures ou d'un groupe de personnes, alors que l'éthique suggère un autocontrôle établit par la société. La morale vise un positionnement dualistique bien/mal, l'éthique aura un positionnement selon un dipôle positif/négatif. Enfin, la morale interpelle l'individu en créant des obligations et des jugements, tandis que l'éthique nous pousse à réfléchir sur le devoir et à nous responsabiliser[54]. André Comte-Sponville écrivait que l'une et l'autre nous amènent à l'universalité du salut commun selon deux voies d'accès légèrement différentes : par l'obéissance avec la morale, et par la raison avec l'éthique[55]. Différence mais indissociable complémentarité. La loi se différencie de l'éthique dans le sens où c'est un impératif établi par une société qui se l'applique à elle-même et son non-respect est sanctionné. On pourrait résumer les 3 ordres normatifs des professions de santé à cette expression « *Le droit décide, la morale commande, l'éthique recommande* » ; ce sont les 3 clés d'une action légitime.

L'action de l'infirmier aura pour origine une intention, mais attention, « *on entre véritablement en éthique, quand à l'affirmation par soi de la liberté, s'ajoute la volonté que la liberté de l'autre soit. Je veux que ta liberté soit*»[56]. L'intention éthique comme le définit Paul Ricoeur dans sa septième étude : « *Le soi et la visée éthique* », est une « *recherche de la ''vie bonne'' avec et pour autrui dans des institutions justes* », ce qui donnera lieu au ternaire de pôle éthique que sont :

-Le « Je » qui représente le pouvoir être, l'affirmation de soi par sa liberté, l'estime de soi, par qui l'infirmier se met à distance de lui-même pour porter un jugement sur ses actions.
-Le « Tu », qui fait que l'infirmier reconnaît l'autre (le patient) comme semblable dans son altérité avec « *la volonté que la liberté de l'autre soit* ».

---

[52]Loc cit.
[53]C.N.R.T.L. - *Définition de l'« Ethique »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/lexicographie/ethique, (page consultée le 13/03/2016).
[54]BLONDEAU Danielle. Ethique et soins infirmiers, Les presses de l'université de Montréal, paramètres, 2ème édition, 2013, 342 pages.
[55]COMTE-SPONVILLE André. Morale ou éthique, *Lettre Internationale*, 1991, N°28, p.13.
[56]RICOEUR Paul. Soi-même comme un autre, édition Seuil, Essai (broché), 1990, 424 pages.

-Et le « Il » qui permet la médiation du « Je » et du « Tu » et qui peut correspondre à la société, l'institution, ou à un autre patient.

Selon Paul Ricoeur, l'infirmier adopte ainsi une posture de sollicitude vis-à-vis du patient, c'est-à-dire une forme de bienveillance qui place l'infirmier à la juste distance du patient. Ce positionnement permet à l'infirmier de se décentrer au profit de l'autre, de réduire l'asymétrie de la relation soignant-soigné, et lui donne une meilleure compréhension d'une situation clinique lui évitant de tomber dans l'arbitraire. Cette sollicitude sera mise en avant par Carol Gilligan dans son ouvrage « *In a different voice* » et prendra la forme de l'éthique du « care ». Le « care » trouve difficilement un équivalent en langue française, car il regroupe un large champ sémantique ; on le résume souvent par « prendre soin de » qui sous-entend pour l'infirmier aussi bien le patient, que ses collaborateurs, et l'environnement.

L'éthique des soins infirmiers, issue de ces différents concepts, est une réflexion collective qui tient compte de tous les paramètres en présence et qui interroge les valeurs humaines : vie, mort, liberté, respect, intimité. Son but est de permettre de discerner l'action positive de l'action négative, d'émettre un avis critique sur l'application de principes, d'orienter la prise de décision pour améliorer le bien-être d'autrui. A l'image de la société et des soins qui sont toujours en mouvement et en évolution, l'éthique est amenée à se transformer, elle est relative dans l'espace et le temps.

De nos jours, la société est de plus en plus individualiste, les citoyens (comme le soignant car il est également un citoyen) affirment de plus en plus leurs droits, en particulier celui d'avoir la liberté de décider ce qu'ils pensent être le mieux pour eux. « *Ce mouvement a, entre autres, contraint la médecine à passer d'une tradition paternaliste à une conception plus égalitaire et contractuelle de la relation* »[57]. Cette translation trouve un écho particulier dans la discipline psychiatrique, puisque les usagers sont sujets à des troubles mentaux qui peuvent altérer leur jugement, les fragiliser, les vulnérabiliser. Cette opposition entre différents principes éthiques donne naissance au dilemme éthique.

### 3.3.3 Le dilemme éthique et sa résolution:

La définition d'un dilemme est : « *une nécessité dans laquelle se trouve une personne de devoir choisir entre les deux termes contradictoires et également insatisfaisants d'une alternative* »[58]. Lyse Langlois définit le dilemme éthique comme des « *explorations axiologiques en confrontation (conflit de valeur personnel, professionnel ou organisationnel) qui, dans un processus réflexif de calibrage, viendra légitimer temporairement ou de manière permanente la décision du sujet* »[59]. Le dilemme est le fait de faire un choix entre deux principes éthiquement justifiés, mais qui sont incompatibles dans une situation donnée.

La résolution du dilemme éthique se réalise en accord avec des systèmes de valeurs : personnelles, professionnelles, collectives, institutionnelles, juridiques. Il existe différents

[57]DANION-GRILLIAT Anne. Conflits éthiques autour du diagnostic et du consentement : à propos de la psychiatrie et du diagnostic prénatal, *L'Information Psychiatrique*, Juillet 2011, Vol.87, p.561.
[58]C.N.R.T.L. - *Définition de « Dilemme »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/lexicographie/dilemme (page consultée le 08/04/2016).
[59]LANGLOIS Lyse. Anatomie du leadership éthique. Pour diriger nos organisations d'une manière consciente et authentique, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008, p.71.

modèles de résolution, Jocelyne Saint-Arnaud de l'Université de Montréal, propose une résolution qui se déroule en 10 étapes:

- Etape 1 : Identifier le problème éthique.
- Etape 2 : Identifier les faits pertinents : cliniques, culturels, psychologiques, contextuels, sociologiques.
- Etape 3 : Identifier les personnes impliquées : leurs rôles, leurs valeurs, les conflits de valeurs.
- Etape 4 : Identifier les options possibles et les conséquences prévisibles.
- Etape 5 : Déterminer les normes et contraintes légales et institutionnelles.
- Etape 6 : S'appuyer sur des repères éthiques : principes éthiques, théories éthiques, lignes directrices, cadres de référence.
- Etape 7 : Synthèse de l'analyse en faisant des liens entre les faits pertinents et les repères légaux : lois, chartes, codes de déontologie, politiques de l'établissement, comités d'éthique.
- Etape 8 : discuter des options retenues avec le patient et son entourage.
- Etape 9 : Choisir et mettre en place l'option choisie.
- Etape 10 : Evaluer l'impact de l'option choisie.

Pour l'analyse de la situation, il existe plusieurs grilles que l'on peut classer selon 3 groupes principaux : la clarification des valeurs en conflit, la procédure générale de résolution de problèmes, et l'utilisation de principes éthiques. Le « Principisme » de Beauchamp et Childress[60] repose sur un socle de principes fondamentaux limités et égaux en importance : la bienfaisance, la non malfaisance, la justice, le respect de l'autonomie. Ces principes servent de base d'analyse dans le cadre du dilemme éthique. Actuellement l'HAS présente ses arguments dans ses rapports d'évaluation éthique en l'utilisant comme cadre de référence[61]. Ces quatre principes vont être définis ci-dessous et développés dans le contexte des relations sexuelles entre patients en intra-psychiatrie.

#### 3.3.3.1 *Les principes de bienfaisance et de non-malfaisance :*

Les principes de bienfaisance est de contribuer au bien-être du patient, d'agir pour son bien. La bienfaisance va amener l'infirmier à se questionner sur l'efficacité et l'utilité de son action, les bénéfices que cela va apporter au patient. Ce concept prend racine dans l'éthique du « care » et dans le concept de sollicitude. Concernant les relations sexuelles des patients en psychiatrie, la bienfaisance, sera pour l'infirmier d'ouvrir un dialogue si le patient en exprime le besoin ; d'apporter des informations et des conseils pour des rapports sexuels sécuritaires ; de protéger un patient vulnérable et/ou fragilisé, qu'il soit majeur ou mineur ; de respecter l'intimité et la pudeur du patient ; d'établir la transparence dans l'information dispensée au patient.

La non malfaisance se résume en le « primum non nocere », (en premier lieu ne pas nuire) du serment d'Hippocrate, c'est-à-dire s'abstenir de commettre des actions dont les conséquences pourraient porter préjudice au patient. Ce principe se distingue de la

[60]BEAUCHAMP Tom, CHILDRESS James. Principles of biomedical ethics, editor OUP USA, 6ème éditon, 2008, 432 pages.
[61]HAS. Guide méthodologique - L'évaluation des aspects éthiques à la HAS, Avril 2013, p.23.

bienfaisance dans le sens cette dernière, qui consiste à faire le bien, ne correspond pas à ne pas nuire. La non-malfaisance impose une notion de contrainte morale et de responsabilité. Dans le cadre de relations sexuelles en psychiatrie, cela peut se manifester si un infirmier constate un abus sexuel et n'intervient pas, ou un rapport entre deux patients dont l'un a son discernement obscurci (par la pathologie, ou les thérapeutiques) et qu'il referme la porte, mais aussi à passer sous silence les envies et les besoins du patient.

#### 3.3.3.2 *Le principe de justice :*

Le principe de justice impose à l'infirmier deux points : l'égalité qui est de respecter les droits du patient et l'équité avec laquelle le patient doit être traité. Pour l'infirmier en psychiatrie, la manifestation de ce principe se traduira par sa responsabilité civile et pénale dans les soins, le respect et l'information concernant la charte du patient hospitalisé ainsi que les droits du patient en vertu de son statut juridique. L'équité sera de dispenser des soins de manière équitable et déontologique, ne favoriser aucun patient par rapport à un autre, ne pas porter de jugement de valeur concernant le patient.

#### 3.3.3.3 *Le principe d'autonomie :*

Le principe d'autonomie, est le principe central de nos jours dans l'éthique de la santé, mais également dans les principes fondateurs du respect et des droits de l'individu. Ce mot grec constitué d « autos » et de « nomos » qui veulent respectivement dire « soi-même » et « loi/règle », correspond au fait de fixer ses propres règles. Il renvoie le soignant et le patient à leur liberté en l'absence de toute contrainte extérieure et à leur capacité de décision et d'action. Ainsi Le sujet s'autogouverne et personne ne peut se substituer à lui, à condition qu'on lui ait délivré toutes les informations essentielles, corollaire indispensable pour qu'il puisse émettre une décision et agir de manière libre et éclairée. Autonomie et autodétermination sont souvent rapprochées, cependant l'autodétermination est subordonnée à l'autonomie et s'en différencie dans le sens où la notion de responsabilité intervient pour l'individu par sa capacité à intégrer le risque dans sa prise de décision et d'en assumer les conséquences[62]. Cela se traduit pour l'infirmier par le respect de la vie privée du patient, par le fait d'être loyal dans l'information donnée au patient, de respecter le secret professionnel, d'accepter un système de valeur, celui du patient, différent du sien, de ne pas se déresponsabiliser au profit de l'autonomie du patient, de s'assurer de son consentement libre et éclairé.

Ce principe est délicat en psychiatrie, en effet, la nature des pathologies affecte le psychisme du patient et par voie de fait son autonomie. La très grande difficulté relève de savoir distinguer le patient en pleine possession de ses facultés de discernement de celui chez qui celles-ci sont amoindries. Cette capacité de discernement repose sur quatre conditions[63] pour qu'il soit jugé apte :

[62]WEHMEYER Michael. Self-determination and individuals with severe disabilities: re-examining meanings and misinterpretations, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, July 2005, Vol.30, pages 113-120.
[63]Groupe de rédaction sur demande du comité de bioéthique du Conseil de l'Europe. Projet de guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie, Février 2013, p.11.

- La capacité de compréhension : Le patient doit pouvoir comprendre et démontrer sa compréhension lorsqu'une information lui est délivrée.
- La capacité d'appréciation : Le patient doit être en mesure de reconnaître les problématiques et les conséquences inhérentes à la situation dans laquelle il se trouve.
- La capacité de raisonnement : Ici le patient devra démontrer sa faculté d'intégration et d'analyse des informations, de jauger le bénéfice-risque et les alternatives à sa disposition.
- La capacité d'expression et de maintien de choix : La patient exprime librement sa volonté dans la prise de décision et résiste aux pressions extérieures exercées sur lui-même.

En définitive, si le « Principisme » apporte des balises éthiques qui permettent de poser un cadre de réflexion, il existe néanmoins une limite qui réside dans l'absence de hiérarchie entre ces principes. La problématique devient complexe lorsque deux principes apparaissent comme incompatibles entre eux. Cette incompatibilité ne sous-entend pas de choisir l'un ou l'autre des principes, mais lequel primera sur l'autre, tout en continuant de promouvoir cet autre principe. Dans le contexte de relations sexuelles entre patients en psychiatrie, ce sont l'autonomie et la bienfaisance qui se télescopent ; le conflit entre ces deux principes est fréquent dans les dilemmes éthiques. Le choix à effectuer alors peut se résumer entre une attitude paternaliste en privilégiant la bienfaisance, ou démocratique en mettant l'autonomie en principe premier, sachant que la tendance actuelle de la société et également celui de la Santé est surtout guidée par l'individualisme où l'autonomie est un principe premier. La loi du 4 mars 2002 va dans ce sens également.

Autre limite au « Principisme », le travail en équipe, Jürgen Habermas dit ceci : « *Sont 'justes' les jugements moraux qui méritent d'être universellement reconnus, ce qui signifie qu'ils pourraient, dans les conditions approximativement idéales d'une discussion rationnelle, trouver l'assentiment de toutes les personnes susceptibles d'être concernées* »[64]. D'un infirmier à un autre, le positionnement sera différent. Or dans le cadre de la continuité des soins et plus encore en psychiatrie, il est important d'arriver à un consensus afin que l'équipe se positionne de manière identique. Pour cela, Raymond Massé, directeur du département d'anthropologie de l'Université de Laval, propose de recourir à une pratique communicationnelle comme l'éthique de la discussion avec les différents acteurs d'une situation afin de trouver un consensus sur la hiérarchisation de la portée normative des principes plutôt qu'un clivage pour/contre.

# 4 Recherche empirique :

## 4.1 Méthodologie de l'enquête :

Après avoir effectué des recherches sur le positionnement des infirmiers face aux relations sexuelles entre patients en psychiatrie, pour constituer le cadre théorique et le cadre conceptuel, il me paraît normal, à ce niveau du travail, de me tourner vers les professionnels de santé afin de confronter les données du terrain avec les cadres préalablement construits, et ainsi pouvoir dégager de nouveaux axes de réflexion.

[64]HABERMAS Jürgen. Habermas. L'usage public de la raison, coordonné par Rainer Rochlitz, collection Débats phiosophiques, Puf, 2002, p.226.

### 4.1.1 Choix de l'outil :

J'avais souhaité réaliser cette investigation en deux temps. D'abord par un questionnaire anonyme qui aurait été soumis aux professionnels de santé, pour obtenir des informations quantitatives, ces derniers les auraient remplis seuls et retournés anonymement, pour éviter tout parasitage et influence. Puis dans un second temps, un entretien semi-directif qui se serait conclu par une forme d'entretien libre. Le temps ne permettant pas une telle investigation, j'ai retenu le questionnaire (Annexe II) pour une utilisation synoptique, et l'entretien semi-directif en tant que principale source d'information.

Le questionnaire me permet d'obtenir des informations quantitatives et qualitatives concernant les professionnels de santé dans la première partie, les patients et la structure dans la seconde. Il est composé de 14 critères.

Pour l'entretien, j'ai retenu la forme semi-directive car elle permet au professionnel de santé de pouvoir s'exprimer librement, de ne pas éprouver un sentiment d'interrogatoire, et la qualité des réponses est ainsi souvent plus en rapport direct avec les questions posées. De plus cette forme d'entretien permet à l'enquêteur de poser des questions qui feront office de relance si l'interlocuteur devait s'écarter du sujet ou lorsque certains de ses propos méritent quelques explications. En support, j'ai réalisé un guide d'entretien (Annexe III) composé de 9 questions ouvertes, avec cependant des objectifs ciblés, ceci afin de pouvoir mettre en rapport les réponses obtenues avec la théorie et les concepts développés précédemment. Les questions de l'entretien ont été testées auprès des étudiants de mon groupe mémoire et réajustées afin de faciliter une compréhension optimale.

### 4.1.2 Population et lieux concernés par l'enquête :

Pour cette investigation qui se déroule dans le champ infirmier, je me suis tourné naturellement vers les infirmiers diplômés d'état, exerçant en milieu psychiatrique et plus particulièrement en secteur fermé, ayant d'autre part chacun plus d'un an d'exercice dans le service, afin qu'ils soient suffisamment assis dans leurs fonctions. Ces entretiens ont eu lieu dans différentes structures de la région Réunion.

Dans la partie synoptique du questionnaire, des critères tels que le genre, l'âge, le temps d'exercice en tant qu'infirmier, et le temps d'exercice au sein du service ont été demandés, les différences d'approche des situations pouvant intéresser le résultat de l'enquête.

### 4.1.3 Déroulement des entretiens :

Préalablement aux entretiens, une demande d'autorisation (Annexe I) a été rédigée, visée par mon guidant de mémoire et par l'IFSI, puis envoyée à la direction des soins infirmiers de chaque structure, accompagnée du guide d'entretien. Une prise de rendez-vous a été faite ensuite par téléphone auprès des cadres de santé, afin de convenir du meilleur moment pour me rendre dans le service, celui qui pour perturberait le moins possible l'organisation du travail.

Avant tout entretien, j'ai procédé à une information type auprès des infirmiers concernés pour me présenter d'une part et d'autre part leur préciser qu'au cours de cette

entrevue, leurs réponses étaient libres, sans risque de jugement et que leurs anonymat ainsi que celui de la structure seraient préservés. Il fut précisé également que les entretiens étaient enregistrés mais que ces bandes seraient détruites sitôt la soutenance orale terminée. Aucun infirmier n'a émis d'objection à cette procédure. Au début de l'entretien, je fournissais un questionnaire de renseignements généraux concernant l'enquêté, la structure, et la typologie de patients accueillis. Le but était double : d'une part récolter des renseignements pour les exploiter et d'autre part pour introduire l'entretien dans des conditions favorables. Ensuite, j'ai fourni un exemplaire des questions pour que mon interlocuteur puisse relire la question en cas de doute au cours de l'entretien.

Ces entretiens eurent lieu sur la période du 27 mars 2016 au 10 avril 2016, sur 3 services d'intra-psychiatrie. La durée moyenne des entretiens est d'environ 15 minutes. Ils ont été retranscrits dans leur intégralité et annexés à ce travail, le texte en gras correspondant à l'enquêteur, et le texte normal à l'enquêté. Ils seront référencés comme suit au cours de la restitution des résultats et de l'analyse:

Entretien N°1 : IDE 1, psychiatrie secteur fermé (Annexe IV).
Entretien N°2 : IDE 2, psychiatrie secteur fermé (Annexe V).
Entretien N°3 : IDE 3, psychiatrie secteur fermé (Annexe VI).
Entretien N°4 : IDE 4, psychiatrie secteur fermé (Annexe VII).
Entretien N°5 : IDE 5, psychiatrie secteur fermé (Annexe VIII).

### 4.1.4 Difficultés rencontrées :

Je n'ai pas rencontré de difficultés particulières, l'enquête a reçu un très bon accueil de la part des cadres de santé ainsi que des infirmiers interrogés. Seulement, ayant ciblé un type de service particulier, et leur nombre sur la région étant limité, j'aurais souhaité réaliser des entretiens avec d'autres services psychiatriques fermés hors région, mais d'un point de vue logistique cela n'a pas pu être réalisé. J'ai pu en outre constater, à la fin de chaque entretien, que les infirmiers étaient très intéressés par le sujet. Et si malheureusement tous ces échanges informels restent présentement inexploitables puisqu'ils ont eu lieu en dehors du cadre de l'enquête, ils ouvrent néanmoins des pistes de réflexion pour un travail ultérieur.

