

Mémoire de Maîtrise en médecine

# **Intimité et sexualité des patients**

## Point de vue du personnel hospitalier

**Étudiante**  
Alix Heiniger

**Tutrice**  
Dre Brenda Spencer PD & MER  
IUMSP, CHUV

**Expert**  
Dr Francesco Bianchi-Demicheli PD & MER  
Dpt gynécologie, HUG

Lausanne, 15 décembre 2014

# Résumé

Quotidiennement, les soignants entrent dans la sphère intime du patient. De plus, ils ont à se positionner à propos de questions difficiles, telles que la place à laisser à la sexualité du patient, la réaction à avoir face à des comportements «inadéquats», etc. Comment vivent-ils cette confrontation à l'intimité ? Quelles sont leurs ressources en termes de savoir-faire, formation, directives ? Quelles sont les différentes approches de la sexualité et l'intimité parmi les soignants ?

► Introduction

Douze soignants ont participé à des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été analysés afin de faire ressortir les manières de réagir des soignants face à l'intimité. De plus, des experts ont répondu à des questions concernant le contenu de la formation ou les directives des hôpitaux.

► Méthodes

Beaucoup de réflexions qui permettent aux soignants de vivre au mieux la confrontation à l'intimité ont été dégagées. Voici deux exemples de réflexions importantes : de quelle manière et dans quel but exposer ou parler de l'intimité du patient ? Comment ajuster la distance thérapeutique en fonction du patient et de la situation ? Quatre manières d'aborder la sexualité ont été identifiées : inexpérimentée et fragile chez le «stagiaire» ; médicale et factuelle chez le «technicien» ; pudique, comme un sujet privé chez le «décent» ; et finalement attentive chez le «compréhensif». Actuellement, il n'existe pas de directives spécifiques au sujet de l'intimité et la sexualité des patients dans nos hôpitaux. En ce qui concerne la formation, le sujet souvent abordé est la protection de la pudeur lors des soins. Le sujet qui fait défaut est la gestion des situations complexes ou liées à la sexualité.

► Analyse

Chaque soignant aborde la sexualité de manière très différente. Il est difficile d'élaborer des directives qui correspondent à chaque soignant et à chaque nouvelle situation. C'est pourquoi il faut se concentrer sur la formation et la sensibilisation des soignants à cette problématique. Ceci leur permet de se préparer à la confrontation à l'intimité en y réfléchissant à l'avance.

► Conclusion

Sexualité – Intimité – Personnel hospitalier – Enseignement professionnel – Directives

► Mots clés

# Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Méthodes</b>	<b>6</b>
<b>Résultats : moyens de coping face à l'intimité et la sexualité</b>	<b>8</b>
Se préparer . . . . .	9
Communication avec le patient lors des soins . . . . .	10
Utilisation de stratégies non verbales . . . . .	12
Discuter entre soignants de la gestion de l'intimité . . . . .	13
Tenter de comprendre le patient dans son rapport à l'intimité et à la sexualité . . . . .	14
S'adapter au désir du patient . . . . .	16
Cacher, protéger l'intimité du patient . . . . .	17
Oublier ou ignorer l'intimité et la sexualité du patient . . . . .	19
Utilisation de distance thérapeutique . . . . .	20
Interdire, refuser la sexualité à l'hôpital . . . . .	23
<b>Quatre idéaux-types du coping</b>	<b>24</b>
Principe d'idéal-type . . . . .	24
Le jeune stagiaire . . . . .	24
Le technicien . . . . .	25
Le décent . . . . .	25
Le compréhensif . . . . .	26
<b>Discussion</b>	<b>27</b>
Méthode . . . . .	27
Moyens de coping . . . . .	28
Établir des recommandations et directives officielles . . . . .	30
Formation . . . . .	30
<b>Conclusion</b>	<b>32</b>
<b>Annexe 1</b>	<b>34</b>
Guide d'entretien . . . . .	34
Consigne : . . . . .	34
À propos du/de la participant-e : . . . . .	34
Questions introductives, pour lancer le sujet : . . . . .	34
Pudeur et intimité : . . . . .	34
Moment de la toilette, habillage, besoins naturels, examen complet, toucher rectal : . . . . .	35
Sentiments et fantasmes entre patient-e-s et soignant-e-s : . . . . .	35
« Gestion » des demandes de la part des patient-e-s : . . . . .	35
Comportements "inadéquats" : . . . . .	36
Pour conclure : . . . . .	36
<b>Annexe 2</b>	<b>37</b>
Extraits d'entretiens représentant les idéaux-types . . . . .	37

# Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

En premier lieu, j'aimerais remercier tous les soignants qui ont accepté de participer aux entretiens. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible. De plus, ces discussions étaient la partie la plus passionnante de ce travail et j'en garde un excellent souvenir.

Je remercie également ma tutrice de travail de maîtrise, Dre Brenda Spencer qui a su me laisser une grande liberté tout en restant disponible pour répondre à mes questions. Merci pour l'aide compétente qu'elle m'a apportée pour structurer le travail et pour améliorer la qualité des différentes sections.

Mes remerciements vont également à mon expert de travail de maîtrise, Dr Francesco Bianchi-Demicheli, pour avoir accepté de collaborer à ce projet.

Enfin, je tiens à remercier Isabelle Cuche-Monnier pour les pistes de réflexion qui m'ont aidé à démarrer ; Gilles Descloux pour son esprit critique et ses conseils stimulants ; Emanuel Cino pour ses encouragements et son aide sur le plan informatique ; Jean-David Knüsel, Catherine Heiniger, ... pour la relecture.

# Introduction

Comment les soignants vivent-ils au quotidien la question de la sexualité et de l'intimité des patients hospitalisés ? Deux aspects de cette question seront abordés dans cette recherche. Premièrement, les ressources concrètes pour vivre au mieux les questions ou problématiques posées dans ce domaine : savoir-faire, propositions de formation, recommandations et directives officielles existant dans nos hôpitaux, etc. Et deuxièmement, les différences de points de vue, d'expériences, de vécus parmi les différents types de soignants (médecins, infirmiers-ères et aide-soignant-e-s).

► Question de recherche

La sexualité ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital. Au contraire, dans ce milieu particulier, lieu de soins, mais aussi de souffrances, le corps est au centre de l'attention. On l'examine, on l'expose, on le manipule. Quotidiennement, les soignants entrent dans la sphère intime du patient. L'intimité des soignants eux-mêmes est aussi violée lorsqu'ils doivent assister à cette exposition de l'intimité. De plus, l'hôpital est un lieu public où les allées et venues des soignants, voisins de chambre ou visiteurs laissent peu de place à l'intimité et à la sexualité.

► Intérêt de la question

Les soignants ont à se positionner à propos de questions difficiles, telles que la possibilité pour un patient d'avoir des rapports sexuels dans l'enceinte de l'hôpital. Ils font parfois face à des comportements « inadéquats », tels que masturbation en public ou agressions sexuelles (1). À l'étranger, plusieurs hôpitaux ont mis en place des règles de vie et des recommandations pour aider les soignants à mieux gérer cette problématique de la sexualité des patients (2,3).

Plusieurs enquêtes qualitatives se sont intéressées aux modalités concrètes de cette gestion en milieu hospitalier. Toutefois, bon nombre d'entre elles se limitent à l'étude d'un seul corps professionnel : les infirmiers-ères (4-7). Dans le champ sociologique, il existe aussi plusieurs études concernant la relation soignant-soigné. Alors que certaines ne sont pas spécifiques à l'intimité ou à la sexualité (8,9), d'autres s'intéressent à la sexualité d'une population spécifique, notamment les personnes handicapées ou les personnes âgées en institution (10-13).

Au départ de ce travail, je pensais pouvoir analyser les discours par corps de métier et trouver les différences entre ces derniers (deuxième partie de la question de recherche). Cette idée a évolué au cours du travail, car les entretiens ont montré que ces catégories par corps de métiers n'étaient pas pertinentes. Par exemple, on ne peut pas rassembler tous les médecins sous une même vision de la sexualité des patients. J'ai donc utilisé des idéaux-types pour décrire les différentes visions de la sexualité. Ces idéaux-types seront présentés à la fin des résultats.

Dans ce travail, le terme sexualité est utilisé au sens large. C'est-à-dire, qu'elle ne se résume pas à l'acte sexuel, la génitalité, mais comprend aussi tous les aspects émotionnels et socioculturels qui l'entourent et qui sont nécessaires au bien-être de l'individu. « Elle comprend tout ce qui a trait à l'image de soi et de son corps, au désir et à la satisfaction. » (14). Par cette définition très large, voire floue, mon but est d'éviter que le lecteur n'y voie que le rapport sexuel. L'intimité aussi peut se définir de plusieurs manières. Elle comprend notamment les aspects de vie privée, de secret, d'endroit où l'on se sent chez soi, etc. Puisque chaque individu a une notion différente de ce qu'est l'intimité, je laisse volontairement cette définition ouverte. Les notions de sexualité et d'intimité sont liées et se chevauchent. On peut considérer que l'intimité fait partie de la sexualité ; mais l'inverse est aussi possible.

► Définitions

Les interviews qualitatifs et l'approche qui croise les points de vue de différents professionnels de la santé permettent une compréhension plus approfondie des différentes visions qu'ont les soignants de la question de la sexualité en milieu hospitalier. Cette étude permet de rendre explicites des phénomènes, pratiques et sentiments qui interviennent couramment dans la prise en charge des patients et pourtant sont peu abordés par la littérature scientifique. Une meilleure compréhension de la problématique est le point de départ pour stimuler une réflexion et discussion éthique dans l'institution. Il serait ainsi possible d'élaborer des outils permettant d'améliorer le vécu des soignants et des patients.

► Résultats escomptés

Remarque : tout au long de ce travail, le masculin est utilisé afin de faciliter la lecture.

# Méthodes

Cette étude cherche à donner une ouverture sur un sujet peu connu. Exploratoire, elle utilise pour la récolte de données des entretiens semi-dirigés. Cette méthodologie, contrairement à la méthodologie quantitative avec des questionnaires, vise à comprendre les comportements des soignants et les logiques derrière ces comportements. «L’entretien est l’outil de prédilection de la phase exploratoire d’une enquête dans la mesure où il est lui-même un processus exploratoire parce qu’il contient une possibilité permanente de déplacement du questionnement et permet un processus de vérification continu et de reformulation d’hypothèses.» (15).

- type de soignants : 4 médecins, 4 infirmiers, et 4 aides-soignants
- sexe : 8 femmes, 4 hommes
- âge : 5 de 20-29 ans, 3 de 30-39 ans, 2 de 40-49 ans, 2 de 50-59 ans
- service : 6 médecine interne, 5 réhabilitation, 1 gynécologie
- lieu de travail : 12 Suisse romande

► Participants

Douze soignants ont été sélectionnés selon un échantillon raisonné, de manière à assurer un corpus diversifié. Le but n’est pas d’atteindre un échantillon représentatif, mais plutôt une diversité de cas susceptibles de renseigner sur la pluralité des pratiques et des parcours. Les participants ont été contactés via des connaissances. Je ne connaissais aucun des interviewés personnellement. Une personne a refusé de participer à l’étude sans donner de raisons.

Le guide d’entretien contient des questions principales et des questions de relance (cf. annexe 1). Ces questions proviennent des concepts abordés dans la littérature, de ma propre expérience<sup>1</sup> ainsi que de discussions informelles avec des soignants. Les questions sont ouvertes et le guide est flexible au niveau de l’ordre des sujets abordés, ce qui permet beaucoup de liberté à l’interviewé. De plus, l’intervieweur laisse l’ouverture pour aborder les éléments nouveaux qu’ils peuvent apporter (méthode inductive). Les entretiens ont été enregistrés pendant la période de juillet à septembre 2013. Ils ont ensuite été retranscrits mot à mot et anonymisés. Leur durée moyenne était d’une heure et demie.

► Collection des données

En complément des entretiens de soignants, des experts dans le domaine de la formation ont été contactés afin d’expliquer dans quelle mesure la question de la sexualité des patients fait partie du curriculum des différents soignants et de fournir les documents de cours à ce sujet. Les enseignants contactés travaillent à l’école de médecine de Lausanne, la HESAV (Haute École de Santé du canton de Vaud) en soins infirmiers et l’ESSC (École de soins et santé communautaire, canton de Vaud). De plus, des responsables de la direction des soins des hôpitaux d’Yverdon, Lausanne et Genève ont été contactés pour expliquer dans quelle mesure cette question est abordée dans les documents officiels des hôpitaux.

L’analyse se fait sur la base des retranscriptions des entretiens. Elle suit une méthode d’analyse fréquemment utilisée en sociologie et psychologie qui se déroule en 2 phases : l’analyse par entretien puis l’analyse thématique (15,16).

► Analyse des données

Pour l’analyse par entretien, il s’agit d’observer le récit d’un individu dans son contexte propre, de comprendre son expérience personnelle. Cette première phase d’analyse commence déjà pendant l’entretien, puis se poursuit lors de la ré-écoute et retranscription, pour se terminer par une analyse plus approfondie en relisant la retranscription.

La deuxième phase est l’analyse thématique. Lors de cette phase, des catégories et sous-catégories sont développées à partir des principaux thèmes abordés. Le logiciel MaxQDA permet de «coder» des parties d’entretien dans les différentes catégories. Il offre aussi une grande flexibilité pour moduler les catégories au fur et à mesure que la recherche avance. Ce regroupement en catégories permet ensuite de réduire l’information et la représenter visuellement en construisant des tableaux en arborescence avec un tronc (catégorie), des branches (sous-catégories) et de multiples branches fines (situations

1. Dans le cadre du cours à option B3.9 sur la santé sexuelle et reproductive (2012), j’ai eu l’occasion de faire un travail de groupe concernant le vécu des patients par rapport aux questions d’intimité. Nous avons interviewé quatre patients. Ainsi, j’avais déjà connaissance de cette problématique en commençant ce travail.

concrètes, exemples, citations). L'analyse thématique se poursuit jusqu'à la rédaction, pendant laquelle le chercheur précise encore ses catégories et utilise des citations d'interview afin d'illustrer ses propos et de rendre le texte plus vivant.

# Résultats : moyens de coping face à l'intimité et la sexualité

Le terme «coping» vient du verbe anglais «to cope». En français, on pourrait le traduire par «gérer» ou «faire face». Mais «gérer» donne l'impression d'une prise de pouvoir de la part des soignants. Et «faire face» a une connotation d'affrontement, de lutte du soignant contre la problématique de l'intimité. J'ai donc décidé de garder le terme anglais, car ces traductions ne correspondent pas parfaitement à la notion que je veux transmettre.

