

L'EDUCATION À LA SEXUALITÉ DU PATIENT PSYCHOTIQUE

L'INFLUENCE DE L'IDENTITÉ SOIGNANTE

Julien LERICHE

Soutenu en Juin 2013

IFSI CCM 2013

Remerciements

Je tenais à remercier dans un premier temps ma formatrice qui m'a guidé tout au long de ce travail, ainsi que l'ensemble des formateurs de qui ont été présents à chacune de mes questions.

Je souhaitais aussi citer Loriane, Myriam, Rachel et Séverine, ces collègues de promotion qui m'ont aidé dans toutes les étapes de ce mémoire, ainsi que dans l'ensemble de la formation.

Je n'oublie pas toutes ces personnes qui ont pris le temps de me relire, et notamment Véronique et Lila pour leur soutien.

Une attention toute particulière à Jérôme, qui a été auprès de moi dès que j'ai fais le choix de passer le concours pour rentrer en école, qui a supporté mes humeurs tout au long de mon parcours et qui sera encore là après cette formation.

Sommaire

Introduction.....	6
1Situation d'appel :	7
2Question de départ :	7
3Exploration théorique	7
3.1LE DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE DE L'ADOLESCENT :	7
3.1.1Ma représentation de l'adolescent :	7
3.1.2Approche théorique du développement :	7
3.1.3Le patient psychotique :	8
3.1.4Ma représentation des soins en pédopsychiatrie :	8
3.2L'EDUCATION SEXUELLE.....	8
3.3LES RISQUES EN CAS D'ABSENCE D'EDUCATION A LA SEXUALITE :	9
3.4Concepts autour de l'équipe :	9
3.4.1L'équipe soignante :	9
3.4.2Le fonctionnement d'une équipe :	10
3.4.3Les valeurs des soignants :	11
3.5Le soignant que je suis :	12
3.5.1La notion d'identité :	12
3.5.2L'identité professionnelle :	13
3.5.3Les normes :	13
3.6La difficulté d'être soi-même en respectant d'autres façons d'envisager la sexualité.....	14
4Méthodologie de l'enquête	15
5Analyse des entretiens	15
6Analyse réflexive	18
Conclusion	18
Rédaction ActuSoins, Un hôpital psychiatrique condamné pour avoir interdit les rapports sexuels dans une unité. [en ligne]. 2013.	

<http://www.actusoins.com/12707/hopital-psychiatrique-rapports-sexuels.html>. (Consulté le 15/05/2013).20

Liste des sigles utilisés

CRIAVS : Centre Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelles.

IDE : Infirmier diplômé d'Etat.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OPP : Ordonnance de placement provisoire.

Baccalauréat SMS : sciences médico-sociales.

INTRODUCTION

La réalisation de ce travail fait partie de différentes unités de notre dernier semestre de formation en soins infirmiers.

Au cours des ces trois années de formation, j'ai eu la chance de pouvoir réaliser trois stages dans le milieu professionnel qui m'intéresse : la psychiatrie. Après avoir fait un premier stage en psychiatrie adulte qui m'a particulièrement séduit, j'ai effectué un second stage auprès d'une population avec laquelle je n'avais jamais travaillé : les adolescents. Enfin, un troisième stage auprès d'adultes en unité de soins de suite, qui m'a permis d'approfondir mes connaissances et confirmer mon orientation professionnelle.

Au cours des trois stages, j'ai été confronté à une problématique similaire : la sexualité des patients psychotiques. J'ai eu tout d'abord l'impression d'un sujet tabou, qui était évité, pour finalement, en partageant mes impressions avec les équipes, me rendre compte qu'il s'agit surtout d'un sujet difficile à aborder.

Mes questions lors du premier stage portaient essentiellement sur l'influence des traitements, et le risque d'un arrêt brutal de l'observance par le patient suite aux effets secondaires. Au cours du deuxième stage, auprès des adolescents, j'ai rencontré la difficulté de parler simplement de sexualité, face à des jeunes en pleine recherche d'identité. Comment rester neutre et ne pas les influencer ? Comment parvenir à répondre à leurs questions sans créer de besoin qui n'existaient pas auparavant ?

J'ai décidé pour aborder cette question de parler des patients dans un premier temps. En effet, le rôle d'une équipe en service est d'apporter des soins individualisés aux patients, en fonction de leurs besoins. Cela permet aussi d'identifier de façon plus claire les patients. Dans un second temps, j'ai fait le choix d'évoquer l'équipe soignante. Le travail des soignants se fait en équipe, grâce aux compétences individuelles et collectives dans le but de proposer aux patients une prise en charge holistique, au travers des valeurs soignantes.

Ces concepts sont abordés afin de me permettre un travail, une réflexion sur ma posture professionnelle. Le choix de traiter le sujet de la manière suivante me semblait la plus adaptée afin de rester autant que possible dans l'objectif du mémoire : la professionnalisation.

Afin d'explorer les problématiques rencontrées au cours de cette situation, je vais tout d'abord, au cours de l'exploration théorique, aborder plusieurs points. Dans un premier temps,

je traiterai du développement psychique de l'adolescent qui mènera dans un second, aux éléments relatifs à l'éducation à la sexualité et leur importance. Puis je parlerai de l'équipe soignante et de mon positionnement au sein de celle-ci. Enfin, je ferai part des méthodes d'investigation ainsi que de l'analyse des résultats afin de pouvoir aboutir sur une question de recherche.

1 SITUATION D'APPEL :

La situation se déroule pendant mon premier stage de troisième année en soins infirmiers. Ce stage se déroule en unité de pédopsychiatrie. Ce service accueille tous les types de patients en hospitalisation complète, âgés de 10 à 16 ans (voir 18 dans certaines situations). Les patients souffrent soit de troubles névrotiques, soit de troubles psychotiques, sont hospitalisés de façon programmée sur avis du médecin du service, par l'intermédiaire du service des urgences ou suite à une ordonnance de placement provisoire (OPP). Il s'agit d'un service ouvert avec une capacité de quatre lits ainsi que d'une chambre de soins intensifs.

Je suis dans la quatrième semaine de stage, et le service prend en charge quatre patients (trois filles et un garçon). Les patients ont approximativement entre 12 et 15 ans. Le patient concerné est le seul garçon actuellement hospitalisé au sein de l'unité, S. Ce patient est présent dans le service depuis une semaine, suite à plusieurs passages à l'acte auto et hétéro agressifs. Il souffre de troubles de l'ordre de la psychose.

Durant cette semaine, S. semblait s'être beaucoup rapproché de A., une autre patiente du service entrée dans le service pour un épisode maniaque. Une relation « amoureuse » semble se profiler entre les deux patients... S. est en effet attaché à cette patiente, dit parfois qu'il l'aime, néanmoins, on retrouve régulièrement des conflits entre les deux jeunes.

L'équipe et moi-même avons pu remarquer l'intérêt de S. sur la sexualité, avec de nombreux propos plus ou moins vulgaires sur le sujet, et lorsque je lui demandais si ce sujet le questionnait, il me répondait qu'il se posait des questions. Cependant il ne parvient pas à me les formuler. Avec l'équipe, nous lui conseillons de lire un livre sur ce thème, spécifique aux adolescents, qui est à la disposition des patients dans le service, ainsi que d'autres livrets d'information. Il prend plusieurs fois le livre lorsque je lui propose, mais regarde et s'amuse plus s'amuse plus des images qu'il ne s'intéresse à sa lecture, en avouant ne pas aimer lire.

Un soir, après le repas, alors que nous sommes dans la salle de télévision, ce patient lance quelques propos en lien avec la sexualité, et je lui fais remarquer qu'il est important qu'il essaye de lire le livre conseillé, afin de pouvoir formuler des questions précises sur ce qu'il veut savoir ou ne comprend pas. Il reprend donc une nouvelle fois le livre, et je prends un livret intitulé « Questions d'ados » qui traite du même sujet. J'ouvre une page au hasard, et je commence à lire seul, en espérant que S. se mette lui aussi à lire, par mimétisme. Pourtant, il regarde le livret que je tiens et lit à haute voix le titre de la page qui porte sur les règles chez la femme. Il se met à rire comme il le faisait habituellement. Je décide donc de lui demander ce qu'il en sait, afin d'avoir une idée de ses connaissances, et pouvoir aborder de façon plus

approfondie le sujet. Il me répond qu'il sait juste que ça concerne les filles, mais qu'il ne sait rien de plus. Je le questionne alors sur l'anatomie féminine, et je me rends compte que là aussi, il sait peu de choses, et l'exprime avec des termes inappropriés. Je me lance alors, tant bien que mal, dans une explication sur l'anatomie et les règles. Mon discours est hésitant, je fixe la télévision tout en lui parlant, j'ai peur qu'il ne prenne pas au sérieux ce que je lui dis, de le dégoûter ou de le choquer. Une fois terminé, je lui demande s'il a compris, et me limite à ça. Je suis extrêmement gêné, je redoute des questions, notamment sur les rapports sexuels alors que mon rôle consiste justement à répondre à ses interrogations. Finalement, le patient décide de lui-même de changer de sujet.

