

Faculté de santé publique

Les représentations des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie

Mémoire réalisé par
Dodelet Gaëlle

Promoteur(s)
Nataly Filion
Marine Sabbe

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Les représentations des soignants
sur la sexualité des adolescents
hospitalisés en psychiatrie**

Remerciements

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à la promotrice de ce mémoire, Mme Nataly Fillion, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion, ainsi qu'à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques m'ont guidé dans mon travail.

Je désire aussi remercier Mme Marine Sabbe, qui a accepté de me rencontrer et/ou de répondre à mes questions durant mes recherches et qui m'a fourni son assistance et sa collaboration à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens, également, à remercier spécialement mes parents et mon époux, en raison de leur soutien inconditionnel, moral et intellectuel.

Enfin, à toi mon fils, à qui je dédie ce travail, qui m'apporte chaque jour la lumière et le courage pour surmonter tous les obstacles.

*« Encore et toujours, si petit
Que bien trop souvent, on m'oublie.
Pleine de tendresse, je vous le dis,
Du fond du cœur : un franc Merci ! »*
Myriam Fabre-Dillar

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Chapitre I. Cadre théorique	4
1.1 Les représentations sociales de la sexualité.....	4
1.1.1 Les représentations sociales : éléments théoriques.....	4
1.1.2 Les représentations sociales de la sexualité.....	7
1.2 La sexualité chez les adolescents	9
1.2.1 L'adolescence : la sexualisation	9
1.2.2 Les adolescents sur les réseaux sociaux : dangers potentiels	10
1.2.3 La sexualité des adolescents et la maladie mentale	11
1.3 La sexualité en institution psychiatrique	12
1.3.1 La place de la sexualité dans les soins.....	12
1.3.2 La sexualité en institution psychiatrique : « Les relations intimes sont interdites. »	14
1.4 Les représentations sociales des soignants sur la sexualité des adolescents	15
1.4.1 Doubles représentations de la sexualité par les professionnels de la santé	15
1.4.2 Les facteurs d'influence	15
1.5 Problématique.....	17
Chapitre II. Méthodes.....	18
2.1 Contexte et méthode.....	18
2.2 Collecte des données	18
2.2.1 Caractéristique du chercheur	18
2.2.2 Population.....	18
2.2.3 Création d'un guide d'entretien.....	19
2.2.4 Mode d'échantillonnage	19
2.2.5 Description de l'échantillon	20
2.2.6 Méthode d'analyse des entretiens semi-directifs.....	21
2.3 Confidentialité et aspect éthique	21
Chapitre III. Résultats.....	21
3.1 La sexualité de l'adolescent en psychiatrie	22
3.1.1 L'adolescent en psychiatrie	22
3.1.2 La sexualité en psychiatrie	22
3.1.3 La sexualité des adolescents en psychiatrie.....	23
3.2 La prise en charge institutionnelle de la sexualité.....	26
3.2.1 Politique institutionnelle.....	26
3.2.2 Ressenti du soignant par rapport à la règle de l'interdiction des relations.	27

3.2.3	Activité autour de la sexualité et la vie affective.....	29
3.3	Le vécu de la prise en charge de la sexualité par le soignant	30
3.3.1	Rôle du soignant dans la prise en charge de la sexualité.....	30
3.3.2	Confrontation à des discussions autour de la sexualité en psychiatrie	31
3.3.3	Les facilitateurs de la discussion	33
3.3.4	Les thématiques abordées.....	34
3.3.5	Les émotions du soignant vis-à-vis de la sexualité de l'adolescent hospitalisé en psychiatrie	36
3.3.6	Les soignants face à la prise en charge de la sexualité.....	36
4	Chapitre IV. Discussion	40
4.1	Les représentations des soignants sur la sexualité des adolescents en psychiatrie.....	40
4.2	La prise en charge institutionnelle de la sexualité.....	44
4.2.1	L'interdiction de relation au sein de l'institution	44
4.2.2	La prise en charge de la sexualité.....	45
4.3	La prise en charge de la sexualité par le soignant	46
4.4	Les limites de notre recherche.....	47
4.5	Perspectives et solutions.....	49
	Conclusions	51
	Références bibliographiques	54

LES REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS SUR LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE

Par Gaëlle Dodelet

INTRODUCTION

§1. La santé et la sexualité

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après l'« OMS »), depuis 1946, comme un « état complet de bien-être, physique, mental et social, et non simplement comme l'absence de maladie et d'infirmité » (OMS, s.d., Constitution, para1).

Si l'on s'en réfère à la définition ainsi promue par l'OMS, la santé implique donc non seulement l'étude et la recherche d'une bonne constitution, sans handicap et maladie, mais également la satisfaction des individus recouvrant tous les facteurs pouvant exercer une influence sur leur santé.

La santé inclut donc, selon l'OMS, plusieurs dimensions telles, notamment, que la santé physique, la santé mentale et l'environnement social (vie professionnelle et vie privée) des individus.

La sexualité, qui est une composante de chacune de ses dimensions, me paraît par conséquent devoir être considérée et intégrée dans la santé globale : elle fait d'ailleurs partie de l'approche des soins holistiques soutenue par l'OMS (s.d.) qui définit le concept de « santé sexuelle » comme :

« 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 source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » (OMS, s.d. Santé Sexuelle, para1)

Il est, aussi bien, reconnu que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de l'individu. De nombreuses institutions estiment, à ce titre, que la santé sexuelle, outre l'absence de maladie et la prévention des risques de grossesse non souhaitée, des comportements sexuels transgressifs, des maladies et infections sexuellement transmissibles, nécessite d'accorder de l'attention aux côtés plaisants, agréables de la sexualité, se traduisant par une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, tandis que

la santé sexuelle est aussi liée à la promotion et à la protection des droits sexuels, où chacun dispose, en principe, du droit de vivre sa sexualité sans contrainte, discrimination ou violence.

Les dernières recommandations de l'OMS (2019) relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction exposent, dans cet esprit, que : les adolescents doivent acquérir le savoir et les aptitudes pour se préparer à la vie adulte ; Ils doivent être protégés contre les dangers tout en étant capable de décider pour eux-mêmes et d'agir en conséquence ; Ils ont besoin de services de santé pour les aider à rester en bonne santé et/ou à se soigner en cas de maladie ou de traumatisme.

Or, ayant une expérience professionnelle en institution psychiatrique accueillant des adolescents, nous nous sommes rendus compte que, si la sexualité est (très) importante pour les adolescents, celle-ci est néanmoins peu considérée, en dehors du traitement des maladies et infections, dans les soins et les conseils prodigués aux fins d'améliorer la santé des patients. Nous avons, en ce sens, observés une grande disparité, sinon des difficultés chez les soignants dans leur façon d'aborder la sexualité avec un jeune, notamment lorsque celui-ci est en demande ou en parle.

§2. Stigmatisations et obstacles à la prise en charge de la santé sexuelle

D'après Coslin (2017), encore aujourd'hui, l'adolescence et la psychiatrie sont fortement stigmatisées dans notre société : crise identitaire, délinquance juvénile, violences, drogues, etc. Il évoque la peur de la société à l'égard des jeunes : « peur de leur sexualité incontrôlée, de leur force physique et de leurs potentialités révolutionnaires et délinquantes » (Coslin, 2019, p.24). Cette peur pourrait influencer les attitudes et comportements des soignants face à l'adolescent hospitalisé en psychiatrie. En effet, ceux-ci soignent des jeunes qui ont souvent peu de ressources, qui sont souvent démunis par leur situation physique, psychique ou sociale et qui subissent un déséquilibre au niveau de leur santé, notamment au niveau de leur santé sexuelle.

En outre, selon Dargère, « le placement en institution est source de stigmatisation. » (Dargère, 2014, p.259). « La stigmatisation représente également un facteur de risque pour la santé et est une cause directe d'incapacité et de handicap. » (Giordana, 2010, p.3) Giordana (2010) ajoute que la stigmatisation et les représentations sociales peuvent être un obstacle à l'accès aux soins. « Sur la base d'idées reçues, de préjugés négatifs, de croyances erronées, la stigmatisation va amener une société à priver certains de ses membres de leurs droits élémentaires et du respect de leur dignité. » (Giordana, 2010, p. 15). L'OMS (2019) rajoute également que « La

stigmatisation sociale peut freiner la recherche de soins dans les cas de violence entre partenaires intimes et d'IST ».

La stigmatisation et les représentations des personnes, en ce compris les soignants, sur les adolescents et la psychiatrie, peuvent donc fortement influencer leur prise en charge, notamment celle de leur sexualité et de leur vie affective.

Le « soignant », en psychiatrie dans le cadre de notre travail de recherche, étant entendu comme tout professionnel de la santé qui travaille dans l'accompagnement des adolescents dans la vie quotidienne, tant au niveau des soins qu'au niveau éducatif, et en particuliers les infirmiers et les éducateurs.

§3. Notre méthodologie

Sur la base des constats qui précèdent, nous avons dès lors choisi, dans le cadre de ce mémoire, de nous intéresser et d'approfondir la question suivante : « **Quelles sont les représentations sociales des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie ?** »

Afin de répondre à cette question de recherche, nous réaliserons une recherche de littérature pour développer et construire notre cadre théorique sur les représentations sociales, la sexualité des adolescents et la sexualité dans les institutions psychiatriques.

Sur cette base théorique, nous pourrons ensuite développer la problématique de recherche : les représentations sociales des soignants sur la sexualité des adolescents. Nous définirons notre contexte d'étude ainsi que notre méthode : l'utilisation d'une démarche qualitative par des entretiens auprès de soignants travaillant avec les adolescents dans leur quotidien en institution psychiatrique.

À partir des données obtenues, nous exposerons nos résultats et en tirerons, *in fine*, nos conclusions.

CHAPITRE I. CADRE THÉORIQUE

1.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SEXUALITÉ

1.1.1 Les représentations sociales : éléments théoriques

1.1.1.1 Introduction

Nous avons pu analyser et étudier, lors des différents cours et leçons composant le Master en santé publique dans le cadre duquel s'inscrit le présent mémoire, que la psychologie de la santé est une composante importante à prendre en considération dans le domaine de la santé.

Bruchon-Schweitzer (s.d., psychologie de la santé, para.1) décrit la psychologie de la santé comme un domaine en pleine expansion, qui s'intéresse aux facteurs psychosociaux affectant le développement de la maladie et/ou menant à des issues de santé positive (qualité de vie, bien-être, santé physique et mentale), chez des sujets malades ou non, de tous les âges et dans les contextes les plus variés. L'un de ces facteurs psychosociaux est les représentations sociales des soignants, qui peuvent être un obstacle à la bonne réalisation des soins dans les institutions.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement au concept de représentations sociales des soignants, infirmiers et éducateurs, dans le cadre de la sexualité chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie.

1.1.1.2 Les représentations sociales

En tant qu'individu, nous faisons face à de nombreuses informations que nous devons trier et intégrer. Vanderstukken, Benbouriche et Petit (2015) déclarent que nous réagissons pour la majorité, sinon tous, en procédant à la catégorisation de ces informations : la catégorisation nous permet de simplifier l'information, de maintenir son apprentissage, d'y mettre de l'ordre et d'en donner une signification. Lorsque nous rencontrons une nouvelle personne, naturellement, nous la catégorisons et ce de manière inconsciente ou non. Cette catégorisation peut être positive ou négative et formera une « représentation sociale ». Les représentations sociales sont utilisées automatiquement par tout le monde pour classer les informations et elles façonnent notre attitude face au monde qui nous entoure.

Il existe plusieurs définitions et théories des représentations sociales. Perrin (2018) les décrit comme une vision du monde, ni vraies, ni fausses, souvent partagées par des personnes d'un même groupe. Elles influencent notre manière d'agir et, réciproquement, nos pratiques contribuent à bousculer, à modifier nos représentations. Jodelet (1989) cité par Perrin (2018,

dia 9) définit les représentations sociales comme étant « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Une autre définition de ce concept proposé par Abric (1994, p.13) suggère, pour sa part, que « la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ».

Selon Giordana (2010), les représentations sociales sont des idées reçues partagées dans une communauté. Si un individu présente une différence par rapport aux normes du groupe, le groupe pourrait adopter une attitude discriminante ou stigmatisante vis-à-vis de cet individu différent. Selon Perrin (2018), les représentations sont le résultat de ce que nous avons ressenti face à des expériences personnelles, de ce qui nous a été transmis par les médias, l'enseignement et les institutions et ce que nous partageons avec notre environnement social, familial et culturel (Perrin, 2018, dia 12). Selon Jodelet (1989), cité par Tigalekou Ognaligui (2013, p.14), les représentations sociales comprennent également des éléments tels que les savoirs scientifiques et les informations générales mais aussi les modèles de comportement, les images, les valeurs, les croyances, les opinions et les éléments culturels et idéologiques qui se rapportent à l'objet. Tout cela permet de guider le comportement ou le justifier.

Les représentations sociales ou, dit vulgairement, les « préjugés et a priori » qui régissent consciemment ou inconsciemment nos comportements quotidiens, sont donc propres à chaque individu, influencées par leur vécu, mais qui peuvent néanmoins être altérées voire supplantées par la vision et la perception collectives du ou des groupes sociaux au(x)quel(s) chacun appartient.

L'intérêt de l'étude des représentations sociales aux fins de mieux comprendre une maladie ou un concept tabou, tel que la sexualité, par une meilleure connaissance des sujets sociaux (les patients, les soignants, etc.) est donc primordiale.

1.1.1.3 L'approche d'Abric

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons décidé de nous intéresser plus spécifiquement à l'approche, plus directe et concrète, d'Abric sur les représentations sociales. Abric (1994) définit la représentation sociale comme « le produit ou le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric, 1994, p.13). C'est un ensemble d'informations, de croyances,

de jugements et d'attitudes qu'a un individu ou un groupe sur une situation ou objet donné. (Abric, 1994, p.19)

La représentation sociale peut être considérée comme une relation entre sujet-objet : « une représentation est toujours une représentation de quelque chose pour quelqu'un » (Abric, 1994, p.12). Elle part du principe qu'il n'existe pas de réalité objective d'un objet pour un individu mais que « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (Abric, 1994, p.12). Par exemple, l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, peut avoir une signification tout à fait différente entre les civilisations et les cultures (Coslin, 2017, p. 26). Les clichés et les stéréotypes seront également différents en fonction de l'expérience de chaque personne, notamment du vécu de chaque adolescence. En effet, selon Abric (1994), la signification dépend à la fois de la nature de la situation, son contexte, le contexte social et idéologique de la société, la place de la personne dans la société, l'histoire de la personne et du groupe et les enjeux sociaux.

Les représentations d'une personne ou d'un groupe d'une situation et/ou d'un objet influencent les comportements ou les pratiques face à cette situation et/ou objet. En effet, « la représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales » (Abric, 1994, p.13).

Abric (1994, pp.15-18) définit quatre fonctions des représentations sociales pour comprendre la dynamique des relations sociales et des pratiques :

- « La fonction de savoir » : les représentations permettent aux individus ou au groupe de comprendre et d'être capable d'expliquer l'objet en fonction de leurs valeurs et de leur fonctionnement cognitif. « Elles définissent un cadre de référence commun qui permet l'échange social, la transmission et la diffusion de ce savoir » (Abric, 1994, p.16).
- « La fonction identitaire » : les représentations permettent à l'individu ou au groupe de définir leur identité dans la société.
- « La fonction d'orientation » : les représentations sont un guide à l'action, elles vont guider les comportements et les pratiques de l'individu ou du groupe face à la situation-objet. Perrin rajoute cependant que les pratiques réciproquement peuvent modifier nos représentations (Perrin, 2018, dia 11).
- « La fonction justificatrice » : les représentations permettent de « justifier les prises de positions et les comportements » dans une situation (Abric, 1994, p.17). Un des rôles de

la représentation est de maintenir et de renforcer la position sociale de l'individu ou du groupe.

1.1.2 Les représentations sociales de la sexualité

1.1.2.1 La sexualité : définition

Comme évoqué en introduction, l'OMS (s.d.) intègre la santé sexuelle en tant que composante essentielle de la santé, qu'il convient également de considérer du point de vue de la santé publique.

La sexualité est un terme qui prend en compte une multitude d'aspects : l'activité sexuelle, l'orientation sexuelle, l'identité du genre, l'érotisme, le plaisir, l'intimité, la reproduction (Ponton & Judice, 2004) mais aussi, et surtout pour un adolescent selon Coslin (2019), les sentiments, les relations amoureuses et la rencontre de l'autre.