Quelles ressources concrètes ont les soignants pour mieux vivre les questions ou problématiques posées dans le domaine de la sexualité et l'intimité des patients hospitalisés ? Les pratiques des soignants face à cette intimité sont multiples et varient selon la situation. Au départ, je pensais faire 2 catégories distinctes : «face à l'intimité et à la nudité du patient» et «face à la sexualité», avec pour chacune de multiples sous-catégories de moyens de coping. Mais au cours de l'analyse, j'ai remarqué que la plupart des sous-catégories — ou moyens de coping — étaient les mêmes face à l'intimité et face à la sexualité. J'ai donc regroupé les deux catégories en «face à l'intimité et à la sexualité».

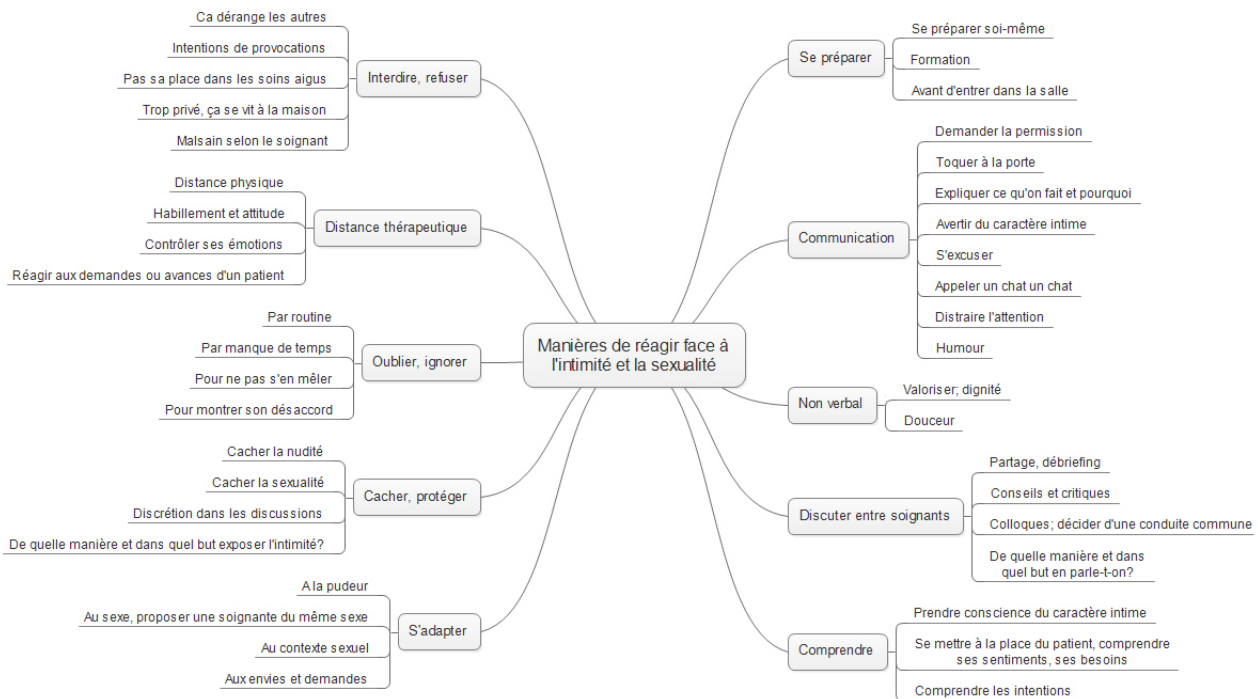
Il est intéressant de se pencher sur ces différentes réactions possibles et de réfléchir aux raisons et aux conséquences de chacune. Raisons : Pourquoi ce patient et cette situation précise font-ils réagir ? Qui sont les soignants qui réagissent de cette façon ? Conséquences : Quelles influences sur la relation avec le patient, sur la qualité de la prise en charge, sur le ressenti du soignant, sur l'organisation de l'hôpital ?

Face à l'intimité et la sexualité, certains soignants sont gênés, voire choqués ou apeurés. Peut-être parce que l'exposition de l'intimité de l'autre viole l'intimité du soignant lui-même. C'est notamment le cas chez les soignants inexpérimentés, car ils ne sont pas habitués à ces situations. Il est intéressant de voir que les formes de sexualité qui choquent ne sont pas les mêmes parmi les différents soignants. Par exemple, une interviewée est choquée par une patiente qui se masturbe dans son lit alors qu'elle est prête à accéder à la demande d'un patient qui demande à avoir un moment seul dans la chambre avec sa femme. Tandis qu'une autre interviewée s'adapte volontiers à des patients qui se masturbent, mais n'organiserait pas de rencontre intime dans l'enceinte de l'hôpital. On remarque que les soignants ne sont pas tous d'accord sur quelle forme de sexualité aurait sa place dans l'hôpital. Il serait très intéressant de se pencher sur les causes qui amènent un soignant à trouver une forme de sexualité plus décente qu'une autre. Mais cela dépasse le cadre de ce travail.

La figure ci-dessous représente différentes pratiques qu'ont les soignants face à l'intimité et la sexualité.

► Moyens de coping face à l'intimité et à la sexualité





## Se préparer

Avant même d'être confronté à l'intimité ou la sexualité du patient, on peut déjà faire appel à cette première ressource. Se préparer à une situation potentielle est utile pour deux raisons. Premièrement, ça permet de réfléchir aux sentiments vont émerger, de mettre un nom sur les émotions, de les légitimer à l'avance et de ne pas se laisser surprendre ou même bloquer par ces émotions. Deuxièmement, se préparer permet d'élaborer une réaction, fondée sur une réflexion.

On peut se préparer de manière autodidacte, en lisant des livres ou en s'imaginant soi-même dans une situation problématique afin de s'y préparer mentalement. Mais le plus souvent, c'est par d'autres biais que les soignants vont «se préparer». ► Se préparer soi-même

La formation peut être théorique ou amenée sous forme de jeux de rôles. Dans le but de se préparer à la confrontation à l'intimité, elle permet de réfléchir à plusieurs et de partager différents points de vue. On peut ainsi discuter de comment on voudrait réagir dans l'idéal, quelles seraient les conséquences d'un geste ou d'une parole donnée, etc. (cf. chapitre «Formation» dans la discussion). ► Formation

Avec l'expérience, on peut aussi reconnaître à leur caractère les patients qui risquent de nous mettre dans une position difficile à gérer et s'y préparer juste avant que la situation se présente. Une autre manière de préparer, non pas soi-même, mais ses collègues, est de les avertir qu'ils vont être confrontés à une situation difficile. ► Avant d'entrer dans la salle

*«Y en a certains, on savait qu'ils avaient plutôt la main baladeuse... vis-à-vis des soignants donc c'était pas... pas toujours facile à gérer. Mais ça, on m'avait prévenue, dès que j'étais arrivée et que j'avais dû m'en occuper on m'avait dit.»*

On peut aussi prévenir les apprenants de cette confrontation, comme le raconte cet infirmier, qui, quand il était lui-même stagiaire, n'avait pas été préparé à la nudité des personnes âgées lors des soins intimes :

*«Moi, ce que je fais maintenant aux stagiaires qu'on reçoit, c'est que je leur demande, je leur demande déjà si ils se sentent prêts, je leur explique ce qu'il va se passer et puis je leur demande si*

*ils se sentent prêts à... participer au soin. Et euh, je leur dis que si ils sont pas bien, si ils sont pas à l'aise, ils peuvent quitter la chambre à tout moment, ou poser des questions, ou... vraiment en discuter quoi.»*

## Communication avec le patient lors des soins

Il y a plusieurs outils de communication que les soignants peuvent utiliser lorsqu'ils ont affaire à l'intimité et la sexualité. Selon la situation et selon la personnalité du soignant, certains préféreront l'un ou l'autre de ces outils.

Le premier chronologiquement est de demander au patient la permission d'entrer dans son intimité. Cette intrusion dans l'intimité peut être physique (entrer dans la chambre du patient, faire une petite toilette,...) ou «morale» (poser des questions par rapport à la sexualité du patient,...). L'accord du patient peut être demandé explicitement :

► Demander la permission

*«Au moins les... les premières fois qu'on est en contact avec la personne, euh... lui demander si ça la gêne ou pas que ce soit un homme»*

*«Quand j'arrive au niveau de la zone intime euh... je regarde toujours avec la personne si elle veut faire ou si elle veut que ce soit le soignant qui fasse. Parce que c'est vraiment quelque chose euh... pour moi c'est primordial. Je vais pas rentrer euh... je prends ma lavette et je lave quoi ! Je demande toujours la permission.»*

À l'inverse, parfois l'accord est présupposé. Dans ce cas, le but n'est plus de demander la permission du patient, mais de lui annoncer ce qu'on va faire. Pour montrer la différence, prenons l'exemple de l'entrée dans la chambre.

Quand un soignant frappe à la porte d'une chambre avant d'y entrer, il y a deux cas de figure : 1) Le soignant attend la réponse. Dans ce cas, c'est une «demande de permission». Une seule interviewée était dans ce cas de figure ; elle avait commencé à adopter cette manière de faire suite à une formation continue concernant l'intimité des patients. 2) La plupart des soignants n'attendent pas de réponse. Ils supposent que le patient est d'accord et toquent, comme l'explique ici une des infirmières, principalement dans le but de s'annoncer :

► Toquer à la porte

*«Le but est d'avertir que je vais rentrer. Donc d'avertir ça sous-entend aussi laisser un minimum de temps de préparation que ce soit ben pas physique, mais psychique à accueillir quelqu'un, qu'ils ne savent pas qui c'est, qui va rentrer dans leur chambre.»*

Après s'être annoncés soi-même, un autre outil que tous les interviewés m'ont dit utiliser régulièrement est d'annoncer ou d'expliquer ce qu'ils vont faire. Ces explications poursuivent trois buts. Premièrement, informer et rassurer le patient sur ce qu'il va se passer. Deuxièmement, obtenir l'accord implicite du patient. Il va mieux accepter ce que le soignant fait et aura parfois même l'impression d'être une partie prenante de ce qu'on lui fait.

► Expliquer ce qu'on fait et pourquoi

*«Quand on fait leur anamnèse, quand on fait nos soins aussi, les avertir de ce qu'on fait, de ce qu'on va faire pour que, ben qu'ils puissent déjà au moins se préparer psychologiquement au soin quoi. Ce sera moins, moins, moins invasif pour lui.»*

*«Je lui explique tout, je lui dis : "Je vais vous aider à changer votre protection. Alors je me permets de vous découvrir". Moi j'essaie d'annoncer à l'avance ce que je fais pour pas que le patient se sente agressé.»*

Troisièmement, parallèlement, on peut expliquer pourquoi on fait ce soin ou cet examen intime ; ce qui permet de légitimer, pour le patient comme pour le soignant, cette intrusion dans l'intimité.

Une autre manière de mettre le patient et le soignant à l'aise est de formuler le fait qu'on entre dans quelque chose de personnel, d'avertir du caractère intime de ce qu'on va discuter ou faire. Par exemple, «*c'est un moment pas très agréable à passer*» ou «*vous risquez d'être surprise, mais il faut que je vous pose ces questions*». Pour pouvoir exprimer cela, la condition préalable est d'avoir soi-même conscience qu'on entre dans l'intimité de l'autre (abordé dans le chapitre «prendre conscience du caractère intime»).

► Avertir du caractère intime

Dans certains cas, s'excuser peut permettre d'avertir du caractère intime de ce qu'on va faire. Les excuses permettent d'exprimer qu'on sait que c'est une intrusion, que c'est déplaisant, mais qu'on est obligé de le faire.

► S'excuser

*«Je lui dis souvent : "Je suis désolée de vous faire ça". Parce que justement ça touche euh... la sphère intime... Si je mets un ovule, j'aurai plus tendance à dire ça, ou si je dois mettre un suppositoire, faire un lavement, c'est drôlement intrusif, hein !»*

J'ai remarqué deux raisons de s'excuser : la première, présentée ci-dessus, a lieu avant la confrontation avec l'intimité, pour prévenir que ça va être désagréable. C'est une technique de communication. Tandis que la deuxième est une réaction spontanée à une confrontation involontaire à l'intimité.

*«C'est un monsieur seul, hein, dans une chambre, ben il regardait son film de cul enfin... film porno et voilà. Elle a dit : "Excusez-moi, je vous dérange pas plus longtemps puis elle est partie"»*

Dans cette situation, l'excuse n'est pas une technique de communication réfléchie, néanmoins, elle exprime qu'on a remarqué qu'on était entré dans l'intimité et que c'était involontaire.

Toujours concernant la communication, une des interviewées, s'imaginant un hôpital idéal pour les patients concernant les questions de sexualité et d'intimité, m'a expliqué :

► Appeler un chat un chat

*«On devrait faire tomber la barrière... de... d'être choqué quand on parle de sexualité. Parce que c'est humain. Moi j'en parle ouvertement, c'est pas quelque chose qui me poserait problème.»*

D'autres soignants ont aussi abordé ce sujet en disant que si l'on montre qu'il n'y a pas de gêne à avoir, le patient sera moins gêné.

*«Après c'est à moi en tant que soignant de montrer qu'il y a pas de honte à avoir ou de gêne»*  
*«Généralement, quand on pose les questions franchement, ben ils répondent franchement.»*

Si l'on veut parler de la sexualité, il faudrait donc oser en parler avec des mots clairs et sans détour : oser appeler un chat un chat. Or quand il s'agit de sexualité, le choix du vocabulaire peut être une réelle difficulté. La difficulté réside dans la recherche de mots ni trop froids, ni trop familiers. Une des interviewées a même avoué qu'elle faisait semblant d'être à l'aise avec le sujet.

*«Si il sent qu'on n'est pas à l'aise, il va se dire : "Mais c'est qui ça ? Il sait pas faire son boulot !" enfin voilà. Je pense qu'il faut, il faut bluffer... Comme très souvent en médecine [en chuchotant].»*

Pourquoi cette jeune femme médecin doit-elle «bluffer» ? Est-ce pour que le patient soit à l'aise dans la discussion, pour se convaincre elle-même qu'elle est à l'aise ou pour ne pas être discréditée dans son rôle de soignante ? Ces trois explications sont possibles.

Sinon, une autre façon de diminuer la gêne que provoquent l'intimité et la sexualité est de détourner l'attention sur autre chose, éviter de se focaliser sur l'intrusion dans l'intimité et parler d'autre chose. Toutes ces manières de dévier l'attention peuvent permettre aux deux parties, patient comme soignant, de mieux vivre une situation désagréable. Elles sont utilisées par une majorité des soignants interviewés. Voici les moyens de distraction que deux des interviewés ont trouvés pour que le moment de la toilette se passe au mieux :

► Détourner l'attention

*«Ça permet de faire bien passer la pilule du moment de la petite toilette, parce que ben la petite grand-mère elle est en train de te parler de sa petite fille qui attend un bébé, puis alors elle est contente parce qu'elle va être arrière-grand-mère et puis ben toi pendant ce temps tu fais ta petite toilette puis tu l'écoutes et puis après : "c'est fini, le soin est fini" — "ah d'accord! C'est passé... »*

*«J'étais quand même pas à l'aise du tout. Et puis j'avais repéré quelques patients que j'aimais bien, euh... je connaissais des chansons, qu'ils chantaient des années 30 et 40. Et puis à la fin de mon stage, ben on faisait les toilettes en chantant, on réinventait Charles Trenet. Parce que ça... Ben pour eux, ça leur faisait passer le temps, ça leur rappelait des souvenirs, puis moi, ça me permettait de pas être focalisée sur le fait que j'étais... j'étais en train de transgresser leur intimité quoi.»*

Au contraire, d'autres interviewés préfèrent passer ce moment dans le silence. C'est aussi une manière de respecter l'intimité, de montrer que ce moment n'est pas anodin, qu'on ne peut pas faire comme si de rien n'était.