2 QUESTION DE DÉPART :

J'ai rapidement fait le choix qu'il s'agirait de la situation à l'origine de mon travail de fin d'étude. J'ai donc commencé à explorer la situation en analyse de la pratique, puis dans le cadre de l'unité soins relationnels du semestre 5. Cependant, je ne parvenais pas à identifier mes réelles difficultés, c'est pourquoi, avec des camarades de la promotion, nous avons décidé de confronter nos situations afin d'en dégager des problématiques.

Toute cette réflexion à la fois en groupe et en individuel, m'a guidé dans le choix de l'orientation de ce travail de fin d'études. Il est ressorti de ces travaux collectifs que mon identité personnelle a été un frein à ce que j'avais entrepris. En effet, je m'inquiétais de savoir si j'étais réellement neutre dans la situation, si le patient ne percevait pas un peu de mon intimité à travers ma façon d'expliquer la sexualité. Il est probable que j'aurai de nouveau à aborder le sujet de la sexualité avec les patients, tout comme d'autres soignants auront à le faire. J'ai souhaité que ce travail soit transposable dans d'autres situations similaires, ce qui m'a permis de construire la question de départ suivante :

« Dans quelle mesure l'identité personnelle du soignant influence-t-elle l'éducation à la sexualité des patients psychotiques en pédopsychiatrie ? »

3 EXPLORATION THÉORIQUE

3.1 LE DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE DE L'ADOLESCENT :

3.1.1 Ma représentation de l'adolescent :

Un adolescent est un être qui se construit, qui découvre la vie et ses difficultés. Il va de ce fait vouloir mener ses propres expériences en étant dans un sentiment de toute-puissance, qui va le pousser à transgresser les interdits. De ces expériences qui vont lui faire explorer des domaines qui lui sont encore inconnus, il va se questionner et poser ses questions aux personnes qui lui inspirent confiance. C'est une période où les émotions sont au premier plan, les sentiments amoureux se développent avec notamment la première relation amoureuse. Celle-ci, va chez certains adolescents, engendrer des réflexions sur la sexualité. C'est le cas de ce patient, qui avant d'être un patient hospitalisé en service de psychiatrie, est un adolescent qui, comme les autres, s'interroge sur son corps qui se transforme, ses relations qui se modifient et les premiers sentiments amoureux apparaissent clairement auprès d'une autre patiente.

3.1.2 Approche théorique du développement :

Au terme du processus du développement de l'adolescent, une étape de génitalisation se produit par la succession d'investissements de différents objets. Ce phénomène se réalise en quatre phases :

- Homosexualité de groupe : l'adolescent se regroupe avec d'autres individus semblables et de même sexe. L'objectif est d'éviter la solitude et de s'identifier à un modèle, d'assurer un sentiment de sécurité et de revalorisation.
- Homosexualité individuelle : l'adolescent va alors rechercher un ami, un confident. Ils se racontent tout, une amitié passionnée, très brusque, dont l'arrêt peut être très brutal.
- Phase transitoire et dégressive : le groupe n'est plus suffisant, l'ami ne comprend plus les problèmes de l'adolescent. On peut retrouver un épisode de mélancolie qui traduit un gros vide chez le jeune, avec un fort sentiment d'abandon.
- Hétérosexualité : le jeune va se questionner vis-à-vis de l'autre sexe en épiant, observant. L'autre sexe va jusqu'à être idéalisé. L'adolescent va alors enchaîner les relations, les essais, et petit à petit vont naître les grandes passions ainsi que les désillusions associées. Avec le temps, les objets affectifs se stabilisent pour former un véritable couple avec l'élaboration de projets.

Le patient de cette situation est clairement dans la phase d'hétérosexualité. En effet, il s'intéresse aux femmes de l'équipe en essayant d'esquisser des regards dans les zones plus

intimes, le commencement d'une relation avec la patiente présente dans le service, et il s'écarte un peu plus des autres garçons. Le problème est qu'il ne parvient pas encore à dissocier l'Amour de l'acte sexuel. Dans sa vie personnelle, les seuls repères de ce patient sont les éducateurs de son foyer, qui ne peuvent pas se consacrer entièrement à l'éducation du fait d'un nombre importants de jeunes dans les structures. Cependant, dans un service d'hospitalisation complète, les soignants peuvent plus facilement aménager un temps d'éducation au patient. C'est je pense très important pour S. qui se pose beaucoup de questions, même si la verbalisation ne se fait pas toujours de manière adaptée. Il est clair que dans son esprit, l'Amour et l'acte sexuel ne sont pas identifiés et il ne peut mettre de mots dessus.

3.1.3 Le patient psychotique¹ :

Afin de pouvoir comprendre la psychose, il est important de comprendre le développement psychoaffectif² de l'enfant, au cours duquel la psychose trouve son origine.

Selon Sigmund Freud, l'enfant de par sa naissance entre dans le premier stade, celui de l'oralité. Dans ce même temps, une des instances de la personnalité se met en action : le Ça, qui est le siège des pulsions. La zone érogène est la bouche. L'objet de désir est le sein de la mère. Selon Mélanie Klein, psychanalyste britannique, il sera à la fois une source de satisfaction lorsqu'il nourrit et une source de frustration quand il ne répond pas immédiatement au besoin. C'est à cette période, de 0 à 1 ans, que va se construire une instance de la personnalité : le Moi.

De plus, pendant cette première année, l'enfant doit faire face au stade du miroir décrit par Lacan, psychanalyste français.

L'image du "stade du miroir" est ainsi un mirage de totalité et de maturation face au réel dispersé et immature que l'enfant perçoit de son corps. C'est donc une expérience première et inaugurale dans un réel dispersé et morcelé. Lacan oppose le corps morcelé du bébé à cette image globale à laquelle il doit se confronter. C'est un commencement dans sa maturation psychologique. De cet impact naîtra une 'jubilation' due à l'appropriation de cette image de son corps, total et aimé de la Mère.³

Après apparaît le second stade : la phase anale. Dans cette période, l'enfant va s'affirmer au travers de ses fèces. Il fait le choix de les garder comme punition contre les parents ou de leur en faire un don. L'enfant acquiert le pouvoir de dire « oui » ou « non ».

¹ Source : site www.infirmiers.com consulté le 17/05/13

² Annexe I

³ <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/stade-miroir.htm>, Consulté le 19/05/2013

A partir de l'âge de 3ans se met en place le stade phallique. La zone érogène se déplace de l'anus aux organes génitaux. L'angoisse de castration apparaît chez les garçons alors que les filles ont le sentiment d'être punies pour ne pas avoir de pénis. Va ensuite s'instaurer le complexe d'Œdipe, qui va permettre la construction de la troisième instance de la personnalité : le Sur-moi. L'enfant va intégrer certaines limites : l'enfant qui s'oppose au parent du même sexe finit par s'identifier à lui, pour pouvoir, comme le parent, choisir une personne du même sexe à l'âge adulte. En parvenant à se détacher du complexe d'Oedipe, l'enfant parvient à sortir de la psychose.

On comprend donc que les conflits inconscients non résolus pendant les premières années de la vie sont à l'origine des troubles psychotiques. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la psychose :

Une attitude fusionnelle de la mère (avec son "enfant-objet") se traduisant par des comportements excessivement ambivalents (mère très culpabilisante et très protectrice). A cela s'ajoute un déni de la fonction paternelle, que la mère ne reconnaît pas. Elle assume le rôle maternel et le rôle paternel mais de façon inadaptée.

Au niveau évènementiel, il a pu y avoir dans la famille une mort, un accident traumatisant. Ce sont des facteurs contribuant à former le sujet qui a été inconsciemment choisi par l'adulte tenant le rôle maternel⁴.

Dans les troubles psychotiques, l'instance du Moi, qui représente l'individu dans sa totalité, prédomine le Ça, siège des pulsions, pour se débarrasser de la réalité induite par le Sur-moi.

3.1.4 Ma représentation des soins en pédopsychiatrie :

Pour ma part, le travail infirmier en pédopsychiatrie se fait obligatoirement en pluridisciplinarité. La prise en charge s'oriente autour des axes suivants :

- Aider le patient à se stabiliser dans ses troubles : c'est le point de départ de toute prise en charge. le patient est hospitalisé car il a été repéré un dysfonctionnement lié à des troubles psychiques. Le service accueille les urgences psychiatriques du département, ce qui induit une certaine instabilité chez les patients lors de leur arrivée.
- Lui apporter les soins nécessaires à la prise en charge de ses troubles : c'est la seconde étape des soins. A partir d'entretiens et d'activités, l'équipe va établir une relation de confiance avec le patient qui va permettre de mener une prise en charge individualisée. La mise en place du traitement médicamenteux permet de stabiliser les troubles, d'approfondir la prise en charge, et d'assurer la sécurité du soigné après sa sortie.

