

Mémoire de Fin d'Etudes

U.E 3.4 Initiation à la démarche de recherche

U.E 5.6 Analyse de la qualité de traitement de données scientifiques et professionnelles

Santé Sexuelle & Stimulation Clitoridienne



<https://www.ma-grande-taille.com>

Mémoire de Fin d'Etudes

U.E 3.4 Initiation à la démarche de recherche

U.E 5.6 Analyse de la qualité de traitement de données scientifiques et professionnelles

Santé Sexuelle & Stimulation Clitoridienne



<https://www.ma-grande-taille.com>

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier, ma directrice de mémoire [REDACTED] pour le soutien qu'elle m'a apporté dans le choix de mon mémoire, un thème complexe et innovant, et plus globalement pour l'accompagnement, l'encadrement et le temps qu'elle a accordé à l'élaboration et à l'exploitation du sujet. Toute cette bienveillance a contribué à la réussite de ce travail et m'a permis de pallier aux difficultés, aux freins et aux aprioris rencontrés lors de l'élaboration.

Je témoigne toute ma reconnaissance aux professionnels de santé qui ont accepté d'effectuer les entretiens nécessaires au cheminement de ce mémoire, pour leur aide, pour leur transmission de connaissances sur la santé sexuelle, pour le partage de leur expérience professionnelle et de leur culture.

Je remercie également mes grand-parents paternels et mon frère qui m'ont accompagné dans la conception de ce mémoire tant par leur écoute que leurs encouragements. Mes grand-parents ont également pris le temps de le relire et de le corriger. Leurs conseils de rédaction et leur regard novateur ont été d'une aide précieuse.

Enfin, un grand merci à mes amies, pour leurs judicieux conseils et leur soutien. Je garderai de mémorables souvenirs de ces trois années d'études passées à leur côté et de l'entraide que nous nous sommes apportées. Je porte une attention particulière à mon ami pour son épaulement et l'intérêt qu'il a manifesté à l'égard de mon mémoire.

Je présente mon respect et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont fourni les outils et les savoirs nécessaires à la réussite de mes études en soins infirmiers et ont contribué à la construction de mon identité professionnelle.

GLOSSAIRE

CAST : Centre Accueil Soins Toxicomanes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CEGID : Centre Gratuit d'Information de dépistage et de diagnostic

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes



ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FAC : Fonction Analgésique du Clitoris

IDE : Infirmier(e) diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IST : Infection Sexuelle Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MGF : Mutilations Génitales Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OVD : Objet Vibrant de Détente

SLDIIEF : Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone

UE : Unité d'Enseignement

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	SITUATION D'APPEL.....	2
3.	LE CADRE CONCEPTUEL	7
4.	ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES.....	32
5.	L'ANALYSE CROISEE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES	54
6.	PROPOSITION D'HYPOTHESES.....	64
7.	ANALYSE ENTRETIENS D'INVESTIGATION	65
8.	CONCLUSION.....	76
9.	BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE	77
10.	TABLE DES MATIÈRES	79
	ANNEXE I – OUTILS DE LA PHASE EXPLORATOIRE	I
	ANNEXE II – L'ENTRETIEN N°1 (PHASE EXPLORATOIRE).....	IV
	ANNEXE III - ENTRETIEN N°2 (PHASE EXPLORATOIRE)	IX
	ANNEXE IV – ENTRETIEN N°3 (PHASE EXPLORATOIRE)	XVII
	ANNEXE V – OUTILS DE LA PHASE D'INVESTIGATION	XXI
	ANNEXE VI – ENTRETIEN N°1 (HYPOTHESE MEMOIRE).....	XXIV
	ANNEXE VII – ENTRETIEN N°2 (HYPOTHESE).....	XXVI

1. INTRODUCTION

Dans le cadre du référentiel en soins infirmiers et de l'unité d'enseignement 3.4, initiation à la démarche de recherche et l'U.E 5.6, analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles, nous devons réaliser un mémoire de fin d'études permettant d'obtenir le diplôme d'Etat Infirmier. Tout d'abord, il est indispensable de choisir un thème de mémoire. Le sujet peut partir d'une situation qui nous a interpellés en stage ou au cours de la formation, il est nécessaire de porter un intérêt pour celui-ci. En ce qui me concerne, je me suis penchée sur la santé sexuelle. Lors d'une discussion avec une cadre de santé, celle-ci m'a expliqué les bénéfices des aidantes sexuelles en Belgique pour les patients handicapés mentaux et/ou physiques ayant besoin de répondre à un désir sexuel.

A la suite de cet entretien, un questionnement est né sur la place de la sexualité dans les soins ainsi que sur l'impact de la caractéristique taboue à l'égard de ce sujet. En effet, je m'ouvrais à un sujet complètement occulté dans le domaine du soin, une sexualité caractérisée comme secondaire par les soignants alors que celle-ci est omniprésente et constitue de nombreuses problématiques. Pourtant, parmi toute cette réserve sur la santé sexuelle, il existe des professionnels de santé prêts à faire évoluer les choses et à réaliser des recherches sur la potentielle fonction analgésique du clitoris. Il ne s'agit pas d'un acte à visée d'excitation mais bel et bien d'une pratique antalgique notamment lors de l'enfantement et de l'accouchement. Il existe un très grand écart dans les représentations des soignants et dans l'intégration de la sexualité dans le domaine de soin. Nous cherchons à comprendre ce décalage et également la difficulté pour les soignants à promouvoir et soutenir la recherche sur les pratiques sexuelles analgésiques. Avant d'en arriver à réfléchir sur l'intégration de ces pratiques, nous avons dû revenir à la base, comprendre la difficulté pour les soignants à aborder la sexualité lors de la prise en soin du patient. De ces réflexions est née la question de départ liant rôle infirmier, santé sexuelle et développement de la stimulation clitoridienne.

Je débiterai par la situation d'appel qui comporte mon cheminement sur le choix du sujet et les recherches qui en découlent. Cela me permettra d'approfondir ma pensée afin d'élaborer la question de départ. Ensuite, je développerai ma réflexion par le biais de la phase d'exploration comportant la lecture et l'analyse d'articles ainsi que l'exploitation des entretiens infirmiers afin de structurer une question de recherche. Par discernement, nous émettrons trois hypothèses et en sélectionnerons une. Nous chercherons à prouver sa fiabilité grâce à la phase d'investigation. Je terminerai par une conclusion relatant les points clés de ce mémoire et l'ouverture d'un nouveau sujet.

2. SITUATION D'APPEL

Nous commençons par expliciter en détail le cheminement du choix de notre sujet de mémoire, nous évoquerons dans cette partie les nombreuses problématiques qui touchent la sexualité notamment celles dans le domaine du soin. Nous argumenterons également sur la population ciblée : les femmes et le lieu où nous allons mener à bien ce mémoire. Nous allons débiter par la conversation qui nous a orientés sur le sujet de la santé sexuelle.

Lors d'une discussion avec une cadre supérieure de santé [REDACTED], celle-ci me racontait son expérience professionnelle, et nous en sommes venues à parler de santé sexuelle. Elle a évoqué la nécessité pour les patients souffrant de troubles psychiatriques d'avoir des moments intimes pour satisfaire ce besoin. Cependant, en France cela est très tabou alors que dans certains pays européens tels que la Belgique, des moyens sont mis en place pour essayer d'assouvir cette envie. Après cette conversation, j'ai réalisé que la sexualité a une place singulière dans l'acquisition du bien-être et me suis directement intéressée à la santé sexuelle lors de la prise en soin des patients dans les différents milieux de soins. J'ai également commencé à effectuer des recherches sur la sexualité, le rôle de l'infirmière dans la santé sexuelle, les pratiques sexuelles à visées thérapeutiques. C'est ainsi qu'est née mon idée de rédiger un mémoire sur la santé sexuelle.

Lors de ma formation, j'ai remarqué qu'il existe un manque de considération pour la santé sexuelle. En effet, aucun enseignement ne nous est dispensé. Les seuls cours en rapport avec la sexualité sont l'anatomie de l'appareil reproducteur, les traumatismes sexuels et les maladies sexuellement transmissibles. Le contenu de ces programmes correspond uniquement à des champs médicaux... Aucune pédagogie ne nous permet d'aborder avec professionnalisme la santé sexuelle avec les patients. Pourtant, la santé sexuelle s'inscrit dans un cadre de confort et de qualité de vie tout comme la santé physique et mentale qui sont, quant à elles exploitées lors de différentes unités d'enseignements. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *« la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des expériences sexuelles agréables et sûres, sans crainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés »*.

Durant mes stages, j'ai également observé que les soignants n'étaient pas à l'aise en matière de santé sexuelle. En effet, dans notre profession, nous interrogeons régulièrement les patients sur leur santé physique, leur santé mentale, mais nous ne posons que très rarement des questions sur leur santé sexuelle. Pourtant, certaines prises de thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales entraînant des modifications physiques telles que la mammectomie lors d'un cancer du sein ou encore la colostomie engendrent une altération de l'image du corps et ainsi des troubles du désir. Ces déséquilibres ont un impact sur la sexualité du soigné, et donc sur son bien-être. La sexualité reste un sujet tabou que ce soit pour le patient comme pour l'infirmier. Les barrières de ce sujet ne sont-elles pas dues au manque de formation concernant la santé sexuelle lors de notre cursus ? Pourquoi au cours de notre formation ne recevons nous aucun enseignement en rapport avec la sexualité et sa prise en charge ? Dispenser des cours permettrait-t-il de rendre ce sujet moins tabou et ainsi changer les représentations de la sexualité dans notre société ?

D'après mes recherches « *la profession infirmière est également l'une des professions de soins qui a le plus de mal à aborder le sujet* ». En effet, ce thème, tant dans ses manifestations normales que pathologiques, est complexe et nécessite un positionnement clair des professionnels de santé. La difficulté des soignants à évoquer ce sujet est due à de nombreuses raisons comme la peur d'être intrusif, de mettre le patient mal à l'aise ou de se sentir soi-même gêné ; le manque de relais, de réponse ou encore la crainte de se retrouver seul face à la problématique du patient ; le temps insuffisant à accorder en plus des soins nécessaires. Enfin, selon certains motifs d'hospitalisation comme, par exemple, une intervention lourde entraînant une modification corporelle, persiste souvent le sentiment que l'intimité sexuelle n'est pas une priorité, et par conséquent, les soignants ne se sentent pas concernés. Certaines de ces explications font appel à la notion d'intimité et de pudeur. Nous retrouvons cette difficulté de prise en charge de la santé sexuelle dans de multiples lieux de soins, à l'hôpital, en foyer de vie, en psychiatrie, en EPHAD. Pourtant, de nombreux patients expriment leur besoin de parler de cette problématique. Je me suis interrogée sur l'impact de la santé des patients concernant le manque de prise en soin de la santé sexuelle ? Pourquoi existe-il un manque de considération pour la santé sexuelle lors de la prise en soin des patients ? Chaque être humain a des représentations : Quelles sont les représentations des infirmier(e)s concernant la sexualité/ la santé sexuelle ? Je me suis donc questionnée sur comment aborder la santé sexuelle avec le patient ? Quelle serait la posture à adopter face aux questions relatives à la sexualité ?

Sachant que la profession infirmière est composée majoritairement de femmes, le genre du soignant a-t-il un impact dans la prise en charge de la santé sexuelle ? De plus, ce métier est l'un des métiers les plus sexualisés et érotisés, je me suis donc demandée si la sexualisation de la profession IDE a une conséquence dans la prise en charge de la santé sexuelle.

A la suite de lecture dans les médias, j'ai découvert de nombreux témoignages concernant les femmes enceintes : Celles-ci définissent le clitoris comme un organe oublié lors de l'accouchement, tout comme la sexualité, et expliquent qu'elles n'osent pas en parler avec les professionnels par peur d'être jugées. En approfondissant mes recherches, l'un des articles portait sur une femme ayant eu recours de sa propre initiative à la stimulation clitoridienne lors de l'accouchement. Elle explique par le biais d'une courte bande dessinée les bienfaits analgésiques qu'elle a pu ressentir et compare cette méthode à une autre naissance où elle avait bénéficié d'une péridurale et en avait gardé une mauvaise expérience. Elle évoque également l'idée que la société impose sur l'accouchement : l'intensité de la douleur, la comparaison à un cauchemar. A la suite de ce témoignage, elle raconte avoir dû faire face au jugement de la population concernant le recours de cette pratique.

De plus en plus de femmes s'expriment sur la stimulation clitoridienne. Une pratique analgésique naturelle qui permettrait de réduire les dysménorrhées (*terme médical pour définir les douleurs, les crampes menstruelles*), ainsi que les douleurs lors de l'accouchement. Lors de cette stimulation, l'organisme produit des hormones comme la dopamine et l'endorphine impliquées dans le plaisir, l'ocytocine ayant des effets sur la sexualité et l'amour provoquant chez la femme des contractions utérines. Ces fonctions permettent un relâchement du corps, une sensation de bien-être qui réduiraient les douleurs laissant aux patientes une plus grande autonomie sur la gestion de leur douleur et de leur corps. En ce qui concerne la masturbation chez le genre masculin, des recherches paraissent sur la diminution du risque de cancer de la prostate grâce à l'éjaculation mais aucun établissement français n'est promoteur des pratiques à visées analgésiques concernant cette population. Pourtant, chez la femme comme chez l'homme, la masturbation a de réels bienfaits sur la santé grâce à ses propriétés analgésiques, myorelaxantes et anxiolytiques. Sachant que la stimulation sexuelle a des bénéfices pour la santé, pourquoi ne fait-elle pas partie des thérapeutiques non médicamenteuses à proposer aux patients ?

J'ai donc orienté mes recherches sur le développement de cette pratique en milieu hospitalier. Depuis 2020, de plus en plus d'informations ont été publiées sur le sujet, le CHU [REDACTED] est également promoteur d'une étude sur la douleur : « recherche par la femme enceinte de la potentielle fonction analgésique du clitoris » et ce moyen antalgique pourrait également être bénéfique contre les dysménorrhées approuve l'hôpital. Cette stimulation n'a aucune visée d'excitation sexuelle mais de soulagement. Je m'étais donc interrogée sur la place de l'infirmière dans la proposition de ces pratiques, les représentations des soignants vis-à-vis de ces pratiques, comment permettre aux pratiques sexuelles à visées analgésiques de se développer ?

Toutefois, le nombre d'articles concernant le développement de cette stimulation en milieu de soin reste faible. Je n'ai trouvé aucune information concernant les représentations des soignants face à ce moyen naturel mais de nombreuses femmes expriment leur envie de parler de cette méthode, de sexualité avec des professionnels de santé. A propos du rôle infirmier, je n'ai obtenu aucun élément direct avec la proposition de cette thérapeutique naturelle. Cependant, j'ai trouvé des éléments sur la santé sexuelle et le rôle primordial que la profession a à jouer dans sa promotion et l'accompagnement en matière de sexualité. A l'égard des femmes souffrant de dysménorrhées, une étude a été menée par deux marques auprès de 500 volontaires. Les résultats obtenus ont donné lieu à une égalité entre les thérapeutiques médicamenteuses et cette méthode naturelle. De plus, 90% recommande la masturbation et 85% prévoit de maintenir cette nouvelle pratique ce qui montre les bienfaits de ce moyen naturel sur les crampes menstruelles. Cependant, il ne s'agit pas d'une recherche scientifique médicale et cela ne permet donc pas à cette stimulation de voir le jour en milieu hospitalier. Des questionnements, des recherches commencent à apparaître mais la caractéristique taboue de la sexualité freine la promotion de ces pratiques. Je me suis demandée en quoi le manque de considération pour la santé sexuelle impacte-t-il le développement des pratiques sexuelles à visées analgésiques ? La caractéristique taboue de la sexualité est-elle le seul frein au développement de cette thérapeutique naturelle ?

Pour promouvoir la santé sexuelle, une stratégie nationale a été mise en place de 2017 jusque 2030. En tant que professionnel, nous devons répondre à cette stratégie. L'infirmière a un devoir d'information, de promotion, de prévention, d'éducation, de soins en matière de santé sexuelle et pourtant nous ne pouvons répondre que partiellement à ce devoir. Selon l'OMS, « *la promotion de la santé se définit comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ».

Selon le Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes, « 84% des adolescentes de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe et une jeune fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle possède un clitoris », il est donc important de pouvoir pallier cette carence par le biais de notre profession.

La sexualité a longtemps été taboue chez la femme. En tant que femme, et future infirmière il me semble important de porter une attention particulière à la santé sexuelle des patients. Cette considération permettrait à certaines pratiques ou encore recherches de se développer et pourraient être bénéfiques pour eux. Mais alors, comment l'infirmière peut-elle pallier le manque de prise en charge concernant la santé sexuelle ?

La sexualité commence vers l'âge de 6 ans quand l'enfant découvre son corps et celle-ci perdure jusqu'à la mort. La population étudiée à travers mon mémoire concernera les femmes âgées de plus de 18 ans. En effet, comme je l'ai précisé précédemment, aucune recherche n'est parue concernant le développement de ces pratiques à visées analgésiques chez l'homme. Je pense que les pratiques sexuelles ne se proposent qu'après la puberté et plus facilement après la majorité. J'interrogerai des infirmiers travaillant dans des services d'oncologie, de gynécologie-obstétrique et dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur pour connaître leur intérêt en matière de santé sexuelle et leur représentation sur les pratiques sexuelles à visées analgésiques. Je ferai de même avec des soignants exerçant à la plate-forme d'Education et de Prévention pour la Santé qui sont, quant à eux, formés sur la prévention et l'éducation à la sexualité pour ainsi comparer les réponses de ces professionnels.

Mon intérêt se tourne vers ces pratiques innovatrices mais également sur la place singulière que nous devons porter à la santé sexuelle lors de la prise en soins des patients, j'en ai donc déduit la question de départ suivante :

En quoi la promotion de la santé sexuelle par l'infirmière pourrait-elle permettre le développement des pratiques sexuelles analgésiques ?

3. LE CADRE CONCEPTUEL

Afin de répondre au mieux à ma question de départ qui est « **en quoi la promotion de la santé sexuelle par l'infirmière pourrait-elle permettre le développement des pratiques sexuelles analgésiques ?** », il est essentiel de rédiger un cadre conceptuel comportant trois grands concepts : la santé sexuelle ; la sexualité un frein dans le développement de la stimulation clitoridienne ; le bénéfice du développement des pratiques analgésiques pour la santé sexuelle de la femme. J'aborderai en premier la santé sexuelle qui est le concept fondamental dans mon mémoire de recherche d'autant plus que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

3.1. LA SANTE SEXUELLE

3.1.1. LA DEFINITION

Commençons par la définition. D'après mes recherches, de nombreux organismes tels que Santé, Droits Sexuels et Reproductifs, le Ministère des Solidarités et de la Santé se réfèrent à la définition de l'OMS. Une définition complète qui a été élaborée à travers les années afin d'obtenir une approche globale de santé sexuelle. Selon l'OMS : « *la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.* » La définition de l'OMS concernant la santé sexuelle commence exactement comme celle de la santé générale mais s'axe par la suite sur la sexualité. Elle exprime que l'acquisition de ce bien-être ne porte pas uniquement sur le manque d'une maladie, d'un problème physique ou psychologique. L'obtention de ce bien-être est bien plus profond, il passe par l'élaboration d'une sexualité, de relations sexuelles et d'expériences sexuelles positives et respectueuses. Chaque personne a donc le droit d'avoir les pratiques sexuelles qu'elle souhaite du moment que cela se fasse avec sécurité. Lorsque cette expérimentation implique autrui, elle doit se faire avec le consentement et le respect mutuel des personnes impliquées d'où la référence aux Droits Humains et aux Droits Sexuels dans cette définition.

Cette définition s'axe uniquement sur la sexualité et n'apporte aucun élément sur la procréation. Cette notion nous semble importante, souvent pour parler de sexualité avec moins de tabous, nous nous référons à l'enfantement. Chaque individu a le droit d'avoir des relations sexuelles par plaisir et pas uniquement à des fins d'enfantement. La définition de l'OMS aborde la santé sexuelle dans une dimension positive et me semble être la plus complète pour mon mémoire. Comme je l'ai expliqué précédemment, mon mémoire s'articule autour de la sexualité chez la femme. Il est donc indispensable de réaliser des recherches sur la santé sexuelle chez cette population et l'évolution des mœurs, des droits autour de ce thème.

3.1.2. LA SEXUALITE DE LA FEMME

Dans cette partie, nous tentons de nous informer sur l'évolution de la sexualité de la femme au sein de la société. Malgré de nombreuses recherches pour trouver des citations neutres, la majorité des articles sont extraits d'ouvrages féministes. Ces articles sont les seuls à parler ouvertement des morales sexuelles imposées aux femmes et de l'évolution de la sexualité à travers les siècles passés. Nous restons objectifs et nous nous appuyons uniquement sur des évènements qui ont permis aux femmes d'acquiescer et de décider pour leur santé sexuelle. Nous supposons que ce phénomène est dû aux difficultés qu'elles ont rencontrées pour obtenir ces droits et à certaines problématiques qui perdurent encore de nos jours.

Dans l'article de Martha Roca i Escoda, Anne-Françoise Praz, Eléonore Lépinard (2016) « Lutttes féministes autour de la morale sexuelle » dans *Androcène*. Revue Nouvelles Questions Féministe. Vol.35. Pages 6 à 14. explique la vision de la morale sexuelle imposée aux femmes aux XIXe siècle : « *Dès la fin du XIX^e siècle, le mouvement abolitionniste de Josephine Butler, étudié par Christine Machiels (dans ce numéro), s'insurge contre la double morale sexuelle qui permet aux hommes tous les écarts, alors que les femmes sont censées rester vierges jusqu'au mariage, puis être fidèles au mari ; sauf les prostituées, mis à part pour satisfaire les élans prétendument irrépressibles des hommes* ». Ce passage illustre la morale sociale imposée aux femmes concernant leur sexualité à la fin XIXe siècle. En effet, comme l'ouvrage l'explique, les femmes doivent rester vierges jusqu'au mariage, et fidèles à leur mari. Ces normes constituent un critère de vertu. Ces valeurs ne sont pas imposées aux hommes. Cela montre une inégalité entre les droits sexuels des femmes et ceux des hommes.

Pour pallier à ces inégalités, des mouvements « féministes » naissent, comme l'affirme l'ouvrage de Maryse Jaspard (2017). *Sociologie des comportements sexuels*. Paris : La Découverte. Elle explique : « *Le courant néo-malthusien, fondé par Paul Robin en 1896, animé par des militants libertaires et syndicalistes ainsi que par des militantes féministes, la « Ligue pour la génération humaine », organe du mouvement néo-malthusien, prône la liberté sexuelle et l'union libre* ». Le néo-malthusien naît en 1896, il est l'un des premiers courants mettant l'accent sur la liberté sexuelle et l'union libre. De plus, ce mouvement est fondé et soutenu par un homme. Il met en avant l'égalité des droits sexuels. Ce courant prône l'information sur la contraception afin que les femmes puissent disposer de leur corps en choisissant le moment de l'enfantement et qu'elles puissent avoir des rapports sexuels à visée de plaisir. Des pensées innovatrices pour l'époque qui ne passent pas inaperçues, un mouvement qui va être confronté à la morale et au conservatisme dominant.

« *En 1935, le docteur Jean Dalsace enfreint la loi en ouvrant la première consultation de planning familial dans le but d'éviter, par la diffusion des méthodes contraceptives, les drames de l'avortement clandestin. Cette évolution, pourtant modérée, est refusée par la droite traditionnelle au nom du respect de la doctrine chrétienne* ». La France a longtemps été sous l'influence de l'église prônant la morale chrétienne. Selon les règles du clergé, les relations sexuelles sont uniquement à but de procréation et doivent être pratiquées après le mariage. La femme est également source de désir, elle représente donc un péché. De plus, des événements historiques vont porter préjudices à ces mouvements prônant la liberté sexuelle des femmes : « *Après l'hécatombe de la Première Guerre Mondiale, l'État n'a comme réponse que la loi de 1920 [Albistur et Armogathe, 1977]. Renforçant la répression de l'avortement, cette loi interdit surtout toute propagande anticonceptionnelle et rend illégale toutes les activités des militant(e)s de la libre maternité* ». Comme l'explique cet extrait, la guerre a engendré beaucoup de décès. Il est donc nécessaire pour l'Etat de repeupler le pays d'où la mise en place d'une loi contraignant à l'enfantement. Le corps de la femme devient un objet de reproduction.

Toutefois, les mouvements ont permis l'élaboration de lois en faveur des droits des femmes et de leur sexualité. Nous retrouvons la loi du 19 décembre 1967 autorisant l'accès à la contraception sur prescription médicale, dite loi Neuwirth. Cette loi a représenté un levier d'émancipation pour les femmes. La contraception a pour but d'éviter les grossesses non désirées et donc les drames des avortements clandestins de l'époque, mutilant le corps de nombreuses femmes.

Puis, la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi Veil. Cette loi permet un avortement sécuritaire en respectant l'intégrité corporelle de la femme.

Actuellement, certaines représentations péjoratives perdurent sur le corps de la femme comme l'explique l'article de Kpote. (2019). « Naissance du clito, apparition du consentement – itinéraire d'un éducateur à la sexualité ». Dans *Des idées et des luttes*. Revue Mouvements, n°99. p. 96 à 103. L'autrice évoque les représentations actuelles du corps de la femme notamment de l'appareil génital : « *Le pire est que cette « chasse » à la pureté, la « propreté » (comme si la sexualité était sale !) concerne aussi les règles, les pertes blanches, la cyprine. Autrement dit tout ce qui est secrété par le sexe génital féminin est source de dégoût et malodorant. Les poètes du rap mainstream le déclinent à toutes les sauces dans leurs punchlines, évoquant cette « schneck » qui pue, faisant des meufs des parias du cul. « Mes baskets puent la schneck, trop de putes à mes pieds ».* À l'écoute de Booba et des autres, on se demande bien comment une jeune fille peut s'approprier son corps, l'aimer, voire l'explorer ». Kpote soulève les tabous actuels sur la sexualité. Elle explique que les sécrétions émises par le vagin sont sources de dégoût. De nombreuses filles ne sont pas au courant que les pertes blanches sont des glaires physiologiques parfaitement naturelles. Cependant, ces pertes (règles, perte blanche...) restent un sujet délicat voire un thème discriminatoire pour la femme. De nombreux jeunes se réfèrent à ces stars qui utilisent des propos grossiers et injurieux envers la femme créant une représentation du corps féminin négative et engrenant les pensées du patriarcat d'autrefois. L'autrice met également l'accent sur la difficulté pour une jeune fille de s'approprier son corps, son appareil génital quand ceux-ci sont discriminés par la société.

Nous constatons une évolution concernant la sexualité chez les femmes, petit à petit, celles-ci deviennent plus libres et disposent de leur corps. Les lois, les représentations de la société sont plus en faveur qu'il y a 70 ans. Néanmoins, les représentations sur l'organe féminin sont encore parfois bafouées au détriment de la santé sexuelle. Les mouvements se perpétuent permettant aux femmes d'exprimer leur sexualité et de faire évoluer les mœurs et la norme sociale. La santé sexuelle de la femme a longtemps été considérée, il est intéressant de connaître l'évolution de la sexualité au sein de la santé et ainsi de repérer les représentations générales dans ce domaine.

3.1.3. L'HISTOIRE DE LA SANTE SEXUELLE

C'est à travers l'histoire et les droits Humains que s'est construite la santé sexuelle ainsi que sa définition. D'après l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, ce n'est qu'au XIXe siècle, à travers le cadre du développement d'un hygiéniste domestique privé, que naît le concept de santé sexuelle. Les termes « santé sexuelle » sont apparus principalement au Royaume-Uni et aux États-Unis. Le concept apparaît simultanément dans ces deux pays. Cependant, les approches sont différentes.

Selon les informations de l'UNESCO, au Royaume-Uni : « *Ici, c'est dans le mouvement du contrôle des naissances que le concept de santé sexuelle est développé. (...) En d'autres termes, G. Drysdale encourage les pratiques sexuelles, y compris hors mariage, parce qu'elles permettent de maintenir selon lui une bonne santé sexuelle générale* ». Le concept de santé sexuelle au Royaume-Uni s'est développé avec possibilité de choisir le moment de l'enfantement. Le rapport sexuel n'a plus uniquement le rôle d'enfantement, le médecin George Drysdale reconnaît en cette pratique un atout pour acquérir une bonne santé sexuelle. Dans la partie précédente concernant la sexualité de la femme, nous évoquons le mouvement néo-malthusien qui promeut l'utilisation de méthodes contraceptives et également les pratiques sexuelles. La conception de la santé sexuelle de George Drysdale s'inscrit dans une approche néo-malthusienne. Le Royaume-Uni ne définit pas la santé sexuelle comme une absence de maladie sexuelle, et n'impose pas de règle morale. Au contraire, il défie la norme, en encourageant les rapports sexuels hors mariage, qui à cette époque, représente une tare.

Nous remarquons que l'apparition de la pilule a été un atout pour la sexualité de la femme mais également pour la promotion de la santé sexuelle. Cette idée est également affirmée par l'article de Giami, Alain. (2007). « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être ». Dans *La rencontre virtuelle, Réflexions cliniques*. Revue Le journal des psychologues, n°250. p.56 à 60. : « *Au milieu des années soixante, la découverte et la diffusion de la pilule contraceptive ont radicalement modifié la place et le statut de la sexualité dans le monde social en général et dans le champ de la santé publique en particulier. Cette découverte a donné un fondement médical et renforcé la légitimité sociale de la dissociation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation* ». Cet article met l'accent sur la dissociation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation. Le coït n'est plus synonyme de procréation pour la société, deux individus peuvent avoir des relations sexuelles sans forcément avoir envie de concevoir un enfant, cet acte peut être réalisé dans la finalité d'un plaisir partagé.

À cette notion de plaisir, l'article ajoute : « *c'est l'association entre la mise au point d'une contraception efficace permettant la régulation des naissances et la « découverte » de l'orgasme qui ont constitué la « révolution sexuelle » en faisant apparaître le plaisir comme la finalité nouvelle et légitime de l'activité sexuelle, puisque inscrite dans l'ordre biologique* ». Ce passage nous apporte un nouvel élément en matière de santé sexuelle, la découverte de l'orgasme, une réponse physiologique lorsque le pic du plaisir sexuel est atteint. La découverte de l'orgasme permet d'attribuer à la santé sexuelle la notion de plaisir comme le souhaitaient les sexologues des années soixante-dix, un plaisir inscrit dans le fonctionnement physiologique.

Giami explique à travers cet extrait « *le concept de santé sexuelle institue et renforce le clivage entre les dimensions érotiques et reproductives de la sexualité, vise à légitimer l'exercice par les hommes et les femmes de la vie sexuelle non reproductive et à promouvoir l'idée selon laquelle la sexualité contribue à une meilleure santé et au bien-être, lorsqu'elle peut être vécue et pratiquée librement et sans contraintes, mais certainement pas sans règles précises* ». Ces informations renforcent les idées évoquées précédemment. Nous relevons une donnée essentielle, la sexualité à visée non reproductive a un rôle dans l'acquisition d'une meilleure santé et du bien-être. Ce constat renvoie à une vision positive des pratiques sexuelles tant pour l'homme que pour la femme. Cette idée s'apparente à la définition actuelle de l'OMS.

L'évolution a permis la liaison entre la santé sexuelle et les droits sexuels. Ce n'est qu'en 2001 qu'est élaborée une définition de la santé sexuelle introduisant les droits sexuels par l'organisation panaméricaine de la santé conjointement avec la WAS. Puis en 2002, l'OMS établit à son tour une définition liant santé sexuelle aux droits sexuels. L'OMS place désormais la santé sexuelle dans le champ politique, affirmant que cette dernière « *a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et de la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ni violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.* ». C'est donc en 2002 qu'une définition globale de la santé sexuelle fait son apparition.

Pour accéder à une santé sexuelle satisfaisante et faire respecter les droits sexuels, le ministère des solidarités et de la santé a établi le 1er décembre 2021 la deuxième feuille de route santé sexuelle 2021-2024 concernant la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 que nous explorerons plus en détail dans la partie suivante. Nous retenons les informations suivantes : la découverte de l'orgasme, du bien-être sexuel et la notion de plaisir à l'acte sexuel. Le plaisir permet de reconnaître un atout de santé en cette pratique. Le coït n'est plus uniquement considéré comme un acte de procréation. Maintenant, nous allons nous intéresser à la promotion de la santé sexuelle et des actions mises en place.

3.1.4. LA PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE

Maintenant, nous nous intéressons plus spécifiquement à la promotion de la santé sexuelle afin de comprendre les problèmes sexuels rencontrés par la population et les actions mises en place par l'Etat pour y pallier. De part leur rôle, les infirmier(e)s interviennent dans cette promotion par l'intermédiaire du plan d'action national. Ces recherches vont nous aider à préciser l'élément qui pourrait faire progresser le développement de la stimulation clitoridienne à visée analgésique.

Pour comprendre ce qu'est la promotion de la santé, il nous semble inéluctable de commencer par sa définition. Nous tenons à préciser qu'il n'existe pas de définition propre à la promotion de la santé sexuelle. Toutefois, nous pouvons faire le parallèle avec celle de la santé en général. Selon l'OMS : « *La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé* ». Cette définition nous permet de comprendre que la promotion de la santé est un processus qui donne aux individus, à une population, les moyens d'agir sur les déterminants de la santé afin d'améliorer celle-ci. Si nous faisons le parallèle avec notre sujet, ces moyens donnés vont permettre aux individus de faire des choix et de mettre en place des actions favorables afin d'acquérir une santé sexuelle satisfaisante. Il est défini comme processus social et politique. En effet, les actions mises en place sont élaborées en fonction des besoins de la population dans le but de réduire les problèmes de santé publique. Ces actions apparaissent sous forme de plans nationaux comme celui qui concerne notre sujet : « la Stratégie Nationale de Santé sexuelle 2017-2030 ».

La Stratégie Nationale de Santé sexuelle 2017 -2030 est actuellement l'élément clé de la promotion de la santé sexuelle en France. Promo Santé nous explique « *les mesures visent, à l'horizon de 2030, à : placer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des plus jeunes au cœur de leurs parcours éducatifs en santé ; renforcer l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge ; maintenir une attention particulière pour les populations vulnérables ou exposées au VIH en renforçant notamment la prévention diversifiée* ». Nous constatons que la prévention des maladies notamment des infections sexuellement transmissibles est au cœur de cette stratégie. Cela passe par le dépistage, par la prise en soin de la pathologie et par les moyens permettant de ne pas contracter ces affections avec une attention particulière pour les individus ayant des risques d'exposition plus importants. Cependant, comme nous l'avons lu précédemment, la santé sexuelle ne s'articule pas uniquement autour de cette absence de pathologie, elle inclut des notions importantes comme celles du plaisir et du droit sexuel. Qu'en est-il de la considération de ces éléments au sein de la promotion de la santé sexuelle ?

En ce qui concerne le plaisir, nous remarquons que cette notion n'est pas abordée dans la stratégie nationale. Ce plan établit des actions visant à renforcer l'éducation à la sexualité des jeunes en milieu scolaire, universitaire, et extrascolaire. Pour répondre à cet objectif, un site internet à visée éducative a été créé : on s'exprime.fr. Ce site explique et définit la notion de plaisir comme « *Le plaisir, c'est ce que tu peux ressentir quand tu te caresses ou que tu es caressé-e, quand tu embrasses, que tu es embrassé-e, quand tu penses à quelque chose ou à quelqu'un qui te plaît... Le plaisir, tu peux te le donner à toi-même. Tu peux le donner à ton/ta partenaire, en recevoir. Il est plus ou moins intense selon la situation, la caresse ou la stimulation* ». Les mots utilisés pour définir cette notion sont simples et accessibles aux jeunes publics. Cette définition permet de comprendre ce qu'est le plaisir, les circonstances d'apparition mais ne permet pas de faire le lien avec son importance dans la sexualité. Cette dimension est indispensable. De plus, elle a permis de constituer la définition actuelle de la santé sexuelle.

La deuxième feuille de route 2021-2024 de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle comporte 4 axes prioritaires : « *renforcer la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, poursuivre l'information dans tous les milieux en favorisant la lutte contre les discriminations et les violences sexuelles, améliorer l'offre en santé sexuelle, et développer l'action de proximité* ».

Dans cette deuxième feuille, un axe important pour promouvoir les droits sexuels y est inclus, celui de la lutte contre les discriminations et les violences sexuelles. Cette lutte nous semble importante pour soutenir l'approche positive et respectueuse de la sexualité.

Paradoxalement, le réseau de santé sexuelle publique s'exprime sur la promotion de la santé sexuelle : « *elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la "bonne santé" ou l'absence de pathologie... Son ambition est le bien-être complet de l'individu. La promotion de la santé sexuelle se doit donc de donner aux individus davantage de choix dans la maîtrise de leur propre sexualité et davantage de moyens de l'améliorer* ». Ces explications nous informent que la promotion de la santé sexuelle ne s'axe pas uniquement sur « la santé », elle doit inclure une notion de bien-être par l'acquisition de connaissances, de moyens leur permettant de faire des choix pour améliorer leur sexualité. Cependant, les principaux axes élaborés par la stratégie nationale sont en lien avec la santé et non l'acquisition du bien-être.