Badeau (1998, p.20) estime quant à lui que la sexualité comprend six dimensions : biologique, psychologique, affective, cognitive, socio-culturelle et morale, spirituelle, religieuse. La dimension biologique comprend les caractères sexuels, la reproduction, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles. La dimension psychologique traite plutôt de l'identité du genre, l'estime de soi, l'image corporelle, la communication, l'intimité, l'érotisme. Cette dimension se différencie de la dimension affective qui prend en compte l'expression des sentiments et des émotions (amour, tendresse, honte, gêne, agressivité, peur, etc.). Ensuite, la dimension cognitive concerne toutes les informations que l'individu connaît sur la sexualité, l'anatomie, la physiologie et les rapports entre genres (homme – femme). Les rôles sexuels, les représentations, les comportements, les normes et les stéréotypes concernent la dimension socio-culturelle. Et enfin, les règles de conduites, les valeurs, les croyances et les décisions éthiques font partie de la dimension morale, spirituelle et religieuse.

1.1.2.2 La sexualité et ses représentations dans notre société

Il découle des six dimensions décrites par Badeau (1998), que la signification de la sexualité est inextricablement liée au contexte de la société (de l'époque et de la culture) dans laquelle s'insère chaque individu. Courtois (1998) ajoute, en ce sens, que la sexualité est étroitement liée à la socialisation de l'individu. Pour lui, la sexualité et la culture sont indissociables car elles dépendent du contexte social et historique qui contribuent à leur évolution, ce qui explique ainsi la très grande variété de mœurs, de valeurs, de croyances et de représentations de la sexualité.

La place de la sexualité dans notre société a, au cours des dernières décennies, connu de profonds changements résultant d'une série d'événements, comme la découverte de la pilule contraceptive, la dépathologisation et/ou la dépénalisation de l'homosexualité, la dépénalisation de l'avortement, la découverte et la propagation du sida, l'émergence et la diffusion croissante d'une pornographie (via la télévision, puis internet) de plus en plus variées, ou ceux ayant plus généralement favorisés l'émancipation de la femme, etc (Giami, Moreau et Moulin, 2015).

La sexualité est, aujourd'hui, omniprésente, que ce soit à travers les médias, le cinéma, la presse ou internet (sites web, réseaux sociaux, applications, ...). Toute personne en âge de consommer les contenus relayés par ces plateformes, y compris les adolescents, ont accès à un grand nombre d'informations et de contenus sur la sexualité. Or, comme l'estime à juste titre Cour (2013), toutes ces informations peuvent influencer le regard et la perception de chacun sur les éléments et les comportements qui induisent, participent et/ou constituent une bonne santé sexuelle. Et c'est, à notre estime, avec justesse qu'il ajoute qu'avec l'apparition et le développement des réseaux sociaux, augmentent également les partages de sujets intimes entre individus, voire parfois avec toute une communauté. Nous sommes, ainsi, témoins d'une sexualité virtuelle croissante, qui peut engendrer des conséquences importantes sur les individus, surtout les adolescents, dont ces derniers ne sont pourtant parfois pas conscients (Cour, 2013).

Le même auteur rapporte que malgré l'évolution des pratiques et représentations sexuelles de notre époque, les représentations de la sexualité entre les genres n'ont pas réellement changé : la vision des femmes de leur propre sexualité est liée à une relation affective tandis que les hommes séparent affectivité et sexualité. Coslin (2017) relève les mêmes représentations de la sexualité entre les garçons et les filles durant l'adolescence.

Cour (2013) rajoute que le désir sociétal, véhiculé aujourd'hui par les médias, est l'obligation d'une santé physique, mentale et sexuelle d'enfer – suivi par tous les diktats d'attrance et de mode, de jeunesse et de performance influençant les individus, adolescents compris, dans leurs comportements. « La santé sexuelle est devenue une norme sociale nouvelle qui tend à prescrire les comportements qui seront en accord avec cette norme afin de « rester normal » selon l'idéal sociétal de notre époque » (Deshays, 2016, p.2).

1.2 LA SEXUALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTS

1.2.1 L'adolescence : la sexualisation

L'adolescence est une période de la vie faite de grands changements aussi bien psychologiques, cognitifs, socio-culturels que physiques (Ponton et Judice, 2004). En effet, l'adolescent subit une véritable métamorphose physique et psychique qui entraîne une rupture avec l'enfance et le rapproche du statut d'homme ou de femme adulte (Coslin, 2019). Le phénomène de la sexualisation ou du développement de la sexualité, bien qu'il ne débute déjà dans l'enfance (Coslin, 2019), se passe au cœur de ces métamorphoses : aussi bien au niveau physique (les changements corporels de la puberté), psychique (bouleversement de l'identité, intégration de beaucoup d'informations concernant le corps, sa perception, ses représentations, son utilisation, son identité...) et social (l'influence des pairs et la séparation des parents) (Courtecuisse, 2001). Le développement de la sexualité est très complexe et ne concerne pas que l'acte sexuel en lui-même mais également les émotions et l'implication affective (Coslin, 2019), les fantasmes, la santé sexuelle et l'éducation, les curiosités sexuelles et le développement d'une identité sexuelle (Ponton et Judice, 2004, p.497).

Quelques définitions sont nécessaires pour comprendre le développement de la sexualité (Ponton et Judice, 2004, p.497) :

- Identité sexuelle : être un homme ou une femme.
- Identité de genre : le sentiment de se sentir homme ou femme dans la société, développé durant l'enfance.
- Rôle de genre : les caractéristiques, les comportements et les intérêts, définis par la culture, qui sont propres aux hommes et aux femmes.
- Orientation sexuelle : la préférence sexuelle – hétérosexualité, homosexualité ou bisexualité.

Les facteurs habituellement évoqués qui influencent la sexualité adolescente sont : la famille, le milieu social, la culture, la religion, la scolarité, ainsi que leurs propres perceptions et projections de la sexualité (Coslin, 2019, pp.62-65). On rajoute également les médias (internet, les films, la musique, les clips vidéo, large diffusion de la pornographie...) qui ont un impact important sur la vision de la sexualité des adolescents (Cour, 2013). A ceux-ci, ajoute Couraud, (2001) l'apprentissage de la sexualité, pendant l'adolescence, par le groupe : sa signification sera différente en fonction de la composition du groupe de pairs ainsi que l'encadrement et l'attitude des adultes (Couraud, 2001, pp. 173-174), ce que confirme Jacquin

(2009) selon qui le groupe de pairs définit la norme, c'est-à-dire ce qui est normal concernant la sexualité.

1.2.2 Les adolescents sur les réseaux sociaux : dangers potentiels

Depuis quelques années, les adolescents ont appris à maîtriser et à jongler entre d'innombrables technologies différentes : télévision, ordinateur, tablette, smartphone ; applications, réseaux sociaux, services de messagerie, jeux vidéo, ... et ce depuis le plus jeune âge. Ces technologies modifient constamment et inconsciemment le rapport des adolescents au monde, que ce soit celui sur l'image qu'ils veulent donner, leur sexualité ou leurs relations amicales. Les adolescents d'aujourd'hui sont nés dans une véritable culture du numérique. Elle fait partie de leur vie et de leur quotidien, de sorte que certains adolescents vont jusqu'à livrer leurs pensées les plus intimes sur les réseaux sociaux, parfois à de parfaits inconnus ou, à tout le moins, à des personnes qu'ils n'ont jamais rencontrés. « L'appartenance à ses réseaux sociaux donne un sentiment de reconnaissance sociale aux jeunes » (Cour, 2013, p.835).

Pourtant, les actions des adolescents sur les réseaux sociaux et, plus généralement, sur internet, difficilement contrôlables (tant pour des motifs techniques ou légaux que de confiance), peuvent présenter des dangers. Ces dangers peuvent ainsi être le sexting, le grooming ou le sextortion, ou, de manière plus insidieuse, être des détournements ou des moqueries, répétées ou non, constitutive de discrimination ou d'harcèlement (Childfocus, 2019).

Childfocus définit le sexting, le grooming et le sextortion comme étant :

- Sexting : l'envoi de photos intimes par des jeunes (ou des adultes) par SMS, email, webcam ou sur les réseaux sociaux. Ces photos peuvent être envoyées au partenaire ou à des inconnus. (Childfocus, 2019)
- Grooming : une « stratégie de sollicitation d'un mineur par un adulte, qui s'efforce d'affaiblir la résistance et les inhibitions du jeune à des fins sexuelles. Après avoir gagné sa confiance, le groomer demande des photos du jeune intimes et s'en sert ensuite pour tenter de le manipuler et de l'abuser sexuellement. » Cela peut se dérouler en ligne sur internet ou lors d'une rencontre réelle. (Childfocus, 2019)
- Sextortion : une incitation à envoyer des photos compromettantes ou livrer des gestes à caractères sexuels par webcam par quelqu'un qui se fait passer pour un autre jeune. Il y a ensuite une menace de diffusion de ces images du malfaiteur en contrepartie d'une somme d'argent. (Childfocus, 2019)

Ces dangers peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des adolescents. D'après Bottino et al (2015), ces nouveaux dangers, sur les réseaux sociaux notamment, peuvent engendrer des symptômes de dépression modérés à sévères, des idéations suicidaires, des abus de substances, des problèmes somatiques et des difficultés sociales. Selon Normand et Sallafranque-St-Louis (2015), le risque est d'autant plus important chez les jeunes avec une déficience intellectuelle ou mentale.

Les principaux facteurs de risques à la cybersollicitation sont, d'après nos connaissances actuelles en la matière : la prévalence d'abus physiques ou sexuels, le manque de connaissance sur la sexualité, la difficulté d'exprimer son consentement et de reconnaître des situations abusives, la dépression ou symptômes dépressifs, l'isolement social, la perception d'être rejeté et de rechercher la compagnie d'étrangers en ligne quand on se sent seul (Normand, Sallafranque-St-Louis, 2015, p.108). Le sexting est malheureusement très présent dans le milieu scolaire car il est considéré comme une blague ou un défi (Childfocus, 2019).

Bien que les réseaux sociaux puissent être source de danger pour les adolescents, ils peuvent également servir d'outils pour les professionnels de la santé pour aborder la sexualité, informer sur la santé sexuelle et les risques, créer des communautés de soutien, etc. En effet, des recherches ont montré l'impact positif sur le comportement sexuel des jeunes que les sources en ligne pouvaient avoir. (Stevens et al, 2017, p.374)

1.2.3 La sexualité des adolescents et la maladie mentale

D'après Courtecuisse (2001), en pédopsychiatrie, on rencontre souvent des adolescents qui adoptent des comportements témoignant leur difficulté à « subir » le phénomène de sexualisation. Les maladies mentales, comme l'anorexie ou la dépression, peuvent être liées aux difficultés de l'adolescent à s'identifier dans ce nouveau corps transformé par la sexualisation.

A l'inverse, de nombreuses études démontrent également qu'un trouble psychiatrique peut avoir une grande influence sur la sexualité des adolescents (Gambaduro et al, 2018 ; Brown et al, 1997 ; Yessonguilana Yéo-Ténéna et al, 2014). En effet, certaines études montrent clairement une association pertinente entre les comportements sexuels à haut risque et les psychopathologies telles que les déficits cognitifs, la dépression, le trouble de la personnalité limite, les antécédents de traumatismes sexuels, la consommation de drogues, l'instabilité affective, la tendance à l'autodestruction et le suicide (Gambaduro et al, 2018 ; Brown et al, 1997). Alpbem (s.d.) confirme que les différentes maladies mentales ont un réel impact sur la

santé sexuelle. La dépression, les troubles anxieux, la schizophrénie entraînent une perte d'intérêt pour la sexualité tandis que la psychose peut générer des délires ou obsessions sexuels et le trouble de la personnalité limite peut engendrer une tendance à l'agissement sexuel impulsif ce qui entraîne des dangers pour le patient. (Alpabem, s.d.)

De plus, selon Jeammet (2001), l'adolescent peut intégrer la sexualité par deux types de réactions : « la fonctionnalisation de l'acte sexuel », c'est-à-dire l'acte sexuel purement opératoire ou « l'idéalisation », c'est-à-dire un idéal très romantique de la sexualité. De ces deux types de réaction peuvent subvenir différentes problématiques : dans le premier cas, la prostitution, surtout chez les filles, où les besoins affectifs et de dépendance s'exprime par un acte sexuel balisé. Dans le second cas, la vision très rêveuse de la sexualité peut mener à une dépression voire un risque suicidaire car l'autre individu et la relation ne correspond pas à l'idéal attendu (Jeanmet, 2001, p.28).

Dans tous les cas, selon Couraud (2001), en institutions psychiatriques ou sociales, les soignants font face à des adolescents fragiles : ces jeunes ont souvent une image très négative ou altérée de la sexualité à cause de leur propre histoire, souvent dramatique. « Pour beaucoup, l'initiation à la sexualité s'est faite sur le mode de la violence » (Couraud, 2001, p.176). En effet, la maltraitance, manifestée par de la violence physique ou psychologique, de la violence sexuelle ou inceste, si cela concerne l'environnement familial, peut avoir un retentissement important sur le développement psychoaffectif du jeune (Rosen, 2001). La signification de la sexualité et de l'amour prend alors une toute autre couleur par le manque de repères pour le jeune. Monbaliu, Papart & Berte (2013) explique qu'un modèle familial défaillant peut donner une image fausse au jeune de ce qu'est la sexualité, le couple, l'image de la femme, l'amour. De plus, Tomkiewicz (2001) rajoute que le fait d'être en institution donne un statut « d'anormal » à l'adolescent et cela le pousse, à défaut d'une aide et d'une assistance appropriées, à être « anormal » dans ses comportements sexuels ou affectifs.

1.3 LA SEXUALITÉ EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

1.3.1 La place de la sexualité dans les soins

Divers auteurs font états de la difficulté d'aborder le sujet de la sexualité avec les patients ou entre professionnels, même dans un environnement de santé. Or, bien que la sexualité puisse avoir de multiples impacts sur leur santé physique et/ou psychologique, les adolescents ne sont pas toujours bien informés de ses risques et de ses conséquences (Ponton & Judice, 2004). La

sexualité doit donc, selon ces auteurs, être mieux considérée et appréhendée afin d'assurer une approche globale des soins de santé dispensés aux adolescents (Ponton & Judice, 2004).

La place de la sexualité des patients dans les institutions et les pratiques de soins sont influencées par plusieurs dimensions, selon Giami et al (2015, p.16). En effet, les valeurs culturelles et morales de l'institution, les organisations institutionnelles du soin, l'identité et la culture professionnelle du soignant, les rapports de genre et d'âge et les informations scientifiques récentes et validées sur la sexualité vont avoir des conséquences sur la prise en charge ou non de la sexualité des patients.

Selon une étude de Haboubi et Lincoln (2003), 90% de 1323 soignants interrogés considèrent que la sexualité devrait être systématiquement abordée avec les patients à l'hôpital mais seulement 6% d'entre eux l'aborde dans les discussions. Il existe donc un fossé entre un discours de bonnes intentions et la réalité pratique. Cette étude a pu identifier les causes de ce fossé : le manque de formation des soignants (savoir et légitimité), le manque de temps et l'embarras. Une revue systématique de Dyer & das Nair (2013) conduite en Angleterre confirme également les difficultés des professionnels de santé à parler de sexualité avec les patients et invite les services de santé à prendre des mesures structurelles, organisationnelles et prendre en considération les facteurs personnels de chaque intervenant de santé pour améliorer la place de la sexualité dans les soins.

En Belgique, la formation des infirmiers prend peu en considération cet aspect, or beaucoup de maladie ou de traitement peuvent avoir des effets néfastes sur la santé sexuelle du patient. La place de la sexualité dans la pyramide des besoins de Maslow ou des 14 besoins de Virginia Henderson n'est pas considérée, en ce qui concerne les soins infirmiers. Aux Etats-Unis, une étude a relevé également un manque dans les programmes de baccalauréat de soins infirmiers de cours d'éducation sexuelle. Seulement 16% des participants considèrent être prêts à discuter de sexualité avec leurs patients d'après une étude d'Aaberg (2016).

Giami et al (2001) ajoute que la facilité pour une infirmière de discuter de sexualité avec ses patients dépend de ses compétences informelles : son aisance d'en parler, son histoire personnelle, son intérêt intellectuel, sa curiosité professionnelle, ses formations externes, etc.