⁴ <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/psychose.htm>, Consulté le 19/05/2013

- Prévenir les risques : du fait des troubles, les patients sont plus vulnérables aux frustrations notamment, et vont plus facilement avoir recours à la violence. Notre mission est donc aussi la prévention de cette violence qui va se faire d'une part grâce aux traitements, et d'autre part en aidant le patient à identifier les sources d'agressivité pour mieux les appréhender.
- Aider à la resocialisation : à partir de ce point, l'équipe travaille sur le devenir du patient. En effet, il retourne en foyer ou dans une famille (la sienne ou une famille d'accueil) et devra apprendre à respecter les personnes qui l'entourent, à entrer en relation de façon adaptée.
- Apporter des repères au patient : ces repères sont de plusieurs types. On retrouvera ceux de l'ordre des valeurs et de la morale (faire la différence entre le bien et le mal), les règles de vie en société en rappelant le règlement, la loi, ainsi que les règles de vie de façon plus général pour se comporter de façon adapté.

3.2 L'EDUCATION SEXUELLE

J'ai fait le choix de traiter cet aspect car les difficultés que j'ai pu éprouver étaient lors cette tentative d'éducation à la sexualité. Cet embarras, je ne l'ai jamais ressenti en dehors de cette situation particulière, c'est pourquoi il me semblait intéressant d'approfondir cette notion.

Dans un rapport d'une réunion de l'OMS (Organisme Mondial de la Santé) de 1982, il est rappelé que cette éducation est obligatoire depuis 1971 et est incluse dans les programmes scolaires. Son objectif étant de prévenir les problèmes sexuels et personnels dus au manque d'information sur la sexualité, et ce, même si cela n'empêche pas l'apparition de problèmes. A l'époque, l'OMS avait même distingué quatre modèles d'éducation⁵ :

- un modèle démographique, qui vise à contrôler la natalité.
- un modèle hygiéniste, centré sur l'exercice de l'activité sexuelle, sans forcément de lien avec le mariage ni avec la famille, mettant l'accent sur la contraception et prenant en compte les aspects physiologiques et psycho-sexuel.
- un modèle socio-affectif, centré sur les relations et la communication entre les êtres humains, qui allie une information sur la sexualité à une réflexion sur les comportements hommes/femmes.
- un modèle familial, axé sur la préparation au mariage et à la vie de famille.

Il s'agit donc d'un problème de société ancien, qui ne semblerait toujours pas complètement réglé à l'heure actuelle.

L'éducation sexuelle permet donc d'apporter aux jeunes des informations précises, adaptées à l'âge et en fonction de la culture. Elle permet aux jeunes d'acquérir les compétences

⁵ LEWIN, B., Education sexuelle et enseignement du planning familial à l'intention des jeunes, Copenhague, OMS Europe (1987).

nécessaires à la vie courante dont ils auront besoin afin de faire leur choix concernant leur vie sexuelle, dans le respect de l'autre et des valeurs. Elle a aussi pour but la prévention des comportements à risque face aux infections sexuellement transmissibles.

Avant cette recherche, je ne pensais pas que l'éducation sexuelle s'étendait sur autant de domaines. Il est probable que ce soit l'un des vecteurs qui ont fait de cette tentative de séance éducative un échec. Il est vrai que dans notre formation, il m'avait paru facile d'éduquer un patient sur d'autres domaines et de ce fait, j'en avais fait une généralité. D'autant plus que j'avais par le passé proposé des séances éducatives sur l'hygiène par exemple, dans le cadre de mon travail hors formation. J'avais certainement trop confiance en moi, et de me retrouver face à un sujet « glissant », sans l'avoir préparé auparavant, a engendré en moi une certaine angoisse.

3.3 LES RISQUES EN CAS D'ABSENCE D'EDUCATION A LA SEXUALITE :

Ce patient me renvoie à l'un des cours de notre formation sur les auteurs de violences sexuelles. En cela, je ne pense pas qu'il y ait un risque pour lui d'être auteur de ce genre d'actes. En effet, même si ce n'est que l'un des traits de la structure psychique rencontré en général, les auteurs de violences sexuelles présentent de fortes lacunes en terme d'éducation à la sexualité. Donc, apporter une éducation plus rigoureuse aux patients dans les services de psychiatrie, pourrait être une sorte de prévention primaire pour ces personnes dont le risque n'est pas encore avéré.

On retrouve donc plusieurs risques liés à cette absence d'éducation.

- Les comportements sexuels à risques : en effet, l'éducation passe aussi par les différents moyens de protection des infections sexuellement transmissibles ainsi que leur mode de transmission ;
- Un risque de grossesse chez les jeunes filles ;
- Un risque suicidaire suite à une identité sexuelle mal vécue ;
- Des troubles psychiatriques d'ordre névrotique.

Ces risques sont d'autant plus fréquents qu'en matière de sexualité, les adolescents passent souvent par la pornographie, qui n'apporte par forcément une image très saine, et où les comportements à risques peuvent être banalisés. Avec la facilité d'accès à Internet, ce type de film est très facilement accessible, et de ce fait, un adolescent préférera se rendre sur un site et mentir sur son âge plutôt que de poser des questions à ses parents, avec qui les relations peuvent être difficiles.

Dans la situation présente, S, est présent pour troubles du comportement et s'attache à A. qui est en plein épisode maniaque. On peut donc imaginer de multiples scénarios plus ou moins morbides. C'est pourquoi il est, je pense, essentiel que le patient sache comment se comporter face à ses pulsions d'ordre sexuel, l'aider à en garder le contrôle, l'aider dans l'apprentissage du respect du corps de l'autre et comprenne que l'amour ne se résume pas à un acte sexuel. Ce travail d'éducation ne peut se faire par un professionnel seul mais par un travail en équipe au préalable.

Nous allons donc voir maintenant le cas particulier du patient psychotique afin d'approfondir ces risques. La maladie et la sexualité sont difficiles à associer. En effet, les troubles sont par eux-mêmes un frein à la sexualité, auxquels s'ajoutent les effets secondaires des traitements qui vont aller à l'encontre de ce besoin. En effet, la psychose prend forme généralement dans la période de l'adolescence, auprès de patients en construction, pour qui les informations reçues sont plus proches de fausses croyances. Il faudra donc leur apprendre que la sexualité ce n'est pas seulement un acte, mais qu'il y a les notions de désir, des ressentis tout autour. C'est donc bien laisser apparaître des risques d'une sexualité pouvant devenir dangereuse, que de ne pas leur apporter d'information (grossesse non désirée chez la femme, infections sexuellement transmissibles).

3.4 CONCEPTS AUTOUR DE L'ÉQUIPE :

3.4.1 L'équipe soignante :

Définition : *Groupe de professionnels ayant des qualifications différentes dans le domaine de la santé et qui collaborent à la réalisation d'un projet de soins individualisé commun.* ⁶

L'équipe soignante en pédopsychiatrie est donc composée des infirmier(e)s, des aides-soignants(e)s, des cadres infirmiers, des médecins, ainsi que des autres intervenants pluridisciplinaires tels que les psychomotriciens, psychologues...

On retrouve aussi des professionnels du milieu social, qui interviennent auprès du patient. Un éducateur travaille chaque jour en collaboration avec l'équipe soignante. On peut aussi noter la présence de l'assistante sociale qui joue un rôle primordial dans le devenir des patients, afin de les aider à trouver un foyer ou une famille d'accueil quand le besoin s'en fait ressentir.

Chacun, de par sa formation, va s'investir dans l'équipe afin d'apporter une prise en charge holistique du patient, en fonction des compétences de chacun.

⁶ Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, p 95.

Les fonctions de l'infirmier sont donc basées sur dix compétences⁷ catégorisées dans l'arrêté du 31 Juillet 2009. Elles sont :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

3.4.2 Le fonctionnement d'une équipe :

J'ai fait le choix de traiter le travail en équipe, car c'est cela qui permet de mettre en place une prise en charge holistique des patients. J'ai donc essayé de trouver à quoi pouvait ressembler une équipe « idéale » que je pourrais intégrer à la fin de mes études. Ceci me conduira à un positionnement au sein de l'équipe, visant à être reconnu pour mes compétences professionnelles et mon individualité en tant qu'humain.

D'un point de vue structurel, on retrouve plusieurs types d'équipes étant plus ou moins structurés, des équipes unies, en conflit ou idéalement équilibrées.