En ce qui concerne le rôle infirmier au sein de cette promotion, la stratégie a prévu une action visant à « *former et sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ social, médico-social, santé et justice à la santé sexuelle et reproductive* ». Cela nous montre que le ministère des solidarités et de la santé reconnaît le manque de connaissances, de compétences et de considération des professionnels pour la santé sexuelle. Actuellement, nous pouvons affirmer que les étudiants infirmiers ne sont pas formés à la prise en charge de la sexualité. Nous développerons plus en détail cette affirmation dans la partie suivante.

Nous concluons qu'il existe de nombreuses brèches au sein de la promotion de la santé sexuelle. En effet, cette promotion s'axe majoritairement sur la santé et le domaine médical au détriment de la considération du plaisir et du bien-être sexuel créant ainsi un amalgame entre sexualité et procréation. Selon nous, ces lacunes renforcent la caractéristique taboue de la sexualité et freine sa promotion. La promotion de la santé sexuelle n'est donc pas l'élément moteur dans le développement des pratiques sexuelles analgésiques. Nous cherchons donc à comprendre et à préciser les freins, les limites de cette promotion afin de trouver des solutions. Cette démarche nous permettra d'en déduire l'élément moteur au développement de la stimulation clitoridienne.

3.2. LA SEXUALITE UN FREIN DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA STIMULATION CLITORIDIENNE

3.2.1. LES REPRESENTATIONS SUR LA SANTE SEXUELLE

Chaque être humain a des représentations, même si l'Institut de formation nous aide à avoir un avis objectif et neutre face à une situation, nous restons des Hommes avec notre subjectivité. Il nous est donc essentiel de connaître le fondement de ces représentations afin de comprendre la difficulté par les infirmier(e)s à aborder ce sujet en milieu hospitalier et ainsi de vérifier l'influence des représentations dans la prise en charge de la santé sexuelle.

Nous nous intéressons aux représentations des soignants concernant la prise en soin de la sexualité et des soins intimes afin d'en déduire l'impact sur le patient et la santé sexuelle. Selon l'article, Moulin, Pierre. (2007) « La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes ». Dans *La santé : expériences subjectives et situations sociales*. Nouvelle revue de psychosociologie, n°4 .p.59 à 88.: « En effet, c'est la représentation médicale qui domine largement ce champ : la prise de risque sexuelle, la prévention du sida (et d'autres infections sexuellement transmissibles), la contraception, les inséminations artificielles, les procréations médicalement assistées, les dysfonctions sexuelles (et notamment érectiles) constituent les déclinaisons/segmentations les plus récurrentes de la sexualité construite par le discours biomédical contemporain ». Comme nous l'avons vu dans le concept de la promotion de la santé sexuelle, celle-ci est amplement dominée par la représentation médicale qui s'axe sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles, sur la contraception, sur les dysfonctionnements sexuels, sur les thérapeutiques. Cette représentation médicale influence également celle des soignants. Pour de nombreux professionnels de santé, leur rôle s'articule uniquement sur la prise en soin des problèmes médicaux.

L'érotisation du soin constitue un frein à la prise en charge de la sexualité. En effet, les professionnels de santé et notamment les infirmiers, les aides-soignants sont régulièrement confrontés à des soins intimes. Toujours, selon l'article de Pierre Moulin : « Dans le cadre de l'exercice libéral (« cabinet » « libéral ») ou hospitalier (« hôpital »), et notamment lors de « soins » corporels (« soigner », « toilettes » intimes, « massages » proches de zones érogènes), certain(e)s professionnel(le)s témoignent de la confrontation régulière avec des « gens »/« patients »/« clients » (le plus souvent des « hommes » mais aussi parfois des « femmes ») qui, de par leurs « façons » d'être, tentent d'érotiser la relation de soin ». Cet extrait nous explique que les soignants sont parfois confrontés à des personnes qui, par leur gestuelle, tentent à érotiser le soin.

Cela nous amène à réfléchir sur une problématique, il est évident que certains patients dès lors que le soin touche la sphère de l'intime vont érotiser la posture du soignant. Cela peut être également amplifié avec la sexualisation de la profession infirmière, une représentation bien présente au sein de la société. Qui ne connaît pas le cliché de l'infirmière "sexy, nue sous sa blouse" ? L'infirmier(e) peut également se faire une fausse idée sur le comportement du patient. Même si cela est tabou, le soin expliquant la sphère de l'intime peut renvoyer à l'infirmier(e) une gêne, la peur d'être intrusif. Cela se réfère directement à "la bonne distance relationnelle".

Cependant, la construction sociale renforce les représentations déviantes de la prise en soin de la sexualité dans les milieux de soin. Comme l'explique l'extrait de ce même article : *« Ainsi, de la grande majorité des scénarios rapportés par les interviewés, il ressort les constructions sociales suivantes : du côté des « usagers », l'homme incarne la figure de « l'agresseur » (violent, pervers, abuseur, sadique) et la femme celle de la « victime » (abusée et démunie) ; par contre, du côté des professionnels eux-mêmes, l'homme et la femme apparaissent comme étant tous deux des victimes : le premier ayant peur d'être accusé (à tort) d'abus sexuels et la seconde subissant le harcèlement des hommes (patients ou collègues) »*. Nous constatons que l'homme est perçu comme un « prédateur » sexuel capable de commettre des abus alors que la femme est décrite comme une victime subissant ces déviances. Ces représentations impactent considérablement la prise en charge de la santé sexuelle, l'infirmier n'osera pas aborder le domaine de la sexualité par crainte que le soigné lui reproche des abus non commis. Cette dimension peut également se référer au patient ou à la patiente qui souhaite parler de sa sexualité, cela peut être interprété comme une déviance ou des avances. Cette interprétation sera davantage présente lorsque le sujet s'adresse à un soignant du sexe opposé.

Dans cette partie, il nous semble essentiel d'aborder la représentation des soignants concernant la sexualité des patients à l'hôpital ou en institution. Pour illustrer cette thématique, il existe majoritairement des articles se référant à la psychiatrie ou aux Ehpad, des milieux de soins où la sexualité des patients est sous la contrainte de la représentation des soignants. Il est difficile de trouver des articles abordant la représentation des soignants concernant les pratiques sexuelles des patients à l'hôpital.

L'article de Thibaud Amandine, Hanicotte Caroline. (2007). « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». Dans *Intimité*. Revue Gériatrie et société, n°121. p. 125 à 137. illustre parfaitement la complexité de ce sujet. La notion de contre-transfert est frappante dans cet extrait : « Afin de saisir les influences latentes des représentations évoquées, notre intérêt s'est porté sur les caractéristiques de notre population. Dans les entretiens, nous notons que certains soignants tentent de réparer un lien de leur propre histoire à travers l'accompagnement des sujets âgés : un lien rompu, conflictuel, émotionnellement très investi ou encore « abîmé » avec leurs propres grands-parents ou parents ». Le soignant ressent vis-à-vis de la personne prise en soin de la sympathie, leur rappelant alors ses parents ou ses grands-parents. Ce transfert entraîne chez les soignants l'apparition de sentiments pouvant impacter la relation soignant – soigné. Ce transfert impacte également la prise en soin, lorsque le sujet nous rappelle un proche, il semble difficile d'aborder la thématique sexuelle. Cette idée peut également se référer à n'importe quelle tranche d'âge. Dès lors que le soignant établit un contre-transfert la prise en charge sera impactée et notre posture sera modifiée. Cet article évoque à de nombreuses reprises la représentation des soignants concernant l'âge. L'infantilisation du sujet âgé freine la promotion de la santé sexuelle chez cette population. Les aïeux ne sont pas les seuls impliqués dans cette représentation, les jeunes, les adolescents y sont également soumis.

Selon l'âge du sujet, le soignant imposera une norme à la sexualité comme nous l'explique cet extrait : « Chez l'âgé, la sexualité se traduirait essentiellement par des gestes de tendresse au détriment de toute réalisation génitale ». La sexualité des personnes âgées serait établie à travers des gestes tendres et non par le coït. Cette idée est également imposée aux adolescents, nous rappelons que la majorité sexuelle est fixée par la loi à 15 ans. Le coït est une pratique réservée aux adultes (25 ans à 64 ans), une représentation très ancrée dans la société. A la suite des idées abordées, nous constatons que la représentation des soignants est influencée par celle de la société.

Les représentations des soignants concernant la santé sexuelle sont structurées par la convenance sociale, les amalgames de la société et de la médecine. Malheureusement, dans certaines situations, le patient contribue à ce frein, lorsque celui-ci possède dans ses représentations l'érotisation du soin ou de la profession infirmière. Le contre-transfert influence considérablement la posture des soignants, et la prise en soin de la santé sexuelle. Les soignants, par manque de formation, craignent d'être mal jugés et que leurs propos soient interprétés comme déviants. Ces représentations sont donc renforcées par l'absence de formation sur la santé sexuelle lors de notre cursus.

3.2.2. FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Durant nos études, les différents professionnels de santé nous forment à diverses compétences et nous enseignent de nombreuses connaissances comme nous avons pu le souligner précédemment. Cependant, nous abordons de façon succincte la prise en soin de la santé sexuelle. Ce déficit représente un frein majeur à la promotion de celle-ci et à son développement de manière optimale. Il est donc essentiel de comprendre pourquoi une formation basée sur la prise en charge globale du patient ne s'axe à un aucun moment sur la santé sexuelle.

Le référentiel de formation nous informe : « *La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnelle* ». Comme nous avons pu le constater précédemment avec la Stratégie nationale, Santé Sexuelle 2017-2030 a été élaborée pour répondre aux besoins de santé de la population. Par conséquent, les étudiants infirmiers doivent avoir les savoirs et les connaissances nécessaires pour répondre à ce besoin de santé comme le souligne le référentiel en soins infirmiers.

La formation au diplôme d'Etat d'Infirmier se déroule sur trois années pour acquérir des compétences théoriques et pratiques (stages) à l'exercice de la profession infirmière. Elle est divisée en six semestres. La formation théorique est régie par des unités d'enseignement recouvrant six champs en lien les uns avec les autres : « *1 : Sciences humaines, sociales et droit ; 2 : Sciences biologiques et médicales ; 3 : Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ; 4 : Sciences et techniques infirmières, interventions ; 5 : Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ; 6 : Méthodes de travail* ». La formation compte au totale 59 unités d'enseignement qui répondent à des compétences précises.

En ce qui concerne la santé sexuelle, cette thématique n'est abordée que dans le cadre des Unités d'Enseignement 2.2 : cycles de la vie et grandes fonctions abordant les appareils génitaux chez la femme et chez l'homme, 2.5 : Processus inflammatoire et infectieux traitant les infections sexuellement transmissibles.

L'U.E 2.2 permet d'acquérir la compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ayant pour objectif de : « *Développer une vision intégrée du fonctionnement de l'organisme humain permettant d'en déduire les effets de certaines perturbations sur l'équilibre interne, Décrire les niveaux d'organisation de l'organisme humain et leurs liaisons, Montrer comment les grandes fonctions de l'organisme répondent aux besoins biologiques de maintien de la vie, Décrire la santé à travers les cycles de la vie et le développement de l'être humain, Explorer la signification des transitions que vivent les individus au cours de leur croissance et évolution* ». L'U.E 2.5 accède également à la compétence 4 et a pour objectif « *d'expliquer les mécanismes physiopathologiques de l'infection et de l'inflammation, d'expliquer les principes de l'immunologie, de décrire les signes, les risques, les complications, et les thérapeutiques des pathologies étudiées, d'expliquer les liens entre les processus pathologiques et les moyens de prévention et de protection* ». Comme nous le constatons, ces objectifs se réfèrent au domaine médical et permettent d'avoir des connaissances en biologie et physiopathologie humaines. Cependant, ces unités ne nous forment pas à acquérir des savoir-être concernant la prise en soin de la santé sexuelle.

L'unité d'enseignement 1.2 : Santé publique et économie de la santé répondants aux objectifs suivants : « *Identifier les problèmes de santé prioritaires d'un groupe ou d'une population sur le plan national, régional, en lien avec les déterminants de la santé, Utiliser les méthodes et les outils en santé publique, notamment statistiques, Identifier et expliciter les modalités de financement des soins de santé en France, Identifier les règles de financement des soins infirmiers dans les structures et en secteur libéral* ». Cette unité aborde l'organisation de la prévention concernant la vaccination, la santé scolaire, la santé au travail, la santé carcérale, la santé mentale mais à aucun moment n'est abordée la santé sexuelle. L'Etat demande aux soignants de répondre à la promotion de la santé sexuelle alors que ceux-ci ne possèdent ni les compétences et ni les savoirs adéquats.

La difficulté que nous avons rencontrée pour trouver des éléments concernant la formation en soins infirmiers et la santé sexuelle illustre parfaitement l'absence d'enseignement à l'égard de cette thématique et explique la difficulté que les infirmiers rencontrent à aborder ce sujet avec les patients. Pendant la formation, nous évoquons le concept de l'intimité et de la pudeur. La sexualité fait également appel à ces deux notions aussi bien du côté soignant que du côté patient. Il est donc essentiel de comprendre la relation triangulaire entre intimité, pudeur et sexualité.

3.2.3. PUDEUR ET INTIMITE

Pour aborder cette partie, il nous semble indispensable de faire la distinction entre intimité et pudeur.

Gaëlle Deschodt (2010) évoque la difficulté de définir la pudeur, dans un extrait « La pudeur, un bilan ». Dans *Travaux de l'École doctorale d'Histoire*. Hypothèse, p. 95 à 105. : « Une définition unique de la pudeur est difficile à donner. En effet, la pudeur peut être une attitude de retenue empêchant de dire ou de faire ce qui peut choquer les codes sociaux. Elle est liée au corps, à la sexualité, et au rapport à l'autre, régi par des règles de comportement à adopter en société ». La pudeur peut se définir en fonction des codes imposés par la société. Lorsqu'une attitude ne rentre pas dans la norme sociale cela peut entraîner une retenue de la part du sujet pour lui éviter d'être jugé par autrui. La pudeur se réfère au corps, à la sexualité, des éléments qui relèvent de l'intime mais elle peut également être établie en fonction des comportements que nous pouvons avoir ou non en société. Cette définition explique le lien entre sexualité et pudeur. L'expression de la sexualité est peu tolérée en société, ce code désignant la pudeur, explique la caractéristique taboue de cette thématique.

La rédactrice fait, quant à elle la définition entre pudeur et décence : « Elle se distingue de la décence, qui obéit à des codes de conduite ; elle borne l'apparence du corps ou la démonstration des émotions et détermine des réactions lorsque la limite est franchie. La décence est donc déterminée par la société, là où la pudeur affirme une limite relative à chacun ; la nudité du corps est son lieu d'expression privilégié. Lorsque les limites de la pudeur sont franchies, un sentiment de honte se manifeste ». La différence que nous constatons entre la décence et la pudeur est la suivante. La décence est définie uniquement en fonction des codes imposés par la société alors que la pudeur implique une limite subjective. La honte peut se manifester lorsque la barrière de la pudeur est franchie. Lorsque nous abordons la sexualité, le soignant comme le patient font preuve de pudeur. En effet, chacun à ses propres limites que l'autre pourrait franchir malencontreusement et, par conséquent, froisser l'interlocuteur entraînant un sentiment de honte. À cette pudeur s'ajoute cette décence régit par la société et les codes professionnels. La profession infirmière définit ses codes également en fonction de la décence.

En ce qui concerne l'intimité, nous pouvons nous référer à l'extrait de Vienne Jean-Michel, Dutier Aurélien. (2019). *L'intimité menacée ?*. Paris : Érès. Pages 11 à 18 : « *Ce qui caractérise d'abord l'intimité, c'est sa limite : une frontière qui circonscrit un domaine. Et la frontière est plus visible que le domaine. Quand « on fait entrer quelqu'un dans son intimité », on ne sait trop ce qu'on lui accorde, mais on sait qu'on ne lui refuse plus ce qu'on refuse au tout-venant. La clôture, la réserve s'oppose à l'étalage, au public, à l'objectif. Cette limite est valorisée en notre époque où le sujet individuel est mis au premier plan, face à des pouvoirs extérieurs qui le cernent ; contre toute autorité extérieure, celle des gouvernants, des parents, des tuteurs, mais aussi de la société (commerce, numérique, soignants ?), la revendication d'un domaine réservé se fait plus forte. Peut-être l'individu, valorisé mais ignorant qui il est, se définit-il d'abord par cette limite* ». Nous remarquons que tout comme la pudeur, l'intimité est une notion difficile à définir. Elle permet de caractériser les barrières d'une zone, elle se manifeste particulièrement par une limite. L'auteur explique que cette frontière est précise, connue par tous. La sexualité possède cette frontière ce qui peut expliquer la difficulté pour le soignant à en parler avec le patient. De plus, lorsque nous acceptons qu'une personne entre dans notre intime, nous lui accordons plus de choses que nous acceptons normalement. Pour se protéger de ce qui l'environne, l'individu peut se définir par cette limite.

L'auteur ajoute : « *Le souci de la limite témoigne pourtant d'un désir positif : celui d'un espace réservé, lié à une recherche d'identité. Ce désir se manifeste par exemple dans le besoin d'un « chez soi » où l'on se protège du regard extérieur, où l'on peut s'exprimer sans convention, où l'on peut créer une atmosphère propre, où l'on peut, sur le seuil d'abord plus loin ensuite, accueillir certains (les intimes), et leur donner la faveur de découvrir ce qui était masqué derrière le rideau. L'effraction, ou plus gravement l'expulsion et l'exil déstabilisent la personne entière en lui ôtant toute intimité* ». L'auteur nous explique l'intérêt de cette limite. Elle permet au sujet d'avoir un espace privé lui permettant de se construire. Cet espace privé synonyme de l'intimité va constituer une zone où le sujet va pouvoir s'exprimer seul de la manière dont il le souhaite. Puis, petit à petit, la personne accepte de faire rentrer certaines personnes dans cet endroit à des degrés plus ou moins importants. Cependant, lorsque cette zone est franchie sans l'accord du sujet, cela entraîne un mal être chez celui-ci lui enlevant son intimité. La sexualité se réfère à l'intimité, il est donc important de respecter cette zone et de ne pas aller au-delà de ce que le patient nous accorde lorsqu'il aborde sa sexualité.

Lors de la prise en soin de la santé sexuelle, il est donc indispensable pour le soignant de tenir compte de la pudeur et de l'intimité du patient mais également de la sienne pour que chacun puisse se sentir en phase pour aborder ce sujet. Les parties traitées précédemment évoquent la difficulté et la réticence par l'infirmier(e) à s'engager dans une prise en soins de santé sexuelle. Nous remarquons souvent la description d'un sentiment de gêne perçu par les soignants. Il nous est donc nécessaire de savoir s'il existe d'autres freins à la promotion de la santé sexuelle.

3.2.4. DIFFICULTES ET RETICENCES DES SOIGNANTS

Dans cette partie, nous aborderons avec précision les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de la santé sexuelle afin de comprendre comment ce sujet génère une gêne chez le soignant.

L'extrait de Bouti Catherine, Pilon Nicole. (2014). « La prise en compte de la sexualité du tabou aux possible ». Dans *Manuel de soins palliatifs*, pages 915 à 924 illustre 3 réticences des soignants à l'abord de la sexualité dans le domaine de soins. La première réticence évoquée est la suivante : « *Le premier obstacle rencontré par les équipes est celui de la polysémie du terme sexualité, développé dans la première partie. Pour se comprendre, elles ne peuvent faire l'économie d'une démarche de clarification du terme* ». Le terme sexualité à plusieurs sens. En effet, pour certains, il renvoie uniquement à la dimension génitale, pour d'autres, il s'agit d'un acte sexuel et pour certaines personnes coexistent une fonction génitale et une dimension psychoaffective. Cette diversité renvoie à chaque soignant une notion, une approche différente de ce domaine. Pour que les professionnels puissent s'entendre lorsqu'ils parlent de sexualité, il est nécessaire qu'ils s'axent sur la même définition.

Les rédactrices s'appuient sur ces explications pour affirmer leur deuxième piste : « *À ce premier constat, il convient d'ajouter que chaque individu – donc chaque soignant – a ses propres représentations de la sexualité. Celles-ci sont liées à ses expériences plus ou moins heureuses, à son vécu actuel, mais aussi à son éducation, aux tabous véhiculés familialement et socialement, ou au contraire, à une influence familiale très libératrice, voire libertaire. Toutes ces données ne sont pas toujours conscientisées et auront un impact considérable sur la manière avec laquelle le soignant considérera la demande ou la problématique sexuelle de l'autre* ». À la diversité de signification que représente le terme sexualité s'ajoute les représentations du soignant concernant ce domaine. Ces représentations sont fondées en fonction de ses expériences, de ce qu'il vit mais également de l'éducation qu'il a reçue.

Nous constatons que de nombreux facteurs influencent notre approche à la santé sexuelle. Le soignant n'a pas forcément conscience de ces facteurs, par conséquent, cela aura un impact dans la prise en soin du patient. Le soignant va traiter ce sujet avec subjectivité et non objectivité ce qui en fait une difficulté.

Pour finir, elles expliquent : « *Enfin, il faut bien reconnaître que les soignants bénéficient peu de formations sur ce thème. Quand elles existent, elles se limitent le plus souvent à une approche technique, médicale, centrée sur les pathologies touchant directement les organes génitaux ou les dysfonctionnements générateurs de symptômes dans la sphère génitale. En écho sont proposées des techniques (injection intra-caverneuse) ou des médications (Viagra®)* ». Les explications des deux autrices s'alignent à celle concernant la formation. En effet, elles soulèvent le manque de formation à l'égard de ce thème. Les enseignements dispensés s'axent uniquement à une dimension médicale, à une prise en soin technique, centrée sur les pathologies et les infections sexuellement transmissibles.

Pour conclure, l'ensemble des pistes exprimées par les deux rédactrices s'alignent parfaitement avec les éléments développés dans ce concept (*La sexualité un frein pour le développement de la stimulation clitoridienne*). Il nous permet d'affirmer que le manque de formation représente un frein considérable à la promotion et l'abord de la santé sexuelle par les soignants. Les représentations sur la santé sexuelle sont fondées majoritairement en fonction de l'éducation, de la culture et du vécu du soignant. Cette subjectivité impacte la prise en soin de la santé amenant parfois l'élaboration d'un contre-transfert. Il est nécessaire de ne pas négliger la pudeur et l'intimité pour que chaque partie puisse aborder ce sujet sans gêne. Toutes ces notions sont à prendre en compte afin que chaque patient puisse accéder à une santé sexuelle optimum et au développement des pratiques sexuelles à visées thérapeutiques. Dans cette partie nous nous sommes axés majoritairement sur les freins afin de comprendre en quoi la sexualité ne pouvait pas être promotrice des pratiques sexuelles analgésiques. En effet, il reste de nombreuses problématiques à résoudre et la sexualité à elle-même à besoin d'être promue. Il existe des éléments leviers à la promotion de la santé sexuelle comme le remboursement des pilules jusque l'âge de 25 ans, les centres de dépistages anonymes, les plannings familiaux, l'IVG chirurgical dont le délais est maintenant jusqu'à la fin de 14^e semaine de grossesse contre la 12^e semaine (il y a encore quelque mois). Le numérique prend une place de plus en plus importante au sien de notre société, celui-ci pourrait constitué un outil d'éducation à la santé sexuelle. Nous allons maintenant nous intéresser aux bénéfices des pratiques analgésiques pour la santé sexuelle des femmes.

3.3. LES BENEFICES DE LA STIMULATION CLITORIDIENNE

3.3.1. LE CLITORIS ET CES REPRESENTATIONS

Le clitoris est un organe uniquement féminin faisant partie de la sexualité, il est donc essentiel de connaître les représentations de la société sur celui-ci afin de comprendre pourquoi la stimulation clitoridienne et le plaisir sexuel féminin sont tabous.

Koedt Anne. (2010). « Le mythe de l'orgasme vaginal ». Dans *La sexualité des femmes : le plaisir contraint*. Revue Nouvelles Questions Féministes, Vol.29. p.14 à 22. Reprend les paroles de G. Lombard Kelly (1951) dans *Sexual Feeling in Married Men and Women* : « *La tête du clitoris est constituée également de tissu érectile, et possède un épithélium ultrasensible, irrigué par des terminaisons nerveuses spéciales appelées corpuscules génitaux, et particulièrement adaptées aux stimulations sensorielles qui, dans de bonnes conditions mentales, aboutissent à l'orgasme. Aucune autre partie de l'appareil génital féminin ne comporte de tels corpuscules. Le clitoris n'a donc d'autre fonction que le plaisir sexuel.* » Cette définition me semble incomplète, elle me permet d'affirmer que la stimulation clitoridienne n'est perçue qu'à des fins de plaisir sexuel et n'aborde pas le potentiel pouvoir thérapeutique de celui-ci. Nous pensons que cette vision du clitoris est restée identique de nos jours, d'autant plus que cet organe a longtemps été maltraité.

Dans l'article de Koedt Anne. (2010). « Le mythe de l'orgasme vaginal ». Dans *La sexualité des femmes : le plaisir contraint*. Revue Nouvelles Questions Féministes, Vol.29. p.14 à 22, les déclarations de Frank S Capri (1953) sont rapportées : « *Lorsque, son époux étant un partenaire convenable, une femme ne parvient pas à l'orgasme dans le coït, et préfère la stimulation clitoridienne à toute forme d'activité sexuelle, elle peut être considérée comme frigide, et relève des soins d'un psychiatre.* ». Cette théorie n'est fondée que sur la représentation des hommes concernant la femme. Cette notion est donc discriminante pour la sexualité de la femme et permet à l'homme de se sentir supérieur. Cette idée nuit également à la stimulation clitoridienne et au plaisir de la femme. Marie Bonaparte en 1951, dans *De la sexualité de la femme*, exprime une méthode pour venir en aide aux femmes diagnostiquées frigides : « *Il m'apparut alors que, si chez certaines femmes ce fossé était trop large, et la fixation sur le clitoris endurcie, une réconciliation vagino-clitoridienne pouvait être effectuée par des moyens chirurgicaux, pour le plus grand bien de la fonction érotique normale. Le professeur Halban de Vienne, chirurgien et biologiste, se montra intéressé par cette question et mit au point une technique opératoire très simple : les ligaments maintenant le clitoris étaient coupés, le clitoris, conservant ses structures internes, était fixé plus bas, avec éventuellement une réduction des petites lèvres.* ».

A la suite de cette lecture, nous convenons à dire que les femmes ne sont pas maîtresses de leurs corps et doivent rentrer dans une norme imposée par l'homme dans le but d'assouvir leur plaisir. Cela a donc entraîné des dommages sur la santé mentale de la population féminine. De plus, la phrase « *avec éventuellement une réduction des petites lèvres* » cela laisse penser qu'il existe un idéal de la vulve passant par des petites lèvres courtes, de taille inférieure aux grandes lèvres ; un idéal encore présent de nos jours entraînant des complexes chez certaines personnes.

Dans la continuité de la notion de plaisir de l'homme, Freud voyait l'excision comme un moyen de rendre la fille plus « féminine » en supprimant le clitoris, perçu comme un vestige majeur de sa masculinité. Cette pensée montre que le plaisir de l'homme est perçu comme supérieur à celui de la femme. Par ailleurs, penser que la femme pourrait bénéficier de plaisir seule, c'est mettre en avant que l'homme n'est pas indispensable à son bien-être et ainsi montrer l'inutilité de l'organe mâle dans l'orgasme féminin. Cette vision altère donc les représentations patriarcales de l'époque : l'égo de l'homme supérieur et indispensable à la femme. L'orgasme clitoridien a longtemps été tabou voire synonyme de pathologie. Il a notamment été perçu comme une menace pour l'institution hétérosexuelle. En effet, montrer que le plaisir peut être partagé avec des femmes ferait de l'hétérosexualité non un absolu, mais une option ce qui nuirait également au pouvoir de l'homme sur la femme n'en faisant plus son seul choix.

L'article de Andro Armelle, Bachmann Laurence, Bajos Nathalie, Hamel Christelle (2010) « La sexualité des femmes : le plaisir contraint ». Dans *Nouvelles Questions Féministes*, Vol.29. p.4 à 13. évoque : « *Hite témoignait dans le même temps du fait que ces mêmes femmes pouvaient avoir de grandes difficultés à éprouver du plaisir par la pénétration vaginale. Par cette enquête, elle affirmait encore qu'il n'est pas « anormal », ni honteux, immature ou dangereux pour une femme de se masturber, à l'inverse de ce la morale occidentale soutenant alors. Ainsi en France dans les années 1970, peu de femmes déclaraient se masturber. Elles sont certes beaucoup plus nombreuses aujourd'hui, mais les modalités du recours à la masturbation restent très différenciées selon le sexe : les hommes expérimentent toujours plus souvent et comment plus jeunes la masturbation, tandis que cette pratique n'entre éventuellement dans le répertoire sexuel des femmes qu'à l'âge adulte* ». Nous remarquons qu'à travers ces deux articles utilisés pour connaître les mœurs autour du clitoris, la société impose que la femme ne soit pas tentée par le plaisir, elle doit rester vertueuse, insouciant comme pourrait l'être une jeune fille et doit incarner la féminité. Cette féminité ne doit surtout pas s'exprimer à travers la sexualité, ni le plaisir sexuel.

La masturbation féminine reste un acte encore tabou de nos jours. En effet, durant les dernières décennies, cette pratique a été discriminée ne laissant pas les femmes exprimer leur plaisir sexuel à travers l'organe destiné uniquement à cette fonction. Il a déjà été difficile de reconnaître que la femme avait le droit d'accéder au plaisir seule avec les pratiques qu'elle désirait, et d'attribuer au clitoris sa fonction première : le plaisir. Il l'est d'autant plus, que si nous considérons que cet organe peut avoir à travers le plaisir d'autres bienfaits sur la santé.

L'article d'Aurore Koechlin (2020) dans *Clito. Femme, Genre, Histoire* illustre le livre de Delphine Gardey (2019). *Politique du clitoris*. Paris : Textuel. Des passages sont intéressants pour la construction de cette partie : « *Par la suite, les travaux de Reich, de Kinsey puis de Master et Johnson font progresser la sexologie, en décorrélant reproduction et plaisir, en liant sexualité et société, enfin en adoptant une démarche véritablement scientifique : leurs travaux permettent la découverte de l'orgasme, l'importance du clitoris dans le plaisir féminin, ou encore la dédramatisation de la masturbation* ». Ce passage met en avant les premières recherches scientifiques sur la fonction du clitoris. Ces chercheurs vont à l'encontre de l'opinion publique de l'époque qui prône le plaisir vaginal. Les arguments avancés s'appuient sur une recherche scientifique et non d'après les idéaux des hommes, elle a donc une importance particulière dans la reconnaissance du plaisir et de la santé sexuelle de la femme. La fonction première du clitoris commence à être reconnue. Actuellement, la majorité de la population reconnaît la fonction de cet organe. Depuis quelques années, des mouvements sont mis en place par des femmes pour faire connaître l'appareil génital dans sa globalité.

La physiologie complète du clitoris a été élaborée en 1990 et ce n'est qu'en 2017 que cet organe apparaît dans un livre de biologie destiné aux 4^e... cela montre qu'avant 2017, l'éducation des collégiens en matière de santé sexuelle n'était pas optimum et que de nombreuses jeunes filles étaient dans l'ignorance de posséder un clitoris. Cela prend du temps mais la sexualité de la femme entre dans les normes de la société. Actuellement, nous connaissons dans sa globalité la physiologie de l'appareil génital féminin et les fonctions qui lui sont propres. Mais des chercheurs s'orientent sur les propriétés analgésiques de la stimulation clitoridienne. Après nous être informés sur la représentation sociale du clitoris et en avoir déduit les nombreux clichés qui renforcent le tabou concernant cet organe, nous allons maintenant nous intéresser à son rôle et ses représentations au sein du domaine médical.

3.3.2. LE CLITORIS ET LA MEDECINE

Comme nous l'avons évoqué brièvement précédemment, le clitoris est un organe oublié dans le monde médical. Une ancienne interne de la faculté de médecine de [REDACTED], [REDACTED], a rédigé une thèse sur la connaissance incomplète qu'ont les médecins sur le clitoris. Tout comme les infirmiers, les médecins souffrent du manque de formation concernant cet organe et la sexualité.

L'article d'Aurore Koechlin (2020) dans *Clito. Femme, Genre, Histoire* illustre les recherches scientifiques concernant cet organe et le premier rapport anatomique : « ..., de l'autre, les connaissances scientifiques sur le clitoris se perfectionnent, notamment grâce au développement de nouvelles techniques en termes d'imagerie. D'une certaine manière, on peut considérer que le clitoris fait l'objet d'une deuxième découverte à la fin des années 1990 : l'urologue Helen O'Connell met au centre les parties non visibles du clitoris, révélant son importante taille (9 à 10 cm), son intervention dense, et ses liens avec les autres organes ». A la fin des années 1990, l'urologue Helen O'Connell expose les parties non visibles du clitoris permettant d'affirmer sa taille, sa structure et les liens avec les autres organes. Cependant, trente ans après, le clitoris reste un organe oublié du monde médical.

Lors de sa thèse [REDACTED] argumente sur la méconnaissance de cet organe : « cette méconnaissance du clitoris par les médecins ne se limite malheureusement pas à sa taille. Lorsqu'ils et elles sont confrontés à une présentation de l'anatomie complète de cet organe, en grande partie interne et donc invisible, 68,8% des participants reconnaissent qu'ils ignoraient certains éléments. Et 70,3% des répondants ayant appris quelque chose grâce à ce texte jugent que ces nouvelles connaissances modifieront leur pratique. L'étude relève toutefois que si « les connaissances anatomiques de l'organe sont partielles et les éléments précis de son anatomie peu connus », ils le sont « un peu mieux par les gynécologues et par la plus jeune génération de médecins ». Cet extrait montre que malgré les recherches scientifiques sur le clitoris, de nombreux médecins ne connaissent pas sa structure anatomique au complet. Il est difficile de reconnaître une fonction autre que sexuelle quand une grande partie de la médecine ne s'intéresse pas à la physiologie de cet organe. Certes, cette méconnaissance a un impact considérable pour la prise en soin de la sexualité de la femme mais cela entrave également les recherches sur les fonctions du clitoris autre que celles du plaisir.

Dans l'article de Anne Mellier, le Dr Marie Chevalley explique la dominance de l'organe masculin lors des divers enseignements qu'elle a reçus: « *Je me souviens avoir écouté une émission sur France inter intitulée : Le clitoris est-il toujours un organe tabou en 2019 ? Il mentionnait le site web d'Odile Fillod, une chercheuse indépendante connue pour avoir créé un modèle de clitoris imprimable en 3D. Je suis allée dessus et j'ai découvert que je ne connaissais pas l'anatomie de cet organe. Je ne l'avais jamais apprise. J'ai rouvert mes manuels d'anatomie : à chaque fois, il y a trois ou quatre pages dédiées au pénis, mais presque rien sur le clitoris. Il est noyé dans une coupe anatomique du périnée la plupart du temps, et rarement représenté dans sa totalité.* ». Elle illustre parfaitement le manque d'enseignement lors des études de médecine concernant le clitoris. Il n'existe aucun référentiel des pathologies du clitoris. Ce manque théorique est l'un des premiers freins pour le développement de la stimulation clitoridienne à visée antalgique dans le milieu médical. En effet, comment les médecins, les soignants pourraient-ils promouvoir une pratique d'un organe qu'ils ne connaissent que partiellement ? Puis, elle explique la dominance des cours sur le pénis. Cela peut être mis en lien avec la partie précédente. En effet, durant de nombreuses années, la société a refusé de reconnaître la fonction plaisir du clitoris et en a fait un organe tabou jusque dans les livres médicaux et ceux destinés à l'éducation sexuelle des enfants.

Docteur Marie-Madeleine, Manon BESTAUX-BRETHEZ, praticienne au [REDACTED], est l'initiatrice de la recherche sur la Fonction Analgésique du Clitoris, cette étude a commencé en été 2020. Dans une vidéo disponible sur le site internet du CHU [REDACTED], elle explique : « *Sans nier l'importance de cet organe pour le plaisir sexuel féminin, il serait surprenant qu'il soit, à cette place... "exclusivement" pour cela. La nature faisant rarement plaisir par plaisir, considérons que le clitoris a de solides atouts comme acteur analgésique pour contrecarrer les éventuelles douleurs de la femme dont les douleurs particulières de la grossesse et l'enfantement. Comme pour le pénis, c'est l'érection des corps caverneux qui induit la sécrétion d'endorphine, substance antidouleur. Et pour les deux sexes, cette érection par afflux sanguin (pression) suppose le relâchement des muscles alentours (dépression). Pour obtenir cette Détente Périnéale le protocole FAC propose aux femmes enceintes lors des épisodes douloureux ou appréhendés comme tels, d'utiliser par massage externe un OVD (Outil Vibrant de Détente) en le positionnant sur le ligament suspenseur du clitoris ligament* ». Cette recherche apporte une autre dimension au clitoris, organe uniquement associé à sa fonction de plaisir. Celui-ci aurait également son rôle à jouer contre les douleurs notamment celles provoquées par l'accouchement, l'enfantement.

Sa stimulation entraînerait une détente des muscles aux alentours mais également la sécrétion d'endorphine et d'hormones antidouleurs d'où son rôle analgésique. De plus, cette méthode serait un moyen naturel et ne présentant aucun coup financier dans sa mise en place, il suffirait d'informer les patientes sur les propriétés de cette pratique dans le but de les laisser gérer leur douleur. Nous pensons que cet antalgique a une place singulière dans la santé sexuelle de la femme. Parfois, les fonctions de notre corps se révèlent être le meilleur remède à nos problèmes. Le développement de ces pratiques apporterait une nouvelle dimension à la santé sexuelle ainsi qu'une plus grande considération de cette santé en milieu hospitalier.