En ce qui concerne les adolescents, d'après Jacquin (2009), les professionnels de santé considèrent l'adolescence comme une période clé dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et l'apprentissage de la sexualité. Cependant, les préoccupations de l'adulte diffèrent des préoccupations de l'adolescents selon Jacquin (2009) : celles de

l'adultes sont pragmatiques et directes et concernent la prévention d'une grossesse et des infections sexuellement transmissibles et pour l'adolescent, cela concerne la sexualité à la fois physique, psychique et social (les transformations corporelles, le plaisir, les relations amoureuses, l'identité sexuelle, les pulsions, les limites, etc.) Fuzzell, et al. (2016) ont réalisé une étude qui montre l'insatisfaction des adolescents concernant la disponibilité des soignants à parler de sexualité. Ils proposent aux professionnels d'être plus créatifs pour aborder la question, par exemple en s'intéressant aux réseaux sociaux (Instagram, Facebook, etc) et technologies qui ont une part importante dans la vie des adolescents. Bien que les adolescents aient accès à un grand nombre d'informations sur la sexualité, provenant de sources variées, un soutien individuel et constant fourni par les soignants demeure dans l'expectative, en particulier en psychiatrie.

1.3.2 La sexualité en institution psychiatrique : « Les relations intimes sont interdites. »

Les pratiques institutionnelles face à la sexualité des patients méritent également analyse et réflexion.

Selon Deshays (2016), aucune pratique interne aux institutions ne fait en effet autorité concernant les conduites à tenir face aux principes, aux valeurs du soignant, au règlement de l'hôpital, au respect des libertés des patients, du secret professionnel, de la vie privée et le devoir de soigner des personnes vulnérables.

Nous sommes bien évidemment tous tenus de respecter la loi (belge dans notre cas), en ce compris les droits universels de l'Homme, la majorité sexuelle, les droits du patients, la loi de la protection de la personne contre les malades mentaux, etc (voir annexe 8.1). D'autant plus face à des adolescents mineurs ou vulnérables, qui ne sont pas toujours capables de s'affirmer et de dire non, de se protéger ou d'exprimer un consentement ou leur volonté dans une situation donnée (Deshays, 2016).

Néanmoins, dans les institutions psychiatriques, la sexualité est fréquemment considérée comme un problème. Les règles et le cadre institutionnels interdisent traditionnellement les relations intimes en leur sein. Vincent (2001, p.210) propose deux hypothèses à la mise en place de cette règle de l'interdit. Premièrement, être malade mentalement peut signifier une incapacité : la personne atteinte de maladie mentale peut ne plus avoir de capacité de discernement quant à ses choix, son corps ou sa sexualité et de ce fait perdre sa capacité à donner un consentement libre et éclairé. Deuxièmement, la sexualité du malade mental, surtout des adolescents, peut être très tabou pour l'institution et on n'oserait pas l'aborder car « cela ne

nous regarde pas ». Or, les institutions se sont engagées à promouvoir la santé globale et une qualité de vie la plus optimale pour le patient dans les soins. Dans cette optique, la qualité de la vie sexuelle est également à prendre en considération. En réalité, elle n'est que peu évoquée : en psychothérapie, on évoque la sexualité parlée ou fantasmée mais peu de la sexualité agie. Celle-ci est décrite en tant que symptôme (Huerre, 2001)

En outre, selon Lauru (2001, p.162), les institutions qui accueillent des adolescents favorisent à leur insu les relations amoureuses et sexuelles. La règle et l'interdit prennent alors une toute autre dimension : il s'agit alors de baliser l'espace de l'intimité, de lui donner sens et de la protéger. « Les relations sexuelles sont interdites dans l'institution » ne signifie donc pas qu'elles doivent être niées ou être considérées comme un tabou par les soignants mais cela rappelle que l'institution est un lieu de soin et un lieu de vie pour les jeunes et que, certes la chambre au sein de l'institution est un espace privé, mais pas complètement puisqu'il s'agit aussi d'un lieu thérapeutique (Lauru, 2001, p.218).

La pratique tend par conséquent à aider les adolescents à protéger leur intimité, mais en faisant abstraction de la sexualité, qui doit pourtant être prise en compte dans les soins globaux.

1.4 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES SOIGNANTS SUR LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS

1.4.1 Doubles représentations de la sexualité par les professionnels de la santé

Nous l'avons vu, la sexualité fait partie de l'approche globale du patient. Selon Giami et al (2015), deux représentations de la sexualité sont partagées entre les soignants et les corps de métier : l'approche biomédicale, c'est-à-dire l'accomplissement purement fonctionnel de l'acte sexuel et les médicaments associés, et l'approche holistique autrement dit, la sexualité subjective comprenant les relations affectives, l'image de soi et le vécu. Selon leur analyse, la seconde approche prédomine dans les interventions infirmières (2015, p.38). Cependant, ils ont également constaté que la communication à propos de la sexualité pour les infirmières n'est pas indispensable et est difficile à exercer en pratique. Selon eux, les principaux obstacles à la communication sur la sexualité sont le malaise et l'absence de formation (Giami et al, 2015, p.24).

1.4.2 Les facteurs d'influence

Abric (1994) défend l'hypothèse selon laquelle les représentations sociales dépendent essentiellement de la nature et du contexte de la situation, du contexte social et idéologique de

la société, de la place de la personne dans la société, de l'histoire de la personne et du groupe et des enjeux sociaux.

Dans le cadre d'adolescents hospitalisés en institutions psychiatriques, les éléments à prendre en considération nous paraissent donc devoir être : la maladie mentale et la stigmatisation d'un adolescent « anormal », l'histoire et l'expérience personnelle du soignant, la formation du soignant et la notion de contre-transfert.

Premièrement, la maladie mentale et sa stigmatisation : Tomkiewicz (2001) dit que « l'idée d'avoir des adolescents anormaux provoque chez les soignants une tendance à pathologiser tout comportement sexuel du jeune. Ils vont recourir à une explication « pseudo-scientifique » ou diaboliser toute expression libidinale du jeune. Les représentations négatives du milieu familial renforcent aussi cet étiquetage, même si elles prétendent « expliquer » ou « excuser » les individus. » (Tomkiewicz, 2001, p.191)

Deuxièmement, l'expérience et l'histoire personnelle du soignant : selon Tomkiewicz, les professionnels de la santé, face aux différentes sexualités des adolescents, peuvent se sentir mal à l'aise avec leur propre sexualité et être incapable de comprendre, accepter et respecter les normes de la sexualité des adolescents et/ou les règles de l'institution. « Chaque professionnel est toujours dans une situation très inconfortable quand il s'agit de définir le caractère licite ou non de l'acte sexuel. Celui-ci sera apprécié selon le bagage culturel, idéologique, religieux, l'expérience personnelle du soignant. » (Tomkiewicz, 2001, p.195). Le soignant, face à la sexualité des adolescents, a une « position subjective » teintée par l'expérience de vie, privée ou professionnelle, qui peut faciliter ou compliquer l'abord des questions de la sexualité avec les adolescents (Monbaliu et al, 2013). Giami et al (2015) ajoute que « le malaise renvoie à une dimension personnelle de l'infirmière dans sa relation avec la sexualité, dans son histoire, son éducation, ses représentations, normes et valeurs personnelles ou familiales, voir ses valeurs religieuses et ses idéaux professionnels. » (Giami et al, 2015, p.24)

Troisièmement, la formation du soignant : selon Giami et al (2015), l'absence de formation sur la sexualité constitue un obstacle à sa prise en charge dans les soins. En effet, l'absence de connaissances et d'outils spécifiques ne permet pas aux soignants d'être légitimes et d'être compétents dans le domaine (Giami et al, 2015, p.24). Communiquer sur la sexualité repose alors sur une compétence « informelle » en fonction de l'aisance personnelle, de l'intérêt du soignant sur le sujet, de formations supplémentaires, d'expériences professionnelles (Giami et al, 2015, p.25).

Enfin, la notion de contre-transfert est importante à considérer, surtout en psychiatrie : Hers (2018) définit le contre-transfert comme « l'influence du malade sur les sentiments inconscients et conscients du médecin » (Hers, 2018, dia 15). Selon lui, le contre-transfert dépend du transfert du patient, de l'histoire personnelle du soignant et les représentations du soignant sur la problématique du patient (Hers, 2018, dia 15). Une neutralité bienveillante est ainsi difficile à adopter quand l'adolescent aborde ou réalise un comportement sexuel. Selon Couraud (2001, p.183), « Nous arrivons tous dans l'institution avec nos propres limites, notre regard personnel sur la sexualité. La violence de l'histoire de ces adolescents réactive les problématiques douloureuses de chacun ».

1.5 PROBLÉMATIQUE

Il existe peu de revue de littérature concernant les représentations des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie.

Or, il est important de les investiguer car, comme l'indique Perrin (2018), une prise de conscience de nos représentations sociales permet de réduire leur impact dans les soins, et donc de les améliorer, tandis que la prise en charge de la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie est nécessaire pour rétablir la confiance et la santé du jeune et, aussi, garantir la santé publique.

Il semble manifeste que la sexualité des adolescents, dans sa globalité, est néanmoins, aujourd'hui, encore peu prise en considération dans les institutions alors, par exemple, que certaines mises en danger sexuelles sont liées à la maladie mentale et/ou au manque de repères de ces jeunes sur ce qu'est une bonne vie affective et « santé sexuelle ».

Identifier et corriger les représentations sociales des soignants sur cette thématique de première importance pour un nombre (croissant ?) d'adolescents doit donc constituer le premier pas vers une communication soignant-soigné plus fréquente, adaptée et adéquate à propos de la sexualité.

CHAPITRE II. MÉTHODES

2.1 CONTEXTE ET MÉTHODE

Afin de répondre à notre thématique de recherche, nous avons réalisé une démarche qualitative par des entretiens semi-directifs auprès de soignants, infirmiers (8) et éducateurs (2), travaillant avec des adolescents en institutions psychiatriques. Les entretiens ont débuté le 20 avril 2020 et ont pris fin le 23 juin 2020.

Selon Abric (1994), il existe deux méthodes pour recueillir les représentations sociales d'un individu : les méthodes interrogatives qui consistent à « recueillir une expression des individus concernant l'objet de représentation étudié » (Abric, 1994, p.60) ou les méthodes associatives qui sont constituées d'expression verbale, plus spontanée et plus authentique de l'individu sur l'objet (Abric, 1994, p.60). Les méthodes interrogatives comportent l'entretien, le questionnaire, les planches inductrices, les dessins et l'approche monographique (Abric, 1994, pp.61-65). Les méthodes associatives sont l'association libre et la carte associative (Abric, 1994, pp.65-71). Il existe encore d'autres méthodes de repérage des représentations mais celles-ci sont plus spécifiques et complexes dans le domaine de la sociologie. Dans le cadre de ce mémoire, nous allons utiliser la méthode interrogative par des entretiens semi-directifs. Selon Abric, l'entretien guidé est un outil indispensable et principal pour repérer les représentations (Abric, 1994, p.61).

2.2 COLLECTE DES DONNÉES

2.2.1 Caractéristique du chercheur

Etudiante en dernière année de Master en Santé Publique, le chercheur exerce depuis 5 années en qualité d'infirmière psychiatrique dans un centre ouvert et fermé pour adolescents, mixtes, situé à Bruxelles (Belgique).

2.2.2 Population

La population cible de l'étude sont des soignants, infirmiers ou éducateurs, qui travaillent en psychiatrie et qui accompagnent des adolescents dans le quotidien de l'institution tant au niveau des soins qu'au niveau éducatif.

Critères d'inclusion :

- Avoir une expérience professionnelle (minimum 6 mois) avec des adolescents en institutions psychiatriques hospitalier et/ou extrahospitaliers résidentiels qui accueillent des adolescents.
- Infirmières A1 ou A2 et/ou possédant une spécialisation en santé mentale et psychiatrie
- Éducateurs spécialisés ou non spécialisés.
- Accompagner les jeunes dans la vie quotidienne de l'institution.
- Avoir accès à un ordinateur.

Critères d'exclusion :

- Médecins généralistes
- Psychiatres
- Psychologues

2.2.3 Création d'un guide d'entretien

Un guide d'entretien qualitatif a été créé comme support aux entretiens semi-directifs. Ce guide a été construit suite à la revue de littérature de la recherche.

Le guide d'entretien (Cfr. Annexe 3) a été divisé en 3 grands thèmes : la présentation du soignant, la définition de la psychiatrie, de la sexualité et de l'adolescents en psychiatrie et enfin l'expression de la sexualité, le vécu et sa prise en charge en institution.

Ce guide a été validé par Mme Filion, promotrice et Mme Sabbe, copromotrice du présent mémoire.

2.2.4 Mode d'échantillonnage

Étant donné les circonstances exceptionnelles de la pandémie du Covid-19 et les restrictions qui en ont résulté, des mesures particulières ont été adoptées de commun accord pour le choix de notre échantillon et la réalisation nos entretiens. Dans l'impossibilité de pouvoir nous rendre dans les institutions psychiatriques pour interroger les soignants, nous avons élaboré notre échantillon par effet « boule de neige », via les réseaux sociaux.

Les entretiens ont été réalisés via l'application « Zoom », qui permet d'enregistrer la vidéo des entretiens. Une lettre (cfr Annexe 2) reprenant le titre de l'étude, ses objectifs, la garantie de la protection de la vie privée et la participation volontaire ainsi qu'un formulaire de consentement à être filmé durant l'entretien a été envoyé électroniquement aux participants par un formulaire en ligne (Microsoft forms). Ce formulaire garantit également la confidentialité des données,

l'anonymat des participants et la garantie que les données seront supprimées une fois notre étude terminée (cfr Annexe 2).

Chaque entretien est enregistré pour garantir l'exactitude des propos des participants interviewés pour les résultats. Les répondants n'avaient pas les questions au préalable. L'utilisation de la méthode d'entretiens semi-directifs permet de laisser la parole au répondant tout en fixant un cadre prédéfini par le chercheur sur base de sa revue de littérature (Aujoulat, 2019).

2.2.5 Description de l'échantillon

VARIABLES	MODALITÉS	EFFECTIFS (N=10)	VALEURS
SEXE	Homme	4	
	Femme	6	
ÂGE	Inférieur à 30 ans	3	
	Supérieur à 30 ans	7	
	Âge moyen		36 ans
EXPÉRIENCE	Moins d'expérience		7 mois
	Plus d'expérience		34 ans
TYPE DE SOIGNANT	Infirmiers	8	
	Éducateurs	2	
TYPE INSTITUTION	Hospitalier	7	
	Extrahospitalier	2	
	Hospitalier/extrahospitalier	1	
TYPE PATIENT	Mixte	8	
	Non-mixte	2	

Parmi les professionnels contactés, 10 ont acceptés de participer à notre recherche : 6 femmes et 4 hommes ; 8 infirmiers et 2 éducateurs. Les participants sont âgés de 26 ans à 57 ans. Sur les 10 participants, 7 d'entre eux travaillent dans un hôpital pédopsychiatrique, 2 en institution extrahospitalière et 1 répondante travaille à mi-temps dans un hôpital psychiatrique et l'autre mi-temps dans un centre de jour. De plus, 8 travaillent dans une unité accueillant des adolescents mixtes et 2 dans une unité n'accueillant que des garçons. L'expérience professionnelle des participants varient entre 7 mois et 34 ans. Enfin, aucun des participants n'a eu une formation spécifique sur la vie affective et la sexualité durant leur cursus de formation ou leur parcours professionnel. Ils affirment avoir eu quelques notions basiques dans plusieurs cours durant leurs études et avoir essentiellement acquis l'expérience sur le terrain.

2.2.6 Méthode d'analyse des entretiens semi-directifs

Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits mot à mot pour ensuite être analysés.

Pour analyser le contenu des entretiens, nous avons utilisé des catégories prédéfinies sur base de la théorie qui guide la recherche ainsi que sur base de notre question et nos objectifs de recherche. De plus, on a fait ressortir des catégories émergentes sur la base du contenu des entretiens.

L'analyse a été réalisée par une combinaison de deux méthodes (Aujoulat, 2019) :

- La méthode descriptive : reprendre objectivement et systématiquement ce qui a été dit en lien avec l'objet de la recherche.
- La méthode interprétative : prise en compte de la subjectivité du chercheur et de sa connaissance afin d'interpréter les résultats.

Les catégories prédéfinies sont les suivantes : la sexualité de l'adolescent en psychiatrie vue par les soignants, la prise en charge de la sexualité institutionnelle et le vécu de la prise en charge de la sexualité par le soignant.

Les différents points de vue et représentations de la sexualité des participants ont pu être comparées et confrontées afin de mieux cerner la réalité du terrain concernant les représentations des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en institutions psychiatriques.

2.3 CONFIDENTIALITÉ ET ASPECT ÉTHIQUE

Afin de garantir la confidentialité et l'anonymat des personnes interviewées, nous avons rédigé un formulaire de consentement via « Microsoft Forms » pour les participants assurant notre engagement à respecter l'anonymat et la confidentialité des données (cfr Annexe 2).