Une équipe équilibrée :

Elle permet à chacun d'être soi-même, tout en apportant sa contribution personnelle au groupe. Les personnes y exercent la co-responsabilité, la collaboration, l'acceptation mutuelle et l'engagement à l'ensemble. Il en résulte une saine créativité, une efficacité certaine et une qualité supérieure de la vie au travail. C'est une équipe qui accorde de l'importance à la fois à la tâche et aux soignants. Ce type de groupe crée un milieu chaleureux, équilibré et solide qui résiste aux changements dans le travail et aux modifications de la composition de l'équipe. Il apporte la satisfaction d'effectuer quelque chose d'important ensemble. Dans une équipe, c'est la discipline, la communication et le respect mutuel qui permettent la bonne entente.⁸

⁷ Annexe II

⁸ Phaneuf Margot, Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance. Date inconnue.

http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/Le_travail_d_equipe_aupres_des_malades.pdf (Consulté le 05/05/2013).

Cette définition montre bien que le soignant est à la fois reconnu pour ses qualités professionnelles et humaines. Elle rappelle aussi l'individualité de l'être humain, qui est la force d'une équipe, de part les différences de chacun.

3.4.3 Les valeurs des soignants :

Je voulais identifier quelles sont les principales valeurs⁹ des soignants. Le fait de traiter ce thème dans l'approche conceptuelle de l'équipe me permettra au cours de mon enquête de savoir si les ces valeurs sont celles des équipes où seulement un idéal que les équipes tentent d'atteindre. De plus, on pourra évaluer si ces concepts de tolérance, respect et autres sont aussi appliqués au sein même de l'équipe. Cela me permettra d'identifier en quoi ces valeurs sont importantes et indispensables pour promouvoir cette éducation à la sexualité dans le contexte qui nous préoccupe ici. .

Les définitions suivantes sont issues du dictionnaire Le petit Larousse illustré 2008 :

- Tolérance¹⁰ : du latin « tolerare », supporter.
 - Respect de la liberté d'autrui, de ses manières de penser, d'agir, de ses opinions politiques et religieuses.
 - Liberté limitée accordée à quelqu'un en certaines circonstances (ce n'est pas un droit, c'est une tolérance).

Il est donc défini que le soignant ne porte aucun jugement sur les individus qu'il porte en soins quelque soit sa personnalité.

- Respect¹¹ : latin « respectus », égard.
 - Sentiment qui porte à traiter quelqu'un, quelque chose avec de grand égards, à ne pas porter atteinte à quelque chose.
 - Respect humain : respect auquel chacun a droit.

Par cette définition, le soignant est au service du patient, son rôle est d'être auprès de lui, de le soutenir comme s'ils s'agissaient d'individus extrêmement importants.

- Ecoute¹² : action d'écouter ce qui se dit.
 - Etre à l'écoute : être attentif à ce qui se dit, et, plus gêner. à ce qui se passe.
 - Capacité à écouter autrui, à être attentif et réceptif à sa parole.

9 Géraldine Chauvel et Dominique Morlé, (infirmières) Objectif Soins, n° 17, novembre 1993 (<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOCIOLOGIE%20SANTE/DIX%20VALEURS%20SI.pdf>).

10 Dictionnaire Le petit Larousse illustré 2008, p 1015

11 *Ibid.*, p 883.

12 *Ibid.*, p 349

Cette définition me renvoie à la relation d'aide. Le soignant se montre disponible pour écouter les besoins du patient, ses craintes et ses douleurs, afin de pouvoir mieux l'accompagner dans sa prise en charge.

- Communication¹³ : action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui.

Il s'agit d'un des concepts essentiels dans les soins infirmiers. En effet, le soin ne peut avoir lieu sans communication. Nous ne sommes pas face à des machines mais auprès d'êtres humains. De plus, il n'est pas précisé que la communication se fait verbalement, ce qui nous rappelle bien qu'elle peut s'établir par les cinq sens.

- Patience¹⁴ : (p751) : latin « patientia ».
 - o Aptitude à supporter avec constance ou résignation les maux, les désagréments de l'existence.
 - o Qualité de quelqu'un qui peut attendre longtemps sans irritation ni lassitude.

Il s'agit d'une des qualités de l'infirmier, selon moi, la plus difficile à tenir. En effet, comme les patients, nous sommes humains, avec nos qualités et nos défauts, et en fonction des événements qui se déroulent dans un service, la fatigue augmente et notre patience se réduit malgré nous.

- Attachement¹⁵ : sentiment d'affection ou de sympathie éprouvé pour quelqu'un ou quelque chose.
- Empathie¹⁶ : faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.
- Sympathie¹⁷ : grec « sumpatheia » de « sun », avec, et « pathein », ressentir.
 - o Penchant naturel, spontané qui porte deux personnes l'une vers l'autre.
 - o Participation à la joie ou à la douleur, sentiment de bienveillance.
- Séparation¹⁸ : latin « separatio »
 - o Action de séparer, d'isoler ; fait d'être séparé.
 - o Fait de se séparer, de rompre un lien, de se quitter.

Cette valeur s'applique aussi au sein de l'équipe. Il est nécessaire à l'équipe d'accepter que ses membres puissent changer. Certains partent, d'autres les remplacent. De plus, si on met en place cette valeur face au patient, la séparation nous permet de le laisser gagner son autonomie, qui est selon moi l'un des objectifs principaux en psychiatrie.

13 *Ibid.*, p. 227.

14 *Ibid.*, p 751.

15 Dictionnaire Le petit Larousse illustré 2008, p 76.

16 *Ibid.*, p 362.

17 *Ibid.*, p 982.

18 *Ibid.*, p 932.

19

- Soins individualisés¹⁹ : acte de soins infirmiers qui tiennent compte des caractères distinctifs du patient et qui sont fondés sur la mise en œuvre d'une démarche de soins infirmiers.

Enfin, toutes ces valeurs guident les soignants dans leur façon d'être avec les patients. Elles sont un moyen pour les professionnels de partager une philosophie de soin en équipe. C'est au sein de celle-ci que ses membres apporteront leurs propres valeurs, qui constituent à la fois leur identité personnelle mais aussi professionnelle.

3.5 LE SOIGNANT QUE JE SUIS :

3.5.1 La notion d'identité :

*Emprunt au bas latin « identitas » qualité de ce qui est le même. Le mot identité vient du latin idem (le même), désigne ce dans quoi je me reconnais et dans quoi les autres me reconnaissent. L'identité est toujours attachée à des signes par lesquels elle s'affiche, de sorte qu'elle est à la fois affirmation d'une ressemblance entre les membres du groupe identitaire et d'une différence avec les « autres ».*²⁰

Il s'agit d'une notion très ancienne déjà abordée par les philosophes Parménide (VI –Vème siècle avant J-C) et Héraclite (VIème siècle avant J-C).

Erik Erikson, psychanalyste américain, va à son tour travailler sur le concept d'identité personnelle. Selon lui, elle se développe tout au long de la vie à travers huit âges qui correspondent aux huit phases des cycles de la vie. La période où la construction est la plus remarquable est à l'adolescence. Il définira même la notion de crise d'identité marquée par des ruptures et des conflits. Ceci fait lien à mes représentations de l'adolescent comme un être en pleine construction. .

3.5.2 L'identité professionnelle :

Elle permet de définir une personne ou un groupe de personnes dans leur milieu professionnel. Il s'agit de la définition du métier principal et de l'ensemble des fonctions transversales accomplies par cette personne ou ce groupe.

Selon Claude Dubar, sociologue, il y a deux processus qui se rejoignent dans la construction de l'élaboration professionnelle :

- Identité pour soi ou identité biographique : c'est l'identité à laquelle la personne se sent appartenir, c'est la manière dont l'individu se définit en fonction de sa trajectoire personnelle qui comprend notamment la formation, le travail.

¹⁹ Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, p 270.

²⁰ Dictionnaire de sociologie Le Robert, Edition du Seuil, 1999, p359

- Identité relationnelle ou pour autrui : chacun est identifié par quelqu'un d'autre, cependant, il est toujours possible de refuser cette perception et de se définir autrement.

De plus, selon lui, les individus sont différents dans le privé de par leur vie intime et au travail. Ce dernier va permettre la construction de l'identité professionnelle des individus qui se présentent et se définissent à travers leurs fonctions.

En d'autres termes, ces deux identités sont complémentaires, car il est essentiel d'être reconnu par le groupe professionnel et par les personnes extérieures pour parvenir à l'identité professionnelle.

3.5.3 Les normes :

Chaque individu de notre société va tenter de se rapprocher des normes établies. Cependant, cela n'enlève pas l'individualité de chacun. Il me semble intéressant de traiter ce point puisque dans les équipes aussi, des normes vont s'instaurer, et les membres qui ne vont pas être dans cette logique, peuvent, je pense, ressentir des difficultés pour être accepté tel que nous sommes réellement, tel qu'ils sont.