Nous constatons que le clitoris n'est pas encore un organe considéré au sein de la médecine même si cela tend à changer avec les thèses, les nouvelles recherches. Les femmes parlent de plus en plus du clitoris et des conséquences de la mauvaise prise en soin de cette partie de leur corps. Il serait intéressant de s'axer sur les compétences de l'infirmière qui pourraient être bénéfiques pour la reconnaissance de cet organe et la prise en soin de la femme.

3.3.3. LE ROLE DE L'INFIRMIERE DANS LA CONSIDERATION DU CLITORIS

En ce qui concerne la stimulation clitoridienne cette pratique n'est pas démocratisée dans le domaine médical, il n'existe donc pas de textes liant rôle infirmier et stimulation clitoridienne. Cependant, il compte des ouvrages sur la prise en charge des femmes excisées.

En 2013, le secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone annonce : « *Toutes les sociétés du monde sont interpellées par l'ampleur de la problématique des mutilations génitales féminines (MGF). En effet, avec le phénomène de l'immigration, ces pratiques ne sont plus seulement une réalité de certains pays, mais affectent également de plus en plus le monde dans son ensemble. Les infirmières et infirmiers de tous les pays doivent être informés et rester vigilants face à cet enjeu mondial. Il importe que la profession fasse circuler l'information pertinente sur le sujet et sur les politiques et procédures à adopter pour une offre de soins culturellement adaptée à ce genre de situation* ». D'après les dires du SIDIEF, les infirmier(e)s ont un rôle à jouer dans la prise en soins des femmes excisées et doivent donc porter une attention particulière à la sexualité et au clitoris. Cela nécessite d'avoir des connaissances sur cet organe même si celui-ci n'est que brièvement étudié lors de la formation. En effet, nous ne voyons que la coupe externe du clitoris et sa fonction n'est aucunement développée.

Le rôle de l'infirmier sera de pallier les conséquences et de prévenir les complications physiques et psychologiques de l'excision avec, par exemple, la lutte contre le saignement et les infections, la gestion de la douleur, le soulagement de la souffrance psychologique sans oublier d'éduquer la personne soignée et sa famille. Ces objectifs peuvent s'appliquer aux différents problèmes de santé sexuelle dont la femme pourrait souffrir. Par conséquent, l'infirmière est apte à prendre en charge les problèmes de santé sexuelle.

Maintenant que nous savons que l'infirmière possède des compétences pour la prise en soin de la santé sexuelle, nous allons nous orienter sur la capacité de l'infirmière à proposer la stimulation clitoridienne comme thérapeutique analgésique. Pour le moment, il n'existe aucun article définissant le rôle infirmier dans la proposition de cette pratique. C'est pour cela que nous avons décidé de faire le parallèle avec la sophrologie, une thérapie qui se développe de plus en plus dans les soins infirmiers et qui doit encore faire ses preuves pour être reconnue comme antalgique. La sophrologie tout comme la stimulation clitoridienne n'est pas un acte médical et n'implique pas de prescription. L'éducation à la pratique de la stimulation clitoridienne ne nécessite pas de formation particulière hormis une connaissance de cet organe, des bénéfices de cette thérapie et un savoir-être adapté à la prise en soin de la patiente. La sophrologie, quant à elle, doit être pratiquée par une infirmier(e) ayant bénéficié d'une formation. Si la stimulation clitoridienne se démocratisait, l'infirmier(e) possède de part sa formation les connaissances nécessaires à la proposition de cette pratique auprès des patientes.

Pour conclure, la prise en soin de la santé sexuelle reste un enjeu majeur. La sexualité est toujours sous l'influence de la société. Par conséquent, la caractéristique taboue tend à perdurer. Tant que les médecins et les soignants ne considéreront pas l'importance de la santé sexuelle, celle-ci ne pourra pas être en soin de façon optimum. Cela freine le développement des pratiques sexuelles à visées antalgiques et sa recherche. L'infirmière possède de part son rôle des compétences nécessaires à la prise en soin de la santé sexuelle. Cependant, les enseignements sur la sexualité et sa prise en soins sont faibles. Ces informations découlent d'extraits de livres et d'articles, il est donc nécessaire de les confirmer en les comparant avec des entretiens infirmiers.

4. ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Pour répondre à la question de départ de ce mémoire, il est indispensable d'interroger des professionnels de santé. Pour recueillir des avis diversifiés, nous nous sommes entretenus avec une infirmière ayant un diplôme universitaire en douleur, une infirmière travaillant à la plate-forme d'Education et de Prévention pour la santé. Cependant, nous avons été confrontés à une difficulté, les infirmières que nous avons contactées ne possédaient aucune connaissance sur la stimulation clitoridienne à visée antalgique. Nous avons dû nous orienter vers la sexologue qui est l'initiatrice de la recherche sur la potentielle fonction analgésique du clitoris dans le but de recueillir des informations fiables et de comprendre la méconnaissance de cette pratique auprès des professionnels de santé. Nous avons découpé cette analyse en trois parties. Dans un premier temps, nous étudierons la conception de la santé sexuelle selon les professionnels interrogés. Ensuite, nous aborderons la santé sexuelle dans le domaine de soin et pour finir nous analyserons l'intégration de la stimulation clitoridienne comme pratique analgésique.

(Le protocole d'enquête et les entretiens qui ont permis l'élaboration de cette partie sont visibles en ANNEXE I ; II ; III ; IV).

4.1. CONCEPTION DE LA SANTE SEXUELLE

Dans cette partie, nous explorerons les connaissances et les représentations des soignants sur la santé sexuelle. Puis, nous chercherons à comprendre l'impact de l'identité du soignant dans la prise en soin de la sexualité et nous en déduirons le professionnel le plus propice à aborder cette thématique.

4.1.1. CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS SUR LA SANTE SEXUELLE

Cette partie permet d'identifier les connaissances des professionnels concernant la santé sexuelle et également de savoir s'il existe un lien entre les connaissances et les représentations. Nous constatons une grande disparité concernant les savoirs des deux infirmières interrogées.

L'infirmière travaillant à la plateforme d'éducation et de la prévention à la santé, possède des connaissances sur la santé sexuelle, cet apport de savoirs est justifié par son lieu d'exercice. En effet, la PEPS est une équipe pluridisciplinaire chargée de mener à bien des actions de prévention, de dépistage et d'éducation en santé centrées sur des problèmes de santé publique comme les addictions (alcool, tabac, cannabis, jeux) et les infections sexuelles transmissibles et également axées sur l'éducation thérapeutique du patient.

En exerçant dans cette plateforme, la soignante prend en soin la santé sexuelle des patients. Elle donne une définition construite concernant ce domaine et elle possède une vision positive de la santé sexuelle : *« il faut qu'il n'y ait pas de frein, la santé sexuelle c'est vraiment avoir un regard global sur la personne pour qu'elle se sente bien, donc c'est un partenaire respectueux, toutes ces notions qui sont importantes dans le couple pour que voilà que chacun s'y retrouve. Vraiment le mot équilibre, harmonie au sein du couple, avec le respect de l'autre, je trouve que c'est un mot très important le respect de l'autre en sexualité voilà, compréhension, affection »*. Nous constatons qu'elle emploie le mot « respect », une valeur clé dans la définition de la santé sexuelle. Cependant, nous remarquons l'utilisation des mots suivants : « dans un couple », « mot équilibre, harmonie au sein du couple ». Cela laisse entendre qu'il faut être en couple, avoir établi une relation amoureuse pour pouvoir bénéficier d'une santé sexuelle satisfaisante. Cet idéal est très promu dans les codes imposés par la société et les moeurs influencent notre façon de penser, nos représentations. En poursuivant dans les règles imposées par la société, l'infirmière ajoute : *« Tout à fait, c'est comme ça que je la vois. Quelqu'un qui vient en couple, ils ont envie d'enlever le préservatif, c'est top, c'est top. Moi je vois ça comme ça »*. Dans ses dires, l'infirmière fait de nouveau référence au couple, et laisse penser que le retrait du préservatif est un comportement réservé au couple. De plus, selon ses explications, l'abandon de cette protection serait un élément favorisant l'épanouissement sexuel. Ces deux idées sont des notions très ancrées et promues au sein de la société.

L'infirmière travaillant à la PEPS possède de nombreuses connaissances lui permettant de structurer ses idées : *« C'est une vieille recette, on va dire. Moi je dirais pour que cette recette elle fonctionne, il faut réellement de l'équilibre, harmonie et surtout de l'acceptation de soi et de l'autre hein. C'est important de se sentir bien, si moi je suis bien dans mes baskets, si je suis bien dans mon corps, si je suis bien avec celle que je veux être, si je suis en accord avec moi-même, si je m'estime suffisamment. Vous voyez, il y a plein mots qui sont importantes, l'estime de soi, le travail sur soi. Si je suis bien avec tout ça je pense que ma sexualité déjà je suis au clair avec ce que je veux et ne veux pas donc du coup mon partenaire que je vais choisir ça va être en fonction de, voilà, puis ça devrait marcher quoi »*. Dans cette partie, elle évoque des notions permettant d'accéder à une santé sexuelle satisfaisante notamment l'acceptation de soi et de l'autre, l'estime de soi, la confiance en soi. Elle ajoute des éléments qui se rattachent directement à la congruence comme être en accord avec ce que nous voulons, ce que nous faisons et fait le lien avec le bien-être, le plaisir que cela va nous apporter.

Cela nous permet de constater que l'infirmière a des connaissances concernant ce sujet, la définition donnée est structurée, il existe une argumentation autour des informations transmises. Hormis, la représentation imposée par la société concernant la nécessité d'être en couple pour avoir une relation sexuelle, il n'existe pas de clichés, ni d'informations et de représentations erronées. Les connaissances permettent de structurer nos représentations et d'éviter de se conforter dans des clichés.

Durant l'entretien avec l'infirmière possédant un DU en douleur, celle-ci cherche à se renseigner sur ce qu'est la PEPS. A la suite de nos explications, elle compare cela à « *un truc en ville, type association ou tout le monde peut y aller* ». Cette comparaison nous informe sur sa représentation des centres dédiés à la prévention et à l'éducation. Elle nous montre donc qu'elle ne possède pas de connaissances sur les lieux abordant la promotion de la santé en général comme sexuelle. De plus, l'infirmière rencontre une difficulté à définir la santé sexuelle : « *j'ai essayé de définir par tout ce qui était santé, santé sexuelle, c'est pour moi plus ou moins le bien-être physique euh... et physique et psychologique* ». Cette difficulté est marquée par l'utilisation des mots « *essayer* », « *plus ou moins* ». La définition proposée est brève et ressemble à celle de la santé notamment avec la notion de bien-être physique et psychologique. Elle généralise sa définition au domaine médical et, par conséquent, elle ne se focalise pas sur la santé sexuelle. Lorsqu'une personne est interrogée sur un sujet qu'elle maîtrise peu, elle rencontre des difficultés à le définir, à illustrer ses propos et à apporter de la matière à son argumentation.

En ce qui concerne ses représentations, elle nous explique que l'éducation à la santé sexuelle est le rôle majoritairement des infirmières scolaires : « *les questions sexuelles, enfin la pilule, comment mettre les préservatifs. Enfin ce que fait beaucoup une infirmière dans les collèges, scolaires, on va dire* ». En effet, l'infirmière scolaire joue un rôle important dans l'éducation à la santé sexuelle notamment à l'âge de la puberté. Cependant, toutes les infirmières, de part, leur formation sont aptes à faire de la prévention et de l'éducation. Nous constatons que l'infirmière ne se sent pas concernée par l'éducation et la prévention de la santé sexuelle. Cette représentation nous permet de faire un lien entre les connaissances et les représentations.

Cette partie nous permet d'affirmer qu'il existe un lien étroit entre les connaissances et les représentations. En effet, plus le soignant possèdera des connaissances sur le sujet et plus ces représentations seront fondées et appropriées. Le manque de connaissances impacte considérablement l'abord de la santé sexuelle, et influence les clichés dans ce domaine. De plus, nous remarquons que les codes, les stéréotypes imposés par la société influencent la représentation des infirmières et ainsi leur façon de parler de la sexualité. Cela se reflète par conséquent sur son identité professionnelle.

4.1.2. L'IDENTITE PROFESSIONNELLE ET LE ROLE DU PROFESSIONNEL

Dans cette partie, nous cherchons à savoir si l'identité professionnelle et le rôle du professionnel ont un impact sur la considération de la santé sexuelle et la prise en soin de la sexualité.

La première infirmière interrogée nous explique : « *j'ai travaillé en salle de réveil et j'ai fait un DU douleur et je suis infirmière douleur depuis 2007* ». Nous remarquons que l'infirmière a exercé en salle de réveil, ce lieu n'est pas propice à l'abord de la santé sexuelle. Cela peut expliquer son désintérêt pour ce domaine. Nous pouvons supposer qu'en ayant un DU en douleur, elle peut être amenée à rencontrer des patientes ayant des dysménorrhées, de l'endométriose, des douleurs pouvant amener la patiente à parler de sa sexualité. L'infirmière nous informe sur son rôle : « *J'ai pas de stratégie, j'ai, j'ai rien. Enfin franchement, moi j'en parle pas du tout, du tout, du tout. Mon rôle en fait, moi je travaille ici, je m'occupe beaucoup de la cancéro* ». Elle ajoute : « *euh et euh, moi c'est vraiment douleur physique* ». Nous constatons que l'infirmière n'aborde pas la santé sexuelle lors de la prise en soins d'un patient. En effet, elle explique intervenir majoritairement en cancérologie notamment sur les douleurs engendrées par la pathologie. L'intérêt principalement pour la douleur physique est lié à la spécificité de son DU. En conséquence, elle en oublie les autres problèmes pouvant être engendrés par le cancer.

La professionnelle ajoute une information faisant le lien entre l'âge et l'abord de la santé sexuelle : « *Moi je suis vieille infirmière aussi hein. Je le conçois euh, on parlait pas, on parle pas de tout ça. Enfin, on parlait pas de tout ça. Non, c'était plus, nous nous ce qu'on faisait, c'était l'éducation sexuelle, c'est tout, on n'allait pas au-delà quoi* ». D'après les dires de l'infirmière, l'âge constitue indirectement un frein à l'abord de la sexualité lors de la prise en soin du patient. En disant qu'elle est « une vieille infirmière », elle fait référence à l'éducation qu'elle a reçue concernant la sexualité, imposant la réserve sur ce sujet, ainsi que la caractéristique taboue de la sexualité.

Cette instruction a également été renforcée par le manque de formation entraînant une réserve pour ce sujet. L'éducation que nous avons reçue peut avoir des répercussions dans l'exercice de la profession. Même si notre personnalité ne doit entraver notre identité professionnelle, nous restons néanmoins des humains et nous agissons en fonction de notre personnalité, de nos sentiments, de notre culture, de notre éducation et de notre vécu.

La seconde infirmière interrogée nous explique également son parcours professionnel : « J'ai été diplômée en 88, je fais de la gériatrie, je fais du bloc opératoire, je vais donc à la maternité dans des villes différentes. Je suis après en réa, après je pars à [REDACTÉ] en rhumato et puis je reviens sur donc [REDACTÉ] ou là j'ai un poste qui, c'est là, c'est là, où je resterai le plus longtemps en pneumo au [REDACTÉ]. J'ai travaillé au [REDACTÉ] ou en pneumo pendant de nombreuses années donc consultation fibroscopie bronchique, bloc opératoire, consultation allergo et services classiques et en 2008. Je mute ici hein c'est accepté, il y a un poste qui se libère on parle d'éducation thérapeutique du patient. C'est l'époque où on a monté l'école de l'asthme aux [REDACTÉ] et donc là on est en pleine éducation thérapeutique alcool, tabac, cannabis, je connais pas mais je me lance et je suis acceptée ». Nous constatons que l'infirmière interrogée est diplômée depuis de nombreuses années. Elle possède donc une expérience professionnelle variée grâce à ses années d'exercice mais également par les divers services dans lesquels elle a travaillé. En 2008, la professionnelle mute à la PEPS pour consacrer une grande partie de son travail à l'éducation thérapeutique du patient. L'ETP s'appuie sur les soins relationnels, la relation d'aide, l'écoute active. Cependant, la soignante nous informe qu'elle ne connaît pas cette prise en soin. A l'hôpital, le rôle de l'infirmière s'axe majoritairement sur les soins techniques, une prise en soin élaborée en fonction de la prescription médicale. Nous supposons que le relationnel est un atout dans l'abord de la sexualité avec le patient. Lorsque le soigné évoque une problématique avec un professionnel, il est indispensable que celui-ci se sente écouté, compris et considéré comme sujet et non objet de soin.

La première infirmière interrogée expliquait que l'âge pouvait être un frein à l'abord de la sexualité. Cependant, ce deuxième entretien renforce l'idée que ce n'est pas une question d'âge mais de personnalité, de culture comme nous avons pu l'expliquer précédemment. De plus, l'expérience professionnelle n'est pas un facteur ayant un rôle dans la prise en soin de la santé sexuelle, toutes les deux possèdent cet élément et pourtant, l'une détient une aisance concernant l'abord de ce domaine et l'autre éprouver un désintérêt. Cette indifférence à l'égard de la santé sexuelle est fondée par l'éducation qu'a reçue l'infirmière.

Nous allons maintenant nous intéresser au parcours professionnel de la chirurgienne dentiste et sexologue. Lors de l'entretien, elle nous explique : « *Alors, il est très atypique mon parcours professionnel parce que moi je suis chirurgien dentiste* ». « *Au départ, voilà et j'ai un diplôme universitaire de sexologie et de santé publique qui a été fait [REDACTED], c'est un DU de sexologie et de santé publique, c'est comme ça que s'appelait à l'époque* ». « *2005/2007 donc je suis sortie, c'était en deux ans donc je suis sortie en 2007* ». Par le biais de ces informations, la professionnelle nous informe qu'elle a exercé comme chirurgien dentiste. Puis, elle s'est intéressée à la sexologie. Ce DU nous montre son désir d'acquérir des connaissances, des compétences en sexualité. Nous pouvons faire un lien entre ces deux professions, elles se réfèrent à l'intimité et à la pudeur du patient. L'intérieur de la bouche, est une partie du corps que beaucoup de personnes n'aiment pas dévoiler, tout comme la sexualité. Lors de l'entretien avec l'infirmière de la PEPS, nous remarquons que c'est la professionnelle qui cherche à se renseigner sur la sexualité des patients qu'elle reçoit. Alors que dans le cadre d'un rendez-vous en sexologie, c'est la patiente qui vient de sa propre initiative pour ne parler que de sa sexualité. La sexologue ne rencontra pas de difficultés à aborder le sujet de sa profession et par l'initiative de la patiente à venir en parler.

Dans cette partie, nous avons pu constater que l'écoute active, les soins relationnels et la relation d'aide sont des atouts pour prendre en soin la santé sexuelle. De plus, il est essentiel que l'infirmière ait un champ d'exercices élargi lui permettant ainsi de prendre en charge le patient dans sa globalité. Une notion très importante a été explicitée, celle de la personnalité de l'infirmière fondée par l'éducation qu'elle a reçue pouvant avoir un impact sur son intérêt à l'égard de la santé sexuelle. Maintenant, nous allons aborder la santé sexuelle dans le domaine de soin.

4.2. SANTE SEXUELLE DANS LE DOMAINE DE SOIN

Comme nous avons pu l'observer dans la partie précédente, certains soignants sont mal à l'aise lorsqu'il s'agit de parler de sexualité. Nous chercherons donc à identifier et à comprendre les éléments qui freinent les soignants à aborder cette thématique. Néanmoins, de part notre rôle de soignant, il est indispensable que nous soyons dans une démarche de promotion de la santé sexuelle, c'est pour que cela qu'il est nécessaire d'identifier les ressources des professionnels concernant ce sujet et de savoir s'il existe un professionnel qui de par son rôle est plus à apte à en parler.

Lors des entretiens, nous avons pu identifier les freins qu'ils ont rencontrés ou observés dans le domaine de soin concernant la santé sexuelle.

L'infirmière possédant un DU en douleur nous explique : « *ben non parce qu'en fait moi je les vois au moment de l'intervention chirurgicale et c'est pas là la première préoccupation. C'est vraiment la douleur physique et tout ça ou alors moi quand je les vois, c'est que ça va pas qu'elles sont hospitalisées et que ça se dégrade et que c'est bon quoi, c'est méta, c'est machin, et tout ça, et là pour le coup on en parle pas. Je pense que c'est pas leur première préoccupation* ». D'après les paroles de l'infirmière, nous constatons qu'elle axe sa prise en soin uniquement sur sa spécialité : la douleur et pense que cela reste la principale préoccupation du patient. Cependant, la personne la plus apte à définir ses inquiétudes concernant l'intervention et la suite est le soigné. Pour pouvoir développer notre idée, nous devons faire le parallèle avec les arguments amenés dans la situation d'appel : « *suivant les motifs d'hospitalisation par exemple lors d'une intervention lourde entraînant une modification corporelle persiste souvent le sentiment que l'intimité sexuelle n'est pas une priorité, et par conséquent, les soignants ne se sentent pas concernés* ». Les propos de l'infirmière illustrent parfaitement cette idée. De plus, l'infirmière pense à la place du patient en amenant sa priorité, la douleur. La soignante reste enfermée dans sa spécialité et dans le diagnostic de la douleur physique au détriment d'une prise en charge globale du patient et par conséquent de la santé sexuelle. Nous pouvons en déduire qu'il existe un manque d'écoute du patient à l'égard de ces besoins, nous évaluons ceux-ci en fonction d'un cadre théorique imposé par une pathologie. Lorsque le soignant n'a aucune considération pour la santé sexuelle, sa posture professionnelle n'est pas en faveur de la prise en charge ou de l'abord de la santé sexuelle.

La sexologue donne, au cours de l'entretien, des explications concernant les difficultés des soignants à aborder la santé sexuelle : « *Les gens ont alors euh, les soignants ont du mal à parler de sexualité parce que ça touche l'intimité, ça leur renvoie leur intimité à eux vous voyez. Il faut être très neutre, il faut savoir être neutre quand on parle de sexualité. Les patients veulent parler de sexualité mais les soignants n'osent pas parce qu'ils ont peur de rentrer dans une intimité, vous comprenez ?* ». Nous constatons que la confrontation à l'intimité est une difficulté pour les soignants. En effet, lorsque le professionnel de santé parle de sexualité, il rentre dans l'intimité du patient le renvoyant à sa propre intimité.

Cela peut également faire appel à la notion de contre-transfert. Le soignant, en s'imaginant être à la place du patient, pourrait supposer être gêné, mal à l'aise si nous venions à lui parler de sa sexualité. Cela constitue un élément de frein à l'abord de la santé sexuelle. Ces informations expliquent l'idée que ce n'est pas le patient qui est en difficulté pour parler de sexualité mais bel et bien le soignant.

La sexologue développe son idée sur le contre-transfert: « *Oui, les soignants ont peur d'ouvrir une porte que les gens disent quelque chose et que les soignants ne puissent pas aider. Vous voyez souvent, c'est une attitude bienveillante du soignant, le soignant est bienveillant il n'ose pas parce qu'il se dit, je ne vais pas savoir répondre au problème. Si je découvre qu'elle s'est faite violée, si je découvre qu'elle a mal, si je découvre qu'il y a eu un attouchement, si je découvre qu'elle est pas bien dans son couple, si je découvre que, qu'est ce que je vais faire ? Surtout que les soignants sont peu formés euh ils n'osent pas* ». Comme l'explique la professionnelle, les soignants présentent des lacunes en santé sexuelle. Dès lors qu'un patient veut se confier sur sa santé sexuelle, il est confronté à une barrière qu'impose le professionnel de santé. Cette barrière est engendrée par le manque de connaissances des soignants sur la santé sexuelle. De plus, certaines situations peuvent amener au contre-transfert pouvant déstabiliser davantage l'infirmier. Actuellement, un grand nombre de soignants sont incapables de prendre en charge une femme qui a subi un traumatisme sexuel, notamment si ce soignant est une femme, le risque d'établir un contre-transfert est d'autant plus important. Le patient a également des exigences concernant sa prise en charge, le soignant perçoit cela comme un devoir de les remplir sachant qu'en santé sexuelle, il ne pourra pas y répondre, et évitera le sujet.

L'infirmière travaillant à la PEPS identifie le rythme de soin comme un frein à la prise en soin de la santé sexuelle, elle explique : « *On est dans un rythme de soin, je fais que de passer dans une chambre, c'est, c'est très fugace, c'est très rapide hein. On vient faire un soin euh et de ce fait quand je montais le volume de mon aérosol, je trouve qu'on court beaucoup, là j'ai quand même un temps qui est dédié à ça, j'ai 45 min, la personne elle a votre place, pendant 45 min on est ensemble, et puis je vais la revoir, on va reposer un autre rendez-vous, on a le temps de créer une relation. En service j'avais aucunement le temps de, de créer une relation c'est évident(...)* ». A travers ces dires, l'infirmière nous explique que le manque temps, en service hospitalier, est un frein à la prise en charge globale du patient et à l'écoute. Par conséquent, l'infirmier(e) axe sa prise en soin sur les soins prescrits et l'administration médicamenteuses au détriment du relationnel et de l'écoute active.

Cela oblige le soignant à considérer une pathologie et non un sujet dans sa globalité. Le soin relationnel et l'écoute active semblent être de véritables atouts pour l'abord de la sexualité. La sexologue rejoint l'idée du manque de temps impactant la prise en soin globale du soigné : *« Le problème des médecins généralistes c'est qu'ils n'ont pas le temps. Ils ont pas toujours le temps mais ils étaient très contents d'avoir une formation en sexologie, car il n'y a pas de cours de sexologie en médecine ».*

L'infirmière axe son argumentation sur les éléments qui sont impactés par les freins de la santé sexuelle : *« Non je pense que non, c'est toujours la même politique, du tout hein euh, je me disais aussi comment ça se fait tu vois les préservatifs enfin faillent les, les, les acheter ? Comment ça se fait que la pilule euh...Il y a tout un tas de choses pour la femme qui, qui pourrait être amélioré, adouci, facilité. Il y a quand même le centre de planification qui est quand même là, qui est un service ressource, il y'a les centres de dépistage qui sont anonymes et gratuits quand même, les gens ils peuvent venir n'importe quand, voilà, j'ai besoin de faire un test, voilà c'est anonyme, c'est gratuit. C'est quand même pas mal ça. Je ne sais pas si c'est vraiment connu par tout le monde, enfin, ça pourrait être plus en tout cas. Je pense que l'on pourrait faire plus la promotion de ça ».* Les explications de l'infirmière sont très centrées sur le dépistage, la prévention des IST. En effet, les soignants sont très axés sur la promotion de la santé avec l'absence de maladies au détriment des notions de plaisir et de bien-être. À cette idée s'établit le lien que fait l'infirmière entre la santé sexuelle de la femme et le planning familial. La mise en place du planning familial a été un atout clé pour libérer la sexualité de la femme. Le risque en faisant le lien entre planning familial et sexualité est de délaissé les notions de plaisir et de bien-être pour se focaliser uniquement sur les problèmes médicaux, des notions peu promues dans le domaine de soin.

La sexologue complète l'idée des infirmières interrogées concernant les lacunes que présente la France en matière de santé sexuelle, elle explique : *« Alors, je pense qu'il y a deux choses, c'est encore très normé en France, c'est très ça doit être comme ça, c'est très performance en France, faire l'amour c'est comme ça, c'est très normé. Et puis, la médecine, les sages-femmes on doit résoudre le problème, on ne laisse pas assez... il n'y a pas assez d'écoute du patient. Il faudrait écouter plus le patient, d'un côté on est pas psy, mais la sexologie c'est plus le sens des actes, vous savez la norme c'est toujours préliminaire pénétration, on est toujours la dedans et euh moi j'explique soit c'est pour faire des enfants, pour la progression soit pas pour faire des enfants dans ces cas il faut une connaissance personnelle de tous, et ça il y a des mots que l'on ne peut pas dire en France, c'est très difficile de parler de masturbation par exemple, il y a beaucoup de choses taboues ».*

Par ces mots, la sexologue explique que la culture française impose la norme notamment en sexualité. En effet, la société définit une succession d'étapes pour établir un rapport sexuel soit préliminaire puis pénétration. Les autres pratiques sont d'autant plus taboues et parfois même perçues comme une déviance. La caractéristique taboue de la sexualité promue par la société a également été évoquée par les deux infirmières. La professionnelle nous renseigne sur un acte de la sexualité qui est défendu, celui de la masturbation. En effet, la masturbation est souvent perçue comme un acte pervers, sale alors qu'il s'agit d'un geste visant à se donner du plaisir à soi même. Cette représentation freine également le développement de la stimulation clitoridienne d'autant plus que la masturbation est majoritairement taboue chez la femme.

Pour terminer l'analyse concernant les freins évoqués lors des entretiens, il est intéressant de noter une évolution dans le domaine de la santé sexuelle, ce qu'exprime la sexologue : *« C'est beaucoup mieux qu'il y a 10 ans, on va dire que ça avance, soyons optimistes, moi j'étais donc sexologue à 50 ans aujourd'hui j'en ai 63 euh je sais que ça avance un peu, déjà le clitoris c'était le début de la connaissance du clitoris, le clitoris étant quand même l'organe du plaisir féminin et puis les violences faites aux femmes, le devoir conjugal ça existe de moins en moins, le consentement, il y a beaucoup de honte autour des femmes qui n'osent pas dire. Maintenant, je n'aime pas le mot libérer la parole, les femmes parlent plus. D'un autre côté, tout le truc sur les violences gynécologiques c'est difficile aussi, tous les gynécologues ne sont pas méchants (rire) »*. La sexologue soulève l'avancée concernant la reconnaissance de la sexualité. Certes, l'abord, la promotion de ce domaine n'est pas encore idéale mais cela avance doucement. Elle illustre ces dires avec des mouvements, des éléments qui ont permis de reconnaître le droit à une sexualité plus libre chez les femmes comme : la découverte anatomique et de la fonction du clitoris, la régression du devoir conjugal et la dénonciation des violences faites aux femmes. La professionnelle explique un fait qui freine la promotion de la santé sexuelle mais également celle du développement de la stimulation clitoridienne. Ce fait correspond à celui de l'amalgame. En effet, il existe des faits divers concernant des gynécologues, il est évident que tous les gynécologues ne sont pas des "violeurs". Cet amalgame fait d'une minorité un frein pour la prise en soin, l'abord de la sexualité.

Grâce à l'analyse des entretiens, nous avons pu définir les freins majeurs à l'abord de la santé sexuelle. Les freins majoritairement identifiés sont les représentations de la société ; les amalgames ; le manque de temps dans le domaine de soin ; la prise en charge centrée sur la pathologie et non le sujet ; la médicalisation de la santé ; l'absence de reconnaissance du plaisir et du bien-être ; le contre-transfert ; l'intimité ; la subjectivité du soignant. Comme nous avons pu le voir dans la dernière analyse, il existe une avancée dans ce domaine, nous allons donc tenter de découvrir les éléments promoteurs à la prise en soin de la santé sexuelle.

4.2.2. LES LEVIERS A L'ABORD DE LA SANTE SEXUELLE

L'infirmière possédant un DU en douleur n'a apporté aucun élément promoteur à l'abord de la santé sexuelle, cela peut s'expliquer par son manque d'intérêt pour le sujet mais également par l'absence de connaissances.

L'infirmière de la PEPS soulève l'importance de la formation pour permettre d'aborder la santé sexuelle avec plus d'aisance et l'acquisition de savoir. Elle nous explique : « *Plus d'assise, plus de poids, j'ai pu euh me libérer encore plus de, de, de certains, de certaines barrières que je pouvais encore mettre, je dirai que c'est surtout ça, j'ai pris l'assurance, j'ai pris, j'ai chopé des petites choses, des idées vous pouvez mettre en place, ça a été pour moi très profitable, les échanges avec les autres, ouais voilà comment elles font les filles, les autres, c'est toujours très intéressant et puis ça, comment dire... Ça libère, je trouve que ça libère d'avoir une information sur ça, ça permet de se positionner et puis de se libérer et après d'être beaucoup mieux dans ses baskets pour parler sexe* ». L'infirmière a réalisé une formation pour acquérir de nouvelles connaissances, compétences en santé sexuelle. L'acquisition de ce savoir lui permet de posséder plus de bagages et donc d'être plus à l'aise pour parler de ce sujet. La formation développe son ouverture d'esprit. La formation est un atout pour pallier les manques de connaissances et réduire les barrières que les soignants se mettent dans ce domaine.

L'infirmière ajoute que la posture professionnelle a une grande importance pour aborder la sexualité : « *Question ouverte librement vous aurez une réponse comme pour le sommeil, il n'y aura pas de malaise qui va s'installer je vous assure Mademoiselle c'est vraiment voilà* ». Pour l'infirmière, l'atout essentiel lorsqu'un professionnel souhaite parler de santé sexuelle avec une patiente est de poser la question librement. Cela permet au patient de s'exprimer à ce sujet. Cette liberté est également synonyme de non-jugement et de tolérance à l'égard du soigné.

L'infirmière continue d'argumenter son idée : « *Puis c'est aussi la façon dont on le dit, il faut, il faut avoir bon, j'ai un peu d'expérience là-dedans mais voilà puis c'est un sujet qui n'est plus du tout tabou pour moi j'aurais pas pu vous dire ça il y a 20 ans. J'aurais absolument pas le même discours y a 20 ans* ». Pour l'infirmière, l'expérience professionnelle est un élément favorable pour parler avec aisance de la sexualité. Il se peut que l'expérience ait un rôle à jouer dans l'abord de la santé sexuelle avec les patients. Cependant, l'infirmière interrogée lors de l'entretien numéro un avait également de l'expérience professionnelle mais elle ne possédait aucune compétence et connaissance sur ce sujet. L'expérience professionnelle permet d'acquérir de l'assurance et de l'aisance dans le domaine d'exercice de la profession. L'infirmière lie expérience professionnelle et maturité professionnelle. Selon ses explications, cela permet d'aborder ce sujet sans tabou, et d'avoir des compétences dans la relation à l'autre, dans la relation de soin : « *je pense que bon là maturité professionnelle a fait que aujourd'hui je suis plus à l'aise dans en tout cas pour l'entretien et de ce fait la relation à l'autre n'est pas un problème pour moi parce que ça peut l'être pour d'autre. Je l'aborde comme un autre sujet sans tabou* ».

La sexologue évoque également la posture professionnelle à adopter pour que le patient soit plus facilement amené à parler de sexualité : « *Tu vois la notion, on est tous autour du patient. Vous voyez qui est la meilleure personne, bah il y a des gens avec qui on parle, peut être que vous, on vous confie des choses puis vous avez une autre étudiante avec qui on ne lui confie rien, vous voyez bien il y a des patients qui vont s'ouvrir à vous puis il y a des gens qui ne vont pas s'ouvrir à quelqu'un d'autre, si vous avez une qualité d'écoute, il faut avoir une qualité d'écoute pour faire de la sexologie puisque c'est de l'intime* ». D'après la sexologue, pour parler de sexualité, il est nécessaire d'avoir une qualité d'écoute, une ouverture à l'autre. Cette idée rejoint les dires de l'infirmière à la PEPS. En effet, le patient va se confier à nous sur un sujet qui dépend de la sphère de l'intime. Il est donc important pour lui, qu'il se sente écouté et compris.

Comme nous avons pu le remarquer avec les explications de l'infirmière, les compétences infirmières ne sont pas forcément suffisantes pour être à l'aise avec l'abord de ce sujet. Cette même infirmière ajoute : « *Puis je pense qu'il y a une histoire aussi, quand même, peut être un peu personnelle, de personnalité qui joue beaucoup aussi peut-être, y a peut-être aussi ce facteur là que je rajouterais, il y a peut-être aussi un facteur personnel où la relation à l'autre est plus aisée chez certaines personnes que d'autres, c'est ce que je ressens et il y a des collègues infirmières qui pourraient très bien parler de sexualité mais qui n'ont pas dans leur nature propre, cette facilité de parler à l'autre* ».

L'infirmière suppose que la personnalité, l'histoire personnelle du soignant est un élément favorable ou non à l'abord de la santé sexuelle. En effet, l'éducation que nous avons reçue, la culture dans laquelle nous avons grandi sont des facteurs déterminants pour l'intérêt à la santé sexuelle. L'infirmière possédant un DU douleur l'exprime très clairement, elle a grandi avec la représentation taboue de la sexualité donc elle ne s'y intéresse pas, elle n'a pas de considération dans de ce domaine.

L'infirmière de la PEPS ajoute un exemple qui peut être rattaché à l'idée précédente : *« Non... Non... non, Moi j'ai des collègues, je ne les vois pas là-dedans, je ne vois pas parler de ça enfin, parce que, puis je pense qu'elles ne seraient pas à l'aise, il faut nature pour que ça marche cette recette, il faut une nature, il faut une formation, il faut, il faut du quotidien dans le domaine et puis faut un job relationnel quoi. Enfin la fille qui est introvertie... il y a des infirmières introverties hein enfin je la vois pas... Je pense que c'est ça, c'est un ensemble »*. L'infirmière consolide son idée sur la personnalité, la nature qui peuvent être des éléments facilitant l'abord de la santé sexuelle. Cependant, elle émet un stéréotype en expliquant qu'une infirmière introvertie rencontrera des difficultés à parler de santé sexuelle. Ce stéréotype renforce la caractéristique taboue de la sexualité comme si pour parler de santé sexuelle, il fallait un profil type. Nous supposons que si l'infirmière est intéressée, elle possèdera les connaissances nécessaires, elle sera en mesure d'aborder ce sujet. Nous n'oublions pas que la culture, l'éducation, la représentation sont des facteurs influençant le soignant pour son intérêt ou non à la santé sexuelle.