Dans le même ordre d'idée que détourner l'attention, le fait de prendre les choses avec humour, à la rigolade, peut aussi être une façon, tantôt de cacher un malaise, tantôt de dédramatiser ce sujet «tabou» et sérieux qu'est la sexualité. Cette aide-soignante explique que, face à la sexualité, ça ne sert à rien de se choquer ou se braquer. Elle trouve plus utile de dédramatiser en utilisant l'humour : ► Humour

*«Faut tourner ça à la rigolade et puis en principe ça passe très bien... Par exemple si je vais chez un monsieur et puis qu'il est en érection, je lui dis : "ben dites donc ce matin, la tente de camping, on va revenir!". Et puis que le fait de... et ben voilà, de dire y a pas de soucis.»*

Un autre interviewé, quant à lui, précise que quand il utilise l'humour, il reste quand même très professionnel :

*«Y a quand même de la plaisanterie, on rigole bien, ça je pense qu'on arrive quand même. Y a quand même pas mal de plaisanteries tout en étant vraiment très très euh... médical.»*

Effectivement, lorsque le soignant utilise l'humour, cela peut se retourner contre lui. Il peut se retrouver dans un registre familier qui le mette mal à l'aise. Il peut arriver qu'il ne réussisse pas à garder une relation soignant-soigné en même temps claire et naturelle.

En outre, un risque de l'humour, que j'ai remarqué dans mon expérience personnelle et qui ressort aussi dans la citation ci-dessous, est de blesser une personne qui n'a pas la même conception des limites de l'humour.

*«Y a pas de quoi rire quand on s'occupe euh... je vois pas ce qu'il y aurait de drôle à... quand on lave les parties génitales d'un homme, je vois pas ce qu'il y a de drôle. Je suis sérieuse, ben oui, parce que je suis attentive à ce que je fais !»*

## Utilisation de stratégies non verbales

Une autre forme de communication, que tous les interviewés ont abordée, chacun à sa manière, c'est la communication non verbale.

À ce propos, certains ont parlé du contact visuel.

► Valoriser ;  
dignité

*«Quand tu fais ton soin de la regarder, de la valoriser»*

En effet, ça peut paraître trivial, et certains le feront instinctivement, mais plusieurs obstacles peuvent faire que ce contact visuel n'est pas aussi simple et naturel que dans les relations habituelles en dehors de l'hôpital. Une infirmière m'a raconté que quand elle devait faire des toilettes intimes, en tant que stagiaire, elle n'osait regarder ni ce qu'elle faisait ni le patient.

*«Les premiers temps, j'étais aussi gênée qu'eux, hein. Je pense que je devais laver et puis regarder le mur en face !»*

Quant aux soignants plus expérimentés, dans des situations de soin ou d'examen intime, lorsque le soignant est concentré sur le geste qu'il effectue et qu'il doit simultanément penser à protéger la pudeur du patient et à lui expliquer ce qu'il est en train de faire, on peut s'imaginer que le soignant oublie de regarder le patient dans les yeux ou qu'il doit faire un effort conscient pour s'en souvenir. Un infirmier raconte une technique toute simple qui permet de garder ce contact :

*«Je place le chariot à côté de la tête de mon patient parce que comme ça je lui tourne pas le dos. Donc je suis face à lui. J'ai mon matériel à côté et... et c'est pas un obstacle à notre relation. Je crée pas d'obstacle comme ça.»*

Selon ce même infirmier, une autre manière de valoriser le patient, de lui montrer qu'on le considère comme un être humain serait de ne pas interrompre un soin intime. Voici sa technique :

*«J'utilise pour la toilette une cuvette que je vais... maintenir, garder près du lit. Au lieu de faire des allers-retours au lavabo, ça fait vraiment... ouais ça peut faire impersonnel. Ça peut faire, le patient il pourrait se sentir... être un objet... Je le laisse pas... je le laisse pas tout seul dans son lit, ne serait-ce que quelques secondes. Je ne coupe pas le relationnel...»*

Finalement, plusieurs soignants m'ont parlé de l'importance de mettre beaucoup de douceur, de délicatesse dans leurs gestes lorsqu'ils touchent à la sphère intime du patient ; notamment, comme le montre cette citation, dans les soins des organes génitaux. ► Douceur

*«C'est une partie quand même... qui peut faire mal si on la manipule mal. Enfin, je veux dire voilà, il faut y aller quand même avec douceur»*

Cette attention particulière peut non seulement éviter de faire mal au patient, mais aussi montrer que le soignant s'applique parce que ce geste n'est pas anodin.

## **Discuter entre soignants de la gestion de l'intimité**

Afin de vivre au mieux la confrontation à l'intimité et la sexualité, beaucoup de soignants sont heureux de travailler en équipe et de pouvoir parler ensemble de ce sujet. À ce propos, un thème a déjà été abordé : avertir ses collègues qu'ils vont être confrontés à une situation difficile (cf. chapitre «se préparer»). Mais il y a bien d'autres occasions d'aborder les questions d'intimité et sexualité des patients entre collègues. Je les ai classées dans 3 groupes : partage et débriefing, conseils et critiques, colloques pour décider d'une conduite commune.

Pour commencer, ce qui est ressorti le plus souvent dans les entretiens, c'est de partager ses expériences, ses émotions et ses points de vue, d'en parler pour ne pas être seul face à une situation difficile. Ce type de discussion ne vise pas à produire un résultat tangible, mais simplement à avoir une solidarité, un soutien entre les soignants. Pour illustrer cela, trois citations qui mettent en jeu des stagiaires : ► Partage, débriefing

*«Le jour où j'étais pas à l'aise quand j'ai fait ma première toilette et puis j'en ai discuté avec d'autres infirmières et puis j'ai vu que... que les infirmières, les aides, je me suis aperçue qu'au début, c'est un peu gênant pour tout le monde, on n'est pas très à l'aise.»*

*«[Cet homme] n'était pas du genre pudique et... et pouvait dire euh... quelques mots à la jeune : "Ah ben vous êtes charmante, vous êtes gentille" ou bien "vous vous occupez bien de moi", pendant qu'elle le lavait, qu'elle lavait son sexe quoi. Donc effectivement, bon ben ça, après... c'est un moment ben moi je l'ai repris avec elle, voir comment elle l'avait vécu.»*

*«La communication entre collègues : Quand il y a quelque chose qui... qu'on a trouvé dérangeant... je trouve important d'en parler avec nos collègues. Avant en tant que stagiaire, je le faisais peut-être pas forcément, parce que j'étais stagiaire et puis voilà... je devais faire mes preuves quoi. Et puis... je considérais ça comme une faiblesse de me sentir... gêné par euh... par un patient nu. Et, mais... maintenant, en tant qu'infirmier, ça me dérange pas du tout de discuter des difficultés que j'ai avec mes collègues.»*

Ce dernier exemple présente une tendance qui peut faire obstacle à ce genre de discussions entre collègues. C'est le fait de cacher ses difficultés. En effet, si le soignant qui vit une situation difficile refuse de l'admettre, il ne pourra pas recevoir de soutien de la part de ses collègues.

Une autre occasion d'aborder entre collègues les questions d'intimité des patients sont les remarques, conseils et critiques. À mon avis, s'ils sont dits avec tact, ils peuvent être une bonne manière d'améliorer la prise en charge de l'intimité des patients et le vécu des soignants. Mais les interviewés avec qui j'ai abordé ce sujet ont dit qu'ils ne faisaient que rarement des remarques à leurs collègues ; par exemple dans les cas où ils trouvaient qu'il y avait un manque de respect important.

► Conseils et critiques

*«Si ça va trop loin oui. Je... Là par exemple, quand la personne était sur le vase et puis que... qu'il va derrière le rideau, je trouve que c'est quand même déplacé. Là, j'ai quand même dit quelque chose.»*

Et finalement, un autre genre de discussions entre collègues : les colloques. Dans les situations difficiles, où plusieurs soignants ont des problèmes ou des questions, des réunions d'équipe sont parfois organisées. Leurs avantages : les soignants discutent ensemble d'une solution ou d'une prise de position face à une situation donnée, ça permet de réagir au cas par cas et que tous les soignants impliqués soient sur la même longueur d'onde, «pour que tout le monde fasse plus ou moins la même chose». Autrement dit, suite à ces colloques, les soignants font preuve de collégialité.

► Colloques ; décider d'une attitude commune

## **Tenter de comprendre le patient dans son rapport à l'intimité et à la sexualité**

Afin de tenter de comprendre le patient, un soignant peut se baser sur plusieurs réflexions ou observations. Il peut essayer de se mettre à la place du patient ou de s'imaginer de manière plus abstraite ce qu'un être humain pourrait vivre dans des circonstances semblables. Ensuite, le soignant se base sur des observations pour personnaliser cette première réflexion abstraite. Il remarque dans les attitudes du patient des signes implicites de ses sentiments, ou alors, se base sur le contexte de vie d'un patient pour analyser les raisons de ses réactions et ses comportements.

Un soignant est quotidiennement confronté à l'intimité des patients. Mais cette exposition de l'intimité, particulière au monde de l'hôpital, n'est pas habituelle pour quelqu'un d'externe.

► Prendre conscience du caractère intime

*«Je dois être vigilante personnellement et toujours reprendre conscience qu'on fait pas un travail un peu à la... à la chaîne comme ça. Dans le sens où on oublie vite de mettre un bout de rideau. On oublie vite dans une chambre à deux lits de... de donner un petit espace un peu... protecteur à la personne soignée.»*

D'autres exemples concrets que les interviewés ont abordés sont les sondes urinaires ou l'incontinence fécale. Alors qu'habituellement, ces choses appartiennent à la sphère intime de chacun, tout le corps soignant, et même parfois les visiteurs, sont au courant des déjections corporelles du patient. C'est, là aussi, une exposition de l'intimité que n'est pas habituelle pour les personnes hospitalisées.

Plusieurs interviewés m'ont parlé de cette notion de «se mettre à la place du patient» pour tenter de comprendre ce qu'il vit et ainsi améliorer sa prise en charge.

► Se mettre à la place du patient, comprendre ses sentiments, ses besoins

*«D'essayer de se mettre un petit peu à la place de la personne et puis de... oui, de voir ce qu'elle, comment elle vit ça et tout, et puis de respecter par des petites choses... faire le maximum qu'on peut faire.»*

Une interviewée raconte ici son expérience où elle s'est mise concrètement à la place du patient, lors de sa formation d'aide-soignante :

*«Je trouve c'était une bonne expérience, on devait se faire des toilettes l'un l'autre, on pouvait le faire avec les costumes de bain tout ça, mais de se rendre compte de ce que c'était quand même.»*

Cette soignante a dû se mettre dans la peau d'un patient, du temps où elle n'était pas encore confrontée quotidiennement à la nudité. Aujourd'hui, elle se rappelle cette expérience et peut ainsi s'imaginer ce que vit le patient lorsqu'elle fait une toilette.

S'imaginer soi-même à la place du patient est une chose. Par exemple, certains soignants expliquent que puisqu'ils sont eux-mêmes pudiques, ils ont de la facilité à s'occuper de patients pudiques. Ils arrivent facilement à s'imaginer à leur place. Mais ce que plusieurs interviewés ont aussi mentionné, c'est qu'il faut également tenir compte du contexte du patient, c'est-à-dire de son vécu, de son rapport au corps et à la sexualité, et non le considérer uniquement selon notre référentiel.

*«Je suis assez ouverte d'esprit là-dessus. Je me dis, moi je peux comprendre qu'ils... je sais pas moi, qu'ils vivent à moitié nus... pour eux c'est pas choquant», «moi je ferais pas comme ça, mais c'est moi. C'est moi, je suis une personne pudique et puis j'irais pas me promener euh...»*

*«Des personnes que de parler de leur corps ben ils ont pas l'habitude, des personnes vraiment très âgées, ou l'éducation, la religion, enfin y a beaucoup de choses qui peuvent rentrer en ligne de compte.»*

Une autre façon d'essayer de comprendre un geste, une parole ou une attitude d'un patient est d'analyser l'intention qui est derrière. Par exemple, est-ce que la sexualité est volontairement impliquée ? ► Distinguer les intentions

*«Faut faire la différence quand c'est sexuel ou si c'est vraiment normal. Enfin, j'entends euh normal, voilà. Chez un homme le matin, en principe voilà, ça peut être normal. Ou si ça devient vraiment sexuel ou dégoûtant, alors là...»*

*«On avait un petit papy qui aimait bien mettre sa tête là, qui s'appuyait contre nous [rigole un peu], mais ça restait tellement euh gentil, enfin comment dire, c'était vraiment pas sexuel ou c'était pas pour toucher. C'était plutôt un peu le, enfin il voulait un peu de chaleur, enfin, mais comment dire, tout en restant euh... De tendresse voilà, c'était plutôt de l'affection.»*

Les soignants qui ont abordé ce sujet expliquaient que leur réaction était différente selon l'intention du patient. Notamment, si le patient donne l'impression de déranger volontairement ou de chercher les limites, les soignants auront plus tendance à interdire ce comportement.

*«La personne qui va vraiment t'agresser euh ou te dire : "allez tire-moi une pipe" ou je sais pas quoi, là tu vas... tu vas réagir en disant que non, ça c'est grossier, ça se dit pas.»*

Un même geste, une même parole peuvent être considérés comme inadéquats dans la bouche d'un patient, et acceptable chez un autre. Par exemple, certains soignants sont plus flexibles avec des patients qui ont un trouble psychiatrique. Parce qu'ils supposent que ces patients n'ont pas l'intention de provoquer puisque leur capacité de discernement est altérée.

D'un autre côté, parfois la sexualité est impliquée et les soignants ne s'en rendent pas compte. Comme dans cette histoire qu'une aide-soignante m'a racontée : la patiente a eu un AVC avec de graves conséquences sur son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Son mari voudrait la reprendre à la maison et s'occuper lui-même des soins, mais veut d'abord qu'on lui enlève la sonde urinaire.