La norme vient du mot latin « norma » qui signifie « équerre, règle ». Elle se définit de la façon suivante²¹ :

- *Règle, principe, critère auquel se réfère tout jugement : Se fonder sur la norme admise dans une société.*
- *Ensemble des règles de conduite qui s'imposent à un groupe social.*

Afin de ne pas se sentir à l'écart de la société, il faut respecter ces normes. Cependant, la normalité est différente en fonction de chaque individu.

Elle définit donc une règle, des critères qui s'imposent à un groupe social. Chaque société adopte ses propres normes, que les individus se doivent de respecter, sous peine de se sentir écartés. Elles sont omniprésentes, évoluent et changent dans le temps.

D'un point de vue sociologique, il existe deux types de normes :

- Formelle : elle est représentée par la loi.
- Informelle : elle a un caractère non obligatoire, mais permet aux individus de vivre ensemble dans la société.

²¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/norme/55009> Consulté le 08 avril 2013.

Elle se confond finalement avec les cadres généraux de la vie sociale. Elle instaure la stabilité en engendrant des comportements presque uniformes.

Ce passage me questionne donc sur quelles sont les normes admises par les équipes soignantes.

3.6 LA DIFFICULTÉ D'ÊTRE SOI-MÊME EN RESPECTANT D'AUTRES FAÇONS D'ENVISAGER LA SEXUALITÉ

Cette notion me semblait intéressante à aborder car elle fait un lien entre les parties abordées en exploration théorique. En effet, nous sommes avec des patients qui sont en pleine construction identitaire, qui n'ont pas toujours de Moi. De ce fait, ils se servent des personnes qui les entourent et par mimétisme, vont se créer leur propre identité. C'est une première difficulté je pense, puisque nous sommes un modèle pour ces patients. Ma posture soignante va servir de repère, mon discours doit permettre d'intégrer les règles de la vie en société, les comportements adaptés, malgré le contexte d'ambivalence dans lequel évolue le jeune.

Ensuite, être soi-même implique que l'on puisse assumer totalement ce que nous sommes. A l'heure actuelle, avec par exemple le mariage homosexuel, la norme change lentement. En effet, l'homosexualité n'est plus considérée comme une maladie mentale, et aujourd'hui, les couples du même sexe ont accès au mariage et à l'adoption. J'affirme mes différences au quotidien, cependant, elles font partie de ma vie privée. Je pensais donc que cela signifiait qu'en service, je devais changer de rôle.

Pour le patient psychotique, les professionnels qui sont à ses côtés ne sont pas fiables. Cela justifie qu'il faille rester soi-même avec les patients. Ils sont déstabilisés du fait d'absence de limite à la fois de leurs corps et dans la relation, ce qui est pour eux très perturbant.

Un soignant authentique va être un professionnel auquel le patient pourra tout autant s'identifier.

La difficulté est que l'on puisse être gêné ou choqué par certaines pratiques. De ce fait, même si le soignant va tenter de rester neutre, le patient psychotique parviendra à percevoir le ressenti du soignant. En effet, le patient met en place un mécanisme identificatoire sur les soignants qui l'entourent.

Enfin, le dernier point qui rend complexe d'accepter une sexualité différente, même une sexualité tout simplement, sont le manque de repères législatifs. En effet, la loi n'interdit pas les relations sexuelles au sein de l'institution psychiatrique, cependant, le règlement intérieur de certains établissements les prohibe.

Il convient donc de faire un rappel des droits à la sexualité de notre société.

En France, la majorité sexuelle est fixée à l'âge de 15 ans afin de protéger les plus jeunes.

Après cet âge, le mineur peut entretenir des relations avec la personne de son choix, si elles ont lieu avec son consentement, sauf dans certains cas :

- Un ascendant légitime, naturel ou adoptif
- Une personne ayant autorité sur le jeune
- Une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Il se pose donc la question du mineur de plus de 15 ans en psychiatrie ? Lors de mes recherches, j'ai trouvé plusieurs articles faisant part d'une affaire judiciaire, concernant un centre hospitalier spécialisé qui interdisait les relations sexuelles au sein de l'établissement. Cependant, selon la cours administrative d'appel de Bordeaux²², l'interdiction qui est imposée à l'ensemble des patients d'un service et non pas en fonction de chaque patient, va à l'encontre de plusieurs textes :

- Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales²³
- L'article 9 du Code Civil²⁴
- L'article L3211-3 du Code de la Santé Publique

J'ai donc expliqué au cours de cette exploration théorique que la psychose trouve son origine dans un complexe d'Oedipe non résolu, et que les premiers signes apparaissent à l'adolescence. Ensuite, l'éducation sexuelle est importante chez ces patients afin de les aider à avoir une sexualité « normale », en réduisant les prises de risque. Tout ce travail se fait bien évidemment au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dont, parmi les compétences infirmières, le rôle éducatif des IDE (infirmiers diplômés d'état) est présent. Puis, j'ai pu mettre en avant le soignant que je suis en abordant notamment l'identité professionnelle. Enfin, j'ai pu rendre compte des difficultés à rester soi-même face à des patients qui peuvent renvoyer quelque chose de gênant voire de choquant.

4 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Afin de confronter l'ensemble de cette partie théorique avec la réalité de terrain, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs, avec des questions ouvertes, auprès de professionnels de pédopsychiatrie. Afin de favoriser les échanges, j'ai décidé de d'interroger les soignants de l'unité où s'est déroulée ma situation. En effet, le fait d'avoir réalisé mon

²²<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000026654357&fastReqId=1541595778&fastPos=1>, consulté le 17/05/13

²³ <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/005.htm>, consulté le 17/05/13

²⁴<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000026654357&fastReqId=1541595778&fastPos=1>, consulté le 17/05/13

stage auprès d'eux, permettait d'avoir une relation de confiance déjà instaurée, qui favorisait le dialogue.

Les entretiens ont été faits uniquement auprès des hommes de ce service. Ceci dans le but de pouvoir comparer mes difficultés aux leurs, en supposant que les femmes n'auraient pas la même vision des choses.

Un entretien test a été réalisé auprès de l'un de ces soignants afin d'évaluer mon guide d'entretien²⁵, qui a permis de modifier et préciser certaines questions. Cependant, j'ai jugé l'ensemble de l'entretien plutôt positif et j'ai donc pris la décision de garder cet entretien pour réaliser mon analyse. Tous les soignants ont acceptés d'être enregistrés.

Le temps pour chaque entretien est très variable, ils oscillent entre neuf et dix-huit minutes. Cependant, un temps a été pris après chaque enregistrement, pour parler plus simplement, sans qu'aucune trace de ce qui est dit ne puisse être conservée, car certains soignants ont abordés des choses plus personnelles.

5 ANALYSE DES ENTRETIENS

Question 1 :

La question était :

« A quelles difficultés êtes-vous régulièrement confronté auprès des adolescents psychotiques en pédopsychiatrie ? »

L'objectif ici était d'identifier si la sexualité fait partie des problématiques rencontrées par les soignants.

La première difficulté qui a été abordée est le développement du patient psychotique. En effet, dans un entretien, l'infirmier rapporte que les premières étapes normales sont tout d'abord la phase orale, la phase anale puis la phase phallique. Pour les patients dont il est question dans mon travail, atteints de troubles psychotiques, les troubles prennent leurs origines dans le conflit œdipien non résolu, qui ressurgit à l'adolescence.

De plus, un autre soignant soulève l'influence des hormones, sur le patient. Enfin, un troisième infirmier précise que l'adolescence est une période où le jeune va subir des transformations physiques associées à des pulsions sans véritable sens. Ceci me permet de souligner d'autres difficultés mettant en jeu les pulsions.

Les pulsions sont abordées dans l'ensemble des cinq entretiens. Cependant, elles ne sont pas toujours clairement nommées ainsi. Le premier soignant fait part des pulsions ressenties par le patient qui ne vont pas être adaptées. En effet, le patient peut après un accompagnement par

²⁵ Annexe III

un soignant, érotiser la situation et aller se masturber. C'est à la fois une difficulté pour le patient, pour qui la pulsion peut persister malgré le recadrage, mais aussi pour les soignants, qui vont devenir un objet de désir malgré eux. Ceci est en lien avec le discours de deux autres infirmiers. L'un va traiter de l'excitation rapidement provoquée par le soignant par la simple utilisation d'un mot inapproprié. L'autre soignant, comme dit précédemment, parle de l'influence des hormones qui vont prendre le dessus sur le comportement de l'adolescent. Enfin, le dernier soignant explique quant à lui que la découverte de la sexualité va se faire plus ou moins brutalement, par des manifestations physiques, inconnues pour le patient. Ceci me permet de faire le lien avec un autre type de difficulté qui concerne les connaissances en matière de sexualité du patient.