CHAPITRE III. RÉSULTATS

Nous allons présenter dans cette partie notre analyse transversale de chaque entretien. Les résultats sont présentés selon 3 catégories :

- La sexualité de l'adolescent en psychiatrie vue par les soignants
- La prise en charge de la sexualité institutionnelle
- Le vécu de la prise en charge de la sexualité par le soignant

3.1 LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENT EN PSYCHIATRIE

3.1.1 L'adolescent en psychiatrie

Parlons tout d'abord de la perception des différents soignants sur l'adolescent hospitalisé en psychiatrie et la sexualité.

L'adolescent en psychiatrie est défini par tous les participants comme **un être en souffrance, instable et en perte de repères au niveau familial, social et sociétal.**

Témoignages

“Je pense que ce sont des jeunes qui sont clairement désarmés, perdus, fragiles et pour la plupart des jeunes que je rencontre au sein de ma profession, le facteur de fragilité est essentiellement parental. [...] je parlerais d'adolescents fragilisés par rapport aux exigences sociétales d'aujourd'hui.” (Entretien 8)

“Plus instable qu'un ado qui n'est pas hospitalisé en psychiatrie.” (Entretien 7)

“Un jeune qui n'arrive pas à gérer les difficultés qu'il rencontre qui peuvent être liées à différents domaines de sa vie” (Entretien 5)

“C'est une période qui peut faire crise et de ce fait, pour pleins de raisons, pleins de facteurs, un adolescent peut se retrouver en psychiatrie.” (Entretien 4)

3.1.2 La sexualité en psychiatrie

Nous observons que pour six participants, **la question de la sexualité en psychiatrie est présente dans le quotidien avec les adolescents.** Cependant, elle n'est pas abordée spontanément durant l'hospitalisation des jeunes, sauf si ceux-ci viennent pour des troubles de la sexualité à l'admission.

Verbatim :

“Est-ce que l'adolescence n'est déjà pas un trouble de la sexualité ?” (Entretien 7)

“Si ce n'est pas évoqué à l'admission, c'est très peu pris en charge je pense.” (Entretien 7)

“La question de la sexualité est mise clairement en compte chez nos jeunes, à différents niveaux. Parfois même dans les discussions entre les jeunes. Tous les jeunes ne sont pas traités pour ça mais il y a quelque chose de la sexualité dans le quotidien. [...] Mais j'ai envie de dire que on ne va pas aborder la sexualité spontanément. On l'a tous en vision globale mais on ne va peut-être pas assez le verbaliser, le travailler, aller plus loin dans le travail, ... sauf si un patient vient pour ça.” (Entretien 8)

Cependant, selon eux, peu d'adolescents sont hospitalisé pour des troubles de la sexualité. **Le trouble se présente plus comme un symptôme ou des mises en danger et dépend de la manière dont le jeune le vit.**

Verbatim :

“On n’a pas beaucoup de jeunes qui viennent pour des troubles de la sexualité. [...] Maintenant si on parle de difficultés comme des mises en danger sexuelles, des passages à l’acte avec abus, les statistiques augmentent voire explosent.” (Entretien 8)

“Les troubles de la sexualité sont un vaste sujet dans la société actuelle. Les troubles qui auparavant était qualifiés comme trouble, comme l’homosexualité, sont enlevés du DSM. Je crois que c’est surtout voir comment l’adolescent le vit.” (Entretien 9)

Pour certains, les adolescents n’ont pas de troubles de la sexualité, car c’est l’âge des expériences et de la découverte mais il reste important de l’aider à se respecter soi et autrui.

Verbatim :

“Je trouve que l’adolescent est en plein dans la découverte de son corps et la perception des limites de ce qu’est lui et les autres. [...] la difficulté d’être en psychiatrie pour eux aussi c’est d’avoir des premières découvertes sexuelles dans un cadre où quelqu’un l’impose et le jeune ne comprend peut-être pas.” (Entretien 6)

“Je n’irais pas jusqu’à dire que c’est une problématique. En fait, ça peut être une problématique pour certain dans le sens si le mal être de l’adolescent déborde dans un truc hypersexualisé et pas adéquat [...] mais sinon ce sont des ados quoi. Forcément il y a toute une part de découverte de la sexualité qui est là et avec laquelle on doit faire avec parfois.” (Entretien 1)

“Je dirais bien que les troubles de la sexualité font partie de la psychiatrie mais d’un autre côté, l’adolescence c’est l’âge de la découverte. Je ne sais pas si c’est vraiment un trouble pour les ados que je soigne.” (Entretien 2)

En ce qui concerne les quatre autres participants, pour eux, **la sexualité est quelque chose de fort tabou dans l’institution.**

Verbatim :

“j’ai l’impression que ça reste quand même un sujet assez tabou, assez délicat à aborder.” (Entretien 10)

“Je pense que c’est un sujet assez tabou. [...] Peut-être qu’ils ne définissent pas ce besoin ou qu’il n’y a pas assez de réseau” (Entretien 4)

“J’ai plutôt l’impression que c’est quelque chose d’encore fort tabou.” (Entretien 5)

“La sexualité est de l’ordre d’une affaire privée, je suppose qu’on ne parle pas de sexualité” (Entretien 3)

3.1.3 La sexualité des adolescents en psychiatrie

Les représentations des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie sont différentes en fonction des participants.

Pour la moitié des participants, les mots qui revenaient souvent pour définir la sexualité des adolescents en psychiatrie sont souvent des mots à connotation négative :

Verbatim :

“Soumission, régression, dépression” (Entretien 3)

“Sans filtre, brut, violence, immature, impulsive” (Entretien 8)

“Anarchie.” (Entretien 6)

“Débridé” (Entretien 7)

“Ils ne savent pas avoir une relation saine au niveau affective et sexuelle” (Entretien 5)

Quatre participants, quant à eux, qualifiait la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie comme étant normale et en développement par l’expérimentation à leur âge.

Verbatim :

*“C’est un âge d’expérimentation et pour l’adolescent en psychiatrie, c’est la même chose.”
(Entretien 4)*

“évolution, identité, développement, complexe et amour quand même.” (Entretien 9)

*“normal dans le sens où ce sont des questions qui sont d’actualité quand on est adolescent,
c’est le moment où le corps change, on se pose plein de questions.” (Entretien 1)*

Enfin, un infirmier a le sentiment que la sexualité des adolescents peut être très variable et dépend du vécu et des problématiques psychiatriques rencontrées.

Verbatim :

*“On a autant des questions d’hypersexualité que de questions d’abstinence complète ou de
dégout par rapport à la sexualité.” (Entretien 10)*

3.1.3.1 Les problématiques rencontrées autour de la sexualité

Les problématiques en matière de vie sexuelle et de vie affective les plus rencontrées par les participants sont les suivantes : les mises en danger sexuelles, la question du genre et de l’identité sexuelle, les chagrins d’amour, les dangers sur les réseaux sociaux, l’accès à la pornographie, l’hypersexualité, le rejet de la sexualité et les traumatismes sexuels. Ces problématiques sont rencontrées aussi bien dans les unités mixtes que non-mixtes.

Verbatim :

“Des traumatismes sexuels, des jeunes filles abusées, des garçons qui ont des pulsions difficilement contrôlables, des mises en danger. [...] De manière générale, ce sont surtout des jeunes filles qui sont en difficulté dans leur vie sexuelle : des conduites à risque, multiples partenaires, ... aussi cela arrive que pour avoir des cigarettes ou autres avantages, elles acceptent des rapports.” (Entretien 8)

“La question du genre est également présente dans mon service : deux patientes vont s’embrasser dans le service, des patients qui se disent transgenres, il y a quelque chose de presque “normalisé”. Je pense à une patiente pour qui on ne savait pas comment l’appeler : “il ou elle ?”. On en parle mais ce n’est pas assez investigué en staff.” (Entretien 8)

“Une sexualité par des passages à l’acte. Cela arrive régulièrement. Mais aussi, une bonne partie de la patientèle a vécu des abus sexuels ou sont dans la prostitution.” (Entretien 7)

“des jeunes filles de 15-16 ans prises dans des réseaux de prostitution.” (Entretien 2)

“Mes patients ont souvent du mal à savoir ce que c’est l’amour, de reconnaître les émotions, de faire la part des choses entre amour et amitié.” (Entretien 5)

“Problème d’identité sexuelle, [...], les chagrins d’amour classiques mais quand on a une dépression ou une autre pathologie, cela peut prendre des ampleurs plus importantes.” (Entretien 9)

“Les réseaux sociaux sont quelque chose de terrible pour les jeunes, ça peut amener à des déviances comme le fait de filmer leur sexe.” (Entretien 3)

“Il y a le côté hypersexualité avec l’utilisation de son corps comme un objet, comme la possibilité de pouvoir tirer un avantage par les relations sexuelles. [...] De l’autre, c’est plus une question du dégoût, du rejet, vraiment l’idée que la sexualité c’est sale.” (Entretien 10)

Un infirmier constate pour sa part **un changement au niveau de la sexualité des adolescents**, au fil de sa carrière en psychiatrie. Les questions par rapport à la sexualité et la vie affective ne sont plus les mêmes qu’il y a une dizaine d’années, depuis l’apparition des réseaux sociaux :

Verbatim :

“Les questions par rapport à la sexualité ont vraiment changées et la place du porno et l’accès à la pornographie revient beaucoup plus souvent sur le tapis ainsi que la question des déviances sexuelles avec des pratiques plus trash comme la “zoophilie” et “nécrophilie”. Avec l’apparition des réseaux sociaux, il y a aussi la question de la cybersexualité mais aussi la question de l’image. [...] Il y a une perte de la limite entre ce qui est du privé, de l’intime et du public.” (Entretien 10)

3.1.3.2 Les comportements rencontrés autour de la sexualité

Les participants rencontrent les comportements suivants dans leur unité de soin : les relations sexuelles dans l'institution, les pulsions sexuelles, le partage de propos sexuels et la séduction.

Verbatim :

“la première chose qui me vient en tête ce sont des jeunes filles qui mettent leur corps en avant dans leur tenue vestimentaire. [...] La plupart des jeunes filles sont dans la question de la séduction, de l'habillement, de la comparaison entre elles, des corps, des formes, des passages à l'acte sexuel.” (Entretien 8)

“ça va de la masturbation au rapport sexuel, avec, comment dire... tous les passages possibles et imaginables.” (Entretien 10)

“jouer à touche-touche, ça se passe souvent au niveau des parties intimes, ou un jeu de séduction.” (Entretien 6)

“Les couples qui se forment au sein de l'institution, même si c'est interdit la proximité physique, ça a toujours existé. [...] La séduction est omniprésente. Des couples se forment et se brisent après quelques jours et puis, il y a de nouveau des pathologies, des problèmes.” (Entretien 2)

“des comportements les plus normaux à leur âge : des amourettes, des petits bisous, des trucs qu'on n'est pas censés voir. Je pense que ça reste quand même la majorité des comportements, même en psychiatrie.” (Entretien 7)

“il y a des adolescents qui vont aller à l'encontre du consentement. Il y a aussi tout ce qui est du débordement avec des images pornographiques qui sont transmises au groupe ou des propos crus.” (Entretien 1)

“Les chagrins d'amour, débordement, les choix du sexe [...] Il y aussi les problèmes de pulsions, de mettre des limites à ses pulsions, de mettre des limites aux pulsions des autres.” (Entretien 9)

3.2 LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DE LA SEXUALITÉ

3.2.1 Politique institutionnelle

Dans toutes les unités dans lesquelles travaillent les participants de notre recherche, **les relations et les contacts physiques sont interdits** (entre patients et/ou entre patient-soignant) au sein de l'institution, c'est-à-dire dans les bâtiments, les chambres et les espaces extérieurs.

Par contre, les relations à l'extérieur de l'institution sont sous la responsabilité des adolescents – les soignants jugeant ne pas avoir la possibilité, la légitimité ou la faculté de faire respecter le cadre de l'unité à l'extérieur.

Verbatim :

“Ils ne peuvent pas avoir de relations à l’intérieur de l’hôpital. Par contre, ce qui se passe à l’extérieur se passe à l’extérieur.” (Entretien 4)

“Au sein même de l’institution, il y a un interdit. Maintenant, ce qui se passe à l’extérieur, on n’a pas accès. On dit clairement que c’est interdit mais on sait très bien qu’il y a des choses qui ont eu lieu” (Entretien 5)

“Nous ce qu'on met dans notre règlement d'intérieur c'est que les relations sexuelles sont interdites dans le centre. Ils rentrent chez eux le week-end, donc ce qu'ils font hors du centre ne nous regarde pas. On peut parler avec eux, on peut en discuter mais vu que c'est en dehors de nos murs, on estime qu'on a aucun pouvoir là-dessus et qu'ils sont libres de faire ce qu'ils veulent le week-end mais on demande à ce qu'il n'y ait pas de relation sexuelle ni amoureuse dans l'institution, ce qui est très compliqué” (Entretien 10)

Deux participantes, travaillant dans une unité non-mixte, ont en revanche évoqué la possibilité de gestes affectueux, entre patients et/ou avec un soignant.

Verbatim :

“Les relations sexuelles sont interdites mais on peut se toucher la main, se faire des bisous, même parfois avec les soignants.” (Entretien 3)

“Faire un câlin à un jeune reste un soin informel.” (Entretien 6)

3.2.2 Ressenti du soignant par rapport à la règle de l’interdiction des relations.

Tous les participants de la recherche ont indiqué comprendre et adhérer à la règle institutionnelle en vertu de laquelle il ne doit pas y avoir « de relation dans l’institution ». Mais avec nuances entre les différentes réponses.

Quatre soignants se considèrent ainsi en accord avec le cadre de leur institution car ils pensent que l’hôpital n’est pas un lieu de rencontre pour ce type de relation : cela peut entraîner des conséquences au niveau de la santé du jeune et il faut respecter la loi de la majorité sexuelle.

Verbatim :

« C’est pareil que le travail, normalement tu ne peux pas coucher avec ton collègue. C’est la vie, c’est la société, c’est comme ça et ça ne me choque pas. Si tu as envie d’être avec ton amoureux, ils auront l’intelligence de se voir après l’hôpital, après le travail. De nouveau, on n’étaie pas sa sexualité. » (Entretien 3)

« On n’est pas à l’hôpital pour créer des relations affectives et amoureuses. » (Entretien 5)

« Parce qu’il peut y avoir des conséquences [...] il y a aussi une limite par rapport à la sexualité en Belgique. » (Entretien 4)

« Dans le cadre de la maladie, je pense que les bons souvenirs peuvent être présents mais quand ils ont le choix de leur sexualité. Dans mon service, ils n’ont pas le choix, ils sont entre

garçons. Je pense qu'il est alors important d'éviter les relations amoureuses. Je pense néanmoins que dans les services mixtes, ça ne devrait pas être accepté. » (Entretien 6)

Les autres soignants pensent que, malgré l'interdit, il faut rester souple au niveau du cadre : s'il y a eu une relation sexuelle entre deux patients, il y a rarement un renvoi définitif et un arrêt de l'hospitalisation. Nombreux préconisent, le cas échéant, une discussion avec les jeunes concernés : sur leur ressenti, le respect de la loi, les impacts éventuels sur le travail thérapeutique, sur l'autre jeune, sur le groupe, etc.