Pour conclure cette partie, nous pouvons constater que la tolérance, la considération de l'autre sont des valeurs inéluctables pour l'abord de la sexualité. La posture de la professionnelle, l'ouverture à l'autre et l'écoute sont des atouts permettant au patient de se sentir sujet l'invitant à se confier au soignant. Ces éléments sont également des ressources à l'élaboration d'une relation confiance. L'expérience professionnelle dans un secteur permet d'acquérir plus d'assurance, de savoir pour aborder certains sujets. Cette expérience permet également de structurer une maturité professionnelle qui sera un atout pour prendre en charge certains sujets plus complexes. Cependant, la personnalité, la culture et l'éducation peuvent être des atouts comme des freins à la prise en charge de la sexualité.

La formation permet d'acquérir un savoir et est un atout pour évoquer ce sujet et pour accompagner le patient dans sa problématique ou alors pour le rediriger vers un professionnel adéquat. Nous allons maintenant chercher à savoir s'il existe, de par son rôle un professionnel plus apte à aborder ce sujet.

Aucune des professionnelles interrogées n'a pu définir une personne qui, de par son rôle, serait la plus apte à aborder la santé sexuelle avec les patients.

L'infirmière possédant un DU en douleur soulève le rôle du psychologue : « *après ça serait plus peut être avec la psychologue pour les gens qui ont eu des cancers du sein, machin et tout ça là, l'image du corps ou avec la stomathérapeute parce que je sais que la stomathérapeute elle monte les prothèses, éventuellement après tout ça mais moi rien. On aborde jamais* ». Dans la représentation de l'infirmière, les situations pouvant impacter la santé sexuelle sont celles qui se réfèrent à la baisse de l'estime de soi engendrée par une modification corporelle comme la stomie, l'ablation du sein. Dans la prise en charge de cette modification corporelle interviennent la psychologue et la stomathérapeute comme nous l'explique l'infirmière. Elle termine sa phrase en affirmant qu'elle n'a aucun rôle dans la prise en charge de la santé sexuelle.

L'infirmière aborde une information concernant la personne la plus apte à parler de sexualité avec le patient : « *Qui selon vous, au sein de l'équipe soignante peut être l'interlocuteur privilégié ? Bah je dirai tout le monde. Toute l'équipe* ». D'après la soignante interrogée, toute l'équipe médicale et paramédicale est apte à aborder la santé sexuelle. Cela signifie que chaque soignant, de par son rôle, est capable de mener des actes de prévention, d'éducation, de soin concernant la santé sexuelle. En paradoxe, à de nombreuses reprises, l'infirmière exprime qu'aucun personnel soignant au sein de la clinique ne se préoccupe de la santé sexuelle et mène des actions en faveur de sa promotion. En effet, elle finit par expliquer : « *je sais pas. Point d'interrogation. Mais non on n'a pas une personne attitrée pour ça (soufflement)* ». A ce moment de l'entretien, l'infirmière réalise qu'il n'y a aucune personne au sein de la clinique qui est apte à parler aisément de sexualité, ce qui la met en difficulté pour répondre avec fermeté et argumentation à la question.

Nous tentons de savoir par le biais de la représentation des soignants la place que le médecin occupe dans cette prise en soin de la santé sexuelle. L'infirmière possédant un DU en douleur répond à cette question en se référant au médecin de la clinique dans laquelle elle exerce : « *Quelle est la place du médecin dans la promotion ? Alors là, en ce moment, il n'y en a pas du tout, du tout, du tout. On en parle. Enfin, je pense qu'ils en parlent pas* ». L'infirmière interrogée affirme que le médecin ne participe pas à la promotion de la santé sexuelle.

Ce manque d'intérêt peut également freiner la prise en charge de la sexualité, sachant que certains actes infirmiers découlent de la prescription médicale ou du diagnostic médical. Cependant, cette affirmation ne s'applique qu'à la clinique où elle exerce, elle se réfère à ses connaissances professionnelles pour répondre à la question.

En ce qui concerne les représentations sur le rôle du médecin, l'infirmière de la PEPS apporte également une réponse très subjective : « *Ouais, elle est importante, moi Sarah elle est mon binôme, elle est notre médecin, on est toutes les deux là-dedans, on est, on a la même vision. Sarah, elle est dans la même dynamique, elle parle de ça, elle est très ouverte elle a un discours très ouvert. Elle est disposée, elle est à l'écoute, le médecin peut absolument, bien entendu, faut que le médecin soit sensible à ça encore une fois, elle l'est. Je ne sais pas si je mettrais Pierre, mon deuxième médecin, j'ai l'exemple, je ne vois pas trop Pierre parler de ça* ». La soignante fait référence à la collaboration qu'elle a établie avec le médecin pour répondre à la question. Cela lui permet de justifier l'importance du médecin dans la promotion de la santé sexuelle. Cependant, cette idée ne peut pas être transposée pour le second médecin. Cette perception nous permet d'affirmer que le médecin n'a pas un rôle défini de levier ou de frein dans cette promotion à la santé sexuelle. C'est l'intérêt qu'il porte à ce sujet qui définira son rôle de levier ou de frein.

Pour l'infirmière à la PEPS, tous les professionnels sont aptes à aborder cette santé sexuelle, elle nous explique : « *Je pense que everybody, tout le monde je pense qu'on peut vraiment ; ça peut être le médecin qui peut, qui peut l'aborder, comme, comme la psychologue, comme mes collègues infirmières de tabacologie, après on va, elles vont peut-être être moins euh (silence)... moi je dirai que je baigne là dedans, je suis au centre de dépistage, je fais de l'addicto, j'ai été formée, moi j'ai un parcours* ». Les dires de l'infirmière sont très paradoxaux. Au début, elle nous informe que tout le corps médical et paramédical peut aborder la sexualité. Puis, elle commence à douter lorsqu'elle évoque ses collègues, ces dernières n'ont pas été formées à la santé sexuelle. Le professionnel capable de parler de santé sexuelle doit avoir des connaissances suffisantes dans ce domaine.

La sexologue affirme elle aussi, l'importance d'être formée : « *Quelqu'un qui est formé (Rire). Quelqu'un qui est formé ou quelqu'un, n'importe quelle personne qui n'a pas de peur de parler de sexualité, il y'a des gens qui ne sont pas formés du tout qui mh mh, il n'y a pas de jugement euh, il y'a des gens qui n'ont pas peur de ne pas savoir, voila* ». Pour la sexologue, il n'existe pas de par leur rôle de professionnel de santé privilégié pour parler de la santé sexuelle. Au sein de l'équipe soignant, tout le monde peut être apte à l'aborder, du moment qu'il a été formé et qu'il possède les compétences nécessaires pour parler de ce sujet.

Cependant, elle ajoute que certains soignants ne rencontrent pas de difficultés à parler de santé sexuelle même s'ils n'ont pas les connaissances nécessaires, ils ne sont pas freinés par leurs lacunes à l'égard de cette thématique. Cette idée peut être mise en lien avec l'intérêt que nous portons à la santé sexuelle. Dès lors que nous sommes intéressés par un sujet, nous l'abordons même si nous ne possédons pas toutes les connaissances, nous avons assez de ressources pour répondre à l'attente du patient.

Cette partie nous permet de dire que chaque professionnel, en fonction du degré d'intérêt qu'il porte à la santé sexuelle, et en fonction de son aptitude à en parler, aura un rôle de levier ou de frein au sein de cette santé sexuelle. Nous ne pouvons pas attribuer de caractéristique au rôle du médecin et il n'existe pas de professionnel plus apte, de par son rôle, à prendre en charge la sexualité. C'est la formation, les connaissances qu'a reçu le professionnel qui feront de lui l'interlocuteur privilégié pour aborder le sujet. Nous arrivons maintenant à la dernière partie qui est exclusivement ciblée sur la stimulation clitoridienne dans le domaine de soin.

4.3. LA STIMULATION CLITORIDIENNE DANS LE DOMAINE DE SOIN

Dans cette partie, nous tenterons de comprendre les difficultés que rencontre le développement de la stimulation clitoridienne à visée thérapeutique malgré les bénéfices que nous a évoqué la sexologue lors de l'entretien. Pour finir, nous aborderons la stimulation clitoridienne dans le domaine de soin.

4.3.1. REPRESENTATION SUR LA STIMULATION CLITORIDIENNE

Les deux infirmières ne connaissaient pas cette pratique. Néanmoins, après leur avoir expliqué ce qu'était la stimulation clitoridienne à visée analgésique, des représentations ont émergé. Cette méconnaissance s'explique par la recherche récente concernant la fonction analgésique du clitoris.

La première infirmière était réticente à la mise en place de cette pratique dans le système de soin ce qu'elle illustre avec les dires suivants : « *d'accord parce que pour moi c'est plus de l'éducation sexuelle. Je pense que ça s'arrête là. Alors enfin en tant que infirmière on s'arrête de l'éducation plus mais on utilise pas à visée analgésique ou des trucs comme ça ou alors si on va mettre des médicaments des antalgiques classiques quoi. Il y a des douleurs mais on va pas utiliser ça en tant que thérapeutique quoi* ». Nous constatons que pour la soignante, le rôle de l'infirmier dans la prise en soin de la santé sexuelle s'axe uniquement sur l'éducation. Elle met également en avant l'utilisation des médicaments pour soulager la douleur. Elle s'oppose même à l'utilisation de cette pratique en tant que thérapeutique.

Lors de l'entretien, la seconde infirmière a cherché à se renseigner sur cette pratique en nous posant des questions. Elle était ouverte au sujet et à l'exploration de cette pratique par le biais de mon mémoire.

Il est difficile de définir la représentation de la sexologue concernant cette pratique du fait que celle-ci soit l'initiatrice de la recherche concernant la potentielle fonction analgésique du clitoris. En effet, elle possède de nombreuses connaissances sur le sujet. Cette partie nous montre une hétérogénéité sur l'utilisation de cette pratique en tant que thérapeutique et dans le domaine du soin. Nous constatons que l'infirmière s'opposant à cette pratique est la même qui n'a aucune considération pour la santé sexuelle dans l'exercice de sa profession.

4.3.2. LES BENEFICES DE CETTE PRATIQUE

Lors de l'entretien avec la sexologue, celle-ci nous a expliqué les différents bénéfices qu'engendrerait cette stimulation clitoridienne à visée thérapeutique.

Elle nous informe sur la fonction du clitoris : *« Oui, oui alors moi je suis convaincue que le clitoris en amont du plaisir a une fonction antidouleur puisque pour la procréation d'un côté un pénis qui doit être en érection pour pouvoir pénétrer pour pouvoir déclencher son réflexe orgasme ça c'est pour la survie de l'espèce et du côté de la fille on a un clitoris qui à mon sens son érection sert à diminuer les douleurs que ce soit des règles, de l'accouchement, etc par contre le réflexe puisque c'est aussi un réflexe du clitoris, le réflexe du clitoris il sert à rien pour la survie de l'espèce, on peut passer à côté, c'est pour ça qu'il y a des femmes qui ne l'ont jamais rencontré, qui ne s'y intéressent pas forcément puisque elles peuvent ne jamais se masturber, s'y intéresser puisque ce n'est pas nécessaire, si elles ne s'y intéressent pas elles ne vont jamais le rencontrer tandis qu'un garçon même si il ne s'intéresse pas il va rencontrer son réflexe orgasme, c'est la grosse différence entre les garçons et les filles »*. Elle nous explique que le clitoris a une fonction connue qui est celle du plaisir. Il posséderait également une fonction antidouleur. Elle compare ensuite le pénis et le clitoris. Ces deux appareils sont des organes érectiles. Cependant, pour le pénis, cette érection permet la pénétration, puis cela va engendrer l'orgasme correspondant à l'éjaculation. Ces étapes ont un but de procréation, elles sont nécessaires à la survie de l'espèce. Elle poursuit ces informations en disant que pour elle, l'érection du clitoris a pour but de diminuer les douleurs des règles, de l'accouchement.

Elle argumente cette hypothèse en expliquant que le réflexe érectile du clitoris n'a aucune fonction directe en lien avec la procréation, donc la survie de l'espèce. En amenant cette idée, elle tente d'affirmer que le clitoris a donc d'autres fonctions notamment la fonction analgésique.

Elle argumente le rôle thérapeutique de stimulation clitoridienne à visée analgésique en donnant l'exemple de l'une de ces patientes qui stimule son clitoris pour pallier à ces douleurs lombaires : « *Bien sûr, moi je fais une recherche à [REDACTED] qui s'appelle la recherche par la femme enceinte de la potentielle fonction analgésique du clitoris et étude de faisabilité, je ne peux pas dire tous les résultats je peux quand même en dire certains puisque j'ai des patientes qui ne sont pas dans la recherche et qui ont utilisé la stimulation clitoridienne et par exemple des douleurs lombaires quelqu'un qui avait mal au dos parce qu'elle faisait beaucoup de voiture donc en fait elle se prend un petit moment et il va y avoir une stimulation, c'est pas une histoire de plaisir, c'est une histoire d'apaisement et de lâcher de l'endorphine, c'est de l'endorphine, c'est un médicament personnel c'est-à-dire que moi je suis contre les médicaments (rire), moins on peut en prendre mieux c'est* ». La sexologue explique que la stimulation clitoridienne entraîne la libération de l'endorphine, elle définit cette hormone comme un médicament personnel. En effet l'endorphine est une hormone ayant une action analgésique. Cette pratique peut substituer certains médicaments et pourrait être proposée en première intention avant l'administration d'un antalgique.

Dans la question de départ du mémoire, nous pensions que la santé sexuelle était un atout clé pour promouvoir le développement de cette pratique. Pour avoir une affirmation précise concernant cette hypothèse, nous avons posé la question à la sexologue. Elle explique : « *Alors oui je pense que ça peut être tout simplement pour les règles douloureuses et puis euh toutes les douleurs périnéales à mon avis que se soit ; là j'accompagne beaucoup de dames qui ont des douleurs d'endométrioses en général puisque je pense quand on a une douleur à cet endroit là, quand il y'a eu une douleur si vous voulez je pense que le corps se souvient donc en fait il y a un blocage qui se fait à cet endroit là donc il faut aider le corps, il y a les psy bien sûr qui vont aider si c'est un viol, les psy vont aider à passer outre enfin à se dire que cet endroit là n'est pas forcément douloureux mais euh je pense tout simplement mais tout simplement il faudrait que les femmes s'autorisent à faire une stimulation clitoridienne à visée apaisante, antalgique et que l'on arrête de penser que toutes les petites filles qui mettent la main là sont en train de se masturber à visée plaisir je pense qu'elles s'apaisent tout simplement* ». La recherche initiée par la sexologue s'axe uniquement sur les douleurs liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Cependant, elle pense que la stimulation du clitoris peut avoir également un rôle antalgique sur les dysménorrhées, l'endométriose, sur toutes les douleurs périnéales. D'après ces dires, il existe un phénomène naturel pour pallier ce blocage, la stimulation clitoridienne à visée thérapeutique. Cela aurait un rôle d'apaisement et d'antidouleur. Par ailleurs, elle ajoute que les petites filles qui stimulent cet endroit, ne recherchent pas le plaisir mais uniquement l'apaisement. De cette information naît un frein au développement de la stimulation clitoridienne. Dès que la femme ou même la petite fille touche son appareil intime cela se réfère systématiquement pour la population à un acte sexuel donc de plaisir. Il est essentiel que cette opinion change pour permettre le développement de cette pratique et reconnaître un rôle antalgique et non de plaisir sexuel.

Nous allons maintenant approfondir les freins qui ont été évoqués lors des entretiens concernant le développement de la stimulation clitoridienne.

4.3.3. LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DE LA STIMULATION CLITORIDIENNE

Comme nous avons pu le voir précédemment, il existe de nombreux freins à la prise en soin de la santé sexuelle. Il est évident que ces réticences impactent le développement de la stimulation clitoridienne.

L'infirmière possédant un DU nous explique qu'elle a effectué des recherches sur ce sujet et qu'elle n'a pas réussi à trouver la recherche de la sexologue : « *je tombe sur des boutiques. C'est un peu le problème quand c'est des sujets comme ça. Je tape sur des mots clés et tu te retrouves vite sur les trucs un peu déviants* ». Lors de sa recherche, elle est tombée sur des sites de ventes d'objets sexuels. Les mots comme clitoris, stimulationclitoridienne peuvent nous amener sur des sites pornographiques. Ces dérivés peuvent être malaisants pour la personne qui cherche à s'informer sur le sujet d'autant plus que ces déviations sont totalement controversées par la société. De plus, il est difficile d'attribuer un rôle thérapeutique à un organe qui a des fonctions principalement sexuelles et érogènes.

Sachant que la sexologue est l'initiatrice de cette pratique, il est important de connaître les freins qu'elle a pu identifier : « *Les freins alors je pense que vous avez lu un petit peu le travail des trois sages femmes qui ont fait un travail en Belgique, et là je suis en phase aussi avec une nouvelle étudiante en sage femme qui justement euh veut aussi savoir quels sont les freins à faire des choses dans ce domaine là. Les freins c'est la culture, les freins c'est la norme c'est-à-dire une petite fille qui met sa main là, elle est en train de se masturber puisque l'on fait une analogie masculine c'est-à-dire que le garçon qui met la main sur sexe à priori s'il le frotte un peu il va tout de suite déclencher un réflexe orgasme donc on est vraiment dans le domaine du plaisir puisque le garçon certes en érection lui aussi il a de l'endorphine, les garçons d'ailleurs qui ont par hasard testé, qui se sont rendus quand ils sont en érection leur douleur, ils n'en ont plus ça euh ces garçons là ils vont être intéressés ils vont comprendre le mot stimulation clitoridienne parce qu'ils savent quand ils sont en érection eux ils n'ont plus mal nulle part ce qu'ils ont beaucoup de mal à comprendre c'est qu'il n'y a pas d'orgasme au bout puisqu'eux quand il y'a une érection ça va finir en réflexe orgasme tandis que nous ce n'est pas obligatoire* ». D'après les dires de la professionnelle, le frein principal au développement de cette pratique est la culture. En effet, pour la société, toucher son sexe se réfère directement à la masturbation. Comme l'explique la sexologue, la masturbation chez l'homme va déclencher ce réflexe orgasme. Par conséquent, cet acte se réfère au plaisir. Bien sûr qu'une femme peut "se toucher" pour avoir un orgasme et donc rechercher du plaisir, cette pratique est sexuelle et non thérapeutique. Dans la stimulation clitoridienne, il est essentiel de séparer la masturbation qui a un but de plaisir et la stimulation qui a un rôle de thérapeutique. Lorsque la société sera en mesure de différencier ces deux rôles, la stimulation clitoridienne pourra se développer convenablement.

L'unique frein évoqué est celui de la culture. En effet, depuis de nombreuses années, la société explique que toucher son sexe est un acte sexuel à des fins de plaisir. Cette représentation freine considérablement le développement. Les personnes sexualisent une thérapeutique. Il est donc indispensable que l'idée de la stimulation clitoridienne à visée antalgique soit comprise par les professionnels. Nous cherchons à comprendre par quel moyen la stimulation clitoridienne pourrait se mettre en place dans le domaine de soin.

4.3.4. L'INTEGRATION DE LA STIMULATION CLITORIDIENNE

La sexologue est la seule professionnelle qui nous a donné des éléments en lien avec cette partie.

Elle explique : « *Alors, il est évident qu'il faut comprendre que vous avez beaucoup de femmes comme je vous ai dit qui ne se sont jamais masturbées ou qui ne s'intéressent pas à cet endroit là donc en fait bien sûr beaucoup de gens vont croire que vous voulez masturber la patiente ça c'est compliqué ce qui fait que il faut vraiment que l'idée stimulation clitoridienne soit complètement bien comprise par tous et moi je propose l'utilisation d'un vibreur ça veut dire que c'est pas la main de la personne, je pense que tu vois dans 100 ans peut être mais là aujourd'hui ou peut-être dans 20 ans mais là aujourd'hui ce n'est pas encore possible soit c'est la dame qui fait sa propre stimulation clitoridienne ça elle peut le faire avec sa main, elle peut le faire avec ce qu'elle veut euh enfin un vibreur mais pourquoi éventuellement une infirmière ou une sage femme ou un médecin en cas d'une nécessité de faire un toucher vaginal ou une douleur lombaire de positionner le vibreur selon euh au niveau de symphyse pubienne et ça je vous incite mettez le petit film que j'ai fait en référence pour expliquer que l'on peut positionner un objet même sur la culotte on est pas obligé du tout d'être au niveau à même de la peau, on peut entraîner une détente et je suis en phase avec un professeur d'anatomie [REDACTED] qui fait le périnée en 3D et qui pense que ça passe par les fascias, il y a une résonance qui va passer par les fascias et donc ça va détendre un petit peu l'os et du coup les muscles qui entourent le clitoris, les corps caverneux du clitoris et qui vont pouvoir se mettre en érection et bombarder de l'endorphine qui est tout simplement un anti-douleur ».* Dans cette partie, la sexologue illustre le moyen de stimulation par le biais d'un objet vibrant. Elle explique que l'objet doit être posé sur la symphyse pubienne. De plus, selon les informations de la professionnelle, Il n'est pas nécessaire de placer directement l'objet contre la peau. Dès lors que l'infirmière est formée à cette pratique, elle pourra éduquer, et expliquer à la patiente cette thérapeutique qui lui permettra de pallier ses douleurs. Cela rejoint l'idée de la sexologue.

L'aboutissement d'une étude de faisabilité serait un atout clé pour le développement de cette pratique dans le domaine de soin comme nous l'explique la sexologue : *oui, oui je suis persuadée que ça un rôle autre que plaisir mais il faut le prouver.* » Comme l'explique la professionnelle pour que cette pratique se démocratise dans le domaine médical et paramédical, il est indispensable qu'une étude de faisabilité soit réalisée.

Cependant, pour que cette étude soit menée à bien, il semble important que les professionnels possèdent des connaissances en matière de sexualité et qu'ils reconnaissent en cette stimulation une fonction thérapeutique. A cette information, elle ajoute : « *Les études scientifiques, les témoignages, là j'ai beaucoup de mal à clore mon étude scientifique mais recueillir des témoignages et puis il faut faire des études scientifiques avec des protocoles très rigoureux, c'est ce que je fais et après mon étude de faisabilité on pourra faire une étude d'évaluation de la fonction analgésique le temps que l'on a pas fait d'étude de faisabilité on ne peut pas avancer.* » Elle insiste sur les études scientifiques. En effet, en France pour mettre en place une thérapeutique, il est important que des recherches scientifiques prouvent son efficacité. Dans notre culture médicale, cette exactitude est indispensable. Cependant, cette norme empêche à certaines pratiques d'être promues.

Pour conclure, nous constatons que les thèmes abordés ne font pas l'unanimité auprès des professionnelles de santé interrogées. Dès lors que que la sexualité est tatou dans la conception du soignant, celui-ci est réticent au développement des pratiques sexuelles à visée analgésique. De plus, ce sujet est impacté par la culture et la pudeur du soignant. Nous allons maintenant réaliser une analyse croisée entre le cadre conceptuel afin de définir les liens étroits entre la difficulté de la promotion de la sexualité par les soignants et celle du développement de la stimulation clitoridienne à visée thérapeutique dans le domaine du soin.

5. L'ANALYSE CROISEE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Cette partie a pour objectif d'identifier les similitudes et les différences entre le cadre conceptuel et l'analyse des entretiens. A la suite de cette comparaison, nous pourrons déduire des données centrales de ce mémoire afin d'établir une question de recherche. Comme nous l'avons remarqué précédemment une problématique émerge concernant la culture du soignant et semble être un concept clé.

5.1. LA CULTURE

Lors des entretiens, nous avons pu constater une disparité concernant la conception de la sexualité par les soignants. Nous avons également remarqué que l'âge du soignant, son expérience professionnelle n'influencent aucunement leur considération pour ce domaine. Cette thématique implique l'éducation, le vécu et la pudeur du soignant.

Durant les entretiens, l'infirmière possédant un DU en douleur expose clairement sa difficulté à parler de sexualité dans son milieu de travail à cause de l'éducation qu'elle a reçue : « *Moi je suis vieille infirmière aussi hein. Je le conçois euh, on parlait pas, on parle pas de tout ça. Enfin, on parlait pas de tout ça. Non, c'était plus, nous nous ce qu'on faisait, c'était l'éducation sexuelle, c'est tout, on n'allait pas au-delà quoi* ». En disant qu'elle est « *une vieille infirmière* », l'éducation des anciennes générations imposait davantage de réserve sur ce sujet, et promouvait la caractéristique taboue de la sexualité. D'autre part, La sexologue explique parfaitement le lien entre cette sexualité et la subjectivité du soignant : « *Les gens ont alors euh, les soignants ont du mal à parler de sexualité parce que ça touche l'intimité, ça leur renvoie leur intimité à eux vous voyez. Il faut être très neutre, il faut savoir être neutre quand on parle de sexualité. Les patients veulent parler de sexualité mais les soignants n'osent pas parce qu'ils ont peur de rentrer dans une intimité, vous comprenez ?* ». Nous constatons que la sexualité est un sujet qui impacte l'intimité du soignant en le renvoyant à ce qu'il est en train de vivre dans sa sphère intime, il établit un contre-transfert.

Dans le cadre conceptuel, l'extrait Bouti Catherine, Pilon Nicole. (2014). « La prise en compte de la sexualité du tabou aux possible ». Dans Manuel de *soins palliatifs*, pages 915 à 924 s'aligne parfaitement aux discours des deux professionnels interrogés : « *À ce premier constat, il convient d'ajouter que chaque individu – donc chaque soignant – a ses propres représentations de la sexualité. Celles-ci sont liées à ses expériences plus ou moins heureuses, à son vécu actuel, mais aussi à son éducation, aux tabous véhiculés familialement et socialement, ou au contraire, à une influence familiale très libératrice, voire libertaire.*

Toutes ces données ne sont pas toujours conscientisées et auront un impact considérable sur la manière avec laquelle le soignant considérera la demande ou la problématique sexuelle de l'autre ». Les représentations des soignants sont fondées en fonction de leurs expériences, de ce qu'ils vivent mais également de l'éducation qu'ils ont reçue. Nous constatons que de nombreux facteurs influencent l'approche à la santé sexuelle. Le soignant n'a pas forcément conscience de ces facteurs, cela aura donc un impact dans la prise en soin du patient.

Les informations développées dans les entretiens et ceux explicités dans le cadre conceptuel nous permettent d'affirmer que le soignant traite la problématique de santé sexuelle que présente le patient avec subjectivité. En effet, cette thématique implique la représentation du soignant fondée en fonction de son éducation, de ses expériences, de ce qu'il vit. Nous remarquons qu'avec cette thématique, il est difficile au soignant de rester objectif. Par conséquent, notre identité personnelle a un impact sur notre identité professionnelle. Ces remarques nous amènent aux réflexions suivantes : dans notre profession nous sommes en permanence confrontés à des situations de vie susceptibles de nous impacter pour des raisons diverses. Pourtant, lorsqu'il s'agit de sexualité, il est davantage plus complexe pour le soignant d'être objectif et de ne pas inclure son identité personnelle. Nous nous demandons pourquoi cette thématique est-elle plus propice à impliquer la culture du soignant ?

5.2. LA PUDEUR

La pudeur est un concept très présent au sein de la formation en soins infirmiers. En effet, lorsque nous prenons un patient en soin, il est essentiel de respecter la pudeur.

Pour établir l'analyse croisée, il est essentiel de se remémorer la définition de la pudeur. Gaëlle Deschodt (2010) évoque la difficulté de définir la pudeur, dans un extrait « La pudeur, un bilan ». Dans *Travaux de l'École doctorale d'Histoire*. Hypothèse, p. 95 à 105 : « Une définition unique de la pudeur est difficile à donner. En effet, la pudeur peut être une attitude de retenue empêchant de dire ou de faire ce qui peut choquer les codes sociaux. Elle est liée au corps, à la sexualité, et au rapport à l'autre, régie par des règles de comportement à adopter en société ». La pudeur peut se définir en fonction des codes imposés par la société. Lorsqu'une attitude ne rentre pas dans la norme sociale, cela peut entraîner une retenue de la part du sujet pour lui éviter d'être jugé par autrui.

La pudeur se réfère au corps, à la sexualité, en soit des éléments qui relèvent de l'intime mais elle peut également être établie en fonction des comportements que nous pouvons ou non avoir en société. Cette définition explique le lien entre sexualité et pudeur. L'expression de la sexualité est peu tolérée en société, ce code désignant la pudeur, explique la caractéristique taboue de cette thématique. La pudeur quant à elle implique les codes sociaux mais à ceux-ci s'ajoute une dimension personnelle.

La sexologue donne un exemple qui illustre parfaitement la définition précédente :
« *Oui, les soignants ont peur d'ouvrir une porte que les gens disent quelque chose et que les soignants ne puissent pas aider. Vous voyez souvent, c'est une attitude bienveillante du soignant, le soignant est bienveillant il n'ose pas parce qu'il se dit, je ne vais pas savoir répondre au problème. Si je découvre qu'elle s'est faite violée, si je découvre qu'elle a mal, si je découvre qu'il y a eu un attouchement, si je découvre qu'elle est pas bien dans son couple, si je découvre que, qu'est ce que je vais faire ? Surtout que les soignants sont peu formés euh ils n'osent pas* ». Lorsque le patient veut se confier sur sa sexualité, il est confronté à une barrière qu'impose le professionnel de santé. Cette barrière est engendrée par la pudeur qu'impose le soignant concernant le sujet et par le manque de connaissances des infirmiers sur la santé sexuelle. D'autre part, certaines situations peuvent amener au contre-transfert pouvant déstabiliser davantage le professionnel.

Pour établir une comparaison, l'abord de la sexualité n'implique pas uniquement la pudeur du patient mais également celle du soignant. Cela demande aux deux parties de s'adapter. De plus, dans la sexualité, il existe différentes problématiques, certaines amènent à plus de réserve du côté du soignant. En effet, elles touchent davantage à sa pudeur. La manque de formation est certes une difficulté. Cependant, la sexualité implique la subjectivité du soignant. Reprenons l'exemple des traumatismes sexuels, malheureusement, si le soignant a été confronté à des sévices dans sa vie privée, il aura peut-être plus de réserve, de pudeur à l'égard de la prise en charge d'une patiente qui subit ces mêmes violences. En effet, en tant que soignant, nous avons tous nos propres limites.

Nous allons maintenant nous centrer sur la relation soignant-soigné. Les barrières imposées par le soignant face à cette thématique a obligatoirement des répercussions dans la relation de soin. De plus, nous demandons aux patients de s'adapter face à ces difficultés.

5.3. LA RELATION SOIGNANT – SOIGNE

La relation entre le soignant et le soigné peut être perturbée lors de l'abord de la sexualité. En effet, comme l'explique l'extrait de Bouti Catherine, Pilon Nicole. (2014). « La prise en compte de la sexualité du tabou aux possible ». Dans Manuel de soins palliatifs, pages 915 à 924 : « *Le premier obstacle rencontré par les équipes est celui de la polysémie du terme sexualité, développé dans la première partie. Pour se comprendre, elles ne peuvent faire l'économie d'une démarche de clarification du terme* ». Cette diversité renvoie à chacun une notion, une approche différente de ce domaine. Cela entraîne une difficulté individuelle à s'accorder sur ce thème. En effet, le soignant comme le patient possèdent leur subjectivité concernant ce sujet, il convient à chacun de s'accorder sur un sens commun. Cependant, nous imposons aux patients de s'aligner à l'ouverture d'esprit du soignant concernant ce domaine. Les entretiens réalisés avec les différents professionnels l'illustrent parfaitement.

Lors de l'entretien avec la sexologue, celle-ci affirme que c'est le soignant qui présente des difficultés à parler de sexualité avec le patient et non l'inverse. Au vu des explications précédentes, nous remarquons que le patient doit s'adapter au soignant et prendre en compte la subjectivité de celui-ci à l'égard de cette thématique. En effet, cela implique la pudeur des deux parties. Une démarche inhabituelle dans le domaine du soin. Si nous considérons l'ensemble de l'entretien de l'infirmière de la PEPS, celle-ci explique que l'abord de la santé sexuelle avec le patient fait parti de sa check-list et que son ouverture à ce sujet permet une réponse claire de la part du patient. Dans ce cas, c'est la professionnelle qui cherche à se renseigner sur la sexualité des patients qu'elle reçoit, cela montre aux patients que la soignante est accessible à l'abord de cette thématique. Le patient attend, par conséquent, l'accord du soignant pour pouvoir parler de sa sexualité alors que dans le cadre d'un rendez-vous en sexologie, la patiente sait, par avance, que la professionnelle est transparente concernant ce sujet. En effet, le soigné n'a pas à s'adapter à son interlocuteur, il sait que sa problématique va être traitée avec professionnalisme, ce qui n'impliquera pas la subjectivité, ni la pudeur du soignant. Nous faisons, de nombreuses fois, références à la pudeur. La sexualité implique inéluctablement ce concept.

Ce constat permet d'argumenter le dire de l'infirmière possédant un DU douleur : « *Ben je vais dire pour le coup qu'on m'a jamais posé la question, et je pense que le patient est mal à l'aise, et si un jour le patient est à l'aise pour poser la question, ça va être nous qui le seront, alors c'est bon, voilà* ». L'infirmière évoque qu'aucun patient n'a abordé ce sujet avec elle. En comparaison avec les paroles des professionnelles précédentes, le soigné a sûrement ressenti que l'infirmière n'était pas ouverte à ce sujet. Elle est très focalisée sur la douleur et a montré, tout au long de l'entretien, être gênée par l'abord de cette thématique. Au vu de l'analyse de l'entretien, nous pouvons émettre que l'infirmière serait sûrement plus en difficulté que le patient à parler de ce sujet. Le patient est obligé de s'adapter aux professionnels qui le prend en soin. Cette adaptation peut considérablement nuire à la relation soignant - soigné et à une prise en soin optimum.

A cette difficulté s'ajoute celle des représentations. En effet, les représentations concernant la santé sexuelle imposent une réserve pour le soignant par peur d'être jugé.

5.4. LES REPRESENTATIONS

Le cadre conceptuel et les entretiens soulèvent les représentations. Par conséquent, des amalgames découlent de ces représentations. Certains faits divers comme les abus sexuels ont de lourdes conséquences dans la prise en charge de la sexualité.

La sexologue évoque l'amalgame qui peut être fait concernant les gynécologues et les faits divers récents : « [...] *Maintenant, je n'aime pas le mot libérer la parole, les femmes parlent plus. D'un autre côté, tout le truc sur les violences gynécologiques c'est difficile aussi, tous les gynécologues ne sont pas méchants (rire)* ». En effet, les médias ont tendance à généraliser une minorité faussant ainsi la représentation sur l'abord de la sexualité dans le domaine de soin.

Dans le cadre conceptuel, l'extrait de Moulin, Pierre. (2007) « La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes ». Nouvelle revue de psychosociologie, n°4 .p.59 à 88. illustre la construction sociale concernant la santé sexuelle : « *Ainsi, de la grande majorité des scénarios rapportés par les interviewés, il ressort les constructions sociales suivantes : du côté des « usagers », l'homme incarne la figure de « l'agresseur » (violent, pervers, abuseur, sadique) et la femme celle de la « victime [54] » (abusée et démunie) ; par contre, du côté des professionnels eux-mêmes, l'homme et la femme apparaissent comme étant tous deux des victimes : le premier ayant peur d'être accusé (à tort) d'abus sexuels et la seconde subissant le harcèlement des hommes (patients ou collègues) ».*

Cet article se joint parfaitement aux réflexions de la sexologue. Par conséquent, l'homme est perçu comme un « prédateur » sexuel capable de commettre des abus et quant à la femme, elle est décrite comme une victime soumise à ces déviances. Le cadre conceptuel comme les dires de la sexologue nous permettent d'identifier l'impact de cet amalgame dans la prise en soin de la sexualité. En effet, l'infirmier n'osera pas aborder ce sujet avec une femme parce que celle-ci pense qu'il cherche à abuser d'elle. Quant à l'infirmière celle-ci n'évoquera pas cette thématique avec un homme par peur que celui-ci interprète cette ouverture comme de la séduction. Cette dimension peut également s'appliquer au patient ou à la patiente qui souhaite parler de sa sexualité, cela peut être interprété comme une déviance ou des avances. D'autre part, cela peut être amplifié avec la sexualisation de la profession infirmière, une représentation bien présente au sein de la société, qui ne connaît pas le cliché de l'infirmière "sexy, nue sous sa blouse". En effet, une fois de plus, le thème de la santé sexuelle est traité avec subjectivité et non dans une dimension professionnelle et objective.

Cette représentation déviante peut être renforcée malencontreusement. En effet, les soignants n'ont aucune formation concernant le savoir-être et le savoir-faire lors de la prise en charge de la sexualité. Cela peut entraîner des maladresses ou alors un évitement lorsqu'il s'agit de parler de cette thématique. Nous allons maintenant nous intéresser à la formation.