*«Il insistait vraiment pour qu'on lui enlève cette sonde vésicale. C'était un couple dans la septantaine, je pense. Et c'est vrai que ça a été très longtemps. Donc nous les aides, on a tout de suite compris pourquoi, mais jusqu'à ce que ça passe et puis que le médecin accepte ! On a dit : "Mais c'est un couple qui ont peut-être encore des relations !"»*

Le médecin en question était probablement concentré sur l'utilité médicale de laisser la sonde et ne s'est pas rendu compte qu'il y avait peut-être d'autres enjeux derrière. Cette situation montre bien les conflits qu'il peut y avoir autour de la gestion de la sexualité à l'hôpital.

Après avoir observé et réfléchi afin de comprendre le patient concernant ces questions d'intimité et sexualité, le soignant a plusieurs réactions possibles : tenter de s'adapter au désir du patient, diminuer l'exposition de l'intimité, mettre de la distance entre le patient et lui, ignorer la question, ou refuser d'entrer en matière. Ces différentes réactions guideront les prochains chapitres.

## **S'adapter au désir du patient**

Chaque patient a sa propre notion de ce qui est intime, son propre vécu au niveau de la sexualité et ses besoins dans le cadre d'une hospitalisation. Ce que j'entends par cette catégorie «s'adapter», c'est le fait que des soignants modifient leur manière de faire habituelle pour mieux correspondre au caractère d'un patient, à sa pudeur ou à son absence de pudeur ou à ses besoins et demandes en matière d'affection et de sexualité.

Pour commencer, un exemple dans lequel les soignants s'accordent sur le fait qu'il faut s'adapter, c'est lorsqu'un patient est pudique, de protéger au maximum sa pudeur. De plus, laisser les patients qui le veulent et le peuvent faire leur toilette seul, au minimum dans la sphère génitale. ► À la pudeur

*«Un patient qui peut faire sa toilette tout seul, il faut le laisser faire tout seul et pas aller le déshabiller, puis, voilà ça pourrait vraiment le gêner.»*

Dans certains cas, il faut faire un compromis entre hygiène et protection de la pudeur et de l'autonomie du patient :

*«Et même si le patient, qui arrive juste pas, te dit : "je veux faire moi". Ben voilà, une fois sur deux, tu le laisses faire... Puis une fois sur deux tu contrôles pour pas qu'il y ait des surprises disons après de peau abîmée ou de choses comme ça.»*

Les soignants auront tendance à pousser ce compromis dans une direction ou dans l'autre en fonction de leur manière d'aborder l'intimité dans le cadre hospitalier et de leur propre niveau d'hygiène et de pudeur.

Une autre situation où les soignants sont appelés à s'adapter, c'est lorsqu'une patiente est gênée que ce soit un homme qui la soigne (femme pudique devant les hommes, jeune femme qui a peur des ambiguïtés face à un soignant jeune, femme musulmane). On parle ici d'une patiente, au féminin, car aucun des interviewés ne m'a parlé du cas analogue où ce serait un patient masculin qui préférerait un soignant du même sexe. ► Au sexe, proposer une soignante du même sexe

*«On a de temps en temps des dames qui veulent pas des messieurs par exemple pour les soigner, même pour faire une toilette du haut. Enfin, qui aiment mieux avoir à faire à des femmes. Par contre, je connais pas d'hommes qui ont refusé des femmes.»*

Dans ces situations, il peut y avoir un conflit auquel le soignant aura à faire face : entre la volonté de s'adapter au désir de la patiente et la structure de l'institution qui l'en empêche.

*«Ici c'est... c'est problématique si on travaille seul. C'est sûr que c'est bien si on peut proposer les deux, mais des fois on peut pas toujours, et puis alors de nouveau il faut savoir quelle est l'urgence.»*



Dans toutes ces situations, lorsque c'est possible, le soignant pourra donc «s'adapter au sexe» de la patiente en demandant à une collègue du sexe féminin d'effectuer le soin ou l'examen qu'il devait faire. Voici un exemple plus triste où un soignant souhaite être remplacé par une femme soignante afin de s'adapter à sa patiente :

*«Lorsqu'on doit faire des constats d'agression sexuelle. Je pars du principe, peut-être faux, qu'une dame qui a été abusée, d'avoir de nouveau un homme en face d'elle pour les examens, je sais pas pour quelles raisons, mais j'ai... pour moi y a quelque chose qui va pas. Je pense que... d'avoir subi les sévices d'un homme et que le prochain qui vient pour faire les prélèvements est de nouveau un homme...»*

Si ce gynécologue fait appel à une femme parmi ses collègues pour effectuer cet examen, ce n'est pas uniquement pour s'adapter au sexe de la patiente, mais surtout pour s'adapter à un contexte sexuel particulier. Ce même gynécologue a aussi expliqué qu'il ne faisait pas d'examen au spéculum chez les jeunes filles qui n'ont jamais eu de rapports sexuels. Il n'a pas précisé pourquoi, mais deux raisons paraissent plausibles : 1) l'utilité de l'examen est moindre dans ces cas ; 2) ce serait un examen particulièrement gênant pour ces patientes-là. Donc il s'adapte au contexte sexuel particulier de ces jeunes patientes 1) du point de vue biomédical et 2) psychologique.

► Au contexte sexuel

Le soignant peut aussi adapter sa prise en charge au contexte sexuel de la personne lors de l'anamnèse sexuelle. Comme l'explique ce soignant en parlant des personnes âgées :

*«La perte de... de ces fonctions-là, la perte de... la possibilité de... ben de faire l'amour simplement. Ça, c'est difficile à accepter, je pense et... et probablement difficile d'en parler. Donc moi, j'évite d'aborder ces sujets-là avec eux.»*

Si la personne n'a effectivement plus de rapports sexuels, l'idée est d'éviter de la gêner avec des questions intimes difficiles qui, en plus, n'ont pas d'utilité clinique (à ce sujet, voir le chapitre «s'adapter au contexte sexuel des personnes âgées» dans la discussion).

Certains patients ont des demandes de sexualité, qui, dans le quotidien des soignants, ne sont pas habituelles dans l'enceinte de l'hôpital. Une des manières de réagir est de s'adapter à ces demandes, c'est-à-dire de laisser la possibilité ou même d'organiser activement la possibilité de vivre une sexualité pendant l'hospitalisation. En voici un exemple :

► Aux demandes et envies

*«Il se masturbait à chaque fois qu'il allait à la douche. Donc chaque fois qu'on le douchait, qu'on soit un homme ou une femme, il le faisait donc euh... Il commençait, moi je disais : "écoutez, dans un quart d'heure je reviens", "dans tant de temps je reviens" ou "quand vous avez terminé vous me sonnez".»*

D'autres exemples de «demandes» que les interviewés ont abordés sont les couples qui veulent être hospitalisés ensemble dans une chambre ou qui ont des relations sexuelles dans l'enceinte de l'hôpital. Le plus souvent, ces expériences venaient d'EMS (Établissement Médico-social). Plusieurs interviewés ont d'ailleurs fait la différence entre leurs expériences en EMS et celles en hôpital. Ce sujet sera abordé dans la discussion.

## **Cacher, protéger l'intimité du patient**

La protection de l'intimité et la sexualité du patient a pour but, non seulement de le protéger lui-même, mais aussi de protéger les autres : les autres patients, les visiteurs et les soignants eux-mêmes. Selon les circonstances, les soignants protègent plus l'un ou l'autre de ces groupes.

Malgré le fait que ce sujet est bien connu des soignants, certaines techniques ne sont pas toujours utilisées. Nous allons donc faire un rapide survol des techniques utilisées.

► Cacher la nudité

- Fermer les portes des chambres et les rideaux de séparation entre les lits
- Déshabillage séquentiel, linges ou draps pour couvrir les parties dont on n'est pas en train de s'occuper

*«Quand on regarde un ventre, on essaie de couvrir au moins les jambes et le bas ventre. On ne déshabille pas quelqu'un intégralement juste pour lui palper les ganglions sous-mandibulaires.»*

- Regard non insistant

*«Par exemple, si je prends le soin chez un homme, je vais pas regarder euh si elle est grande, si elle est petite, je voilà, je fais mon soin, je m'attarde pas. Aussi pour pas gêner la personne.»*

- Habillement «bienséant»

*«Quand ils doivent mettre ces chemises de nuit là, ben j'essaie d'en trouver des qui sont entières, où tu peux vraiment tout attacher. Maintenant, ils en ont fait des qui se croisent un peu.»*

*«Je lui ai juste dit que si elle ça la dérangeait pas, y avait d'autres personnes et puis peut-être que les autres personnes ça les dérangeait, donc qu'elle évite de se promener toute nue dans la chambre.»*

- Allumer la «présence» et expliquer sa signification aux visiteurs

*«Mettre la présence», «que ce soient des collègues aide-soignants ou infirmiers, ou médecins, mais ça par contre je crois qu'on leur a pas trop appris ou tout simplement dit quoi.»*

Ce sujet est analysé plus en détail dans la discussion.

- Chambres seul ou espace personnel

*«C'est clair que c'est pas l'idéal. Idéalement, il faudrait que tous les patients aient leur chambre à eux... Pour préserver leur intimité, pour préserver... leur espace à eux.»*

Il est important de savoir jusqu'où doivent aller les mesures de protection de l'intimité. Et qui met la limite : le soignant ou le patient ? On voit dans plusieurs interviews que la limite est floue et difficile à fixer. Comme discuté plus haut, si un patient est très pudique, généralement, les soignants s'accordent à dire qu'il faut tout faire pour lui garantir une bonne protection (cf. chapitre «s'adapter à la pudeur»). En revanche, la question est plus complexe pour un patient qui a peu de pudeur. En pratique, un exemple typique, c'est le patient qui reste nu sur son lit toute la journée. Certains voudront le laisser gérer lui-même les limites de son intimité, d'autres l'inciteront à mettre au moins un slip et les derniers insisteront pour qu'il s'habille complètement ; au point que ça peut engendrer des discordes dans l'équipe.

Contrairement au fait de cacher la nudité, le fait de cacher la sexualité est une situation qui n'arrive pas quotidiennement à l'hôpital et dont les soignants ont moins l'habitude.

► Cacher la sexualité

*«Après on fait beaucoup sur la pudeur, on fait très attention et tout et tout, mais sur la sexualité jamais.»*

Cette citation est intéressante parce qu'elle montre que les soignants établissent une distinction entre pudeur et sexualité. Les limites ne sont peut-être pas les mêmes d'un soignant à l'autre. Les représentations de ce qu'est la sexualité influent ensuite sur leurs pratiques.

Plusieurs exemples m'ont été racontés où les soignants ont offert un lieu où un moment sans dérangements à des patients qui désiraient avoir une sexualité dans l'enceinte de l'hôpital. Il y a deux cas de figure : le premier, présenté ici, est le cas où le patient désire cacher sa sexualité et demande d'en avoir la possibilité. Dans cet exemple, un couple s'est rencontré dans l'EMS où travaillait une des interviewées. Ces patients étaient demandeurs de plus d'intimité.

*«Faut qu'on leur trouve vraiment un endroit bien euh... tranquille où personne n'ira les déranger, puis où ma foi voilà d'un commun accord on a dit : ce qu'il se passe derrière la porte ça leur appartient.», «Ce qu'on a organisé c'était une fois par semaine euh... dans une chambre à part qui était très peu utilisée euh... y avait donc y avait un lit hein voilà et des chaises euh... on leur réservait cette chambre pour eux, le temps qu'ils en avaient besoin donc on a mis un panneau, un peu comme euh chez la coiffeuse quoi : libre-occupé.»*

L'autre cas de figure est que les soignants cachent la sexualité d'un patient qui, lui-même, n'avait pas forcément le désir ou la demande d'être caché. Par exemple, un patient qui se masturbait régulièrement dans son lit au vu et au su de ses voisins de chambre a été déplacé en chambre seul «pour épargner les voisins». La vision d'une sexualité est ce qui dérange le plus, selon les interviewés. Mais certains ont aussi abordé les bruits ou le fait de savoir que des personnes ont des rapports sexuels dans un lieu public.

Une autre manière de ne pas exposer l'intimité du patient est d'éviter d'avoir des discussions qui touchent à l'intimité devant d'autres personnes. Ça implique parfois de faire sortir les visites, ou, lorsqu'il y a des voisins de chambre, de trouver un autre lieu pour discuter. Cette question est abordée dans la formation des différents soignants dans le cadre du secret médical.

► Discrétion dans les discussions

Plusieurs soignants ont aussi dit fermer les rideaux lors de discussions personnelles. Ça leur permet d'avoir un espace plus confiné, plus agréable et, même si le voisin de chambre entend ce qui se dit, d'éviter qu'il se mêle à la discussion.

Cette discrétion lorsqu'on aborde les sujets intimes peut aussi, comme le raconte cette aide-soignante, être d'éviter de s'appesantir sur les sujets gênants.

*«Si la dame a pleins de selles, tu vas pas commencer à raconter euh qu'y en a jusque voilà. Tu restes très discrète toi-même pour pas mettre en... en avant et mal à l'aise la personne.»*

## **Oublier ou ignorer l'intimité et la sexualité du patient**

Les soignants peuvent oublier ou ignorer l'intimité ou la sexualité du patient pour plusieurs raisons. Il y a une différence entre les termes oublier et ignorer. Le fait d'oublier une chose est involontaire, alors que si on ignore quelque chose, c'est intentionnel. Les deux premiers sous-chapitres ci-dessous parlent plutôt d'oublier l'intimité (involontaire), alors qu'il s'agit plutôt de l'ignorer dans les deux suivants (intentionnel). Le point commun entre ces deux termes est la non prise en compte de l'intimité.

Ça peut être par routine ou par habitude d'être constamment confronté à l'intimité que les soignants l'oublient. Ils font leur travail machinalement en oubliant l'aspect intime de certains de leurs gestes et paroles. C'est exactement l'inverse de la catégorie «prendre conscience du caractère intime».

► Par routine

Une autre cause fréquente de non-prise en compte de l'intimité est le manque de temps et la pression d'efficacité du travail. Des représentants de tous les corps de métiers m'ont parlé de ce problème.

► Par manque de temps

*«[Fermer les rideaux lors de l'examen physique] J'essaie, mais des fois on est tellement pris par le temps et... on oublie. Mais le plus possible j'essaie.»*

*«On a un temps euh... qui est prédéterminé le matin pour faire la visite. Si on commence à faire attention à qui sont habillées, qui ne sont pas habillées, et cetera, et cetera, ça devient très problématique.»*

Une autre raison de fermer les yeux sur l'intime, c'est de vouloir laisser le patient vivre la question comme il veut, ne pas se mêler de ses affaires. Certains interviewés pensent que ce n'est pas leur rôle, en tant que soignants, de s'occuper de la sexualité de leurs patients. D'autres pensent que ça fait partie de la vie privée du patient et que ce ne sont pas leurs affaires. Deux exemples de soignants qui voulaient «ne pas s'en mêler» sont présentés ci-dessous. Ce sont des soignants qui réagissent à l'hypothèse de patients qui feraient venir une prostituée dans l'hôpital.