L'un des professionnels dresse le constat perçu sur les connaissances des patients en termes de sexualité. En effet, ils n'ont eu aucune expérience ou des expériences se limitant à des films, à des conversations qu'ils ont pu avoir avec d'autres jeunes, c'est-à-dire des informations qui ne sont pas très fiables. La difficulté sera donc d'identifier les connaissances que le patient a déjà acquises. Ensuite, une fois cette première étape établie, l'utilisation d'un langage adapté au patient comme l'affirme un soignant pour répondre à cette question est essentielle. Je fais le lien entre les différents entretiens où il a été abordé l'importance des termes utilisés pour ne pas créer une excitation notamment, prendre en compte les modifications que subissent leur corps et comment ils le perçoivent pour ne pas créer plus de troubles qu'ils n'en ont déjà. De ce fait, il est possible de continuer l'analyse des réponses à cette première question en abordant les perceptions des patients.

De plus, la difficulté suivante rapportée par quatre des soignants interrogés met en évidence les perceptions des soignants. Elles sont de plusieurs types. Tout d'abord, l'un des infirmiers rapporte qu'il est important de rappeler au patient l'objectif de l'hospitalisation, que les soins sont la priorité. Cette idée est aussi exprimée lors d'un autre entretien. Ensuite, il est spécifié dans un entretien, que les pulsions sont « mal appareillées ». Cela signifie que le patient ne donne aucun sens aux sensations qu'il perçoit. Il ne parvient pas à les expliquer. Puis un des professionnels met en lien ces perceptions avec les connaissances dont les patients disposent. En effet, on peut finalement dire que les pulsions n'ont pas de sens du fait du manque de connaissance dont il a été question précédemment.

Enfin, la dernière difficulté exprimée par un seul soignant, est spécifiques aux patients qui ont déjà eu des expériences en lien avec la sexualité. En effet, les neuroleptiques sont parfois nécessaires dans les soins prodigués, cependant, ces derniers peuvent présenter des effets secondaires tels qu'une baisse de la libido par exemple. Il soulève donc la difficulté pour

prendre en soin avec l'aide des médicaments alors que la sexualité risque d'être perturbée. Ceci pouvant aller jusqu'à un arrêt brutal de traitement, et donc une rechute de la maladie.

Question 2 :

Il s'agissait de la question suivante :

« Comment voyez-vous le rôle infirmier en matière d'éducation à la sexualité ? »

Les objectifs qui étaient fixés étaient :

- Savoir ce qui est mis en place individuellement et par l'équipe
- Identifier quel est le rôle de l'infirmier dans ce type d'éducation
- Evaluer les outils utilisés (Sont-ils toujours les mêmes ? Sont-ils adaptés ?)

Tout d'abord, dans deux des cinq entretiens, les professionnels font référence à des intervenants extérieurs afin d'aborder l'éducation à la sexualité avec les patients. On retrouve en commun à ces deux entretiens le planning familial, qui intervient sur le centre hospitalier. Cependant, il est remis en question par l'un des deux infirmiers, qui se questionne plutôt sur des professionnels spécialisés en éducation à la sexualité, auprès des patients psychotiques. Pour ma part, je me questionne sur l'intervention du CRIAVS (Centre Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelles) en matière d'éducation à la sexualité, car il dispose de connaissances sur le public concerné, et qu'il est amené à faire de l'éducation dans d'autres contextes particuliers.

Ensuite, il est exprimé au cours de trois entretiens que le rôle infirmier dans l'éducation à la sexualité, existe dès lors qu'il y a une demande exprimée par le patient ou par le médecin. Le patient est là pour certains objectifs de soins élaborés avec l'ensemble de l'équipe soignante (médecin inclus), et ce sera notre guide pour nos actions. L'information, si elle est réalisée sans qu'il y ait eu une demande au préalable, risque d'être plus néfaste qu'éducative. En effet, le patient qui était plus ou moins au clair avec ses idées va entendre un nouveau discours, qui va remuer toute sa perception de la sexualité. Cela peut engendrer des questionnements, des doutes, qui pourront engendrer de l'angoisse et aggraver les symptômes à l'origine de l'hospitalisation. Cependant, dès que la demande est exprimée par le patient, le besoin d'information est réel.

Le rôle soignant est perçu différemment en fonction de chaque professionnel, pourtant, dans deux entretiens, on retrouve une idée commune qui est de guider le patient afin d'adapter son comportement à la vie en société. En effet, l'un des soignants utilise même la notion de « *mode d'emploi* », ce qui signifie que le rôle soignant est d'apporter des bases solides, des repères fiables pour avoir un comportement adapté en indiquant comment gérer les pulsions,

ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas. Un soignant va même soulever l'idée de faire accepter aux jeunes que leur besoin de sexualité est quelque chose de normal. Ainsi, il renvoie les patients à leur réalité, qu'ils sont des être humains ayant des pulsions qui leur sont encore difficiles à contrôler.

« Donc c'est déjà pour en revenir au rôle, la normalité, leur faire accepter l'apparition de besoins, d'envie de sexualité, et de les aiguiller après sur leur orientation, car beaucoup repoussent leurs pulsions ».

De plus, deux soignants soulèvent au cours de la réponse à cette question un nouveau problème, propre à leur propre pratique. L'un soulève que notre formation au métier d'infirmier ne nous prépare ni à l'éducation à la sexualité, ni à la sexualité chez les patients psychotiques, malgré leur importance dans les soins. De ce fait, c'est l'individualité du soignant, son identité qui va être à l'origine de l'éducation réalisée. En effet, il va falloir mobiliser les cours d'éducation sexuelle que nous avons eu quand nous étions nous-mêmes adolescents, et parvenir à retransmettre ces informations avec les termes adaptés au patient. Cela demande donc un travail préalable que souligne l'un des infirmiers au cours de l'entretien. Il explique qu'il va être important d'avoir une très bonne connaissance du dossier du patient, il qu'il ne faut surtout pas se lancer dans ce type d'éducation sans cette précaution. En effet, une action à visée éducative nécessite une certaine préparation. Il faut d'abord établir un diagnostic éducatif nous permettant d'établir les besoins de la personne. Une fois cette étape terminée, il est essentiel de mettre des objectifs mesurables, afin de pouvoir évaluer l'impact de nos actions. C'est à ce moment que vient la préparation du contenu avec le choix des méthodes, de ce qui va être expliqué, l'organisation des séances éducatives qu'il conviendra de planifier. Enfin, après chaque intervention, il est important de réévaluer afin d'ajuster notre contenu et nos objectifs.

Notre rôle est d'apporter des réponses à des questions, de guider le jeune pour avoir un comportement adapté, et non pas de remplacer ses parents, qui ont peut-être déjà commencé d'aborder le sujet avec leur enfant. De plus, il faut prendre en compte la pathologie, l'âge car cela va influencer notre discours. Il faudra aussi identifier les personnes qui prennent en charge le patient à l'extérieur car ce ne sont pas toujours ses parents (éducateurs, famille d'accueil). Dans ce cas là, il faudra aussi savoir comment fonctionne la structure ou les règles de la famille d'accueil, afin d'être concordant avec ce qui s'y déroule, et ne pas empiéter sur le travail commencé par d'autres. Ceci me permet de faire le lien avec un point exprimé par un seul soignant lors de cette question, mais par les autres soignants pour les questions suivantes, il s'agit de l'importance des transmissions. Les soignants ne travaillent pas de façon individuelle, mais en équipe. L'équipe elle-même ne travaille pas seule, car elle a

besoin des intervenants extérieurs qui vont prendre en charge le patient après sa sortie pour adapter la prise en charge. Les transmissions vont permettre de coordonner l'ensemble des acteurs qui œuvrent pour la santé et le bon développement du patient.

Enfin, le dernier point comportait les outils. Finalement, très peu d'outils sont utilisés si ce ne sont des livres, bandes dessinées adaptées aux capacités du patient. Il est plutôt ressorti au sein des entretiens une façon d'être. Il a été aussi évoqué une valeur infirmière que j'ai abordée dans l'exploration théorique qui est l'écoute. Ensuite, deux infirmiers font part de l'importance du contexte. En effet, le lieu peut avoir une importance capitale. L'un des soignants relate une expérience d'un adolescent qui, pour parler sur ce sujet, avait besoin de sortir de l'hôpital, d'avoir l'impression d'être avec un individu qu'il connaît plutôt qu'avec un soignant. Et, même si ce n'est pas dit clairement, il s'agit de même pour l'autre soignant, qui reconnaît que ce sont les sorties à l'extérieur de l'hôpital, qui ont déclenché les questionnements de certains patients suite à un événement particulier (par exemple, apercevoir une jeune fille).

Question 3 :

La question était :

« Pensez-vous que notre façon personnelle d'envisager la sexualité influence la relation soignant-soigné ? »

Les objectifs étaient de voir :

- Comment est perçue la sexualité en fonction de l'identité personnelle.
- Si l'identité sexuelle influence t'elle la relation soignant-soigné.