Verbatim :

« Je pense que l'interdit fondamental est le rapport sexuel. [...] Il y a un interdit mais ça ne peut pas dire qu'on ne peut pas en parler, qu'on ne peut pas tester, qu'on ne peut pas friqueter. C'est une question d'équilibre. » (Entretien 8)

« L'idée est de soit temporiser, soit de pouvoir discuter avec eux et qu'ils puissent mesurer l'impact que cela peut avoir sur leur travail thérapeutique. [...] c'est plus une ligne directrice pour structurer notre pensée mais on reste souple vis-à-vis du cadre. » (Entretien 10)

« Quand c'est là, on prend la balle au bond et on en discute. » (Entretien 1)

« Le fait qu'on punisse la sexualité ne doit surtout pas signifier diaboliser la sexualité mais qu'on en discute car il y a des règles et des lois à respecter. » (Entretien 7)

Certains soignants trouvent cependant que la règle appliquée est paradoxale pour une unité psychiatrique accueillant des adolescents : d'un côté, l'interdiction des relations entre patients fait partie des grandes règles institutionnelles et permet à l'institution de faire respecter les lois établies par la société et de l'autre, l'adolescence est la période de la découverte du corps et de la sexualité. Pour eux, il est illusoire de faire respecter cet interdit dans une unité qui accueille une trentaine d'adolescents mais **il permet de baliser car les relations amoureuses et sexuelles ont un impact sur le travail thérapeutique des patients.**

Verbatim :

« En même temps, c'est très paradoxal parce que l'adolescence est le moment de la découverte, des pulsions sexuelles, c'est le moment de l'intime. Le fait de vivre ensemble, la question du sexuel est omniprésente. Il y a une politique très précise et en même temps, c'est signe de vie... » (Entretien 8)

« C'est un peu illusoire quand on met 35 ados au même endroit et de se dire qu'il ne va rien se passer. » (Entretien 7)

« Ce n'est pas le lieu et au-delà de ça ... ça vient rajouter une dimension qui est importante qui vient camoufler d'autres difficultés pour lesquelles le jeune vient. » (Entretien 8)

« Cela reste une vie communautaire donc on va dire que l'intimité des uns et des autres est amenée à se rapprocher. [...] ça met un frein au travail thérapeutique. [...] au niveau de la

dynamique de groupe, [...] ça va avoir des impacts dans le travail au quotidien. » (Entretien 10)

3.2.3 Activité autour de la sexualité et la vie affective

Sur les dix soignants interrogés, sept constatent qu'il n'y a pas d'activité sur la vie sexuelle et affective proposée aux adolescents dans leur institution. Il y a eu des initiatives mais cela n'a pas duré. Cependant, deux de ces soignants rapportent que la sexualité est présente de manière informelle dans le quotidien de leur unité et dans les différents ateliers.

Verbatim :

« Ce n'est pas prévu mais c'est présent dans des groupes de paroles, dans des groupes « soin de soi », ... ». (Entretien 8)

Par contre, dans les institutions des trois autres soignants, il existe un groupe de parole organisé sur le sujet et souvent animé par un infirmier et un psychologue. Ces groupes de parole sont « genrés », c'est-à-dire qu'il y a une activité différente pour les filles et les garçons.

Verbatim :

« On a deux ateliers qui sont « genrés » ». (Entretien 10)

« Il y a un atelier « vie affective et sexuelle » qui a été mis une place, 1x pour les filles, 1x pour les garçons, animé par une psychologue et un infirmier ». (Entretien 1)

Enfin, pour quatre soignants, la mise en place d'activité sur le sujet serait intéressante car c'est une question adolescente à prendre en compte dans les soins en psychiatrie, mais cela doit être réalisé par un soignant qui a une expérience sur le sujet et un bon positionnement face aux adolescents car cela reste un sujet tabou.

Verbatim :

« Faut être très fort pour que ça ne parte pas dans tous les sens. [...] C'est délicat mais ce serait essentiel en même temps. » (Entretien 7)

« Le problème c'est qu'on n'arrive pas à avoir les mêmes résultats, la même efficacité, la même profondeur. La personne qui avait mené ces ateliers avait une expérience et un positionnement qui permettait que cet atelier fonctionne avec des ados. On essaie d'y travailler pour le remettre à jour. » (Entretien 10)

3.3 LE VÉCU DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITÉ PAR LE SOIGNANT

3.3.1 Rôle du soignant dans la prise en charge de la sexualité

Tous les participants considèrent que **la prise en charge de la sexualité fait partie de leur rôle en tant que soignant en psychiatrie** tant au niveau de l'éducation et prévention des risques que l'accompagnement sur le plan affectif.

Verbatim :

« On est là au quotidien et en première ligne. » (Entretien 1)

« On peut toujours les aider. Il faut vraiment les sensibiliser. Cela fait partie de l'éducation : être prévoyant, savoir penser à soi et au moins connaître les risques et puis, c'est leur choix. » (Entretien 2)

« Il faut savoir parler de tout. Savoir surtout écouter, être le relais, être une oreille attentive. » (Entretien 3)

« Je pense que tout professionnel de la santé a un rôle là-dessus. Sensibiliser, informer, un rôle d'éducation à la santé. » (Entretien 4)

« Certaines pathologies amènent à une difficulté à se protéger soi-même [...] Je pense que c'est important pour nous de rester vigilant là-dessus. » (Entretien 6)

« Je crois qu'en tant que soignant du quotidien, c'est quand même une thématique qui joue dans le quotidien donc je crois que c'est important d'y donner une place. » (Entretien 9)

« Beaucoup de parents sont défaillants et n'abordent jamais la question de la sexualité avec leurs enfants et donc on reprend un peu ce volet-là. » (Entretien 10)

Malgré le manque de formation, **la plupart des soignants se considèrent légitime à investir ce rôle auprès des patients grâce à leur propre expérience et au rôle d'écoute et d'accompagnement.** Le plus important, selon certains, est de connaître les limites de ses compétences et de pouvoir déléguer à un autre professionnel pour répondre aux demandes des jeunes qui semblent plus compliquées.

Verbatim :

« Pour moi, ce n'est pas une difficulté [...] Après chacun doit connaître ses propres limites et les limites de ses compétences. » (Entretien 4)

« Je pense que ce n'est pas un sujet qui faille aborder en disant « je sais, je connais et j'ai la vérité ». » (Entretien 7)

« Ce qui est l'ordre du trauma, cela revient au psychologue, par contre tout ce qui est de l'ordre du sociétal, ce sera plutôt à moi d'y être attentif au quotidien. » (Entretien 8)

« Avoir un relais ou un tiers quand il y a des questions trop privées ou quand l'enjeu du lien est trop important d'un point de vue thérapeutique. » (Entretien 10)

Cependant, pour une infirmière, il est difficile de se considérer comme légitime à discuter de sexualité auprès des adolescents car elle n'a pas eu une formation suffisante.

Verbatim :

« C'est difficile parce que, oui je pense que ça fait partie de mon rôle, mais parfois je ne sais pas comme aborder, de quelle manière aborder les choses [...] Je pense que c'est difficile d'avoir une position claire car pour certaines choses je manque d'informations, de techniques. » (Entretien 5)

La plupart des soignants ont un intérêt pour la problématique et accepterait de suivre une formation sur la sexualité et la vie affective si celle-ci était proposée en interne. Par contre, en externe, peu sont intéressés car cela demande un investissement personnel et il y a peu d'opportunité de le faire à cause de la charge de travail en hôpital.

Verbatim :

« Oui c'est sûr mais on est sollicité beaucoup. » (Entretien 3)

« C'est une formation intéressante et je la suivrais si j'ai l'opportunité et les moyens. » (Entretien 4)

« Si l'institution la propose, à 100%. En externe, oui, mais ça n'intéresse pas toujours les chefs de service car ils ne voient pas toujours les intérêts. » (Entretien 5)

« Je pense que toutes les opportunités qui s'offriraient à moi pour prendre un peu plus d'expérience et mieux encadrer les patients, je ne dis pas non. » (Entretien 6)

« Si le travail veut me former, je le fais avec plaisir mais je ne vais pas aller courir vers ça. » (Entretien 7)

« Je la suivrais en interne. En externe, oui mais pas à n'importe quel prix. » (Entretien 8)

« Mon temps libre est assez restreint et ce n'est pas ma priorité non plus. » (Entretien 9)

« Ça m'intéresserait mais ça dépend de l'investissement qui est nécessaire derrière. » (Entretien 10)

3.3.2 Confrontation à des discussions autour de la sexualité en psychiatrie

La majorité des soignants sont confrontés quotidiennement à des discussions autour de la sexualité dans leur unité de soins mais à différents niveaux :

Premièrement, quatre d'entre eux sont confrontés quotidiennement à ces discussions directement avec le patient, souvent à sa demande ou alors le sujet est abordé par le soignant, mais de manière très pudique, soit pour questionner l'ado ou bien pour mettre un cadre en cas de débordement.

Verbatim :

« Parler de sexualité avec les jeunes, ça m’amuse souvent mais c’est aussi pour mettre un stop. » (Entretien 1)

« Étant donné que ce sont des jeunes qui se recherchent, ça leur arrive de poser des questions. » (Entretien 4)

« Avec les jeunes, j’y suis attentif mais je suis très pudique. [...] J’en parle mais toujours dans l’attention, la bienveillance et de manière détournée. » (Entretien 8)

« On a des entretiens privés en face à face avec le jeune, des entretiens en concertation et un travail avec la dynamique du groupe au niveau jeune. [...] Cela peut être à la fois informel ou formel, ça peut être des discussions en individuel ou en groupe. » (Entretien 10)

Deuxièmement, certains soignants ont déjà eu des discussions sur la sexualité en équipe : que ce soit sur la sexualité des patients ou sur la sexualité en générale, sur un ton humoristique par exemple.

Verbatim :

« Par exemple, un jeune prend un bain et les collègues disent « n’y va pas tout de suite, il est en train de se masturber dans sa salle de bain » - merci de me l’avoir dit, je ne veux pas le déranger. » (Entretien 3)

« Avec les collègues, tout le temps. [...] La question sexuelle vis-à-vis des collègues est omniprésente, voire trop je trouve. » (Entretien 8)

Troisièmement, deux infirmiers notent que ce sont des discussions qui demeurent essentiellement entre les patients.

Verbatim :

« On est les derniers vers lesquels les adolescents viennent pour en discuter car parfois, ils préfèrent toujours discuter entre eux. C’est normal de discuter de l’expérience de quelqu’un qui a le même âge. » (Entretien 2)

“Les premiers interlocuteurs qu’ils choisissent, c’est entre eux.” (Entretien 9)

Enfin, deux infirmiers déclarent ne pas être au courant de discussions (fréquentes) sur le sujet.

Verbatim :

« Non, je ne suis pas souvent confronté, c’est vraiment rare. » (Entretien 5)

« Je trouve que ça reste un sujet où on a une certaine pudeur, surtout quand ça devient compliqué. » (Entretien 9)

3.3.3 Les facilitateurs de la discussion

Différents facteurs facilitent la discussion de la sexualité avec les adolescents hospitalisés en psychiatrie. La majorité des soignants évoquent **la relation de confiance avec le patient, la disponibilité des soignants, la référence et l'occasion de pouvoir faire tiers avec un professionnel davantage formé sur le sujet**. L'illustration de problématiques par des faits concrets aide certains à aborder le sujet et à accompagner le patient.

Verbatim :

“Moi ça me dérange un peu, c'est vrai qu'il faut parler de sexualité mais aller commencer à interroger... C'est plus sur des faits qu'il faudrait revenir avec le jeune, ça oui” (Entretien 3)

“instaurer un climat de confiance et de non-jugement” (Entretien 4)

“De ne pas en faire un tabou et de voir un peu les questions qui émergent chez eux. [...] D'avoir le temps et un contexte qui permet d'avoir une relation de confiance avec un interlocuteur, avec un principe de référence par exemple. On a de la chance d'avoir un intervenant tiers.” (Entretien 10)

Un éducateur note cependant l'importance de **l'histoire du jeune et son comportement**. Il utilise l'humour pour en parler avec ses patients.

Verbatim :

“Je pense que, même avec la sexualité, on peut en parler, on peut en rire, on peut utiliser l'humour.” (Entretien 8)

“Le passif est vraiment important et la manière de se comporter de la jeune, l'attitude de séduction, sa relation à l'autre, la manière dont elle s'habille, dont elle parle...” (Entretien 8)

Ce qui facilite également la discussion, selon un infirmier, c'est de pouvoir **mettre à distance nos représentations et d'avoir l'esprit ouvert**.

Verbatim :

“Une relecture de soi et comment nous on le vit pour qu'on puisse mettre ça à distance. [...] Projeter des arrêtés d'adulte sur l'adolescent, cela peut être dangereux. Il faut garder le sujet ouvert.” (Entretien 9)

De plus, une soignante pense que l'utilisation d'un média pour aborder la thématique serait un bon outil pour faciliter la discussion avec les patients. Cela peut être sous la forme d'un atelier, par exemple, selon un autre soignant.

Verbatim

“Proposer un espace de parole pour ça.” (Entretien 7)

“Un outil très intéressant est le théâtre.” (Entretien 8)

Enfin, selon une infirmière, le cadre de l'institution ne serait pas un facteur facilitant la discussion sur la sexualité. La possibilité d'une réelle discussion reposerait, en effet, essentiellement sur un transfert soignant-soigné ou sur la volonté du soignant à s'intéresser au patient.

Verbatim :

“le lien qu'on peut créer avec un patient ne dépend pas de l'institution. Il dépend de certains transferts, de notre manière de faire, d'être. [...] Ce n'est pas le cadre qui ouvre ou qui ferme, c'est plus la disponibilité du soignant, un espace d'écoute.” (Entretien 4)

3.3.4 Les thématiques abordées

Les soignants rencontrent diverses questions/sujets de la sexualité avec leurs patients, surtout sur **les dimensions biologiques, psychologiques et affectives de la sexualité** : les changements corporels, la santé sexuelle, la contraception, les risques, l'identité sexuelle, le genre, le consentement, le respect de soi et de l'autre, les relations amoureuses et les émotions.

Verbatim :

“Au niveau affectif, c'est souvent “c'est quoi l'amour ?”, “Que ressent-on quand on est amoureux ?” [...] On parle beaucoup des règles aussi, aux changements corporels que beaucoup de filles ont du mal à accepter [...] Cette transformation amène à une vie plus sexuelle.” (Entretien 5)

“Les aspects de la vie sexuelle, l'homosexualité, la bisexualité, le changement de genre. Je parle rarement crument avec une jeune fille sur sa sexualité donc c'est plutôt le périphérique dont on parle : le consentement, le respect de soi, jusqu'où on va, on accepte ou pas, ... [...] Je trouve que c'est peut-être lié aussi à la psychiatrie mais on accueille pas mal de jeunes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle.” (Entretien 7)

“Pas seulement le côté de la casquette de l'éducation mais aussi de dire que c'est une belle chose, que c'est quelque chose qu'il faut partager, il faut la vivre.” (Entretien 8)

“être attiré, d'être rejeté par l'autre, d'être attiré par le même sexe, de se sentir l'autre sexe dans la peau, biologiquement différent, le consentement, se mettre des limites, de prendre garde aux attentions de l'autre, le respect de soi et de l'autre.” (Entretien 9)

“Autant les questions sur le premier acte, le dépucelage, les questions sur les types de rapport, ses souhaits, son idéal de la sexualité, les comparatifs par rapport aux films porno, l'accès à la pornographie, des questions par rapport aux IST, à la contraception.” (Entretien 10)

3.3.4.1 Le sujet est-il abordé par le soignant ?

Plus de la moitié des soignants n'abordent pas spontanément la question de la sexualité avec leurs patients. **Les discussions sont abordées lorsque le jeune le demande ou lorsqu'il y a**

eu un débordement au niveau du cadre de l'unité. Un soignant rappelle l'importance du lien de confiance entre le soignant et le patient pour aborder la thématique.

Verbatim :

“La porte d’entrée souvent ce sont les débordements même si on reste disponible pour les jeunes qui ont des questions.” (Entretien 1)

“Je ne l’amène pas mais eux me l’amènent et alors on a un échange.” (Entretien 4)

“Je pense qu’il faut un gros transfert et un gros lien de confiance pour me permettre de faire ça.” (Entretien 7)

Trois soignants, quant à eux, abordent la question de leur propre chef aux patients dans le but de s’assurer de la sécurité et de prévenir les risques de mises en danger.

Verbatim :

“Je leur demande d’avoir confiance et de se déposer si jamais un autre jeune dépasse les limites avec eux.” (Entretien 6)

“Je pense qu’elles ne s’autorisent pas alors c’est moi qui viens questionner, par le biais sécuritaire et sanitaire.” (Entretien 8)

3.3.4.2 Quels sont les sujets qu’il serait important d’aborder ?

Une grande partie des soignants estiment que la cyber sexualité et la pornographie devrait être abordées avec les jeunes car cela crée des problématiques importantes.

Verbatim :

“la pornographie, je ne l’ai jamais abordée, l’acte sexuel, les dangers liés aux réseaux sociaux.” (Entretien 5)

“il me semble important aussi d’aborder la pornographie et les dangers sur les réseaux sociaux. On a régulièrement des problèmes donc ça vaudrait la peine d’évoquer ce genre de choses.” (Entretien 7)

La sexualité violente, la sexualité épanouie, la dimension affective de la sexualité et les représentations de la femme et de l’homme sont également des sujets rapportés dans les entretiens.

Verbatim :

“Mes collègues estiment que parfois il ne faut pas relever la difficulté affective du patient mais moi, je la trouve importante pour l’épanouissement du jeune.” (Entretien 6)

“Pour moi, on n’accentue pas assez l’amour.” (Entretien 9)

*“la question de la représentation de l’homme et la femme, la question des transgenres.”
(Entretien 10)*

3.3.5 Les émotions du soignant vis-à-vis de la sexualité de l’adolescent hospitalisé en psychiatrie

Quatre soignants ressentent de **l’empathie** face à la sexualité de leur patient et estiment parvenir à trouver une juste distance avec eux.