► Pour ne pas s'en mêler

*«Ben moi, tu sais, mon problème c'est ce qui est médical. Au-delà du médical, je peux en penser ce que je veux, c'est pas... on s'en fiche de ce que je pense.»*  
*«C'est peut-être même mieux si ils le font sans nous dire [en riant un peu], comme ça nous, on n'est pas au courant.»*

Encore une raison que j'ai pu relever d'ignorer l'intimité et la sexualité, c'est afin de montrer son désaccord. Comme dans l'exemple de cette aide-soignante qui était confrontée aux allusions sexuelles et aux attouchements d'un patient lors des soins.

► Pour montrer son désaccord

*«J'ai essayé de pas rentrer en matière avec quand il nous faisait des petites remarques, je lui répondais même pas. Je rentrais même pas en matière quoi.» «Je restais neutre quoi. Je continuais mon soin puis fini terminé quoi. J'étais très froide avec lui.»*

## Utilisation de distance thérapeutique

Les différents corps de métiers de soignants entendent tous parler de la distance thérapeutique pendant leur formation. Cette expression fait partie du jargon des soignants. Au sens habituel de la distance thérapeutique, elle est une forme d'éloignement social entre le soignant et le soigné. Elle peut être marquée par le port de la blouse, le vouvoiement, une relation respectueuse, mais non amicale, etc. Je rajouterai à cette définition les nuances qu'apporte Alexandre Jollien, philosophe et écrivain. Handicapé de naissance, il a vécu 17 ans dans une institution pour personnes handicapées, ainsi, il connaît bien le milieu des soins. «Je parlerai d'eumétrie, néologisme que j'emprunte à Michel Onfray, qui désigne la juste distance. La doxa médicale peut concevoir la distance thérapeutique comme quelque chose de figé, alors que l'eumétrie relève du mouvement, de l'ajustement. Chaque jour, elle se renégocie, s'évalue. On passe d'une idéologie qui plaque des mécanismes de défense sur le patient à une ouverture à la réalité qui l'accueille.» (18). Concernant la distance thérapeutique, il ajoute à la définition classique la notion de mouvement. De plus, il préfère une expression qui ne décide pas s'il s'agit d'une distance ou d'une proximité thérapeutique. Car la notion de distance a une connotation négative de froideur voire de négligence.

En général, le concept de distance thérapeutique est plutôt utilisé dans le sens d'un éloignement du point de vue affectif de la relation. Toutefois, les quelques exemples d'éloignement physique qui m'ont été racontés s'intègrent bien dans ce chapitre, puisqu'ils vont aussi dans le sens de maintenir la relation dans le cadre du soin et d'éviter une déviation des sentiments hors de celui-ci. Dans cet exemple, le soignant raconte comment il a réagi à une patiente qui lui a touché les fesses :

► Distance physique

*«J'ai rien dit, mais je me suis mis un peu de côté.»*

La distance thérapeutique au niveau physique n'est pas uniquement une question de centimètres. Le soignant peut aussi marquer une distance par son langage corporel.

Des situations où plusieurs interviewés m'ont raconté qu'ils avaient dû mettre une distance, c'était les sentiments, demandes ou avances de leurs patients. Dans tous les cas qui m'ont été racontés, et probablement dans la majorité des cas en général, le soignant refuse d'entrer dans une relation sentimentale ou sexuelle dans ce cadre. Il va donc mettre une distance. Dans l'extrait d'entretien ci-dessous, le soignant raconte comment il a répondu aux avances d'une de ses patientes. Il a ignoré le caractère séducteur de la question et répondu comme si elle lui posait une question ordinaire, il a fait «comme si de rien n'était».

► Pour réagir aux demandes ou avances d'un patient

*«Une dame, en plein examen gynécologique, elle m'a demandé si j'étais marié.» «Faut réagir comme ça, je pense. Le meilleur moyen c'est de répondre à la question et puis de passer à autre chose... euh et puis voilà, juste laisser passer la chose.»*

Il ne va pas dans le sens de la patiente et reste neutre. C'est un moyen de défense, une manière d'éviter que cette discussion qu'il dit «déstabilisante» se poursuive.

Il y a deux situations particulières où les soignants concernés ont décidé de prendre de la distance. La première, c'est lorsque le patient est un proche, un ami ou de la famille. Dans ce cas, les soignants refusent de faire la toilette et certains refusent même totalement de s'occuper de la personne.

► Situation particulière : le patient est un proche  
► Situation particulière : présence d'un tiers

Dans une autre situation particulière, un soignant m'a expliqué que quand il perçoit à l'avance qu'une patiente va lui poser problème au niveau de la distance thérapeutique, notamment au niveau de la sexualité, ça lui arrive de demander la présence d'un tiers «pour se protéger».

Dans la distance thérapeutique, l'uniforme joue un rôle important. À première vue, l'uniforme est peut-être une simple mesure d'hygiène, mais à bien considérer les choses il sert aussi à indiquer le rôle du soignant et objective ainsi une différence entre patients et soignants. Il donne aussi un cadre «professionnel» ou thérapeutique à la relation.

► Habillement et attitude

*«Le fait d'être tous pareil [uniformes pour le personnel hospitalier] à la limite, on pourrait dire, ben ça nous déssexualise.»*

Autrement dit, l'uniforme diminue les possibilités de fantasmes des patients. D'une part, par ce cadre professionnel qu'il indique et d'autre part parce qu'il nivelle les styles vestimentaires et donc les possibilités de plaie.

Tous les interviewés qui ont abordé le sujet des uniformes le considèrent comme un outil pour mieux vivre la relation au patient et notamment les questions d'intimité et de sexualité.

*«C'est aidant ça, n'empêche, l'uniforme. Je trouve que ça protège beaucoup de... de réflexions justement grivoises.»*

*«Je trouve que ça nous met une certaine barrière justement. Ça nous permet de... voilà, je suis habillée en blanc, maintenant je travaille.»*

Une infirmière a aussi parlé du fait que les médecins ne portent pas forcément l'uniforme complet, mais seulement la blouse par-dessus leurs habits personnels. Elle pense que ce n'est pas nécessaire puisqu'ils sont moins en contact avec les patients, «tant que ça reste dans la normalité» [au niveau de la décence de la tenue]. Ce que je comprends dans cette citation, c'est que ceux qui ne portent pas l'uniforme devraient faire attention à leur habillement afin de ne pas attirer un regard sexualisé sur eux. Néanmoins, certains soignants ont un habillement ou une attitude séducteurs, par exemple cette aide-soignante dont parle un interviewé :

*«J'ai connu moi une aide-soignante hein, qui mettait justement... qui travaillait avec les personnes âgées et qui était aguicheuse, sexy, jolie. Et euh... elle faisait de mal à personne.»*

Cette citation montre que certains soignants sont séducteurs dans le cadre de leur travail. Ce sujet est abordé dans la discussion.

Une autre manière de voir la distance thérapeutique est une séparation virtuelle que les soignants peuvent mettre entre eux-mêmes et le patient en contrôlant leurs propres émotions. Selon Alexandre Jollien, c'est la seule distance thérapeutique qui ait lieu d'être «si distance il doit y avoir c'est entre le médecin et le médecin, autrement dit entre le médecin et ses réactions, ses émotions, ses réflexes» (18). Cette distance permet au soignant lui-même de mieux vivre le soin et probablement qu'elle induit même un changement notable dans l'interaction avec le patient.

► Contrôler ses émotions

Les deux citations ci-dessous illustrent cette gestion des émotions. Les soignants scotomisent la nature sexuelle de la personne le temps du soin, probablement pour éviter d'avoir des pensées sexualisées qui seraient désagréables.

*«Je suppose que tout dépend l'intention qu'on y met derrière. Moi, c'est pour ça que je te disais au début que pour moi la personne elle est pas sexualisée quand je la soigne.»*

*«Pour moi, ma façon de faire ce serait plutôt que... la personne elle perdrait plutôt l'attrait [ou les traits ?] de son sexe pour pouvoir euh... pour pouvoir soigner mieux.»*

Dans ces exemples, les interviewés contrôlent leurs pensées lors des soins intimes afin qu'elles ne soient pas sexualisées. Le patient ne remarque peut-être pas de différence flagrante, mais peut-être que ça modifie l'interaction de manière subtile. Et surtout, ça permet au soignant lui-même de bien vivre ces moments-là.

Un autre outil qui aide à gérer ses propres émotions est le fait de se sentir épanoui avant de s'occuper des autres. Plus précisément concernant l'intimité et la sexualité, ce que plusieurs interviewés trouvaient important, c'est d'avoir un bon rapport à son propre corps et d'être satisfait dans sa propre vie sentimentale.

*«Vaut mieux pas avoir de problème relationnel avec son corps ou le corps des autres hein quand on fait ce métier là je trouve.»*

*«Mais c'est vrai que quand tu as quand même une sérénité dans ta vie privée c'est... c'est aussi simple de se dire : "bon, je veux pas un copain".»*

Effectivement, à mon avis, c'est un mécanisme irréflecti, mais notre propre vision du corps et des relations influence nos réactions face à l'intimité et la sexualité du patient. Par exemple, si un soignant souffre de ne pas avoir de relation amoureuse, il se peut qu'il cherche à recevoir de l'attention et que ce soit plus difficile pour lui de répondre à des avances de la part de patients. Mais si on est conscient de l'influence de notre propre vécu sur notre manière de réagir, cette influence peut être contrôlée.

## Interdire, refuser la sexualité à l'hôpital

Plusieurs situations de refus de la sexualité dans l'hôpital ont déjà été abordées jusqu'ici.

D'abord, la situation où le soignant refuse d'accéder à la demande de sexualité d'un patient en mettant une distance thérapeutique (cf. chapitre «réagir aux demandes ou avances d'un patient»).

► Refus d'accéder à la demande

Une autre raison de refuser la présence de sexualité dans l'hôpital est de protéger les personnes autour du patient concerné (cf. chapitre «cacher la sexualité»).

► Ça dérange les autres

Ensuite, comme abordé dans le chapitre «distinguer les intentions», si un patient donne l'impression de déranger volontairement ou de chercher les limites, les soignants auront plus tendance à interdire ce comportement.

► Intentions de provocation

Une tout autre raison de refuser la présence de la sexualité dans l'hôpital, c'est que c'est un lieu de soins où la sexualité n'a pas sa place.

► Pas sa place dans les soins aigus

*«C'est déplacé en milieu hospitalier. Parce que comme je t'ai dit, pour moi en milieu hospitalier, c'est un milieu où on soigne les gens qui sont malades. On a pas à batifoler euh, deux patients qui sont ensemble, non. C'est pas l'endroit approprié.»*

Un endroit plus approprié selon ce soignant serait l'EMS, puisque c'est un lieu de vie. La différence EMS/hôpital est abordée dans la discussion.

Pour certains soignants, la sexualité est un sujet privé, tabou ; elle est donc malvenue dans les hôpitaux puisqu'ils sont des lieux publics.

► Trop privé, ça se vit à la maison

*«La vie affective elle peut être prolongée pendant l'hospitalisation, mais la vie sexuelle, il faut... il faut mettre pause le temps de l'hospitalisation.»*, *«Si le patient n'est pas de cet avis. Euh... il aura pas beaucoup de choix parce que il doit se... se conformer aux règles de l'établissement. Et puis... je sais pas si précisément, il y a quelque chose d'inscrit dans les... dans le règlement de l'hôpital, euh, qui s'applique aux patients. Mais en tout cas, c'est quelque chose que nous, en tant que soignants, on ne permet pas.»*

Dans cet extrait, la manière d'interdire les relations sexuelles est intéressante. Cet infirmier se base sur «les règles de l'établissement». Dans les hôpitaux que j'ai pu contacter, il n'y avait pas de tel règlement (cf. Chapitre «Recommandations et directives officielles»). Mais cette référence au règlement lui permet de légitimer son avis et d'avoir une certaine autorité. D'autre part, il légitime aussi son avis en se référant aux autres soignants, en disant qu'il n'est pas le seul à appliquer ça.

► Différentes manières d'interdire

Concernant la façon d'interdire, le même infirmier explique que lorsqu'on interdit un comportement à un patient, il est important de ne pas user de violence. Il donne l'exemple d'un patient qui a des gestes ou des paroles inadéquats.

*«Si c'est un patient qu'on n'arrive pas à recadrer, il faut pas... il faut pas insister jusqu'au point de devenir à notre tour l'agresseur quoi.»*

# Quatre idéaux-types du coping

## Principe d'idéal-type

À partir de l'analyse des entretiens, j'ai construit 4 idéaux-types de soignants. Le but d'un idéal-type est de dépeindre une manière de réagir à la confrontation à l'intimité et sexualité du patient. L'idéal-type correspond à des traits de caractère et des histoires de vie qui se retrouvent souvent réunis chez un même soignant, aux ressources qu'il possède, à ce qu'il a appris et à sa vision de la sexualité. L'idéal-type est une «caricature» ; il exagère les traits pour rendre les différences bien visibles. Il se veut aussi épuré, quasi simpliste, pour donner une image compréhensible d'une réalité complexe. En réalité, certains soignants peuvent se reconnaître en partie dans un idéal-type sans y correspondre totalement ou alors utiliser, selon les circonstances, des réactions typiques d'un idéal-type différent. La manière dont une personne aborde la sexualité peut évoluer avec le temps et les expériences ; de la même façon, un soignant peut changer d'idéal-type au cours du temps.

Vous trouverez dans l'annexe 2 plusieurs citations qui illustrent chaque idéal-type.

## Le jeune stagiaire

C'est sa première expérience en hôpital. Plein d'idéaux, il veut faire au mieux pour prendre soin des patients en communiquant avec empathie et en faisant chaque geste de manière autant douce qu'efficace, comme il a appris en cours. D'ailleurs, il a bien relu tous ses cours avant son stage et connaît très bien sa matière.

► Il aborde la sexualité de manière fragile, inexpérimentée

Par contre, il manque d'expérience et se fait surprendre par certaines situations inattendues : il doit faire une toilette intime ou un toucher rectal pour la première fois, il doit poser des questions gênantes concernant la sexualité. Il savait qu'il serait confronté à ces situations, mais il n'y avait pas trop réfléchi à l'avance ; il ne s'est pas préparé émotionnellement à ça et il n'a pas non plus prévu comment il réagirait à chaque situation particulière. Avec toutes ces nouvelles émotions et réflexions qui lui viennent, il ne sait pas trop quoi penser.

Le stagiaire, pour l'instant, est passif par rapport aux situations de confrontation à l'intimité ou sexualité ; il fait ce qu'on lui dit. Le plus souvent, il est plutôt d'accord avec ce qu'on lui dit de faire et content d'avoir une ligne à suivre. Parfois, il demande même à ses collègues comment il devrait se comporter et prend en compte leurs conseils. Et dans certains cas, il voudrait agir différemment, mais n'ose pas affirmer son avis à cause de sa place de stagiaire ou du fait qu'il n'est pas assez sûr de lui. Il doit encore se faire sa propre idée, développer sa propre manière de réagir.