Tout d'abord, trois soignants pensent que l'identité personnelle, qui comprend de ce fait la façon individuelle d'envisager la sexualité, a une influence sur la relation soignant soigné.

« Alors je dirais que toute notre personne influence la relation soignant soigné. Donc oui je pense que ca peut jouer mais après il y a des choses qui peuvent ne pas être dites mais certaines ont de l'impact, d'autres non ».

L'un des soignants ajoute aussi que l'infirmier peut dégager une attitude négative s'il est en opposition avec la sexualité que le patient pense avoir. De plus, pour deux des professionnels interrogés, le soignant peut finalement avoir une influence positive sur le patient, du fait de son identité personnelle. Il est notamment abordé la particularité du soignant homosexuel, qui ayant vécu lui-même une période de réflexion sur son orientation sexuelle pendant l'adolescence, va peut-être comprendre plus facile les questionnements du patient sur son identité sexuelle. Pour cette même raison, le soignant risque d'être plus facilement sollicité du fait de son vécu, puisque cette recherche d'orientation peut avoir de graves conséquences pour

certaines jeunes. Un des soignants précise qu'il a déjà été confronté à des adolescents qui ont fait une tentative de suicide par rapport à ce problème. Puis, il est précisé par l'un des professionnels que cette identité personnelle peut favoriser un mécanisme identificatoire chez le patient, et favoriser sa prise en charge.

Cependant, il ne faut pas oublier que nous sommes là en tant que professionnel de santé, et que notre statut exige d'adopter une attitude soignante en toute occasion. C'est le constat qui ressort sur quatre des cinq entretiens réalisés. Il serait important de rester neutre, de garder cette attitude d'ouverture, car dans le cas contraire, des barrières s'instaurent et freinent la relation soignant-soigné. Cela induit de respecter le cadre posé en équipe, de garder une certaine distance en essayant de ne pas être dans la sympathie mais plutôt dans l'empathie, car à ce moment là, nous nous écarterions de l'attitude soignante. Pour ma part, il me semble que la neutralité n'est pas une solution, car cela voudrait dire qu'il nous faut refouler tout ce que nous sommes, alors que c'est quelque chose qui me semble impossible. En revanche, je suis en accord avec l'idée de garder une attitude d'ouverture, qui, selon moi, découle des valeurs soignantes, tout en respectant les règles instaurées afin que le patient dispose d'un cadre rassurant.

Enfin, lors d'une réponse à cette question, un infirmier ajoute l'importance de préparer ce qui sera fait tout en s'accordant un certain espace de liberté. En effet, ceci permettra au soignant d'être plus au clair, de savoir ce quels sont les objectifs en fonction des besoins du patient, mais aussi permettre au patient de préparer cette intervention éducative. Ainsi, le professionnalisme reste présent, le patient devient acteur de son éducation, ce qui je pense va le stimuler dans son apprentissage.

Question 4 :

« Cela influence-t-il aussi les relations au sein de l'équipe soignante ? »

Ceci me permet de voir :

- L'impact de l'identité personnelle sur les relations en équipe et avec le patient.
- Si les valeurs infirmières appliquées au patient sont respectées au sein de l'équipe.

Tout d'abord, l'un des entretiens ne me permet pas de traiter cette question, puisque le soignant précise qu'il est neutre dans sa vision de voir les choses : « *Je t'ai dit, je n'ai pas de façon personnelle d'envisager la sexualité* ».

Les autres entretiens reprennent de façon globale les propos tenus dans la question précédente, en argumentant les idées sous un autre aspect.

Un seul des soignants interrogés traite cette question en mettant en avant un autre point de vue. En effet, il rappelle que chaque individu est différent, et de ce fait, tout le monde n'est pas tolérant avec autrui. Cependant, il ajoute que l'identité sexuelle fait partie de la sphère intime. Tout est donc question de positionnement au sein de l'équipe. Cela signifie qu'il est important de se préserver. D'autres, au travers de leur réponse, affirment que toute sexualité est normale.

L'une des personnes interrogées ajoute dans cette idée que l'on est présent autour d'objectifs communs. Nous sommes réunis en fonction de nos compétences acquises en formation, et que tant que notre identité personnelle ne transparait pas dans notre prise en charge, il n'y a pas de problème.

Deux professionnels affirment clairement que tous les individus qui forment l'équipe, de part leur identité personnelle, vont induire une richesse grâce aux différences d'opinions, de comportements. L'équipe, grâce à sa diversité, pourra aborder n'importe quel sujet qui s'impose à elle, et c'est ce qui favorisera la prise en charge des patients rencontrés.

« C'est justement d'avoir des agents qui ne sont pas tous identiques, plaqués sur la même chose, avec chacun leur sexualité, leurs envies leurs loisirs... qui va permettre aux patients de les prendre en charge, c'est de leur montrer (aux patients) la diversité de notre monde, d'avoir des gens qui peuvent aborder n'importe quels sujets ».

Pour ma part, je pense que personne n'intervient de la même façon auprès du patient, même si les objectifs sont communs. Chacun va apporter une partie de lui-même dans le travail en équipe par ses idées, et il me semble que c'est en cela que l'équipe va se remettre en question et la faire évoluer.

Néanmoins, il me semble difficile d'affirmer que notre identité personnelle n'influencera pas notre prise en charge, puisque nos valeurs sont guidées par cette identité. Comme je le disais plut tôt dans ce travail, l'important est d'être un soignant authentique, et donc d'être soi-même, auprès d'un patient que l'on accepte tel qu'il est.

Enfin, le dernier soignant reprend la notion de travail en équipe. En effet, il se peut que le patient choisisse un professionnel pour aborder le sujet de la sexualité. Ce dernier devra donc être rigoureux, même si ce n'est pas simple, dans ses transmissions faites à l'équipe, dans le but d'assurer la continuité des soins, sans perturber le travail réalisé en termes d'éducation. Les données transmises pourront alors être prises en compte pour mieux comprendre ce que vit le patient.

En conclusion, j'ai pu constater que les difficultés dans l'éducation à la sexualité sont fortement liées à la maladie psychotique elle-même d'une part, et les pulsions mal gérées d'autre part. De plus, s'ajoute à ce premier constat le manque de connaissance des patients qui rend plus complexe l'élaboration d'un diagnostic éducatif précis.

Ensuite, un seul intervenant extérieur apparaît au fil des entretiens, même s'il n'intervient pas auprès de la population concernée, alors qu'il existe des permanences auxquelles les adultes peuvent se rendre de leur plein gré.

Le rôle soignant quant à lui est basé sur la réponse à une demande. Il peut s'agir d'une demande du médecin psychiatre du service, donc une prescription médicale, ou bien une demande émanant du patient c'est-à-dire la réponse à un besoin. L'ensemble doit permettre de ramener le patient dans la réalité, en l'aidant à surmonter ses craintes s'il en a en mettant en évidence la normalité de ses besoins.

De plus, pour ce qui est de l'influence de l'identité personnelle du soignant, les points de vue sont partagés. Pour ma part, comme je l'ai précisé auparavant, il s'agirait d'être authentique auprès des patients. Après, est-ce que le fait d'être authentique influence la relation ? Je pense qu'elle favorise une relation de confiance, et la mise en place d'une éducation qui touche à l'intimité, en gardant à l'esprit que nous sommes présent en tant que professionnel de santé.

Enfin, il est mis en évidence que l'ensemble de ces identités différentes, peuvent être bénéfiques à l'équipe. Elles sont tout simplement je pense la force nécessaire pour une prise en charge holistique des patients.

Ceci me permet donc d'aboutir à la question de recherche suivante :

« Dans quelle mesure l'authenticité du soignant influence la relation soignant-soigné avec le patient psychotique ? »

(Le travail que j'ai rendu ne comportait pas la question de recherche suite à un oubli de ma part. Cependant, je l'ai présenté lors de la soutenance, c'est pourquoi je l'ai rajouté ici).

6 ANALYSE RÉFLEXIVE

Je souhaitais tout d'abord expliquer ma motivation à devenir infirmier. Suite à certains événements de vie, j'ai souhaité exercer un métier en lien avec les soins, en étant au plus près des patients. La maladie mentale m'a toujours intéressé. Cet attrait s'est confirmé au cours de ma préparation au baccalauréat sciences médico-sociales (SMS). A cette même période, j'ai eu la chance de pouvoir réaliser un stage dans une maison de retraite et suivre les professionnels qui y travaillaient. Mon choix était fait : je voulais devenir infirmier. Pendant

ce stage, je me suis interrogé sur les relations que pouvaient avoir les résidents entre eux, notamment leurs relations amoureuses. Le sujet restait flou, entre permission et surveillance, je ne parvenais pas à comprendre en quoi cela regardait les soignants.

C'est pourquoi, lorsque la situation à l'origine de ce travail s'est présenté, j'ai tout de suite décidé qu'elle serait le point de départ de mon mémoire.