5.5. LA FORMATION

Lors des entretiens, la sexologue et l'infirmière travaillant à la PEPS ont mis l'accent sur la formation. Pour elles, il n'existe pas de professionnels qui de par leur rôle, seraient plus aptes à prendre en soin la santé sexuelle. Tous les professionnels sont capables de parler de santé sexuelle lorsqu'ils possèdent les connaissances pour informer le patient ou pour le diriger vers une personne plus adaptée.

La sexologue argumente sur l'importance d'être formée : « *Quelqu'un qui est formé (Rire). Quelqu'un qui est formé ou quelqu'un, n'importe quelle personne qui n'a pas de peur de parler de sexualité, il y a des gens qui ne sont pas formés du tout qui mh mh, il n'y a pas de jugement euh, il y a des gens qui n'ont pas peur de ne pas savoir, voilà* ». La sexologue nous explique qu'au sein de l'équipe soignante, tout le monde peut être apte à aborder cette problématique du moment qu'il a été formé et qu'il possède les compétences nécessaires pour discuter de ce sujet. Cependant, elle ajoute que certains soignants ne rencontrent pas de difficultés à parler de santé sexuelle même s'ils n'ont pas les connaissances nécessaires, ils ne sont pas freinés par leurs lacunes à l'égard de cette thématique.

En effet, nous nous demandons s'il existe un lien entre la personnalité du soignant et la facilité ou non à aborder la santé sexuelle ?

Néanmoins, l'absence de formation est l'une des premières difficultés évoquée par les professionnels de santé, comme nous l'informe l'extrait de Bouti Catherine, Pilon Nicole. (2014). « La prise en compte de la sexualité du tabou aux possible ». Dans Manuel de soins palliatifs : « *Enfin, il faut bien reconnaître que les soignants bénéficient peu de formations sur ce thème. Quand elles existent, elles se limitent le plus souvent à une approche technique, médicale, centrée sur les pathologies touchant directement les organes génitaux ou les dysfonctionnements générateurs de symptômes dans la sphère génitale. En écho sont proposées des techniques (injection intra-caverneuse) ou des médications (Viagra®)* ». Cet extrait peut également être mis en lien avec le référentiel en soin infirmier qui axe l'enseignement des étudiants sur la biologie et la physiopathologie humaine notamment avec les infections sexuellement transmissibles et donc sur une prise en soin médicalisée.

Certes, il existe un manque de savoir-être dans la prise en soin de la sexualité. Cependant, nous nous demandons si la formation serait un atout suffisant pour pallier cette carence. Comme l'explique la sexologue, certaines personnes ne possèdent pas de formation, et cela ne les gêne pas dans l'abord de cette thématique. Nous avons également constaté que cette thématique implique la pudeur, la personnalité et la culture du soignant. Cela laisse sous-entendre qu'à l'inverse certaines personnes bénéficieraient de formation et connaîtraient des difficultés pour en parler. En effet, les facteurs impliqués sont dissociables de la formation, nous ne pouvons pas réfuter qui nous sommes. Après avoir développé sur le thème de la sexualité, il est intéressant de mettre cela en parallèle avec la pratique sexuelle à visée analgésique.

5.6. LA STIMULATION CLITORIDIENNE A VISEE ANALGIQUE

Cette pratique n'est pas reconnue auprès des professionnels de santé. Une sexologue du [REDACTED] est promotrice d'une recherche sur la potentielle fonction analgésique du clitoris lors de la grossesse.

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, le clitoris est un organe qui a longtemps été discriminé pour promouvoir le plaisir masculin. En effet, le clitoris a été découvert en 1559 et ce n'est qu'en 1998 que les premières recherches anatomiques sont réalisées et que les premiers schémas sont élaborés. La première fonction et la principale est elle du plaisir. Nous constatons que peu d'études ont été réalisées sur cet organe. Cela nous explique la représentation très ancrée sur la masturbation, un acte à des fins de plaisir.

Certaines femmes souffrent de dysménorrhées, d'endométrioses et commencent à évoquer de plus en plus les bénéfices de la stimulation clitoridienne, cela permet une analgésie et une détente des muscles pelviens. La sexologue nous informe sur cette pratique : « *Oui, oui alors moi je suis convaincue que le clitoris en amont du plaisir à une fonction antidouleur puisque pour la procréation d'un côté un pénis qui doit être en érection pour pouvoir pénétrer, pour pouvoir déclencher son réflexe orgasme ça c'est pour la survie de l'espèce et du côté de la fille on a un clitoris qui a mon sens son érection sert à diminuer les douleurs que ce soit des règles, de l'accouchement, etc. Par contre le réflexe puisque c'est aussi un réflexe du clitoris, le réflexe du clitoris il sert à rien pour la survie de l'espèce, on peut passer à côté [...]* ». Pour justifier de la fonction analgésique, elle compare le réflexe érectile du clitoris qui n'a aucune utilité pour la survie de l'espèce alors que celui du pénis permet la pénétration puis l'orgasme afin de procréer. Elle poursuit ses informations en expliquant que l'érection du clitoris a pour but de diminuer les douleurs des règles, de l'accouchement. La stimulation permettrait l'érection et donc la libération d'endorphines. Ces hormones permettent une analgésie. Ces explications attribuent une fonction thérapeutique et non plaisir à cette stimulation. Cependant, il reste à prouver cela par la validation d'une étude scientifique

Comme l'illustre l'infirmière possédant un DU, de par sa culture, elle émet de la réserve face à la sexualité. Par conséquent, elle n'est pas ouverte au développement de cette pratique dans le milieu de soin alors que l'infirmière travaillant à la PEPS reste accessible au développement de cette pratique thérapeutique. En effet, elle aborde la sexualité avec professionnalisme.

5.7. CONCLUSION

Pour conclure, la sexualité est omniprésente dans le domaine de soin. Par exemple, lorsque nous sommes face à un corps dénudé, nous sommes confrontés au genre du patient. Dans la religion musulmane, certaines personnes refusent que ce soit un soignant du sexe opposé qui s'occupe d'elles. Cela implique donc la sexualité du soignant ainsi que son genre. La formation en soins infirmiers, nous demande de construire une identité professionnelle. Dès lors que nous enfilons la blouse blanche, celle-ci doit primer sur notre identité personnelle. Cependant, avec la sexualité cela ne fonctionne pas. Cette thématique implique la culture, la pudeur, le vécu du soignant. Ces différents facteurs complexifient l'abord de cette thématique avec le patient. La sexualité et la pudeur sont des concepts inséparables. Par conséquent, cela demande à chaque partie de respecter la pudeur de l'autre. Le patient doit également s'adapter au soignant.

Il existe un manque de formation concernant cette thématique. Cet apport de connaissances permettrait d'affaiblir la culture taboue de la sexualité. Cependant, elle ne résoudrait pas le problème principal qui est le suivant : la sexualité implique la subjectivité du soignant, nous ne pouvons pas réfuter qui nous sommes. Notre personnalité permet de définir nos limites dans l'exercice de notre profession.

Pour établir un parallèle avec la stimulation à visée analgésique, à partir du moment où le soignant n'est pas en phase avec la sexualité, celui-ci ne reconnaît pas la thérapeutique de cette pratique. En effet, celui-ci perçoit la stimulation comme un acte sexuel à visée plaisir. Les soignants rencontrent des difficultés à aborder cette thématique avec professionnalisme, le cadre personnel prend en permanence le dessus. Par conséquent, ceux-ci transfèrent cette pratique à ce qu'ils vivent dans leur sexualité, donc à un acte sexuel, alors qu'ils devraient l'associer à un cadre professionnel et à une thérapeutique.

Cette analyse nous permet de constater que, malgré les différentes compétences transmises durant la formation, nous ne pouvons pas faire abstraction de notre subjectivité. Comme nous l'avons expliqué précédemment, de nombreux facteurs façonnent notre personnalité. L'identité culturelle semble être un paramètre central à la construction identitaire.

Ce concept est défini dans l'ouvrage de Plivard Ingrid. (2014). *Psychologie interculturelle*. Louvain-la-Neuve : De Boeck : « *L'identité culturelle se réfère aux processus d'appropriation et de partage par l'individu des éléments culturels de son environnement. Il s'agirait de « l'ensemble de caractéristiques que des sujets d'un même groupe partagent et mettent en avant pour se définir et se différencier des membres d'autres groupes » (Guerraoui et Troadec, 2000, p. 89) »*. L'autrice explique que les personnes n'adhèrent pas à tous les facteurs qui fondent leur culture : « *Dès lors, il paraît évident que les individus ne s'approprient pas forcément les mêmes éléments parmi les ressources culturelles disponibles ou avec la même « intensité » d'adhésion »*. Nous avons donc déduit la question de recherche suivante :

En quoi l'identité culturelle influence-t-elle l'identité professionnelle de l'infirmière lors de la prise en soin de la sexualité ?

6. PROPOSITION D'HYPOTHESES

A la suite de l'élaboration de la question de recherche et de l'analyse croisée différentes hypothèses naissent.

L'hypothèse n°1 : Si la culture personnelle affecte l'intimité et la pudeur du soignant alors l'infirmier transférera son rapport personnel à la sexualité lors de la prise en soin d'un patient ce qui aura des conséquences sur le développement des pratiques sexuelles analgésiques.

L'hypothèse n°2 : Si la génération à laquelle le soignant appartient structure ses représentations sur la sexualité alors celui-ci manifestera un rôle de frein ou de levier dans le déploiement des pratiques sexuelles analgésiques.

L'hypothèse n°3 : Si la formation en soins permet d'acquérir des connaissances, des savoirs, d'ajuster ses compétences et ses valeurs dans la relation soignant-soigné alors elle aidera les infirmiers à structurer une identité professionnelle et à déployer les pratiques sexuelles à visées analgésiques.

La culture est un paramètre clé dans la structuration d'un individu. Elle représente un système de pensée, un ensemble de croyances, de valeurs et de rites transmis généralement par les générations précédentes. Par conséquent, elle est communiquée comme étant une vérité durant l'enfance, un âge où celui-ci n'a pas encore structuré son discernement. La culture a un rôle inéluctable au sein de la société et dans l'éducation. Il est nécessaire de s'assurer des influences de la culture dans le développement des pratiques sexuelles à visées analgésiques. C'est pour cela que nous choisissons l'hypothèse n°1.

7. ANALYSE ENTRETIENS D'INVESTIGATION

Dans cette partie, nous allons voir si l'hypothèse est confortée ou affaiblie grâce à l'exploitation de deux entretiens infirmiers. Nous avons rencontré de grandes difficultés à trouver des infirmiers acceptant de répondre à ce mémoire. Dans un premier temps, nous nous sommes dirigés vers des infirmier(e)s occupant un poste en gynécologie ou en maternité pensant que dans ces milieux, la sexualité de la patiente était prédominante. Cependant, dans [REDACTED] et les départements aux alentours, ces emplois sont occupés majoritairement par des sages-femmes. Cela nécessite donc d'orienter nos recherches dans des centres hospitaliers universitaires ou de grandes cliniques. De plus, lorsque nous avons contacté une infirmière en gynécologie, celle-ci n'a pas souhaité répondre au questionnaire expliquant qu'elle n'en voyait pas l'intérêt, prenant en soin des femmes atteintes de cancer et dont la sexualité n'est pas une priorité. Elle a également expliqué que dans ses représentations, la santé sexuelle est synonyme d'éducation et de prévention à la sexualité faisant référence aux plannings familiaux et que ses collègues étaient dans la même dynamique.

Nous souhaitons tout de même questionner un soignant travaillant à l'hôpital. Nous nous sommes entretenus avec une infirmière exerçant en médecine hépato-gastro-entérologie diplômée depuis deux ans. Après de longues réflexions, nous avons décidé de revenir aux bases de ce mémoire, avec la conversation sur les assistantes sexuelles chez les personnes en situation de handicap notamment en psychiatrie. C'est pourquoi, nous nous sommes orientés vers un infirmier travaillant en psychiatrie dans une unité de long séjour pensant qu'il serait davantage confronté à la sexualité des patients. Celui-ci y exerce depuis 8 ans. Nous allons donc pouvoir comparer la culture de ces deux infirmiers d'autant plus que leur genre diffère ainsi que leur âge, leur situation de vie et leur lieu d'exercice.

(Le protocole d'enquête et les entretiens qui ont permis l'élaboration de cette partie sont visibles en ANNEXE V ; VI ; VII).

7.1. CULTURE SEXUELLE DU SOIGNANT

Pour conforter ou affaiblir cette hypothèse, nous nous intéressons premièrement à la culture personnelle du soignant, cette culture qui lui a permis de construire son identité sexuelle, son orientation sexuelle ainsi que ses comportements sexuels. Nous étudierons l'impact de la culture sexuelle du soignant sur la prise en soin de la santé sexuelle du patient.

En ce qui concerne les deux soignants interrogés, leur mère a joué un rôle essentiel dans leur éducation sexuelle. L'infirmière nous explique : « *d'un point de vue familial avec ma mère c'était plutôt ouvert au-delà des 17 ans après, plutôt tabou avant* ». Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes abordant les représentations sociales, il est difficile d'accorder une sexualité aux adolescents pensant qu'ils sont trop jeunes ce qui explique la difficulté pour l'infirmière d'aborder le sujet avec sa mère avant ses 17 ans. Quant à l'infirmier, il illustre le rôle médecin de sa mère : « *je vais t'expliquer ma mère, elle était médecin, elle travaillait en procréation maternelle et infantile donc la question de la sexualité c'est quelque chose qui est très important [...]* ». Il précise : « *on m'a formé, on m'a expliqué ça assez tôt, quels étaient les risques bah voilà* ». L'emploi du mot « former » révèle que sa mère a conservé son rôle de médecin et lui a inculqué les principes de prévention sexuelle que ce soit pour prévenir des grossesses prématurées ou des infections sexuellement transmissibles. Nous constatons que pour ses deux soignants l'abord de la sexualité avec leur mère s'axe sur les grands principes, ils ne parlent pas de leur intimité.

Les actes intimes sont davantage abordés avec les amis. En effet, nous acceptons de les faire rentrer dans une sphère où nous pouvons faire tomber notre pudeur et dévoiler certains éléments. En effet, nous ne choisissons pas notre famille, nous apprenons à vivre avec et les règles, les valeurs qu'elle impose. Les amis, nous les choisissons en fonction de nos préférences et nos intérêts communs parce que nous apprécions leur compagnie. Les deux soignants expliquent ce lien plus intime. Par exemple, l'infirmier nous dit : « *avec mon groupe d'amis, c'est euh quelque chose que l'on découvre, c'est subversif, qui a été abordé assez jeune surtout en tant que garçon ça passe par les vidéos pornographiques les trucs comme ça* ». En plus de nous expliquer l'abord de la sexualité avec son groupe d'amis, il fait une ouverture sur la différence de genre dans l'éducation sexuelle. En effet, l'entrée dans la puberté est plus précoce chez le garçon que chez la fille. Les femmes, entre elles, expriment leur sexualité, leur intimité tandis que les hommes s'aident davantage par la plaisanterie, contrairement aux femmes, ils ne dévoilent pas leur sexualité ou alors ils fabulent dessus. La société accorde davantage de réserve à la femme sur ce sujet.

Nous constatons également que les deux infirmiers n'abordent pas la sexualité avec leur père. L'infirmière nous explique : « *avec mon père à l'heure actuelle, c'est plutôt quelque chose dont on ne va pas parler même si chacun sait que l'autre à une sexualité euh, c'est pas un sujet que l'on va aborder ou ça va être gênant* ». Dans la construction de la femme et en lien avec sa culture, il existe un lien fort avec le père lié au complexe d'Electre. Ce complexe est identique à celui d'Œdipe, il s'applique uniquement entre le père et la fille, lorsque celle-ci arrête d'idéaliser sa mère pour se tourner vers son père et en « tomber amoureuse ».

Puis, les années passent, une réserve et une pudeur s'installent notamment durant l'adolescence. Cette distance prépare le type de lien qu'elle développera avec ses partenaires. C'est au moment de la maternité, vers l'âge de 30 ans, que le lien se renforce atténuant les barrières mises au cours de l'adolescence. Sachant que l'infirmière est âgée de 23 ans, ces informations nous expliquent le rapport du père dans l'éducation sexuelle. C'est également pour cela qu'il existe de la pudeur et de la distance dans l'abord de la sexualité entre un homme et une femme. Nous allons maintenant nous intéresser à l'impact de la culture dans la prise en soin de la sexualité du patient.

7.2. CULTURE DANS LES SOINS

Il fait savoir que l'infirmier en psychiatrie est confronté à la sexualité des patients comme il nous l'a expliqué cela s'impose à lui. En effet, selon lui, la sexualité « *c'est quelque chose d'essentiel dans la vie, c'est un domaine de la vie qui est vital, qui fait partie des pulsions de vie donc c'est discuté régulièrement* ». Tandis que la jeune infirmière n'aborde aucunement le sujet avec les soignés argumentant que cela est lié au lieu d'exercice : « *moi je travaille dans un service du coup on a beaucoup de fin de vie donc des soins intensifs, la priorité actuelle dans la prise en charge c'est pas forcément la sexualité* ».

La remarque que nous pouvons déjà élaborer est la suivante, l'infirmier exerce dans un lieu où la sexualité des patients s'impose à lui, il y accorde de l'importance et le service dans lequel il exerce s'en soucie avec un axe principal sur le consentement, d'autant plus que celui-ci a grandi dans une famille où la sexualité et la prévention étaient au cœur de sa culture. L'infirmière a évolué quant à elle dans une culture taboue de la sexualité, elle n'a pu en parler qu'à partir de l'âge de 17 ans avec sa mère, cette réserve à l'égard de ce sujet continue de primer à ce jour. Nous constatons que l'âge à laquelle la soignante a pu aborder le sujet à des conséquences sur la prise en soin des patientes, elle raconte : « *on a des jeunes patients avec qui on ne va pas en parler parce qu'ils ont dans les 14 ans* ».

L'infirmière explique clairement que l'âge constitue un facteur permettant d'aborder la sexualité avec le patient, pour elle, à 14 ans, nous ne parlons pas de ce sujet et pourtant l'adolescent est en pleine construction découverte de sa vie intime avec les envies sexuelles, la modification du corps. De plus, les deux soignants sont à des étapes différentes de leur vie, l'infirmière est d'un âge jeune, en construction d'une vie de couple, elle n'a pas d'enfant alors que l'infirmier est plus ancré dans la vie, lui en a déjà un. Leur référence à la sexualité et à l'intimité est également liée à ce qu'ils vivent personnellement. Cela peut également expliquer la facilité pour l'infirmier à parler de sexualité, il possède par conséquent plus de vécu sur le sujet, possède une base plus solide.

L'infirmière comme l'infirmier explique qu'il est plus accessible d'en discuter avec une personne du même genre. En effet, ils expriment partager une culture « de genre ». L'infirmier nous explique « *entre hommes (silence) on partage quelque chose, on partage déjà notre aspect d'homme ce qu'est plus facile, on est fait pareil euh mh je pense ça joue beaucoup, on a un peu près les mêmes référentiels culturels aussi* ». Ce discours illustre parfaitement l'impact de la culture dans la prise en soin de la sexualité. En effet, comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente les hommes et les femmes n'abordent pas la sexualité de la même manière. L'infirmière affirme également qu'elle se sentirait plus à l'aise avec une femme. Cette facilité à parler du sujet avec une personne du même genre peut s'expliquer par l'éducation sexuelle uniquement transmise par la mère, la pudeur et la réserve liée au complexe d'Electre avec le père qui se retranscrit dans sa vie personnelle et professionnelle.

L'infirmière reconnaît que sa culture impacte la prise en soin du patient : « *oui ça à un impact forcément puisque l'on ne va pas avoir les mêmes valeurs que tout le monde, on ne peut pas voir les gens de la même manière euh on peut faire des transferts sur les patients* ». Nous constatons que la personnalité de la soignante est omniprésente dans l'exercice de sa profession. Son vécu, les valeurs et les normes qui lui ont été inculqués s'immiscent dans son lieu de travail. Nous pouvons penser que cela est dû à la jeune expérience professionnelle de l'infirmière et que celle-ci est en cours de construction d'une identité professionnelle. Cependant, l'infirmier est âgé d'environ 10 ans de plus qu'elle et possède 8 ans d'expérience professionnelle. Il affirme également que sa culture a des conséquences dans la prise en soin du patient et interfère avec son identité professionnelle : « *oui parce que la culture conditionne un peu aussi qui je suis, comment je réagis, qu'elles sont les choses qui me touchent, celles qui vont ne pas me toucher, ce qui va me sembler important, clairement oui. Pour moi, la culture m'a constitué, je peux pas laisser ma culture de côté et arriver* ».

Nous voyons que la culture est un atout central dans la construction de l'Homme dont il ne peut s'en détacher. La culture façonne l'Homme et l'Homme peut également modéliser sa culture par sa singularité. En effet, la singularité de l'individu lui permet d'être en accord ou non avec certains éléments culturels mais également de conserver et de transmettre ceux qui lui semblent congruents.

La culture fonde notre intimité et notre pudeur. Nous allons maintenant étudier l'impact de l'intimité et de la pudeur dans la prise en soin du patient.

7.3. INTIMITÉ ET PUDEUR DU SOIGNANT

Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, l'abord de la sexualité dans le domaine de soin est un sujet complexe. En effet, il existe une triade entre sexualité, intimité et pudeur sans oublier que l'intimité et la pudeur sont structurées par notre culture. Lorsque le soignant aborde la sexualité avec le patient, cela le renvoie à sa intimité. Par conséquent, celui-ci peut transférer sur certains sujets, notamment à cause de son vécu, sa culture, ses valeurs.

Lorsque nous avons posé une question sur la sexualité du patient et le renvoie à leur intimité, les deux soignants ont eu une réponse affirmative. L'infirmière s'exprime à ce sujet : *« forcément un petit peu, c'est des choses relatives, faut s'impliquer dedans, faut parfois parler de nos expériences pour faire avancer le patient »*. La profession infirmière est un emploi qui exige que l'on donne de notre personne à l'autre, que nous soyons honnêtes, authentiques avec le patient pour subvenir à ses besoins. Certains sujets nécessitent que nous impliquions davantage notre personne comme dans celui de la sexualité. En effet, le patient a besoin de se sentir en confiance pour se livrer sur cette thématique. Il est évident que certains éléments abordés peuvent nous renvoyer à notre intimité, à ce que l'on vit.

L'infirmier en psychiatrie illustre le contre transfert : *« mon patient là que je te parlais qui passe son temps à dire qui touchera pas à un enfant, moi j'ai un enfant bah ça va être de l'ordre de l'inconscient mais je sais que ça va interférer, je sais pas tellement dans quelle proportion »*. L'intime se définit par le dictionnaire Larousse : *« qui est au plus profond de quelqu'un, de quelque chose, qui constitue l'essence de quelque chose et reste généralement caché, secret »*. Il nous semblait important de redéfinir cette notion pour comprendre les paroles du soignant. Les paroles du patient renvoient à l'infirmier une crainte profonde, une peur cachée, comme une intime conviction que le patient pourrait commettre un acte sur un enfant. Cela renvoie à l'intime mais également à son rôle de père, protéger son enfant du danger.

En ce qui concerne la pudeur, lorsque l'on aborde la question de la conséquence de la pudeur dans la prise en soin de la sexualité, les deux soignants ont une réponse affirmative, et donnent l'exemple du genre opposé. Par exemple, l'infirmier explique : « *ce qui fait que ça va être plus compliqué pour en parler avec une femme qu'avec un homme euh oui* ». Selon les soignants interrogés, nous sommes plus pudiques avec une personne du genre et sexe opposés. Nous devons mettre une certaine distance, de la réserve. Cependant, en tant que soignant, chaque patient pris en soin doit être considéré comme neutre, cela signifie que son identité sexuelle ne doit pas avoir un impact sur la prise en charge, la posture du patient. Pourtant, les infirmiers interrogés affirment le contraire lorsque la sexualité s'immisce dans le soin. Le soignant émet de la pudeur comme l'impose la société et certaines cultures dès qu'il rencontre quelqu'un, ce qui est davantage marqué et dicté avec une personne du sexe opposé. Cet exemple montre une fois de plus que nos codes culturels sont omniprésents dans l'exercice de notre profession. Cependant, la pudeur entre genre est aussi exigée pour prévenir des déviations sexuelles. En effet, comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, l'homme est parfois perçu comme un « prédateur sexuel », nous allons maintenant nous intéresser aux liens entre la culture et les déviations sexuelles.

7.4. CULTURE ET DEVIATIONS SEXUELLES

La culture française impose une caractéristique taboue à la sexualité. Malheureusement, il existe des déviations qui contraignent ce domaine à rester défendu mais c'est peut-être à cause de cette caractéristique et culture taboues que ces déviations sont toujours présentes et font de l'ombre à la promotion de la santé sexuelle.

Il existe une véritable culture dans la société sur les représentations de l'homme comme un prédateur sexuel à juste ou à injuste titre. En effet, notre société jusqu'en 1970, a encouragé les hommes à abuser de leur pouvoir sur le corps des femmes, à louer leur plaisir sans reconnaître celui de la femme, à le prôner par des comportements indécents, faisant même apparaître les termes comme « culture du viol ». Puis, notre société a encouragé les mouvements tels « me too », « balance ton porc », dévoilant les comportements abusifs de certains hommes envers des femmes, des jeunes filles, créant un amalgame et renforçant cette crainte du prédateur sexuel. Malgré ces scandales n'oublions pas que tous les hommes ne sont pas des prédateurs et qu'une grande majorité défend les droits hommes et des femmes, et dénonce les abus commis sur tout être.

Cette problématique est également présente dans le domaine de soin, les deux soignants interrogés en parlent. L'infirmier craint, quant à lui, d'être perçu comme un prédateur sexuel en parlant sexualité avec une patiente, il explique : « *il y a aussi toute la question du viol enfin du moins du viol qui soit symbolique qui fait qu'il y a une question de prédation entre un homme et une femme possiblement* ».

Puis, nous avons l'infirmière qui positionne le comportement de certains patients à celui d'un pervers : « *il ya beaucoup de patients des milieux précaires où surtout les hommes peuvent être un peu pervers ou montrer leur attirance pour les infirmières ouvertement donc en parler ça pourrait être gênant* ». Elle ajoute : « *on a les héroïnomanes qui sont très tactiles euh dans la manipulation même parfois sexuelle pour avoir ce qu'ils veulent* ». Dans la sexualité, il existe les fantasmes, ceux de l'infirmière sont très démocratisées mais nuisent considérablement à l'abord de la sexualité et renforce dans les dires de l'infirmière : l'homme perçu comme un pervers.

L'infirmier a également soulevé d'autres fléaux ancrés dans la société dont la culture taboue de la sexualité empêche de les élucider. Cela empêche de lutter contre et de mettre en place des moyens de prévention, de protection. L'Infirmier a exprimé des exemples : « *Les chiffres de l'inceste ne baissent pas, le chiffre de l'inceste ne change pas, en fait il y a tellement de choses qui ne vont pas par rapport à ça qu'il faut forcément trouver des solutions. Je sais je rentre vraiment dans des trucs, le fait que les femmes en Ukraine se fassent violer que c'est utilisé comme une arme de guerre le viol, ça pose problème, le fait que il y est énormément comme ça de, l'affaire Weinstein tout ça aux États-Unis ça montre quand même que clairement qu'il y a quelque chose de ça qui ne va clairement pas* ». Il soulève également l'accès à la pornographie chez les jeunes : « *c'est pareil on peut pas laisser les jeunes regarder de la pornographie, c'est pareil, l'accès à ça pour les jeunes tout ça c'est, ça biaise la vision de la sexualité, c'est-à-dire quand l'on voit des films pornographiques euh quand on sait qu'à 12 ans on peut voir des films pornographiques où c'est que des simulations de viol dans la plupart des films* ». Par la culture taboue de la sexualité, inconsciemment la société consent à ces fléaux, alors qu'en parler et avoir de la considération pour la sexualité permettraient de lutter contre cela et de promouvoir la santé sexuelle.

Les soignants sont confrontés en permanence à la population et il va de leur rôle de protéger, d'effectuer de la prévention et de l'éducation auprès des patients qu'ils prennent en soin. Nous avons donc demandé aux infirmiers interrogés le rôle que la formation en soins infirmiers et les formations complémentaires ont à jouer dans la prise en soin de la sexualité.

L'infirmier a, quant à lui, exprimé clairement l'importance que la formation s'axe sur la santé sexuelle notamment quand nous connaissons l'importance que cela peut avoir dans la vie d'une personne et les éléments pour lesquels il est impératif d'agir afin de permettre une santé sexuelle respectueuse. L'infirmière émet plus de distance sur le sujet et elle explique : *« après c'est pas une priorité des études d'infirmière euh enfin moi je vois par rapport aux patients que je prends en charge, enfin dont je m'occupe il y a d'autres choses à accentuer mais ça pourrait être une idée pour être plus à l'aise avec euh certaines questions et certaines problématiques qui vont se poser pendant leur carrière et les débuts de la profession ».*

La culture a une influence dans le domaine du soin, nous allons maintenant nous intéresser à celle du patient.

7.5. LA CULTURE DU PATIENT

Les soignants prennent en soin le patient en fonction de sa singularité, il est donc essentiel de se pencher sur la culture du patient et l'impact que cela peut avoir sur l'infirmier et sur les soins prodigués.

Les deux infirmiers interrogés ont affirmé que la culture du patient pouvait avoir une influence sur l'abord de la sexualité. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le soignant en fonction de sa culture, de son éducation sexuelle va agir différemment lors de cette prise en soin complexe, il va de soit que la culture et peut-être même la pathologie du patient vont modifier la posture de l'infirmier. L'infirmier nous explique : *« c'est-à-dire que fin dans la religion musulmane, le sexe c'est encore plus tabou qu'il ne l'est dans la religion catholique donc en fait la culture du patient va influencer par rapport à ça, par à leur religion, par rapport à tout ce qui est mh tout ce qu'il a vécu, à tout ça ».* Beaucoup d'éléments différents composent une société culture. Ces éléments incluent la nourriture, la langue, les habits, la musique, l'art, les coutumes, les croyances, les traditions, les savoir-faire et la religion. En effet, comme l'affirme l'infirmier, la religion du patient peut avoir des conséquences sur sa prise en soin, nous allons devoir respecter sa culture et les éléments qui en découlent afin de pouvoir créer une relation de confiance.

La catégorie sociale ainsi que le niveau de vie conditionnent les pratiques culturelles, les comportements sociaux. L'infirmière illustre parfaitement cette affirmation : *« nous on a beaucoup de gens très précaires euh qui vont vite s'énerver, être dans la provocation que si ces personnes ouvertes qui cherchent vraiment des réponses ça sera plus facile ».* En effet, en fonction de notre catégorie sociale, nous ne pouvons pas bénéficier des mêmes savoirs, de la même éducation.

Les éléments transmis seront divergents. Par conséquent, notre culture sera différente et les comportements qui en découlent également. Les faibles revenus dans les milieux précaires ne permettent pas d'accéder à des études supérieures, à des pratiques culturelles pour accroître ses savoirs. Ce manque de connaissances peut entraîner de l'incompréhension chez le patient notamment dans un milieu méconnu par celui-ci ce qui peut expliquer les comportements « violents » auxquels l'infirmière a été confrontée. Par conséquent, leur rapport à la sexualité est différent pour diverses raisons.

De nombreuses fois, l'infirmier a évoqué l'impact du vécu du patient sur la prise en soin de la sexualité : « *si la culture correspond à tout ce que l'on a appris, à tout ce l'on a vécu clairement oui ça va influencer clairement si il s'est fait violer c'est très différent d'aborder la sexualité* ». L'infirmier nous expose des éléments construisant l'identité culturelle d'une personne. Le vécu en commun structure l'identité culture mais ici, il nous fait part d'événements de vie pouvant être traumatisants comme le viol. En effet, ce crime provoque des souffrances physiques comme psychologiques. Le soignant va devoir prendre en considération le vécu du patient pour avoir une posture et une prise en soin adaptées.

A ce vécu s'ajoute la pathologie du patient. En psychiatrie, les troubles peuvent avoir des conséquences sur la perception du corps. L'infirmier nous explique qu'en fonction de la maladie du patient cela peut-être moteur ou un frein à l'abord de la sexualité : « *ça peut être un frein dans le sens (silence) où chez les patients il y a ce que l'on appelle dans la psychose une notion du corps à définir enfin une schématisation du corps qui est très différente par rapport à nous, c'est-à-dire que c'est très prédominant, c'est-à-dire qu'il a une place importante parce qu'il est mal j'imagine euh schématisé comme est mal schématisé le corps* ». L'infirmier développe sur la difficulté pour le patient psychotique à schématiser son corps, et par conséquent à associer sa sexualité. Toutefois, chez certains patients, la pathologie entraîne une facilité à aborder ce sujet, car il est omniprésent. L'infirmier ajoute : « *il y a aussi des patients très portés sur le sexe parce que c'est quelque chose de pragmatique, c'est des pulsions vitales donc de vie, et du coup ça peut être très là, très présent et du coup c'est plus facile à l'aborder car le patient en parle tout le temps* ». Il illustre également ces propos par un exemple : « *ce patient-là il en parle tout le temps, lui le sexe c'est très important pour lui en même temps il a aussi des castrateurs chimiques, on discute pour les retirer parce que les pulsions deviennent trop fortes, c'est un patient qui a quand même violé au moins deux fois, je crois* ». L'infirmier nous montre dans quelle condition la pathologie peut entraîner plus de facilité à parler de sexualité mais également tous les dilemmes qui gravitent autour de cette problématique.

Les dires du soignant nous laissent penser qu'il aborde uniquement cette thématique lorsque le patient en parle, sinon cela ne serait pas évoqué. En hépato-gastro-entérologie, l'image de soi peut également être impactée par une intervention chirurgicale comme l'explique l'infirmière : « *c'est plutôt les jeunes qui ont des maladies de Crohn à qui on va poser une stomie, elles vont se questionner sur la perception de leur corps, tout ça [...]* ». Tout comme l'infirmier, elle laisse supposer que c'est au patient d'en parler le premier : « *après, on a des jeunes femmes avec qui on pourrait en parler mais l'occasion ne s'est jamais présentée* ».

Nous constatons que l'identité du patient, son vécu, sa pathologie ont des conséquences sur l'abord de la sexualité. En effet, le soignant va être contraint de s'adapter à tous ces éléments en plus de sa propre culture. La sexualité est un sujet complexe dont nous devons prendre en compte une multitude d'éléments.

7.6. CONCLUSION D'INVESTIGATION

Pour conclure, il nous semble nécessaire de rappeler l'hypothèse : « *Si la culture personnelle affecte l'intimité et la pudeur du soignant alors l'infirmier transférera son rapport personnel à la sexualité lors de la prise en soin d'un patient ce qui aura des conséquences sur le développement des pratiques sexuelles analgésiques* ».

Comme nous avons pu le constater, la culture personnelle affecte considérablement l'intimité et la pudeur du soignant. En effet, en fonction de son identité culturelle, celui-ci possèdera une intimité et une pudeur plus ou moins développées envers le sujet ainsi que le genre de la personne. Cette culture passe par les valeurs, les coutumes, la religion, les croyances, les principes. C'est pour cela qu'il est difficile d'aborder la sexualité avec neutralité. En effet, la culture interfère considérablement avec la sexualité que ce soit pour le soignant comme pour le patient. Nos normes culturelles nous ont inculqué à manifester une pudeur plus prononcée avec les personnes étrangères à notre groupe intime. C'est pour cela que le soignant émet également de la réserve envers le patient lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité et qu'il attend que celui-ci fasse une ouverture sur le sujet pour en parler. En ce qui concerne le transfert du soignant sur la sexualité en fonction de son éducation sexuelle, de sa culture sur la sexualité, de son vécu et des problématiques engendrées celui-ci aura une interaction différente avec le patient. En effet, certains sujets les renverront davantage à leur sexualité et à leur intimité.

Il va de soi que la culture est l'élément clé, l'élément central qui affecte la sexualité mais qui peut également la promouvoir. En effet, dans la culture française, la sexualité est taboue. Si elle ne l'était pas, cela permettrait de faire de la prévention, d'aborder des sujets problématiques comme les agressions sexuelles, d'éduquer au consentement. C'est en rendant certains problèmes tabous qu'inconsciemment la société cautionne des fléaux et qu'elle utilise des termes comme « la culture du viol ». La santé sexuelle est un atout pour permettre une sexualité respectueuse. Cependant, il ne faut pas oublier que les déviances sexuelles existent et qu'il est indispensable d'y pallier, la pornographie n'est pas le reflet d'une sexualité respectueuse et prône la femme objet, et les violences sexuelles. De plus, cela entraîne parfois des transferts illégitimes, l'infirmier ayant peur d'être perçu comme un prédateur sexuel n'abordera pas la sexualité avec une femme et à contrario, l'infirmière craignant que son discours sur la sexualité soit perçu par le patient comme des avances, n'osera pas parler de cette thématique. Notre culture doit davantage s'axer sur l'éducation sexuelle et arrêter d'en faire un tabou. Les soignants ont leur rôle à jouer.

C'est pour toutes ces raisons que nous pouvons conforter notre hypothèse. Il existe de nombreuses problématiques à résoudre avant de pouvoir promouvoir la stimulation clitoridienne analgésique dans les soins. En effet, notre culture sur la sexualité n'est pas assez développée, et les représentations sur la stimulation clitoridienne restent fortement sexualisées. Cette pratique est perçue comme un acte sexuel. Il faudra donc encore plusieurs années et une amélioration de notre culture sexuelle et de notre prise en soin de la sexualité avant de pouvoir immiscer cette stimulation dans le domaine médical et la considérer comme une méthode analgésique. La sexualité est perçue par de nombreux soignants comme secondaire et pourtant, elle est omniprésente dans nos vies personnelles, professionnelles et dans la santé. Il faut d'abord considérer la sexualité avant de promouvoir sainement et respectueusement la stimulation clitoridienne à visée antalgique.

Comme nous avons pu l'exprimer au début de ce mémoire, la Belgique est un pays davantage axé sur la sexualité avec, par exemple, les accompagnant(e)s sexuel(le)s alors qu'en France cette pratique est illégale et taboue. Grâce à cette culture sexuelle plus tolérante, plus développée, il serait intéressant de se pencher sur l'acceptation de la stimulation clitoridienne à visée analgésique en Belgique. De plus, il existe des mémoires de sage femmes belges s'intéressant à ces pratiques. Cela nous permettrait de déceler les atouts nécessaires à l'intégration de cette méthode dans le domaine de soin.

8. CONCLUSION

Pour conclure, nous avons principalement axé le mémoire de recherche sur les freins à la promotion de la santé sexuelle et sur la culture taboue de la sexualité au sein de notre société. En effet, il était indispensable de comprendre les fondements de ces freins et de cette réserve sur la sexualité, pour connaître l'impact dans le domaine du paramédical et lors de la prise en soin du patient.

La culture française et la société dans laquelle nous interagissons sont les éléments fondateurs de la caractéristique taboue de la sexualité. Il est évident que lorsque l'infirmier enfle « sa blouse », il ne laisse pas dans son vestiaire sa personnalité et son identité culturelle. La sexualité est un domaine complexe qui renvoie à l'infirmier comme aux patients de nombreux éléments en fonction de leur vécu, de leur pudeur et de leur culture. L'infirmier comme le patient doit s'adapter à son interlocuteur mais cette accommodation entraîne de la réserve. Nous nous soucions en permanence de la réaction de l'autre face à l'abord de ce thème.

Si nous voulons réduire les problématiques sociales ainsi que celles de santé sexuelle, les soignants doivent également arrêter de penser que la sexualité est secondaire pour le patient. En effet, cela freine la recherche dans ce domaine comme nous avons pu le voir avec la potentielle fonction analgésique du clitoris et ses bénéfices lors de l'enfantement et de l'accouchement. Cette pratique peut également avoir des bienfaits sur d'autres pathologies comme nous l'a expliqué la sexologue.

Toutefois, la société évolue et les nouvelles générations semblent être plus ouvertes et plus accessibles à la sexualité. Cela est peut-être lié au développement des campagnes de mouvements comme « me too » qui abordent et qui soulèvent de nombreuses problématiques. Cette évolution les confronte davantage au sujet de la sexualité. D'autre part, les séries télévisées les exposent de plus en plus à ce thème par le biais de l'éducation abordant certains sujets comme les abus sexuels, l'homophobie, le vaginisme, etc... Il serait intéressant de se soucier de l'impact de cette approche sur la nouvelle génération et de son bénéfice sur la prévention et l'éducation à la sexualité. Il serait également important de savoir si les professionnels pourraient se servir de ce support (amplement développé chez les jeunes) pour aborder le sujet ?

9. BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

- Martha Roca i Escoda, Anne-Françoise Praz, Eléonore Lépinard (2016) « Lutttes féministes autour de la morale sexuelle » dans Androcène. Revue Nouvelles Questions Féministe. Vol.35. Pages 6 à 14.
- Maryse Jaspard (2017). Sociologie des comportements sexuels. Paris : La Découverte.
- Kpote. (2019). « Naissance du clito, apparition du consentement – itinéraire d'un éducateur à la sexualité ». Dans Des idées et des luttes. Revue Mouvements, n°99. p. 96 à 103.
- Giami, Alain. (2007). « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être ». Dans La rencontre virtuelle, Réflexions cliniques. Revue Le journal des psychologues, n°250. p.56 à 60.
- Moulin, Pierre. (2007) « La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes ». Dans La santé : expérience subjectives et situations sociales. Nouvelle revue de psychosociologie, n°4 .p.59 à 88.
- Thibaud Amandine, Hanicotte Caroline. (2007). « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? ». Dans Intimité. Revue Gériatrie et société, n°121. p. 125 à 137.
- Gaëlle Deschodt (2010) évoque la difficulté de définir la pudeur, dans un extrait « La pudeur, un bilan ». Dans Travaux de l'École doctorale d'Histoire. Hypothèse, p. 95 à 105
- Vienne Jean-Michel, Dutier Aurélien. (2019). L'intimité menacée ?. Paris : Érès. Pages 11 à 18.
- Bouti Catherine, Pilon Nicole. (2014). « La prise en compte de la sexualité du tabou aux possible ». Dans Manuel de soins palliatifs, pages 915 à 924.
- Koedt Anne. (2010). « Le mythe de l'orgasme vaginal ». Dans La sexualité des femmes : le plaisir contraint. Revue Nouvelles Questions Féministes, Vol.29. p.14 à 22.
- Andro Armelle, Bachmann Laurence, Bajos Nathalie, Hamel Christelle (2010) « La sexualité des femmes : le plaisir contraint ». Dans Nouvelles Questions Féministes, Vol.29. p.4 à 13.
- Aurore Koechlin (2020) dans Clito. Femme, Genre, Histoire illustre le livre de Delphine Gardey (2019).Politique du clitoris. Paris : Textuel.
- Plivard Ingrid. (2014). Psychologie interculturelle. Louvain-la-Neuve : De Boeck

- <https://www.actusoins.com/336636/sante-sexuelle-les-infirmiers-ont-un-role-a-jouer.html>
- <https://www.slate.fr/story/186887/accouchement-masturbation-antidouleur-clitoris>
- <https://maternite.chu-rouen.fr/projet-de-naissance/sexualite-et-maternite/>
- <https://www.20min.ch/fr/story/la-masturbation-soulagerait-les-douleurs-menstruelles-986781220399>
- <https://parismatch.be/actualites/societe/77328/clitoris-geant-bruxelles-sortir-ombre>
- <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-historique/>
- <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/strategie-nationale-de-sante-sexuelle-2017-2030>
- <https://www.onsexprime.fr/Plaisir/Le-plaisir-comment-ca-marche/Qu-est-ce-qui-se-passe-quand-j-ai-du-plaisir>
- https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000d4e1037971afceafad009b0db4822a90439985a96d8711bf709030782bd009de0836fe4b741430003a9af9e4a22c4bdd0dec19c6ea34b4dcfa5c69af47d01d0c912484718f775281f357f30f4ba53453562d76fde24ab45d
- https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab200096ba2d9d1c0378d460eae085f856aa8cb673eba317b1323375b7590eb65a58a40839069c001430009cf9fe4584c8e7f4ec4115381926148d60e84e342fa58e2d7c26f5a8a367e5b16acf2d363c197b69e2b4d1d8de732f2d
- <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2010-3-page-14.htm>
- <https://www.leparisien.fr/laparisienne/actualites/pour-la-premiere-fois-le-clitoris-apparait-dans-un-manuel-scolaire-31-08-2017-7224747.php>
- <https://www.noovomoi.ca/vivre/famille/article.la-relation-pere-fille.1.1046443.html>
- <https://www.psychologies.com/Couple/Vie-de-couple/Hommes-Femmes/Articles-et-Dossiers/Les-hommes-et-les-femmes-parlent-ils-de-sexe-differemment>
- <https://recherche.unistra.fr/actualites-recherche/actualites-de-la-recherche/clitoris-cet-organe-meconnu-des-medecins>
- <https://www.rue89strasbourg.com/clitoris-medecins-connaissance-these-217985>
- <https://particuliere.best/content/6-films>

10. TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	SITUATION D'APPEL.....	2
3.	LE CADRE CONCEPTUEL	7
3.1.	LA SANTE SEXUELLE	7
3.1.1.	<i>La définition.....</i>	7
3.1.2.	<i>La sexualité de la femme.....</i>	8
3.1.3.	<i>L'histoire de la santé sexuelle.....</i>	11
3.1.4.	<i>La promotion de la santé sexuelle.....</i>	13
3.2.	LA SEXUALITE UN FREIN DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA STIMULATION CLITORIDIENNE.....	16
3.2.1.	<i>Les représentations sur la santé sexuelle</i>	16
3.2.2.	<i>Formation en soins infirmiers.....</i>	19
3.2.3.	<i>pudeur et intimité.....</i>	21
3.2.4.	<i>Difficultés et réticences des soignants.....</i>	23
3.3.	LES BENEFICES DE LA STIMULATION CLITORIDIENNE.....	25
3.3.1.	<i>Le clitoris et ces représentations</i>	25
3.3.2.	<i>Le clitoris et la médecine</i>	28
3.3.3.	<i>Le rôle de l'infirmière dans la considération du clitoris</i>	30
4.	ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES.....	32
4.1.	CONCEPTION DE LA SANTE SEXUELLE.....	32
4.1.1.	<i>Connaissances et représentations sur la santé sexuelle.....</i>	32
4.1.2.	<i>L'identité professionnelle et le rôle du professionnel</i>	35
4.2.	SANTE SEXUELLE DANS LE DOMAINE DE SOIN.....	37
4.2.1.	<i>Les freins à la prise en soin de la sexualité</i>	38
4.2.2.	<i>Les leviers à l'abord de la santé sexuelle.....</i>	42
4.2.3.	<i>Les professionnels intervenant dans la santé sexuelle</i>	45
4.3.	LA STIMULATION CLITORIDIENNE DANS LE DOMAINE DE SOIN.....	47
4.3.1.	<i>Représentation sur la stimulation clitoridienne</i>	47
4.3.2.	<i>Les bénéfices de cette pratique</i>	48
4.3.3.	<i>Les freins au développement de la stimulation clitoridienne</i>	50
4.3.4.	<i>L'intégration de la stimulation clitoridienne</i>	52
5.	L'ANALYSE CROISEE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES	54
5.1.	LA CULTURE	54
5.2.	LA PUDEUR.....	55
5.3.	LA RELATION SOIGNANT – SOIGNE.....	57

5.4.	LES REPRESENTATIONS	58
5.5.	LA FORMATION	59
5.6.	LA STIMULATION CLITORIDIENNE A VISEE ANTALGIQUE	60
5.7.	CONCLUSION	62
6.	PROPOSITION D’HYPOTHESES.....	64
7.	ANALYSE ENTRETIENS D’INVESTIGATION	65
7.1.	CULTURE SEXUELLE DU SOIGNANT	66
7.2.	CULTURE DANS LES SOINS	67
7.3.	INTIMITE ET PUDEUR DU SOIGNANT.....	69
7.4.	CULTURE ET DEVIANCES SEXUELLES	70
7.5.	LA CULTURE DU PATIENT	72
7.6.	CONCLUSION D’INVESTIGATION.....	74
8.	CONCLUSION.....	76
9.	BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE	77
10.	TABLE DES MATIÈRES	79
	ANNEXE I – OUTILS DE LA PHASE EXPLORATOIRE	I
	ANNEXE II – L’ENTRETIEN N°1 (PHASE EXPLORATOIRE).....	IV
	ANNEXE III - ENTRETIEN N°2 (PHASE EXPLORATOIRE)	IX
	ANNEXE IV – ENTRETIEN N°3 (PHASE EXPLORATOIRE)	XVII
	ANNEXE V – OUTILS DE LA PHASE D’INVESTIGATION	XXI
	ANNEXE VI – ENTRETIEN N°1 (HYPOTHESE MEMOIRE).....	XXIV
	ANNEXE VII – ENTRETIEN N°2 (HYPOTHESE).....	XXVI

Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers et de l'unité d'enseignement 3.4, initiation à la recherche, je réalise un mémoire de fin d'étude sur la Santé Sexuelle chez la femme. A l'issue de mon cursus, j'ai constaté que la santé sexuelle était rarement abordée avec les patients. De plus, nous ne recevons aucun enseignement en lien avec cette discipline. Depuis 2020, des études reconnaissent un pouvoir analgésique au clitoris, cet antalgique naturel pourrait être bénéfique pour les femmes souffrant de dysménorrhée, d'endométriose et durant la grossesse. Cependant, à cause du tabou que représente la sexualité, le développement de ces pratiques est freiné. **Je cherche donc à comprendre : « En quoi la promotion de la santé sexuelle par l'infirmière pourrait permettre le développement des pratiques sexuelles analgésiques ? »**

Motif de l'étude

La santé sexuelle comporte une dimension positive de la sexualité et des relations sexuelles avec la possibilité d'avoir des expériences agréables et sécuritaires. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et les Droits sexuels de tous doivent être respectés et protégés.

Pour permettre l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, une stratégie nationale a été élaboré : stratégie nationale de santé sexuelle 2017 – 2030. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. En tant que soignant, nous avons pour devoir de répondre à cette stratégie par le biais de la prévention, l'éducation et la promotion. Cependant, d'après mes recherches un grand nombre d'infirmiers sont mal à l'aise avec la sexualité des patients et estiment présenter des lacunes sur ce sujet.

Ma recherche s'oriente vers la femme. Cette population a longtemps souffert du manque de considération pour leur sexualité et a dû lutter pour accéder une santé sexuelle respectueuse et sécuritaire. Cette négligence à l'égard de cette discipline entraîne un ralentissement dans la recherche, notamment dans la stimulation clitoridienne analgésique. Cette pratique pourrait être bénéfique à la santé sexuelle de nombreuses femmes et être mise en place par le rôle propre infirmier. Pour que cette méthode puisse se développer de façon optimum, les infirmiers doivent aborder avec aisance la santé sexuelle avec la soignée.

Objectifs

- Connaître l'intérêt des infirmiers en matière de santé sexuelle et leurs représentations sur les pratiques sexuelles à visées analgésiques ;
- Identifier les connaissances des infirmiers sur la sexualité, les pratiques sexuelles à visées analgésiques ;
- Identifier les éventuels leviers et freins en lien avec la promotion à la santé sexuelle.

Méthodes et outils

Pour répondre le plus précisément possible aux objectifs, je mènerai des entretiens semi-directifs. Cette technique d'enquête qualitative me permettra d'orienter en partie les discours des personnes interrogées autour de la santé sexuelle, sa promotion et les pratiques sexuelles analgésiques. L'anonymat de la personne interrogée sera conservé. J'utiliserai également mon téléphone portable afin d'enregistrer l'entretien dans le but de retranscrire avec précision les dires, les réactions des soignants interrogés et de les analyser.

Pour recueillir des avis diversifiés, je mènerai ces entretiens auprès d'infirmiers travaillant dans des services d'oncologie, de gynécologie-obstétrique, dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur et à la plate-forme d'Éducation et de Prévention pour la Santé.

Entretien semi-directif : la santé sexuelle chez la femme

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, je réalise un mémoire de recherche sur la santé sexuelle chez la femme. Une population qui a longtemps souffert du manque de considération pour leur sexualité. Je cherche donc à connaître les moyens mises en place par les infirmiers pour aborder cette thématique et optimiser la santé sexuelle chez cette population...

Identité professionnelle de l'infirmier

1. Quel est votre parcours professionnel ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmière ?

Santé sexuelle

3. Selon vous, qu'est-ce que la santé sexuelle ?
4. Quelle importance accordez-vous à la prise en charge de la santé sexuelle ?
5. Dans quel cadre, abordez-vous la santé sexuelle avec les femmes ?
6. Comment faites-vous pour parler de sexualité avec les femmes ?
7. Au cours de votre parcours professionnels, avez-vous rencontré des difficultés à parler de sexualité ? Si oui, a quoi sont dues ces difficultés ?
8. Avez-vous eu des formations sur la santé sexuelle ? Si oui, qu'est-ce que la formation a apporté dans l'exercice de votre profession ?
9. Quelles sont les stratégies que vous avez-mis en place pour parler aisément de santé sexuelle ?
10. Qui selon vous au sein de l'équipe soignante peut être l'interlocuteur privilégié pour promouvoir cette santé sexuelle ?
11. Selon vous, qu'elle est la place du médecin dans la promotion de la santé sexuelle ? A-t-il un rôle de levier ou de frein ?
12. Selon vous, la promotion de la santé sexuelle est-elle idéale en France ? Quelles sont les éléments qui vous permettent d'affirmer qu'elle est idéale/n'est pas idéale ? (*Question de relance en fonction de la réponse précédente*)
13. Pensez-vous qu'en France tous les moyens sont mis à disposition pour permettre aux femmes d'accéder à une santé sexuelle optimum ?
14. Connaissez-vous des moyens/des pratiques sexuels à visés antalgiques ?

Pratiques sexuelles analgésiques : stimulation clitoridienne

15. Pour vous, qu'est-ce que la stimulation clitoridienne à visée analgésique ?
16. Pensez-vous que la stimulation clitoridienne à visée antalgique peut être bénéfique pour la santé sexuelle des femmes ?
17. Selon vous, qu'elle serait le rôle de l'infirmier(e) dans la stimulation clitoridienne à visée antalgique ?
18. Pour vous, quel rôle le médecin a-t-il à jouer dans le développement de ces pratiques ?
19. Pourquoi, selon vous la stimulation clitoridienne est-elle une pratique peu connue et peu proposée ?
20. L'Établissement dans lequel vous exercez est-il promoteur de ces pratiques ou de moyens similaires ?

ANNEXE II – L'ENTRETIEN N°1 (PHASE EXPLORATOIRE)

Infirmière possédant un diplôme universitaire en douleur

Infirmière : Et on est combien euh à être interrogé ?

Cassandra : Euh...

Infirmière : Moi seule (rire).

Cassandra : Trois.

Infirmière : Trois ?

Cassandra : Oui.

Infirmière : Les 3 infirmières douleurs de [REDACTED] ?

Cassandra : Non, pas du tout il y a une infirmière douleur, une infirmière dans la prévention et l'éducation notamment dans la santé sexuelle et une autre infirmière en MCO.

Infirmière : D'accord.

Cassandra : Pour connaître l'intérêt pour la sexualité euh dans divers services.

Infirmière : D'accord. Et l'infirmière de santé sexuelle c'est ça ? Elle travaille où ?

Cassandra : A la PEPS [REDACTED]

Infirmière : Euh c'est quoi ?

Cassandra : C'est un lieu dédié à la prévention et à l'éducation à la santé en général.

Infirmière : D'accord, un truc en ville, type association ou tout le monde peut y aller ?

Cassandra : Oui, voilà.

Infirmière : Ah d'accord, je ne connaissais pas du tout. C'est parti ? Je lis les questions.

Cassandra : (Rire)

Infirmière : Mon parcours professionnel ? Anh (rire).

Cassandra : Oui

Infirmière : Diplômée en 99, bien sûr en 1999 (rire). Euh j'ai travaillé en salle de réveil donc bah comme ça il y aura les 2 questions. Au début j'ai travaillé en salle de réveil et j'ai fait un DU douleur et je suis infirmière douleur depuis 2007.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : 14 ans. Et maintenant, enfin au début, c'était mi-temps en salle de réveil, mi-temps gestion de la douleur. Et puis au fur et à mesure ça s'est développé et maintenant je ne fais plus que ça qu'infirmière douleur. Alors selon vous qu'est-ce que la santé sexuelle ? Alors moi j'ai essayé de définir par tout ce qui était santé santé sexuelle, c'est pour moi plus ou moins le bien-être physique euh... et physique et psychologique.

Cassandra : Psychologique ?

Infirmière : Ouais je vois les 2 versants. Par rapport à tout ce qui est attiré à la sexualité. Donc quelle importance accordez-vous à la prise en charge ? bah aucune. Dans le cadre de votre profession abordez-vous la santé sexuelle ? non. Comment faites-vous pour en parler ? Je n'en parle pas. C'est pour ça que j'ai beaucoup de questions.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : J'en fais pas du tout.

Cassandra : Vous ne faites pas du tout ?

Infirmière : Rien rien rien rien. Alors c'est pour ça, tu t'es peut-être trompée du coup ?

Cassandra : Non c'est intéressant.

Infirmière : En lisant vos questions... Voilà (rire). Est-ce que j'ai eu des formations ? Oui c'était à l'école mais c'est un truc de base. C'est simple voilà les questions sexuelles, enfin la pilule, comment mettre les préservatifs. Enfin ce que fait beaucoup une infirmière dans les collèges, scolaires, on va dire. J'ai

pas de stratégie, j'ai, j'ai rien. Enfin franchement, moi j'en parle pas du tout, du tout, du tout. Mon rôle enfaite, moi je travaille ici, je m'occupe beaucoup de la cancéro.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Euh et euh, moi c'est vraiment douleur physique et si, enfin, après ça serait plus peut être avec la psychologue pour les gens qui ont eu des cancers du sein, machin et tout ça là, l'image du corps ou avec la stomathérapeute parce que je sais que la stomathérapeute elle monte les prothèses, éventuellement après tout ça mais moi rien. On aborde jamais.

Cassandra : Les patients ne vous en parlent pas ? (Rire)

Infirmière : Ben non parce qu'enfaite moi je les vois au moment de l'intervention chirurgicale et c'est pas là la première préoccupation. C'est vraiment la douleur physique et tout ça ou alors moi quand je les vois, c'est que ça va pas qu'elles sont hospitalisées et que ça se dégrade et que c'est bon quoi, c'est méta, c'est machin, et tout ça, et là pour le coup qu'on en parle pas. Je pense que c'est pas leur première préoccupation.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je suis vraiment désolée. Du coup, bah non j'en parle pas, je, on en aborde pas. On ne m'a jamais non plus posé la question.

Cassandra : D'accord... (silence).

Infirmière : Euh alors après j'ai quand même que répondu quelques questions (rire). Qui selon vous, au sein de l'équipe soignante peut être l'interlocuteur privilégié ? Bah je dirai tout le monde, toute l'équipe.

Cassandra : D'accord. Il n'y a pas une personne spécifique par rapport à son rôle qui pourrait ?

Infirmière : Ici ? Non.

Cassandra : Non ? d'accord.

Infirmière : Peut-être la psychologue et encore je sais pas si...

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je sais pas. Point d'interrogation. Mais non on n'a pas une personne attirée pour ça (soufflement). Euh, selon vous, qu'elle est la place du médecin dans la promotion ? Alors là, en ce moment, il n'y en a pas du tout du tout du tout. On en parle. Enfin, je pense qu'ils en parlent pas.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Non enfin c'est pour ça... Selon vous la promotion de la santé sexuelle est-elle idéale en France ? alors pas du tout du tout du tout. Et quels sont les freins ou quels sont les leviers ? Enfin voilà c'est une liberté d'expression, il faut absence de jugement et proposition traitement. Ça c'était la question quels sont les éléments, voilà qui vous permette d'affirmer que c'est idéal pour moi c'est ça, une liberté, une absence de jugement par rapport aux professionnels. Et tu proposes aussi quelque chose, parce que si c'est juste pour parler... voilà quoi.

Cassandra : Et du coup qu'est-ce qui vous permet d'affirmer qu'elle n'est pas idéale en France ?

Infirmière : Ben donc on en parle pas. Là, même ton sujet, enfin... c'est la première fois... (rire)

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Moi je suis vieille infirmière aussi hein. Je le conçois euh, on parlait pas, on parle pas de tout ça. Enfin, on parlait pas de tout ça. Non, c'était plus, nous nous ce qu'on faisait, c'était l'éducation sexuelle, c'est tout, on n'allait pas au-delà quoi.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Donc maintenant je sais que les mentalités sont en train de changer et tout ça, et voilà. Donc c'est pour ça que j'ai retourné et je ne connaissais pas du tout donc là maintenant je vais t'écouter.

Cassandra : Vous connaissez pas du tout les pratiques sexuelles à visées analgésiques ?

Infirmière : Rien, pas du tout.

Cassandra : D'accord. Donc ça se développe majoritairement chez la femme.

Infirmière : Oui.

Cassandra : Donc il y a le CHU de [REDACTED] qui est promoteur de ces pratiques là et on s'est rendu compte qu'avec la stimulation clitoridienne par le biais bah d'objets stimulateurs.

Infirmière : Ouais.

Cassandra : ça entraîne la production d'hormones et ces hormones-là, elles sont à visée antalgique et en plus vu que ça entraîne un relâchement du, enfin des muscles au niveau pelvien, il y'a vraiment une visée antalgique notamment pour les dysménorrhées, l'endométriose, et durant l'accouchement.

Infirmière : Ah voilà ! J'allais te parler un petit peu d'endométriose mais pas au niveau analgésique mais au niveau des douleurs qui peuvent arriver pendant les rapports, machin, tout ça. Mais tout ça, enfin nous ici, on va les hospitaliser pour la chirurgie quoi.

Cassandra : Oui, vous n'intervenez pas du tout dans leur cadre de leur douleur.

Infirmière : Non.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Il y a pas de consultation douleur ici.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Il n'y a pas de médecin de la douleur donc peut être vois ça avec l'hôpital.

Cassandra : Très bien.

Infirmière : Mais ici, enfaite-moi je suis infirmière douleur et je vais voir les patients à la demande des médecins et non c'est beaucoup cancéro et ouais, non, je ne fais pas.

Cassandra : Il n'a pas de soucis.

Infirmière : Donc tu disais accouchement dysménorrhée et endométriose ?

Cassandra : Oui.

Infirmière : D'accord et c'est qui qui fait ça [REDACTED] ? c'est quoi ? C'est un, c'est un médecin ? il y a ?

Cassandra : C'est surtout une médecin sexologue qui s'occupe de ça.

Infirmière : D'accord.

Cassandra : C'est elle qui en place ce projet.

Infirmière : Ouais je pense que c'est la première en France.

Cassandra : Oui oui bien sûr il y a toute une recherche pour vraiment que ça puisse se mettre en place.

Infirmière : Et elle fait des études et tout ça en ce moment pour développer son truc et tout.

Cassandra : Oui.

Infirmière : D'accord et elle a commencé quand ? il y a longtemps...

Cassandra : Il n'y a pas longtemps, en 2020.

Infirmière : D'accord c'est vraiment très récent OKOK. Ouais puis voilà y'a un médecin machin tout ça. Non euhici il y a rien du tout, rien du tout alors même c'est chez les sage-femmes parce que du coup je tourne dans tous les services.

Cassandra : Oui, bien sûr.

Infirmière : Non je suis vraiment désolé. Je, je après, je pourrai du coup, je peux pas t'aider.

Cassandra : D'accord. Bah si ça me permet de savoir clinique récente comme [REDACTED] n'a pas de moyens par rapport à ça.

Infirmière : Ils ne se soucient pas de ça non plus. Alors pour moi je ne connaissais même pas l'existence donc c'est pas voilà je ne connaissais pas du tout. OK OK et donc elle a commencé à publier des choses ?

Cassandra : Oui sur internet même au niveau... ils ont un site internet le CHU de Rouen. Et du coup c'est disponible, on peut voir les recherches.

Infirmière : Ah bon ?

Cassandra : Oui.

Infirmière : Parce que du coup moi, bête (rire), j'ai tapé le truc et non. Je ne tombe pas là-dessus.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je tombe sur des boutiques. C'est un peu le problème quand c'est des sujets comme ça. Je tape sur des mots clés et tu te retrouves vite sur les trucs un peu déviants.

Cassandra : C'est tout ce qui rend aussi la sexualité taboue.

Infirmière : Ben oui puis enfin bon bah toi, t'es jeune mais nous, on est un peu plus vieille (rire) et je pense qu'on était un peu plus coincé voilà. Il y a peut-être ça aussi le frein, c'est que voilà. Les moeurs changent tout ça et que bon, on essaye mais c'est, c'est pas évident aussi mais...

Cassandra : Actuellement, à l'école ça n'a pas changé, on parle toujours autant peu de sexualité et en stage. En effet, d'où le sujet de mémoire, je me suis rendue compte que dans mon stage, on abordait pas du tout, alors que j'avais des patients qui souffrait de troubles de la sexualité à cause des traitements. Et puis à l'école, j'ai vu qu'on n'avait aucune connaissance donc quand on est confronté à ça, malheureusement, on est mal à l'aise, on sait pas comment aborder ça avec le patient.

Infirmière : Oui oui et Ben je vais dire pour le coup qu'on m'a jamais posé la question, et je pense que le patient est mal à l'aise, et si un jour le patient est à l'aise pour poser la question, ça va être nous qui le seront, alors c'est bon, voilà.

Cassandra : On a peu de connaissances là-dessus.

Infirmière : Ouais bah voir, c'est vraiment la sexualité, enfin ça vient en dernier, enfin c'est le dernier problème quoi. Je pense que c'est la douleur physique, enfin de ce que je vois sur les patients. C'est ça, c'est l'image de soi et tout ça. Alors si ça va être touché un petit peu parce que euh, sur des cancers du sein euh, des trucs comme ça ou il y a les images, il y a enfin l'image de soi et tout ça, ça va peut-être mais c'est pas euh, on propose pas de traitement non.

Cassandra : Non ?

Infirmière : Non et puis l'endométriose non, on est sûr sur des douleurs euh on, on va sur la chirurgie quoi. C'est tellement douloureux que ça que, que là le médecin, je suis pas bien sûr que... non ! (Rire).

Cassandra : Oui, non mais...

Infirmière : Je suis déjà allée à un staff parce qu'il propose ça pour l'endométriose, il proposait un staff ou si tu veux ça doit être une fois par trimestre ou chaque médecin de chaque spécialité, ils ouvrent des dossiers, ils présentent le dossier, puis on propose des traitements.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Mais jamais ce genre de traitement non. Alors il y a des urologues, le digestif, y a le gynéco, il y a le radiologue pour tout ce qui est mise en place du traitement et il y a une psychologue euh il y a une psychologue mais on parle plus de douleur, on parle pas de sexualité, de problème par rapport à ça, c'est plus des douleurs tout ce qui est douleur chronique. Comment vivre avec et tout ça. Mais alors peut être qu'elle en parle personnellement avec les patients mais elle, elle intervient pas ici dans la clinique donc elle vient seulement pour les staff.

Cassandra : D'accord. Vous avez une sexologue ?

Infirmière : (rire) Pas du tout non, du tout d'accord. (Souffle) Je travaille euh alors moi je connais bien le groupe, parce que j'ai travaillé à [REDACTED] et avant j'intervenais aussi un peu aux [REDACTED] et donc oublie c'est sûr non. Attends (regarde sur internet.)

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Euh non non non enfin, il y en a pas qui sont installés sur le groupe. C'est moi ma gynécologue d'avant elle était sexologue, c'est privé enfin.

Cassandra : Bien sûr.

Infirmière : Ça n'a rien à voir je regarde juste [REDACTED], non. Je regarde vraiment, non, non. Il n'y en a pas dans groupe non. Nous, voilà, donc je suis désolé. C'est quoi nom du sujet au départ ?

Cassandra : Du coup le sujet de départ c'est vraiment la santé sexuelle avec le manque de considération de la santé sexuelle par les soignants.

Infirmière : Ouais.

Cassandra : Et en fait, je me suis aperçue que ça atteint le patient mais du coup ça atteint aussi le développement ces pratiques, enfin l'évolution dans la recherche. Du coup j'en suis arrivée à ma question de départ

qui est en quoi la promotion de la santé sexuelle par l'infirmière pourrait permettre le développement des pratiques sexuelles analgésiques.

Infirmière : D'accord, bah t'as du boulot, t'as beaucoup de boulot (rire). Et du coup-là elles, bon l'infirmière lambda je pense que dans un service classique ça sera complet comme moi et l'autre infirmière ?

Cassandra : Alors je la vois le 18.

Infirmière : D'accord parce que pour moi c'est plus de l'éducation sexuelle. Je pense que ça s'arrête là. Alors enfin en tant qu'infirmière on s'arrête de l'éducation plus mais on utilise pas avisé analgésiques ou des trucs comme ça ou alors si on va mettre des médicaments des antalgiques classiques quoi. Il y a des douleurs mais on ne va pas utiliser ça en temps thérapeutique quoi.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je suis vraiment désolée d'avoir fait venir pour si peu de retour mais puis après je peux pas, je peux pas te dire. Je suis vraiment désolé si c'était si court que ça mais voilà après si je trouve quelqu'un.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Ou voilà ou si j'en entends parler mais bon ça va bientôt se finir ? non ? ton mémoire ? C'est pour quand ?

Cassandra : C'est pour mai enfin le mémoire écrit.

Infirmière : D'accord bon, on ne sait jamais si, je vois...

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Mais non je, puis vu les mentalités ici, il va falloir attendre quelques années avec la nouvelle génération (rire).

Cassandra : Très bien. Merci beaucoup.

Infirmière : Mais de rien.

ANNEXE III - ENTRETIEN N°2 (PHASE EXPLORATOIRE)

Infirmière travaillant à la PEPS

- Infirmière : Donc ici on est un centre de dépistage prévention pour la santé on n'est donc un centre d'accueil.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : Donc on a 3 permanences dans la semaine ou on accueille des personnes sur rendez-vous depuis le COVID avant c'était des permanences libres.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : Et là c'est sur rendez-vous donc souvent ce sont des personnes donc alors tout âge confondu du mineur au senior.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : Des gens, j'ai envie de dire donc avec des problématiques différentes, c'est-à-dire, on peut avoir une rupture de préservatif.
- Cassandra : Oui.
- Infirmière : On peut avoir sans préservatif à risque, on peut avoir j'ai peur d'être enceinte.
- Cassandra : Oui.
- Infirmière : On peut avoir des corrections de gestes, de mise en place du préservatif ou parler de la contraception.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : C'est vraiment autour de la santé sexuelle, on lui parle de sexualité donc les questions qui se posent de l'intimité. On a des transgenres, on a eu les prostituées, on a eu hum des homosexuelles.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : il y a aussi toute cette problématique-là qui peut arriver voilà. On fait en dehors de ça, donc là c'est ici il y a 3 permanences.
- Cassandra : Oui.
- Infirmière : Mais il n'y a pas que ça, maintenant on sort, on fait des actions à l'extérieur.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : On va donc vers un public migrant, on va donc au foyer [REDACTED]
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : Publique toxicomanie, je suis au [REDACTED] tous les mardis.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : On a un public précaire avec le club de prévention donc voilà voilà. On fait des actions bien entendu les actions nationales avec la journée mondiale contre le sida, le Sidaction. Puis, j'ai aussi envie de dire on reçoit aussi les collégiennes des 3^e d 4^e pour parler de leur corps, elles se déplacent en groupe et puis on fait ça.
- Cassandra : D'accord. (Silence). Du coup quel est votre parcours professionnel ?
- Infirmière : J'ai été diplômée en 88, je fais de la gériatrie, je fais du bloc opératoire, je vais donc à la maternité dans des villes différentes.
- Cassandra : Oui.
- Infirmière : Maternité, je suis après en réa, après je pars [REDACTED] en rhumato et puis je reviens sur donc [REDACTED] ou là j'ai un poste qui, c'est là, c'est là, où je resterai le plus longtemps en pneumo au [REDACTED]. J'ai travaillé au [REDACTED] en pneumo pendant de nombreuses années donc consultation fibroscopie bronchique, bloc opératoire, consultation allergo et services classiques et en 2008.
- Cassandra : Oui.
- Infirmière : Je mute ici hein c'est accepté, il y a un poste qui se libère on parle d'éducation thérapeutique du patient. C'est l'époque où on a monté l'école de l'asthme aux [REDACTED] et donc là on est en pleine éducation thérapeutique alcool, tabac, cannabis, je connais pas mais je me lance et je suis acceptée.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Donc depuis 2008, je suis ici donc bon c'est voilà, ça fait 13 ans, et puis ben voilà je me suis dit à tout ça passionne il n'y a pas que ça, je fais de l'addicto mais je fais aussi de la relaxation.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Donc je me suis ouverte à la relaxation, je fais du massage du dos donc pour les soignants dans le cadre de la QVT, qualité de vie au travail. Je fais de l'addicto et puis donc des consultations alcool tabac. J'ai, j'ai toute cette partie centre de dépistage.

Cassandra : D'accord, d'accord.

Infirmière : C'est très varié, j'aime, c'est vrai, il a pas une journée qui se ressemble. (Rire)

Cassandra : Selon vous qu'est-ce que la santé sexuelle ?

Infirmière : Et bah c'est déjà l'harmonie, j'ai envie de dire l'équilibre, il y a des mots qui tout de suite m'évoquent cette santé sexuelle, on va parler d'équilibre ou d'harmonie voilà, en tout cas se sentir bien dans sa sexualité voilà.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Il faut qu'il n'y ait pas de frein, la santé sexuelle c'est vraiment avoir un regard global sur la personne pour qu'elle se sente bien, donc c'est un partenaire respectueux, toutes ces notions.

Cassandra : Bien sûr.

Infirmière : Qui sont importantes dans le couple pour que voilà que chacun s'y retrouve. Vraiment le mot équilibre, harmonie au sein du couple.

Cassandra : Puis le respect de l'autre du coup ?

Infirmière : Avec le respect de l'autre, je trouve que c'est un mot très important le respect de l'autre en sexualité voilà, compréhension, affection.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : C'est une vieille recette, on va dire. Moi je dirais que pour cette recette elle fonctionne, il faut réellement de l'équilibre, harmonie et surtout de l'acceptation de soi et de l'autre hein. C'est important de se sentir bien, si moi je suis bien dans mes baskets, si je suis bien dans mon corps.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Si je suis bien avec celle que je veux être, si je suis en accord avec moi-même, si je m'estime suffisamment. Vous voyez, il y a pleins de notion qui sont importantes, l'estime de soi, le travail sur soi. Si je suis bien avec tout ça je pense que ma sexualité déjà je suis au clair avec ce que je veux et ne veux pas donc du coup mon partenaire que je vais choisir ça va être en fonction de, voilà, puis ça devrait marcher quoi.