On pourrait faire l'hypothèse que l'avantage du stagiaire est qu'il n'est pas menaçant. Il est tout en bas de la hiérarchie des soignants et les patients pourraient trouver que ça le rend plus accessible. Mais pour en être sûr, il faudrait interviewer des patients.

Les stagiaires se ressemblent entre eux, quelle que soit leur branche d'étude. Puisqu'ils n'ont pas encore été confrontés au monde de l'hôpital, ils n'ont pas développé leur manière de réagir et prennent exemple sur les soignants qui les entourent. Ce premier idéal-type n'existe que pendant un laps de temps donné, puis il évolue. On ne peut pas rester «le stagiaire» toute sa vie. Avec l'expérience, les stagiaires osent «mettre leur blouse», revêtir leur identité de soignant. Petit à petit, ils vont aussi se construire leur propre manière de réagir face à l'intimité et sexualité.



## Le technicien

Sa priorité, c'est le bien-être «physiologique» des patients et il est très compétent dans son domaine. Il ne s'intéresse pas spécialement à l'intimité de ses patients. D'ailleurs, s'il était lui-même hospitalisé, il ne voudrait pas qu'on lui pose des questions intimes, mais simplement que les soignants fassent leur travail de manière efficace et qu'ils lui donnent les informations dont il a besoin. Le «technicien» utilise fréquemment la catégorie de réaction «oublier, ignorer» l'intimité et la sexualité. En effet, il ne considère pas ces sujets comme une priorité puisque pour lui ce sont les questions médicales qui sont au premier plan.

► Il aborde la sexualité de manière technique, médicale, factuelle

Ce trait de caractère le rend peut-être froid et distant à premier abord, mais le technicien n'est pas insensible. Il n'a simplement pas l'habitude ; il ne sait pas comment s'y prendre pour aborder les sujets personnels ou pour réagir à des situations délicates au niveau de l'intimité. Par exemple, au niveau du choix du vocabulaire, le technicien utilisera des mots officiels, académiques (cf. chapitre «appeler un chat un chat»). Ces mots sont clairs et précis, pas de malentendus possibles. Le soignant ne risque pas de se retrouver dans un registre familier qui le mette mal à l'aise. Par contre, ses paroles risquent parfois d'être froides, voire inaccessibles.

Cet idéal-type est fréquent chez le médecin. Tout se passe comme si, par leur formation, les médecins en viennent à accorder une grande importance au côté technique médical du patient, puisque tout leur cursus se concentre sur cet aspect. Bien sûr, on leur dit qu'il est important d'être ouvert et sensible à l'intimité du patient, mais ils ne sont pas bien formés ni habitués à le faire. Et donc, à moins d'un effort conscient pour nager à contre-courant ou d'une sensibilité préexistante pour ces questions, ils se retrouveront à les mettre au second plan, voire à les oublier complètement.

Est-il plus avantageux ou distingué pour un médecin de conserver les compétences techniques et déléguer l'émotion et le relationnel aux infirmiers ? Cela correspondrait à un idéal de médecin tout puissant, style «Dr House». On peut se poser la question des enjeux qu'il y a derrière le fait de rester «technicien». Est-ce que la position d'autorité du médecin en dépend ?

## Le décent

Il pense que la sexualité et l'intimité sont des choses qui se vivent dans le cadre privé. Par conséquent, la sexualité n'a pas lieu d'être dans l'hôpital et la nudité devrait être cachée avec une pudeur respectueuse. Selon lui, notre culture dicte des règles des choses qui sont bien vues et de celles qu'on ne peut pas accepter et dans le cadre de l'hôpital et il trouve important de les suivre. On peut aborder les sujets personnels avec lui, mais seulement si les deux parties sont d'accord et avec des limites : «chacun chez soi et les vaches seront bien gardées». Dans certaines situations, ses collègues le traitent de conservateur, disent qu'il a des idées trop carrées, qu'il est à cheval sur ses principes. D'un autre côté, ils apprécient qu'il soit attentif à protéger l'intimité de ses patients.

► Il aborde la sexualité comme un sujet privé, tabou, de manière pudique

À mon avis, tous les soignants peuvent vivre des situations dans lesquelles ils réagissent comme le «décent», lorsque quelque chose dépasse leurs propres limites de ce qu'ils considèrent comme «décent». Ces limites sont personnelles, elles sont différentes d'un individu à l'autre. En réfléchissant à l'avance (à l'aide de jeux de rôles dans la formation ou pour soi-même), on peut décider de manière consciente quelles seront nos limites. Pourquoi est-on choqué par une situation, est-ce justifié, dans quelles situations veut-on rester radical, conservateur ? Etc.

## Le compréhensif

Il est sensible à son environnement. Il cerne rapidement les gens, que ce soient ses patients ou ses collègues. Il est à l'aise dans les relations entre êtres humains : il aime en parler, il aime les comprendre et les analyser, et surtout, il aime les vivre, et c'est principalement ça qui l'attirait quand il a choisi son métier. Il se soucie beaucoup de la qualité de vie des patients du point de vue relationnel. Il se met à la place des autres et réussit ainsi à trouver un bon rapport à chaque interlocuteur. Par conséquent, ça ne lui arrive que très rarement de blesser ou de brusquer quelqu'un.

► Il aborde la sexualité de manière attentive, à l'aise dans la communication

Le «compréhensif» est particulièrement habile pour «tenter de comprendre le patient dans son rapport à l'intimité et à la sexualité». Toutefois, à mon avis, n'importe quel soignant peut s'entraîner et devenir plus attentif à ce point.

Le risque du compréhensif, c'est qu'il s'investisse tellement dans la relation avec un patient qu'il en oublie son propre bien-être ou qu'il en souffre lui-même.

# Discussion

## Méthode

L'influence du chercheur sur son matériau est inévitable, et plutôt que de les nier, il est important d'en intégrer les effets dans l'analyse. Durant toutes les étapes de l'étude, j'ai donc systématiquement tenté d'avoir une démarche de réflexivité, préconisée dans la recherche qualitative, sur mon propre travail.

Le mode de recrutement influence le choix des individus de participer à l'étude, ainsi que leur discours lors de l'entretien. On peut penser que les participants qui veulent bien parler de la sexualité sont sélectionnés, alors que ceux qui se sentent menacés par le sujet refusent de participer. Possiblement parce qu'ils ont le sentiment qu'ils ne maîtrisent pas ce domaine. Un autre exemple d'influence du recrutement, puisqu'il s'est fait via des connaissances, serait une censure lors de l'entretien par crainte de manque de confidentialité. ► Modalités de recrutement

La plupart des entretiens se sont faits sur le lieu de travail et quelques-uns chez l'interviewé. Le lieu influence le cadre de l'entretien. Par exemple, dans le cadre sérieux offert par l'hôpital, et souvent en habit de travail, le soignant pourrait se sentir plus légitime à aborder ce sujet de manière professionnelle. Alors qu'une personne interviewée chez elle pourrait être plus à l'aise d'aborder des sujets personnels ou des confidences. ► Lieu de l'entretien

Il s'agit pour le chercheur de prendre en compte les "à côté" qui encadrent et influencent le discours. Par exemple, censure due au tabou autour du sujet de la sexualité, à la rencontre homme-femme, effets d'asymétrie statutaire médecin-étudiant, etc. ► Pendant l'entretien

Une limite importante de ce travail est qu'il se base uniquement sur les entretiens des soignants. On a donc un discours sur leurs pratiques et non les pratiques elles-mêmes. Les interviewés oublient certains points, montrent la meilleure partie d'eux-mêmes, voire mentent à l'intervieweur ou à eux-mêmes de manière plus ou moins consciente. Pour pallier cette limite, on aurait pu observer le travail des interviewés et ainsi faire le lien entre leur discours et leurs pratiques, mais une étude de cette ampleur n'aurait pas été possible dans le cadre d'un travail de master en médecine. ► Résultats

Une autre difficulté est le travail de catégorisation. Il a pour but de rassembler des données en catégories, et ainsi, de les rendre claires et intelligibles. Pour cela, le chercheur doit passer par une interprétation qui doit être organisatrice et non déformante. Concernant le choix des sujets présentés, j'ai essayé d'être le plus exhaustive possible en me basant sur les sujets abordés lors des interviews.

La construction des idéaux-types est une partie très interprétative de ce travail, car aucun des interviewés ne m'a directement fourni un résumé de son caractère, ses ressources et sa vision de la sexualité. Il y a donc un grand travail de recherche des points pertinents à l'intérieur des entretiens. De plus, mettre ensemble différents caractères pour en faire une seule entité et lui choisir un nom est un processus qui implique également beaucoup la vision du chercheur lui-même. Par exemple, au début de l'analyse, j'avais donné différents sexes à ces 4 entités. Je me suis finalement rendu compte que je les avais définis en fonction des stéréotypes de genre de notre société et non sur la base d'une observation réelle dans mes entretiens. J'avais mis le «technicien» au masculin et la «compréhensive» au féminin : deux exemples typiques d'a priori sur le rapport à la sexualité différencié entre l'homme et la femme. Il serait très intéressant d'étudier les différences d'approche de la sexualité entre les sexes, mais ce niveau supplémentaire d'analyse dépasse le cadre de cette étude. J'ai donc décidé de mettre tous les idéaux-types au masculin afin de ne pas mélanger les stéréotypes de genre et mes observations et interprétations. Un autre exemple dans lequel ma propre vision de la sexualité influence la présentation des idéaux-types : j'ai personnellement de l'affection pour les soignants qui sont attentifs à protéger l'intimité de leurs patients. J'ai remarqué que j'y accordais aussi beaucoup d'importance dans la rédaction. ► Idéaux-types

Concernant l'écriture, la principale difficulté est de différencier la partie descriptive du travail de la ► Rédaction

partie analytique. Les résultats, l'interprétation des résultats et mes avis personnels sont interconnectés et s'imbriquent pour former une continuité d'idées. Néanmoins, j'ai séparé les résultats qui découlent directement des entretiens (étape descriptive), de la discussion, approche plus analytique comprenant une prise de position personnelle.

## Moyens de coping

Cette partie de la discussion reprend les réflexions importantes qui ont émergé lors de l'analyse des résultats.

De toutes les catégories formées dans cette étude, «cacher, protéger» est celle qui a été le plus abordée par l'ensemble des interviewés. D'une façon générale, ils avaient tous déjà réfléchi à ce sujet. Je pense que cela tient à deux choses. D'une part la formation : de plus en plus d'importance est accordée au sujet de l'intimité, et en général au côté psychosocial des soins. D'autre part, c'est plus pudique et plus valorisant de parler de protéger l'intimité que de certains autres sujets abordés dans ce travail ; que ce soit pendant l'entretien ou en général dans l'institution. Tous corps de métiers confondus, les soignants étaient très attentifs à cacher la nudité de leurs patients. Les rares exceptions dont on m'a parlé, que je n'ai pas interviewées personnellement, étaient des médecins ; à mon avis, des «techniciens exacerbés».

► Facilité à aborder le sujet de la protection de la nudité

Plusieurs soignants ont abordé «la présence» comme technique de protection de l'intimité. Comme son nom l'indique, cette petite lumière au-dessus de la porte des chambres d'hôpital informe de la présence d'un soignant à l'intérieur. Elle a plusieurs fonctions : 1) éviter qu'une personne entre pendant un soin ou un examen intime ; 2) permet aux soignants de savoir où sont leurs collègues sans devoir ouvrir chaque porte ; 3) le soignant qui est dans la chambre avec la présence activée entend les sonnettes des autres chambres ; 4) il peut déclencher une alarme pour appeler ses collègues en urgence.

► Mettre la présence pour protéger l'intimité

En général, ce ne sont que les infirmiers et aides-soignants qui l'utilisent. Il est admis ou du moins très courant que les médecins et les consultants externes à l'équipe (physio- et ergothérapeutes, psychologues, aumôniers,...) n'allument pas la présence. Il y a plusieurs explications possibles : ils ne sont pas formés à l'allumer ; ils sont moins souvent dans des situations intimes ou y sont moins sensibles ; ils ne font pas partie de l'équipe et ont besoin ni de signaler leur présence aux collègues ni d'entendre les sonnettes des autres chambres.

Parmi les moyens de protection de l'intimité, il y avait aussi l'idée de ne pas l'exposer inutilement. C'est-à-dire, d'être attentif à éviter les questions, soins, examens ou interventions intimes non nécessaires. Par exemple : faire des examens tels que le toucher rectal seulement s'il y a des indications médicales claires, laisser les sondes urinaires le moins longtemps possible, laisser le patient faire lui-même sa toilette même s'il le fait moins efficacement que les soignants, autoriser et inciter le patient à se mobiliser rapidement afin qu'il puisse aller jusqu'aux toilettes, s'habiller et se laver lui-même, omettre volontairement les questions de l'anamnèse sexuelle si ce n'est pas lié à la plainte, etc.

► De quelle manière et dans quel but exposer l'intimité ?

Dans la même idée que pour l'exposition de l'intimité, il est intéressant d'observer comment les soignants parlent de ces sujets et se demander dans quel but ils en parlent. Ces questions se rapportent à tout le chapitre «discuter entre soignants de la gestion de l'intimité», que ça soit pour un partage et débriefing, des conseils et critiques ou dans le cadre de colloques.

► De quelle manière et dans quel but parle-t-on entre soignants ?

Existe-t-il des circonstances où parler d'une situation entre collègues n'est pas nécessaire ? Est-ce qu'il y a une forme de voyeurisme derrière certaines discussions ? Par exemple dans l'histoire du patient qui regardait un film porno dans sa chambre un soir, la soignante qui l'a vu l'a raconté à toute l'équipe pendant le rapport le lendemain matin. Dans ce cas, on peut se poser la question : de quelle manière en a-t-elle parlé et dans quel but ? Il y a peut-être une composante de débriefing et peut-être aussi une envie de raconter cette information parce qu'elle est «croustillante».

Quant à la manière d'en parler, il y a aussi des réflexions intéressantes à avoir : est-ce que les soignants ont le droit d'en rire pour «décompresser» ? Est-ce que la manière d'en discuter réexpose l'intimité

du patient une deuxième fois ?

Une autre idée, dont plusieurs interviewés m'ont parlé, est la différence de prise en charge de la sexualité chez les patients âgés. Certains jeunes soignants pensent que la majorité des patients âgés n'ont plus de rapports sexuels et par conséquent n'abordent pas ce sujet avec eux (cf. chapitre s'adapter au contexte sexuel). Pourtant, la littérature à ce sujet montre qu'une proportion non négligeable des personnes âgées a encore une sexualité active (17). À mon avis, il faudrait éviter ces préjugés. Avant d'adapter la prise en charge de la sexualité à l'âge du patient, il faudrait d'abord tenter de comprendre où en est cette personne là dans sa sexualité.