En effet, j'ai toujours eu l'impression que la sexualité était un sujet peu abordé, qui faisait peur. Les premières réactions de mes camarades de promotion à l'annonce de mon sujet allaient d'ailleurs dans le même sens.

Ce travail n'a bien sûr pas été sans difficulté. La première fut de cibler ce que je souhaitais aborder. De nombreux retours à zéro ont été faits, avant d'être fixé sur la question de départ. Il a fallu que je sois vigilant afin de respecter l'objectif de professionnalisation, qui m'a échappé à plusieurs reprises. L'envie d'explorer certains points n'était pas cohérente avec le reste, et j'ai dû faire de nombreux choix.

Néanmoins, je pense aussi que le choix de cette problématique est le point fort de cet écrit. J'ai le sentiment d'avoir osé parler de choses jusqu'alors mises de côté. Les soignants qui ont pris part dans l'enquête ont eu le même avis que moi, ce qui m'a d'autant plus motivé. Il est vrai que la sexualité des patients n'est pas une nouveauté, néanmoins, la place de l'identité du soignant dans cette éducation a été complexe à explorer. Comment parler de soi sans dévoiler son intimité ? Cette question résume bien la difficulté principale que j'ai rencontrée.

Ce travail n'est que le début d'une réflexion que je mène et que je partage dans les services de soins. Ma posture soignante est aujourd'hui différente car je ne perçois plus la sexualité des patients comme un tabou. Il est clair qu'il ne s'agit pas de la priorité dans les services, cependant, il ne faut pas l'ignorer. J'espère que ce travail m'aidera à reprendre ce sujet en service, et pourquoi pas, essayer de mettre en place des actions concrètes, à la fois pour aider les équipes dans lesquelles je travaillerai, et les patients que je rencontrerai.

CONCLUSION

En conclusion, ce travail aura été très enrichissant pour moi. J'ai pu remobiliser des connaissances acquises sur l'ensemble de la formation et en apprendre de nouvelles grâce aux recherches effectuées.

Il me semble que la réalisation de cet écrit m'a permis de progresser dans ma vision des soins, et pas uniquement dans le domaine étudié. En effet, ma vision du patient psychotique a changé, et je m'efforce de mieux prendre en compte la perception qu'il a de son corps pour mettre en place de nouveaux projets lors de mon dernier stage.

Il m'a aussi aidé dans l'écriture, qui moi a toujours été fastidieuse. Cependant, j'ai pris plaisir à rédiger ce mémoire, et j'avoue être fier du résultat. Il est certes loin d'être parfait, mais il me correspond.

Enfin, j'espère que je parviendrais à mettre en pratique ce que j'ai pu exposer sur l'éducation à la sexualité, tout en alliant mon individualité et professionnalisme.

Bibliographie

Ouvrages :

- Hugues Lagrange. *Les adolescents, le sexe, l'amour*. Paris : Syros. 1999. 260 p.
- Nisand I., Letombe B., Marinopoulos S., *Et si on parlait de sexe à nos ados ?* Paris : Odile Jacob. 2012. 248 p.
- AMIEC Recherche, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. Issy-les-Moulineaux : Masson. 2005. 334 p.

Sites Internet :

- IZEOS. *Infirmiers.com, le site de la communauté infirmière* [en ligne]. <http://www.infirmiers.com/> (Consulté chaque semaine).
- Association Serpsy. *Soin Etude et Recherche en PSYchiatrie* [en ligne]. <http://www.serpsy.org/index.html> (consulté le 5 mai).
- Légifrance, *Le service public de la diffusion du droit* [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 17/05/2013).

Documents en ligne :

- Rédaction ActuSoins, *Un hôpital psychiatrique condamné pour avoir interdit les rapports sexuels dans une unité*. [en ligne]. 2013. <http://www.actusoins.com/12707/hopital-psychiatrique-rapports-sexuels.html>. (Consulté le 15/05/2013).
- Yann Saint-Sernin, *Peut-on interdire les rapports sexuels en hôpital psychiatrique ?* [en ligne]. 2013. <http://www.sudouest.fr/2013/01/18/peut-on-interdire-le-sexe-en-hopital-psychiatrique-937941-7.php>
- P.J. Infosdroits, *Un centre hospitalier ne peut pas interdire la vie sexuelle des patients dans une unité psychiatrique*. [en ligne]. 2013. <http://infosdroits.fr/un-centre-hospitalier-ne-peut-pas-interdire-la-vie-sexuelle-des-patients-dans-une-unite-psychiatrique/> (Consulté le 13/05/2013)
- Dr A THOMIN, *Sexothérapie, spécificité de la prise en charge des psychotiques*. [en ligne]. Date inconnue. <http://www.arspg.org/datas/docs/13662713240.pdf> (Consulté le 13/05/2013)
- Catherine LAROUCHE, *Le développement de l'identité professionnelle des infirmières : une réponse aux défis*. [en ligne]. 2012. http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2012/P16_CLarouche.pdf (Consulté le 14/04/2013).

- Géraldine Chauvel et Dominique Morlé, *Dix valeurs pour les soins infirmiers*. 1993. <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOCIOLOGIE%20SANTE/DIX%20VALEURS%20SI.pdf> (Consulté le 14/04/2013).
- Phaneuf Margot, *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*. Date inconnue. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_travail_d_equipe_aupres_des_malades.pdf (Consulté le 05/05/2013).
- Rouby Alain, *Eduquer et soigner l'enfant psychotique*. [en ligne]. <http://www.oasis-deseducateurs.com/documents/Eduquer-et-soigner-lenfant-psychotique.pdf> (consulté le 13/05/2013).

Mémoires :

- SEZNEC SALAZAR Isabelle, *L'infirmier Homo Socius*, Travail de fin d'études IFSI Croix-Rouge française. Valence. 2010. 43 p.
- DESCHAMPS Jacqueline, *Travail de diplôme et construction de l'identité professionnelle des bibliothécaires*, DEA sciences de l'information et de la communication. Université Jean Moulin, Lyon III, 1997. 89 p.

Cours dispensés pendant la formation :

- Cours de Mr Ratier Sébastien : Semestre 5
- L'ensemble des cours de Me Soubirant Martine sur l'éducation.

Cours de Me Mathias (psychologue) : Semestre 1.

Liste des annexes

Annexe I : La fleur de Bébé par Alain Rouby. (Rouby Alain, Eduquer et soigner l'enfant psychotique. [en ligne]. <http://www.oasis-deseducateurs.com/documents/Eduquer-et-soigner-lenfant-psychotique.pdf> (consulté le 13/05/2013).

Annexe II : Liste des compétences infirmières (Portfolio)

Annexe III : Guide d'entretien

ERRATUM

- 1 Page de remerciements : « l'ensemble des formateurs ~~de~~ qui ont été présents ».
- 2 Page de remerciements : « j'ai fait le choix » à la place de « j'ai fais le choix ».
- 3 Page 3 : « mais regarde et s'amuse plus ~~s'amuse plus~~ des images ».
- 4 Page 4 : « mon travail de fin d'études » à la place de « mon travail de fin d'étude ».
- 5 Page 8 : « Organisation Mondiale de le Santé » à la place de « Organisme Mondial de la santé ».
- 6 Page 9 : « les aspects physiologiques et psycho-sexuels » à la place de « les aspects physiologiques et psycho-sexuel ».
- 7 Page 11 : « la présence de l'assistant social » à la place de « la présence de l'assistante sociale ».
- 8 Page 12 : « savoir si ~~les~~ ces valeurs ».
- 9 Page 13 : « quelle que soit sa personnalité » à la place de « quelque soit sa personnalité ».
- 10 Page 13 : « avec de grands égards » à la place de « avec de grand égards ».
- 11 Page 22 : « et qu'il ne faut surtout pas » à la place de « il qu'il ne faut surtout pas ».

LERICHE

Julien

Mai 2013

DIPLÔME D'ETAT INFIRMIER
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFSI de la Communauté CREUSOT-MONTCEAU

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DU PATIENT PSYCHOTIQUE

La sexualité du patient psychotique est un problème auquel sont confrontés

The sexuality of psychotic patient is a problem faced regularly by psychiatric carers. The situation behind this work is that of a teenager who expresses the need to learn about this subject. However, this was not as simple as I thought.

The patient who perceives his body in a different way, my own personal identity and the work of a team are all issues that must be put together to provide quality care.

The aim of my work is to professionalize myself facing a problem often encountered in care service while respecting my individuality.

During this work, I conducted a survey of five caregivers psychiatrist through interviews that allowed caregivers to share their thoughts.

It showed the influence of posture facing healthcare to patients under construction. It seems that this is a problem for which each caregiver's has his own perception, even if the common point between them is to stay professional.

Mots clés :

Education ; sexualité ; Patient ; Psychotique ; Identité ; Soignant.

L'IFSI de la CCM n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.