Cassandra : Quelle importance accordez-vous à la prise en charge de la santé sexuelle ?

Infirmière : En tant que professionnel hein ?

Cassandra : Oui en tant que professionnel.

Infirmière : C'est énorme parce que c'est un besoin fondamental donc c'est énorme. Il y a les besoins fondamentaux de Virginia Henderson bon qui effectivement il y a, il y a la respiration, il y a manger, il y a éliminé, il y a dormir, mais il y a aussi cette santé sexuelle qui est fondamentale. Je pense que ça fait partie réellement de l'équilibre.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Encore un mot que j'utilise beaucoup parce que je pense que c'est un besoin fondamental voilà ce que je dirais. Cette prise en charge quand je rencontre quelqu'un en alcoologie là je suis plus en casquette ■■■■, bien évidemment que je vais parler du couple et euh souvent aux femmes, elles me parlent beaucoup plus que les hommes.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Mais malgré tout, j'aborde ce sujet avec tout le monde autour de la sexualité et, et sur le plan sexuel comment ça se passe ? Comment ça va ? voilà ça c'est important, c'est évident, autant je peux parler de pleins de choses et votre sommeil ? votre alimentation ? et votre sexualité ? ça fait partie de mon discours dans la prise en charge du patient dans sa globalité. Avant, c'est comme ça que je dirais, il y a plusieurs années quand j'étais plus jeune.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Jamais c'était abordé, jamais, parce qu'on en parlait pas du tout, vous allez dans un service lambda.

Cassandra : C'est vrai.

Infirmière : Je vais vous dire en médecine est ce que, est ce que vous parlez de ça ?

Cassandra : Non du tout.

Infirmière : Je vais en cardio, je vais en pneumo. J'ai travaillé suffisamment en pneumo, JAMAIS on parlait de ça, comme quelque chose de complètement tabou. J'arrive ici, c'est un service très spécial ici où effectivement là on prend le temps de voir la personne dans sa globalité, mais, c'est là que j'ai commencé à dire il faut que je m'intéresse à ça, parce qu'en soit je travaille aussi au centre de dépistage et quand j'étais au centre de dépistage je voyais bien que c'est, c'est des soucis pour beaucoup de personnes hein c'est ton partenaire si t'es pas bien avec ton partenaire, tu seras pas bien avec toi-même, donc oui c'est vraiment très important.

Cassandra : Oui ça à une place singulière dans la prise en charge.

Infirmière : Oui c'est fondamental.

Cassandra : Dans quel cadre abordez-vous la santé sexuelle avec les femmes ?

Infirmière : Avec les femmes ? Alors dans le cadre donc de l'addicto donc quelqu'un qui vient même pour le tabac, quelqu'un qui vient pour l'alcool hein, puisque c'est ma spécificité, mais ça peut être quelqu'un qui vient au ■■■■■ bien entendu, comment ça va avec votre partenaire ? Et vous avez une contraception ? Y a pas de souci particulier ? Enfin voilà j'en parle bien entendu au ■■■■■ et en dehors de ça j'en parle tout le temps.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Tout le temps ça fait partie de ma check list hein.

Cassandra : Oui. Comment faites-vous pour parler de sexualité avec les femmes ?

Infirmière : Comment j'aborde le sujet ?

Cassandra : Oui, comment vous abordez le sujet.

Infirmière : C'est pas tabou. Racontez-moi comment vous dormez ? bon voilà par exemple. Vous vous avez un bon sommeil ? Une bonne qualité de sommeil ? Et votre literie ? Et comment voilà bon Ben vous coucher vers quelle heure ? Vous avez un traitement pour dormir ? Il y a des réveils nocturnes ? Donc pourquoi y a des réveils nocturnes ? Ta ta ta ta donc voilà par exemple le sommeil mais et alors vous me dites que vous êtes mariée. Comment ça va avec votre époux ? Est-ce que y'a encore de l'intimité ? Est-ce que, comment ça se passe votre intimité ? Est ce que, voilà aucun tabou, j'y vais, vous avez une contraception ? Vous, vous n'avez pas de contraception, vous n'avez pas peur de tomber enceinte ? Ou c'est peut-être un désir que vous avez du moment ? Euh voilà avec les hommes c'est pareil j'aborde le sujet et c'est là que je peux mettre en évidence bah des troubles de l'érection euh il me parle librement. Si vous abordez la question librement.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Question ouverte librement vous aurez une réponse comme pour le sommeil, il n'y aura pas de malaise qui va s'installer je vous assure Mademoiselle c'est vraiment voilà.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Puis c'est aussi la façon dont on le dit, il faut, il faut avoir bon, j'ai un peu d'expérience là-dedans mais voilà puis c'est un sujet qui n'est plus du tout tabou pour moi j'aurais pas pu vous dire ça il y a 20 ans.

Cassandra : Oui.

Infirmière : J'aurai absolument pas le même discours y a 20 ans.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je pense que bon la maturité professionnelle a fait qu'aujourd'hui je suis plus à l'aise dans en tout cas pour l'entretien et de ce fait la relation à l'autre n'est pas un problème pour moi parce que ça peut l'être pour d'autre. Je l'aborde comme un autre sujet sans tabou.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je fais tomber ça pour que justement la personne si vous êtes vraiment libre vous verrez la personne elle elle lâche et on peut donner des réponses à des choses comme ça. J'ai donné des

- traitements fin j'ai proposé des traitements pour des troubles de leur érection, il y a pleins de choses qui existent et ça peut quand même aider des personnes, des hommes, qui ont des sujets qui ne sont pas simples à aborder donc on lève un peu le voile là-dessus du coup.
- Cassandra : Au cours de votre parcours professionnel avez-vous rencontré des difficultés à parler de sexualité ?
- Infirmière : Ouais, quand j'étais plus jeune et puis dans les services classiques voilà ce que je dirai, il a fallu que j'arrive ici pour ouvrir tout ça.
- Cassandra : Et pourquoi dans un service classique vous pensez que c'est plus dur de parler de sexualité ?
- Infirmière : On est dans un rythme de soin, je fais que de passer dans une chambre, c'est, c'est très fugace, c'est très rapide hein. On vient faire un soin euh et de ce fait quand je montais le volume de mon aérosol, je trouve qu'on court beaucoup, là j'ai quand même un temps qui est dédié à ça, j'ai 45 min, la personne elle a votre place, pendant 45 min on est ensemble, et puis je vais la revoir, on va reposer un autre rendez-vous, on a le temps de créer une relation. En service j'avais aucunement le temps de, de créer une relation c'est évident, et donc c'est pour ça que je dirais que cette unité qui est la PEPS, c'est un, c'est vraiment une, pour moi professionnellement c'est la cerise sur le gâteau, c'est tout ce que j'attendais vraiment, dans le sens où je n'attendais qu'une chose c'est de pouvoir faire des entretiens infirmiers avec un temps donné, donc la personne elle vient sur rendez-vous, il est 10h on sait qu'un jusqu'à 10h45 on est ensemble, ¾ d'heure, la porte est fermée, on est disposé, je l'écoute, je réponds à ces questions, là y'a vraiment quelque chose.
- Cassandra : On est vraiment dans l'échange.
- Infirmière : Il y a un transfère qui se fait. Quand je suis infirmière en service, t'as fait les hémoglugotest tatatata, vous connaissez ?
- Cassandra : Oui, on va se fixer sur le soin, et du coup on va oublier le patient dans sa globalité.
- Infirmière : Bien sûr. Je vais faire mon pansement, je vais faire, je pose une perf, je mets ma chimio, je mets mon aérosol, hum bah je suis pas, je suis pas là-dedans quoi.
- Cassandra : Bien sûr (silence). Avez-vous eu des informations sur la santé sexuelle ?
- Infirmière : Oui bien sûr. Je suis allée à [REDACTED] pendant 1 an, tous les mois, j'avais 2 jours à [REDACTED] euh donc sur les violences sexuelles c'était très porté sur les violences sexuelle, mais bien sûr ça parlait de la santé sexuelle en général donc oui j'ai une formation
- Cassandra : Qu'est-ce que vous a apporté cette formation dans l'exercice de votre profession ?
- Infirmière : Plus d'assise, plus de poids, j'ai pu euh me libérer encore plus de, de, de certains, de certaines barrières que je pouvais encore mettre, je dirais que c'est surtout ça, j'ai pris l'assurance, j'ai pris, j'ai chopé des petites choses, des idées vous pouvez mettre en place, ça a été pour moi très profitable, les échanges avec les autres, ouais voilà comment elles font les filles, les autres, c'est toujours très intéressant et puis ça, comment dire... Ça libère, je trouve que ça libère d'avoir une information sur ça, ça permet de se positionner et puis de se libérer et après d'être beaucoup mieux dans ses baskets pour parler sexe.
- Cassandra : Oui c'est sûr qu'en sortant de l'IFSI on a aucun bagage pour parler de cette sexualité.
- Infirmière : Intéressant de pouvoir se libérer des lectures, on avait des lectures à faire, donc c'est bien j'avais jamais vu ça moi des trucs comme ça, et ça renforce au niveau connaissance, au niveau assurance et du coup plus à l'aise. Et puis stimulation parce que à chaque fois qu'on vient de formation moi je suis surboostée, ça rebooste une formation donc à nouveau des idées neuves, un regarder neuf, envie de nouveauté, des idées qui fument voilà ce qu'elle m'a apporté cette formation.
- Cassandra : Quelles sont les stratégies que vous avez mises en place pour parler aisément de santé sexuelle ? (Silence). Euh, Est-ce qu'il y a des moyens que vous avez utilisé pour parler plus facilement de santé sexuelle ou ça s'est fait naturellement ?
- Infirmière : Moi, c'est moi déjà, mon discours, c'est mon approche à l'autre, c'est mon écoute.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : C'est mon repérage, je dirai ça peut être par le biais, si je veux avoir un support ça pourrait être par le biais démonstration préservative.
- Cassandra : D'accord.
- Infirmière : J'ai les maquettes donc ça peut être par exemple la pose d'un préservatif, par exemple on peut, on peut s'ouvrir sur plein d'autres choses, une prise de sang, je m'assois sur le tabouret, je, je fais la prise de sang, une discussion s'engagea, ça peut être par mon intérêt à l'autre, est-ce que vous avez une contraception ? PAF PAF PAF et on parle, vous avez des enfants ? tac tac tac et puis euh

et votre partenaire vous le connaissez depuis longtemps ? puis c'est un peu, les choses se font comme ça, mais franchement je n'ai pas trop besoin de support pour aborder cette question-là.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Vous savez ici, on a cette force, cette capacité, en tout cas ici à la PEPS de pouvoir aborder l'autre aisément.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : C'est pas un problème on fait ça toute la journée (rire).

Cassandra : En plus, vous n'êtes pas uniquement dans la prévention mais vous vous intéressez vraiment à la sexualité de la personne.

Infirmière : Complètement.

Cassandra : Qui selon vous au sein de l'équipe soignante peut être l'interlocuteur privilégié pour promouvoir cette santé sexuelle ?

Infirmière : Je pense que everybody, tout le monde je pense qu'on peut vraiment ça peut être le médecin qui peut, qui peut l'aborder, comme, comme la psychologue, comme mes collègues infirmières la tabacologie, après on va, elles vont peut-être être moins euh (silence)... Moi je dirai que je baigne la dedans, je suis au centre de dépistage, je fais de l'addicto, j'ai été formée, moi j'ai un parcours.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Pour mes collègues elles ne l'ont pas eu.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Donc euh elles vont peut-être avoir, elles vont peut-être pouvoir l'aborder hein mais peut-être pas aussi aisément peut être.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Puis je pense qu'il y'a une histoire aussi, quand même, peut-être un peu personnelle, de personnalité qui joue beaucoup aussi peut être, y a peut-être aussi ce facteur là que je rajouterai, il y a peut-être aussi un facteur personnel où la relation à l'autre est plus aisée chez certaines personnes que d'autres, c'est ce que je ressens.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Et il y a des collègues infirmières qui pourraient très bien parler de sexualité mais qui n'ont pas dans leur nature propre, cette facilité, de parler à l'autre.

Cassandra : D'accord et vous pensez qu'en milieu hospitalier tout le monde pourrait être capable de promouvoir...

Infirmière : Non ... Non... non, Moi j'ai des collègues, je ne les vois pas là-dedans, je ne vois pas parler de ça enfin, parce que, puis je pense qu'elles ne seraient pas à l'aise, il faut nature pour que ça marche cette recette, il faut une nature, il faut une formation, il faut, il faut du quotidien dans le domaine et puis faut un job relationnel quoi. Enfin la fille qui introvertie... il y a des infirmières introverties hein enfin je la vois pas... Je pense que c'est ça, c'est un ensemble.

Cassandra : Oui il faut être en phase avec ça pour pouvoir aborder ce sujet-là.

Infirmière : Moi j'ai envie de ça et puis je fais ça moi, et puis je rencontre les jeunes, je rencontre les lycéens, je rencontre tout ça et donc il y a un abord, enfin, c'est, c'est facile pour moi.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Mais c'est pas, je pense que tout le monde n'est pas comme ça. Tout le monde peut pas faire ça même formé, il faut quand même avoir une nature, pour que vous ayez en tête tout le monde n'a pas... L'infirmière de douleurs qu'est qu'elle vous disait.

Cassandra : Elle ne prenait pas du tout en charge la sexualité des patients, elle ne s'y intéressait pas.

Infirmière : Tiens, et pourquoi ?

Cassandra : Parce qu'elle a, elle a jamais eu de formation là-dessus, et elle pense qu'elle ne rencontre pas enfin, pour elle, c'est pas le problème principal, du coup pour elle, elle ne voit pas l'intérêt de l'aborder.

Infirmière : Ouais.

Cassandra : Et pareil pour elle le seul remède, le seul remède à tout ce qui est dysménorrhée ou endométriose c'est la chirurgie, elle ne voit pas l'intérêt de parler forcément de cette sexualité.

Infirmière : Je n'invente pas.

Cassandra : Non non bien sûr.

Infirmière : Je pense que je ressens ça bon, je peux pas trop parler au nom de mes collègues, moi c'est quelque chose qui fait vraiment partie de moi, et je répète toujours dans la globalité, moi je suis quelqu'un qui vient pour l'alcool et on va parler, on va parler, je suis capable de parler de ses enfants de cette problématique elle va divorcer, on va parler du divorce, qui, qui, qui mais, je veux dire, je la vois pourtant dans un, dans un entretien alcool.

Cassandra : Oui vous prenez en charge la globalité de la personne.

Infirmière : Son stresser c'est son divorce et là elle est fermée et obnubilée sur ça. Donc je vais, je l'entendre à ce moment précis, c'est de ça qu'elle a envie de me parler, je vais là ou les gens, voilà, je m'adapte, ça demande une grande adaptation et je pense qu'on fait ça quoi ici.

Cassandra : D'accord. Selon vous quelle est la place du médecin dans la promotion de la santé sexuelle ?

Infirmière : Ouais, elle est importante, moi Sarah elle est mon binôme, elle est notre médecin, on est toute les deux là-dedans, on est, on a la même vision. Sarah, elle est dans le même dynamique, elle parle de ça, elle est très ouverte elle a un discours très ouvert. Elle est disposée, elle est à l'écoute, le médecin peut absolument, bien entendu, faut que le médecin soit sensible à ça encore une fois, elle l'est. Je ne sais pas si je mettrai Pierre, mon deuxième médecin, j'ai l'exemple, je ne vois pas trop Pierre parler de ça.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Même s'il le ferait peut être, c'est par nature fin, Je pense qu'il y a des médecins qui sont plus sensibles à ça, comme une infirmière, comme n'importe qui.

Cassandra : Quel est le rôle du médecin, ici, au sein de la PEPS dans la prévention et la promotion de la santé sexuelle ?

Infirmière : Son rôle ?

Cassandra : Oui.

Infirmière : C'est le repérage comme moi, c'est tout ce que je fais hein, elle a donc le patient, donc si c'est au [REDACTED], elle a de toute façon une consultation médicale, elle va déjà donc prendre en compte la demande et puis après c'est ce que je viens de vous dire.

Cassandra : Vous êtes en collaboration permanente.

Infirmière : Complètement. Et puis Sarah bah il lui arrive aussi d'échanger, elle est en alcool et en tabac bah elle peut très bien aborder ce sujet-là.

Cassandra : Selon vous la promotion de la santé sexuelle est-elle idéale en France ?

Infirmière : Oh non, non, je trouve qu'il y'a vraiment des choses que l'on peut améliorer. C'est vraiment pas, c'est pas, c'est pas le sujet qui est bien développé ou bien parlé, bien abordé, non, non du tout.

Cassandra : Et quels sont les éléments qui vous permettent d'affirmer du coup qu'elle n'est pas idéale ?

Infirmière : Ben, euh, ça reste tabou pour la majeure partie des gens, je dirai parler sexe, c'est pas top, on voit encore dans les familles comment c'est abordé, les jeunes filles ne sont pas... Pas pour tout le monde, je ne généralise pas mais euh, c'est encore très tabou, c'est encore très tabou.

Cassandra : Bien sûr, dans mes recherches j'ai pu le constater et également par moi-même. C'est bien pour ça que je fais un mémoire là-dessus... Pensez-vous qu'en France tous les moyens sont mis à disposition pour permettre aux femmes d'accéder à une santé sexuelle optimum ?

Infirmière : Non je pense que non, c'est toujours la même politique, du tout hein euh, je me disais aussi comment ça se fait tu vois les préservatifs enfin faillent les, les, les acheter ? Comment ça se fait que la pilule euh...Il y a tout un tas de choses pour la femme qui, qui pourrait être amélioré, adouci, facilité. Il y a quand même le centre de planification qui est quand même là, qui est un service ressource, il y'a les centres de dépistage qui sont anonymes et gratuits quand même, les gens ils peuvent venir n'importe quand, voilà, j'ai besoin de faire un test, voilà c'est anonyme, c'est gratuit. C'est quand même pas mal ça. Je ne sais pas si c'est vraiment connu par tout le monde, enfin, ça pourrait être plus en tout cas. Je pense que l'on pourrait faire plus la promotion de ça.

Cassandra : Euh, du coup, comme j'ai parlé au début de l'entretien je m'oriente aussi sur les nouvelles recherches qui se font sur la stimulation clitoridienne. Connaissez des moyens ou des pratiques sexuelles à visés analgésique ?

Infirmière : La stimulation clitoridienne, la masturbation ?

Cassandra : Oui.

Infirmière : C'est quoi la question ?

Cassandra : Connaissez des moyens ou des pratiques sexuelles à visés analgésiques ?

Infirmière : Autre que manuel ?

Cassandra : Enfin, est ce que vous avez entendu parlé de cette stimulation clitoridienne à analgésique ou des bénéfices ?

Infirmière : Que dalle.

Cassandra : D'accord.

Infirmière : Je peux vraiment pas vous en parler je connais que dalle. Non, je sais pas. J'ai jamais entendu parlé.

Cassandra : Parce que l'on se rend compte que la stimulation avec la sécrétion des hormones ça a des effets antalgiques et en plus vu que ça détend les muscles au niveau pelvien ça, ça diminue les douleurs notamment les dysménorrhées, c'est aussi bénéfique durant l'accouchement.

Infirmière : Donc des douleurs gynécologiques ?

Cassandra : Oui.

Infirmière : D'accord, on est vraiment porté sur ça. Et l'infirmière de douleur, elle confirmait ça ?

Cassandra : Elle ne connaissait pas du tout.

Infirmière : Ah elle non plus.

Cassandra : Oui.

Infirmière : J'en ai jamais entendu parler de la masturbation analgésique.

Cassandra : Ça se met en place sur le CHU de █████, il y a une médecin sexologue qui a fait des recherches dessus, qui est en train de faire des recherches depuis 2020.

Infirmière : C'est intéressant. Je ne connaissais pas, je ne peux pas vous en parler.

Cassandra : Oui je comprends.

Infirmière : C'est bien, c'est intéressant ça ouvre votre mémoire ça.

Cassandra : Oui.

Infirmière : Qui devez-vous rencontrer encore ?

Cassandra : J'aimerais bien rencontrer une personne qui a des connaissances sur ces pratiques.

Infirmière : Bah oui, oui.

Cassandra : Ça serait l'idéal. Il me reste cette dernière personne à trouver.

Infirmière : Et où est ce que vous allez la trouver ?

Cassandra : Je pense contacter le CHU de █████ voir s'ils ont une infirmière qui gravite autour de ça, de cette sexologue pour pouvoir l'interroger et avoir des clés pour mon mémoire.

Infirmière : Oui, bien sûr. Est-ce que ça à servit ce que je vous ai dit ?

Cassandra : Oui, ça m'a servi. Puis, avoir une vision positive de la santé sexuelle, c'est ce que je recherchais parce que vision négative je vais dans un service lambda, on va me dire que c'est pas pris en compte et ça je le sais, je l'ai constaté par moi-même. J'avais besoin de cette vision positive.

Infirmière : Pour moi, c'est vraiment important, ça fait partie du besoin. Ça fait partie de l'épanouissement encore une fois. Équilibre, épanouissement, harmonie ont à besoin de ça. C'est encore un autre sujet mais je me suis faite la remarque avec toute la problématique que l'on peut avoir avec l'église, tous ces prêtres qui sont frustrés, je pense sincèrement que toutes ces frustrations amènent à des conduites complètement folles. C'est pour ça, que voilà, non, non. On en a besoin et il ne faut pas le rogner cette santé sexuelle, elle est là.

Cassandra : Mais surtout que le pays comme le Canada aborde le consentement dès le plus jeune âge alors qu'en France c'est quelque chose de tabou, on ne voit pas l'école éduquer nos enfants dans ce sens-là.

Infirmière : Je parle un petit peu de la religion parce que je pense que vraiment, elle a dû jouer énormément dans notre éducation.

Cassandre : Oui.

Infirmière : Pourquoi dans notre société on est comme ça aussi coincé quoi ? Je pense qu'il y'a quelque chose à voir, bon je n'irai pas dans ce domaine-là mais je crois qu'il y'a quand même, un petit peu quelque chose à voir avec toute cette problématique de chrétienté. Puis, c'est vachement mal sain. Tout ça, ça m'a aurifié.

Cassandre : Ce qui est dommage, c'est que l'on parle que du côté mal sain et pas du côté bénéfique de la sexualité. On ne fait jamais cette promotion du bénéfice de l'épanouissement sexuel.

Infirmière : Tout à fait, c'est comme que je la vois. Quelqu'un qui vient en couple, ils ont envie d'enlever le préservatif, c'est top, c'est top. Moi je vois ça comme ça.

Cassandre : D'accord.

Infirmière : Bon, si j'ai pu vous aidez.

Cassandre : Oui ça m'a aidé.

Infirmière : Bon tant mieux. Je vous souhaite une bonne fin de journée.

Cassandre : Merci à vous également.

ANNEXE IV – ENTRETIEN N°3 (PHASE EXPLORATOIRE)

Médecin sexologue

- Cassandra : Quel est votre parcours professionnel ?
- Médecin : Alors, il est très atypique mon parcours professionnel parce que moi je suis chirurgien-dentiste...
- Cassandra : Oui, c'est ce que j'ai lu dans vos documents.
- Médecin : Au départ, voilà et j'ai un diplôme universitaire de sexologie et de santé publique qui a été fait à [REDACTED] c'est un DU de sexologie et de santé publique, c'est comme ça que s'appelait à l'époque.
- Cassandra : D'accord. Du coup vous l'avez fait quand cette formation en sexologie ?
- Médecin : 2005/ 2007 donc je suis sortie, c'était en deux donc je suis sortie en 2007.
- Cassandra : Selon vous qu'est-ce que la santé sexuelle ?
- Médecin : Ah oui, ça c'est très embêtant puisque moi je ne suis pas en phase avec cette notion de santé sexuelle. Puisque pour moi la santé sexuelle, c'est l'autonomie de chacun et la euh vous avez du regarder, il doit y avoir une définition de la santé sexuelle par l'OMS.
- Cassandra : Oui oui bien sûr il y'a une définition de la santé sexuelle par l'OMS qui est très global.
- Médecin : C'est ça, c'est ça. L'idée pour moi c'est de dire que la santé sexuelle c'est l'autonomie de sexualité pour chacun.
- Cassandra : D'accord.
- Médecin : Donc la connaissance euh corporelle de chacun alors que la santé sexuelle c'est souvent euh il faudrait que je regarde la définition de l'OMS en faite. En résumé pour moi c'est l'autonomie, la connaissance de chacun en matière de sexualité pour libre arbitre, des mots comme libre arbitre, choix. Vous voyez je voudrais avoir des mots comme ça pour la santé sexuelle.
- Cassandra : D'accord. Dans quel cadre abordez-vous la sexualité avec les femmes ?
- Médecin : Euh dans les cadres de mes consultations de sexologie.
- Cassandra : Et du coup comment faites-vous pour parler de sexualité avec les femmes ?
- Médecin : Bah c'est-à-dire que c'est les femmes qui viennent me parler de leur sexualité.
- Cassandra : Oui dans le cadre de la sexologie.
- Médecin : Bah oui.
- Cassandra : Au cours de votre parcours professionnel avez-vous rencontré des difficultés à parler de sexualité ?
- Médecin : Les gens ont alors euh, les soignants ont du mal à parler de sexualité parce que ça touche l'intimité, ça leur renvoie leur intimité à eux vous voyez. Il faut être très neutre, il faut savoir être neutre quand on parle de sexualité. Les patients veulent parler de sexualité mais les soignants n'osent pas parce qu'ils ont peur de rentrer dans une intimité, vous comprenez ?
- Cassandra : Oui, bien sûr je comprends. Oui c'est ce que je retrouve dans mes lectures, la difficulté de parler de la sexualité.
- Médecin : Oui, les soignants ont peur d'ouvrir une porte que les gens disent quelque chose et que les soignants ne puissent pas aider. Vous voyez souvent, c'est une attitude bienveillante du soignant, le soignant est bienveillant il n'ose pas parce qu'il se dit, je ne vais pas savoir répondre au problème. Si je découvre qu'elle s'est faite violée, si je découvre qu'elle a mal, si je découvre qu'il y a eu un at touché, si je découvre qu'elle n'est pas bien dans son couple, si je découvre que, qu'est-ce que je vais faire ? Surtout que les soignants sont peu formés euh ils n'osent pas.
- Cassandra : Alors qui selon vous, au sein de l'équipe soignant qui peut être l'interlocuteur privilégié pour aborder la santé sexuelle ?
- Médecin : Quelqu'un qui est formé (Rire). Quelqu'un qui est formé ou quelqu'un, n'importe quelle personne qui n'a pas de peur de parler de sexualité, il y'a des gens qui ne sont pas formés du tout qui mh mh, il n'y a pas de jugement euh, il y'a des gens qui n'ont pas peur de ne pas savoir, voilà. Je vais vous dire, je vais vous donner un exemple, mon père était gynécologue quand j'ai eu mon cabinet il m'a dit rappel toi de deux choses, je te conseille deux choses, premièrement, tu crois ton patient, tu l'écoutes, il te dit quelque chose même si pour toi ce n'est pas vrai tu crois le patient, ça c'est une première chose, quelqu'un qui vous dit, une femme qui va vous dire, oui oh là là mon mari me bat alors que vous venez de voir un monsieur charmant, charmant, vous voyez des fois vous avez des choses bizarres, les gens ils vous disent des choses vous les croyez pas. Au départ, je pense qu'il faut croire son patient, c'est une première chose et deuxième chose si tu as un doute tu demandes à quelqu'un d'autre. Tu vois la notion, on est tous au tour du patient. Vous voyez qui est la meilleure personne, bah il y'a des gens avec qui ont parlé, peut être que vous, on

- vous confie des choses puis vous avez une autre étudiante avec qui on ne lui confie rien, vous voyez bien il y a des patients qui vont s'ouvrir à vous puis il y'a des gens qui ne vont pas s'ouvrir à quelqu'un d'autre, si vous avez une qualité d'écoute, il faut avoir une qualité d'écoute pour faire de sexologie puisque c'est de l'intime.
- Cassandra : D'accord. Selon vous, qu'elle est la place du médecin dans la promotion de la santé sexuelle ?
- Médecin : Ça peut être une excellente place, il y'a des médecins généralistes par exemple qui arrivent très bien à en parler, il y a des médecins généralistes qui n'y arrivent pas, le problème des médecins ce matin j'ai fait un cours au DIU de gynécologie, à des médecins généralistes. Le problème des médecins généralistes c'est qu'ils n'ont pas le temps. Ils ont pas toujours le temps mais il était très content d'avoir une formation en sexologie, car il n'y a pas de cours de sexologie en médecine.
- Cassandra : Oui, vous m'en aviez parlé lors de notre précédent appel.
- Médecin : Ils n'ont pas de sensibilisation à la santé sexuelle, à la sexologie, il n'a pas de sensibilisation à tout ça.
- Cassandra : C'est difficile d'aborder le sujet quand il n'y a pas de formation à tout ça.
- Médecin : Voilà, voilà. Parce que par exemple le médecin généraliste ont lui a appris douleurs de règles égale pilule. On lui a appris ça, on lui a appris dysfonctionnement érectile du monsieur égal viagra. On leur a appris des choses, soit ils se forment et ils peuvent proposer autre chose, soit ils ne sont pas formés et ils n'ont pas le temps. Je crois que la médecine enfin même vous en infirmière, vous avez tellement de choses à apprendre, vous avez beaucoup beaucoup beaucoup à apprendre donc que ça c'est en plus quoi (rire).
- Cassandra : (Rire) Oui. Du coup, selon vous la promotion de la santé sexuelle est-elle idéale en France ?
- Médecin : Non, non, non, il y'a des pays où l'on parle plus facilement de sexualité que la France.
- Cassandra : Quels sont les éléments qui vous permettent d'affirmer qu'elle n'est pas idéale en France ?
- Médecin : Alors, je pense qu'il y'a deux choses, c'est encore très normé en France, c'est très ça doit être comme ça, c'est très performance en France, faire l'amour c'est comme ça, c'est très normé. Et puis, la médecine, les sage-femmes ont doit résoudre le problème, on ne laisse pas assez... il n'y a pas assez d'écoute du patient. Il faudrait écouter plus le patient, d'un côté on est pas psy, mais la sexologie c'est plus le sens des actes, vous savez la norme c'est toujours préliminaire pénétration, on est toujours là-dedans et euh moi j'explique soit c'est pour faire des enfants, pour la progression soit pas pour faire des enfants dans ces cas il faut une connaissance personnelle de tous, et ça il y'a des mots que l'on ne peut pas dire en France, c'est très difficile de parler de masturbation par exemple, il y'a beaucoup de choses tabous.
- Cassandra : Bien sûr.
- Médecin : (Rire) on ne va pas peut être pas aller trop loin sur ce sujet la parce que (rire)
- Cassandra : (Rire) Pensez-vous qu'en France tous les moyens sont mis à disposition pour permettre aux femmes d'accéder à une santé sexuelle optimum ?
- Médecin : C'est beaucoup mieux qu'il y'a 10 ans, on va dire que ça avance, soyons optimistes, moi j'étais donc sexologue à 50 ans aujourd'hui d'hui j'en ai 63 euh je sais que ça avance un peu, déjà le clitoris c'était le début de la connaissance du clitoris, le clitoris étant quand même l'organe du plaisir féminin et puis les violences faites aux femmes, le devoir conjugal ça existe de moins en moins, le consentement, il y a beaucoup de honte autour des femmes qui n'osent pas dire. Maintenant, je n'aime pas le mot libérer la parole, les femmes parlent plus. D'un autre côté, tout le truc sur les violences gynécologiques c'est difficile aussi, tous les gynécologues ne sont pas méchants (rire).
- Cassandra : Oui bien sûr, bien sûr. Maintenant c'est une partie sur la stimulation clitoridienne. Du coup, qu'est-ce que la stimulation clitoridienne à visée analgésique ?
- Médecin : Oui, oui alors moi je suis convaincue que le clitoris en amont du plaisir à une fonction antidouleur puisque pour la procréation d'un côté un pénis qui doit être en érection pour pouvoir pénétrer pour pouvoir déclencher son réflexe orgasme ça c'est pour la survie de l'espèce et du côté de la fille on a un clitoris qui a mon sens son érection sert à diminuer les douleurs que ce soit des règles, de l'accouchement, etc par contre le réflexe puisque c'est aussi un réflexe du clitoris, le réflexe du clitoris il sert à rien pour la survie de l'espèce, on peut passer à côté, c'est pour ça qu'il y a des femmes qui ne l'ont jamais rencontré, qui ne s'y intéressent pas forcément puisque elles peuvent ne jamais se masturber, s'y intéresser puisque ce n'est pas nécessaire, si elles ne s'y intéressent pas elles ne vont jamais le rencontrer tandis qu'un garçon même si il ne s'intéresse pas il va rencontrer son réflexe orgasme, c'est la grosse différence entre les garçons et les filles.

- Cassandra : D'accord, selon vous la santé sexuelle a-t-elle un rôle à jouer dans le développement de ses pratiques ?
- Médecin : Oui elle a un rôle, je voudrais que les sexologues s'emparent de cela puisque euh toutes les problématiques des femmes en sexologie euh il y en a trois principales : douleur à la pénétration, vaginisme c'est-à-dire que ça ne rentre pas ou baisse de libido c'est-à-dire que l'on a pu envier de cette acte de procréation si la femme comprend qu'elle peut se servir de ce fameux clitoris détendre toutes cette affaires la il ne devait plus jamais y avoir de douleur pendant une pénétration, pendant un rapport par exemple et mais par contre il faut simplement que la femme décide d'accepter ou pas. Si elle accepte un rapport nous avons les moyens de ne pas avoir cette douleur si on connaît son corps.
- Cassandra : D'accord. Pensez-vous que la stimulation clitoridienne à visée antalgique peut être bénéfique contre des douleurs autres que celles liées à la grossesse, à l'accouchement ?
- Médecin : Alors oui je pense que ça peut être tout simplement pour les règles douloureuses et puis euh toutes les douleurs périnéales à mon avis que ce soit là j'accompagne beaucoup de dames qui ont des douleurs d'endométrioses en général puisque je pense quand on a une douleur à cette endroit-là, quand il y'a eu une douleur si vous voulez je pense que le corps se souvient donc enfaite il y'a un blocage qui se fait à cet endroit-là donc il faut aider le corps, il y'a les psy bien sur qui vont aider si c'est un viol, les psy vont aider à passer outre enfin à se dire que cette endroit-là n'est pas forcément douloureux mais euh je pense tout simplement mais tout simplement il faudrait que les femmes s'autorisent à faire une stimulation clitoridienne à visée apaisant, antalgique et que l'on arrête de penser que toutes les petites filles qui mettent la main là sont en train de se masturber à visée plaisir je pense qu'elles s'apaisent tout simplement.
- Cassandra : Cette fonction apaisante elle pourrait intervenir dans d'autre problème ?
- Médecin : Bien sûr, moi je fais une recherche [REDACTED] qui s'appelle la recherche par la femme enceinte de la potentielle fonction analgésique du clitoris et étude de faisabilité, je ne peux pas dire tous les résultats je peux quand même en dire certains puisque j'ai des patientes qui ne sont pas dans la recherche et qui ont utilisé la stimulation clitoridienne et par exemple des douleurs lombaires quelqu'un qui avait mal au dos parce qu'elle faisait beaucoup de voiture donc enfaite elle se prend un petit moment et il va y avoir une stimulation, c'est pas une histoire de plaisir, c'est une histoire d'apaisement et de lâcher de l'endorphine, c'est de l'endorphine, c'est un médicament personnel c'est-à-dire que moi je suis contre les médicaments (rire), moins on peut en prendre mieux c'est.
- Cassandra : Oui. Selon vous, qu'elle serait le rôle de l'infirmier/ l'infirmière dans la stimulation clitoridienne à visée antalgique ?
- Médecin : Alors, il est évident qu'il faut comprendre que vous avez beaucoup de femmes comme je vous ai dit qui ne sont jamais masturbées ou qui ne s'intéressent pas à cette endroit-là donc enfaite bien sûr beaucoup de gens vont croire que vous voulez masturber la patiente ça c'est compliqué ce qui fait que il faut vraiment que l'idée stimulation clitoridienne soit complètement bien comprise par tous et moi je propose l'utilisation d'un vibreur ça veut dire que c'est pas la main de la personne, je pense que tu vois dans 100 ans peut être mais là aujourd'hui ou peut-être dans 20 ans mais là aujourd'hui ce n'est pas encore possible soit c'est la dame qui fait sa propre stimulation clitoridienne ça elle peut le faire avec sa main, elle peut le faire avec ce qu'elle veut euh enfin un vibreur mais pourquoi éventuellement une infirmière ou une sage-femme ou un médecin en cas d'une nécessité de faire un toucher vaginal ou une douleur lombaire de positionner le vibreur selon euh au niveau de symphyse pubienne et ça je vous incite mettez le petit film que j'ai fait en référence pour expliquer que l'on peut positionner un objet même sur la culotte on est pas obligé du tout d'être au niveau à même de la peau, on peut entraîner une détente et je suis en phase avec un professeur d'anatomie [REDACTED] à [REDACTED] qui fait le périnée en 3D et qui pense que ça passe par les fascias, il y'a une résonance qui va passer par les fascias et donc ça va détendre un petit peu l'os et du coup les muscles qui entourent le clitoris, les corps caverneux du clitoris et qui vont pouvoir se mettre en érection et bombarder de l'endorphine qui est tout simplement un anti-douleur.
- Cassandra : Pour vous, quel est le rôle du médecin a-t-il à jouer dans le développement ces pratiques ?
- Médecin : Euh une médecin fait sa thèse, elle voudrait prendre ma recherche pour proposer la stimulation clitoridienne au moment des règles douloureuses, ça serait proposer par les médecins généralistes tout simplement puisque c'est le médecin généraliste qui va recevoir la jeune femme qui a des règles douloureuses classiquement aujourd'hui on propose de mettre sous pilule maintenant il y'a des diagnostics différentiels pour l'endométriose car quelque fois ça peut être une endométriose et euh si c'est pas une endométriose et que c'est des règles douloureuses on pourrait proposer la stimulation clitoridienne mais là on est encore dans un monde si on propose ça c'est encore connoté masturbation mais on avance, on avance grâce à vous (rire).