► S'adapter au contexte sexuel des personnes âgées

Sans être lié à l'âge de la patientèle, il y aurait, selon plusieurs interviewés, une différence de prise en charge des questions d'intimité et de sexualité entre EMS et hôpital. Les soignants expliquent cette différence par le fait que l'EMS est un lieu de vie alors que l'hôpital est un lieu de soins aigus.

► Différence EMS/hôpital

Tous les interviewés qui abordent la différence entre ces deux lieux médicalisés pensent que l'intimité est plus soignée dans les EMS. Par exemple le fait de prendre soin de l'image de soi du patient en lui mettant les bigoudis, de prendre des moments pour tisser le lien entre soignant et soigné, d'encourager le patient à décorer sa chambre pour qu'il se sente comme chez lui, etc. Sur la question de la sexualité aussi, les soignants seraient plus sensibles aux besoins des patients et plus prêts à «s'adapter» en EMS. En revanche, concernant le milieu hospitalier, il existe deux avis opposés. Certains des interviewés pensent qu'il faudrait faire comme dans les EMS et être plus attentif à ce sujet. Alors que d'autres considèrent que c'est un milieu différent où on ne peut pas utiliser les mêmes règles et que ce serait plutôt au patient de s'adapter au cadre donné par l'hôpital.

Concernant «s'adapter au désir du patient», on voit dans les entretiens que la capacité et la volonté d'adaptation ne sont pas égales parmi les différents soignants. Elles semblent être les plus importantes chez les aides-soignants, suivis des infirmiers puis des médecins. Une des raisons pour cela est probablement que l'idéal-type «compréhensif», qui est celui qui a le plus tendance à «s'adapter au désir du patient», est plus représenté par des aides-soignants et infirmiers que par des médecins dans mon échantillon. Peut-être aussi que les médecins et infirmiers, conscients de leur statut, vont se sentir en droit de refuser de modifier leur manière de faire habituelle pour s'adapter au patient. Tandis que les aides-soignants se mettront au niveau du patient et remettront plus facilement en question leur propre manière de faire.

► Quels soignants ont plus de capacité et de volonté de s'adapter au désir du patient ?

Une réflexion intéressante qui a été soulevée dans le chapitre de l'«utilisation de distance thérapeutique» est celle de l'attitude séductrice de certains soignants. L'exemple donné était celui d'une aide-soignante qui était aguicheuse et sexy dans le cadre de son travail. L'interviewé qui en a parlé trouve qu'«elle faisait de mal à personne». Que penser des soignants qui ont une attitude aguicheuse, qui font dépasser leurs sous-vêtements de leur habit de travail ou qui masturbent leurs patients ? Est-ce un manque de professionnalisme, un non-respect de la distance thérapeutique ? En tout cas, c'est une manière de réagir à l'intimité et la sexualité du patient : l'accepter et en quelque sorte y participer. Puisqu'aucun interviewé n'a dit agir de cette manière, qu'il n'y a que des oui-dire, je n'ai pas approfondi ce sujet. De plus, j'ai l'impression que c'est une pratique qui fait beaucoup parler d'elle, mais qui, en réalité, est plutôt rare. Il serait toutefois intéressant de creuser un peu plus dans une prochaine étude.

► Habillement et attitude séducteurs chez les soignants

Pour finir, un questionnement que plusieurs interviewés ont soulevé est celui des patients qui ont des troubles psychiatriques. La problématique spécifique de cette population est leur capacité à faire des choix de ce qui est bon pour eux, notamment au niveau de la sexualité. Les soignants peuvent se poser des questions bienveillantes : «est-ce que cette sexualité fait du bien à ce patient ?», «est-ce que je devrais l'interdire pour son bien ?», «à quel moment je peux décider à sa place ?». Il serait intéressant d'approfondir ce sujet, mais cette problématique n'est pas au centre de mon questionnement. La question reste ouverte.

► Troubles psychiatriques : faut-il décider à leur place ?

Quoi qu'il en soit, dans tout le chapitre «interdire, refuser», les soignants limitent l'autonomie du patient non seulement dans les cas de troubles psychiatriques, mais également pour d'autres raisons. On peut se poser la question de la légitimité des soignants à restreindre l'autonomie de leurs patients pour chacune de ces raisons (cf. chapitre «interdire, refuser»).

## Établir des recommandations et directives officielles

Les directions des soins des différents hôpitaux contactés pensent qu'il n'existe aucune guidelines qui oriente les soignants dans les décisions pour régler les problèmes liés à l'intimité ou la sexualité des patients. Pour certains soignants, il est difficile de n'avoir aucune référence claire, aucune base tangible sur lesquelles s'appuyer pour savoir comment réagir face à ces problèmes.

*«C'est savoir mieux comment faire face verbalement à ce genre de [comportements inadéquats]... d'avoir une référence, quoi faire, comment s'y prendre.»*

Partant de cette envie de savoir comment réagir, au début de ce travail, je pensais qu'il serait intéressant de créer des directives. Au fil du travail, je me suis rendu compte que chaque situation comporte des difficultés et des intervenants différents. Il serait donc difficile de créer des règles qui donnent une solution qui corresponde à chaque nouveau problème posé.

On pourrait donner des principes généraux du type : «le soignant doit respecter l'intimité du patient et être sensible à sa pudeur» ou «le soignant prend en compte les besoins du patient et adapte sa prise en charge en fonction de la situation». Mais ils risqueraient, comme ces exemples, d'être «bateau» et de ne pas beaucoup aider les soignants dans les situations concrètes. Une autre possibilité de réglementation serait de fixer des limites fondamentales claires, des extrêmes à ne pas dépasser. Par exemple, «il est interdit pour un soignant d'avoir des relations sexuelles avec un patient dans l'enceinte de l'hôpital» ou encore «les patients doivent s'habiller pour aller dans les couloirs». Cela dit, il serait difficile d'obtenir un consensus sur les limites à fixer sur chaque question puisque chaque individu a une vision différente de quelles sont les limites nécessaires. Il faudrait donc des recommandations flexibles et non des directives rigides.

Néanmoins, on peut imaginer des recommandations flexibles exprimées plutôt sous forme de bonnes pratiques. Il faudrait pour cela qu'un groupe de discussion formé de différents soignants réfléchisse à la question. Ils pourraient discuter ensemble de quelles sont les bonnes pratiques (et les mauvaises) et créer des recommandations à partir des exemples concrets pour certaines des situations que les soignants vivent dans leur quotidien.

## Formation

Pour ces motifs, à mon avis, il faut surtout axer sur la formation des soignants pour les sensibiliser à cette problématique, et ainsi, les préparer à la confrontation à l'intimité et la sexualité. Dans les entretiens, les médecins disent avoir très peu de formation au sujet de l'intimité et la sexualité du patient.

*«C'est vrai qu'on n'a pas eu de cours spécifiques qui parlaient de ça, mais en première année on a eu pas mal de cours qui parlaient sur la relation médecin-patient et puis à un moment donné ou à un autre dans le cours on nous a parlé de l'intimité.»*

À l'inverse, les infirmiers et aides-soignants ont tous beaucoup abordé les sujets de l'intimité et la nudité dans leur formation. Par contre, les questions de sexualité ou de gestions des situations délicates n'ont été enseignées dans aucun des corps de métiers.

Le parcours d'une des interviewées est très intéressant en ce qui concerne l'analyse de la formation. Elle a fait successivement une formation d'aide-soignante d'une année, puis l'école d'infirmière. Elle explique la grande différence entre les formations d'aide-soignant et d'infirmier :

*«À l'école d'aide-soignante, ben la toilette ça nous a pris, je pense euh... une demi-journée et puis à l'école d'infirmière c'était peut-être une heure. C'est vu comment ça se passe, c'était pas la même expérience. C'était beaucoup plus théorique.»*

*«Je disais justement, quand j'ai fini ma formation d'infirmière : "je trouve qu'on devrait tous commencer par la formation d'aide-soignante".»*

Cette différence de formation entre les 3 corps de métier analysés est aussi notable dans les documents de cours que les formateurs m'ont fournis, car le gradient dans la quantité de formation dans le domaine est clair. Les aides-soignants sont ceux qui ont le plus de formation à ce sujet, suivis des infirmiers puis des médecins. Et comme les interviewés le signalent, rien ne parle de la sexualité et de gestion des situations délicates.

Concernant la forme de la formation, un interviewé explique que les jeux de rôles sont une excellente technique.

*«Moi j'ai beaucoup appris euh de ces jeux de rôles. Bon, je reste quand même persuadé qu'après chacun a sa sensibilité et sa capacité à réagir face aux différents patients... qu'on peut avoir. Mais ces jeux de rôles permettent quand même d'avoir des outils euh et des manières de réagir.»*

Personnellement, je pense aussi que c'est une bonne manière de se préparer à la confrontation à l'intimité et la sexualité. En effet, il n'y a pas de réponse universelle qui permette de régler chaque nouveau problème que rencontrent les soignants dans ce domaine. Dans ce sens, les jeux de rôles sont un bon exercice. Ils mettent les étudiants face à des exemples de situations concrètes, ce qui permet de les sensibiliser à la problématique.

Alexandre Jollien parle aussi de la manière de former les étudiants. «J'ai bien peur qu'un certain savoir théorique ne formate la prise en charge médicale. Former sur la crête, ce n'est pas acquérir une maîtrise protocolaire de la relation médicale et féliciter l'étudiant qui a tout juste, mais le sensibiliser à la difficulté de l'exercice. À mes yeux, le témoignage de patients, de «victimes» de la distance thérapeutique peut être une excellente catharsis qui interroge l'étudiant, qui le place en face d'une réalité sans donner l'illusion d'une maîtrise.» (18). Ce texte parle de gérer la distance thérapeutique, mais je pense que ces techniques de formation s'appliquent aussi aux questions de l'intimité et sexualité du patient. Car dans cette problématique comme dans celle de la distance thérapeutique, il n'y a pas une seule ligne à suivre claire. L'essentiel est de savoir interagir avec le patient dans la singularité de chaque situation.

# Conclusion

Cette étude donne des pistes de réflexion intéressantes concernant la problématique de la sexualité en milieu hospitalier. Une attention plus explicite de chaque soignant ainsi que de l'institution, notamment au niveau de la formation, permettrait probablement d'améliorer le vécu des soignants et des patients. Il est difficile de résumer en quelques mots toutes les réflexions qui se dégagent de ce travail sans en perdre la finesse. Je vais donc me concentrer sur quelques éléments nouveaux et importants.

Trois réflexions qui ont découlé de l'analyse des différentes réactions face à l'intimité m'ont paru essentielles pour les soignants. Ces derniers peuvent y réfléchir afin de se sensibiliser à la problématique de l'intimité et la sexualité et de mieux vivre les situations du terrain. Premièrement, de quelle manière et dans quel but expose-t-on l'intimité des patients ? Cette question permet de prendre conscience du caractère intime d'une situation et de se demander quelle est la manière de faire au mieux pour le patient et pour soi. De plus, elle invite à systématiquement remettre en question l'utilité d'une question, d'un examen ou d'un soin, par rapport à l'intrusion dans l'intimité.

► Réflexions principales face à l'intimité

Deuxièmement, le pendant de cette première réflexion c'est : de quelle manière et dans quel but parle-t-on de l'intimité des patients entre soignants ? En se posant cette question aussi, il y a d'abord une prise de conscience du caractère intime de ce qu'on raconte à nos collègues. Ensuite, cette question fait réfléchir à la manière d'en parler et au but en arrière-fond.

Finalement, la «distance thérapeutique» ou «eumétrie» me semble être un aspect important dans la problématique de l'intimité des patients. Entre soignant et soigné existe une relation délicate en raison de l'intrusion dans l'intimité. Les deux parties ajustent continuellement la distance dans leur relation. Cette «distance» n'est pas synonyme de désintéret ou d'austérité de la part du soignant. Au contraire, il est particulièrement attentif à l'interaction et contrôle ses propres émotions pour permettre aux deux parties de vivre au mieux cette relation complexe.

Les quatre idéaux-types qui ressortent de ce travail sont des caricatures de soignants au niveau de leur rapport à l'intimité et la sexualité du patient. Le «stagiaire» aborde la sexualité de manière inexpérimentée et fragile. Le «technicien» l'aborde de manière médicale, factuelle. Le «décent» voit la sexualité comme un sujet tabou, privé et l'aborde de manière pudique. Et le «compréhensif» de manière attentive et à l'aise dans la communication. En général, dans un service hospitalier, les différents idéaux-types sont représentés. Cet équilibre est profitable pour les patients ; eux aussi ont des visions différentes de l'intimité et la sexualité.

► Quatre idéaux-types pour comprendre les différentes manières d'aborder la sexualité

Il est intéressant pour les soignants de prendre connaissance des différents idéaux-types, pour réfléchir à leur propre manière d'aborder la question, à ses avantages et à ses risques et également pour mieux connaître et comprendre les réactions de leurs collègues. Afin de mieux valoriser ces résultats, il serait intéressant de créer une courte bande dessinée représentant les 4 idéaux-types de manière caricaturale et humoristique. Ce projet de bande dessinée pourrait devenir un outil à disposition pour la formation de base ou continue des soignants.

Les soignants voudraient savoir comment réagir face aux problèmes qu'ils ont lors de confrontations à l'intimité et la sexualité. Cependant, élaborer des directives universelles serait complexe. Des principes éthiques généraux trop vagues ou des limites trop spécifiques ne permettent pas de répondre à ce besoin. C'est pourquoi, à mon avis, il faut surtout axer sur la formation et la sensibilisation des soignants à cette problématique. Les jeux de rôles ou les témoignages de patients sont des exemples de techniques de formation utiles. Ils permettent de réfléchir à plusieurs, de mettre ensemble différentes expériences et différents points de vue. On peut ainsi discuter des réactions possibles à une situation concrète et de leurs conséquences. Un autre outil qui permettrait de sensibiliser les soignants serait le théâtre interactif. Cette forme de représentation montre d'abord la situation actuelle de manière caricaturale, en exagérant les problèmes. Ensuite, la pièce est rejouée et les spectateurs peuvent proposer aux comédiens d'autres manières de jouer afin d'essayer d'améliorer la situation de départ. Cette méthode permet de sensibiliser les soignants à la question de manière ludique.