## 4.2 Présentation des résultats et analyse :

Dans un premier temps, je vais restituer les résultats du questionnaire synoptique puis de l'enquête, et dans un second temps procéder à l'analyse des résultats en les corrélant avec le cadre théorique et conceptuel développé préalablement.

| Renseignements généraux sur les enquêtés | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **IDE 1** | **IDE 2** | **IDE 3** | **IDE 4** | **IDE 5** |
| **Sexe** | Homme | Femme | Femme | Homme | Homme |
| **Âge** | 45 ans | 41 ans | 48 ans | 29 ans | 29 ans |
| **Ancienneté dans la profession** | 16 ans | 3 ans | 9 ans | 4 ans | 7ans ½ |
| **Ancienneté dans le service** | 15 ans | 3 ans | 2 ans ½ | 3 ans ½ | 5 ans |

Sans avoir cherché à l'obtenir, mon panel restreint est relativement représentatif en termes de genre, d'âge, d'ancienneté concernant les infirmiers qui ont participé à l'enquête.

| Renseignements généraux sur la structure | | | |
|---|---|---|---|
| | **Structure 1** | **Structure 2** | **Structure 3** |
| **Nombre de chambres** | 25 | 32 | 27 |
| **Simple ? Double ?** | Les deux | Les deux | Les deux |
| **Service mixte ?** | Oui | Oui | Oui |
| **Chambres mixtes ?** | Rarement | Non | Non |
| **Règlement intérieur** | En cours d'élaboration | Lu et remis au patient | Lu et remis au patient |

Les trois structures sont relativement proches dans leur capacité d'accueil, elles sont toutes les trois mixtes, et n'acceptent pas de chambre mixte exception faite d'impératifs de services. Une seule structure n'a pas de règlement intérieur mais celui-ci est en cours d'élaboration.

| Renseignements synoptique sur les patients accueillis | | | |
|---|---|---|---|
| | **Structure 1** | **Structure 2** | **Structure 3** |
| **Pathologies prévalentes** | Schizophrénie<br>Trouble bi-polaire<br>Syndrome anxio-depressif | Psychoses<br>Troubles bi-polaire<br>Tentative de suicide | Psychoses<br>Tentative de suicide<br>Syndrome anxio-dépressif |
| **Durée moyenne d'hospitalisation** | 5 à 10 jours | + 10 jours | + 10 jours |
| **Mode d'hospitalisation le plus fréquent** | S.P.D.T.U. et S.P.L. | S.P.L. | S.P.L. |
| **Pourcentage de patient en SPL** | 30% | 60% | 75% |

La structure 1 se différencie des deux autres structures par sa durée d'hospitalisation moyenne qui est de 5 à 10 jours, son mode d'hospitalisation le plus fréquent qui est le S.P.D.T.U., et son pourcentage de patients admit en S.P.L. qui est plus faible. Les structures 2 et 3 sont relativement proches sur les différents critères, seules les pathologies prévalentes les distinguent légèrement.

**Question N°1 : A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?**

Cette première question avait pour vocation, d'interroger le professionnel de santé sur sa pratique au quotidien et la gestion des problématiques liées à l'intimité des patients.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Des problèmes de désinhibition, liés souvent à la pathologie […] incitant des comportements inadaptés des autres, soit en gênant simplement certaines personnes » (L.1-4)* |
| IDE 2 | *« […] des exhibitions involontaires, de nudité, et autres. Donc on est vigilant pour eux » (L.3-4)* |
| IDE 3 | *« […] préserver cette intimité […] » (L.3) ; « la charte des patients hospitalisés »(L.4) ; « espace confidentiel propre à chacun. » (L.5) ; « […] préserver des patients, qui n'ont peut-être pas toute disponibilité mentale, pour assurer leur propre […] intimité» (L.8) ; « très désinhibés […] peut heurter les visiteurs, heurter d'autres patients, provoquer d'autres patients, inciter d'autres patients […] » (L.10-11) ; « […] assurer ce droit à l'intimité, mais poser des limites sur cette intimité au regard de la santé mentale » (L.14-15)* |
| IDE 4 | *« […] patients en isolement, c'est là où l'intimité pose le plus de problème en fait […] » (L.3-4) ; « […] quand ils sont, on va dire autonomes, ils ont leur espace privé […] » (L.4-5) ; « […] les femmes qui s'occupent des femmes, et des hommes qui s'occupent des hommes. » (L.8-9)* |
| IDE 5 | *« […] on a des patients hommes et femmes. Généralement on essaie d'être […] un garçon et une fille en tant que soignant en fonction du patient […] » (L.3-5) ; « On frappe toujours à la porte pour savoir si le patient est en tenue ou pas […] » (L.7-8) ; « c'est par rapport à des patientes, qui ont des antécédents et bien d'agressions sexuelles dans leur enfance. Où là on va être un peu plus vigilant, à ne pas rentrer, être très intrusif […] d'autant plus, qu'on a déjà eu à faire à des patientes qui ont porté plainte, plusieurs fois sur, auprès des soignants … pour des … de viol» (L.9-11)* |

Deux infirmiers sur cinq évoquent des problèmes liés à la désinhibition, en lien avec la pathologie et l'altération des facultés mentales, qui peuvent avoir un impact sur les autres patients (stimulation, répulsion), et les visiteurs. L'IDE 2 évoque quant à lui, des problèmes d'exhibition. Deux infirmiers sur cinq prennent des dispositions pour que les soins soient réalisées sur des hommes par des IDE hommes, et sur des femmes par des IDE femmes, un des deux précisera que cela est pour le respect de l'intimité du patient, mais également pour que le soignant ne puisse pas être mis dans une situation délicate. Un IDE dit avoir des soucis avec les patients en isolement quant à l'intimité, lorsque ces derniers sont en blouse. Enfin, deux infirmiers évoquent le respect de l'intimité des patients, tout en prenant soin de s'assurer des facultés cognitives du patient.

**Question N°2 : Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?**

Le but de cette question était d'interroger les connaissances des infirmiers sur le Droit civil ; la liberté des patients et leur application en service.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Le cadre légal, bah, théoriquement, nous on s'est jamais posé réellement la question du cadre légal, […] n'est pas réellement concrètement abordée dans l'unité, on n'a pas dit ''voilà le cadre légal qui permettrait à un patient d'avoir une relation c'est celui-là'', donc il n'est pas abordé, donc nous, on fait un peu du bricolage […] » (L.7-11)* |
| IDE 2 | *« […] c'est pas légiféré euh, de façon très clair donc euh. Pour nous ça ne l'est pas en tout cas, très clair. Euh. On part du principe que c'est pas autorisé. Maintenant, est ce que c'est vraiment les textes ? Je ne saurais pas dire. Je pense qu'on n'a pas beaucoup, beaucoup d'éclaircissements là-dessus. » (L.5-8) ; « je sais que dans, […] des lieux de vies, […] On considère que la chambre du patient, c'est chez lui. » (L.9-11)* |
| IDE 3 | *« […] ça a été soulevé, […] du côté de Bordeaux, ça avait fait jurisprudence. » (L.16-18) ; « légalement, les personnes c'est un droit de chacun de disposer de son corps, en fait, donc de son intimité de cet espace qui leur est attribué. » (L.18-19) ; « Je ne pourrais pas citer explicitement l'article, le cadre de lois, je sais que c'est un droit » (L.20-21)* |
| IDE 4 | *« […] dans le service en tout cas, c'est pas consenti, donc c'est pas, il n'y a pas de cadre légal à ma connaissance parce que dans le service on ne prône pas ça […]» (L.10-11)* |
| IDE 5 | *« […] on a un règlement de l'hôpital, un livret d'accueil. Donc, il y a les chartes, les droits des patients, les devoirs des patients. » (L.25-27) ; « C'est référé justement au règlement du service. Et nous le règlement du service, c'est marqué que généralement les patients doivent être dans des tenues pas très équivoques, des tenues correctes, et surtout c'est marqué, éviter d'avoir des relations sexuels dans le service. » (L.28-31) ; « […] niveau du cadre légal, ce n'est pas marqué que c'est interdit, c'est marqué que c'est à éviter […] » (L.46-47)* |

Un infirmier sur cinq pense que la possibilité d'avoir des relations sexuelles dans le service relève du droit individuel sans pour autant citer d'articles, et connait la jurisprudence de la cour administrative d'appel de Bordeaux concernant l'unité Verneuil du centre hospitalier de Cadillac. Un infirmier dit que l'équipe ne s'est jamais posé la question et par conséquent fait du bricolage, un autre trouve que le cadre légal n'est pas très clair, un autre pense qu'il n'existe pas de cadre légal. Trois infirmiers citent la charte du patient hospitalisé ou du moins y font allusion avec la chambre du patient comme espace privé et d'intimité. Un infirmier évoque le règlement intérieur de la structure qui ne mentionne aucun interdit mais recommande d'éviter les relations sexuelles. En revanche, quatre infirmiers sur cinq justifient l'interdit ou la recommandation de ne pas avoir de relations sexuelles par rapport principalement à l'état du patient dont le jugement est altéré et pour éviter tous les problèmes qui en découleraient.

**Question N°3 : Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ?**

Cette question est dans la continuité de la précédente, mais cette fois-ci s'intéresse à la position de la structure en regard des relations sexuelles.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Y a pas de politique clairement établie » (L.25) ; « On n'encourage pas, on ne favorise pas, et plutôt on essaye tant bien que faire de les prévenir, en fait, de les empêcher quelque part d'avoir lieu […]» (L.26-28)* |
| IDE 2 | *« Pas de relation sexuelle » (L.15)* |
| IDE 3 | *« […] on va pas parler de politique du service, on va dire qu'il y a des opinions. » (L.23-24) ; « On va pas pouvoir appliquer une règle, en tout cas, elle va pas être applicable à tous. » (L.24-25) ; « […] c'est au cas par cas, au jour le jour, et en équipe. Tout se discute en équipe, il est hors de question qu'un infirmier ou un médecin prennent une décision disons seul. » (L.36-37)* |
| IDE 4 | *« […] dans le service, les relations sexuelles ne sont pas admises […] » (L.16) ; « […] on n'accepte pas ça, il y a trop de rapports, trop de risques de MST et puis voilà, non » (L.19-20)* |
| IDE 5 | *« […] nous on s'en réfère … bêtement, j'ai envie de dire au règlement intérieur du pavillon qui, voilà, on essaie d'éviter. » (L.49-50) ; « On essaie de faire attention, après, effectivement on ne peut pas interdire, c'est très difficile d'interdire […] » (L.57-58)* |

Deux infirmiers sur cinq nous disent que leur structure n'a pas de politique établie, et que l'équipe prévient et empêche que des relations sexuelles entre patients aient lieu. Un infirmier sur cinq a une structure qui demande que cela soit évité, sans pour autant l'interdire. Un infirmier sur cinq évolue dans une structure qui n'a pas de ligne directrice et c'est l'équipe qui en discute au cas par cas pour avoir un consensus d'équipe. A nouveau, trois infirmiers sur cinq justifient cette restriction par le devoir de protection des patients fragilisés, vulnérables, par leur capacité de jugement altérée (par rapport aux revirements de situations). Enfin l'IDE 3 qui est dans une structure qui décide au cas par cas avec un consensus d'équipe, parle également de la protection des patients mais également de leurs droits, ce qui rend leur position, reconnait-il, compliqué.

**Question N°4 : Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?**

L'objectif à travers cette question est de savoir pourquoi on évoque aussi peu la sexualité en psychiatrie, que ce soit dans le Code de la Santé que dans la littérature scientifique ou profane. Mais l'objectif est également d'avoir un point de vue de l'intérieur et d'avoir le ressenti et les émotions des soignants travaillant en psychiatrie.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« […] il n'est pas tabou, au sens où nous, moi, en tout cas en tant que soignant, je l'ai pas considéré comme tabou, je peux en parler facilement avec mes collègues, y'a pas de raison de l'éluder. » (L.30-32)* |
| IDE 2 | *« […] les personnes sont désinhibées, les barrières tombent euh, il y a beaucoup moins de retenue. Euh, les comportements sont inadaptés. Euh, il y a plus de risques de passages à l'acte dans ce cadre-là. Donc en fait, c'est, je ne sais pas si on peut dire que c'est tabou. Je dirais qu'en tout cas que c'est plus compliqué à gérer. » (L.18-21)* |
| IDE 3 | *« Alors, déjà la sexualité est un sujet tabou. Il faut pas oublier, que je crois qu'on peut le raccrocher à notre histoire d'infirmière. On est des descendantes des religieuses. » (L.38-39) ; « […]il y a toujours cette histoire de dualité, corps et esprit ça aussi je crois que c'est un petit peu… un petit peu ça, c'est parfois une prise en charge schizophrénique, c'est un peu scindé, c'est un peu dissocié […] » (L.40-42) ; « En santé mentale, le corps peut être plutôt très alerte […] quand ce corps, il est, il fonctionne bien… et bien, souvent en santé mentale, on l'occulte un petit peu, cette sexualité on s'attache à prendre en charge cet esprit qui, qui divague un petit peu. » (L.47-51)* |
| IDE 4 | *« […] j'entends pas trop ça, enfin, on a jamais vraiment dit que les relations sexuelles étaient tabous […] » (L.21-22) ; « […] peut-être parce que, ils sont catalogués de « fou » peut être et c'est ça qu'ils veulent pas en parler, parce qu'ils sont différent peut-être […]» (L.24-26) ; « […]en tant que soignant je les prends comme des gens, j'ai ce côté humain, ils ont des relations sexuelles, c'est leur vie, c'est tout à fait normal […] » (L.27-28)* |
| IDE 5 | *« c'est un sujet tabou en psychiatrie, je pense que c'est même un sujet tabou dans d'autres milieux hospitaliers. » (L.63-64) ; « […] c'est plus difficile en psychiatrie, parce que on est là pour traiter un peu des pathologies mentales, par rapport à des services de médecine ou de chirurgie, où c'est plus organique, enfin, somatique on va dire que psychiatrique. C'est difficile parce que justement, il y a déjà eu beaucoup de problèmes » (L.64-68) ; « qu'il y a cette épée de Damoclès de justice, de viol, d'agression sexuelle, qui est là, et qui peut poser problème par la suite. » (L.71-72) ; « […] on en parle pas beaucoup de la sexualité de toute façon. » (L.74) ; « […] c'est peut-être la mentalité française qui fait que la sexualité, ça reste quelque chose de tabou. Même la mentalité de la psychiatrie en France, elle n'évolue pas rapidement. Je pense au pays nordique, ou au Canada qui ont entre guillemets beaucoup d'avance par rapport à nous. Je pense qu'ils ont un autre point de vue de la sexualité, que nous en France. » (L.75-78)* |

Pour deux infirmiers sur cinq, la sexualité en psychiatrie n'est pas un tabou, pour l'un des deux cela est peut-être dû aux patients étiquetés comme fous. Pour l'IDE 2, le tabou réside dans la désinhibition des patients, leurs comportements inadaptés et dans la gestion plus difficile de la sexualité. L'IDE 3 et 5 pensent que la sexualité est un sujet tabou tout court, et qu'elle l'est également en psychiatrie, et même dans d'autres milieux hospitaliers. Ces deux mêmes IDE parlent de la prise en charge dissociée du corps et de l'esprit en psychiatrie, où on s'attache plus à soigner l'esprit que le corps qui lui va bien. L'IDE 3 ajoute à cela que le passé religieux de la profession est encore présent aujourd'hui et participe au tabou de la sexualité. L'IDE 5 ajoute pour sa part, que le tabou est lié aux mentalités françaises et pourrait venir également de l'aspect juridique, des conséquences, des abus sexuels, des viols.

**Question N°5 : Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?**

Cette question interroge le soignant sur la façon dont les relations sexuelles sont traitées lorsqu'elles sont constatées, mais également les procédures de service, et en partie son positionnement personnel.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« […] le soignant va référer à sa hiérarchie à la fois infirmière et médicale. Et la décision va être essentiellement, pluridisciplinaire, mais essentiellement médicale. » (L.45-46) ; « […] une forme de recadrage, de réexplication des règles, des règles en tout cas […]» (L.53-54) ; « […] après d'autres mesures, d'analyses biologiques peuvent être, à ce moment-là demandées, mais on tombe dans le soin curatif ou préventif des différents risques inhérents à une relation sexuelle […] » (L.50-52) ;* |
| IDE 2 | *« Donc il y aura autant de façon de réagir, que d'individualités, […] c'est propre à chacun. Voilà, il y en a qui fermeront la porte, et qui feront comme si ils n'avaient rien vu. Il y en a d'autres, qui vont tout de suite intervenir […] » (L.36-39) ; « Je vais essayer de savoir déjà si dans un minima il était consenti. Si personne n'a fait l'objet dans, en tout cas de rapport imposé. Ensuite, j'en avertirai bien entendu et bien l'équipe et le médecin. Il y aura des examens à faire. Des sérologies ce genre de choses. » (L.40-43)* |
| IDE 3 | *« Moi j'ai tendance a, je ferme cette porte c'est un moment de … Après, j'évalue quand même, si j'ai en face de moi deux personnes consentantes dans le peu que j'ai pu observer. Je veux dire qui si c'est un rapport de force. Si je sais qu'une jeune fille mineure. Si je sais que c'est … Je vais, comment dire en parler, à mes collègues de… Pour un petit peu demander… Comment réagir aussi, en fait je ne suis pas seule dépositaire […] » (L.57-61)* |
| IDE 4 | *« […] on s'assure que les patients ils n'ont pas de maladies, donc, il y a une prise de sang […] est ce que quelqu'un a pas abusé de quelqu'un, si y'en a qui était plus faible, il y a un temps d'échange avec le médecin, avec l'infirmier […] » (L.31-35)* |
| IDE 5 | *« […] ce qu'on essaie de faire, c'est premièrement de prendre entre guillemets, faire un entretien avec les deux patients à part bien sûr, et transférer un des deux patients dans un autre pavillon, et faire la suite… Voilà, ça c'est si, il y a un patient qui porte plainte, qui estime avoir été abusé sexuellement ou avoir subi une agression sexuelle. » (L.107-110)* |

Un infirmier sur cinq aurait tendance à fermer la porte après s'être assuré du consentement réciproque du rapport ; dans le cas contraire, il ira vers ses collègues pour en parler et voir comment agir. Les cinq infirmiers évoqueront leur constat au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Trois infirmiers chercheront à savoir s'il n'y a pas eu d'abus, ou de rapport forcé. Trois IDE prennent le patient en entretien infirmier, puis médical pour un recadrage et expliquer au patient les raisons de l'interdit et les règles, dont un sur les trois séparera les patients physiquement entre deux unités. Trois infirmiers effectuent une analyse biologique afin de connaître l'état sérologique. Un infirmier pense qu'il n'y a pas qu'une façon de réagir en fonction des différentes personnalités, et points de vue.

**Question N°6 : Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?**

L'objectif est de savoir si l'accompagnement à la sexualité est réalisé avec les patients par les infirmiers, et si oui, quels en sont les moyens et les outils ?

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Alors je dirais que l'on en utilise pas vraiment, puisque comme je disais tout à l'heure, le sujet n'est pas tabou, mais n'est pas traité […] » (L.57-58)* |
| IDE 2 | *« A ce moment-là on prend les devants, un petit peu sur le ton de l'humour, en tout cas c'est ma façon de procéder. Et on en parle, tout simplement, ouvertement. En général ils sont assez, assez confiants, ils en parlent assez facilement. Et à ce moment on reprend, voilà, les risques de contaminations, les risques de grossesse. On fait un peu le point sur ce qu'ils savent, et sur ce qu'ils ont besoin qu'on leur rappelle » (L.69-74)* |
| IDE 3 | *« […] dans certaines structures en métropole … il y a des éducations à la sexualité, enfin il y a des accompagnements pour les personnes handicapées moteur, alors je pense que, au niveau de la santé mentale … je sais pas, pourquoi pas. » (L.69-72) ; « Effectivement je pense qu'il faudrait qu'on puisse, comment dire… oui accompagner, c'est vrai en tout cas… permettre l'expression de quelque chose de très naturel, tout comme peut l'être la spiritualité. » (L.80-82)* |
| IDE 4 | *« Nous dans le service, je parle honnêtement, pour moi, y'a pas grand-chose de fait là-dessus […] » (L.41) ; « […] y a un entretien médical qui est fait, après y a des médicaments qui sont donnés si c'est débordant […] » (L.55-56)* |
| IDE 5 | *« […] des outils, on n'en a pas, si on entend par là des préservatifs et tout ça, on n'en a pas dans le service. » (L.127-128) ; « […] c'est plus, on a plus, c'est plus, des entretiens en fait […] » (L.133-134)* |

Un infirmier sur cinq, parle ouvertement de la sexualité avec les patients, en abordant des thématiques comme les risques de contaminations, les risques de grossesses, faire le point sur les connaissances. Pour quatre IDE, l'accompagnement à la sexualité n'est pas traité, en revanche l'entretien comme moyen est cité par les cinq infirmiers. Sur ces quatre infirmiers, un seul trouverait justifié de réaliser un accompagnement des patients.

**Question N°7 : En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?**

Cette question avait pour but de questionner les infirmiers sur un éventuel dilemme entre l'obligation professionnelle infirmier et le ressenti personnel, ainsi que les émotions du soignant.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Je n'ai pas d'a priori là-dessus, je suis assez pragmatique […] » (L.65) ; « on protège les patients et on protège aussi du risque qui pourrait survenir par la suite d'attaques judiciaires » (L.77-79) ; « il y a aussi quelque part, non pas la peur, mais la crainte effectivement que l'acte n'est pas vécu comme libre, et qu'une plainte peut être déposée parce que à ce moment-là on était censé s'occuper d'eux, les protéger, et les protéger c'est aussi les protéger d'eux-mêmes. » (L.82-84)* |
| IDE 2 | *« Pour moi, ma façon de voir ce rôle-là, c'est dans l'éducation, dans la prévention, dans la bienveillance. Je ne porte pas de jugement par rapport à ça. Je pense que c'est un besoin naturel. » (L75-77) ; « Donc moi, mon positionnement à moi, c'est tout simplement d'essayer au maximum de, d'accompagner avec bienveillance. Mais en rappelant les risques encourus. Voilà je ne vais pas leur dire : « C'est interdit ! Vous pouvez pas le faire.» (L.80-82)* |
| IDE 3 | *« […] moi je suis très à l'aise pour en parler, en tout cas. Mais je vais pas anticiper, c'est-à-dire je vais d'emblée… Mais par contre si… c'est exprimer en fait par les patients, je vais y répondre sans problème. » (L.89-91)* |
| IDE 4 | *« […] pour moi, c'est le non jugement, c'est l'écoute […] » (L58-59) ; « […] moi c'est mon rôle de l'écouter et de l'accompagner là-dedans, de lui dire ok pas de problème, il peut prendre les choses qui se passent en dehors, et du coup, l'aider à voir plus clair en dehors […] » (L.62-64)* |
| IDE 5 | *« […] notre rôle ici en psychiatrie, ça va être d'essaie d'informer, de prévenir, c'est, ça fait partie de notre rôle. Voilà de tout expliquer à des patients, ou à des patientes, de ce qui peut se passer par la suite. » (L.143-146) ; « […] le rôle propre, je vais dire que c'est plus de la prévention, et un peu de surveillance […] » (L.161-162)* |

Deux infirmiers sont à l'aise et se retrouvent dans l'écoute du patient et l'accompagnement de ses besoins. L'IDE 1 n'a pas d'a priori et situe son rôle dans la protection. L'IDE 2 est dans la neutralité, et voit son rôle comme étant éducatif, préventif, et bienveillant. Pour l'IDE 5, son rôle est préventif, de surveiller, et d'informer le patient.