Verbatim :

“l’amour et la joie quand tout est rose quand ils tombent amoureux [...] Malheureusement, parfois de la déception.” (Entretien 2)

“de l’empathie et de la guidance.” (Entretien 1)

Six soignants expriment de **l’inquiétude, de la tristesse ou de la colère** vis-à-vis de la sexualité des jeunes. Selon eux, la majorité de leurs patients ont des difficultés à se mettre des limites et se mettent en danger ou sont victimes de violences sexuelles.

Verbatim :

“Quelque part de la tristesse car ils ne savent pas se mettre des limites ou ils sont victimes de débauches, de comportements à risque.” (Entretien 9)

“de l’inquiétude, parce qu’elles ne voient qu’un axe de la sexualité, c’est-à-dire la performance physique et l’aspect émotionnel est souvent mis de côté.” (Entretien 8)

“ça me rend triste car ce n’est pas une belle sexualité.” (Entretien 3)

Un infirmier s’inquiète, enfin, d’un manque d’éducation et d’esprit critique des jeunes qui ont, selon lui, tendance à tout croire sur internet et les réseaux sociaux. Il a également l’impression que les questions de la sexualité arrivent plus tôt qu’avant chez les jeunes.

Verbatim :

“ il n’y a pas beaucoup d’esprit critique, par manque à la fois de connaissance mais aussi qu’ils ont tendance à croire tout ce qui est écrit tel quel sur internet sans vérifier les sources.” (Entretien 10)

3.3.6 Les soignants face à la prise en charge de la sexualité

3.3.6.1 Est-ce compliqué de discuter de sexualité avec les adolescents hospitalisés en psychiatrie ?

Six soignants estiment qu’il **n’est pas compliqué de discuter de sexualité avec des adolescents**. Certains trouvent cependant qu’il est plus facile d’en discuter autour d’un débat ou quand le jeune est en demande.

Verbatim :

“Non cela ne me semble pas compliqué. Je trouve que la sexualité fait partie de la vie. Il ne faut pas en faire un sujet tabou et de faire comme si cela n'existe pas.” (Entretien 2)

“Si c'est un débat, ok mais s'il faut voir un autre jeune car il a été inadéquat, tant avec les jeunes qu'avec les adultes... C'est compliqué quand il y a une intrusion.” (Entretien 3)

Les quatre autres soignants jugent la discussion complexe, surtout avec certains patients. Par exemple, les patients qui ont eu des abus ou qui présentent des symptômes altérant la communication et les relations sociales.

Verbatim :

“Pour les patientes abusées, parfois c'est plus difficile mais elles restent sur ce qu'elles ont vécu donc c'est compliqué d'aborder la sexualité de manière autre.” (Entretien 5)

“C'est compliqué parce que c'est sensible. C'est d'autant plus sensible car dans leur histoire ils ont eu des problèmes autour de la sexualité.” (Entretien 7)

“ça dépend plus du patient que de l'intervenant. Ça peut être très long. On a des jeunes qui sont complètement mutique donc discuter de sexualité avec un patient qui ne veut pas ou qui a extrêmement du mal à s'exprimer tout court, c'est très long.” (Entretien 10)

3.3.6.2 Les soignants sont-ils à l'aise de parler de sexualité ?

Six soignants sur dix interrogés ont indiqué ne pas éprouver de difficultés particulières à parler de sexualité avec un adolescent.

Verbatim :

“Je m'autorise à en parler. C'est d'ailleurs un moyen de rencontre quand il n'y a pas de difficultés ou de malaise.” (Entretien 8)

“Pas pour moi mais ça peut être compliqué pour certaines personnes de l'équipe qui sont mal à l'aise.” (Entretien 1)

A contrario, deux soignants ont exprimé leur malaise.

Verbatim :

“Je suis plus à l'aise de parler de vie affective que de sexualité en tant que telle. [...] C'est un peu au feeling avec les ados : c'est plus facile d'en parler avec un jeune en demande qu'avec un jeune qui n'en parle pas.” (Entretien 5)

Pour un infirmier, tout dépend du contexte dans lequel la discussion a lieu.

Verbatim :

“Grosso modo, oui mais ça dépend du contact. Si lors d’une activité extérieure, par exemple dans le métro, il faut pouvoir dire que le contexte ne s’y prête pas.” (Entretien 10)

3.3.6.3 Y-a-t-il des questions qui provoquent un malaise chez le soignant ?

La majorité des soignants déclarent n’avoir jamais rencontré de questions qui les mettaient mal à l’aise. Cependant, certains ont admis se sentir mal à l’aise quand le patient interroge le soignant sur sa propre sexualité - ou quand le soignant devient l’objet d’un transfert au niveau de la vie sexuelle du patient.

Verbatim :

“Il n’y a pas vraiment de malaise.” (Entretien 8)

“la difficulté est quand je suis l’objet de ses malaises sexuels.” (Entretien 6)

“C’est plus quand ils font le lien entre leur sexualité et la sexualité présumée des accompagnants.” (Entretien 10)

“Je reçois des questions mais sur ma vie personnelle, sur ma sexualité, là il y a un mur qui se met.” (Entretien 7)

Néanmoins, pour deux soignants, le fait même de parler de sexualité est inconfortable pour eux car cela est tabou.

Verbatim :

“Le sujet en soi n’est pas mon dada du tout.” (Entretien 9)

“Je viens d’une famille où la sexualité était vraiment un gros tabou [...] tu luttas contre ce tabou qui est ancré en toi pour aborder ce sujet-là” (Entretien 7)

Enfin, une infirmière évoque un sentiment d’inconfort quand il y a de la violence dans le discours.

Témoignages :

“La violence qui peut être exercée, dans des récits ou quelque chose comme ça.” (Entretien 3)

3.3.6.4 Qu’est ce qui pourrait augmenter leur confort face à la prise en charge ?

Selon les participants, il existe divers moyens qui peuvent augmenter le confort des soignants face à la prise en charge de la sexualité des adolescents en psychiatrie. Ces moyens sont notamment la **mise en place de discussions en équipe, la possibilité de formation, la**

disponibilité de ressources et d'outils, la création d'un espace de parole et l'acquisition de l'expérience.

Verbatim :

“pour aider les soignants, je dirais des formations et des outils pour mettre en place des ateliers.” (Entretien 1)

“avoir un espace pour parler de ça serait l'idéal.” (Entretien 4)

“Une formation, avoir des outils pratiques [...] avoir une personne ressource qui connaît le sujet pour poser des questions.” (Entretien 5)

“que ce soit discuté et réfléchi entre soignants.” (Entretien 7)

“Je crois que c'est simplement l'expérience.” (Entretien 9)

“Avoir accès au tiers [...], avoir des journées où on peut en discuter en équipe.” (Entretien 10)

3.3.6.5 L'expérience du soignant a-t-il une influence ?

Neuf soignants sur dix ont répondu que **l'histoire de vie et l'expérience du patient a une influence sur la prise en charge de la sexualité des patients**. Certains d'entre eux précisent aussi que le transfert et contre-transfert joue aussi un rôle important dans cette prise en charge.

Verbatim :

“Je pense que notre propre perception de la sexualité joue sur le fait d'être à l'aise ou pas à l'aise. L'éducation, la culture, etc. Peuvent aussi avoir un impact sur le positionnement du soignant et bien sûr, le principe d'écoute et la position de neutralité bienveillante. On travaille beaucoup avec la question du transfert et du contre-transfert. On ne peut jamais être bienveillant et neutre tout le temps parce que ce n'est pas possible en étant H24 avec des adolescents.” (Entretien 10)

“Mon histoire personnelle autour de ma sexualité a un impact, une influence sur mes interventions chez les jeunes, clairement.” (Entretien 8)

“Je pense qu'en terme de sexualité, on touche à l'intime de l'intime donc on peut difficilement se départager de ça. On peut difficilement se détacher de son éducation, de ce qu'on a vécu.” (Entretien 7)

Pour la soignante restante, il ne s'agit toutefois pas de l'histoire de vie mais plutôt du **caractère du soignant**, qui joue une influence déterminante.

Témoignage :

“Non je pense que c’est plutôt lié au caractère. [...] C’est moi qui ai plus une peur de la gêne, de créer des moments gênant pour le jeune, de le mettre mal à l’aise, de l’ébranler.”
(Entretien 5)

4 CHAPITRE IV. DISCUSSION

4.1 LES REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS SUR LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS EN PSYCHIATRIE

La sexualité des adolescents hospitalisés en institutions psychiatriques est un vaste sujet qui aurait pu être abordé sous différents points de vue tant il y a des débats et des problématiques autour. Et malgré que la sexualité soit désormais reconnue comme partie intégrante de la santé globale, la théorie et la pratique convergent encore vers le même constat : celle-ci y est peu considérée.

Or, comme chacun le sait, l’adolescence est également une période de la vie durant laquelle l’individu découvre sa sexualité. Une découverte aujourd’hui réalisée sans véritable repère sociétal, dans un monde aux valeurs en grande (r)évolution, mais sous une pléthore d’informations, correctes ou erronées, accessibles via internet. Comment, dans ces conditions, garantir à l’adolescent, fragilisé de surcroît, le besoin de repères qui lui sont nécessaires pour s’épanouir ?

L’implication du soignant, à savoir d’apporter ces repères aux adolescents hospitalisés et de les accompagner vers une sexualité saine, est-elle désirée par ceux-ci et, le cas échéant, est-elle réellement appropriée au regard de leurs représentations sociales ?

La stigmatisation et les représentations des soignants vis-à-vis de la sexualité de leur patient joue un rôle important dans la prise en charge. Selon Giordana (2010), ils peuvent empiéter sur les soins et priver les adolescents de leurs droits à des soins globaux.

La sexualité constitue, d’après les soignants, une composante dominante de l’épanouissement de l’adolescent, de surcroît celui admis en psychiatrie : « *Pour moi, la sexualité fait partie de l’humain. C’est un âge d’expérimentation et pour l’adolescent en psychiatrie, c’est la même chose.* » (Entretien 1) ; « *Tous les jeunes ne sont pas traités pour ça mais il y a quelque chose de la sexualité dans le quotidien.* » (Entretien 8)

La difficulté pour les soignants est d'éviter de projeter une sexualité d'adulte sur les adolescents : *« arrêter de projeter vos propres représentations sur des ados ou enfant parce que la sexualité des ados n'est pas une sexualité d'adulte. »* (Entretien 1) En effet, les préoccupations des adultes concernant la sexualité des adolescents, selon Jacquin (2009), est d'éviter à tout prix les risques de la sexualité sans tenir compte de l'apprentissage que représente cette période de la vie. Les soignants participants à notre recherche considèrent tous que l'éducation et la prévention des risques font partie de leur rôle dans la prise en charge de la sexualité : *« sensibiliser, informer, un rôle d'éducation à la santé. »* (Entretien 4). Ils pensent aussi que leur rôle est de pouvoir aider le patient à respecter les limites de soi et de l'autre, considérant que les difficultés mentales du jeune imposent des difficultés. *« Il y a quand même certaines pathologies qui amènent à se protéger soi-même. Étant déjà dans les limites aussi au niveau de l'autorité, des difficultés à y adhérer, parfois je trouve quand même important pour nous de rester vigilant là-dessus. »* (Entretien 6) ; *« au quotidien, il y a un rôle de contrôle, de vérification pour éviter les débordements. »* (Entretien 7)

La société impacte également l'image de la sexualité des adolescents. Nous vivons dans un contexte culturel dans lequel le sexe est omniprésent, or elle fait partie de l'intimité de chaque individu (Jacquin, 2009). Outre la société, le milieu familial et social, la culture, la scolarité, la religion, les médias et les pairs influencent aussi la sexualité des adolescents (Coslin (2019) ; Cour (2013)). *« Grandir dans la société actuelle entraine des conséquences différentes sur nos jeunes – au niveau du climat ou de la sexualité – tout est quand même fort différent par rapport à nos parents ou nos grands-parents. »* (Entretien 9). De plus, avec l'apparition des réseaux sociaux, les adolescents ont des difficultés à faire la part des choses entre ce qui est de l'ordre de l'intime. *« il y a une perte de la limite entre ce qui est du privé, de l'intime et du public »* (Entretien 10). Il en déduit une perte de repères auxquelles les jeunes doivent faire face et qui peut induire un déséquilibre sous forme de symptômes.

L'adolescent en psychiatrie est un jeune en souffrance. Cette souffrance peut être liée à une pathologie psychiatrique mais aussi par cette perte de repères, au niveau sociétale ou familiale. *« Je parlerais d'adolescents fragilisés par rapport aux exigences sociétales »* (Entretien 8). Les enjeux sont très variés. Cela peut être une difficulté à s'accepter dans un nouveau corps (Courtecuisse, 2001) ou un dysfonctionnement familial ou social (Coslin, 2019). *« Il y a plusieurs enjeux qui font qu'ils sont plus sensibles à faire crise. Ses enjeux peuvent être autant des facteurs sociaux, la vie familiale, ça peut être lié à la puberté, la transformation du corps, ... »* (Entretien 4).

Certaines études montrent une association entre les troubles psychiatriques et les comportements à risques sexuels (Gambaduro et al, 2018 ; Brown et al, 1997 ; Yessonguilana Yéo-Ténéna, et al, 2014) ; les troubles impactant la santé sexuelle. Une minorité de soignants interrogés considèrent aussi que la sexualité peut mener à des difficultés mentales : « *on développe des troubles parce qu'on a été abusé ou agressé* » (Entretien 3). Pour eux, la sexualité joue un rôle dans le mal-être et la souffrance des adolescents qu'ils rencontrent dans leur service. « *La sexualité, quand elle est mal vécue ou mal gérée, conduit à la psychiatrie.* » (Entretien 3).

Couraud (2001) soutient le fait que beaucoup de jeunes, rencontrés en psychiatrie, ont eu une histoire chaotique dans leur vie sexuelle et cela a un retentissement important sur leur développement psychoaffectif et sexuel. La plupart des soignants sont d'accord : « *Généralement avec une histoire de vie qui est chaotique, c'est rare qu'il ne se soit rien passé dans son histoire pour qu'il arrive en psychiatrie* » (Entretien 1).

Cependant, une partie minoritaire des soignants seulement évoque la possibilité que le placement en institution puisse engendrer des troubles de la sexualité : « *la difficulté d'être en psychiatrie pour eux aussi, c'est d'avoir des premières découvertes sexuelles dans un cadre où quelqu'un l'impose, où il y a un attouchement imposé et le jeune ne comprend peut-être pas.* » (Entretien 6) ; « *comprendre ce qu'il se passe à l'extrême pour éviter les cas de viols qui ont déjà eu lieu dans l'institution.* » (Entretien 6)

Les problématiques de la vie sexuelle et affective les plus rencontrées par les participants sont les mises en danger sexuelles, les traumatismes sexuels, les déceptions amoureuses, les dangers sur les réseaux sociaux, l'hypersexualité et parfois aussi, le rejet de la sexualité. Ces problématiques sont illustrées par Jeanmet (2001) comme étant une réaction de l'adolescent pour essayer d'intégrer sa sexualité.

Les troubles du genre et de l'identité sexuelle sont également souvent présents en psychiatrie. Pendant longtemps, cela a été considéré comme « anormal » mais les représentations ont évolué depuis quelques années (Coslin, 2019). Cependant, les représentations restent encore négatives dans la société et les jeunes sont alors fragilisés et hospitalisés en psychiatrie (Coslin, 2019). « *Je trouve que c'est peut-être lié à la psychiatrie mais on accueille pas mal de jeunes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle et du coup, cela provoque des questions chez les autres. [...] Ce sont des jeunes qui ont une sexualité souvent un peu plus décalée par rapport à un ado qui n'est pas en psychiatrie. Je pense qu'il y a plus facilement des expériences homosexuelles*

ou ce genre de chose avec le public qu'on a. » (Entretien 7) ; *« il y a quelque chose de presque normalisé. »* (Entretien 8).

En contrepartie, Couraud (2001) dit que le groupe définit ce qui est normal concernant la sexualité. Peut-être que les jeunes se sentent-ils plus libres d'exprimer leurs pulsions et leurs expériences affective au sein de l'institution ?

Dans notre recherche, les soignants sont partagés sur leur définition de la sexualité des jeunes hospitalisés en psychiatrie. Certains la considèrent comme normale, prenant en compte la spécificité de l'adolescence, c'est-à-dire la sexualisation, définie par Coslin (2019), comme une métamorphose physique, psychique et sociale. D'autres définissent la sexualité de leurs patients comme une sexualité débridée, violente, ne donnant pas une image positive et saine de leur santé sexuelle.