► Difficulté des directives et intérêt de la formation



# Références

1. Manoukian A. La relation soignant-soigné. 2e éd. revue et corr. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2001. 173 p.
2. Doyle D, Bisson D, Janes N. Human sexuality in long-term care. *Infirm Can.* janv 1999 ;95(1) : 26 9.
3. Steinberg R, Rittner C, Dormann S, Spengler-Katerndahl D. [Responsible dealing with sexuality. Recommendations in a clinical institution]. *Nervenarzt.* mars 2012 ;83(3) : 377 83.
4. Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing : nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nurs Inq.* mars 2010 ;17(1) : 39 46.
5. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer : critical review of the evidence. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* mai 2009 ;17(5) : 479 501.
6. Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D. Patients' sexual health : a qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *J Sex Med.* août 2009 ;6(8) : 2124 32.
7. Olsson C, Berglund A-L, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing ? *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* sept 2012 ;16(4) : 426 31.
8. Molinier P. Work and Compassion in the Hospital. A Psychodynamics Approach. *Cuad Relac Laborales.* 2008 ;26(2) : 121 38.
9. Bessin M, Lechien M-H. Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison. *Ethnol Fr.* 1 mars 2002 ;Vol. 32(1) : 69 80.
10. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R, Beattie E. Supporting residents' expression of sexuality : the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatr.* 2014 ;14 :82.
11. Darnaud T. L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie Société.* 1 sept 2007 ;n° 122(3) : 91 106.
12. Dupras A. La chambre d'intimité en institution. *Gérontologie Société.* 1 sept 2007 ;n° 122(3) : 107 24.
13. Ribes G. Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie Société.* 1 mars 2012 ;140(1) : 159 69.
14. Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 1998. 164 p.
15. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e éd. refondue. Paris : A. Colin ; 2007. 126 p.
16. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif / Jean-Claude Kaufmann. 3e éd.. Paris : AColin ; 2013. 126 p.
17. Schick V, Herbenick D, Reece M, Sanders SA, Dodge B, Middlestadt SE, et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50 : implications for sexual health promotion for older adults. *J Sex Med.* oct 2010 ;7 Suppl 5 :315 29.
18. Widmer D, Jollien A. Troisième entretien avec Alexandre Jollien sur la complexité. *Prim Care.* oct 2009 ;9(16) : 307 8.

# Annexe 1

## Guide d'entretien

Les questions de relance sont en retrait par rapport aux questions principales.

### Consigne :

Rappeler au participant l'objet de l'étude et la question de recherche. S'assurer du consentement éclairé du participant (en particulier concernant l'enregistrement des entretiens et la confidentialité).

### À propos du/de la participant-e :

Parcours professionnel ? Dans quel service ? Depuis combien de temps ?

### Questions introductives, pour lancer le sujet :

La sexualité et l'intimité des patient-e-s hospitalisés a beaucoup d'aspects. Ça évoque beaucoup de choses différentes pour les soignants. Qu'est-ce que ça représente pour vous, à quoi ce sujet vous fait-il penser ?

Comment vivez-vous la question de la sexualité et l'intimité des patients au quotidien ?

Est-ce que le sujet est abordé avec les patient-e-s ? Est-ce qu'on s'inquiète de leur sexualité ? Comment ça se passe ?

Comment pourrait-on améliorer quelque chose dans la manière de prendre en compte cette question ?

### Pudeur et intimité :

Il y a différentes mesures à prendre pour protéger, préserver l'intimité des patient-e-s. Qu'est-ce que ça représente pour vous, à quoi ce sujet vous fait-il penser ? (Si demandé, précision de la définition choisie de l'intimité)

Avez-vous des expériences à raconter au sujet de l'intimité des patients ?

Quelle est votre expérience sur ces différents sujets :

1. Patient-e-s pudiques : comment faites-vous, comment ça se passe ?
2. Frapper aux portes : comment faites-vous, comment ça se passe ? Avez-vous déjà eu des remarques de patient-e-s ou de collègues à ce propos ?
3. Rideau : comment faites-vous, comment ça se passe ? Avez-vous déjà eu des remarques de patient-e-s ou de collègues à ce propos ?
4. Blouse de malade ouverte derrière : En dehors des chambres, quelle tenue portent les patient-e-s ? Quel est votre avis à ce sujet ? Comment réagissez-vous ?
5. Passage, allées et venues de soignants, autres patient-e-s et visiteurs : quelles stratégies "spatio-temporelles" (de la part des patient-e-s ou des soignants) pour avoir un peu d'intimité ? Comment se passe la grande visite ?
6. Certaines personnes sont très gênées de ne pas être seules la nuit, de se sentir observées. Avez-vous déjà eu des patient-e-s qui vous ont dit ça ? Comment gérer cette situation ?
7. Autres mesures à prendre pour protéger, préserver l'intimité des patient-e-s ?

## **Moment de la toilette, habillage, besoins naturels, examen complet, toucher rectal :**

Moment de la toilette, habillage, besoins naturels, examen complet, toucher rectal : comment vous y prenez-vous pour que le/la patient-e se sente à l'aise et respecté ?

Comment vivez-vous ces moments ? Comment vous sentez-vous ?

Pendant ces moments, vous parlez de quoi ?

Avez-vous déjà vécu des malentendus lors d'un de ces moments ? (exemples : je pensais qu'elle ne pouvait pas faire sa toilette elle-même, qu'il ne pouvait pas aller seul aux w.c.)

Vous est-il arrivé de vous sentir troublé par un-e patient-e ? Comment étaient les soins dans ce cas ? À l'inverse, vous est-il arrivé qu'un-e patient-e soit troublé par vous ? Comment se passent les soins dans ce cas ?

Expliquez-moi comment vous vous sentez par rapport aux contacts physiques, au toucher ? Comment vous faites, comment vous procédez ?

Massages des épaules ou du cuir chevelu, tenir la main d'un patient en lui parlant,...

## **Sentiments et fantasmes entre patient-e-s et soignant-e-s :**

Il arrive qu'un-e soignant-e se sente particulièrement attaché à un-e patient-e, voire qu'une histoire sentimentale se développe. Qu'est-ce que vous en pensez ? Comment ça se passe ?

Vous est-il déjà arrivé d'avoir une relation ambiguë ou un malentendu quant au type de relation avec un-e patient-e ? Comment faites-vous dans ces situations ?

Est-ce que vous pensez que certains patient-e-s fantasment sur leurs soignant-e-s ?

Dans les chambres à 5, il y a parfois un effet de groupe qui encourage les patient-e-s à penser et à parler de sujets liés à la sexualité ("ambiance de garage" chez les hommes, ambiance "top-modèle" chez les femmes). Ça vous est déjà arrivé ? Qu'est-ce que vous faites ?

Parlez-moi de l'habillement des soignants. Est-ce que ça joue un rôle selon vous ? Un de vos collègues ou supérieurs a-t-il déjà fait des remarques à ce propos ? Y a-t-il des règles d'habillement explicites ou implicites dans votre service ?

## **« Gestion » des demandes de la part des patient-e-s :**

Les patient-e-s peuvent parfois avoir diverses demandes de passer du temps en couple avec leur partenaire (partenaire externe à l'hôpital). Qu'est-ce que vous en pensez ? Comment ça se passe ?

Comment la vie affective se poursuit-elle avec la séparation d'un couple établi ?

Y a-t-il possibilité (lieu, moment) pour les patient-e-s d'avoir de l'intimité, seul ou avec leur partenaire ?

Avez-vous ce genre de demandes ? Comment réagissez-vous ?

Imaginez-vous que ce serait envisageable ? Quelle serait la forme idéale d'une telle proposition ?

Existe-t-il des recommandations officielles (guidelines) dans l'hôpital ?

Si oui : Lesquelles ? Sont-elles connues ? Sont-elles appliquées ? Qu'en pensent les soignants et les patients ?

Si non : Qu'est-ce qui serait utile ? Sous quelle forme ?

Le même genre de demandes pourrait avoir lieu pour deux patient-e-s hospitalisé-e-s. Qu'en pensez-vous ? Comment ça se passe ?

Idem question précédente.

Comment réagiriez-vous si un-e patient-e demandait à faire venir un-e prostitué-e ou assistant-e sexuel-le, à recevoir des massages sensuels ?

## **Comportements "inadéquats" :**

Avez-vous déjà eu à faire à des comportements de la part de patient-e-s qui étaient, selon vous, "inadéquats" ? Lesquels ? Comment réagissez-vous dans ces situations ?

Invites d'ordre sexuel, paroles inadéquates, exhibitionnisme, masturbation en public, atouchements,...

Connaissez-vous des lois parlant de ça ?

Existe-t-il des recommandations officielles (guidelines) dans l'hôpital pour guider votre comportement dans ces situations ?

Si oui : Lesquelles ? Sont-elles connues ? Sont-elles appliquées ? Qu'en pensent les soignants et les patients ?

Si non : Qu'est-ce qui serait utile ? Sous quelle forme ?

## **Pour conclure :**

Avez-vous reçu des formations concernant la sexualité des patients ?

Formation de base, formation continue, lecture personnelle,...

Quels seraient pour vous les points les plus importants pour établir un hôpital qui gère de façon idéale les questions concernant la sexualité et l'intimité des patients ?

Qu'est-ce que vous pourriez imaginer pour mieux vivre la question ?

Améliorations structurelles, architecturales, de prise en charge,...

Autres remarques, commentaires, questions concernant l'entretien ?

Si après cet entretien, vous avez des réactions, des questions, si le sujet vous fait réfléchir, si vous avez envie d'en reparler, vous avez mes coordonnées. N'hésitez pas à me contacter !

# Annexe 2

## Extraits d'entretiens représentant les idéaux-types

► Le jeune stagiaire

*«C'est vrai que quand t'es une toute jeune diplômée puis que euh... tu arrives faire un soin intime chez une dame où... le corps a changé, c'est vrai que c'est pas très, c'est un peu choquant au début.»*

*«J'ai vu des choses que j'avais jamais vues à 18 ans, oui c'était plus choquant. Mais d'un autre côté, j'avais peut-être moins ce côté empathique ou...»*

*«Alors moi honnêtement, je saurais pas comment gérer cette situation. Je pense que je m'en remettrais à mon équipe, et puis discuter comment il faut faire et puis, avec des gens qui ont de l'expérience parce que je saurais pas comment gérer ça.»*

*«Moi j'ai posé la question à mes collègues, comment je suis sensée réagir, là je savais pas trop. Ils m'ont dit : "il faut le laisser faire, c'est son plaisir".»*

► Le technicien

*«Je pense qu'il faut rester détaché dans la médecine, euh quoique vous fassiez, parce que je pense que c'est un moyen de... de protection», «On arrive à pas être euh euh personnellement touché. Des fois ça arrive, mais on arrive à avoir cette capacité. Euh donc pendant un examen gynécologique c'est la même chose où on fait ça euh, finalement l'examen gynécologique c'est de faire les prélèvements. Euh il faut faire les prélèvements tout simplement.»*

*«Mais dans l'ensemble, les dames qui en parlent elles sont pas vraiment gênées. Elles posent la question parce que finalement c'est quelque chose qui les travaille», «Le plus dur, je pense, c'est de juste lancer le sujet.»*

*«Si on a dû ouvrir l'utérus, tout ce qu'on introduit dans le vagin, que ce soit de l'eau si elles vont à la piscine, ou si on met des tampons ou si on a des relations sexuelles, ça peut pousser des bactéries dans l'utérus qui normalement est bien plus fermé. Et ça développe des infections. Donc là on est plutôt une barrière de la sexualité. On explique pourquoi il faut pas le faire.»*

► Le décent

*«Pour moi, dans mon éducation pour l'instant c'est la sexualité c'est... fait partie de la vie privée. Voilà. Et moi, je sais que je mélange pas... enfin je mélange pas ma vie privée et ma vie professionnelle, j'allais dire, oui, malgré que on raconte euh, malgré qu'on soigne.»*

*«Moi, je lui demanderais d'attendre d'être sorti de l'hôpital, il peut faire autrement, il est pas obligé de faire l'amour à l'hôpital avec sa femme. C'est pas une priorité. Et euh... si il peut s'en passer c'est mieux», «Le rapport sexuel... c'est quelque chose», «de très intime. C'est même ce qu'il y a de plus intime pour moi. Si on devait faire une échelle de l'intimité... Et donc ça se vit dans l'intimité, ça se vit euh... à la maison», «Ça peut... être pris comme un... limite comme un manque de respect de faire ça à l'hôpital.»*

► Le compréhensif

*«L'essentiel c'est quand même de faire attention à la personne voilà. De voir un peu déjà entendre ce qu'elle dit, ce qu'elle veut et faire un peu attention à ses... à ses réactions ou à la... ouais quoi. On le sent assez vite ça hein, si la personne se sent gênée ou pas.»*

*«Pas prendre pour soi si quelqu'un justement comme on disait, tu rentres dans une chambre ou un monsieur te fait une allusion, pas prendre ça au premier degré, par au premier degré l'agression tout de suite pour toi. Mais te dire, ben voilà... il est à l'hôpital et puis il se défend peut-être ou il te lance quelque chose pour, il lance une bouée puis c'est peut-être euh ben voilà, c'est pas très fin, mais j'entends voir ce qu'il y a derrière par rapport à ça. Souvent on se bute et puis on dit : "Ouais, mais quand même ! Il m'a touché les fesses ! Mais quand même...". Ben après il faut analyser, puis pourquoi il m'a touché les fesses.»*

*«Au moment où elle vient, on devrait déjà être capable de... Son comportement est différent en fonction des gens qui viennent, en fonction de la manière de s'asseoir, en fonction de la manière de s'exprimer euh... y a plein d'indices.»*

Ci-après, une histoire marquante d'une aide-soignante compréhensive. Un patient a régulièrement des remarques désagréables envers les soignants. Un beau jour, elle apprend que ce patient avait abusé sexuellement de sa fille quand elle était petite et qu'il continue à la harceler verbalement. L'aide-soignante est tellement dégoûtée qu'elle ne peut plus communiquer avec ce patient, elle l'ignore, lui et ses remarques grivoises. Après quelques jours, elle décide d'essayer de comprendre. Elle lui demande pourquoi :

*«"Mais pourquoi vous nous faites toutes ces petites remarques ? Vous trouvez pas que c'est blessant ? Que c'est pas normal, que c'est pas... ouais que c'est gênant ce que vous nous dites ?" - "Ah mais c'est pas méchant envers vous". Je me dis : mais il a peut-être besoin aussi euh... je sais pas on... voilà, ce monsieur depuis tant d'années chez nous euh en EMS, il a une grosse frustration. Oui, je veux bien qu'il a peut-être fait quelque chose avec sa fille qui... Mais est-ce qu'il a peut-être besoin justement euh... ben d'en parler avec un psy euh je sais pas, il était pas suivi euh... mais y a une grosse frustration derrière pour qu'il soit comme ça.»*

Pour finir, voici deux citations qui montrent un risque qu'il peut y avoir lorsque le compréhensif s'investit beaucoup dans la relation avec un patient. Cette proximité peut être vécue comme quelque chose de pénible.

*«Et c'est vrai que je me suis, je me suis sentie submergée. Et je sais que dans cette situation là, j'ai été plus loin que... juste une simple relation de soignant.»*

*«Elle s'est rappelée de moi comme ça, ça m'a... ouais, ça faisait presque 3 ans euh... Ben ce petit surnom qu'elle m'avait donné, c'est ce qui lui a fait tilt.», «Quand après coup j'ai appris qu'elle était décédée ben ça m'a fait mal parce que... je m'étais attachée quoi.»*