Cassandra : Surtout que dans l'histoire euh la stimulation clitoridienne elle a déjà servi dans l'hystérie chez la femme un moment donné il y avait des médecins qui masturbaient euh les femmes hystériques.

Médecin : Bien sûr. Il y avait sans doute le film qui est passé très très peu de temps qui s'appelle Oh my god et qui est un film amusant car effectivement on voit les débuts du vibreur puisque on voit un médecin qui frotte qui frotte qui calme effectivement les hystériques. Il y'a un livre que je pourrai peut-être vous conseiller qui s'appelle les technologies de l'orgasme et qui effectivement montre aussi que les femmes hystériques par exemple dans des établissements thermaux par exemple on voit une femme qui est toute nue dans une pièce et on lui envoie un jet qui se trouve au niveau de clitoris enfin au niveau du pubis, du mont de vénus donc oui, oui je suis persuadée que ça a un rôle autre que plaisir mais il faut le prouver.

Cassandra : Selon vous, quels sont les freins au développement de la stimulation clitoridienne à visée antalgique ?

Médecin : Les freins alors je pense que vous avez lu un petit peu le travail des trois sages femmes qui ont fait un travail en Belgique, et là je suis en phase aussi avec une nouvelle étudiante en sage-femme qui justement euh veut aussi savoir quels sont les freins à faire des choses dans ce domaine-là. Les freins c'est la culture, les freins c'est la norme c'est-à-dire une petite fille qui met sa main là elle est en train de se masturber puisque l'on fait une analogie masculine c'est-à-dire que le garçon qui met la main sur sexe a priori s'il le frotte un peu il va tout de suite déclencher un réflexe orgasme donc on est vraiment dans le domaine du plaisir puisque le garçon certes en érection lui aussi il a de l'endorphine, les garçons d'ailleurs qui ont par hasard testé, qui se sont rendus quand ils sont en érection leur douleur, ils n'en n'ont plus ça euh ces garçons là ils vont être intéressés ils vont comprendre le mot stimulation clitoridienne parce qu'ils savent quand ils sont en érection eux ils n'ont plus mal nulle part ce qu'ils ont beaucoup de mal à comprendre c'est qu'il n'y a pas d'orgasme au bout puisqu'eux quand il y'a une érection ça va finir en réflexe orgasme tant dis que nous ce n'est pas obligatoire.

Cassandra : D'accord. Pour vous, quels sont les éléments qui pourraient promouvoir le développement de la stimulation clitoridienne à visée antalgique ?

Médecin : Les études scientifiques, les témoignages, là j'ai beaucoup de mal à clore mon étude scientifique mais recueillir des témoignages et puis il faut faire des études scientifiques avec des protocoles très rigoureux, c'est ce que je fais et après mon étude de faisabilité on pourra faire une étude d'évaluation de la fonction analgésique le temps que l'on a pas fait d'étude de faisabilité on ne peut pas avancer.

Cassandra : D'accord. Merci c'est toutes les questions que j'avais à vous poser.

ANNEXE V – OUTILS DE LA PHASE D'INVESTIGATION

Protocole d'enquête

Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, je réalise un mémoire de recherche sur la santé sexuelle chez la femme. A la suite de l'analyse croisée, j'ai constaté que les infirmiers n'étaient pas à l'aise à l'abord de la santé sexuelle avec les patientes. Cette gêne est causée par différents facteurs. En effet, la sexualité implique une dimension personnelle du soignant, elle fait référence à son vécu, sa culture, son éducation, sa pudeur et son intimité. Ce sujet demande le respect de la pudeur des deux parties. Les soignants transfèrent cette dimension culturelle aux pratiques sexuelles à visées analgésiques. Par conséquent nous avons donc déduit à la question de recherche suivante : **En quoi l'identité culturelle influence-t-elle l'identité professionnelle de l'infirmière lors de la prise en soin de la sexualité ?**

Motif de l'étude

Lors de la rédaction de ce mémoire nous cherchions à identifier l'élément qui freinait le développement de la stimulation clitoridienne à visée analgésique. A la suite de l'analyse croisée, j'ai constaté que l'infirmier ne pouvait pas faire abstraction sur son identité personnelle lors de l'abord de la sexualité ce qui interférait avec le développement de la stimulation clitoridienne à visée thérapeutique. De nombreux facteurs façonnent notre personnalité. Néanmoins, l'identité culturelle semble être un paramètre central à la construction identitaire. La culture représente un système de pensée, un ensemble de croyance, de valeurs et de rites transmis généralement par les générations précédentes. Par conséquent, elle est communiquée comme étant une vérité durant l'enfance, un âge où celui-ci n'a pas encore structuré son discernement. La culture a un rôle inéluctable au sein de la société et dans l'éducation. Nous cherchons à affirmer l'hypothèse suivante : **Si la culture personnelle affecte l'intimité et la pudeur du soignant alors celui-ci transférera son rapport personnel à la sexualité lors de la prise en soin d'un patient ce qui aura des conséquences sur le développement des pratiques sexuelles analgésique.**

Objectifs

- Connaître l'impact de la culture personnelle sur la structuration de l'identité professionnelle de l'infirmier ;
- Connaître l'impact de l'éducation sexuelle du soignant sur la prise en soin de la santé sexuelle
- Identifier les conséquences de la culture du soignant sur le développement des pratiques sexuelle analgésique ;
- Repérer l'influence de la culture sur l'intimité et la pudeur du soignant lors de l'abord de la sexualité avec le patient.

Méthodes et outils

Afin de répondre le plus précisément aux objectifs, nous mènerons des entretiens semi-directifs. Cette technique d'enquête qualitative nous permettra d'orienter en partie les discours des soignants interrogés autour de la culture lors de la prise en soin de la santé sexuelle et des pratiques sexuelles à visées analgésiques. Nous utiliserons un téléphone portable afin d'enregistrer les entretiens dans le but de retranscrire avec précision les dires, les réactions des infirmiers interrogés et de les analyser.

Pour recueillir des avis diversifiés et affirmer l'hypothèse, nous mènerons ces entretiens auprès de deux infirmier(e)s exerçant dans des services différents

Questionnaire : En quoi l'identité culturelle influence-t-elle l'identité professionnelle de l'infirmière lors de la prise en soin de la sexualité ?

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, je réalise un mémoire de recherche sur la santé sexuelle chez la femme. Je cherchais donc à comprendre ce qui freinait les soignants à l'abord de la sexualité avec les patientes et par conséquent retardait le développement de la stimulation clitoridienne à visée antalgique. Maintenant, il me faut nécessairement d'affirmer mon hypothèse concernant l'influence de la culture.

1. Quel est votre parcours professionnel ?
2. Selon vous, qu'est-ce que la culture de la sexualité ?
3. Quels sont les facteurs qui ont structuré votre culture sexuelle ?
4. Comment la culture que vous avez reçue a-t-elle structuré votre pudeur ?
5. Comment était abordée la sexualité avec votre groupe culturel : famille et amis lorsque vous étiez plus jeune ?
6. Dans l'exercice de votre profession, abordez-vous la sexualité avec le patient ?
Qu'est-ce qui vous freine à aborder ce sujet ?
Qu'est-ce qui vous permet d'aborder ce sujet ?
7. En quoi votre culture a-t-elle des conséquences sur la prise en soin de la sexualité et sur le développement de certaines pratiques ?
8. Selon vous, la culture du patient est-elle un frein à l'abord de la sexualité ?
9. Selon vous, est-il plus facile de parler de sexualité avec un patient du même genre ?
Si oui, pourquoi ?
10. Est-ce que l'abord de la sexualité avec un patient vous renvoie à votre intimité ?
11. Votre pudeur a-t-elle des conséquences sur l'abord de la sexualité avec le patient ?
En quoi votre pudeur a-t-elle des conséquences sur l'abord de la sexualité avec le patient ?
12. Selon vous, comment pouvons-nous faire pour éviter que la pudeur ait des conséquences sur l'abord de la sexualité avec le patient ?
13. Pensez-vous que votre culture interfère avec votre identité professionnelle ?
En quoi votre culture interfère avec votre identité professionnelle ?
14. Selon vous, la formation en soins infirmiers et des formations complémentaires ont-elles un rôle à jouer pour améliorer la prise en soin de la sexualité ?

ANNEXE VI – ENTRETIEN N°1 (HYPOTHESE MEMOIRE)

Infirmière en médecine hépato- gastro-entérologie

- Cassandra :* Quel est ton parcours professionnel ?
- Infirmière :* Euh du coup j'ai été diplômée entant qu'infirmière en 2020 et j'ai commencé à travailler en médecine hépato-gastro au chu [REDACTED] qui à ouvert 8 lits de soins intensifs entre temps en médecine hépato-gastro-entérologie.
- Cassandra :* Selon toi, qu'est-ce que la culture de la sexualité ?
- Infirmière :* Euh ça passe par je dirai la socialisation primaire et secondaire, au cours de l'enfance par ce que nous apporte les parents, puis ensuite l'adolescence avec les amis, les fréquentations, ce que l'on va voir dans les médias, puis après tout au cours de la vie.
- Cassandra :* D'accord. Du coup, quels sont les facteurs qui ont structuré ta culture sexuelle ?
- Infirmière :* (Silence) C'est compliqué comme question ça... euh... je dirai d'abord au collège avec les amis euh le peu de cours que l'on a eu donc ça à pas jouer grand-chose là-dessus, après les premiers petits copains, ce que l'on voyait à la télé, les séries aussi qui ont pas mal joué là-dessus. Puis, après l'expérience de la vie.
- Cassandra :* D'accord. Comment était abordée la sexualité avec ton groupe culture : famille et ami en distinguant bien les deux ?
- Infirmière :* Dans l'enfance ou dans l'adolescence ?
- Cassandra :* Tu peux faire un débrief des deux.
- Infirmière :* D'un point de vue familial avec ma mère, c'était plutôt ouvert au-delà des 17 ans après plutôt tabou avant. Avec mon père à l'heure actuelle, c'est plutôt quelque chose dont on ne va pas parler mais si chacun sait que l'autre à une sexualité euh, c'est pas un sujet que l'on va aborder ou ça va plutôt être gênant. Après avec les amis, moi je suis plutôt ouverte là-dessus on va pas mal en parler des expériences euh, de tout ça.
- Cassandra :* D'accord. Dans l'exercice de ta profession, est-ce que tu abordes la sexualité avec les patients ?
- Infirmière :* Moi je travaille dans un service du coup où on a beaucoup de fin de vie donc des soins intensifs, la priorité actuelle dans la prise en charge c'est pas forcément la sexualité. Après euh, même chez les jeunes c'est quelques choses que l'on aborde pas vraiment. Après est ce que c'est le service qui fait ça ? Je peux pas vraiment te dire. (Rire) Après, nous les infirmières ont est plus dans le soin alors que les aides-soignantes, elles sont plus confrontées à l'intimité du patient, peut-être qu'elles en parlent plus facilement. Puis, on est une équipe que de jeunes diplômés.
- Cassandra :* D'accord, il y'a pas de soucis. Et toi, est ce qu'il y'a quelque chose qui te freine à aborder cette sexualité avec le patient ?
- Infirmière :* Bah je pourrai en parler avec certains patients après dans le milieu où l'on est, il y'a beaucoup des patients des milieux précaires où surtout les hommes peuvent être un peu... pervers où montrer leur attirance pour les infirmières ouvertement donc en parler ça pourrait être gênant. Après, on a déjà eu des jeunes femmes avec qui on pourrait en parler mais l'occasion ne s'est jamais présentée. On a des jeunes patients avec qui on ne va pas en parler parce qu'ils ont dans les 14 ans.
- Cassandra :* Du coup ça serait plus avec des femmes fin, entre guillemets si je pourrai dire le genre de patient avec qui tu te sentirais à l'aise pour en parler ça serait plutôt des femmes ?
- Infirmière :* Je serai plus à l'aise avec une femme plutôt qu'avec un homme. Après, ça dépendrait du contexte, du patient euh à proprement parlé.
- Cassandra :* Bien sûr. La culture du patient a-t-elle une influence si tu venais à aborder la sexualité avec lui ?
- Infirmière :* Du coup, oui je pense. Nous on a beaucoup de gens très précaires euh qui vont vite s'énerver, être dans la provocation que si c'est des personnes ouvertes qui cherchent vraiment des réponses ça sera plus facile.
- Cassandra :* Du coup, ça serait plutôt le milieu social qui aurait un impact ?
- Infirmière :* Oui je pense.
- Cassandra :* Est-ce que ta culture elle a des conséquences sur la prise en soin du patient ?
- Infirmière :* Ma culture dans la prise en charge sexuelle ou dans la prise en charge générale parce que sexuelle j'en parle pas ?
- Cassandra :* Du coup sexuel ça va être compliqué donc dans la prise en charge en générale ?
- Infirmière :* Oui, ça a un impact forcément puisque l'on ne va pas avoir les mêmes valeurs que tout le monde, on ne pas voir les gens de la même manière euh on peut faire des transferts sur les patients. Nous

on a beaucoup de patients qui ont des problèmes d'addictions donc euh en fonction de notre vécu, de ce que l'on, nos parents, notre famille, nos proches ont peu facilement émettre un jugement parfois sur le patient ?

Cassandra : Tu aurais un exemple qui illustre ça ?

Infirmière : Euh... moi dans ma famille, il y a beaucoup de personnes qui ont des problèmes d'alcoolisme au travail 95 pour-cent de mes patients sont là pour un problème d'addiction, c'est vrai que des fois quand on voit comment les femmes vont s'occuper de leur enfant et que nous faut les prendre en soin derrière. On avait une dame a qui on avait retiré la garde de son enfant parce qu'elle était violente à cause de l'alcool envers lui et il y avait les services sociaux qui nous avait demandé de témoigner pour cette dame comment elle était pour la récupération de son enfant et moi je me sentais pas capable de répondre à ça parce que je sais ce que l'alcool peut engendrer en vers un enfant.

Cassandra : D'accord. Euh du coup si tu venais à aborder la sexualité avec un patient est ce que cela te renverrait à ton intimité ?

Infirmière : Forcément un petit peu, c'est des choses relativement, faut s'impliquer dedans, faut parfois parler de nos expériences pour faire avancer le patient. Après ça va dépendre de quel conseil ça va être euh par exemple nous les moments où l'on pourrait parler de sexualité c'est plutôt chez les jeunes femmes qui ont des maladies de Crohn à qui on va poser une stomie. Elles vont se questionner sur la perception de leur corps, tout ça donc là ça me renverrait par forcément à mon intimité parce que ça me touche pas personnellement mais surtout d'autre cas probablement que oui.

Cassandra : Du coup ta pudeur si tu venais à aborder la sexualité avec le patient, est ce que ça aurait des conséquences ?

Infirmière : Sur ma pudeur ?

Cassandra : Enfin, est ce ta pudeur serait une conséquence du fait que tu n'arrives pas en parler ?

Infirmière : Je pense que oui parce que du coup euh avec les hommes ils vont nous regarder probablement différemment et c'est se dévoiler et pas forcément avoir envie d'être vu.

Cassandra : D'accord. Euh est ce que pense que l'on pourrait mettre quelque chose en place pour éviter que notre pudeur elle est trop d'impact dans cette prise en soin de la santé sexuelle ?

Infirmière : Plus en parler dans des consultations privées où c'est pas des patients chroniques que l'on va être amener à prendre en soin sur des longues périodes. Par exemple : si je parle avec un patient de sexualité, j'ai pas forcément envie d'être l'infirmière qui va le suivre les trois prochains mois sauf si l'entretien est bien vu et que le patient est comment dire bienveillant. C'est pas souvent enfin pas dans mon service.

Cassandra : Vous avez beaucoup de déviance sexuelle de la part des hommes ?

Infirmière : On en a pas mal, on a tout ce qui est, les personnes qui sont euh les addictions, on a les héroïnomanes qui sont très tactiles euh dans la manipulation même parfois sexuelle pour avoir ce qu'ils veulent. Les médicaments quand ils ont pas ça va être un peu agressif envers les femmes.

Cassandra : D'accord. Est-ce que tu penses que ta culture personnelle elle interfère avec ton identité professionnelle ?

Infirmière : Forcément parce que je vais avoir la même façon de prendre en charge un patient que mes collègues euh je le prends en charge avec mes valeurs, avec mon vécu et du coup j'aurai pas les mêmes réponses à lui apporter face à ses questions, face à ses doutes, face à ses angoisses tout ce que je vais lui répondre ça va avoir un impact avec ce que j'ai vécu moi et ce que je pense moi ce qui n'est pas forcément la même chose qu'une autre.

Cassandra : Bien sûr. Selon toi, est ce que la formation en soins infirmiers ou d'autres formations complémentaires elles ont un rôle à jouer pour améliorer la prise en soin de la sexualité ?

Infirmière : Je pense oui, bah déjà ils ont déjà fait quelque chose avec le service sanitaire qui pourrait être un plus orienté dans ce domaine-là peut-être que c'est fait maintenant en tout cas moi durant ma formation c'était très limité. Après, on pourrait apprendre à aborder ces thèmes-là. Après c'est pas la priorité des études d'infirmière euh enfin moi je vois par rapport aux étudiants que je prends en charge, enfin dont je m'occupe il y a d'autres choses à accentuer mais ça pourrait être une idée pour être plus à l'aise avec euh certaines questions et certaines problématiques qui vont se poser pendant leur carrière et les débuts de leur profession.

Cassandra : D'accord. Très bien. C'est tout pour moi. Merci.

ANNEXE VII – ENTRETIEN N°2 (HYPOTHESE)

Infirmier travaillant en psychiatrie

- Cassandra :* Quel est votre parcours professionnel ?
- Infirmier :* Alors j'ai mh j'ai fait un bac S après j'ai commencé médecine, après j'ai commencé génie civil, après j'ai commencé euh STAPS et après j'ai fait infirmier.
- Cassandra :* Et ça fait longtemps que vous êtes infirmier en psychiatrie ?
- Infirmier :* Ça fait 8 ans.
- Cassandra :* Vous avez été directement en psychiatrie après votre diplôme ?
- Infirmier :* J'ai fait un peu de chir, 6 mois de chir en gros et après je suis partie en psy.
- Cassandra :* Selon vous, qu'est-ce que la culture de la sexualité ?
- Infirmier :* La culture de la sexualité ? (Silence) la culture de la sexualité ?
- Cassandra :* Oui.
- Infirmier :* (Silence) Alors j'imagine que ça doit l'ensemble des euh, ça doit regrouper la vision que l'on a de la sexualité. (Silence) je pense que c'est tout ce qui se rapproche de la sexualité qui dépend de ce que l'on a appris, de notre éducation, de manière de voir ce qu'est la sexualité euh je ne sais pas particulièrement bien ce qu'est la culture de la sexualité.
- Cassandra :* Il y'a pas de soucis. Euh pour vous, est ce que la culture structure la pudeur ?
- Infirmier :* Oui.
- Cassandra :* Pourquoi ?
- Infirmier :* Non (rire). Alors en quoi ma culture structure ma pudeur ?
- Cassandra :* Oui.
- Infirmier :* Alors j'imagine (rire), la vision que l'on a de la pudeur elle dépend de ce que l'on a appris, de comment on a été éduqué et des interdits comme l'inceste ou l'incestuel toutes ces choses-là qui font euh que c'est quelque chose qui doit rester de l'ordre de l'intime et que oui j'imagine qu'elle peut être différente selon les cultures parce que (rire) tout dépend ce que l'on met derrière ces idées-là. La pudeur si (silence). La pudeur, oui, par exemple on dit que l'on ne doit pas apparaître nu devant nos enfants parce que c'est de l'ordre de l'inceste et de l'interdit de l'inceste du coup ça fait partie de ça. La pudeur, la sexualité ça doit rester de l'ordre de l'intime pour ces questions-là, c'est quelque chose qui n'est pas partageable. Pourquoi ? Je ne sais pas. C'est des questions compliquées. Vous savez la question du téton de la femme ça veut dire que l'homme que le téton de l'homme n'est pas quelque chose qui doit être cachée alors que le téton de la femme doit l'être parce que c'est quelque chose qui sert à donner à manger à l'enfant que c'est aussi en rapport avec la sexualité et on ne sait pas très bien pourquoi. J'avais lu un article une fois, une femme qui disait pour que l'homme rende son téton désirable il fallait qu'il le cache. C'est très compliqué je ne sais pas comment répondre simplement à cette question.
- Cassandra :* Vous m'avez donné pas mal d'exemples qui ont des éléments importants pour mon mémoire.
- Infirmier :* Bon
- Cassandra :* Comment était abordée la sexualité avec votre groupe culturel famille et ami bien distinguer les deux lorsque vous étiez plus jeune ?
- Infirmier :* (Silence) repose la question. Je peux te tutoyer ?
- Cassandra :* Oui il y'a pas de soucis. Comment était abordée la sexualité avec votre groupe culturel famille et ami lorsque vous étiez plus jeune ?
- Infirmier :* Donc la question de la sexualité. Donc avec mes parents ça a été euh je rentre dans les détails ?
- Cassandra :* C'est comme vous le sentez.
- Infirmier :* Je vais t'expliquer ma mère, elle était médecin, elle travaillait en protection maternelle et infantile donc la question de la sexualité c'est quelque chose qui est très importante dans le sens où ça permet aussi de lutter contre les grossesses prématurées c'est-à-dire de jeune femme donc c'est très instaurer dans sa culture à elle c'est-à-dire comme elle est médecin, elle travaille beaucoup la dedans du coup fallait parler de sexualité assez tôt pour justement éviter ces choses-là, pour éviter tout ce qui est maladie parce

qu'elle est dans la prévention donc les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses jeunes.

Cassandra : D'accord.

Infirmier : Donc ça c'est quelque chose qui a été dit très tôt mais ça quand même été mal dit parcequ'en tant que parent parler de la sexualité à son enfant, c'est quelque chose d'assez compliqué mais c'est dans les grandes bases. On m'a formé, on m'a expliqué ça assez tôt, qu'elles étaient les risques bah voilà. Et Avec mon groupe d'ami, c'est euh quelque chose que l'on découvre c'est subversif et qui abordé assez jeune surtout en tant que garçon ça passe par les vidéos pornographiques les trucs comme ça.

Cassandra : D'accord et avec votre père ? Il était dans le même dynamique que votre mère ?

Infirmier : Non.

Cassandra : Pas du tout ?

Infirmier : Non.

Cassandra : Il était plus réservé ?

Infirmier : Papa, c'était un petit mot de temps en temps, il m'a expliqué les préservatifs.

Cassandra : D'accord. Dans l'exercice de votre profession abordez-vous la santé sexuelle avec le patient ?

Infirmier : Alors oui, on l'aborde parce que ça s'impose à nous, ça s'impose au patient car c'est quelque chose d'essentiel dans la vie, c'est une domaine de la vie qui est vitale, qui fait partie des pulsions de vie donc c'est discuté régulièrement sauf que l'on a l'hôpital du coup euh mh il est question de l'interdiction des rapports sexuels qui a pu être vraie, j'en sais pas exactement où l'on est par rapport à ça mais nous dans le service on dit que en fait ça ne peut pas être interdit, ça a été abordé. La sexualité existe, on peut aussi occulter la sexualité mais là cette chose existe donc là les rapports sont autorisés, ils doivent être cachés, les rapports de même manière que la masturbation et toutes ces choses-là, ça doit être dans la chambre entre adultes consentants du coup, bien évidemment. On parle beaucoup du consentement parce qu'en psychiatrie c'est très difficile déjà à trouver dans des domaines très pragmatiques genre pour une douche, aider quelqu'un à prendre une douche faut déjà que la personne soit consentante, pour les injections de médicaments tout ça et pour la sexualité c'est encore plus relatif parce que du coup les patients n'ont pas forcément euh euh mh n'ont pas un avis éclairé là-dessus. On est quand même dans une population sensible du moins comment on dit fragile du coup c'est compliqué, du coup ça se pose souvent, on a quand même beaucoup de patients qui ont été violés quand ils étaient jeunes du coup et qui on va voir des mécaniques, ils vont reproduire enfin qu'ils vont tenter de reproduire inconsciemment donc voilà c'est des questions que l'on discute fréquemment avec les patients. Quand ça vient d'eux on va pas imposer la discussion c'est-à-dire que je pense pas avoir parler sexualité avec quelqu'un qui ne m'en jamais vraiment parlé mais si on en parle on réfléchit à ça ensemble, on explique les règles de bonnes pratiques en fait.

Cassandra : D'accord. Vous êtes dans la prévention et de l'éducation en fait ?

Infirmier : Dans la prévention, ouais.

Cassandra : Et euh qu'est ce vous permet d'aborder ce sujet parce que par exemple il y a d'autres soignants qui ne vont pas réussir à l'aborder, ça va les freiner alors que vous à ce que j'ai pu comprendre vous l'abordez facilement avec le patient donc qu'est ce qui vous permet d'aborder ça ?

Infirmier : Bah là écoute je pense qu'il y'a une question de relation de confiance pour avoir des sujets comme ça qui sont de l'ordre de l'intime. Euh mh j'ai plus de facilité à aborder ça avec un homme qu'avec une femme.

Cassandra : Et pourquoi plus facilement avec un homme qu'avec une femme ?

Infirmier : Bah dans la question de relation de confiance par rapport à des trucs comme ça qui sont intimes euh je pense que dans l'homme, entre homme (silence). On partage quelque chose, on partage déjà notre aspect d'homme ce qui est plus facile on est fait pareil. Euh mh je pense que ça joue beaucoup, on a un peu près les mêmes référentiels

culturels aussi, j'imagine que euh il y a pas n'ont plus cette relation qui peut euh mh cette relation de sexe opposée qui fait qui peut avoir mh c'est quelque chose qu'on comment dire (silence). Il y'a aussi toute la question du viol enfin du moins du viol qui soit symbolique qui fait qu'il y a une question de prédation entre un homme et une femme possiblement. Tu vois ou pas ?

Cassandra : Oui, oui, je vois.

Infirmier : Après prédation c'est pas le mot mais bref je vais t'expliquer c'est des choses qui par exemple j'aurai beaucoup moins de difficulté c'est-à-dire que moi c'est du long séjour donc les patients je les connais bien, j'aurai beaucoup moins de difficultés je crois c'est plus vrai encore en admission à euh rentrer dans quelques choses dans l'ordre de l'intime avec un homme, c'est-à-dire tout ce qui est intime, une douche aussi parce qu'on parlait tout à l'heure de la pudeur qu'avec une femme car il est question de sexe opposé quand même.

Cassandra : D'accord.

Infirmier : Qui fait que les enjeux sont différents.

Cassandra : Oui. La culture du patient a-t-elle une conséquence sur l'abord de la sexualité ?

Infirmier : Bah oui, après le problème c'est que l'on a pas défini la culture (rire), si la culture correspond à tout ce que l'on a appris, à tout ce que l'on a vécu clairement oui ça va influencer clairement si il s'est fait violer c'est très différent d'aborder la sexualité. Si le patient vient d'une culture, si on aborde la culture dans le sens où euh une culture qui va être défini par la géographie par exemple qui est maghrébin ou quoi qui a une culture religieuse un peu différente chez les patients on remarque pas trop ça, c'est plus vrai entre nous, entre soignant, c'est-à-dire que fin (silence) dans la religion musulman le sexe c'est encore plus tabou qu'il ne l'est dans la religion catholique donc en fait la culture du patient va influencer par rapport à ça, par rapport à leur religion, par rapport à tout ce qui est mh tout ce qu'il a vécu, à tout ça. Ça va comme réponse ?

Cassandra : Oui c'est très bien. La pathologie du patient est-elle un frein à l'abord de la sexualité ?

Infirmier : Oui (silence). Ça peut être un frein dans le sens (silence) ou chez les patients il y'a ce que l'on appelle dans la psychose une notion du corps à définir enfin une schématisation du corps qui est très différente par rapport à nous c'est-à-dire que c'est très prédominant, c'est-à-dire qu'il a une place très importante parce qu'il est mal j'imagine mal euh schématiser comme est mal schématisé le corps. Je ne sais si j'explique bien. Il y'a ça après c'est pas forcément un frein il y a aussi des patients très portés sur le sexe parce que c'est quelque chose de pragmatique, c'est des pulsions vitales donc de vie, et que du coup ça peut être très là, très présent et que du coup c'est plus facile à l'aborder car le patient en parle tout le temps. J'ai un exemple j'ai un patient qui, qui pense qu'il est devenu gay, je sais pas si on peut devenir gay comme ça, en tout cas lui il a choisi de devenir homosexuel parce qu'il avait peur de violer des femmes justement il sait dit je vais être homosexuel parce que les hommes auront du répondeur et je pourrai pas violer un homme de la même manière dont je pourrai violer une femme, tu vois ?

Cassandra : D'accord.

Infirmier : C'est des questions qui sont comme ça très particulières, ça peut être un frein dans l'abord, ce patient là il en parle tout le temps, lui le sexe c'est très important pour lui en même temps il a aussi, il a aussi des castrateurs chimiques on discute pour les retirer parce que les pulsions viennent trop fortes, c'est un patient qui a quand même violer au moins deux fois je crois.

Cassandra : D'accord.

Infirmier : Euh donc il en parle beaucoup, c'est vraiment un domaine qui est là pourtant il veut le cacher parce que lui ça lui fait peur la sexualité en même temps c'est la donc on en parle beaucoup. Il y'a des patients chez qui c'est très compliqué, j'avais un patient qui comme ça euh mh était autiste, il avait pas la parole et lui pour le coup il passait sa vie à se masturber et à s'uriner dessus moi je mettais sur le fait qu'il s'urine dessus une composante sexuelle, après c'est peut-être mes idées à moi aussi, je pense que en fait

qu'il savait pas ce que c'était réellement, il savait qu'il avait très envie de faire l'amour du coup, il se masturbait mais il savait pas comment finir du coup, je pense qu'il savait pas bien faire et du coup j'ai imaginé qu'en allant en Belgique aller voir une aidante sexuelle pour cet homme la ça aurait pu l'aider, la mère était très d'accord mais le médecin non parce qu'il avait pas la parole donc il parlait pas ou très peu et que du coup elle ne savait pas comment on allait pouvoir élaborer dessus, ça veut dire que l'on allait pas pouvoir en parler, il allait voir une aidante sexuelle ça aurait été quelque chose d'assez particulier j'imagine bien, tu vois ? Sauf que lui du coup j'avais l'impression qu'il y avait comme une sorte de manque par rapport à ça et donc lui pour le coup on ne pouvait pas aborder le sexe parce qu'il ne pouvait pas parler et donc il montrait vraiment qu'il avait cette envie-là, c'était assez particulier. Donc en fait ça dépend beaucoup des pathologies, ça peut être un frein comme ça peut ne pas l'être en fait.

Cassandra : En quoi votre culture a-t-elle des conséquences sur la prise en soin de la sexualité ?

Infirmier : Parce que du coup sur la question de la sexualité, il y'a tout ce que j'ai appris de sale de sexe quelque chose de tabou qui vient de la culture judéo-chrétienne. J'imagine du coup que c'est très nuancé c'est-à-dire que c'est les deux. (Silence). Parce qu'il y a la question du tabou qui vient de ma culture judéo-chrétienne et il y a aussi la question de l'importance de prévention qui vient de mes parents et du coup ça en a fait une sorte de mixte qui en a fait euh c'est les deux en fait.

Cassandra : D'accord.

Infirmier : C'est à la fois un frein, ça peut être moteur ça dépend qu'elle part de ma culture rentre en action à ce moment-là enfin qu'elle mélange ça fait.

Cassandra : En quoi l'abord de la sexualité avec un patient vous renvoie à votre intimité ?

Infirmier : J'imagine que oui (silence). Alors j'imagine que oui, alors j'imagine pas comme ça c'est pas quelque chose euh. Repose à la question s'il te plaît.

Cassandra : Il y'a pas de soucis. Est-ce que l'abord de la sexualité avec un patient vous renvoie à votre intimité ?

Infirmier : Clairement oui, ça l'est mais ça va rester de l'ordre du euh mh comment dire ? Il y'a aussi la posture professionnelle que l'on va prendre quand on va parler de ça euh ce qu'est de l'ordre de l'intimité ça dépend des soignants aussi moi je suis plus ouvert sur le partage de l'intime avec mes patients parce que l'ordre de l'intime ne doit pas rentrer dans le jeu de la discussion mais pour autant avec moi c'est moins vrai c'est-à-dire que moi je pense ce qui va faire la force d'un soignant en psy c'est l'authenticité. Je parlerai pas forcément de ça mais ça va me renvoyer quand on va discuter le truc enfin après tout dépend de ce que l'on appelle la sexualité aussi, mon patient que là jete parlais qui passe son temps à dire qui touchera pas à un enfant, moi j'ai un enfant bah ça va être de l'ordre de l'inconscient mais je sais que ça va interférer je sais pas tellement dans quel proportion mais ça interfère.

Cassandra : D'accord. Votre pudeur a-t-elle des conséquences sur l'abord de la sexualité ?

Infirmier : Oui aussi pour les mêmes raisons. Ce qui fait que ça va être plus compliqué pour en parler avec une femme qu'avec un homme euh oui.

Cassandra : D'accord euh pensez-vous que votre culture interfère avec votre identité professionnelle ?

Infirmier : Euh ouais, du coup aussi oui parce que la culture conditionne un peu aussi qui je suis, comment je réagi, qu'elles sont les choses qui vont me toucher, celles qui vont pas me toucher, ce qui va me sembler important, clairement oui. Pour moi la culture m'a constitué, je peux pas laisser ma culture de côté et arriver.

Cassandra : Bien sûr. Selon vous, la formation en soins infirmier et les formations complémentaires ont-elles un rôle à jouer dans la prise en soin de la sexualité ?

Infirmier : Clairement oui. Je sais pas exactement dans quelle mesure, moi mon idée personnelle c'est que justement, je peux rentrer dans le très abstrait ?

Cassandra : Oui.

Infirmier : Moi je pense que ça tant à faire ça dans notre société, on doit rentrer moins tabou la question de sexualité parce que on la rend tabou, on peut pas en parler suffisamment, il a énormément de problèmes qui sont liées à la sexualité dans pleins d'endroits, partout, enfaite tout le temps, les chiffres de l'inceste ne baissent pas, le chiffre de l'inceste ne change pas, enfaite il ya tellement de choses qui ne vont pas par rapport à ça que il faut forcément trouver des solutions. Je sais je rentre vraiment dans des trucs, le fait que les femmes en Ukraine se fassent violer que c'est utilisé comme une arme de guerre le viol, ça pose problème, le fait que il y est énormément comme ça de, l'affaire Weinstein tout ça aux États-Unis ça montre quand même que clairement qu'il y'a quelque chose de ça qui ne va clairement pas, c'est le devoir de la société de pallier à ces choses et que ça doit être fait d'une certaine manière et je pense que c'est par la prévention et bah détabouisé ça se dit pas mais euh pour mieux en parler et mieux gérer cette chose-là. Je pense que c'est rôle de la société de la même manière que c'est le rôle de nos formations c'est-à-dire que nous, la formation s'était très, je suis pas sûr que l'on est vraiment parlé, on a du en parler une fois en soins infirmiers.

Cassandre : Actuellement, on en parle toujours pas.

Infirmier : On en parle très peu ?

Cassandre : Oui, c'est l'anatomie et quelques pathologies et encore, surtout les IST puis c'est tout.

Infirmier : Voilà c'est ça. Mais quand on connaît l'importance de ce domaine-là dans la vie de quelqu'un, quand on sait tous les abus qui ont lieu dans ce domaine-là, clairement il faut en parler plus et mieux, puis c'est pareil on peut pas laisser les jeunes regarder de la pornographie, c'est pareil, l'accès à ça pour les jeunes tout ça c'est, ça biaise la vision de la sexualité, c'est-à-dire quand l'on voit des films pornographiques euh quand on sait qu'à 12 ans on peut voir des films pornographiques où c'est que des simulations de viol dans la plupart des films ou des trucs euh t'as vu le première épisode d'Euphoria ?

Cassandre : Non.

Infirmier : On reproduit des choses qui sont, c'est toujours la même question c'est-à-dire la femme est considérée comme un objet, il y'a quand même beaucoup ça dans la sexualité, il y'a quand même beaucoup ça dans le rapport homme femme c'est-à-dire que la dominance de l'homme (silence) enfin voilà bref.

Cassandre : D'accord. Merci, c'est tout pour moi, je n'ai pas d'autres questions.