**Question N°8 : Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?**

Cette question vise à identifier les besoins, s'il y en a, des infirmiers.

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Peut-être qu'effectivement qu'on nous précise une directive claire, au niveau de notre hiérarchie, mais bon, une directive claire au sens du règlement intérieur peut être, ce serait peut-être ça l'idée, pourquoi pas. » (L.113-115)* |
| IDE 2 | *« Peut-être de… peut-être d'un consensus, quelque chose où on serait plutôt, je ne sais pas. Soit des textes très, très clairs, soit une décision d'équipe qui permettrait d'avoir une pratique unifiée. » (L.86-88)* |
| IDE 3 | *« Et bien je me sens à l'aise. Donc franchement, je n'ai pas de besoin particulier. Par contre, je pense qu'on aurait besoin de ce cadre légal, dont tu parlais tout à l'heure. Par rapport… Et puis, à tous ce qui est aussi protection, c'est-à-dire moyen de contraception. » (L.108-110)* |
| IDE 4 | *« […] peut-être des phases d'activités thérapeutiques peut être autour de ça, peut-être de faciliter plus d'échanges autour de ça […] » (L.70-71) ; « […] je me sens pas en difficulté avec ça en fait […] » (L.72)* |
| IDE 5 | *« […] ça va être tout simple, […] si on se réfère au règlement, si on lit bête et méchant, c'est à éviter, ça veut pas dire interdire, ça veut pas dire autoriser, ça veut dire à éviter. Donc là ça veut dire qu'on est un peu le cul entre deux chaises quoi, c'est voilà. Oui, non, il faudrait voilà, un règlement qui dise oui, ou non. Et qu'on suive, après qu'on en discute, que ce ne soit pas une discussion prise par une personne, qu'il y ait une discussion entre les soignants, tous les soignants, psychologues, assistantes sociaux, tout, les médecins, et tous ce qu'il faut, pour qu'ils se mettent d'accord ou pas. » (L.169-177) ; « […] et qu'on avance tous sur la même direction. » (L.182)* |

Pour quatre infirmiers sur cinq, leurs besoins se situent sur des directives formalisées, un cadre légal clair, un règlement explicite, pour qu'il y ait un consensus d'équipe et des pratiques unifiées. Sur ces quatre infirmiers, un souhaiterait une clarification des protections et des moyens de contraception. Un infirmier sur cinq, ne ressent aucun besoin particulier, mais trouverait que des ateliers thérapeutiques sur le thème de la sexualité pourraient faciliter les échanges sur ce point.

**Question N°9 : Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?**

L'objectif, ici, est d'identifier les freins à l'application du droit à la sexualité des patients

| Infirmiers (IDE) | Réponses |
|---|---|
| IDE 1 | *« Pour l'instant dans le contexte actuel, je vois que ça me parait difficile de concevoir en fait une condition qui serait favorable, ça me parait difficile, parce que l'on en revient à cette éternelle question est ce qu'il est en état de décider ? » (L.119-122)* |
| IDE 2 | *« […] ça me semble compliqué d'avoir réellement des critères, de dire c'est les bonnes conditions pour avoir des relations sexuelles. Je crois que rien n'est réuni ici pour avoir des bonnes conditions, pour un rapport sexuel. » (L.102-104)* |
| IDE 3 | *« […] je veux dire il y a quand même une mixité dans les… ils savent très bien se séduire, ils savent très bien… et on a même des couples qui se forment, et on a même et plus si affinité ça y est, ça oui. On a des couples qui se forment, donc je veux dire c'est une réalité quand même. On n'en a pas toujours vent et enfin je veux dire, et on se doute bien qu'ils font leur vie et ça me rassure. Qu'ils aient aussi leur vie d'adultes […] » (L.124-129) ; « […] je suis avec des adultes, je soigne des adultes, ils ont un libre-arbitre, des libertés, et moi j'y tiens. Donc je suis pour le cas par cas, je ne suis pas pour l'interdit absolu. Ça c'est quelque chose que je défendrais, ça fais partie de la liberté d'expression […] » (L.149-152)* |
| IDE 4 | *« Je pense que c'est pas un bon plan honnêtement …<rire>… c'est pas un bon plan, je pense qu'ils ont ce besoin-là, après si vraiment ils ont besoin d'avoir des relations sexuelles peut être mettre des permissions pour qu'ils puissent profiter de ça à l'extérieur » (L.79-82) ; « […] je pense que faut que ça reste en dehors du service, faut pas que le patient après il y ait un souci de service, parce qu'il y a d'autres choses à travailler, ça en fait partie, mais dans ce cas-là une permission pour aller dehors ce serait mieux, plus adaptée du moins. » (L.84-87)* |
| IDE 5 | *« […] il faudrait que tous les patients qui veulent avoir un rapport sexuel dans le service, soient tous stabilisés, […] qui sont tous consentants, et c'est en conscience de la portée de leurs actes par la suite. » (L.197-201) ; « […] il faudrait vraiment qu'ils soient à ce moment-là, conscients, et consentants de leurs actes, et des risques, et des risques j'entends par là, les risques sexuels et MST qui peut y avoir par la suite. Sachant que dans le service on ne propose pas de préservatif comme ça. » (L.206-209)* |

Deux infirmiers sur cinq sont contre la possibilité que les patients aient des relations sexuelles dans le service. Deux infirmiers posent le problème du discernement et du jugement altéré des patients. Enfin, un infirmier est plutôt pour que les patients puissent vivre leur vie sentimentale comme ils l'entendent.

Cette première analyse a traité, question par question, les réponses des infirmiers. Cette analyse montre que concernant la sexualité des patients en service, et en l'absence de consignes claires, les infirmiers ont des avis partagés pour des raisons différentes, et le consensus d'équipe ne semble pas exister, puisque des infirmiers au sein d'une même équipe ont des pratiques opposées. Le droit des patients est relativement peu évoqué à la faveur du devoir de protection de l'infirmier. Principalement, les infirmiers estiment que la sexualité des patients n'a pas sa place en secteur fermé de psychiatrie, et invoquent l'altération du jugement de ces derniers, comme raison première.

La seconde partie va consister en une analyse non pas des réponses obtenues aux questions posées mais en relevant et en développant d'une part les concepts en rapport direct avec le cadre exploratoire qui ont émergé des entretiens, et d'autres part des concepts issus cette fois des apports que les entretiens ont amenés. Pour réaliser cette analyse, je me suis appuyé sur une grille d'analyse (annexe IX).

**Le principe de Bienfaisance**

La bienfaisance est l'un des deux pivots mis en avant dans l'analyse des entretiens réalisés. Le principe de bienfaisance, pour rappel, est le fait de contribuer au bien-être du patient et d'agir pour son bien. Dans le cadre des entretiens, le concept de bienfaisance englobe d'autres notions telles que la prévention, la protection, la sollicitude, le respect de l'intimité et le rôle soignant. Ce principe est un axe majeur pour les infirmiers dans leur prise en charge des patients en psychiatrie ; c'est le principe auquel ils ont majoritairement recours pour traiter de la question de la sexualité. En effet, pour la plupart des infirmiers, les patients présentent une altération du jugement, et cela relève du rôle infirmier de prévenir et de protéger, et pour ce faire l'infirmier va se substituer au jugement du patient dans le cadre des rapports sexuels. La prévention va intervenir essentiellement dans la surveillance des patients afin de les empêcher d'avoir des rapports sexuels entre eux, et dans l'interdiction de ces rapports. Lorsqu'un rapport a été consommé, des entretiens médicaux et infirmiers de recadrage sont mis en place au cas par cas pour expliquer les raisons de l'interdiction pour le patient d'avoir des relations sexuelles. Un autre aspect, est de prévenir le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible car les services ne sont pas dotés de préservatifs. De plus certaines patientes ont des traitements qui ne permettent pas la prise de moyen de contraception, laissant la possibilité d'une grossesse non prévue. La protection évoquée est en fait double : le premier axe de protection vise le patient vulnérable qui pourrait se voir contraint par un autre patient à des relations sexuelles non consenties. L'autre axe est de protéger le patient de lui-même : une relation sexuelle consentie et consommée à un instant donné peut par la suite être regrettée car commise dans un état second. Ce qui m'amène à évoquer également la protection des infirmiers eux-mêmes par le biais du jeu des responsabilités, mais je le développerai ultérieurement. Un courant de pensée parallèle s'est détaché, les infirmiers enclins à laisser les patients à avoir des rapports sexuels entre eux, s'appuient également sur le principe de bienfaisance, avec la sollicitude, en se souciant de leur bien-être sexuel, et des apports émotionnels positifs que permettent ces rapports intimes.

**Le principe d'Autonomie**

L'autonomie que nous avons vue précédemment est un principe qui fait de l'individu, un sujet qui s'autogouverne, libre de toutes contraintes extérieures, c'est une indépendance face à des influences externes. Ce principe est le second pivot sur lequel les infirmiers s'appuient pour traiter de la question de la sexualité des patients.

L'autonomie regroupe pour cette analyse d'autres concepts qui lui sont subordonnés, et qui furent évoqués par les infirmiers au cours des entretiens, comme l'auto-déterminisme, le consentement, le jugement, le discernement, et la vulnérabilité. Pour la plupart des infirmiers interrogés, si le patient est présent entre les murs du service, c'est que son esprit est malade, et cette maladie se traduit par une autonomie altérée. Cette altération de l'autonomie ne permet

pas selon les infirmiers de pouvoir entretenir des relations sexuelles librement consenties entre patients, car il y a toujours le doute sur le fait que le patient ne soit pas en pleine possession de ses facultés mentales, et l'on basculerait alors d'une relation librement consentie à un abus sexuel, voire un viol. En revanche, l'un d'entre eux (IDE1) estime que des relations sexuelles entre un patient et une personne extérieure serait un cas encore à part, car cette personne extérieure n'est théoriquement pas malade.

Les infirmiers admettent que les patients qui se voient interdire les relations sexuelles, essaient et souvent trouvent le moyen de parvenir à en avoir, ce qui tendrait à prouver que leur autonomie n'est pas totalement abolie par la maladie. En parallèle à cette position partagée par la plupart des infirmiers, certains estiment que les patients ont un libre-arbitre et qu'il faut respecter leurs droits tout en restant circonspect sur le fait que la relation entre patients soit bien consentie de part et d'autres, d'autant que la sexualité pour eux est quelque chose de très naturel participant à l'équilibre psychique. Il est donc important de donner une extension plus large à la notion d'autonomie, car celle-ci ne concerne pas exclusivement, celle du patient : en effet, en l'absence de règles claires des différentes instances (HAS, hôpital, direction, médecin) quant aux relations sexuelles des patients, l'infirmier se trouve dans une position d'autonomie d'appréciation de la situation. Même si la plupart du temps, les équipes en psychiatrie travaillent de concert, on peut noter que face à cette problématique, le consensus ne fait pas foi comme on peut le constater dans les entretiens et notamment entre les membres d'une même équipe. L'autonomie est un point clé pour les infirmiers en psychiatrie, car si elle est un déterminant, elle est également un objectif. D'ailleurs la relation d'aide s'articule autour de ce principe pour déterminer la mise en place d'actions de soins où la thérapeutique et l'éducatif sont étroitement liés. Cependant les entretiens montrent que la question de l'accompagnement à la sexualité n'est pas traitée et que quasiment aucun accompagnement n'est réalisé auprès des patients.

**Le principe de Justice**

Le principe de justice a deux versants, l'égalité, le respect du droit des patients, et l'équité, un traitement égal entre patients. Les droits des patients, la charte du patient hospitalisé sont peu évoqués par les infirmiers car leur problématique principale se situant au niveau de l'autonomie, ils évoquent plus volontiers le règlement intérieur de la structure ou la politique du service. En revanche, le respect de l'intimité est un sujet auquel les infirmiers sont sensibles, ils prennent des dispositions pour que cela soit au maximum respecté en fonction des impératifs structurels. Ainsi la structure dont les portes possèdent un hublot et ne peuvent être fermées par le patient et présente une problématique pour l'intimité des patients, et cela a été évoqué par certains enquêtés.

Nous l'avons vu précédemment, le droit sexuel, le droit à la sexualité est relativement peu présent dans le droit civil français, par contre, dans le droit pénal, la sexualité est nettement plus présente. Car si la loi ne dit rien sur ce qui encadre la sexualité, elle est en revanche très claire sur le viol, les abus sexuels, le harcèlement sexuel, la pédophilie, ce qui correspond à l'atteinte à l'intégrité physique d'autrui et aux libertés d'autrui. Cet aspect pénal est assez présent dans les entretiens, les infirmiers craignent que laisser des relations sexuelles se produire entre patients puisse ouvrir la porte à des problématiques de viols, d'abus sexuels comme l'a déjà vécu et constaté l'un d'entre eux. Ce qui implique la responsabilité civile et pénale de l'infirmier. Ces infirmiers qui sont soucieux de cette problématique sont plus enclins

à interdire de manière générale et absolue les relations sexuelles entre patients, c'est-à-dire appliquer une règle prévalant pour tous, car pour eux le principe d'autonomie ne peut s'appliquer chez des patients en psychiatrie du fait de l'altération de leur jugement.

**Le principe de Non-Malfaisance**

Ce principe a été très peu évoqué au cours des entretiens, et pourtant il est l'enjeu même du choix des infirmiers qui mettent soit le principe d'autonomie en avant, soit le principe de bienfaisance dans le but d'être le moins malfaisant possible pour le patient. Il a été cependant évoqué sous un angle thérapeutique très brièvement en entretien, où certains traitements peuvent avoir un impact sur la libido (ce qui est parfois un choix volontaire de la part du médecin, IDE 4 L.216). Cela peut amener le patient à une non-observance des traitements en service ou en ambulatoire, pour pouvoir vivre sa vie sexuelle librement.

**La Communication**

Parmi les concepts non attendus qui ont enrichi cette analyse, on trouve la communication. Dans la relation soignant-soigné, la communication est un axe majeur, mais elle prend une dimension tout autre en psychiatrie. En effet, les infirmiers en psychiatrie sont moins dans le « cure », c'est-à-dire l'acte de soin dit « technique », que dans le « care » qui est la base même de la prise en charge en psychiatrie. La communication en psychiatrie est fondamentale, c'est elle qui va, au travers d'entretiens formalisés ou informels, permettre de contenir un patient, faire fonction de pare-excitation, de repères spatio-temporels, aussi de décharger les pulsions, servir de tiers, aider à la mentalisation, et enfin participer « *à la reconnaissance de la personne en tant que sujet autonome, apte à entretenir des relations avec son entourage* »[65]. Ce qui ressort des entretiens, c'est que la communication est essentielle pour les infirmiers pour informer les patients, et leurs expliquer les des enjeux que représentent les relations sexuelles dans le service. De plus, pour certains, elle permet d'ouvrir un dialogue sur le sujet avec le patient et de déterminer le degré d'autonomie, de discernement et de responsabilité de ce dernier.

**La Casuistique**

C'est un autre concept qui a émergé, pas de tous les entretiens, mais suffisamment pour être mentionné. La casuistique, c'est la résolution de problèmes pratiques, posés par des cas particuliers, qui sortent d'un cadre constitué de principes définissant une discipline. La relation sexuelle entre patients est bien un cas particulier qui sort d'un cadre qui n'a pas prévu de règle pour cette dernière. Les infirmiers, au cours de différents entretiens, évoquent le cas par cas pour prendre en charge les patients ; car même si ces derniers ont des classifications pathologiques similaires, leurs manifestations en revanche est singulière et doivent faire l'objet d'une attention spécifique. Aussi la possibilité ou non de laisser les patients avoir des relations sexuelles entre eux repose sur une décision basée sur les convictions propres de l'infirmier,

[65]GRIFFARD Dominique. Promotion d'un soin relationnel infirmier en psychiatrie : ou comment redonner son sens soignant à la parole infirmière, *Perspectives Psy*, Juillet-Septembre 2010, Vol.49 - N°3, p.243.

l'interprétation qu'il donne des cadres (institutionnel, professionnel) dans lesquels il évolue, et du jugement des aptitudes d'autonomie du patient.

## 4.3 Limites de l'enquête :

Avant d'aborder la synthèse, je souhaite évoquer les limites que j'ai constatées au cours de ce travail. En premier lieu, le temps : nous n'avons eu qu'une semaine pour élaborer le questionnaire d'entretien et le faire valider. Ce qui m'a posé souci sur plusieurs niveaux. D'une part sur le test des questions, car bien qu'ayant réalisé des entretiens tests auprès de mes collègues étudiants et auprès de personnes de mon entourage, cela ne m'a pas permis d'affiner suffisamment les questions. Or comme je l'ai constaté au cours des entretiens sur le terrain, certaines questions ont soulevé des interrogations de la part des interlocuteurs pour une meilleure compréhension, ou bien les réponses ne correspondaient pas toujours à ce que je souhaitais cibler (notamment la première question). Il me semble aujourd'hui que les tests que j'ai pu réaliser ont été biaisés car la plupart des enquêtés-tests connaissaient le sujet et m'ont apporté en quelque sorte ce que je souhaitais entendre.

D'autre part, le questionnaire a dû être établit alors que mon cadre conceptuel n'était pas encore élaboré, ou du moins pas précisément. De ce fait il m'a manqué quelques questions qui m'auraient permis de cerner davantage le sujet, notamment celle-ci : « En tant qu'infirmier sur quels critères et comment évaluez-vous la capacité de discernement des patients dans le service ? », qui, à mon sens, aurait été une question majeure de l'entretien et m'aurait apporté des informations essentielles à l'analyse.

Ces défauts ont rendu l'analyse plus âpre à réaliser, et j'ai dû regrouper des concepts sous des méta-concepts. Je pense également que j'aurais dû cibler une typologie de patients en psychiatrie, car il m'a semblé que certains infirmiers se référaient à des patients en crise aigüe pour répondre aux questions quand d'autres pensaient à des patients chroniques. Pour conclure sur les limites, j'évoquerais le nombre d'entretiens réalisés, car ils ne permettent aucune généralisation ; de plus j'aurais souhaité pouvoir procéder à des entretiens hors département pour avoir des apports peut-être différents ou bien concordants.

Cependant je reste globalement satisfait, car les entretiens furent riches en échanges et en informations, même si je déplore le fait de n'avoir pu exploiter dans le cadre de ce travail le contenu hors entretien qui était souvent tout aussi riche que l'entretien lui-même.

## 4.4 Synthèse des résultats :

Ainsi au sortir de cette analyse menée auprès d'infirmiers qui exercent en service psychiatrique fermé, et ce malgré le nombre limité des entretiens réalisés, il se détache deux positionnements qui vont au-delà du « pour » et du « contre » les relations sexuelles entre patients en services psychiatriques.

Le premier met en avant le principe d'autonomie tout en faisant la promotion des autres principes (non-malfaisance, justice, bienfaisance). Les infirmiers considèrent que l'auto-déterminisme du patient est souverain et que son bien-être passe par le respect de son choix de vie intime. Ce qui tend à rejoindre le courant de pensée actuel que l'on a vu naître dans les

établissements de santé depuis la loi Kouchner de 2002. Cette loi a renforcé fortement la liberté individuelle des patients, et réduit l'asymétrie de la relation soignant-soigné. Ce positionnement infirmier est favorable, sous réserve de certaines conditions, au fait de permettre aux patients de vivre une vie intime. Ces conditions relèvent de la casuistique et font écho au verdict de la cour administrative d'appel de Bordeaux qui a condamné l'unité Verneuil du centre hospitalier spécialisé de Cadillac. En effet, le règlement de cette unité faisait mention d'une interdiction générale et absolue concernant les relations sexuelles des patients, ce qui est contraire au principe de proportionnalité juridique et à la personnalisation des soins qui est demandée aux soignants.

Le second positionnement infirmier part du postulat que l'autonomie du patient ne peut plus s'exercer en raison de la pathologie qui l'altère. Les infirmiers privilégient donc le principe de bienfaisance en premier lieu, en s'inscrivant dans un rôle de surveillance, de prévention et de protection du patient. Cette prévention et cette protection ont pour but de protéger le patient des autres, mais également de lui-même. Le jugement de l'infirmier se substitue à celui du patient pour son propre bien, ce dernier étant dans une incapacité temporaire de discernement libre et de décision éclairée. Cette position renvoie à la doctrine paternaliste qui a été très longtemps celle de la relation soignant-soigné, et qui le demeure encore dans certains aspects du « care ». En second lieu, ce positionnement des infirmiers s'appuie sur le principe de justice faisant intervenir le jeu des responsabilités civiles et pénales des infirmiers et de la structure, mais également l'équité entre patients rendant de la sorte les rapports sexuels interdits pour tous.

L'existence de ces deux positionnements met en évidence l'absence à l'intention des infirmiers de directives claires émanant des différentes instances, ce qui les aideraient dans la prise en charge de leurs patients. Cela conduit parfois à des situations problématiques au sein des services, et même au sein des équipes en cas de défaut de consensus.

En parallèle à ces deux positionnements, bien que la communication soit un outil primordial pour les infirmiers en psychiatrie, et que ces derniers n'éprouvent aucunes gênes à parler de sexualité, on constate que la question de la sexualité est peu abordée avec le patient si ce n'est en entretien pour recentrer et recadrer ce dernier. De plus, l'accompagnement à la sexualité, faute d'outils adaptés mis à disposition et de formation spécifique des infirmiers, est rarement pratiqué.

# 5 Formulation de l'hypothèse et de la question de recherche :

A partir de ma situation d'appel, j'ai été amené à poser une question de départ qui a initié ce travail, elle est la suivante :

**Quel est le positionnement professionnel de l'infirmier en regard de la sexualité des patients en psychiatrie ?**

Pour tenter de répondre à cette question, une enquête a été menée auprès d'infirmiers en service psychiatrique fermé. Après avoir analysé et confronté les résultats de l'enquête avec le cadre conceptuel, deux positionnements ont émergé. Le premier privilégie le principe d'autonomie tout en promouvant les autres principes (bienfaisance, non-malfaisance, justice);

le second met en avant le principe de bienfaisance et discrédite l'autonomie en raison de son altération par la pathologie des patients. Lors des entretiens réalisés, c'est ce deuxième positionnement qui prédomine. L'enquête a également montré que l'intimité était un aspect dont les infirmiers se souciaient et respectaient malgré parfois des problèmes structurels à la préserver. En revanche, la sexualité fait davantage l'objet de recadrage au cours d'entretiens infirmiers et médicaux que d'une prise en charge dans un aspect éducatif et préventif.

Les recherches menées ainsi que les résultats de l'enquête ont soulevé de nouvelles interrogations qui n'ont pu être explorées. Parmi ces pistes de réflexion, le mode d'admission des patients en S.P.L., ces patients étant hospitalisés sur leur demande ou avec leur consentement. Ce qui tend à prouver qu'ils sont en possession de leur capacité de discernement puisqu'ils peuvent être critiques vis-à-vis de leur état de santé. De plus, ces derniers ont les mêmes droits d'exercice des libertés individuelles que les patients somatiques. En prenant en compte ces deux critères, et en considérant la charte du patient hospitalisé (la chambre du patient relevant de son espace privé), quel critère interdirait à ce patient d'avoir des rapports intimes ? Il faudrait bien sûr que l'autre personne jouisse du même statut, que la chambre soit une chambre particulière et disposant également d'une porte qui ferme.

La chambre du patient me renvoie à une lecture précise : j'ai découvert que des centres d'hébergements et de soins de longue durée au Canada ont aménagé une chambre, qui est nommée la chambre d'intimité[66]. Son but est de permettre aux patients de se retirer pour avoir un échange affectif voire sexuel en toute intimité. Je me demande dans quelle mesure, cette solution pourrait être transposée en psychiatrie ? Ne serait-ce pas une idée à développer pour éviter des conduites sexuelles à risque inhérentes à l'interdit ?

Toujours concernant l'admission en S.P.L., ayant poursuivi mes lectures pendant l'analyse, j'ai lu que : « *les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs ni a fortiori dans des chambres verrouillées* »[67], ce qui m'amène à m'interroger sur le taux de patients admis en S.P.L. (jusqu'à 75% suivant le service) dans les services psychiatriques fermés ? Il est possible que le contexte régional puisse l'expliquer, peut-être que le nombre de lits est insuffisant et nécessite que ces patients soient accueillis dans les services fermés faute de place ailleurs ?

Les infirmiers interrogés durant l'enquête estiment pour la plupart que les patients ne peuvent avoir de relations sexuelles car leur faculté de discernement est altérée par la pathologie. Ils reconnaissent cependant que les patients trouvent toujours un moyen, un moment propice ou un endroit échappant à la vigilance des infirmiers pour donner naissance à cette intimité. Je me demande donc si c'est une pulsion irraisonnée ou si cela ne s'ancre pas dans un réel désir que l'on pourrait considérer comme une forme, voire une preuve, de discernement.

Une dernière piste de réflexion m'a amené à reconsidérer la formation initiale des infirmiers : en effet, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ayant disparu au profit de la formation initiale, dans quelle mesure une spécialité psychiatrique post diplôme d'infirmier ne permettrait-elle pas une meilleure prise en charge de la sexualité des patients en psychiatrie ?

[66]DUPRAS André. La chambre d'intimité en institution. Innovation et paradoxes, *Gérontologie et Société*, Mars 2007, N°122, p.107.

[67]Circulaire N°48 D.G.S./SP3/ du 19 Juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

En effet, la spécialisation permettrait aux infirmiers de mieux appréhender les pathologies, mais également le contexte des soins spécifiques en matière de psychiatrie.

Les interrogations ci-dessus pourraient faire l'objet de recherches ultérieures, mais elles ne relèvent pas toutes du statut d'étudiant infirmier.

Lors de l'enquête, il est apparu que les infirmiers ne traitaient pas de la question de la sexualité ou alors de manière secondaire au cours d'entretiens de recentrage et de recadrage. Le décret de compétence infirmier, l'article R.4311-15 mentionne pourtant qu' « *en fonction des besoins de santé identifiés. L'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : […] 6. Education à la sexualité* »[68]. De plus, notre formation d'infirmier insiste particulièrement sur une prise en charge multi dimensionnelle des patients, dont la sexualité est une composante incontournable. Mais notre formation ne comprend que très peu d'heures de cours sur le sujet. A ce titre, nous avons eu un cours en 3ème année de 2h sur la sexualité et le handicap. Autant cela me permet d'être à l'aise concernant les dysfonctions sexuelles, mais prendre en charge la sexualité d'un patient m'apparaît compliqué et délicat. D'autant plus en psychiatrie, où rentrent en ligne de compte des paramètres tels que le jugement altéré, et la fragilité émotionnelle des patients. Cependant, cela permettrait d'intervenir auprès des patients afin d'établir un dialogue sur des conduites sexuelles sécuritaires afin de prévenir les risques de contracter une infection sexuellement transmissible, sur également la contraception et la problématique des traitements, sur la sexualité reproductive et la responsabilité qu'une grossesse engendre. Cela permettrait aussi de prévenir les risques suicidaires en lien avec une identité sexuelle non affirmée, d'éviter des conduites de soumission sexuelle qui mènent à des abus, d'ouvrir un dialogue avec le patient pour faire le point sur ses connaissances ou sur les sujets qu'il souhaiterait aborder concernant la sexualité, de parler de la prostitution et des précautions à prendre.

L'infirmier en psychiatrie pourrait ainsi aider le patient en utilisant d'autres leviers, à retrouver une partie de son autonomie, une autonomie sexuelle, et la restauration de l'estime de soi à travers une sexualité autocontrôlée et sécuritaire. De plus, s'il est un lieu propice à ouvrir un tel dialogue, c'est bien l'hôpital, où le patient est dans un espace protégé, où la confidentialité est de rigueur, et où il peut avoir accès à différents interlocuteurs et acteurs tels que le psychiatre, le psychologue, le sexologue, l'assistant-social, l'infirmier en un même lieu. Toujours est-il que la question de la sexualité dérange.

Ces réflexions m'amènent à reconsidérer le modèle infirmier actuel. En effet, nous nous basons sur une philosophie des soins : l'école des besoins, et sur modèle qui est celui de Virginia Henderson. Or ce modèle de plus de 50 ans ne prenait pas initialement en considération la sexualité, depuis elle a été ajoutée, mais, à l'image de la psychiatrie, elle ne trouve pas sa place réellement dans le modèle, et cela se ressent dans notre formation qui ne lui accorde que très peu de place. Au cours de mes lectures, j'ai découvert le modèle de Roper-Logan-Tierney. C'est un modèle anglo-saxon qui est souvent utilisé en santé mentale dans ces pays. Ce modèle s'inscrit dans l'école des besoins, tout en étant plus moderne et plus complet dans son approche : il s'intéresse à la vie, de la conception à la mort. Il approche la vie selon 12 activités quotidiennes : maintenir un environnement sécurisant, communiquer, respirer, manger et boire, éliminer, hygiène personnelle et habillement, contrôler sa température

[68]Décret N°2004-802 du 29 juillet 2004, Relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au Journal Officiel N°183 du 8 août 2004.

corporelle, se mobiliser, travailler et se divertir, exprimer sa sexualité, dormir et mourir. Ces activités se projettent dans une continuité de la dépendance vers l'indépendance. Ponctuellement durant notre vie, nous pouvons être dépendants et requérir des besoins, c'est dans ce cadre que l'infirmier intervient afin de permettre de déplacer le curseur de dépendance vers celui de l'indépendance pour toutes les activités du quotidien. Ce qui est très proche de la conception du modèle de Virginia Henderson. Le modèle des 12 activités du quotidien se distingue par l'identification d'un spectre de facteurs impactant l'individu et son niveau de dépendance et d'indépendance sur un plan biologique, psychologique, socioculturel, environnemental, et politico-économique. Ce qu'il faut retenir, c'est la démarche holistique du modèle qui repose sur 5 concepts majeurs : 12 activités quotidiennes de vie (dont la sexualité fait partie intégrante), les facteurs influençant les activités de vie de la personne, la durée de vie, la continuité dépendance/indépendance, l'autonomie de vie. Ce modèle est très aisément malléable et adaptable, il est personnalisable pour chaque individu, ce qui est le propre de la prise en charge en psychiatrie.

Ce qui me permet poser la question de recherche suivante :

**Dans quelles mesures l'utilisation du modèle infirmier Roper-Logan-Tierney permettrait aux infirmiers exerçant en psychiatrie de mieux appréhender les besoins sexuels des patients ?**

# 6 Présentation du devis de recherche :

**Porteur du projet :**

Patrick Colsy 2016 Promotion 2013-2016

**Titre de l'étude envisagée :**

Etude pilote sur l'utilisation du modèle de Roper-Logan-Tierney par les infirmiers pour évaluer les besoins sexuels des patients en service psychiatrique fermé.

**Acronyme de l'étude :** RLT-PSY-MODEL

**Mots Clés :**

Psychiatrie, Evaluation, 12 ADL's, Sexualité, Patient, Infirmier.

**Discipline / Spécialité :**

Soins infirmiers / Service psychiatrique fermé

## LETTRE D'INTENTION

**Justification de l'étude :**

Cette étude permettrait l'utilisation d'un modèle plus adapté aux besoins des infirmiers, qui les aiderait à appréhender les besoins en termes de sexualité des patients, et à améliorer l'accompagnement vers une autonomie sexuelle, et vers des conduites sexuelles sécuritaires. Bien que les rapports sexuels entre patients en service psychiatrique restent occasionnels, il n'en demeure pas moins important de les prendre en charge pour l'équilibre et la régulation psychique du patient, mais également afin d'éviter les risques de contamination (l'interdit tacite entraine des conduites à risques), et les suites judiciaires. A ce jour, aucune étude en France n'a exploré cet aspect, cette étude impacterait la prise en charge des patients qui serait globale et complète. Cela permettrait aux soignants d'être plus à l'aise avec la question de la sexualité. Enfin les institutions pourraient répondre à la stratégie nationale de santé sexuelle proposée par le Haut Conseil de la Santé Publique et publiée dans son rapport datant de mars 2016.

**Question posée :**

Dans quelles mesures l'utilisation du modèle Roper-Logan-Tierney permettrait aux infirmiers exerçant en psychiatrie d'appréhender les besoins sexuels des patients ?

**Objectif principal et axes d'amélioration :**

Améliorer la prise en charge globale des patients en service psychiatrique fermé tout en incluant la sexualité.
Aider les infirmiers dans leur prise en charge holistique.
Affiner la pertinence du rôle éducatif et préventif des infirmiers.

**Grandes lignes du projet de recherche :**

Pour cette étude, il sera nécessaire dans un premier temps de faire appel à un référent du modèle Roper-Logan-Tierney afin de pouvoir s'approprier le modèle et son application dans la prise en charge des patients. S'en suivra dans un second temps, la rédaction d'un protocole pour préparer l'étude, et une formation sera dispensée à un groupe d'infirmiers, aléatoirement choisi, sur l'utilisation du modèle. Le but étant d'avoir deux groupes témoins d'infirmiers pour une étude comparative : ceux utilisant le modèle, et ceux ne l'utilisant pas. Le modèle étant souple, il sera nécessaire de faire des rendez-vous ponctuels lors des essais afin de l'adapter aux besoins infirmiers, et en fonction des remontées d'informations. Pendant l'étude, à la fin de chaque prise en charge, des questionnaires seront remis aux patients, pour que ces derniers puissent exprimer leurs ressentis sur la prise en charge. Enfin au terme de l'étude, des questionnaires individuels seront remis aux infirmiers des deux groupes, pour évaluer l'utilisation du modèle en test. Cette étude pourra être étendue à tous les services de psychiatrie, ce qui permettra de confronter le modèle à différentes typologies de patients.

**Citez les principaux articles justifiant l'intérêt de mener ce projet :**

HIGGINS Agnes, BARKER Philip, BEGLEY Cecily M. Sexuality and mental health nursing in Ireland: Weaving the veil of socialised inhibition, *Nurse Education Today*, April 2009, Vol.29, issue 3, pages 357-364.

SALKELD John. Assessing sexual health in mental health service users, *Nursing Standard*, September 2015, Vol.30, issue 5, pages 53-60.

QUINN Chris, BROWNE Graeme. Sexuality of people living with a mental illness: a collaborative challenge for mental health nurses, *International Journal of Mental Health Nursing*, June 2009, Vol.18, issue 3, pages 195-203.

Haut Conseil de la Santé Publique. Santé sexuelle et reproductive, collection Avis et Rapports, Mars 2016, 90 pages.

# 7 Conclusion :

Ce travail est le point d'orgue de ces trois années de formation à l'IFSI. Ainsi lors de mon second stage et suite à une situation spécifique, naquît l'envie de traiter de la sexualité entre patients en psychiatrie. Ce qui m'avait interpellé, je l'ai projeté en tant que futur infirmier, et je me suis interrogé sur la réaction que j'aurais pu avoir. Qu'aurais-je fait en tant qu'infirmier ? Au cours des années suivantes, malgré les avertissements et les mises en garde quant à la difficulté du sujet, j'ai persévéré sur cette voie.

Mes recherches, au regard de la rare littérature sur le sujet de la sexualité des patients dans les établissements de santé, ont attesté que la sexualité reste en France un sujet sensible à la limite du tabou, et plus encore dans le domaine spécifique de la psychiatrie. Alors droit ou pas droit ? Je me suis rendu compte qu'il règne un flou institutionnel autour de la sexualité des patients en psychiatrie à l'image du droit civil français. Pourtant, on peut trouver des avis juridiques qui semblent clairs sur le sujet.

> *« Si la vie sexuelle de la personne ne peut être qualifiée de droit subjectif opposable, elle est assurément une liberté. Dès lors, la jouissance de cette liberté ne peut être déniée à une personne hospitalisée, quand bien même il s'agirait d'une hospitalisation sans consentement dans le secteur psychiatrique. Si des aménagements peuvent être envisagés dans ce contexte particulier, ils ne peuvent présenter un caractère général et absolu. »*[69]

En revanche, sur le terrain, la prohibition des relations sexuelles entre patients semble être courante, comme le soulignait Adeline Hazan dans son rapport d'activité de 2014. Pourquoi un tel décalage ? Cela tient très probablement à la pathologie dont souffrent les patients qui peut altérer leur jugement, et en tant que soignant, il est de notre devoir de protéger la personne vulnérable d'elle-même et des autres. Ces réflexions m'ont conduit à un dilemme entre le respect de l'auto-déterminisme du patient et le devoir de protection envers le patient et envers les autres patients. C'est ce dilemme que j'ai voulu interroger au travers d'une enquête de terrain auprès des infirmiers exerçant en secteur psychiatrique fermé.

Suite aux résultats et à l'analyse de l'enquête, deux positionnements sont apparus. Le premier, où peu d'infirmiers semblent ressentir ce dilemme, leurs positionnements sont basés sur la bienfaisance et le devoir de protection, pour eux les relations sexuelles entre patients sont à proscrire en service. Le second, où les infirmiers mettent en avant l'autonomie et l'intimité dans leur prise en charge, ils sont sensibles à ce dilemme, mais ils posent la condition du consentement réciproque pour que la relation sexuelle entre deux patients puisse avoir lieu. Ces positions ne divisent pas pour autant les équipes même s'il n'existe pas de consensus en leur sein faute souvent de directives claires sur le sujet. Mais cela pose la question de la continuité de la prise en charge entre infirmiers ?

> « *Idéalement, le positionnement de l'infirmier devrait être identique guidé par une politique administrative claire, car en cette absence de règles, cela augmente la probabilité que les*

[69]VIALLA François. Privé de vie privée ? « Vol retour » au-dessus d'un nid de coucou ??, *Revue Droit & Santé*, Mars 2013, N°52, p.141.

*infirmiers ne fonctionnent pas à l'unisson au sein d'un service mais suivent leur propre jugement moral et leur croyance personnelle*[70] » (traduction libre).

De cette dualité de position, à l'image du blanc et du noir, il devrait exister une voie du milieu, réconciliatrice et unificatrice, mais je ne l'ai pas trouvée au cours de mes entretiens, peut-être aurait-il fallu que je fasse plus d'entretiens et d'autres hors région ? De plus, les entretiens ont fait émerger un autre point, l'accompagnement à la sexualité des patients en psychiatrie, qui n'est généralement pas traité et pris en charge. Pourtant dès notre entrée en formation d'infirmier et jusqu'au dernier stage, nous apprenons à protéger, maintenir, restaurer et promouvoir l'autonomie des patients et à les prendre en charge de manière multidimensionnelle. Pour autant, l'autonomie sexuelle est bien une fraction de l'autonomie et la sexualité une dimension de l'individu. Alors faute de moyens ? Faute de formation spécifique ? Difficile de répondre à ces questions. Il est certain que la formation initiale d'infirmier ne traite que très peu de la sexualité, et le modèle de soin enseigné (l'école des besoins – les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson) n'en tient pas compte, ce qui m'a conduit à soulever une hypothèse qu'un autre modèle pourrait-être plus adapté en psychiatrie, il fait l'objet de mon devis de recherche.

Si la sexualité des patients ''en psychiatrie'' a été longtemps mise de côté, on assiste depuis quelques temps à une volonté de s'intéresser à la problématique. Cette tendance explique probablement la publication en mars 2016 d'un rapport émanant du Haut Conseil de la Santé Publique qui propose une stratégie nationale de santé sexuelle afin : « *d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité pour l'ensemble de la population* »[71]. Cela concerne donc les patients en psychiatrie … oui … mais le rapport ne mentionne rien de spécifique concernant ces patients. Ils sont très probablement renvoyés à la sentence suivante : « *les spécificités de certains publics, qui peuvent être exposés à un risque particulier, seront prises en compte dans le respect du principe de l'universalisme proportionné* »[72].

Le rapport n'en dira pas plus, laissant libre court au jugement de chacun, encore une fois.

***« La sagesse du jugement consiste à élaborer des compromis fragiles où il s'agit de trancher moins entre le bien et le mal, entre le blanc et le noir, qu'entre le gris et le gris, ou, cas hautement tragique, entre le mal et le pire ».***

**Paul Ricoeur**

[70]BARTLETT Peter, MANTOVANI Nadia, CRATSLEY Kelso, DILLON Claire, EASTMAN Nigel. "You may kiss the bride, but you may not open your mouth when you do so": policies concerning sex, marriage, and relationships in English forensic psychiatric facilities, August 2010, *Liverpool Law Review*, Vol.31, issue 2, p.156.

[71]Haut Conseil de la Santé Publique. Santé sexuelle et reproductive, Collection Avis et Rapports, 2ème de couverture.

[72] Ibid p.6.

# 8 Bibliographie :

## Livres :


BEAUCHAMP Tom, CHILDRESS James. Principles of biomedical ethics, editor OUP USA, 6ème éditon, 2008, 432 pages.

BLONDEAU Danielle. Ethique et soins infirmiers, Les presses de l'université de Montréal, paramètres, 2ème édition, 2013, 342 pages.

FOUCAULT Michel. Histoire de la folie à l'âge classique, 1961, réédition Gallimard, collection « Tel », 1977, 591 pages.

HABERMAS Jürgen. Habermas. L'usage public de la raison, coordonné par Rainer Rochlitz, collection Débats phiosophiques, Puf, 2002, 239 pages.

HAZAN Adeline. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté – rapport d'activité 2014, Dalloz, mars 2015, 300 pages.

LANGLOIS Lyse. Anatomie du leadership éthique. Pour diriger nos organisations d'une manière consciente et authentique, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008, 138 pages.

POTTER Patricia, PERRY Anne. Soins infirmiers : Fondements Généraux, Vol.1, 3e édition, 2010, Chenelière éducation, 129 pages.

PY Bruno. Le sexe et le droit, Paris : PUF, Que sais-je, 1999, 128 pages.

RICOEUR Paul. Soi-même comme un autre, édition Seuil, Essai (broché), 1990, 424 pages.


## Articles:


AKINSANYA Cynthia. The Roper – Logan – Tierney model of nursing based on activities of living, *Journal of Advanced Nursing*, January 2008, Vol. 33, issue 2, page 269-269.

BARTLETT Peter, MANTOVANI Nadia, CRATSLEY Kelso, DILLON Claire, EASTMAN Nigel. "You may kiss the bride, but you may not open your mouth when you do so": policies concerning sex, marriage, and relationships in English forensic psychiatric facilities, August 2010, *Liverpool Law Review*, Vol.31, issue 2, pages 155-176.

BERNARD Paul. Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable, *L'Information Psychiatrique*, Février 2011, Vol.87, pages 141-142.

CHAMLA Rachel. A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de

l'expertise sociale, *La Revue Française de Service Social*, Janvier 2010, N°236, pages 63-76.

COMTE-SPONVILLE André. Morale ou éthique, *Lettre Internationale*, 1991, N°28, pages 10-17.

COURTOIS Robert. Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches, *Annales Médico-Psychologiques - Revue Psychiatrique*, Juin 1998, Vol.156, issue 9, pages 613-620.

DANION-GRILLIAT Anne. Conflits éthiques autour du diagnostic et du consentement : à propos de la psychiatrie et du diagnostic prénatal, *L'Information Psychiatrique*, Juillet 2011, Vol.87, pages 557-566.

DELION Pierre. Franchir le tabou du corps en psychiatrie, *L'information psychiatrique*, Janvier 2009, pages 15-25.

DUPRAS André. La sexualité, l'institution psychiatrique et la normalisation du malade mental, *Santé Mentale au Québec*, Novembre 1977, Vol.2, N°2, pages 45-58.

DUPRAS André. La chambre d'intimité en institution. Innovation et paradoxes, *Gérontologie et Société*, Mars 2007, N°122, pages 107-124.

GARCIA Marie-Carmen, VALANTIN Emilie, WALD LASOWSKI Patrick, WUNSCH Serge, WORMSER Gérard. Sexualité et société, *Sens [Public] – Revue web*, essais, Avril 2011, pages 31.

GIAMI Alain. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être, *Le Journal des Psychologues*, Juillet 2007, N° 250, pages 56-60.

GRIFFARD Dominique. Promotion d'un soin relationnel infirmier en psychiatrie : ou comment redonner son sens soignant à la parole infirmière, *Perspectives Psy*, Juillet-Septembre 2010, Vol.49 - N°3, pages 241-250.

HILL Peter. Thèse - L'impact du soin relationnel sur l'équipe soignante d'une unité fermée psychiatrique pour adultes, septembre 2006.

KENRICK Douglas, GRISKEVICIUS Vladas, NEUBERG Steven, SCHALLER Mark. Renovating the pyramid of needs: contemporary extensions built upon ancient foundations, *Perspectives on Psychological Science*, May 2010, Vol. 5, issue 3, pages 292-314.

KOUPERNIK Cyrille. Eugénisme et psychiatrie, *Annales Médico-Psychologiques – Revue Psychiatrique*, Février 2001, Vol.159, issue 1, pages 14-18.

LANTERI-LAURA Georges. Histoire de l'institution psychiatrique, *Sciences Humaines*, Mars 2004, N°147, pages 25-35.

LARRALDE Jean-Manuel. L'article 8 de la convention européenne des droits de l'Homme et la protection de l'identité sexuelle, *Revue Trimestrielle des Droits de l'Homme*, Avril 2006,

N°35, pages 35-54.

PELLISSIER Jérôme. Réflexions sur les philosophies de soins, *Gérontologie et Société*, Mars 2006, N°118, pages 37-54.

TIWANA Rajveer, MCDONALD Stephanie, VÖLLM Birgit. Policies on sexual expression in forensic psychiatric settings in different European countries, *International Journal of Mental Health Systems*, December 2016, Vol.10, issue 5, pages 1-11.

VIALLA François. Privé de vie privée ? « Vol retour » au-dessus d'un nid de coucou ??, *Revue Droit & Santé*, Mars 2013, N°52, pages 141-151.

VIGIL-RIPOCHE Marie-André. Culture et savoir scientifiques infirmiers, *Revue Recherche en Soins Infirmiers*, Mars 2010, N°102, page 3-3.

WATSON Roger. Nursing research in the 21st century, *Journal of Health Specialities*, April 2013, Vol.1, issue 1, pages 13-18.

WEHMEYER Michael. Self-determination and individuals with severe disabilities: re-examining meanings and misinterpretations, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, July 2005, Vol.30, pages 113-120.

## Textes Officiels :

Conseil de l'Europe – Cour européenne des droits de l'Homme. Convention Européenne des Droits de l'Homme telle qu'amendée par les protocoles N°11 et 14, complétée par le protocole additionnel et les protocoles N°4, 6, 7,12 et 13, 56 pages.

Loi N°90-527 du 27 juin 1990, Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, parue au Journal Officiel le 30 juin 1990.

Loi N°2002-303 du 4 mars 2002, Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au Journal Officiel N°54 du 5 mars 2002.

Loi N°2011-803 du 5 juillet 2011, Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, parue au Journal Officiel N°0155 du 6 juillet 2011.

Loi N°2013-869 du 27 septembre 2013, Modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, parue au Journal Officiel N°0227 du 29 septembre 2013.

Décret N°2004-802 du 29 juillet 2004, Relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au Journal Officiel N°183 du 8 août 2004.

Circulaire N°48 D.G.S./SP3/ du 19 Juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A N°2006-90 du 2 mars 2006, Relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Circulaire N°DHOS/P2/O2DGS/6C N°2006-21 du 16 janvier 2006, Relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 N°234 du 8 juillet 2004, Relative à la mise en place dès 2004 d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant la « consolidation et intégration des savoirs et pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie ».

Conseil de l'Europe – Arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme. *Affaire X et Y c/ Pays-Bas*, Requête N° 8978/80, 26/03/1985, 13 pages.

Commission Européenne. Livre vert, Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'union européenne, direction générale santé & protection des consommateurs, octobre 2005, 26 pages.

Groupe de rédaction sur demande du comité de bioéthique du Conseil de l'Europe. Projet de guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie, Février 2013, 22 pages.

Haut Conseil de la Santé Publique. Santé sexuelle et reproductive, Collection Avis et Rapports, 2 Mars 2016, 90 pages.

Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique - L'évaluation des aspects éthiques à la HAS, Avril 2013, 60 pages.

Ordre National des Infirmiers. Rapports de synthèse – Psychiatrie et santé mentale, enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières, Mars 2010, 30 pages.

WAS Advisory Council. Declaration of sexual rights, article 6, March 2014, 3 pages.

La Bible, Genèse 3.7.

## Ressource en ligne :

CLOT Yves, FAÏTA Daniel, FERNANDEZ Gabriel, SCHELLER Livia. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité, Perspectives Interdisciplinaires Sur le Travail Et la Santé (en ligne), 2-1 | 2000, disponible sur http://pistes.revues.org/3833 (page consultée le 07/04/2016).

C.N.R.T.L. *Définition de l' « Ethique »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/lexicographie/ethique, (page consultée le 13/03/2016).

C.N.R.T.L. *Définition de « Dilemme »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/lexicographie/dilemme (page consultée le 08/04/2016).

C.N.R.T.L. *Définition de « Positionnement »* [en ligne], disponible http://www.cnrtl.fr/lexicographie/positionnement (page consultée le 07/04/2016).

C.N.R.T.L. - *Définition de « Sexualité »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/definitions/sexualité/, (page consultée le 14/02/2016).

C.N.R.T.L. *Définition de « Tabou »* [en ligne], disponible sur http://www.cnrtl.fr/definition/tabou (page consultée le 22/03/2016).

Dictionnaire de Français Larousse - *Définition de la « Sexualité »* [en ligne], disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualité/72486/, (page consultée le 11/01/2016).

Dictionnaire du droit privé de BRAUDO Serge - *Définition de « Vie Privée »* [en ligne], disponible sur http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/vie-privee.php (page consultée le 17/03/2016).

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Sexual and reproductive health, [en ligne], disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (page consultée le 16/02/2016).

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) - *Définition de la « Santé sexuelle »* [en ligne], disponible sur http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition, (page consultée le 14/02/2016).

# 9 Annexes :

**ANNEXE I :** Demandes d'autorisation d'enquête.

**ANNEXE II :** Questionnaire synoptique et d'entretien.

**ANNEXE III :** Guide d'entretien.

**ANNEXE IV :** Entretien IDE 1.

**ANNEXE V :** Entretien IDE 2.

**ANNEXE VI :** Entretien IDE 3.

**ANNEXE VII :** Entretien IDE 4.

**ANNEXE VIII :** Entretien IDE 5.

**ANNEXE IX :** Grille d'analyse d'entretiens

# ANNEXE I

## Demandes d'autorisation d'enquête :

COLSY Patrick
42 chemin d'eau
Résidence Lilas-May N°5
97422 La Saline
Tél : 0693 92 65 79 – Email : patrick.colsy@ies-reunion.com
Promotion 2013-2016 / Année 2015-2016

Sous couvert de Mr MENARD Christophe, Cadre de santé infirmier, Directeur de Mémoire

A

[redacted]

Copie à :

- [redacted]
-
-
-

A Saint-Pierre, le 23 février 2016,

Objet : Demande d'autorisation d'enquête dans le cadre de l'exploration empirique du mémoire de fin d'études valant pour la session n°1 des U.E 3.4 et 5.6 du semestre 6

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de mener une enquête dans le cadre de mon mémoire de fin d'études dont le thème est le suivant :

**«La sexualité en unité contenante de psychiatrie»**

En accord avec les responsables des services de soins, l'enquête se déroulera du 7 mars au 24 mai 2016.

Vous trouverez joint à ma demande un exemplaire de l'outil d'exploration validé par le directeur de mémoire, qui s'adresse aux Infirmiers Diplômés d'Etat.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de mes respectueuses salutations.

Mr MENARD Christophe
Cadre de santé infirmier
Directeur de mémoire

Mr COLSY Patrick
Etudiant infirmier en 3ème année

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA REUNION
SITE DU GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BO 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex
Tel : 0262 71 9[illegible] 20 - Fax : 0262 35 [illegible]

COLSY Patrick
42 chemin d'eau
Résidence Lilas-May N°5
97422 La Saline
Tél : 0693 92 65 79 – Email : patrick.colsy@ies-reunion.com
Promotion 2013-2016 / Année 2015-2016

Sous couvert de Mr MENARD Christophe, Cadre de santé infirmier, Directeur de Mémoire

A

[redacted]

Copie à :

- [redacted]

A Saint-Pierre, le 23 février 2016,

Objet : Demande d'autorisation d'enquête dans le cadre de l'exploration empirique du mémoire de fin d'études valant pour la session n°1 des U.E 3.4 et 5.6 du semestre 6

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de mener une enquête dans le cadre de mon mémoire de fin d'études dont le thème est le suivant :

**«La sexualité en unité contenante de psychiatrie»**

En accord avec les responsables des services de soins, l'enquête se déroulera du 7 mars au 24 mai 2016.

Vous trouverez joint à ma demande un exemplaire de l'outil d'exploration validé par le directeur de mémoire, qui s'adresse aux Infirmiers Diplômés d'Etat.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de mes respectueuses salutations.

Mr MENARD Christophe
Cadre de santé infirmier
Directeur de mémoire

Mr COLSY Patrick
Etudiant infirmier en 3ème année

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA REUNION
SITE DU GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BO 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex
Tél : 0262 71 98 20 - Fax : 0262 35 93 00

# ANNEXE II

## Questionnaire synoptique et d'entretien

**ENTRETIEN POUR L'INITIATION A LA RECHERCHE**

**DANS LE CADRE DU TRAVAIL DE FIN D'ETUDE INFIRMIER.**

Question de départ : « Quel positionnement pour l'infirmier en regard de la sexualité des patients en psychiatrie ? »

Cet entretien est conforme aux exigences propres au travail d'enquête, je tiens à préciser que le strict anonymat de chacun sera respecté tout au long de mon travail.

Entretien avec Soignant N° :..... Effectué le : ../../..

Renseignements Généraux du Soignants :

Qualité : ☐ Infirmier ☐Aide-Soignant ☐ Cadre de santé Temps d'exercice : .....

Temps d'exercice dans le service : .....

Genre : ☐Homme ☐ Femme Âge : .....

Renseignements Généraux sur le service :

Combien de chambres dispose le service ? : ..... Chambres : ☐ Simple ☐ Double

Service : ☐ Mixte ☐ Non Mixte Chambres mixtes : ☐ Oui ☐ Non

Pathologies prévalentes : 1) : ..... 2) : ..... 3) : .....

Durée Moyenne d'hospitalisation : ☐ 1 à 5 jours ☐ 5 à 10 jours ☐ +10 jours

Mode d'hospitalisation le plus fréquent ? : .....

L'hospitalisation en SPL représente quelle frange de la population soignée ? : .....

Règlement intérieur : ☐ Remis au patient ☐ Lu au patient

Mr MENARD Christophe
Cadre de santé infirmier
Directeur de mémoire

Mr COLSY Patrick
Etudiant infirmier en 3ème année

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA REUNION
SITE DU GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BO 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex
Tél : 0262 71 98 20 - Fax : 0262 35 93 00

Entretien :

1. A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?
2. Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?
3. Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients?
4. Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?
5. Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?
6. Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?
7. En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?
8. Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?
9. Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?

Je vous remercie du temps et de l'importance que vous aurez bien voulu accordé à mon enquête.

Mr MENARD Christophe
Cadre de santé infirmier
Directeur de mémoire

Mr COLSY Patrick
Etudiant infirmier en 3ème année

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA REUNION
SITE DU GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BO 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex
Tél : 0262 71 98 20 - Fax : 0262 35 93 00

# ANNEXE III

## Guide d'entretien

| Thèmes | Questions | Objectifs |
|---|---|---|
| **Intimité – Vie privée** | A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients en regard de leur intimité ? | -Identifier les problématiques en psychiatrie.<br>-Connaître le positionnement infirmier vis-à-vis de l'intimité.<br>-Savoir il y avait conflit entre charte, droits des patients et hospitalisation en psychiatrie. |
| **Sexualité -Droit patient** | Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ? | -Identifier les connaissances juridiques.<br>-Identifier les freins en lien avec la sexualité en psychiatrie.<br>-Savoir s'il y a conflit entre droit des patients et hospitalisation en psychiatrie. |
| **Positionnement du service - Sexualité** | Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ? | -Connaître le positionnement du service et l'avis du soignant.<br>-Identifier les critères de décisions. |
| **Sexualité - Tabou** | Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ? | -Identifier les représentations qui font de la sexualité en psychiatrie un sujet à part. |
| **Rôle et positionnement IDE – Positionnement du service** | Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ? | -Identifier une réflexion de prise en charge type au sein du service.<br>-Connaitre les pratiques IDE.<br>-Savoir s'il y a un consensus. |
| **Rôle et Positionnement IDE** | Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ? | -Savoir s'il y a une prise en charge spécifique.<br>-Identifier les actions éducatives et préventives mises en place pour une sexualité sécuritaire. |
| **Emotions – Positionnement IDE** | En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ? | -Connaître le ressenti infirmier.<br>-Identifier une problématique métier.<br>-Savoir s'il y avait conflit intérieur entre l'individu et le soignant. |
| **Positionnement IDE – Besoin soignant** | Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ? | -Identifier les freins à la prise en charge de la sexualité.<br>-Connaître les idées pour améliorer la pratique infirmière et la prise en charge patient. |
| **Positionnement IDE – Droit patient** | Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ? | -Identifier les critères permettant au patient de jouir de sa sexualité.<br>-Connaitre l'avis de l'infirmier et son positionnement sur une possibilité. |

# Annexe IV

## Entretien IDE 1

**Question N°1 : A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?**

-« Euh les problèmes les plus complexes sont surtout des problèmes de désinhibition, liés souvent à la pathologie et/ou de non conscience effectivement que la nudité peut poser problème, soit en incitant des comportements inadaptés des autres, soit en gênant simplement certaines personnes qui n'aiment pas le contexte de ce qui n'est socialement pas acceptable on va dire, mais en règle général ça s'arrête à des problématiques assez limitées à ce problème, mais guère plus ».

**Question N°2 : Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?**

-« Hummph, …<rire>… très bonne question. Le cadre légal, bah, théoriquement, nous on s'est jamais posé réellement la question du cadre légal, on nous a pas… la question n'est pas réellement concrètement abordée dans l'unité, on n'a pas dit voilà le cadre légal qui permettrait à un patient d'avoir une relation c'est celui-là, donc il n'est pas abordé, donc nous, on fait un peu du bricolage, on déc, on se dit que un patient qui n'est pas en état de consentir son hospitalisation, ou de consentir déjà des soins ou d'avoir la compréhension d'être sous tutelle et de ne pas avoir la capacité de prendre des décisions pour lui-même, pour sa sécurité, parce qu'il ne se rend pas compte qu'il est malade, n'est pas théoriquement du coup non plus en état de donner un consentement éclairé, on va dire, sur une relation sexuelle. Donc on va quelque part le lui signifier en lui expliquant que ce n'est pas le lieu indiqué pour. Et que à notre sens, en tout cas, vu son incapacité à prendre des décisions tout court pour la plupart des choses de la vie courante souvent, la relation sexuelle étant quelque chose quand même de plus complexe qui nécessite à la fois une intervention émotionnelle et aussi une capacité de décision, euh, là à notre sens il ne les a pas. En tout cas pour tous les patients qui ont ce critère-là. Bon pour les autres, on leur explique en gros, que l'hôpital n'est pas vraiment le lieu le plus adéquate pour avoir une relation sexuelle et que les gens qu'on y fréquente sont souvent dans la difficulté de prendre cette décision et que il serait plus judicieux d'envisager cela ailleurs, que dans ce lieu. Voilà ».

**Question N°3 : Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ?**

-« Y a pas de politique clairement établie, la politique, j'en reviens à la question précédente, c'est le cas par cas, et en tout cas on n'encourage pas, ça c'est clair. On n'encourage pas, on ne favorise pas, et plutôt on essaye tant bien que faire de les prévenir, en fait, de les empêcher quelque part d'avoir lieu, de manière à protéger aussi bien les patients qui pourraient avoir la capacité de décision et ceux qui n'en ont pas ».

**Question N°4 : Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?**

-« Bah, il n'est pas tabou, au sens où nous, moi, en tout cas en tant que soignant, je l'ai pas considéré comme tabou, je peux en parler facilement avec mes collègues, y'a pas de raison de l'éluder. Mais, c'est vrai que l'on n'a pas de directive officielle, et voilà, un cadre législatif qui nous est présenté d'emblée, '' voilà les règles dans cette unité concernant les relations sexuelles, sont les suivantes '', ça nous a jamais vraiment été clairement dit, mais par contre, ce qui est clairement perçu et en tout cas, qui parait, quelque part du bon sens, mais c'est un mot qui peut porter caution, le bon sens, ne veut pas forcément dire la même chose pour tout le monde. C'est qu'effectivement protéger le patient, ça c'est notre devoir, protéger le patient, c'est l'empêcher de prendre des décisions, qui pourrait par la suite être négatives pour lui et qu'il pourrait regretter. Donc on se dit que le temps d'hospitalisation est un temps quelques part où il se soigne et que la relation sexuelle, n'est pas pour nous à notre sens, sa priorité. Voilà. En gros, on essaye de les dissuader par tous les moyens possibles de le faire, voire dans certains cas l'en empêcher parce que on considère que là ce n'est pas possible, lui n'a pas la capacité de décision et la tierce personne avec qui il pourrait avoir la relation a aussi la même problématique, à ce moment-là, on va le lui carrément signifier que ce n'est pas possible ».

**Question N°5 : Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?**

-« Alors, individuellement, le soignant va référer à sa hiérarchie à la fois infirmière et médicale. Et la décision va être essentiellement, pluridisciplinaire, mais essentiellement médicale. On va reprendre le patient en général sur la chose, en lui expliquant, contextuellement, ce que je viens de dire précédemment. Que là, ce n'est pas vraiment le lieu indiqué, il n y a pas là de remontrance morale, il y a seulement remontrance par rapport au cadre, au lieu de soins, et l'incapacité de la plupart des gens à consentir cette relation en question, donc après d'autres mesures, d'analyses biologiques peuvent être, à ce moment-là demandées, mais on tombe dans le soin curatif ou préventif des différents risques inhérents à une relation sexuelle, ça c'est le deuxième volet. Mais sinon une forme de recadrage, de réexplication des règles, des règles en tout cas, que nous avons pensées utiles, ce ne sont pas vraiment des règles édictées écrites quelques part, mais ce sont des règles qui permettent en fait de protéger les patients de leur comportement du moment ».

**Question N°6 : Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?**

-« Alors je dirais que l'on n'en utilise pas vraiment, puisque comme je disais tout à l'heure, le sujet n'est pas tabou, mais n'est pas traité, il est traité souvent de manière secondaire, c'est-à-dire suite à une constatation d'un proche inapproprié, de comportement inadapté, de tentative, mais il n y a pas de prévention systématique, on va dire, on en parle pas d'emblée. Ca ce n'est pas abordé d'emblée. Par contre si on s'aperçoit que deux personnes se rapprocheraient de manière un peu trop proche, voilà un peu de pléonasme, euh se rapprocheraient, le risque nous parait possible qu'il y ait relation sexuelle, on va peut-être leur signifier que ce n'est pas le bon moment ni le lieu indiqué ».

**Question N°7 : En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?**

« Je n'ai pas d'apriori la dessus, je suis assez pragmatique, mais comme je le dis, hein, je pense que les jurisprudences au cours d'une formation m'ont expliqué, nous ont donné l'information que le service, en tout cas l'hôpital en tant que tel, pourrait être tenu responsable d'une relation sexuelle entre deux personnes qui sont en placement, de surcroît dans l'incapacité de prendre des décisions puisque souvent une personne sous tutelle pour se marier, par exemple, on parle pas de relations sexuelles en tant que telles à l'extérieur, mais en tout cas pour se marier a besoin d'une autorisation du juge, pour ces personnes la étant donné qu'elles sont hospitalisées sont souvent dans l'incapacité de prendre des décisions, que là on serait fautif si on les laissait aller jusqu'à l'acte sexuel sans intervenir, si on est témoin bien sûr, si on n'est pas témoin évidemment cela reste un autre problème, mais si on est témoin, les laisser aller sans leur donner cette information, c'est leur refuser une protection, donc on pourrait être tenu responsable quelque part de pas les avoir protéger, d'eux même et en même temps de protéger l'autre. C'est un peu là, l'interaction, à mon sens, elle est là, on protège les patients et on protège aussi du risque qui pourrait survenir par la suite d'attaques « judiciaires » parce que l'acte sexuel après n'est plus vécu par la personne comme un acte consenti loin de là, mais plus comme quelque chose issu de l'erreur, de l'errements, à ce moment-là, donc les protéger contre eux, c'est un peu le seul objectif que l'on se fixe, parce que il y a aussi quelque part, non pas la peur, mais la crainte effectivement que l'acte n'est pas vécu comme libre, et qu'une plainte peut être déposée parce que à ce moment-là on était censé s'occuper d'eux, les protéger, et les protéger c'est aussi les protéger d'eux-mêmes. Voilà ».

**-« Vous parliez tout à l'heure de la jurisprudence, avez-vous connaissance de la jurisprudence de Cadillac, et si vous la connaissez, quel est votre vision de cette jurisprudence ?**

-« C'était un cas particulier, il me semble que c'était un patient qui avait fait une réclamation pour avoir des relations sexuelles avec une personne qui était à l'extérieur de l'unité, il me semble pas forcément entre patient ».

**-« Tout à fait. C'était un patient qui était rentré en SPDRE ».**

-« Qui était dans une UMD, un patient qui reste assez longtemps, qui dépasse largement notre durée de séjour, plus de 6 mois, plus d'un an pour certain patients. Effectivement au cours d'une formation, on nous a parlé de ce cas-là, où effectivement le patient a obtenu gain de cause et obtenu la possibilité d'avoir des relations sexuelles avec la personne venant de l'extérieur. Je dirais que là, à la limite cela peut s'entendre quelque part, puisque la personne venant de l'extérieur, n'étant pas hospitalisée, n'étant pas a priori pas en théorie malade, pas sous contrainte, elle a son libre arbitre, si le patient n'a pas non plus du médecin qui l'a hospitalisé des raisons médicales que son arbitre n'est pas altéré, pourquoi pas, maintenant effectivement, si le médecin considère que lui n'a pas la capacité de décider, on se pose la question, mais le juge lui en tout cas a tranché, in fine, c'est quand même le juge qui tranche. Voilà. Moi, je suis un peu comme quelqu'un qui s'est dit, si on a considéré qu'il en avait le droit, pourquoi pas ».

**-« Du coup, c'est un droit qui pourrait s'étendre ? »**

-« Mais s'étendre, mais on est bien d'accord, on est dans une circonstance particulière, ici, la plupart du temps les relations sexuelles qui arrivent à se produire ou qui sont ou peuvent se produire restent des relations sexuelles entre patients donc hospitalisés tous les deux, et donc

pas forcément en état de décider tous les deux. Le contexte est pour moi différent, c'est là un petit peu la nuance des choses, il n y a pas de jurisprudence, en tout cas pas que moi je connaisse, de patients qui aurait fait une réclamation pour avoir des relations sexuelles dans une unité de soin. Mais c'est vrai que cela ouvre une possibilité, mais une possibilité qui suppose qu'il y ait des gens vraiment dont la capacité de discernement qui n'est pas abolie, en tout cas, pas altérée ».

**Question N°8 : Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?**

-« Peut-être qu'effectivement qu'on nous précise une directive claire, au niveau de notre hiérarchie, mais bon, une directive claire au sens du règlement intérieur peut être, ce serait peut-être ça l'idée, pourquoi pas.

**Question N°9 : Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?**

-« Ouais, pfff, la question c'est, est ce que avec une durée de séjour moyenne de 5 à 10 jours il y aurait un si grand besoin ? Est-ce qu'un être humain ne peut pas se passer de sexe pendant aller 15 jours, un mois, est ce qu'il y a vraiment cette espèce de pulsion, absolument nécessaire pour lui de …<rire>… d'avoir une relation sexuelle, c'est plutôt ça ma question. Pour l'instant dans le contexte actuel, je vois que ça me parait difficile de concevoir en fait une condition qui serait favorable, ça me parait difficile, parce que l'on en revient à cette éternelle question est ce qu'il est en état de décider ? Pour moi, je ne vois pas trop comment dire, bah voilà, si là dans ce cas précis, on pourrait organiser éventuellement, deux patients pourraient consentir, on est dans un service de soin, on a effectivement pas de patient sous placement, on aurait des patients qui seraient dans la 3ème partie des cas d'hospitalisation, qui seraient des gens qui seraient anxio-dépressifs, et encore un dépressif n'a pas tout contrôle sur sa vie par moment et donc que, voilà, moi ça me parait compliqué, de trouver des conditions favorables ».

**-« Qui pourrait avoir cette autorité pour déterminer la capacité de discernement du patient ? »**

-« En tout cas, pas l'infirmier, je pense, je pense pas que cette décision puisse être prise de manière individuelle, déjà, c'est une décision qui si tant est qu'on la prenne un jour, en tout cas qu'on l'envisage, devra forcément être vue en équipe avec le psychiatre, le psychologue, et effectivement pourquoi pas les infirmiers qui participeraient, je veux dire, je vois mal un infirmier de son propre chef se dire, ceux-là c'est bon, ils peuvent, ça me parait un peu risqué, voir même dangereux, téméraire, téméraire est le mot ».

# Annexe V

## Entretien IDE 2

**Question N°1 : A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?**

-« Euh, je dirais que c'est plus au niveau du, de l'exhibition. Parfois involontaire, c'est-à-dire que quand ils sont dans des phases euh, où ils n'ont pas pleinement euh conscience de ce qu'ils font, ou de ce qu'ils laissent à montrer. Voilà, on doit être très vigilant ah, à des exhibitions involontaires, de nudités et autres. Donc on est vigilant, pour eux ».

**Question N°2 : Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?**

-« Que je sache c'est pas légiféré euh, de façon très claire donc euh. Pour nous ça ne l'est pas en tout cas, très clair. Euh. On part du principe que c'est pas autorisé. Maintenant, est ce que c'est vraiment les textes ? Je ne saurais pas dire. Je pense qu'on n'a pas beaucoup, beaucoup d'éclaircissement là-dessus. On part du principe, en tout cas, dans le service que ça n'est pas autorisé, voilà. Euh, je sais que dans, pour avoir travaillé dans des lieux de vies, en tout cas qui étaient considérés comme tels, les maisons de retraite et autres. On considère que la chambre du patient, c'est chez lui. Donc là je sais qu'il pouvait y avoir des activités sexuelles dans le cadre de sa chambre. Avec des personnes, euh bien entendu, qui étaient consentantes. Ici toute la difficulté étant, qu'avec une altération du jugement. C'est compliqué de savoir qui est consentant, qui ne l'est pas d'autant plus. Donc euh ».

**Question N°3 : Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ?**

-« Pas de relation sexuelle ».

**Question N°4 : Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?**

-« Parce que les personnes étant désinhibées, c'est quelque chose que l'on va peut-être, être amené à rencontrer plus souvent que dans les autres services. Voilà, elles sont pas, comme je disais tout à l'heure : Le jugement est altéré. Euh, les personnes sont désinhibées, les barrières tombent euh, il y a beaucoup moins de retenue. Euh, les comportements sont inadaptés. Euh, il y a plus de risques de passages à l'acte dans ce cadre-là. Donc en faites, c'est, je ne sais pas si on peut dire que c'est tabou. Je dirais qu'en tout cas que c'est plus compliqué à gérer. C'est pas comme dans un service de soin classique, avec des personnes qui sont eux bien orientés, et savent exactement ce qu'elles font. Là c'est plus délicat, d'interférer. Là, nous il faut qu'on pense à leur place. Et les empêcher de faire quelque chose qu'elles vont peut-être regretter, une fois, une fois le rétablissement de leurs capacités ».

**-« Est-ce que cela prévaut également pour les patients qui sont en SPL ?**

-« Oui, parce qu'on peut se mettre à l'abri en SPL. Effectivement, c'est que la personne, effectivement, ressent le besoin, besoin d'aide. Donc elle vient se faire hospitaliser. Mais ça prouve également que si elle vient se faire hospitaliser, elle n'est pas en pleine conscience, enfin en pleine, en pleine maitrise de ses moyens. Donc il y a quand même quelque part un besoin, un appel à l'aide, si elle vient se faire hospitaliser ».

**Question N°5 : Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?**

-« Moi personnellement, je… C'est pour moi personnellement ? Ou pour en générale l'équipe, comment ça se passe pour l'équipe ? »

**-« Et bien écoutez, vous pouvez très bien dire pour vous. Et puis, ensuite peut être, ce qui se fait de manière générale pour l'équipe ».**

-« Moi je dirais que c'est des individualités, une équipe. Donc il y aura autant de façon de réagir, que d'individualité, voilà. On n'aura pas tous, sur ce sujet, un consensus en tout cas au sein de l'équipe. Ça c'est propre à chacun. Voilà, ils y en a qui fermeront la porte, et qui feront comme si ils n'avaient rien vu. Il y en a d'autres, qui vont tout de suite intervenir, et voilà. Moi, si effectivement j'ai constaté un rapport sexuel entre patients. Je vais essayer de savoir déjà si dans un minima il était consenti. Si personne n'a fait l'objet dans, en tout cas de rapport imposé. Ensuite, j'en avertirais bien entendu et bien l'équipe et le médecin. Il y aura des examens à faire. Des sérologies ce genre de choses. J'essaye de voir si, voilà, généralement il n'y a pas de préservatifs, donc il faut pouvoir faire les sérologies pour être sûr que les personnes ne se sont pas contaminées. Egalement voir les risques de grossesse pour les personnes en âge d'être enceinte. Enfin, il y a des tas de paramètres à prendre en compte. Leurs inconséquences parfois, voilà, qui n'est, qui est dû qu'à leur pathologie, nous il faut qu'on, qu'on la prenne en compte ».

**-« Justement vous me disiez là, qu'il n'y a pas de, de préservatif. Est-ce que c'est un choix de l'unité, de ne pas avoir de moyen de protection mise à disposition ?**

-« On en a parlé avec notre psychiatre. C'est vrai que c'est, les avis sont très partagés. On est plusieurs à penser qu'effectivement, étant donné qu'on ne peut pas forcément, les en empêcher. Il y a des moments, on ne peut pas être derrière tout le monde en permanence. Donc comme, voilà, on le sait ça se passe, ça se passe hein, on ne peut pas se leurrer. Le faites qu'il n'y ait pas de préservatifs. Parce que c'est déjà arrivé que des patients viennent nous en demander. Alors il y a deux façons de voir, soit effectivement c'est considéré comme non-assistance, presque, à personne en danger. Parce qu'on sait qu'ils vont avoir un rapport sexuel, et on pourra de toute façon pas les en empêcher, à un moment ou à un autre le fait qu'on n'ait rien à leur proposer, c'est problématique. Parce que ce rapport ils l'auront de toute façon, et là ils se, ils prennent des risques. Après pour en avoir parlé avec notre chef de service, lui il n'est pas, ce n'est pas qu'il est opposé à ça dans le fond, il reste stricto sensu dans le cadre de la loi. Etant donné que, on considère, à partir du moment où on considère les rapports sexuels ne sont pas autorisés. On n'a pas à fournir des préservatifs. Parce que sinon ce serait, donner notre aval pour quelque chose, vous voulez bien préciser, « non vous n'avez pas le droit ». Donc ce serait à double sens de dire : « non, d'un côté, vous n'avez pas le droit » et de fournir des préservatifs, il faut un discours cohérent. Donc que voilà, c'est la volonté du service de rester cohérent ».

**Question N°6 : Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?**

-« Beaucoup d'entretiens infirmiers. Quand on voit qu'il commence, voilà, à y avoir de la séduction, des petits jeux, des petits, on se tourne autour, voilà. A ce moment-là on prend les devants, un petit peu sur le ton de l'humour, en tout cas c'est ma façon de procéder. Et on en parle, tout simplement, ouvertement. En général ils sont assez, assez confiants, ils en parlent assez facilement. Et à ce moment on reprend, voilà, les risques de contaminations, les risques de grossesses. On fait un peu le point sur ce qu'ils savent, et sur ce qu'ils ont besoin qu'on leurs rappelle ».

**Question N°7 : En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?**

-« Moi je reste dans un rôle infirmier. Pour moi, ma façon de voir ce rôle-là, c'est dans l'éducation, dans la prévention, dans la bienveillance. Je ne porte pas de jugement par rapport à ça. Je pense que c'est un besoin naturel. D'autant plus quand on reste enfermé, et que c'est un lieu mixte, il y a des personnes jeunes. Voilà, je pense que ça fait partie de la vie, c'est des choses naturelles, au même titre que dans n'importe quel autre milieu, il y a de la séduction, il y a ce genre de choses. Donc moi, mon positionnement à moi, c'est tout simplement d'essayer au maximum de, d'accompagner avec bienveillance. Mais en rappelant les risques encourus. Voilà je ne vais pas leur dire : « C'est interdit ! Vous pouvez pas le faire ». Je rappelle que c'est pas forcément l'endroit, que c'est pas forcément le moment, que ça pourrait mieux se faire sur l'extérieur, dans un contexte plus apaisé, avec voilà, c'est pas forcement l'endroit pour le faire ».

**Question N°8 : Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?**

-« Peut-être de… peut-être d'un consensus, quelque chose où on serait plutôt, je ne sais pas. Soit des textes très, très clairs, soit une décision d'équipe qui permettrait d'avoir une pratique unifiée. Voilà, tout simplement. Etre tous plus ou moins d'accord sur ce genre de choses. Qu'est-ce qu'on fait, qu'est qu'on ne fait pas, qu'est-ce qu'on permet, qu'est-ce qu'on ne permet pas ».

**Question N°9 : Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?**

-« Dans n'importe quel autre service je vous aurais dit : « tout simplement d'avoir une chambre qui ferme. Avec une porte. » Tant qu'à faire. C'est voilà, ça c'est ce qui permet, à mon sens, d'avoir des relations sexuelles consenties dans un cadre préservé. On toque, de toute façon avant de rentrer dans une chambre, ce n'est pas un moulin, voilà. Dans tout autre service, je le disais en préambule, parce qu'ici ce n'est pas le cas. Dans le sens ou les personnes, si elles en tout cas sont orientées au moment de prendre la décision d'avoir un rapport sexuel, dans une chambre avoir la porte fermée. Ça va pas forcément être le cas, des autres patients dans les chambres adjacentes qui peuvent, voilà, qui sont confuses, qui sont je sais pas moi, en crise, qui

ont des pathologies qui font qu'elles ne se rendent pas compte de ce qu'elles font, qui peuvent rentrer dans la chambre. Il n'y a pas de, il n'y a pas cette notion d'intimité, de, de comment dire, de je cherche mes mots. Et puis même dans le cadre de service en psychiatrie, c'est pas, c'est des jugements altérés. Donc, ça me semble compliqué d'avoir réellement des critères, de dire '' c'est les bonnes conditions pour avoir des relations sexuelles ''. Je crois que rien n'est réuni ici pour avoir des bonnes conditions, pour un rapport sexuel ».

**-« D'accord. En faites, ce que vous dîtes, si je reprends ça serait la chambre d'intimité. Au même titre que ce que font les canadiens actuellement ? »**

-« Oui, moi je pense que oui. Mais, mais mon seul souci là-dedans, moi j'avais rien contre cette, ça ne me choque pas, ce n'est pas quelque chose qui me choque. Je trouve que c'est une bonne initiative, mais comment peut-on être certain, et comment on peut évaluer la capacité en tout objectivité de la personne à consentir à un rapport sexuel ? Sachant qu'on est en psychiatrie. Et que ce qu'elle peut faire aujourd'hui, elle peut le regretter amèrement dans cinq jours, ou avoir un tout autre avis une fois que la crise sera passée. C'est, on est un pavillon de crise, ce n'est pas un pavillon de soin de continuité, c'est un pavillon de crise. Chez nous je ne vois vraiment pas qu'est ce qui pourrait nous donner l'indication, que ces deux personnes là pourraient profiter de la chambre d'intimité ça me parait compliqué quand même. Ou alors il faudrait un avis médical, il faudrait, je ne sais pas, quelque chose qui… C'est objectif, C'est subjectif, pardon, c'est subjectif. Donc là, ce n'est pas facile à quantifier ».

# Annexe VI

## Entretien IDE 3

**Question N°1 : A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?**

-« Donc c'est la première question, à quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service, en regard de leurs intimités. Alors et bien justement de la préserver cette intimité. Déjà c'est un endroit qu'ont les patients, de pouvoir, et comme dans tous services, ça fait partie de la charte des patients hospitalisés. Qu'on puisse assurer leurs intimités. Cet espace confidentiel propre à chacun. Après nous sommes dans un contexte particulier. On est psychiatrie, ça veut dire que, il y a aussi, on va avoir un regard soignant, par rapport à cette intimité. Parce qu'en même temps, on va devoir préserver des patients, qui n'ont peut-être pas toute disponibilité mentale, pour assurer leur propre, je veux dire limite d'intimité et sécurité au niveau de cette intimité. Je m'explique, par exemple : on a les patients avec des pathologies très particulières, qui font que ils sont très désinhibés. Ce qui peut heurter les visiteurs, heurter d'autres patients, provoquer d'autres patients, inciter d'autres patients, et les patients qui exposent comme ça leurs intimités n'ont pas toujours conscience de l'état de leur crise, et que ça fait partie de la maladie et voilà. Donc-moi si je dois conclure sur cette question, la difficulté c'est : assurer ce droit à l'intimité, mais poser des limites sur cette intimité au regard de la santé mentale ».

**Question N°2 : Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?**

-« Alors le cadre légal, c'est une bonne question. Je sais que, en métropole ça a été soulevé, en tout cas il y a quelques années, je sais en pavillon du côté de Bordeaux, ça avait fait jurisprudence. Parce que c'est vrai que légalement, les personnes c'est un endroit de chacun de disposer de son corps, en fait, donc de son intimité de cet espace qui leurs est attribué. Qui nous est propre. Je ne pourrais pas citer explicitement l'article, le cadre de lois, je sais que c'est un droit. Et il me semble que, voilà, ça fait partie aussi du droit d'expression d'être et de, mais je ne le connais pas explicitement ».

**Question N°3 : Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ?**

-« Oui, alors. On va pas dire, on va pas parler de politique du service, on va dire qu'il y a des opinions. En faites ça se discute au cas par cas. On va pas pouvoir appliquer une règle, en tout cas, elle va pas être applicable à tous. Ça va être soulevé, le jour où la question se pose. Et ça va se débattre en équipe, ça va se discuter en équipe. Et la psychiatrie, elle à ça de particulier, c'est du cas par cas. On va pas fonctionner par pathologie, on va fonctionner par personne. Et en plus, quand tu parles des relations sexuelles des patients, donc on imagine c'est plusieurs personnes, enfin au moins un couple avec des pathologies différentes. Donc je vais revenir un peu à ta première question, ça va être protéger. Parce que, on va avoir des personnes sensibles, des personnes mineures, on va avoir des personnes fragilisées. Mais en même temps

on des personnes qui ont le droit d'être amoureuse, qui ont le droit d'avoir des envies. Donc ça va se discuter au cas par cas. Voilà un peu la politique du service. Maintenant la question qu'on s'est posée c'est : est-ce qu'on est dans la santé ? En proposant des préservatifs, est-ce qu'on est dans la prévention ? Ou est-ce que c'est pas de l'incitation ? Et notre positionnement il est compliqué. Donc c'est au cas par cas, au jour le jour, et en équipe. Tout se discute en équipe, il est hors de question qu'un infirmier ou un médecin prenne une décision disons seul ».

**Question N°4 : Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?**

-« Alors, déjà la sexualité est un sujet tabou. Il faut pas oublier, que je crois qu'on peut le raccrocher à notre histoire d'infirmière. On est des descendantes des religieuses. Et je crois que ça transpire un petit peu à ce niveau-là sur, et puis surtout là aussi il y a toujours cette histoire de dualité, corps et esprit ça aussi je crois que c'est un petit peu… un petit peu ça, c'est parfois une prise en charge schizophrénique, c'est un peu scindé, c'est un peu dissocié, c'est un peu … Alors en psychiatrie d'autant plus, si on raccorde la sexualité dans des patients les autres services, je ne sais pas comment ça se déroule. En fait souvent dans les autres services, il y a des problèmes somatiques qui font qu'ils sont souvent alités. Donc c'est vrai que ça se pose pas, vraiment, parce que le corps est un peu atteint donc c'est peut être mis en veilleuse on va dire. En santé mentale, le corps peut être plutôt très alerte. Après il peut être aussi diminué par les effets secondaire des traitements, on sait que ça coupe certaines libidos. D'où des ruptures de traitement. Et enfin quand ce corps, il est, il fonctionne bien… et bien, souvent en santé mentale, on l'occulte un petit peu, cette sexualité on s'attache à prendre en charge cet esprit qui, qui divague un petit peu. Et du coup ça nous permet, de parfois de pas s'occuper de ce corps, qui lui pour le coup va très bien. Donc c'est vrai que c'est tabou pour ça aussi. Je ne sais pas si voilà, j'ai été clair. Mais bon ».

**Question N°5 : Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?**

-« Alors le vous est intéressant, pas ce que le vous … il questionne en tant qu'individu, en tant que professionnel, et en tant qu'équipe. Alors le vous en tant qu'individu. Moi la première chose, si je constate alors le mot est assez fort, c'est-à-dire j'en fais, j'aurais tendance à fermer la porte en fait. Première chose. Moi j'ai tendance a, je ferme cette porte c'est un moment de … Après, j'évalue quand même, si j'ai en face de moi deux personnes consentantes dans le peu que j'ai pu observer. Je veux dire qui si c'est un rapport de force. Si je sais qu'une jeune fille mineure. Si je sais que c'est … Je vais, comment dire en parler, à mes collègues de… Pour un petit peu demander… Comment réagir aussi, en fait je ne suis pas seule dépositaire, je suis pas seule de ce que j'ai constaté. Après, voilà, si c'est vraiment quelque chose de partagé entre deux êtres ma foi …. Plutôt consentant, moi je vais avoir tendance à fermer cette porte alors à partir. Si je vois que ça me questionne, parce que je me dis, est ce que il n'y a pas un abus ? Est-ce que va pas y avoir un regret ? Est-ce que ces deux personnes-là étaient vraiment en état de se choisir ? Je vais de toute façon aller voir mes collègues. Et si vraiment mes collègues sont aussi démunis que moi, on va de toute façon, et ça nous est arrivé. On va le partager, on va avoir un secret professionnel, on va le partager en groupe, on va voir ce que l'on en fait ».

**Question N°6 : Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?**

-« Alors c'est intéressant. Parce que je sais que dans certains pays, en tout cas dans certaine structures en métropole … il y a des éducations à la sexualité, enfin il y a des accompagnements pour les personnes handicapées moteur, alors je pense que, au niveau de la santé mentale … je sais pas, pourquoi pas. Je pense que il faut aussi pouvoir ouvrir certaines … enfin en tout questionner certaines pratiques, et pourquoi pas …. Donc quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients. Alors ça veut donc dire, ''attention il ne faut pas faire de l'accompagnement, pour faire de l'accompagnement''. Enfin je veux dire, on doit d'abord, il doit y avoir une demande, il doit y avoir un désir, on doit sentir que quelque chose est en jeu à ce moment-là. Souvent sur des hospitalisations plutôt courtes, si on a des demandes ou des choses, dire que ça appartient à l'intimité, qui peut se faire à l'extérieur. C'est la personne qui va être autonome à ce niveau-là. Si on était sur des hospitalisations très longues, avec des demandes, comment dire, récurrentes. Effectivement je pense qu'il faudrait qu'on puisse, comment dire… oui accompagner, c'est vrai en tout cas… permettre l'expression de quelque chose de très naturel, tout comme peut l'être la spiritualité. Ça c'est un endroit qu'on les patients de pouvoir aussi, voilà, céder à une vie spirituelle. Une vie sexuelle devrait pouvoir être au moins comblée, ou entendue… Mais je pense qu'il faut vraiment combler une demande voilà… très, très formulée, importante, récurrente, et qui vraiment participe au bien être, je veux dire. J'avoue que ça ne s'est pas posé vraiment, depuis que je travaille dans ce service de crise. C'est rapide, enfin, je veux dire les prises en charge sont assez. On n'a pas eu ce … tableau, cette demande ».

**Question N°7 : En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?**

-« Eh bien, si, moi je suis très à l'aise pour en parler, en tout cas. Mais je vais pas anticiper, c'est-à-dire je vais d'emblée… Mais par contre si… c'est exprimé en fait par les patients, je vais y répondre sans problème. Alors ce qu'il y a d'intéressant c'est qu'on fait des bilans d'entrée, avec des $\beta$ HCG. Donc pour voir si il n'y a pas de grossesse en cours, effectivement puisque on va donner quand même des traitements qui peuvent être délétères pour… Donc souvent la discussion est amenée par les femmes, pourquoi vous me faites cet examen ? Donc on explique et, finalement on va parler de sexualité, de contraception, de « tiens j'ai eu un rapport », de « tiens » donc ça va se faire dans ce temps-là, ce temps d'échange entre femmes. Après nous ce qu'on constate souvent, c'est plutôt des gens, voilà qui… quand on passe, et bien, sont amenés à se masturber. La porte on la referme, en fait, c'est ce qu'on, c'est ce que je veux dire. Après, c'est vrai, bon je digresse un peu, mais c'est que comment dire. On est en santé mental, dans un pavillon de crise, et on a un secteur un peu sécurisé où effectivement on a des systèmes de hublots qui nous permettent de voir le lit et le patient. Donc parfois, malgré nous, on peut voir des choses, qui appartiennent à l'intimité du patient. De par la configuration même, du lieu. Et c'est pas une intrusion de notre part, en fait. C'est en passant dans le couloir, donc voilà, donc souvent on se le garde pour soi, on sourit. Sauf si c'est, voilà, une masturbation très exagérée. Là on est dans quelque chose de, qui peut être pathologique. Puisqu'on sait qu'on a des maladies qui peuvent désinhiber, mais voilà. Moi je me sens à l'aise pour parler en tout cas, il n'y pas de soucis par rapport à ça ».

**Question N°8 : Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?**

-« Et bien je me sens à l'aise. Donc franchement, je n'ai pas de besoin particulier. Par contre, je pense qu'on aurait besoin de ce cadre légal, dont tu parlais tout à l'heure. Par rapport… Et puis, à tout ce qui est aussi protection, c'est-à-dire moyen de contraception. Comment on les… est ce qu'on les distribue ? Est ce qu'on les amène ? Est ce qu'on les met à disposition ? Est ce qu'on…. Ça, ça peut être beaucoup plus clair et abordé en équipe ».

**Question N°9 : Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?**

-« Alors c'est rigolo la formulation de la question, parce qu'elle sous-entend… que il y a, qu'on ne permet pas aux patients d'avoir des relations sexuelle dans le service dans de bonnes conditions en fait. Qu'elles sont les conditions qui permettraient ? Donc… je pense que de toute façon, quand l'envie y est, et quand des patients ont envie, ils se débrouillent très bien. Je peux te dire que, ils se débrouillent et c'est tant mieux, parce que je pense qu'au moins il y a des espaces où on n'a pas l'œil dessus et que … et qu'on n'est pas voilà, intrusif, toute leur vie enfin, on n'est pas témoin de toute leur vie, et je trouve ça très, très bien. Je pense que, voilà, la question, la formulation elle est un petit peu, elle dirige un peu la réponse en fait, elle dirige un peu, elle a un avis déjà donné sur la question. Moi je pense qu'il se débrouille sans nous très bien. Ils ont des permissions de toute façon assez régulières. Il y a des toilettes, eh bien oui, je veux dire. Les chambres sont doubles aussi, elles ne sont pas mixtes. Je veux dire aussi, on n'a pas un couloir ou en tout cas un quartier de femmes, un quartier d'hommes, je veux dire il y a quand même une mixité dans les… ils savent très bien se séduire, ils savent très bien… et on a même des couples qui se forment, et on a même et plus si affinité ça y est, ça oui. On a des couples qui se forment, donc je veux dire c'est une réalité quand même. On n'en a pas toujours vent et enfin je veux dire, et on se doute bien qu'ils font leurs vies et ça me rassure. Qu'ils aient aussi leurs vies d'adultes, et que tout ne soit pas forcément…

**-« Je reviens sur la formulation de la question, effectivement telle qu'elle est formulée, c'est parce que, au travers de certaine de mes lectures il m'a était donné de voir que dans la très grande majorité les services d'unité, enfin les unités contenantes interdisent de manière plus ou moins tacite les relations sexuelles. Et donc en fait la question que je voulais ouvrir c'était un petit peu, savoir, puisque entre guillemet on est sous le coup d'un interdit un peu tacite, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place ? Qu'elle serait les conditions pour qu'on puisse laisser ces patients… évidemment sous couvert de s'assurer des facultés de discernement et des capacités de juger, qu'ils puissent avoir cette expression de la sexualité, qui pourraient avoir un effet thérapeutique pour eux ».**

-« Tout à fait, je comprends du coup oui, dans le cadre où effectivement, il y a un interdit en fait du… ouais. Tu sais que je ne sais même pas si chez nous c'est formellement interdit. Je crois qu'il y a une espèce de tolérance, alors c'est évidemment interdit, mais ça c'est les règles qui s'appliquent ici, s'appliquent enfin je pense à l'extérieur aussi. Je veux dire, entre, avec mineurs évidemment, avec… C'est vrai que chez nous, si tu veux, il y a le coté… Comment dire fragile, du bon discernement, est-ce que cette personne est capable de bien discerner ce qui se joue ? Parce que, elle a une maladie qui fait qu'elle est désinhibée, donc elle peut-être avoir une sexualité qui n'est peut-être pas, celle qu'elle aurait souhaité si elle avait été… on est là aussi, pour jouer ce rôle de … j'allais dire garde-fou, c'est un peu mal placé comme terme, mais je

veux dire on est là pour jouer ce rôle de poser des limites, et de discuter des choses. Mais, on n'est pas des gendarmes n'ont plus en fait. Moi je n'accepterai pas d'endosser ce rôle, je suis avec des adultes, je soigne des adultes, ils ont un libre-arbitre, des libertés, et moi j'y tiens. Donc je suis pour le cas par cas, je ne suis pas pour l'interdit absolu. Ça c'est quelque chose que je défendrais, ça fait partie de la liberté d'expression, donc moi j'espère bien qu'ils sont assez rusés pour quelque part, sans que ce soit évidemment de l'abus. En fait on essaye souvent de protéger, donc là on met dans des secteurs. Les mineurs par exemple, va faire en sorte que sachant que certain patient, ou certaine patiente, risque d'être désinhibée ect, on va faire en sorte que les populations ne se mélangent pas. Et d'avoir un œil dessus, et de fermer des chambres par exemple. Sur prescription, on a des chambres fermées, pour protéger certaines personnes vulnérables. Tu vois, il y a quand même des petites choses mises en place, on se le dit, c'est le fameux cas par cas. Mais j'espère bien qu'ils utilisent cette liberté-là.

# Annexe VII

## Entretien IDE 4

**Question N°1 : A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?**

-« Hummm, je dirais, souvent c'est, les femmes aiment bien qu'il y ait un contact avec les femmes quand il y a des choses à faire, des toilettes, des choses comme ça, ce sont des choses que l'on respecte, et puis souvent il faut mettre des patients en isolement, c'est là ou l'intimité pose le plus de problème en fait, donc sinon, après, quand ils sont, on va dire autonome, ils ont leur espace privé, où ils peuvent faire leurs trucs en toute intimité, là il y a pas vraiment de, la question se pose pas trop, mais quand il y a un soin à faire comme une injection retard ou une injection parce que le patient est agité et qu'il faut le mettre en blouse, cela devient problématique, et là on va essayer de respecter en disant, ''plus les femmes qui s'occupent des femmes, et des hommes qui s'occupent des hommes'' ».

**Question N°2 : Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?**

-« Ben, dans le service en tout cas, c'est pas consenti, donc c'est pas, il n'y a pas de cadre légal à ma connaissance parce que dans le service on ne prône pas ça, parce que simplement les patients, ils sont là pour des troubles mentaux, ils ont pas forcément toutes leurs capacités de jugement et du coup dans le service, ce sont pas des choses qui tolérées, il peut y avoir donc voilà. Il faut les protéger de ça aussi, ils peuvent dire oui, ils sont souvent désinhibés, donc on a un rôle de protection vis-à-vis de ça aussi, donc voilà ».

**Question N°3 : Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ?**

-« Je viens de répondre en fait, dans le service, les relations sexuelles ne sont pas admises quoi, en dehors du service, les patients font comme bon leur semble, ils ont rencontré quelqu'un ici avec qui ils ont une affinité et puis dehors ils veulent avoir une relation, pourquoi, ça s'est déjà fait, dans le service tant que possible, on n'accepte pas ça, il y a trop de rapports, trop de risques de MST et puis voilà, non ».

**Question N°4 : Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?**

-« On entend ca souvent que c'est un sujet tabou ? Moi, enfin, j'entends pas trop ça, enfin, on a jamais vraiment dit que les relations sexuelles étaient taboues, non, enfin moi de mon côté, j'ai jamais eu cette question-là en fait, donc, mais attends laisse-moi réfléchir pour te donner une réponse claire et correcte, je sais pas, je dirais peut-être parce qu'ils ont pas leur discernement, ou peut-être parce que, ils sont catalogués de « fou » peut être et c'est ça qu'ils veulent pas en parler, parce qu'ils sont différent peut-être, mais moi-même j'ai jamais eu cette question, pour moi, non, pour moi, jamais, en tant que soignant je les prends comme des gens, j'ai ce côté humain, ils ont des relations sexuelles, c'est leur vie, c'est tout à fait normal, là ils souffrent

pendant un temps de pathologie mentale, pour moi c'est, voilà quoi, ça change pas tout le truc quoi ».

**Question N°5 : Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?**

-« Après avoir constaté un rapport entre deux patients déjà en général, on s'assure que les patients ils n'ont pas de maladies, donc, il y a une prise de sang y'a tout ça qui est fait, qu'il y a pas été transmis à l'autre quelque chose comme ça, après c'est à voir si y a pas un qui a pas été abusif aussi sur l'autre, est ce que quelqu'un a pas abusé de quelqu'un, si y'en a qui était plus faible, il y a un temps d'échange avec le médecin, avec l'infirmier, on essaye de faire un entretien autour de tout ça, je pense qu'il faut accompagner le patient , il faut pas le juger, c'est un être humain comme je l'ai dit, pour moi, c'est important de pas le juger, il faut le comprendre, il faut l'accepter, et, faut accepter qu'il ait ces envies là aussi, tant que c'est pas fait de façon … voilà, bon ben il faut essayer de comprendre il faut l'encadrer là-dessus, il faut pas lui jeter la pierre, c'est mon avis, quoi ».

**Question N°6 : Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?**

-« Nous dans le service, je parle honnêtement, pour moi, y'a pas grand-chose de fait là-dessus quoi, c'est à dire, qu'on leur dit ''voilà les relations sexuelles dans le service sont pas tolérées'', ça se limite là, y'a pas vraiment de chose là, dans certains services-je sais qui mettent en place des préservatifs tout ça, nous dans notre service y'a pas tout ça, donc ça c'est une piste de réflexion par contre, tout à fait, ça je suis tout à fait d'accord

**-« Ça peut être aussi des ateliers thérapeutiques, parce que voilà on peut avoir des patients un peu marginalisés et que cela peut, peut-être aussi, le but aussi de faire un accompagnement pour avoir un équilibre sexuel, c'était aussi dans cet esprit-là que je posais la question ».**

-« D'accord, bah, par contre, dans ce sens-là, il y a des entretiens qui sont faits avec certains patients qui ont une sexualité débordante, dans ce cas-là, il y a un entretien médical qui est fait pour essayer de recentrer les choses, et, c'est que ça peut rentrer dans la pathologie tout à fait et du coup-là, il faut essayer de comprendre pourquoi, pourquoi ces gens ont ces pulsions là et essayer de travailler avec lui pour qu'il n'ait plus ça, parce que y a des gens qui souffrent de ça, malheureusement voilà quoi, donc effectivement y a un entretien médical qui est fait, après y a des médicaments qui sont donnés si c'est débordant, mais, oui effectivement dans ce sens-là oui ».

**Question N°7 : En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?**

-« Bah justement comme je disais tout à l'heure, pour moi, c'est le non jugement, c'est l'écoute, parce qu'ici, on va avoir des patients qui vont nous parler crûment qui vont pas forcément passer par 4 chemins et des fois ces propos qui sont quand même assez durs mais qu'il faut dans ce cas-là remettre dans le contexte, et c'est bien que le patient puisse s'exprimer parce qu'il a confiance et qu'il y a un climat de confiance qui se fait, moi c'est mon rôle de l'écouter et de l'accompagner la dedans, de lui dire ok pas de problème, il peut prendre les choses qui se passent en dehors, et du coup, l'aider à voir plus clair en dehors, pour moi c'est

tout ça en fait, c'est vraiment une écoute vraiment active pour ce patient-là quoi, vraiment, enfin moi c'est ça, je le vois comme ça quoi, il faut qu'il puisse savoir qu'ici il peut parler, il peut dire tout ce qu'il a, les choses qui peuvent le préoccuper, l'angoisser, il parle, on essaye de trouver des solutions ».

**Question N°8 : Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?**

-« Euh, déjà de mon expérience …<rire>… pas mal de choses délicates à entendre ou à voir, … peut être ouais comme tu disais tout à l'heure, peut-être des phases d'activités thérapeutiques peut être autour de ça, peut-être de faciliter plus d'échanges autour de ça, mais pfff, moi-même, après je suis dans le non jugement aussi donc, je me sens pas en difficulté avec ça en fait, franchement, moi dans mon approche à moi, je suis pas forcément mal à l'aise avec ça et pourtant comme je disais j'ai entendu des choses et vu des choses des fois qui sont dit crûment avec des patients, qu'est ce qui pourrait m'apporter un plus. Non parce que franchement l'équipe médicale est vraiment cadrante, est vraiment à l''écoute, donc même nous quand on a un souci, on peut renvoyer ça au médecin, le médecin revient intervient, on peut en parler, franchement ici, y'a vraiment un bon taff autour de ça ».

**Question N°9 : Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?**

-« Ahh pff, dans le service ? Je pense que c'est pas un bon plan honnêtement …<rire>… c'est pas un bon plan, je pense qu'ils ont ce besoin-là, après si vraiment ils ont besoin d'avoir des relations sexuelles peut être mettre des permissions pour qu'ils puissent profiter de ça à l'extérieur, ça s'est déjà fait, il y eu des patients qui avait des compagnons et qui ont eu ce besoin-là, du coup des permissions ont été faites, après, je sais que dans certains services en métropole, il y a des femmes qui viennent aider ces gens-là, donc, <rire> je sais pas, moi je pense que faut que ça reste en dehors du service, faut pas que le patient après il y ait un souci de service, parce qu'il y a d'autres choses à travailler, ça en fait partie, mais dans ce cas-là une permission pour aller dehors ce serait mieux, plus adaptée du moins.

# Annexe VIII

## Entretien IDE 5

**Question N°1 : A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service en regard de leur intimité ?**

-« A quelles difficultés êtes-vous le plus souvent confronté avec les patients du service, en regard de leurs intimités ? Généralement… il y a des patients, comme on est un service mixte, on a des patients hommes et femmes. Généralement on essaie d'être, on intervient très souvent en binôme pour … avoir un garçon et une fille en tant que soignant en fonction du patient. Le plus souvent confronté ? Enfin je n'ai pas, il n'y a pas vraiment de, comme on est en binôme mixte ça, il n'y a pas forcément, après on essaye toujours d'être, et bien forcément si la demoiselle est toute nue, et bien je ne vais pas forcément rentrer. On frappe toujours à la porte pour savoir si le patient est en tenue ou pas, s'il n'est pas dans les toilettes. Là-dessus, il n'y a pas forcément de difficulté au niveau, souvent. Après, il y a des difficultés c'est par rapport à des patientes, qui ont des antécédents et bien d'agressions sexuelles dans leurs enfance. Où là on va être un peu plus vigilant, à ne pas rentrer, être très intrusif, rentrer comme ça dans une chambre. Et d'autant plus, qu'on a déjà eu à faire à des patientes qui ont porté plainte, plusieurs fois sur, auprès des soignants… pour des… de viol, c'est déjà arrivé. Donc là on fait, dans l'idéal c'est de rester très vigilant. Après on essaye très souvent d'être à deux, homme femme. Des fois ça arrive que l'on soit que des hommes dans le service, donc on fait très attention aussi. On essaye d'intervenir à deux, même si on est deux hommes par rapport à une femme, c'est, on n'a pas forcément le choix. Et ça m'est déjà arrivé, de faire appel à des collègues dans un autre service, des collègues féminines, pour faire des soins sur une partie intime d'une patiente femme pour éviter tout problème en fait. Donc on essaie de prendre des précautions. Après réellement dans la vie de tous les jours, est ce qu'on a des difficultés ? Non. Il suffit juste d'éviter d'être trop intrusif, et … de rentrer tranquillement dans une chambre, de frapper, être, voilà quoi. Faire attention aussi à l'intimité de la patiente, enfin de la personne, ou du patient, ça peut arriver. Grosses difficultés ? Voilà, c'est juste de faire attention quoi ».

**Question N°2 : Dans quel cadre légal les patients peuvent-ils avoir des relations sexuelles dans le service ?**

-« Alors, oui voilà, je m'attendais à cette question. Donc, comme je disais, nous on a un règlement de l'hôpital, un livret d'accueil. Donc, il y a les chartes, les droits des patients, les devoirs des patients. Et dans ce livret d'accueil, il n'y a pas forcément d'allusion à des rapports sexuels. C'est référé justement au règlement du service. Et nous le règlement du service, c'est marqué que généralement les patients doivent être dans des tenues pas très équivoques, des tenues correctes, et surtout c'est marqué, éviter d'avoir des relations sexuelles dans le service. Pourquoi ? Et bien pour diverses raisons. Il y a des, encore dernièrement, très très dernièrement, on a eu des soucis dans un autre service, d'une patiente qui a eu une relation sexuelle avec un autre patient. Et qui, après cette relation, a porté plainte pour agression sexuelle, pour viol. Donc ce qui entraine beaucoup de difficultés, dans le sens que, il faut après l'accompagner, faire des prélèvements, il faut porter plainte, il faut la tutrice, enfin c'est très, très, très compliqué. Et du coup c'est arrivé, très dernièrement dans XXXXXX, ici. Et du coup, voilà, il faut éviter que les patients soient dans le même service. Du coup ça donne pas mal de,

il faut qu'il y ait de la place, il faut que ça. Donc voilà pourquoi. Après ça arrive, ça arrive effectivement, qu'il y ait des relations sexuelles, ça arrive souvent qu'on ne doit pas savoir qu'il s'est passé quelque chose. Très souvent quand il se passe quelque chose il y a des problèmes derrière. Pourquoi ? Parce qu'il y a des patients qui arrivent, dans un certain état, autant dire psychologique, et qui ne se rendent pas forcément compte de ce qu'ils font. Et qui derrière, une fois un peu plus stabilisés, se rendent compte de ce qui a pu se passer il y a quelques jours, et bien il y a des problèmes aussi. Donc, on a des patients qui sont aussi, on va dire amateurs un petit peu de tous ces effets-là, et donc bien sûr, on fait attention quand on a des patientes un peu plus faibles. Donc oui, le niveau du cadre légal, ce n'est pas marqué que c'est interdit, c'est marqué que c'est à éviter, par rapport à tous ces problèmes qu'il peut y avoir. Au niveau du règlement du pavillon, je parle ».

**Question N°3 : Quelle est la politique du service en regard des relations sexuelles des patients ?**

-« Et bien ça se rejoint un petit peu du coup nous on s'en réfère … bêtement, j'ai envie de dire au règlement intérieur du pavillon qui, voilà, on essaie d'éviter. On, les chambres, on n'a pas de chambres mixtes. Ce sont toujours des chambres doubles homme/homme, femme/femme. On essaie, ça arrive que on a des fois des mineurs, mais qui ont plus de 16 ans, donc ils font partie en fait de la psychiatrie adultes, et qui sont peut-être un peu plus fragile par rapport à des patients qui connaissent bien un peu, les ficelles un peu du service. Et qui vont essayer de profiter de la situation. Eh bien, nous notre rôle c'est de protéger, chaque patient, et de leurs faire comprendre aussi les bénéfices les risques de chaque situations. On essaie de faire attention, après, effectivement on ne peut pas interdire, c'est très difficile d'interdire, ils vont profiter. Enfin si ils veulent vraiment, ils arrivent toujours à trouver un moment où il n'y a pas de soignant, où on tourne le dos, où on est occupé ailleurs. Avoir des relations sexuelles c'est déjà arrivé, mais voilà, nous notre rôle c'est d'essayer de d'anticiper ce genre de situation, et de prévenir les risques et qu'il peut y avoir par la suite quoi ».

**Question N°4 : Pourquoi est-ce que l'on entend souvent que la sexualité des patients en psychiatrie est un sujet tabou ?**

-« Pourquoi, ah, c'est une bonne question. Pourquoi c'est un sujet tabou en psychiatrie, je pense que c'est même un sujet tabou dans d'autres milieux hospitaliers. Mais c'est plus difficile en psychiatrie, parce que on est là pour traiter un peu des pathologies mentales, par rapport à des services de médecine ou de chirurgie, où c'est plus organique, enfin, somatique on va dire que psychiatrique. C'est difficile parce que justement, il y a déjà eu beaucoup de problèmes … de gens qui portent plainte par la suite. J'image, là j'ai pas d'idée enfin pas d'exemple en tête, que il y a peut-être eu des patientes, ou des patients qui sont retournés auprès de l'institut, parce qu'ils ont estimés qu'on ne les avait pas assez protégés. Ça peut être possible aussi. Et c'est voilà, parce que je pense qu'il y a cette épée de Damoclès de justice, de viol, d'agression sexuelle, qui est là, et qui peut poser problème par la suite. Effectivement, pourquoi c'est un sujet tabou ? C'est une bonne question, je pense réellement parce qu'on… on en parle pas beaucoup de la sexualité de toute façon. C'est vrai que c'est peut-être la mentalité française qui fait que la sexualité, ça reste quelque chose de tabou. Même la mentalité de la psychiatrie en France, elle n'évolue pas rapidement. Je pense aux pays nordiques, ou au Canada qui ont entre guillemets beaucoup d'avance par rapport à nous. Je pense qu'ils ont un autre point de vue de

la sexualité, que nous en France. Mais, je pense, c'est plus par rapport aux conséquences qu'il va y avoir derrière, si il y a une relation sexuelle entre deux patients. Qu'elle soit consentante ou non, à la base, si elle est consentante à la base, elle peut être plus consentante, ou plus vécue comme personne comme quelque chose de consentant. Et c'est tous les problèmes qu'il va y avoir derrière en fait. Et des responsabilités de chacun. Et c'est ça aussi qui peut faire peur. C'est dire j'étais là ce jour-là, j'ai rien vu, qu'est-ce que je peux avoir, entre guillemets comme peine ou comme sanction par la suite ? Je vois ça plus dans ce sens-là. Pourquoi c'est tabou ? Parce que, je pense que ça cause trop de problèmes par la suite, et on veut éviter d'avoir des problèmes ».

**Question N°5 : Que faites-vous et que mettez-vous en place après avoir constaté un rapport sexuel entre patients ?**

-« Alors, dernier exemple en date. Ça fait quelques semaines de ça, finalement on a encore pas mal de sexualité… Dernière exemple en date, une patiente qui me dit, personnellement, qu'elle a eu un rapport avec un patient dans le service. Et elle vient nous voir en nous expliquant qu'elle était d'accord à la base, et que finalement le monsieur l'aurait forcé à faire des choses qu'elle ne voulait pas, donc elle n'était plus consentante. Donc c'est une agression sexuelle, donc viol. Donc qu'est-ce qu'on fait ? Moi, du coup j'ai fait appel directement au, là c'était un interne, au médecin du service. Qui la voit en entretien, elle lui explique comment se sont passées les choses. Le patient par la suite est vu en entretien aussi. Première chose que j'ai faite avec le médecin, et après on fait appel au cadre et à tout le tintouin, c'est le changement de service directement. Pour éviter qu'il y ait d'autres confrontations que si, viol elle a subit, ce qui peut être plausible je ne suis pas là pour juger. Et bien effectivement rester 2h00 de plus dans le service, avec quelqu'un qui l'a peut-être violée la veuille, c'est pas tolérable. Donc voilà, changement de service immédiat. Qu'est-ce que fait après le médecin ? Lui, en fonction, et bien de toute façon si il a la patiente, ou le patient désir porter plainte, on les invite à porter plainte on fait appel à l'assistante sociale. Et il y a aussi, là c'est un petit peu plus compliqué. Il faut faire appel, il faut avoir un gynéco de garde, ou l'envoyer aux urgences pour qu'elle soit auscultée et que des prélèvements soient réalisés. Voilà ça change tout le temps, ça peut être des gynécos de garde, ou je crois que c'est le médecin légiste sur Saint Denis qui fait ça. Il y a un protocole, donc ils sont conviés à faire les prélèvements, et à porter plainte après. Donc voilà ce qu'on essaie de faire, c'est premièrement de prendre entre guillemets, faire un entretien avec les deux patients à part bien sûr, et transférer un des deux patients dans un autre pavillon, et faire la suite… Voilà, ça c'est si, il y a un patient qui porte plainte, qui estime avoir été abusé sexuellement ou avoir subi une agression sexuelle. Après, si les patients il n'y a pas plainte, qu'est-ce qu'on essaie de faire, dans le service on dispose d'un côté ouvert et d'un côté fermé il y a une porte centrale. Généralement on revoit les patients en entretien, on essaie de discuter, de leurs faire comprendre que dans un service de psychiatrie ça peut pas trop se faire, parce que et bien, il y a déjà eu des problèmes, que les gens sont peut-être un peu plus fragile psychologiquement, que du coup plus tard c'est pas, ça peut être compliqué. Eh bien, généralement, en discutant ils acceptent quand même, les trois quarts du temps facilement ils vont dire ok, on fera ça et on se rencontrera à l'extérieur, pas de problème. Après, à l'extérieur c'est leur vie privée, c'est pas à nous d'intervenir. On leur explique juste que dans le service c'est compliqué, que voilà, il faut éviter de le faire. Après ça dépend aussi de l'état du patient, ou des patients, parce que ça m'est déjà arrivé de rentrer dans une chambre, et de voir deux personnes d'un certain âge, d'un certain grand âge vers 70 ans de faire ça. Alzheimer c'est assez compliqué, on essaie de les séparer et puis de faire un peu plus attention, généralement on

essaie de mettre un, un patient dans un côté du service. Après, on ne peut pas les interdire, c'est compliqué, c'est compliqué ».

**Question N°6 : Quels moyens utilisez-vous pour faire de l'accompagnement à la sexualité avec les patients ?**

-« Alors les moyens, on entend quoi par les moyens ? »

**-« Moyen matériel, moyen humain, ou relationnel plutôt ».**

-« Et bien des outils, on n'en a pas, si on entend par là des préservatifs et tout ça, on n'en a pas dans le service. Et je pense que même dans XXXXX, après je m'avance peut-être, on n'en a pas. Nous on est là pour, bien voilà pour expliquer aux patients en leur mettant le livret, en référant au règlement intérieur du service. De leur expliquer que, que voilà c'est pas forcément très autorisé, c'est à éviter. Après, si il y a des patients qui, qui veulent sortir ensemble dans le service, pareil on essaie de leur expliquer un peu le règlement, et d'éviter que, qu'il y ait des relations sexuelles dans le service. Après c'est plus, on a plus, c'est plus, des entretiens en fait, on n'a pas, on n'a pas forcément de moyens. De, ouais, d'outils autres que ça, pour la sexualité dans le service. Après, il peut y avoir des problèmes autres. Parce que là, on entend bien la sexualité avec les patients dans le pavillon ? »

**-« Tout à fait ».**

-« Ok. Non, honnêtement on n'a pas d'outils, voilà. C'est plus on essaie de discuter. Ça arrive qu'il y ait des patientes qui, pas forcément stabilisés, réclament à cor et à cri d'avoir une relation sexuelle, c'est déjà arrivé, je pense à une patiente en particulier, mais voilà, c'est pas, c'est pas, c'est pas forcément faisable dans le service ».

**Question N°7 : En tenant compte du rôle propre infirmier, comment vous sentez-vous en tant que soignant face à la sexualité des patients ?**

-« Et bien c'est pas, c'est vraiment pas facile, je pense que c'est aussi pour ça qu'on en parle pas beaucoup justement de sexualité entre patients, on… et bien notre rôle ici en psychiatrie, ça va être d'essayer d'informer, de prévenir, c'est, ça fait partie de notre rôle. Voilà de tout expliquer à des patients, ou à des patientes, de ce qui peut se passer par la suite. Je parle par exemple à des patients d'un certain âge avec des patientes mineurs, ça c'est déjà arrivé aussi. Et bien de prévenir le majeur, de un faites attention, faites attention elle est mineure, il peut y avoir des problèmes par la suite, si elle est là c'est qu'elle n'est pas forcément très bien, et que, donc vous ne la connaissez pas beaucoup. C'est plus de la prévention en faites, qu'on fait. Même par rapport, si il y a un rapport sexuel avec pénétration et tout ça, et bien là aussi c'est pareil on peut essayer de prévenir, voilà les MST, tout ce qui peut se passer par la suite. Ça fait partie du rôle de prévention. Après effectivement, en psychiatrie voilà, on essaie d'éviter ce genre de situation. Et une fois que c'est réalisé, et bien on prend, on essaie de prendre les dispositions nécessaires pour éviter que ça ne se repasse. Sans forcément, brusquer le patient, dans le sens, où les patients, en… il faut pas aller taper sur les doigts pour dire c'est pas bien, après ils sont pour la plupart on va dire adultes et majeurs, et majeurs sexuels aussi. On leurs explique tranquillement que voilà, vous êtes là un certain temps à l'hôpital, vous n'avez pas, normalement à rester à vie à l'hôpital, vous allez sortir tôt ou tard, et personne ne vous empêche après de continuer de, à vous voir à l'extérieur. Mais juste évitez que, qu'il y ait des choses qui se passe dans le service. Donc c'est voilà, le rôle propre, je vais dire que c'est plus de

la prévention, et un peu de surveillance, et pour éviter que des patients ayant des gros antécédents, on va dire judiciaire… des gros antécédents judiciaire je parle de pédophilie, ou de viol, ou de tout ce qu'il y a. On essaie de, et bien on fait forcément plus attention, sachant que très souvent on a des entrées des patientes un peu plus sédatées, pour X raisons, ou fatiguées ralenties. Et que le patient il jette un coup d'œil, dans notre service il y a déjà des problèmes. Donc on essaie de faire ces surveillances, ces préventions, pour éviter qu'il y ait des problèmes, voilà ».

**Question N°8 : Aujourd'hui de quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise avec la sexualité des patients ?**

-« Qu'est-ce qu'on aurait besoin ? Et bien je pense que, que les, que, en fait ça va être tout simple, parce que là, c'est pas marqué. Si on se réfère au protocole, enfin si on se réfère au règlement, si on lit bête et méchant, c'est à éviter, ça veut pas dire ''interdire'', ça veut pas dire ''autoriser'', ça veut dire à ''éviter''. Donc là ça veut dire qu'on est un peu le cul entre deux chaises quoi, c'est voilà. Oui, non, il faudrait voilà, un règlement qui dise oui, ou non. Et qu'on suive, après qu'on en discute, que ce ne soit pas une discussion prise par une personne, qu'il y ait une discussion entre les soignants, tous les soignants, psychologue, assistants sociaux, tout, les médecins, et tout ce qu'il faut, pour qu'ils se mettent d'accord ou pas. Après je pense que ça serait un débat qui pourrait être intéressant d'être lancé, mais est ce qu'il y aurait une réponse finale oui ou non à la fin ? Je ne sais pas, je pense que c'est pour ça que c'est marqué ''éviter'', et non pas ''interdit'' ou ''autorisé'', parce qu'il n'y aura jamais de réponse. Il y aura toujours ceux qui sont pour, et ceux qui sont contre. Après, je, je pense qu'il faudrait qu'il y ait un règlement qui soit beaucoup plus triste, oui, non, et non pas ''peut-être'', pour qu'on soit tous d'accord, et qu'on avance tous sur la même direction. Parce que effectivement, on peut avoir des soignants, qui vont être entre guillemets j'exagère peut-être un peu, peut-être un peu plus tolérants sur ce genre de situation, ''c'est des êtres humains, ils ont besoin de relation affective ou sexuelle, c'est humain''. Et d'autres qui vont dire ''non, non c'est à l'hôpital, ils font ça où ils veulent, vous arrêtez tout de suite machin''. Et d'autres qui vont peut-être un peu plus laisser couler, qui se fassent des bisous dans le service, oui mais est-ce que devant tout le c'est intéressant ? ''Pourquoi eux ils ont droit, et nous pas ?'' C'est toujours ce genre de problèmes qui remontent en surface. Et c'est toujours en tant que soignant que c'est difficile parce qu'on n'a pas tous le même point de vue, et le même accord sur ce sujet-là. Et donc on essaie de limiter quand même, honnêtement dans le service, parce qu'on a un règlement qui nous dit d'éviter, donc on essaie de limiter. Après interdire totalement ce ne sera pas possible, parce que ça arrivera, c'est déjà arrivé dans le passé, ça arrivera encore dans le futur. Voilà, après il faut mesurer les conséquences de ce qui peut se passer par la suite quoi ».

**Question N°9 : Quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles en service ?**

-« Ahah, quelles seraient les conditions selon vous, qui permettraient aux patients d'avoir des relations sexuelles dans le service ? Et bien il faudrait que tous les patients qui veulent avoir un rapport sexuel dans le service, soient tous stabilisés, c'est-à-dire qu'ils sont, comment dire ça, qu'ils sont consentants, qu'ils sont non c'est un terme pour dire ça, je ne sais plus… bref, qui ont, qui sont tous consentants, et c'est en conscience de la portée de leurs actes par la suite. Si tout le monde était d'accord, pourquoi pas ? Pourquoi pas ? Pourquoi pas ? Si il doit rester des

mois et des mois en psychiatrie, pour X raisons, pourquoi l'interdire d'avoir des relations sexuelles ? Si l'autre personne est consentante, mais… consentante et puis surtout, qui se rende bien compte de la conséquence de ses actes, parce que, il se peut à un moment donné T il soit consentant, et que quelques temps après, à un autre moment, elle dise et bien non finalement je n'étais pas consentante. Donc il faudrait vraiment qu'ils soient à ce moment-là, conscient, et consentant de leurs actes, et des risques, et des risques j'entends par là, les risques sexuels et MST qui peut y avoir par la suite. Sachant que dans le service on ne propose pas de préservatif comme ça. Après je pense que dans d'autres services en métropole, ça se fait, mais pas ici. Donc oui, il faudrait tous les gens soient au courant de ce qui peut arriver par la suite, et qui sachent les conséquences de leurs actes voilà ».

**-« Merci, question subsidiaire. Est-ce que vous voulez aborder un thème qui a peut-être pas était abordé dans ce questionnaire ? Et qui pourrait, si vous voulez apporter quelque chose sur la thématique ».**

-« Non, je pense que c'est un sujet intéressant, c'est la sexualité, oui c'est intéressant. Surtout en psychiatrie, puisque je pense dans d'autres structures il y a peut-être plus de moyens. Bien toute simple, une maison de retraite il y a bien Mr et Mme X qui vivent dans la même chambre parce qu'ils sont mari et femme et que c'est un logement. Et que dans certaines structures ils ont des préservatifs et tout ça pour les personnes. Ici en psychiatrie, et bien l'évolution est lente de la psychiatrie en France, en France métropolitaine aussi c'est long. Peut-être que d'ici trente, quarante ans ce sera un sujet plus tabou, et il y aurait plus de discussions, on aura pris du recul par rapport à ça. Je pense qu'au jour, d'aujourd'hui ça devient compliqué, par rapport à tout ce qui est problèmes qui peuvent être rencontrés par la suite, avec les agressions, les viols, porter plainte, et les risques que chacun encourt. Et je pense que c'est un sujet intéressant, et c'est vrai qu'il est bien tabou, ce qui est peut être dommage d'ailleurs. Non, non j'ai pas d'autres questions, c'est assez complet, on a abordé pas mal de choses je pense ».

## ANNEXE IX

### Grille d'analyse d'entretiens

| Thèmes | Sous-thèmes | IDE |
|---|---|---|
| Autonomie | Auto-déterminisme | |
| | Discernement | |
| | Liberté | |
| | Libre-arbitre | |
| Bienfaisance | Prévention | |
| | Protection | |
| | Ethique du care | |
| | Responsabilité | |
| Non Malfaisance | Ne pas avoir d'intention engendrant le mal | |
| Justice | Equité | |
| | Egalité | |
| | Droits | |
| | Responsabilité Juridique | |
| Accompagnement à la sexualité | Prise en charge | |
| | Outils | |
| Thème inattendu | Casuistique | |
| | Communication | |

# 10 Abstract :

**IFSI DU CHU- Sud** **Promotion :** 2013-2016

**97 448 SAINT PIERRE** **Année scolaire :** 2015-2016

**AUTEUR :** COLSY Patrick

**TITRE :** La Sexualité en Psychiatrie

**Et Sous-titre :** Entre devoir de protection et respect des libertés individuelles

**MOTS CLEFS :** Sexualité, patient, psychiatrie, infirmier, éthique, santé mentale.

**RESUME :**

La sexualité des patients est un sujet qui demeure sensible dans les établissements de santé, d'autant plus dans des services tels que la psychiatrie, pourtant les infirmiers y sont fréquemment confrontés. Interpellé par une situation lors d'un stage en service psychiatrique ou deux patients ont eu une relation sexuelle, mes interrogations m'ont mené à poser la question suivante : **« quel est le positionnement professionnel de l'infirmier en regard de la sexualité des patients en psychiatrie ? »**

La phase exploratoire du travail s'est, dans un premier temps, intéressée conceptuellement à la psychiatrie, à la sexualité, à la posture professionnelle et au dilemme éthique. Puis dans un second temps, une étude descriptive a été réalisée sur le terrain, à partir d'un questionnaire synoptique et d'un guide d'entretien utilisés au cours d'entretiens semi-directifs auprès de cinq infirmiers exerçant dans trois services psychiatriques fermés régionaux.

Les résultats ont fait émerger d'une part, deux positionnements infirmiers. Le premier minoritaire privilégie le concept d'autonomie, et est favorable aux relations sexuelles entre patients sous condition de relations consenties réciproquement. Le second majoritaire se base sur le concept de bienfaisance, proscrivant les relations sexuelles en raison du discernement altéré du patient et ce afin de le protéger de lui-même et des autres. D'autre part, la sexualité est très peu abordée par les infirmiers en psychiatrie.

La question de départ a trouvé une réponse au terme de l'enquête, non généralisable du fait du nombre insuffisant d'entretiens. Cependant, et en l'absence de directives institutionnelles claires, les résultats reflètent bien le dilemme soignant évoqué dans certains articles traitant du sujet.

(261 mots)

**Nombre de pages :** 51 pages

**IFSI DU CHU- Sud** **Promotion :** 2013-2016

**97 448 SAINT PIERRE** **School Year :** 2015-2016

**AUTHOR :** COLSY Patrick

**TITLE :** The sexuality in psychiatric ward

**Subtitle :** Between duty to protect and respect for individual freedoms

**KEYWORDS:** Sexuality, inpatient, psychiatric ward, nurse, ethic, mental health.

**ABSTRACT :**

The patients' sexuality is a topic which remains sensitive in health-care facilities, especially on psychiatric wards; however nurses are often facing it. Struck by a case that occurred during training on a psychiatric ward where two patients had sexual intercourse, my thought brought me to ask this following question: **"How nurses are professionally positioned in front of the psychiatric inpatient's sexuality?"**

The exploration phase of this work, as a first step, is focused on the conceptual perspective of psychiatry, sexuality, professional position, and ethical dilemma. Subsequently, a grounded descriptive study has been carried out, using a synoptic survey and an interview guide whilst conducting semi-structured interviews with five nurses working on three different local psychiatric wards.

According to the results of this study, two different nurses' positions emerged. The first one which is a minority prioritizes the concept of autonomy, which is in favor of sexual relations between patients provided that relations are freely consented. The second and main nurses' position is based on the concept of beneficence, which outlaws sexual intercourse because of the patients' impaired judgment, and justified by the necessity to protect him from himself and from the other. Moreover, sexuality is a topic that is rarely discussed by nurses on psychiatric ward.

At the end of the investigation, the initial question found an answer, but this couldn't be generalized because of the low interview numbers. However, with the lack of institutional guidelines, these results clearly reflect the caregiver's dilemma evoked in some articles dealing with this topic.

(250 words)

**Number of pages :** 51 pages