Ces définitions sont influencées par l'expérience du soignant de son adolescence et de sa sexualité *« Je n'étais pas soumise et je trouve que ces jeunes filles sont fort soumises à ces garçons ou hommes qui les font dévier. »* (Entretien 2) et la stigmatisation de la maladie mentale *« Je pense que je pars sur des aprioris, que j'ai entendu par rapport notamment à l'unité des adolescents, par rapport à des choses qui se sont passées chez les adolescents. Je pense que j'ai une mauvaise image. »* (Entretien 5). Tomkiewicz (2001) appuie l'impact de l'histoire personnelle du soignant et leur tendance à pathologiser le comportement sexuel du jeune hospitalisé en psychiatrie sur les représentations du soignant sur la sexualité de l'adolescent en institutions psychiatriques.

En ce qui concerne la formation des soignants, l'étude de la sexualité est considérée comme un accessoire à leur formation, et non une condition sine qua non au bon accomplissement de leur profession, or elle influence aussi les stigmatisations (Perrin, 2018).

Le contexte social et idéologique de la société joue un rôle également sur les normes de l'infirmier ou de l'éducateur sur la sexualité (Abric, 1994) : *« C'est difficile car on a chacun nos normes différentes. Si on était en psychiatrie au Brésil, qu'il fait 45° tout le temps, que j'ai des collègues qui viennent en méga-top et que culturellement je suis né là-dedans, ça ne me choquerait peut-être pas. [...] Si j'étais au Brésil, peut-être que ce serait la norme finalement »* (Entretien 8).

De plus, les émotions des soignants, face aux situations rencontrées dans leur institution, montrent très bien leur image, leur représentation de la sexualité de leur patient. La majorité

ressentent de l'inquiétude, de la tristesse, de la colère ou de l'incompréhension. Une minorité, et ce sont ceux qui considèrent la sexualité de l'adolescent comme « normale », ressentent de l'empathie.

Seuls certains soignants ont conscience de leurs propres représentations sociales sur la sexualité et les patients concernés, bien que tous fassent références à leur vécu et à leur expérience personnelle dans leur manière d'appréhender le sujet : *« je pense que notre propre perception de la sexualité [...] l'éducation, la culture, peuvent avoir un grand impact sur le positionnement du soignant et bien sûr, le principe d'écoute et de neutralité bienveillante. On travaille beaucoup avec la question du transfert et du contre-transfert »* (Entretien 10). Or, cette prise de conscience réduirait leur impact dans les soins et l'accompagnement de l'adolescence vers une meilleure santé sexuelle (Perrin, 2019).

4.2 LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DE LA SEXUALITÉ

4.2.1 L'interdiction de relation au sein de l'institution

Toutes les institutions, dans lesquelles les participants travaillent, partagent la même règle sur la relation sexuelle et affective des patients : les relations sont interdites dans l'institution. Les soignants déplorent les débordements des patients à l'extérieur du cadre institutionnel, qu'ils estiment ne pas pouvoir ni devoir contrôler et vérifier : *« ce qu'il se passe hors du bâtiment, on n'a pas accès. On dit clairement que c'est interdit, ça ne peut pas avoir lieu mais on sait très bien qu'il y a des choses qui ont eu lieu »* (Entretien 5).

Les soignants jugent approprié l'interdiction des relations entre patients au sein de leur institution, estimant cette mesure nécessaire aux fins de prévenir et/ou de pouvoir condamner légitimement tout débordement d'affection entre patients. Mais face à cette règle absolue, les soignants se trouvent un peu perdus. Pour certains, le respect de la loi et du cadre de l'hôpital doit être absolument prioritaire. *« Il y a aussi une limite par rapport à la sexualité en Belgique. Je pense que c'est pour les protéger de plusieurs choses. »* (Entretien 4) ; *« c'est la vie, c'est la société, c'est comme ça »* (Entretien 3). Or, Lauru (2001) explique que les relations amoureuses et sexuelles sont inévitables dans les unités psychiatriques pour adolescents. Certains soignants illustrent ce fait : *« c'est un peu illusoire quand on met 35 ados ensemble et de se dire que rien ne va se passer »* (Entretien 7) ; *« c'est très paradoxal parce que l'adolescence est le moment de la découverte, des pulsions sexuelles »* (Entretien 8). D'une part, empêcher les adolescents

à faire leur propre expérience affective serait contre-nature. D'autre part, pour certains soignants, cela provoque des impacts au niveau du travail thérapeutique et de la dynamique de groupe : *« ça vient rajouter une dimension importante qui vient camoufler d'autres difficultés pour lesquelles le jeune vient. »* (Entretien 8) ; *« ça fait réveiller d'autres questions chez les jeunes par rapport au niveau du désir, de l'amour etc mais ça met aussi des questions de loyauté, des conflits et ça complique les choses »* (Entretien 10).

Finalement, Deshays (2016) le relève bien : les soignants sont perdus face aux conduites à tenir entre leurs propres valeurs, celles de l'institution et celles de la société.

Quelle serait donc la meilleure conduite à tenir face à la règle ? Lauru (2001) propose de considérer la règle comme une balise pour rappeler que l'institution psychiatrique reste un lieu de soin. Même si, selon certains soignants, il est difficile dans le quotidien de faire respecter le cadre *« c'est difficile, il faut le prendre sur le fait. »* (Entretien 8) ; *« je comprends le sens des règles mais dans l'application du quotidien, elles ne sont pas toujours... disons que c'est plus une ligne de conduite qu'une règle parce que on doit s'adapter aux situations. »* (Entretien 10). L'important est que cette règle permette aux adolescents de protéger leur intimité et de baliser la sexualité, omniprésente dans notre société. Elle peut être discutée lorsqu'il y a transgression et ne doit pas rendre tabou la sexualité (Lauru, 2001). *« Ça va être un sujet de discussion de la sexualité. [...] il y a un interdit mais ça ne peut pas dire qu'on ne peut pas en parler, qu'on ne peut pas tester. »* (Entretien 8)

4.2.2 La prise en charge de la sexualité

Bien que la sexualité soit omniprésente dans le quotidien des adolescents, la prise en charge de la sexualité n'est pas prioritaire dans l'institution. *« On l'a tous en vision globale, dans nos filtres mais on ne va peut-être pas assez le verbaliser, le travailler, aller plus loin dans le travail »* (Entretien 8).

Parmi les participants, peu d'entre eux travaillent dans une institution qui ont mis en place des outils pour accompagner les adolescents dans leur vie sexuelle et affective. Les institutions n'oseraient pas l'aborder car le sujet est tabou (Vincent, 2001). Or, si une formation en interne était proposée, les soignants seraient intéressés de la suivre. La proposition de la mise en place d'ateliers individuels ou de groupe sur la vie affective et sexuelle émerge souvent dans nos entretiens : *« Cela s'est déjà fait mais ça ne s'est pas maintenu. Pourtant ce serait intéressant. »* (Entretien 4) mais peu de soignants se sentent capables de l'animer : *« c'est « touchy » avec la population qu'on a »* (Entretien 7),

4.3 LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITÉ PAR LE SOIGNANT

Les soignants considèrent devoir être en mesure de traiter des problèmes de sexualité de leurs patients, mais estiment n'avoir pas eu de formation suffisante dans cette perspective : « *je dirais légitime – faute de mieux* » (Entretien 10) ; « *je pense que ça fait partie de mon rôle mais parfois je ne sais pas comment aborder les choses* » (Entretien 5). Selon Giami et al (2015), il s'agit d'une contrainte à la prise en charge de la sexualité. Les soignants estiment en ce sens, à défaut d'expérience, ne pas disposer des moyens et/ou des compétences suffisantes pour traiter de la sexualité avec les patients de manière régulière et/ou approfondie. Ils jugent ainsi nécessaires l'intervention de tiers pour certaines problématiques ou l'utilisation de leur compétence informelle et/ou leur expérience : « *pouvoir avoir un relais ou un tiers quand il y a des questions trop privées* » (Entretien 10) ; « *l'âge, l'expérience, la perception permettent de voir les choses de manière tout à fait différentes* » (Entretien 8) ; « *j'ai pu m'interroger, lire des articles, échanger sur ma pratique* » (Entretien 3).

Les compétences informelles, tel que l'aisance de la discussion, l'histoire personnelle du soignant, l'intérêt personnel sont des facilitateurs à la discussions (Giami et al, 2015). En plus de cela, tous les soignants évoquent l'importance d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné et la disponibilité du soignant : « *c'est important d'instaurer un climat de confiance* » (Entretien 4). Le manque de temps est en effet une barrière à la prise en charge selon l'étude de Haboubi et Lincoln (2003). De plus, les soignants estiment, en majorité, devoir adopter le ton de l'humour pour discuter de sexualité avec les patients : « *l'humour est pour moi un bon moyen d'en parler* » (Entretien 8).

Les interventions principales des soignants à l'égard des patients concernent surtout les dimensions biologique, affective et psychologique de la sexualité (Badeau, 1998) : les transformations du corps, la contraception, l'amour, le consentement, la prévention des MST et des IST, ... Les deux représentations de la sexualité telles que présentées par Giami et al (2015) comme étant l'approche biomédicale et l'approche holistique, sont présentes dans les interventions soignantes.

Les principaux sujets de préoccupation sur la sexualité des patients pour les soignants sont : la pornographie, la violence, les dangers des réseaux sociaux, ainsi que les représentations de l'homme et de la femme et la vision positive de la sexualité.

Toutefois, les soignants n'envisagent habituellement les problèmes de sexualité que lorsque ceux-ci sont objectivés, soit par un examen médical, soit en raison d'agissements répréhensibles portés à leur connaissance, soit en raison de questionnements directs du patient à sa propre initiative, ou lorsque se produit un contre-transfert : *« la porte d'entrée souvent ce sont les débordements »* (Entretien 1), *« il faut un gros transfert et un gros lien de confiance pour me permettre de faire ça »* (Entretien 7). La plupart des discussions sur la sexualité ont lieu entre les adolescents : *« ils préfèrent toujours en discuter entre eux. C'est normal de discuter à travers l'expérience de quelqu'un qui a le même âge »* (Entretien 2). L'apprentissage et la norme de la sexualité dépend du groupe de jeune et de l'encadrement des adultes (Couraud, 2001 ; Jacquin, 2009).

Les soignants ont conscience de l'impact de leur histoire personnelle et du contre-transfert sur leur prise en charge mais refusent catégoriquement d'évoquer ou de discuter de leurs expériences personnelles avec les patients : *« je reçois des questions mais sur ma vie personnelle, sur ma sexualité à moi, là, il y a un mur »* (Entretien 7).

Certains soignants estiment facile de discuter de sexualité avec les adolescents et se disent être à l'aise. Pourtant, ils sont peu confrontés ou n'abordent pas le sujet spontanément. Notre recherche montrerait un gap entre le discours des soignants et la réalité sur le terrain : *« je ne pense pas, je pense qu'ils sont assez ouverts »*, *« Oui je me sens à l'aise »*, *« Je ne vais pas d'emblée leur dire ou en parler »* (Entretien 4). L'étude de Haboubi et Lincoln (2003) a déjà montré un décalage entre un discours de bonnes intentions et la pratique réelle dans l'accompagnement de la sexualité dans les institutions de soins. Giami et al (2015) ont également insisté sur l'impact du malaise dans la pratique.

4.4 LES LIMITES DE NOTRE RECHERCHE

D'abord, nous avons tenté d'être le plus neutre possible et de ne pas influencer les dires des professionnels. Toutefois, nous devons porter l'attention sur le biais de subjectivité du chercheur lors des entretiens. En effet, l'expérience et la sensibilité de l'investigateur sur le sujet et la prise en charge des adolescents hospitalisés en psychiatrie ont eu une influence sur la manière dont les entretiens ont eu lieu ainsi que l'orientation des résultats.

Le chercheur a également interviewé trois soignants travaillant dans la même institution que lui. La connaissance du fonctionnement de l'institution et du type de patientèle a également influencé la récolte des données auprès de ces trois participants. Cependant, l'échange entre le

chercheur et ses collègues ont permis une prise de conscience et une réflexion autour de la sexualité de leurs patients.

Malgré le test du guide d'entretien avant les investigations formelles, certains participants ont eu une mauvaise compréhension de certaines questions et leurs réponses ne correspondaient pas aux attentes du chercheur malgré les questions de relance ou la reformulation.

En ce qui concerne l'échantillon, nous pensons qu'elle représente bien la réalité du terrain en institution au niveau de la disparité homme-femme : 40 % d'hommes et 60% de femmes. On rencontre plus souvent des soignantes femmes dans les institutions que d'hommes (SPF Santé Publique, 2018). Cependant, il aurait été intéressant d'interroger un nombre plus important d'éducateur. Notre échantillon se compose de 80% d'infirmières et 20% d'éducateurs. Ce petit écart entre les différentes fonctions a peut-être limité les résultats par rapport aux représentations des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie.

De plus, il est important de signaler que malgré la participation volontaire des soignants, tous ne se sentait pas à l'aise avec le sujet de recherche. Nous avons l'impression que pour certains, les réponses étaient paradoxales entre les différentes questions. Par exemple, un soignant se sent à l'aise de parler de sexualité avec les jeunes mais dit également de lutter contre le tabou.

Nous nous rendons bien compte que la théorie s'est basée plus sur le point de vue des soins infirmiers, or, nous avons intégré les éducateurs dans notre échantillon de soignants. Nous n'avons pas de connaissance sur la formation des éducateurs, ni sur leur rôle dans la prise en charge de la sexualité. Cependant, il nous semblait important de les inclure vu qu'ils participent aux soins dans le quotidien des adolescents.

De plus, nous avons parlé de la théorie de Abric sur les représentations sociales. Nous aurions pu plus nous baser sur cette théorie pour réaliser notre guide d'entretien mais nous avons choisi de poser des questions sur les sentiments des soignants sur leur prise en charge de la sexualité afin d'avoir des réponses plus honnêtes.

Nous nous devons de parler également du biais de désirabilité sociale. En effet, les participants ont peut-être donné des réponses qu'ils estimaient comme étant désirables pour le chercheur au détriment de leur opinion sincère. Cela peut avoir des conséquences sur la validité des résultats de notre recherche.

Le principe de cocréation de la méthode qualitative est aussi une limite à prendre en compte. Le premier entretien réalisé est différent des derniers entretiens car le chercheur a été influencé

par la manière de penser et par les réponses des différents intervenants. Parfois, il y a des questions du guide d'entretien qui n'ont pas été abordées car les réponses attendues se sont retrouvées dans d'autres questions.

Enfin, nous sommes conscients que la prise en charge de la sexualité des adolescents avec une problématique psychiatrique ne doit pas se limiter à l'hôpital psychiatrique. Dans beaucoup d'institutions sociales, des soignants se trouvent confrontés à des adolescents pour qui la considération de la sexualité et toutes leurs préoccupations à ce sujet reste primordiale.

4.5 PERSPECTIVES ET SOLUTIONS

Au cours de notre recherche, nous avons demandé aux soignants ce qui pourrait augmenter leur confort face aux discussions sur la sexualité et la vie affective avec leurs patients. Selon eux, les formations, la disponibilité de ressources et d'outils et la possibilité de discuter en équipe pourraient les rendre plus à l'aise à accompagner les adolescents vers une meilleure santé sexuelle. L'importance de la prévention et la promotion de la santé sexuelle des adolescents dans les institutions psychiatriques est à considérer dans les soins et les solutions proposées ci-dessous pourraient être un premier pas vers cette démarche.

La formation est un atout important pour les professionnels de la santé. Elle permet de combler les besoins et les lacunes dans la prise en charge des soins holistiques. Malheureusement, les institutions ne proposent pas une formation spécifique à la sexualité et la vie affective, elles ne montrent que peu d'intérêt car la sexualité est encore peu considérée dans les soins des patients. Or, proposer une formation interne permettrait de lever le tabou. Il nous paraît intéressant de coordonner une formation entre les différentes structures de soins psychiatriques. Cela permettrait d'évoluer ensemble sur l'accompagnement de la sexualité des patients, de partager les connaissances et les réflexions, de créer un espace de parole et d'harmoniser une prise en charge entre les institutions participantes.

De plus, il ne paraît pas inapproprié de rajouter un cours sur la sexualité dans les études de soins infirmiers. La sexualité est importante dans la prise en charge de l'adolescence mais également pour d'autres spécialisations de la médecine : les maladies, les handicaps, les médicaments peuvent avoir des conséquences sur la santé sexuelle des individus. Sans formation, les soignants ont une vision étroite des problèmes de la sexualité et ils n'oseraient pas l'aborder alors que ça peut être une préoccupation du patient. Cependant, il existe des formations externes, comme la formation EVRAS, disponibles aux différents corps de métiers médicales

sur l'éducation à la vie affective et la sexualité. La formation EVRAS est une référence et propose pleins d'outils sur le thème pour aider les professionnels à l'accompagnement de leurs patients.

Un autre atout majeur est la disponibilité d'outils et de ressources pour les soignants. Beaucoup d'ASBL proposent des outils et des médias à libre accès sur leur site internet : le site d'EVRAS, l'asbl YAPAKA, l'asbl PiPSa, les centres de planning familiaux, par exemple. Il serait intéressant également d'imaginer et de construire une coordination entre les structures de soins psychiatriques et les centres de planning familial pour assurer un accompagnement adéquat et pertinent, comme le fait déjà un centre thérapeutique pour adolescents.

Étant donné que les adolescents vivent au travers des réseaux sociaux et sur internet, il serait adéquat de les utiliser pour les informer, les sensibiliser à une bonne santé sexuelle et modifier leurs représentations souvent biaisées par ceux-ci. Il existe des plateformes qui seraient de bonnes pistes d'aide :

- Le Site : <http://www.loveattitude.be/> il s'agit d'un site belge, créé par la fédération des plannings familial agréés en Wallonie et à Bruxelles, qui aborde une grande partie des sujets de la sexualité et la vie affective de manière ludique et destinés aux adolescents.
- Le site : <https://www.sexysoucis.fr/> il s'agit d'une plateforme française de recherche comme Google qui permet de rechercher des réponses à ses questions sur la sexualité. Cela se présente comme un forum sur internet mais les réponses sont coordonnées par les responsables du site internet. Ils font également des interventions sur le terrain pour promouvoir la santé sexuelle et la réduction des risques.
- Le site : <https://www.maintenantjenparle.be/> Il s'agit d'un site belge qui propose un chat pour les victimes d'abus sexuels.
- Le site : <https://www.onsexprime.fr/> C'est l'alternative français du site Love Attitude.

Il existe également des pages Instagram, réseau social très populaire auprès des adolescents, qui sensibilisent et promeuvent la santé sexuelle : @sexysoucis, @the.vulva.gallery, @gangduclito.

Enfin, l'accompagnement de la sexualité ne peut être optimal sans un travail d'équipe. Certes, la discussion sur la sexualité est souvent individuelle mais il est important pour le soignant de pouvoir se déposer auprès de son équipe si une situation l'interpelle. La sexualité est un sujet important et vaste, pour assurer une prise en charge continue, il faut que toute l'équipe y trouve un intérêt et se mobilise.

CONCLUSIONS

§1. Notre travail de recherche révèle, à notre sens, une faible prise en compte, par les soignants, des troubles potentiels de la sexualité qu'engendrent ou qui résultent du placement en institution.

Comme le rappelle pourtant Tomkiewicz (2001) et Couraud (2001), un adolescent placé en institution, psychiatrique ou sociale, et dès lors fragilisé, adoptera généralement des comportements sexuels ou affectifs anormaux, si ceux-ci n'étaient pas déjà présents avant le placement, outre que cet adolescent aura souvent une image très négative ou altérée de la sexualité à cause de sa propre histoire, souvent dramatique.

La représentation sociale partagée par un certain nombre de soignants selon laquelle la sexualité des adolescents en institution serait, habituellement, conforme et équivalente à celle d'autres adolescents de leur âge, requiert, dès lors, une attention particulière à laquelle il convient de remédier dans les plus brefs délais.

L'importance d'une « bonne » santé sexuelle de l'adolescent en psychiatrie me paraît, d'ailleurs, être très largement minimisée par la plupart des soignants interrogés.

En effet, on peut constater que :

- Très peu d'activités ou de moyens de communication sont organisées spontanément au sein des institutions, parfois même spécialisées.
- La sexualité n'est observée que sous le prisme de la maladie, de grossesse ou d'abus, vécus ou potentiels. Elle ne fait l'objet d'aucune attention particulière, sauf en cas de demande insistante, mais peu fréquente, de l'adolescent, ou d'objectivation médicale.
- Le sujet fait l'objet de discussions légères et peu approfondies, tant vis-à-vis des adolescents qu'en interne, entre les soignants.
- Les soignants n'estiment, pour la majorité, pas nécessaire d'être particulièrement et spécifiquement formés sur le sujet.

De cette minimisation de l'importance de la santé sexuelle découle également un manque d'appétence et de connaissance sur le sujet des soignants.

A cet égard :

- Aucun soignant n'avait suivi de formation globale sur la sexualité, de surcroît relative aux adolescents ;

- La volonté d'investissement, en temps et en argent, des soignants en la matière, par des formations ou autres, est extrêmement limité ;
- L'ouverture au dialogue entre soignant et patient dépend souvent d'un éventuel contre-transfert.

Les représentations sociales des soignants sur l'importance de la santé sexuelle constituent ainsi, à mes yeux, une entrave à la fonction de savoir défendue par Abric (1994), les soignants et les institutions se satisfaisant donc d'un savoir essentiellement basé sur des expériences pratiques personnelles.

Et l'on rappellera également qu'en dépit de cette absence de connaissance et/ou de formation, les soignants s'estiment néanmoins majoritairement légitimes pour intervenir et/ou prodiguer leurs conseils en la matière et considèrent tous que la santé sexuelle des patients fait pourtant partie de leurs tâches et missions.

§2. En raison de ce savoir essentiellement fondé sur la pratique personnelle, la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents dépend grandement des représentations sociales de chaque soignant, qui sont très divergentes selon l'interlocuteur, souvent même au sein d'une institution identique.

Il demeure, cependant, au moins une représentation partagée entre les soignants, puisque ceux-ci adhèrent tous à l'interdit de relation entre patients usuellement prônée dans leurs institutions, bien qu'une majorité reconnaissent aussi certains petits écarts à cette règle.

De façon quasi-unanime, les soignants regrettaient néanmoins de nombreuses violations à cet interdit en dehors de l'institution, cadre sur lequel ils déploraient n'avoir aucun contrôle.

On rappelle, ainsi que de telles violations sont pourtant inhérentes aux institutions qui accueillent des adolescents et favorisent, par ce biais, à leur insu les relations amoureuses et sexuelles (Lauru, 2001).

L'interdit total de relation, plutôt qu'un encadrement raisonnable et surveillé permettant de poser un cadre balisé transposable tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution, est-il, dans ces conditions, véritablement justifié et/ou approprié ?

Les représentations des soignants sur ce dernier point me paraissent, en tous les cas, contradictoires, sans toutefois susciter une remise en question de la part des soignants.

Une réflexion nouvelle et approfondie sur cette thématique devrait dès lors, au regard des découvertes qui précèdent, être diligentée, par les soignants mais aussi, et surtout, par les institutions elles-mêmes.

Confrontés à un nombre croissant d'adolescents en manque de repères, affectif et/ou sexuel, avec lesquels le dialogue se complexifie chaque jour davantage par la superposition de nouvelles techniques et applications, il me semble aussi crucial d'offrir aux soignants concernés les formations adéquates (ou, à tout le moins, la possibilité de suivre de telles formations) aux fins de pouvoir remédier aux manquements observés et entravant une bonne prise en charge de la santé globale des adolescents, et qu'un enseignement spécialisé soit créé à cette fin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aaberg V., (2016), The state of sexuality education in baccalaureate nursing programs, *Nurse Education Today*, Volume 44, pp.14-19, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.009>

Abrieu, J.-C., (1994). *Pratiques sociales et représentations*, éd Presses Universitaires de France PUF, Paris.

Alpabem, (s.d.), Vivre sa sexualité à travers la maladie mentale, <https://alpabem.qc.ca/vivre-sa-sexualite-a-travers-la-maladie-mentale/>, page consultée le 10 décembre 2019

Article de loi : la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990, article disponible sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1990062632&table_name=loi, page consultée le 14 novembre 2019

Aujoulat, I. (2019). *WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives*. Woluwe-Saint-Lambert : UCLouvain.

Badeau, D. (1998). La cinquantaine au masculin en regard de l'expression de la sexualité. *Contrasexion*, vol 15, n°1, p 20.

Bottino, S. M. B., Bottino, C. M. C., Regina, C. G., Correia, A. V. L., & Ribeiro, W. S. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 463–475. doi:10.1590/0102-311x00036114

Brown, L. K., Danovsky, M. B., Lourie, K. J., DiClemente, R. J., & Ponton, L. E. (1997). Adolescents with psychiatric disorders and the risk of HIV. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1609-1617

Bruchon-Schweitzer M., (s.d.), Psychologie de la santé, disponible sur le site <https://www.universalis.fr/encyclopedie/psychologie-de-la-sante/>, page consultée le 3 octobre 2019

Childfocus (2019), Sextortion, page disponible sur <https://www.childfocus.be/fr/exploitation-sexuelle/sextortion>, page consultée le 4 novembre 2019.

Childfocus (2019), Sexting, page disponible sur <https://www.childfocus.be/fr/exploitation-sexuelle/sexting>, page consultée le 4 novembre 2019

Childfocus (2019), Grooming, page disponible sur <https://www.childfocus.be/fr/exploitation-sexuelle/grooming>, page consultée le 4 novembre 2019

Couraud S., (2001), Apprentissage et initiation à la sexualité par le groupe, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Coslin P. G. (2019), *Psychologie de l'adolescent*, éd. Dunod, France

Cour F., (2013), Evolution sociétale de la sexualité, *Progrès en urologie*, vol 23, issue 9, Juillet 2013, éd. Elsevier, pp.832-837 doi : <https://doi.org/10.1016/j.purol.2013.03.015>

Courtecuisse V., (2001), Signification et impacts comportementaux de la sexualisation, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Courtois R. (1998) Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 1998, 156, pp.613-620. halshs-0018274

Dargère, C. (2014). La stigmatisation des adolescents placés en institution médico-sociale. *Déviance et Société*, vol. 38(3), 259-284. Doi :10.3917/ds.383.0259.

Deshays, C. (2016). Sexuality in psychiatric institutions : Initiating some ethical reflections. *Sexologies*, 25(3), e47–e50. Doi : 10.1016/j.sexol.2016.05.004

Dodelet G, Simon L & Baldi P (2017), L'approche du numérique dans les soins psychiatriques pour adolescents, *Soin(s), éthique et adolescence*, coordonné par Dupuis M., Hesbeen W. et Gueibe R., édition Seli Arslan, Collection Perspective Soignante, 192 pages.

Dyer K. & das Nair R., (2013), Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom, *The Journal of Sexual Medicine*, vol 10 (11), November 2013, pp. 2658-2670 doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x

Fuzzell L., Heather N. Fedesco, Stewart C. A., Dennis Fortenberry J. & Cleveland G. Shields., (2016), "I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents's experiences talking about sexuality with healthcare providers, *Patient Education and Counseling*, vol 99(9), September 2016, pp. 1467-1472, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.004>

Gambadauro, P., Carli, V., Wasserman C., Hadlaczky G., Sarchiapones M., Apter A., Balazs J., Bobes J., Brunner R, Cosman D., Haring C., Hoven C., Iosues M., Kaess M., Kahn J-P, McMahon E., Postuvan V., Värnik A & Wasserman D., (2018). Psychopathology is associated with reproductive health risk in European adolescents. *Reproductive health*, 15(1), 186. doi:10.1186/s12978-018-0618-0

Giami, A., Moreau, É. & Moulin, P., (2015). *Infirmières et sexualité : Entre soins et relation*. Rennes, France: Presses de l'EHESP. Doi: 10.3917/ehesp.giami.2015.01.

Giordana J.-Y. (2010) La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale éditions Elsevier-Masson

Haboubi N.H.J. & Lincoln N., (2003), Views of Health Professionals on Discussing Sexual Issues with Patients, *Disability and Rehabilitation*, vol. 25, n°6, p. 291-296

Hers D., (2018), Les processus identitaires intervenant dans les décisions et les comportements en matière de santé, *Cours UCL WFSP 2241 Comportements et compétences de santé : concepts et méthodes*, diaporama.

Huerre P. (2001), Les professionnels, des adultes pour les adolescents, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Infor Jeunes (2019), La loi et la sexualité, page disponible sur <http://www.jeminforme.be/index.php/vie-affective-familiale/des-questions-sur-la-sexualite/la-loi-et-la-sexualite>, page consultée le 6 novembre 2019

Jacquin P., (2009), Comment aborder la sexualité en consultation avec l'adolescent ? *Pédiatrie pratique*, 204, Paris, pp.7-8

Jeammet P. (2001), La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

La constitution belge (2019), art 22 du titre II des belges et leurs droits, page disponible sur https://www.senate.be/doc/const_fr.html, page consultée le 6 novembre 2019

La constitution belge (2019), art 22bis du titre II des belges et leurs droits, page disponible sur https://www.senate.be/doc/const_fr.html, page consultée le 6 novembre 2019

Lauru D., (2001), Sentiment amoureux et sexualité en institution, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Monbaliu M., Papart C. & Berte C., (2013), Parler de la sexualité en institution : comment faire d'un sujet tabou un moteur d'accompagnement de l'autonomie affective du jeune ? *La revue institution et sexualité*, revue 14, décembre, IMP Sainte-Gertrude, chemin Gabrielle Petit 6, 7940 Brugelette, pp. 11-18.

Nations Unies (2019), la déclaration universelle des droits de l'homme, page disponible sur <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>, page consultée le 6 novembre 2019.

Normand, C. L., & Sallafranque-St-Louis, F. (2015). Cybervictimization of Young People with an Intellectual or Developmental Disability: Risks Specific to Sexual Solicitation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(2), 99–110. doi:10.1111/jar.12163

Organisation Mondiale de la Santé, (s.d.), *Thèmes de santé – Santé sexuelle*, disponible sur http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/, page consultée le 10 octobre 2019

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.), *Constitution*, définition de la santé, disponible sur <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>, page consultée le 10 octobre 2019.

Organisation Mondiale de la Santé (2019), Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, Genève, Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Perrin C., (2018). Le pouvoir des représentations et normes sociales dans les décisions et comportements humains, *Cours UCL WFSP 2241 Comportements et compétences de santé : concepts et méthodes*, diaporama.

Ponton, L. E., & Judice, S., (2004). Typical adolescent sexual development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 497-511. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2004.02.003>

Rosen H., (2001), Face aux violences sexuelles, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Service Public Fédéral de Santé Publique (2018), HWF Statan 2017 (statistiques détaillées), disponible sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2017-statistiques-detaillees>, page consulté le 27 juillet 2020

Stevens R, Gilliard-Matthews S., Dunaev J., Todhunter-Reid A., Brawner B. & Stewart J. (2017), Social media use and sexual risk behavior among minority youth, *Nursing Research*, sept-oct 2017, vol 66, n°5, pp. 368-377

Tigalekou Ognaligui C., (2013), Représentations sociales de la sexualité de jeunes fréquentant des lycées gabonais en lien avec les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement [*Thèse de doctorat en sciences cliniques*], Québec, Canada : Université de Sheerbrooke

Tomkiewicz S., (2001), Le « bon ordre » de l'institution, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Vincent T., (2001), Les relations sexuelles sont interdites dans l'institution, *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*, éd.2012 Erès enfances et psy, sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauru, 33 avenue Marcel-Dassault 31500 Toulouse

Vanderstukken O, Benbouriche M & Petit AC. (2015) Proposition d'une grille d'analyse des représentations sociales pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. *L'Information psychiatrique* ; 91 : 305-12 doi :10.1684/ipe.2015.1334

Yessonguilana Yéo-Ténéna, J., Koua, A., Traoré, B., N'guessan, R., Konan, K., Kouame, A. & Kone, D. (2014). Sexualité, comportements à risque et dépistage du VIH/SIDA en milieu hospitalier psychiatrique ivoirien : enquête pilote. *L'information psychiatrique*, volume 90(7), 553-559. Doi :10.3917/inpsy.9007.0553.

Outils et formations

EVRAS, *le site de référence sur l'Education à la Vie Relationnelle, Affective & Sexuelle*, <https://www.evras.be/>, page consultée le 23 juillet 2020.

Yapaka, <https://www.yapaka.be/>, page consultée le 23 juillet 2020

PiPSa, Pédagogie interactive en promotion santé, *Outils*, pipsa.be/outils/liste.html?r_thematique=1&r_theme=133272498, page consultée le 23 juillet 2020.

Fédération des centres de planning familial des FPF, <https://www.planningsfps.be/>, page consultée le 23 juillet 2020.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp