

UNIVERSITE DE FRANCHE COMTE

ECOLE DOCTORALE « LANGAGES, ESPACES, TEMPS, SOCIÉTÉS »

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en

SCIENCES DE L'EDUCATION

**QUAND L'INFIRMIERE ECOUTE, CONSEILLE ET ÉDUQUE À LA SEXUALITÉ :
QUELLE FORMATION INITIALE ?**

Présentée et soutenue publiquement par

Martine GUINARD

Le 18 décembre 2009

Sous la direction de

M. le Professeur

Jean-Claude MANDERSCHEID

N° étudiant : 20408235

N° INE : 05du7e022v9

Membres du jury :

Professeur Monique ROTHAN-TONDEUR, EHESP, Dr du Département de Sciences Infirmières et Paramédicales

Professeur Chantal EYMARD, Université d'Aix- Marseille, Sciences de l'éducation.

Professeur Jean-Claude MANDERSCHEID, Université de Franche-Comté, Sciences de l'éducation

Professeur Pierre PLANTE, Université de Toulouse, Urologie- Andrologie

Réjean TREMBLAY, Dr en Psychosociologie, Université de Toulouse, sexologie

*À mes enfants,
Jules et Sylvain*

*À maman, mes sœurs et frère
À Sarah et ceux que j'aime*

À la mémoire de papa

*« Nous transportons avec nous le trouble de notre conception.
Il n'est point d'image qui nous choque
qu'elle ne nous rappelle les gestes qui nous firent. »*

Pascal Quignard¹

¹ Pascal Quignard « Le sexe et l'effroi » - Gallimard – Décembre 1997 -

Remerciements

Pour une praticienne en fin de carrière, prétendre à une recherche ne va pas sans avoir eu la chance de partager des tâches, des fonctions et des buts communs, parfois utopiques, avec de nombreux collègues. Plusieurs sont devenus des amis ; je tiens à les remercier chaleureusement. Sans cette solidarité et cette confiance réciproques, la lente évolution qui m'a conduite à ce travail n'aurait pas eu lieu.

Grandir en professionnalisme infirmier, lors de situations partagées, a été une source de réflexions communes, de conseils et d'évolution – Merci à Isaac et Catherine, Marina, Denise, Monique, Danièle, et François.

Travailler en équipe de santé publique, en réseau et en pluridisciplinarité m'a fourni l'occasion d'entrer dans la dynamique de la complémentarité et de découvrir la complexité de l'humain – Merci à Marthe, Svetlana, Odile, Hubert, Jacqueline, Michel, Marie-France, Annie, Annick, et Isabelle D. ...-

Développer le goût de transmettre aux plus jeunes qui saisissent le relais m'a entraînée dans l'interaction pédagogique et l'ouverture qu'elle apporte. Merci Armelle, Isabelle F., Stéphanie, Géraldine, David, Jean-Charles, Sophie, Christian, Emmanuel et Hygin...

Mon parcours professionnel a pu s'épanouir grâce à des enseignements universitaires exceptionnels - Mes remerciements respectueux s'adressent aux Professeurs A.Rougemont, P.Chastonay, F. Pontonnier, P.Plante, et aux enseignants qui ont suivi mon travail, O. Duperrex, B. Stoll et R.Tremblay.

Cette richesse de situations, d'études, de réflexions et d'innovations professionnelles, représente un renouvellement permanent. Il fut tel, par moments, qu'il m'est arrivé de m'y égarer... Ainsi, l'idée de ce travail s'est peu à peu imposée!

Élaborer cette recherche pour conjuguer des apports infirmiers avec des approches de santé publique et de sexologie, trois domaines nourris conjointement par les sciences humaines et biomédicales (et aussi statistiques!), a pu se poursuivre grâce à la tendre disponibilité et à la grande compétence de Réjean Tremblay, que je remercie tout particulièrement. Je suis aussi reconnaissante envers Hubert, pour sa collaboration, et à Emmanuel, Sylvain et Olivier pour leurs conseils avisés.

Le soutien affectueux de ma famille et de mes amis, qui ont aussi accepté ma longue indisponibilité, m'a permis de cheminer avec un minimum de stress. Je tiens à saluer chaleureusement Michelle, qui m'a offert si souvent son hospitalité et l'atmosphère propices au travail de sa maison savoyarde.

La chance de pouvoir inscrire cette recherche dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'éducation m'a été offerte par J.C. Manderscheid, qui n'a jamais remis en question la confiance qu'il m'accorde. Je lui en suis très reconnaissante.

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
1 PROBLEMATIQUE : INTEGRATION DU DOMAINE DE LA SEXUALITE DANS L'EXERCICE INFIRMIER	7
1.1 MISSIONS ET FONCTIONS CONFIEES A L'IDE	7
1.2 COMPETENCES ATTENDUES ET APPRENTISSAGES POUR ATTEINDRE CES BUTS	9
1.3 LE CONTEXTE CULTUREL ET PROFESSIONNEL.....	10
1.4 LA REALITE EPIDEMIOLOGIQUE ACTUELLE.....	10
1.5 APPROCHE D'UNE CONSTRUCTION SOCIALE DE LA SEXUALITE.....	10
1.6 UN QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL DE DEPART.....	10
2 METHODOLOGIE D'ANALYSE	10
2.1 UNE TENSION ENTRE PLUSIEURS POLES	10
• SEXUALITE EN SOINS GENERAUX, SPECIALISES ET EN SANTE PUBLIQUE	10
2.2 L'ANOMIE : UN OUTIL SOCIOLOGIQUE	10
2.3 L'ANOMIE : MODELE D'ANALYSE.....	10
2.4 HYPOTHESES	10
2.5 PLAN DE RECHERCHE	10
3 ANALYSE DES DONNEES	10
3.1 DEFINITIONS DE LA SEXUALITE ET DE LA SANTE SEXUELLE.....	10
3.2 LA DEMARCHE DE SOIN	10
3.3 MODULES DE PATHOLOGIES	10
3.4 LA DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE	10
3.5 LA RELATION D'AIDE	10
4 PROPOSITIONS POUR UNE FORMATION INITIALE DES INFIRMIERES A L'ECOUTE, LE CONSEIL ET L'EDUCATION SEXUELLE.....	10
5 CONCLUSION : L'ANOMIE SEXUELLE DANS LA FORMATION INFIRMIERE	10
6 .TABLE DES FIGURES.....	10
7 TABLE DES SIGLES UTILISES.....	10
8 BIBLIOGRAPHIE.....	10
9 DOCUMENTS EN ANNEXE	10
9.1 ANNEXE 1 - DECRET N° 2002-194 DU 11 FEVRIER 2002 RELATIF AUX ACTES PROFESSIONNELS ET A L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIER.....	10
9.2 ANNEXE 2 - LISTE DES DIAGNOSTICS INFIRMIERS APPROUVES PAR L'ANADI	10
9.3 ANNEXE 3 - CONGRES DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE SANTE PUBLIQUE.....	10
9.4 ANNEXE 4 : ENSEIGNEMENTS ÉLÉMENTAIRE ET SECONDAIRE	10
9.5 DONNEES D'ENQUETE 1 : ENTRETIENS DE FORMATEUR	10
9.6 DONNEES D'ENQUETE 2 :	10
9.7 EXEMPLES DE FICHES : POUR UNE POPULATION D'ADOLESCENTS DE LYCEE D'ENSEIGNEMENT GENERAL 10	10
9.8 BESOINS FONDAMENTAUX SELON VIRGINIA HENDERSON.....	10
9.9 PYRAMIDE D'ABRAHAM MASLOW	10

Introduction

« On se préoccupe souvent de la conscience corporelle d'une personne handicapée. On crée des pôles d'activités pour l'aider à découvrir son propre corps, sa sensualité et ses possibilités, à sentir les bienfaits de l'eau, à se situer corporellement et psychologiquement dans l'espace. Pourtant, lorsque celle-ci a la capacité et le désir de construire son environnement affectif et sexuel, elle fait surgir une bourrasque paniquante sur des flots de tabous... Jamais personne ne pourra dans les métiers du secteur sanitaire et social refermer l'esprit serein la porte sur le germe même de la vie que constitue la floraison de l'amour du coeur et du corps ». Yves Lacroix [64]

Les infirmiers observent souvent une difficulté des patients, à évoquer l'aspect sexuel de leurs problèmes de santé. En effet, lors de soins relationnels d'aide, à l'accueil comme en éducation individuelle ou dans l'accompagnement, ils sont souvent confus et se heurtent à la difficulté de formuler leur demande, concernant une problématique sexuelle. Les exemples ne manquent pas de situations très diverses, telles qu'une demande d'I.V.G. (interruption volontaire de grossesse), un suivi de contraception, un dépistage IST- Sida (infection sexuellement transmissible), une consultation d'urologie pour dysfonction érectile etc... Il semble qu'il soit difficile dans les soins d'approcher l'intime quand le sexuel est en jeu.

Il est intéressant aussi d'entendre les commentaires et questions des infirmières scolaires dont l'exercice professionnel s'adresse à l'individu mais aussi au collectif. Ainsi, elles constatent régulièrement que les élèves accueillis à l'infirmerie n'ont pas intégré les séances d'éducation sexuelle conduites en classe. Elles sont amenées à en reparler longuement en relation duelle ou en très petits groupes. Par ailleurs, elles évoquent leurs propres difficultés en relation éducative, ou de soins, auprès d'une victime ou d'un auteur de violences sexuelles ; elles remarquent une confrontation à leurs propres émotions et opinions personnelles, alors qu'elles sont préparées à intervenir et à parler collectivement en prévention sur ce thème.

Attentes, non dits, évitements, contradictions paraissent inhérents à la sexualité dans la pratique professionnelle infirmière, alors que le monde ambiant occidental a proclamé la libération sexuelle et que l'évolution des techniques biomédicales concerne aussi ce domaine. Pourtant l'infirmière soigne et prend soin de la personne dans de nombreuses situations où le corps est à nu et dévoilé. Des textes et recommandations internationales, des lois françaises ou articles du code de santé publique font d'ailleurs référence à la sexualité comme domaine de prévention, de soins et de droit des individus.

Ainsi, nous souhaitons rechercher au coeur de la formation infirmière et des questions des étudiants ou jeunes diplômées, ce qui permet d'aborder professionnellement ce domaine de la vie.

Nous proposons, au cours de ce travail, d'étudier la préparation au rôle infirmier dans l'accompagnement, le conseil et l'écoute de la sexualité. Nous analyserons ainsi le rôle de tout (e) infirmier (ère), dans la diversité de l'exercice professionnel : auprès des patients ou de personnes handicapées de tout âge, à l'occasion de soins de base et relationnels, dans les services d'hospitalisation, les lieux de vie spécialisés ou à domicile, ainsi qu'auprès des enfants et adolescents en milieu scolaire, que ce soit en situation collective ou individuelle.

Cette étude consiste à chercher s'il y a, ou non, une cohérence entre les orientations formulées dans les recommandations internationales et les textes officiels français qui définissent le rôle de l'infirmier (ère) et la formation initiale qui lui est apportée pour accompagner, conseiller et écouter, la personne dans le domaine spécifique de la sexualité. Ce travail questionnera également la formation de l'I.D.E. (infirmière diplômée d'état), dans sa capacité à faire face à la réalité de l'accompagnement de la personne dans le domaine de la sexualité.

Dans un premier temps, nous tenterons de définir un cadre théorique capable d'éclairer les éventuelles contradictions entre les textes définissant le rôle IDE ans l'écoute, l'éducation et le conseil en matière de sexualité, et de repérer si le contenu de la formation initiale permet à l'IDE d'assumer ce rôle.

Dans un deuxième temps, nous proposerons, selon les résultats d'analyse, un réaménagement de la formation initiale.

1 Problématique : intégration du domaine de la sexualité dans l'exercice infirmier

Aborder la sexualité dans l'exercice infirmier revient, entre autres questions, à interroger les missions et fonctions attendues et la formation des étudiants pour atteindre ces buts. Un autre versant à étudier est celui du contexte des problèmes de santé en lien avec la sexualité.

1.1 Missions et fonctions confiées à l'IDE

Des recommandations internationales orientent l'exercice professionnel infirmier selon une approche globale et transversale de la santé, de la prévention à la réadaptation, incluant le soin et la promotion de la santé. L'infirmier intervient en individuel comme en collectif.

En France, les missions et fonctions spécifiques sont définies et détaillées dans le Code de la Santé Publique (Annexe 1), et les modalités pour acquérir le diplôme d'état d'infirmier (ère) y sont également inscrites.

1.1.1 Au niveau mondial : des missions préventives, curatives et de réadaptation

L'organisation mondiale de la santé a donné une définition de la mission et des fonctions infirmières en 1973² lors de l'Assemblée mondiale de la santé : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.»

² Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 and 54.12) de 1993, réactualisées en 2002, à propos des missions des Soins infirmiers (en)

1.1.2 Le diplôme d'état infirmier en France

Le premier Diplôme d'Etat infirmier français date de 1942. Puis, en 1978, un nouveau diplôme formalise, d'une part, le rôle propre infirmier comme action indépendante par une contribution particulière au développement de la santé et, d'autre part, la participation aux actions de prévention, éducation de la santé, formation et encadrement. Enfin, en 1993, le diplôme actuel s'inscrit dans la polyvalence des soins psychiatriques, généraux et de santé communautaire. En Europe, une licence infirmière inscrit la formation dans une filière universitaire dans laquelle s'acquièrent des unités de compétences. Un nouveau programme d'études est expérimenté à partir de septembre 2009, en parallèle d'une filière universitaire en soins infirmiers.

Le décret de compétences de 2002, repris dans le code de Santé Publique au titre III (Annexe 1), formalise le diagnostic infirmier et la démarche de soin par résolution de problèmes. Il clarifie la réglementation des modes d'exercice infirmier ainsi que le rapport médecin infirmier. Il précise aussi une orientation de soins de santé communautaires ou pour des groupes de personnes.

Le D.E. (diplôme d'Etat) français reconnaît que l'infirmier assume ses rôles pour « répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation. » Ainsi, « l'infirmier polyvalent est apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. » Par ailleurs « Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :...6 : Education à la sexualité ;7 : Participation à des actions de santé publique. »(Article R. 4311-15). Enfin, il « doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité. »[77]

La reconnaissance institutionnelle du professionnalisme infirmier et les modalités d'obtention du Diplôme d'Etat infirmier sont détaillées dans le Code de Santé Publique. Ce dernier tient compte des orientations institutionnelles européennes et mondiales en direction des infirmières et des recommandations de l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé). Exécutante des prescriptions médicales, l'IDE exerce aussi un rôle propre dans l'approche globale des besoins fondamentaux de la santé. L'observation et l'analyse de ces derniers lui permettent d'élaborer des diagnostics infirmiers selon une démarche de soins infirmiers. La formation délivrée à partir de 1993 prépare les futurs infirmiers à ces nouvelles responsabilités.

La sexualité est abordée à l'occasion de certaines pathologies, en soins comme en prévention et en éducation comme l'indique le Code de Santé Publique [77] dans l'article cité précédemment. En effet, « l'infirmier propose,

organise ou participe à des actions (...) de formation, de prévention et d'éducation notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires, de prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective notamment pour ce qui concerne la lutte contre les MST, le SIDA (...), l'éducation sexuelle... »

Comme pour tout professionnel de santé publique, la formation situe les futurs infirmiers dans la participation aux programmes de prévention des grands problèmes de santé. L'I.D.E. est ainsi concernée par les recommandations internationales et européennes sur les problématiques liées à la vie sexuelle. En France, l'infirmière fait partie des acteurs de la prévention relative à trois thèmes où la sexualité est en jeu : la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et sida, l'accès à la santé reproductive dont la contraception et la prévention des maltraitances dont les abus et violences sexuels.

Être infirmier diplômé d'état, c'est aussi être en confiance personnelle avec soi-même, en ses compétences et aptitudes professionnelles pour exercer sa mission de façon autonome, sur prescription et selon son rôle propre. De plus, et en particulier pour les I.D.E. de santé publique, il est nécessaire d'être à l'aise dans l'exercice en collaboration et en réseau avec les divers professionnels sanitaires et sociaux, pour mettre en œuvre des programmes d'actions de santé publique ou communautaire.

1.1.3 La sexualité en soins généraux ou spécifiques et en santé publique

Dès l'entretien d'accueil de patients souffrant de pathologies diverses, et non exclusivement liées aux fonctions sexuelles, il arrive que les personnes soignées posent des questions, expriment des préoccupations ou manifestent une gêne à propos de la sexualité. Il en est de même pour les groupes de personnes auprès desquelles l'infirmière mène des actions de santé publique.

L'accompagnement à la santé, l'écoute, le conseil et l'éducation font partie des actes infirmiers. Ces actes sont inclus dans les programmations de soins techniques et relationnels en service de soins généraux ou spécialisés pour des problèmes de santé liés à la sexualité, comme en prévention de ces derniers. Dans ces différents cas, ils apparaissent dès la formulation des objectifs de soins ou d'interventions de santé publique.

Il arrive, cependant, que des questions ou manifestations d'inquiétude émergent spontanément à l'occasion de soins généraux et ou de programmes divers de prévention. Ils dépendent alors particulièrement de la qualité du soin relationnel.

1.2 Compétences attendues et apprentissages pour atteindre ces buts

Pour obtenir le diplôme d'état, tout en bénéficiant d'un enseignement sur les pathologies, l'étudiant infirmier poursuit un parcours de formation spécifique

en direction d'une mission de santé globale auprès des personnes ou groupes de personnes ; cette mission est déclinée en plusieurs fonctions et tâches.

1.2.1 Des axes individuels et collectifs

Il est possible de repérer, dans la cohérence de la formation professionnelle, que l'apprentissage en travaux dirigés et pratiques comme en stage, s'effectue selon des axes d'actions différents, pour répondre aux problèmes de santé. Les référentiels de formation, les fiches techniques, les travaux pratiques et grilles d'évaluation des étudiants révèlent deux axes de soins individuels, dont celui des techniques de soins et celui du soin relationnel, et un axe de santé publique destiné à contribuer à la santé des populations. Les premiers axes, individuels, sont enseignés de façon spécifique au futur infirmier, le troisième évolue dans une approche commune à divers professionnels de santé publique. Par ailleurs, l'apprentissage infirmier concerne aussi le travail en équipe et ou en réseau.

1.2.2 D'auxiliaire médicale au rôle propre pour une santé globale

« Soigner » est concomitant, pour l'infirmière, de « Prendre soin » et conjugue les soins relationnels aux soins techniques, qu'ils soient spécifiques à une pathologie ou liés aux besoins de santé de la vie quotidienne.

L'exécution de prescriptions se double d'un rôle clinique propre. Ainsi, les soins techniques spécifiques à des pathologies où la sexualité est en jeu s'inscrivent, comme pour tout autre problème de santé, dans une démarche de soins caractérisée par une approche du type « résolution de problèmes ». Elle a été construite et réajustée régulièrement au niveau international par un collectif d'infirmières, sous l'égide de Florence Nightingale puis Virginia Henderson et Marie-Françoise Collière. [26]

L'observation des besoins fondamentaux de la personne constitue la particularité de la clinique infirmière. Ces derniers sont étudiés en formation, selon le modèle privilégié de Virginia Henderson[52] (Annexe 8), composé d'une liste de 14 items détaillés. Cependant, bien que moins utilisé, le modèle pyramidal de Maslow[85] (Annexe 9) permet une autre compréhension des besoins et de leur intrication, notamment dans le domaine de la sexualité. Ces données cliniques et leur analyse constituent les éléments d'une mise en problèmes à partir de laquelle il est possible de déterminer des diagnostics infirmiers choisis parmi un répertoire commun qui les liste et les décrit. Des objectifs prioritaires sont alors établis pour répondre aux problèmes de santé élaborés et constituent la base d'une programmation de soins qui planifie une série d'actions concrètes évaluables.

Précisons que, parmi les diagnostics approuvés par l'A.N.A.D.I., deux sont spécifiques à la sexualité et deux autres font référence au viol.

1.2.3 La santé d'une population, de l'amont à l'aval

Plusieurs problématiques de santé sexuelle sont prises en charge préventivement et en promotion de la santé. Selon l'OMS [107], la prévention en santé publique consiste à intervenir sur les différents déterminants risquant d'entraîner ou aggraver des problèmes de santé. Le niveau primaire lutte contre l'apparition des facteurs de risques ayant un lien épidémiologique démontré avec une pathologie (exemple : les relations sexuelles avec des partenaires multiples, sans utilisation de préservatifs, constituent un facteur de risque d'IST-Sida). Le niveau secondaire se situe dans un repérage précoce d'une atteinte à la santé ; il s'agit notamment de dépistage et de lutte pour limiter l'aggravation et la durée de la maladie (pour une infirmière ayant subi un accident sanguin hospitalier, le dépistage précoce du VIH dans le sang et la trithérapie prescrite immédiatement élimine le risque de contamination). La prévention tertiaire cherche à prévenir les rechutes ou les complications et englobe aussi la réadaptation et réinsertion (la surveillance régulière des constantes et bilans sanguins permet de repérer les maladies infectieuses opportunistes gravissimes pour le patient atteint de sida).

De l'amont à l'aval, les facteurs qui déterminent la santé individuelle et la santé d'un groupe sont classés en quatre catégories. La première est biologique et regroupe les éléments physiologiques, génétiques et infectieux. La deuxième catégorie concerne les déterminants environnementaux, physiques, sociaux et psychologiques. Dans la troisième se décline le comportement, qu'il soit individuel, groupal ou au travail. Enfin la catégorie des ressources est déterminante par la présence ou non des structures de prévention, de soin et de réadaptation.

Lorsqu'un problème de santé spécifique apparaît, un diagnostic de santé pour la population donnée peut être élaboré à partir de plusieurs sources de données qui repèrent les différents déterminants en cause dans ce problème. Elles sont issues des demandes de la population, de l'observation des professionnels sanitaires et sociaux et des données épidémiologiques [131]. Ce diagnostic permet de repérer des priorités sur lesquelles il faut agir, puis de construire un programme d'actions de santé parmi lesquelles l'éducation à la sexualité peut trouver place. Les actions de santé publique sont choisies selon des critères de faisabilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et d'efficacité. Elles se complètent et se combinent les unes aux autres pour atteindre les différents déterminants et toucher à la fois le public et professionnels concernés.

L'OMS et l'ONU- Sida ³ proposent des recommandations pour construire des programmes d'actions complémentaires dans la lutte contre le VIH-Sida,

³ WPR/RC47.R6

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

comme pour les autres grandes luttes internationales concernant les problèmes de santé sexuelle.

1.2.4 Concepts infirmiers pour une approche de la sexualité

Ce sont les conduites sexuelles qui font l'objet d'une transmission de connaissances destinées à alimenter l'observation clinique des besoins fondamentaux. [168] Une distinction est opérée entre le biologique de la reproduction et la psychologie de la sexualité. Sur le plan biologique, la sexualité est un « ensemble de phénomènes et comportements mécaniques, hormonaux et métaboliques liés à la reproduction de l'espèce. » Par ailleurs, c'est la théorie psychologique psychanalytique exclusivement qui fonde la compréhension de la sexualité, de son développement et des conduites sexuelles. Il s'agit de la « manière d'être du sujet vis-à-vis de son propre sexe et du sexe opposé. »

Une autre distinction est indiquée entre « sexuel » et « génital » :

« On appelle sexuelle toute recherche de plaisir, liée ou non aux besoins fondamentaux.

On appelle génitale la recherche du plaisir liée aux seuls besoins fondamentaux.

La génitalité, c'est ce qui concerne le plaisir de l'appareil génital, c'est-à-dire la sexualité adulte. Pour l'atteindre, il faut que l'enfant ait acquis une relation d'Objet - donc non fusionnelle - (...) et qu'il ait dépassé l'Oedipe et l'angoisse de castration (...). Durant l'enfance, les pulsions pré-génitales (ou partielles), à savoir orales, anales et phalliques, seront successivement la source de plaisir. Elles seront ensuite intégrées sous forme de plaisir préliminaire à la génitalité. »

L'apport de Jean Piaget [129 et 130], dans le cadre d'une approche de la psychologie génétique permet de comprendre que le développement n'est pas une accumulation linéaire de connaissances mais une succession d'étapes, de complexité croissante, dont le passage de l'une à l'autre varie d'un enfant à l'autre, mais dans un ordre constant. « Débutant avec quelques schémas⁴ innés essentiellement sensori-moteurs, l'enfant en acquiert progressivement d'autres qui deviennent de plus en plus complexes et mentaux »[166], il n'atteint des conduites intellectuelles supérieures qu'entre 11 et 14 ans.

Les travaux de John Money [100] sur le développement et la construction du genre féminin ou masculin, selon des cartes affectives, ne constituent pas une ressource scientifique connue dans la formation infirmière, alors que l'approche anthropologique pourrait l'inclure. Pourtant, ces travaux apporteraient une

⁴ Schéma : en psychologie, cette notion désigne une représentation ayant un statut intermédiaire entre l'image concrète et le concept. En psychologie génétique et particulièrement chez Piaget, l'expression est principalement employée pour désigner des montages idéo-moteurs transposables et généralisables.

compréhension des normes sexuelles du DSM IV (p 204), notamment sur les paraphilies. [101]

1.2.5 Corps infirmier et Soins de Santé Primaire

L'approche des soins de santé primaire constitue, pour l'OMS, la fonction essentielle de santé. Selon la déclaration d'Alma-Ata - en septembre 1978 - [105], ces soins « doivent comprendre, au minimum, une éducation sur les problèmes de santé (méthodes de prévention et de lutte contre les maladies); la promotion de bonnes conditions et de bonnes règles de nutrition; un approvisionnement suffisant en eau et des mesures initiales d'assainissement; la protection maternelle et infantile (comprenant la planification familiale); les vaccinations contre les grandes maladies infectieuses; la prévention des maladies et lésions courantes, la fourniture de médicaments essentiels.»

L'OMS estime que le corps infirmier représente « un personnel en position de proximité et stratégiquement déterminant pour les soins de santé primaire.»

Cette évolution en direction de ce qui a été qualifié « santé communautaire » est une orientation de proximité de la santé publique. Les progrès accomplis grâce à cette dynamique ont engendré une conférence internationale à Ottawa (en 1986) qui a proposé le programme « La santé pour tous en l'an 2000 » [114]. Une charte [105] de promotion de la santé a été élaborée et fait toujours référence. Il s'agit d'un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. »

1.2.6 Au sein d'une équipe hospitalière et d'un réseau de santé publique

Lors des relèves hospitalières et / ou ambulatoires, la communication médicale et paramédicale ainsi que la communication pluridisciplinaire peut inclure des informations sur la sexualité, car elle fait partie des besoins fondamentaux de la personne.

De même, le réseau de professionnels auquel appartient l'infirmière de santé publique peut être interpellé à ce sujet par des questions d'anthropologie, de psychologie, de sociologie, de droit et d'éthique. Autant de disciplines en sciences humaines qui sont abordées en formation initiale infirmière en lien avec le concept de santé globale.

1.3 Le contexte culturel et professionnel

Tout professionnel ou étudiant infirmier évolue dans un environnement culturel. Dans le domaine de la sexualité, celui-ci a évolué, depuis la période où les formateurs des IFSI ont eux-mêmes été formés et la période actuelle que vivent les étudiants.

1.3.1 Aperçu historique sur la formation initiale

Autrefois, une distinction était opérée entre le corps et le psychisme ; l'entrecroisement psychosomatique était à peine esquissé. Aujourd'hui, la formation infirmière est basée sur une approche holistique de la santé. Un seul et même cursus prépare les futurs professionnels aux soins psychiatriques et aux soins généraux.

Un enseignement de santé publique est aussi inclus dans cette formation initiale polyvalente, comme dans le diplôme de cadre de santé. Il n'existe pas de spécialité d'infirmière de santé publique en France. Précisons pourtant que l'infirmière travaille auprès de l'individu ou de groupes d'individus ; elle peut donc exercer ses missions autant en service hospitalier, lieu de vie spécialisé ou à domicile, qu'en médecine du travail, milieu scolaire, ou autres collectivités.

Au-delà de l'exécution des prescriptions médicales, les tâches dites de « nursing » ont évolué vers le rôle propre infirmier de « prendre soin » de la personne dans ses besoins fondamentaux. Une clinique infirmière s'est développée, constituant une très large part de sa formation et de ses fonctions.

Ainsi, une partie seulement de la formation est structurée autour des pathologies classées selon les grandes fonctions de l'organisme. L'autre partie est constituée par l'approche des sciences humaines, l'enseignement de la démarche de soins, et la démarche de santé publique, fondamentale pour préparer les infirmières à leurs missions et fonctions.

1.3.2 Un contexte social d'évolution au regard de la sexualité

L'histoire de la sexualité du demi-siècle passé révèle une évolution que l'on retrouve dans la qualification de problèmes de santé, la formation et les recommandations professionnelles. Elle se manifeste aussi dans le vécu des étudiants et de leurs formateurs.

1.3.2.1 Des pathologies et des problèmes de santé où la sexualité est en jeu

De longue date, les deux spécialités qui ont fait surgir, en formation et pratique infirmière, des problèmes spécifiques à la sexualité sont l'étude des pathologies infectieuses et la gynécologie.

L'enseignement des pathologies infectieuses intègre les maladies vénériennes. Autrefois, celles-ci se présentaient fréquemment à l'hôpital, à des stades avancés de leurs tableaux cliniques. Elles effrayaient par leur caractère épidémique, mais aussi parce qu'elles représentaient des conduites « amORALES ». Les mesures de santé publique, hygiénistes et enseignées en cours de droit (déclarations obligatoires, structures de prévention et de dépistage), avaient pour but de les circonscrire et d'orienter les patients et populations à risque (comme les prostituées), vers des soins et une prévention qui leur étaient spécifiques. Après une période où il a semblé possible de vaincre définitivement ces maladies, leur résurgence, voire leur flambée, conjointement à l'apparition tragique du sida, a nécessité l'organisation d'une lutte totalement différente, orientée autant contre la discrimination éventuelle que sur la prévention, les soins et leur accessibilité. La population est alors interpellée dans son ensemble par des campagnes médiatiques et très orchestrées où chacun est appelé à être acteur aux côtés de tous les professionnels de santé.

La gynécologie obstétrique, au-delà d'une morbidité et d'une mortalité des parturientes (autrefois importantes), dévoilait aussi les problèmes de grossesses de femmes célibataires ou de mesures de contraception peu fiables comme les conséquences gravissimes d'avortements clandestins. À l'évocation ou au constat de ces problèmes, l'énoncé de jugements moraux n'était pas rare. Aujourd'hui, cette spécialité englobe une tout autre réalité, en lien avec l'évolution des techniques biomédicales et dans un contexte de sécurité obstétricale. D'une part, le droit a libéralisé la contraception et l'interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse. L'avènement de « la pilule du lendemain » (Loi du 4 juillet 2001 [75] que l'infirmière scolaire peut délivrer elle-même a modifié la relation professionnelle infirmière avec les jeunes mineures en danger qui la lui demandent. Ces évolutions ont contribué à l'externalisation de ces problématiques du champ hospitalier. D'autre part, les progrès incessants de la procréation médicalement assistée (PMA) ont permis en France, depuis le premier « bébé-éprouvette » en 1982, 200 000 naissances par FIV (fécondation in vitro), à des couples jusqu'alors stériles. Les réflexions éthiques sont ainsi réactivées sur des réalités problématisées antérieurement comme le droit des mineurs et de leurs parents. Alors que de nouvelles problématiques suscitent des débats, choix et lois éthiques, comme au sujet des embryons surnuméraires, ou le don d'ovocytes, ou encore l'âge limite pour une femme de prétendre à une PMA.

Aujourd'hui, l'association internationale infirmière a élaboré une approche professionnelle holistique des pathologies sexuelles infectieuses, mais aussi de la santé sexuelle et reproductive selon le genre. S'y inscrivent ainsi, du côté féminin et infantile, les maltraitances et violences sexuelles, et, du côté masculin, les problèmes de dysfonctionnement érectile en urologie. Cette distinction du sexuel et de la reproduction est nouvelle et permet d'envisager dans les soins une approche du plaisir sexuel. L'association internationale assure ainsi le relais des recommandations spécifiques formulées par les grands organismes internationaux (OMS, ONU et UNESCO) engagés dans les luttes contre la pandémie sida et les IST, contre les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants, et une approche de la santé sexuelle et reproductive liée au genre.

1.3.2.2 Etudiants infirmiers et contexte social de la sexualité

Selon A. Giami [47]: « C'est à partir des années 60 qu'il y a eu la révolution sexuelle, l'orgasme devient la principale raison de l'activité sexuelle au sein du couple parce qu'il participe au bien-être de l'individu, alors que la procréation va au second rang, ou devient un obstacle d'après l'étude de Masters et Jonhson [86]. On parle désormais de la santé sexuelle (OMS) et de la santé reproductive. »

L'avènement de la contraception (loi dite Neuwirth de décembre 1967) [73], le mouvement des femmes contre la loi interdisant l'avortement, suivi de la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse (Loi Simone Veil en 1975) [74], et son corollaire abrogeant la pénalisation des avortements clandestins, ont été autant d'occasions de nourrir une grande effervescence dans les discussions d'élèves infirmières. Ces conquêtes ont contribué à une mutation importante de la vie sexuelle des femmes qui, désormais, ont pu planifier les naissances et acquérir une liberté individuelle. La très grande majorité des étudiants infirmiers étant féminine a découvert et s'est approprié, peu à peu, cette « révolution sexuelle ». Très tôt, nombre de jeunes filles ont perçu que leur diplôme leur ouvrait la possibilité d'entrer dans une vie de femme indépendante et autonome. Certaines d'entre elles vivent en couple homosexuel et envisagent, aujourd'hui, de faire appel à la fécondation in vitro, à l'étranger, lorsqu'elles désireront des enfants. Les principes moralistes et religieux en vigueur autrefois, et appliqués aux élèves elles-mêmes, ont donc été progressivement remis en cause au sein des IFSI.

Parallèlement, les connaissances apportées par les sciences sociales pour fonder et développer une approche holistique de la personne, ont modifié le regard sur la sexualité. Ainsi, la distinction des rôles selon le genre masculin et féminin a été relativisée et non plus considérée comme innée : « Les droits de l'homme, les droits de la femme et les droits de

l'enfant, érigés en socle de valeurs fondatrices, ont sculpté notre sensibilité collective. » [47] Par ailleurs, dans ce contexte d'évolution occidentale, la sexualité a pu être abordée distinctement de la procréation : « La médecine accomplit de tels progrès qu'on peut non seulement faire l'amour sans faire des enfants, mais aussi faire des enfants sans faire l'amour » [47]

Cependant, étudiants et formateurs rencontrent les nouvelles exigences des représentations de la sexualité, dans leur vie privée comme dans leur vie professionnelle. Les contradictions surgissent de la croyance au grand amour unique, parallèlement à la recherche d'une réalisation identitaire de fantasmes sexuels individuels. « À l'Ouest, le puritanisme s'érode au profit d'une nouvelle religion : « Le grand amour ». Célébré par la littérature, les chansons, le roman sentimental et même le cinéma, il unit le grand frisson sensuel à l'extase spirituelle. Il doit être unique, absolu, fidèle et révélé si possible, au cours d'un inoubliable « coup de foudre » [31].

L'accès facilité à d'autres cultures grâce aux voyages et aux technologies de l'information offre aux étudiants comme à leurs formateurs d'autres représentations de la sexualité et de ses pratiques. Les étudiants connaissent le « Khama Sutra » et sont familiarisés à la recherche d'informations, sur le réseau Internet, pour repérer les modalités d'une sexualité performante. « En définitive nous sommes tout sauf libérés du sexe de son omni présence de ses nouvelles normes. Plus que jamais nous en sommes curieux et avides... Le ton peut sans peine se faire plus fleuri que dans un roman, mais l'enjeu reste le même : « établir une vérité, la vérité d'un être singulier ». comme si la sexualité était aujourd'hui la clef de notre identité. La clef qui ouvre toutes les portes, même celle de Barbe bleue. » [31]

Selon Marcella Iacoub [57], cependant, la révolution sexuelle a libéré le sexe, mais n'a pas libéré du sexe ; elle n'a pas évolué vers une morale sexuelle véritablement consensuelle. Chaque étudiant et formateur aborde donc, dans le soin (y compris relationnel) comme en éducation collective, la sexualité des personnes en charge, selon ses propres représentations, qu'elles soient constituées de connaissances, attitudes, attentes, habitudes, croyances, valeurs et addictions.

1.4 La réalité épidémiologique actuelle

La réalité actuelle des pathologies en lien avec la sexualité est chiffrée par l'épidémiologiste. Certaines données exercent une forme de pression sur les personnels de santé qui doivent atteindre des résultats efficaces et visibles dans une échéance la plus brève possible

1.4.1 Le VIH- sida

Le sida est le premier problème à évoquer, avec ses 39,5 millions de personnes vivant actuellement avec le VIH dans le monde et les 4,3 millions de personnes qui l'ont contracté durant l'année 2006 (chiffres ONU Sida). Le contexte socio- culturel assoupli, quant à l'évocation du sexuel, a probablement contribué à une parole plus facile lorsque le sida est apparu, dans les années 1980. L'approche médiatique de cette pathologie en lien avec la vie sexuelle s'est faite très rapidement et très largement. Cependant, sa gravité et la rapidité de sa progression pandémique tuant des millions de personnes, malgré la découverte progressive de trithérapies, ont réactivé le repérage et la prévention de pratiques sexuelles à risque. Si les traitements, lorsqu'ils sont accessibles, permettent de vivre avec le sida, cette pathologie reste meurtrière et ses conséquences touchent différents domaines (social, économique, psychologique, de développement, éducatif et sanitaire). Pour en diminuer la prévalence, la lutte fait appel à des décisions politiques, des stratégies et des actions de santé publique polymorphes, afin d'intervenir sur les différentes catégories de déterminants de la santé, dans leur complexité, et non exclusivement liées aux facteurs repérés par l'épidémiologie, comme le rappelle Jonathan Mann (Annexe 3). Les recommandations des organisations internationales, de ce fait, sont très denses pour balayer la chaîne opérationnelle dans toutes ses dimensions, depuis les pouvoirs publics jusqu'à la proximité. En IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers), cette lutte sanitaire est à l'origine de nombreuses réactions, remises en question et réflexions sur les comportements sexuels et les discriminations portant notamment sur l'homosexualité. Les écoles sont souvent engagées, auprès d'associations « gaies », dans le combat pour la prévention de cette pandémie et l'accès aux soins pour toute personne.

1.4.2 Grossesses non désirées

Il est apparu récemment, en France, que la lutte contre les IST- Sida a peut-être masqué la prévention des grossesses non désirées et surtout les grossesses très précoces. En effet, les épidémiologistes rappellent que, depuis la loi Veil et malgré la contraception, le taux d'IVG oscille autour de 14 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, soit environ 200 000 par an. Cependant le nombre d'I.V.G. demandées par des jeunes filles mineures de 15 à 17 ans a eu tendance à augmenter entre 1995 et 2002, notamment chez les jeunes filles salariées ou sans emploi, à la différence des lycéennes. Notons que les informations statistiques permettent à l'INSEE de décrire cette évolution car c'est le seul acte médical ou médicochirurgical nécessitant une déclaration pour ne pas être illégal. Cette réalité où l'intime est confronté au législatif est questionnée en éthique lors de la formation infirmière.

1.4.3 Stérilité

À l'inverse, les difficultés de conception et la stérilité touchent plus d'un couple sur dix. On sait que dans de nombreux pays occidentaux, dont la France, la tendance à repousser à 30 ans l'âge de la première grossesse à terme correspond à un infléchissement naturel de la fécondité. Les traitements et techniques de fécondation artificielle attestent des progrès réellement sensibles voire spectaculaires. Il n'en reste pas moins que les couples effectuent un parcours qui peut être long et parsemé d'une succession d'espoirs et de découragements.

Ces techniques font apparaître des fonctions sexuelles distinctes, celle de la reproduction et celle du plaisir. Des couples homosexuels, des femmes seules souhaitent les utiliser. Cependant, les comités d'éthique et législations en réglementent l'usage différemment selon les pays. Si bien que les personnes qui en ont la possibilité, comme certains couples de femmes homosexuelles s'adressent à des spécialistes à l'étranger pour satisfaire leur désir d'enfants. D'évidence, les infirmières auront aussi à s'adapter pour comprendre ces parturientes.

1.4.4 Abus et violences sexuelles

Quant aux problèmes d'abus et violences sexuels, pris en considération au niveau national et international, ils concernent à la fois des problèmes de santé et de justice. Ainsi, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant⁵ le protège contre l'exploitation sexuelle sous forme de prostitution et autres abus ou violences sexuels. Le Code Pénal, en France, (Loi 82.683 du 04.08.1982) [77] reconnaît aux mineurs de 15 ans révolus le droit de consentir librement à des relations sexuelles. Néanmoins, le législateur a souhaité protéger les adolescents de 15 à 18 ans, des pressions dont ils pourraient faire l'objet dans le domaine sexuel. Sont ainsi interdites les relations sexuelles d'un mineur de moins de 18 ans avec un ascendant, naturel légitime ou adoptif, une personne ayant autorité sur le mineur ou une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. Il est intéressant de mentionner une contradiction du législateur, puisque aucune précision ne concerne l'âge des prescriptions de produits contraceptifs.

Le Guide de l'OMS [120], sur la prévention des maltraitements sur enfants donne une estimation de 20% des femmes et 5 à 10% des hommes qui déclarent avoir été victimes de violences sexuelles quand ils étaient enfants. Il relate les résultats d'une étude internationale « l'épidémiologie internationale de l'abus sexuel d'enfants. » 'The international epidemiology of child sexual abuse'

⁵ UNICEF convention signée le 20 11 1989, par 191 pays

(1994), citée par Action Aid, dans son évaluation de l'ampleur du phénomène de la violence à l'égard des filles, en milieu scolaire, montrent que le taux d'abus sexuels d'enfants s'élèvent entre 7 et 36 % pour les filles et 3 et 29 % pour les garçons. La même étude rapporte l'état de ratios d'abus de l'ordre de 1,5 à 3 fois supérieurs pour les filles.

Pour la France, l'ODAS⁶ estime que chaque année 83000 mineurs se trouvent en situation dangereuse dans leurs familles. Parmi eux 20000 sont maltraités dont 5500 victimes d'abus sexuels. On peut estimer que 1 fille sur 8 et 1 garçon sur 10 est victime d'abus sexuels avant 15 ans; 22 % d'entre eux ont moins de six ans. Dans quatre cas sur dix, l'enfant est victime d'agressions répétées. Les filles sont plus souvent victimes de maltraitance que les garçons. Elles représentent près de 60 % des cas, et subissent un plus grand nombre d'abus sexuels. (ASE de 2000 à 2003 en France métropolitaine - ODAS, 2003)

Ces chiffres et les situations auxquelles les professionnels sont confrontés, résonnent très émotionnellement dans la profession et ont suscité, à l'instar des actions de prévention québécoises, un fort engagement dans la prévention primaire et secondaire auprès des enfants scolarisés, en France, dès la fin des années 1980.

1.4.5 Addictions

La consommation de produits psychotropes dans la légalité ou l'illégalité peut être associée à une quête de bien être, de levée de l'inhibition, voire de performances sexuelles.

Mais, l'actualité des informations, mises en exergue auprès des infirmières scolaires, porte aujourd'hui plutôt sur des conduites addictives aux sites sexuels en ligne, que ce soit des sites de rencontre ou pornographiques. La réglementation de leur usage apparaît comme un problème difficile à résoudre, du fait de l'importance de l'offre et de l'utilisation par des enfants et adolescents habiles au développement de l'usage des nouvelles technologies. Elle angoisse d'autant plus de nombreux adultes, moins férus dans cette utilisation. Des intervenants en éducation à la sexualité abordent désormais la prévention de cette addiction.

Parallèlement les données de neurobiologie mises en évidence par Lucy Vincent [164] dévoilent qu'un fonctionnement addictif de l'amour est constitutionnel d'une programmation de survie de l'espèce humaine, sous l'influence d'hormones comme l'ocytocine.

⁶ Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (2001)

1.4.6 Les études se multiplient

Dans les années 90, une médicalisation de l'activité sexuelle émerge avec l'apparition des médicaments des dysfonctions érectiles. L'activité sexuelle érotique s'avère bien dissociée de l'activité sexuelle de procréation et la demande de traitement est régulièrement formulée par des couples dont la femme n'est plus en âge de procréer.

Parallèlement, en France, plusieurs enquêtes nationales, à l'instar de la première grande enquête effectuée par Albert Kinsey [63] dès les années 1950, puis les rapports Simon [143], et enfin Spira [149] ont apporté des données sur le comportement sexuel des Français et sur l'« entrée dans la sexualité des adolescents » (Lagrange & co) [66]. Ainsi, contrairement aux idées reçues, les pratiques masturbatoires révèlent-elles leur très grande fréquence. L'attirance homosexuelle est mise à jour dans les pratiques bisexuelles. L'évolution du DSM 4 ne classe plus, désormais, l'homosexualité et la masturbation dans le registre des perversions ; elles ne font plus partie des pathologies mentales. Enfin, c'est au printemps 2009 que le transsexualisme n'est plus considéré en France comme une pathologie psychiatrique, entérinant les pratiques de quelques équipes pluridisciplinaires.

Par ailleurs, des variations de l'activité sexuelle sont remarquées. Elles peuvent se manifester par des troubles du désir ou et des troubles fonctionnels. Ainsi, d'après Antoine Lemaire [80], le désir dans le couple peut être modifié lors de « la lune de miel », après l'accouchement mais aussi selon les saisons, lors de stress professionnel ou à l'approche de la retraite, sans oublier le vécu de pathologies.

Plusieurs problèmes sont aussi répertoriés en santé sexuelle et génésique dans le Bulletin de l'OMS. Certaines anomalies génétiques, des pathologies endocriniennes, cardio-vasculaires, neurologiques, psychiatriques mais aussi des traitements médicamenteux ont des conséquences sur l'activité sexuelle des individus.

Ainsi, le concept de santé sexuelle apparaît à l'OMS.

Notons que les recherches françaises se portent actuellement plutôt sur « la santé reproductive » et la sexualité. Ainsi, depuis 2002, trois catégories de travaux se distinguent. D'une part, « Sexualité, société, individu » est un suivi de l'évolution des comportements sexuels par l'INSERM (Alain Giami) et l'INED (Michel Bozon). D'autre part, les risques liés à l'activité sexuelle et les pratiques contraceptives sont étudiés par Nathalie Bajos (INSERM), Henri Leridon et Clémentine Rossier (INED). Enfin, la « fertilité des individus et des couples » est l'objet des recherches de Jean Boyer (Paris VII) Jacques Mousion (INSERM) Alfred Spira et Josiane Warszawski

1.5 Approche d'une construction sociale de la sexualité

On voit que l'évolution des problèmes de santé liés à la sexualité en Occident a suivi celle des techniques et de la culture sur ce sujet. L'inventaire rapide, évoqué ci-dessus, nous a permis de repérer des questions nouvelles ou modifiées au fil de ce dernier demi-siècle : rôle et genre, procréation et plaisir, identité et orientation sexuelle, amour absolu confronté à la diffusion médiatique de fantasmes divers.

Nos représentations de la sexualité et des problèmes de santé qui lui sont liés s'ouvrent largement sur de nouveaux aspects. Des questions surgissent ainsi à propos des définitions de la sexualité, de la santé sexuelle et de ses dysfonctionnements ou pathologies. Mais aussi sur ce qui peut fonder des modalités publiques et professionnelles pour prendre en compte une activité privée et intime. L'étude archéologique de la sexualité en Occident menée par Michel Foucault apporte un éclairage à ces constats et questionnements. « Notre civilisation, en première approche du moins, n'a pas d'*ars erotica*. En revanche, elle est la seule, sans doute, à pratiquer une *scientia sexualis*. Ou plutôt, à avoir développé au cours des siècles, pour dire la vérité sur le sexe, des procédures qui s'ordonnent pour l'essentiel à une forme de pouvoir- savoir rigoureusement opposée à l'art des initiations et au secret magistral : il s'agit de l'aveu. » [41] « Nous appartenons, en revanche, à une société qui a ordonné, non dans la transmission du secret mais autour de la lente montée de la confiance, le difficile savoir sur le sexe. » [41]

Ce regard sur une construction sociale de la sexualité nous aide à prendre du recul pour questionner les pratiques professionnelles infirmières en prévention comme dans la prise en compte, lors des soins, de l'espérance de vie sexuelle pour tout individu.

1.6 Un questionnement professionnel de départ

De nombreuses questions se sont posées au sujet de la sexualité, tout au long de ma carrière. À partir d'interrogations personnelles, j'ai compris que plusieurs collègues et étudiants se questionnaient aussi.

Début de ma vie professionnelle

Quelques situations m'ont interrogée, dès le début de ma vie professionnelle sans m'écarter, toutefois, d'une application la plus conforme possible, à ce que j'avais appris.

En service d'urologie, lors de circoncisions ou de prostatectomies, j'ai découvert que ces interventions suscitaient pour le soignant comme pour le soigné, des émotions qui me semblaient confusément recouvrir d'autres choses que les angoisses créées par toute intervention chirurgicale. Une difficulté

semblait en cause, que je ne parvenais pas à verbaliser, d'autant plus que je n'en avais jamais entendu parler.

Les attentes et les comportements sexuels de certaines personnes âgées en service de gériatrie étaient très surprenants. Je n'avais pas appris que la sexualité féminine pouvait se manifester de façon aussi évidente, bien après la ménopause.

Malgré l'avènement des lois sur la contraception, puis sur l'interruption volontaire de grossesse, la situation de certaines personnes faisait l'objet de jugements de valeur énoncés très clairement par certains soignants. Deux types de situations m'ont particulièrement marquée : l'une en service de maternité, lors de l'accouchement d'une mère-célibataire et l'autre, en service de gynécologie, pour une patiente stérile consécutivement à une salpingite. Il m'est apparu que ces situations provoquaient une attitude relationnelle contestable de certaines infirmières, plus promptes à l'énoncé d'un jugement moral qu'à témoigner d'une attitude empathique envers leur parturiente et leur patiente.

Il m'est ainsi apparu que le silence et l'ignorance, plutôt que d'introduire le doute et la recherche d'une attitude compréhensive, semblait laisser la place aux opinions et valeurs morales personnelles, comme si la déontologie ne concernait pas ce domaine de la vie.

1.6.1 Questions partagées par des étudiants et professionnels

Des réflexions et constats d'étudiants et de collègues prolongent ce questionnement. Ainsi, dès leurs premiers stages de formation initiale, les futurs infirmiers rencontrent diverses situations souvent perçues comme difficiles à vivre. La sexualité est en jeu et suscite émotions, questions ou perplexité. Ces situations ne sont pas spécifiques aux étudiants, elles interrogent aussi des infirmières diplômées. Nous en citerons quelques exemples rencontrés fréquemment dans la vie professionnelle infirmière.

Lors de la toilette au patient, de nombreux étudiants et professionnels évitent le contact peau à peau et mettent des gants pour l'intégralité du soin. Certains expliquent ne pas savoir où situer le respect de l'intimité de la personne alors qu'ils perçoivent une connotation érotique dans une toilette à mains nues.

Des étudiants, pourtant surpris par les propos grivois ou les habitudes de masturbation de personnes âgées, femmes et hommes, ne comprennent pas les réactions de rejet de certains soignants envers ces personnes. D'aucuns se posent la question de l'existence d'une normalité sexuelle. On retrouve le même questionnement face aux comportements de certains patients en psychiatrie.

Les différences culturelles les confrontent également à leurs peurs et opinions personnelles. Les arguments rationnels leur manquent pour se distancer du comportement de certains patients du sida qui n'adoptent pas la prévention. Ils sont en difficulté pour écouter, conseiller et construire une éducation à la santé.

1.6.2 Y aurait-il un évitement de la sexualité dans le soin?

Ces réactions et ces manifestations tendent à éluder la sexualité. En effet, une attitude personnelle de l'étudiant ou du soignant semble la neutraliser, comme si elle ne faisait pas partie de l'approche de la santé, comme si elle n'était pas incluse dans l'approche globale de la personne soignée. Au cœur de la relation à la personne, une normalité sous-jacente et non exprimée semble opérer sur la perception de la sexualité. Le rapport à la société et à la culture, via la formation, ne semble pas apporter de repères professionnels spécifiques sur lesquels s'appuyer. L'interrogation porte alors sur les buts de la formation infirmière pour un exercice professionnel permettant de relativiser émotions et valeurs personnelles, y compris dans ce domaine. Elle porte aussi sur l'accès aux connaissances, aux comparaisons et aux réflexions à partir de l'observation des besoins de la personne, du groupe et la construction d'actions de soins adéquats.

2 Méthodologie d'analyse

Les orientations des recommandations internationales pour résoudre des problèmes de santé liés à la sexualité, mettent en évidence des buts pour aborder la sexualité dans sa globalité, la santé sexuelle et l'éducation sexuelle. Des conseils de mise en œuvre sont adressés à cet effet aux états. Ceux-ci peuvent éventuellement signer des conventions internationales qui traduisent leur engagement. L'union européenne, par ailleurs, légifère sur ces thèmes et formule aussi ses recommandations. Or, des contradictions ou des incertitudes peuvent apparaître dans les textes législatifs qui réglementent ou cherchent à promouvoir certains aspects de la sexualité, en France.

2.1 Une tension entre plusieurs pôles

Nous voulons repérer le devenir de ces recommandations sur le terrain de la formation infirmière, en institut et en stage. Un potentiel de mise en œuvre est à rechercher dans l'approche holistique de la santé, comme dans les outils de la démarche de soins. Cependant, la lisibilité peut être plus difficile et nécessite d'effectuer un repérage des orientations hygiénistes liées aux données épidémiologiques. En effet, celles-ci peuvent prendre le pas, dans une approche de santé publique, sur l'approche globale de la personne et des soins.

D'autre part, les étudiants infirmiers expriment, par leurs ressentis relatifs à leur vécu d'apprentissage professionnel, une tendance à éluder la sexualité. Il semble que ces futurs professionnels ne perçoivent pas que l'approche de la santé puisse intégrer la sexualité. Celle-ci, abordée très largement par les médias à propos de tous les changements libérateurs et facilitateurs, fait pourtant partie de leur vie. Il semblerait que la formation professionnelle et ses outils ne leur permettent pas de relier la sexualité et la santé.

Ces trois pôles sont en tension dans la formation initiale des infirmières. Cette tension constitue l'objet de notre analyse.

Schéma de la problématique

<p>Missions et Fonctions (Buts et Moyens) Recommandations et orientations : au niveau mondial ; Diplôme d'état français</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualité en Soins généraux, spécialisés et en Santé publique • Niveaux d'interventions infirmières : Prévention – Soins et Réadaptation 		<p>Contexte Une réalité épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - VIH/Sida - Grossesses non désirées - Stérilité - Abus et violences sexuels - Addictions <p>Une construction sociale de la sexualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'histoire de la formation infirmière - Evolution de la sexualité - Des catégories de problèmes
↓		↓
→		←
	<p>Compétences attendues</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge globale, Individuelle et collective - Rôle propre infirmier - Concepts infirmiers des comportements sexuels - En Soins de santé Primaire - Au sein d'une équipe ou d'un réseau 	
	↓ ↓	
	<p>Prise en compte de la sexualité dans le soin</p>	



Evitement de la sexualité dans le soin ?

2.2 L'anomie : un outil sociologique

C'est la sociologie que nous interrogeons sur le concept d'anomie. Il permet de comparer les buts, d'une part et les moyens pour les atteindre. Nous examinerons ainsi comment les buts recommandés au niveau international et si les moyens de mise en œuvre pédagogique en formation des infirmiers (ères) réduisent ou non la tension des trois pôles repérés.

Pour décrire le concept d'anomie, nous prenons essentiellement référence sur le mémoire de D.E.A. d'Hubert Trombert[160].

2.2.1 Description de l'anomie

Il est nécessaire de retracer historiquement les différentes acceptions et contenus de cette notion d'Emile Durkheim. [37] La meilleure et la plus récente synthèse ou référentiel sur l'anomie est celle de Philippe Besnard⁷.

Le terme d'anomie daterait du XVI^e siècle et désignait (par le « a » privatif et le « nomos » grec = la loi, la règle), le désordre, l'absence d'organisation, le manque de lois.

2.2.1.1 *L'anomie pour Durkheim*

Pour Durkheim, la société est à considérer au-delà d'une collection d'individus, comme un être qui a sa vie, sa pensée, une action propre et a ses représentations collectives. Une sorte de conscience de groupe s'insinue au niveau des personnes et contraint les individus par une morale, des idéaux, une religion ou des croyances, des institutions, une constitution. La conscience collective est intériorisée progressivement au niveau de la famille puis à l'école, ainsi qu'au travers de la religion ou la participation à certains services sociaux (ex : service militaire...) ou à une vie communautaire.

Il y a une structuration des individus qui ont besoin de se sentir solidaires des autres, qui demandent une organisation morale ou civique de la communauté qui édicte des règles, les fait respecter, rassure les individus et leur donne des repères et des limites à ne pas franchir. Toute mauvaise intégration sociale peut être génératrice de troubles psychologiques graves et même cause de suicide. Pour Durkheim, ce comportement extrême constitue un révélateur de malaise existant dans une société dont les liens sociaux sont lâches et où les structures (familiales, religieuses, économiques, juridiques) se défont.

Ainsi, Durkheim désigne sous ce terme d'anomie, la situation de la société dans laquelle les règles morales, juridiques et économiques se trouvent affaiblies et en contradiction entre elles ou avec l'évolution de la société. Les individus ne savent plus comment se comporter, perdent toute forme de solidarité, ne sont

⁷ Besnard Philippe, 1987, « l'anomie », Paris PUF

plus structurés et ne peuvent entrer en interaction et constituer un « nous » solide inhérent à toute vie sociale.

L'anomie est donc un état social où il y a contradiction entre l'ensemble des rôles sociaux et le système des attentes vis-à-vis de ces rôles. Les individus ne partagent pas les mêmes valeurs, normes, modèles, symboles, et leur vie sociale est en dysharmonie, lutte, contradiction entre leurs espérances fondamentales et les moyens mis à leur disposition pour les atteindre. Selon l'intensité et l'ampleur de ces contradictions et incohérences, l'anomie peut être simple ou aiguë, restreinte à un domaine ou généralisée à tout un ensemble de comportements ou de rôles, affectant un groupe ou un grand nombre de sujets qui vont réagir différemment:

Soit de façon positive parce que certains y trouvent un espace de liberté et de créativité sans contrôle leur permettant d'être déviants et créateurs.

Soit par un désarroi parce qu'on ne sait plus que faire ou que penser.

Soit de manière négative ou oppositionnelle par une délinquance ou contestation (travaux de Robert Merton [89]) ou par une révolte violente vis-à-vis de la société.

Soit en retournant cette violence contre eux, sous la forme de suicide plus fréquent dans les périodes de plus grande anomie.

Les périodes génératrices d'anomie sont celles d'innovations techniques (anomie positive), de guerres (anomie négative ou régressive), de modifications sociales rapides (urbanisations) d'émigrations ou de transplantations d'individus d'un milieu social dans un autre milieu.

Dans sa durée, l'anomie peut être aiguë, momentanée, liée à une grave perturbation sociale ou au contraire plus diffuse dans le temps, c'est-à-dire chronique et se retrouver en permanence dans le domaine social, ou dans la sphère domestique (conjugale ou sexuelle).

L'anomie de Durkheim, relue et redéfinie, serait une absence de normes cohérentes définissant un objectif clair pour les individus (donc dans le champ social institutionnel), soit le fait qu'un objectif ne puisse pas être atteint par un individu ou un groupe d'individus avec les conséquences psychologiques démoralisantes que cela entraîne (champ intériorisé).

2.2.1.2 Dans la culture et la sociologie américaine

L'étude sociologique des émigrés polonais aux USA ou en Europe a révélé l'ampleur du changement des règles entre les pays d'origine et les pays d'accueil et les problèmes posés aux individus qui ne retrouvent plus leurs repères ou se trouvent en absence, carence, confrontation des règles intégrées avant leur émigration et celles réellement observées dans le champ social.

Le terme d'anomie ne sera jamais prononcé et utilisé explicitement par les auteurs de ces études, Thomas et Znaniecki [155], en 1920, mais il y a manifestement une mise en évidence de la mécanique ou de la pertinence de la

notion d'anomie sous la forme de démoralisation individuelle et de désorganisation sociale liées à l'émigration ou à des changements de repères.

L'école d'Harvard étudie l'anomie dans la sociologie américaine. Parsons, dès 1931, dans son enseignement, et dans une publication en 1937, à propos de ces études sociologiques de la délinquance, donne à l'anomie le nouveau sens d'indétermination des buts de l'action. Il y associe une absence de symboles concrets et stables autour des quels les sentiments de l'individu peuvent se stabiliser et se cristalliser. Ce vide entraîne pour les individus une insécurité, une anxiété et une agressivité qui peuvent à un niveau politique, faire le lit des fascismes et des totalitarismes.

L'originalité de Parsons marque l'introduction d'une composante symbolique et d'une approche plus psychologique.

En 1933, Mayo Elton [87], dans le cadre de la sociologie ouvrière, utilise le mot d'anomie pour le malaise généré par une industrialisation massive et un émiettement ou parcellisation du travail dans les grandes chaînes de production de voitures ou de manufactures.

2.2.2 Théorie de l'anomie de Robert K. Merton

Dès 1934, Robert K. Merton [89] s'intéresse principalement à la sociologie du suicide et à la sexualité, il reprend des données récentes des effets de la parcellisation du travail et, à partir de 1938, élabore une théorie de l'anomie qui va s'étoffer dans différentes publications jusqu'en 1964. La notion va être, progressivement, structurée et amplifiée pour prendre corps dans les années 1950.

2.2.2.1 Définition de l'anomie selon Merton

Une des premières définitions de l'anomie que donne Merton est la situation de malaise de l'individu, provoquée par (liée à) l'ensemble des buts ou des normes définis par la culture et par l'ensemble des moyens institutionnels qui permettent l'accès à ces buts proposés. Dans la situation d'anomie, il y a une forte valorisation des buts et une faible disponibilité des moyens permettant de les atteindre. Il y a perception par l'individu d'un déséquilibre, d'une inaccessibilité, et d'une impossibilité psychologique à atteindre un idéal trop lointain ou irréel.

L'anomie va donc prendre un double visage, celui de l'existence d'un déséquilibre et, en même temps la source d'une tentative de rééquilibrage, de poursuite de ces buts. L'anomie a donc une facette à la fois dynamique et motrice et en même temps un aspect incapacitant, décourageant qui va entraîner des adaptations différentes des individus.

Merton propose de faire une typologie des modes d'adaptation ou attitudes des individus (les structures de la personnalité conformément ou non) face aux règles de la société qui définit les buts et les moyens pour les atteindre.

2.2.3 Attitudes de conformité et déviations

Merton, repère que, face aux règles qui définissent les buts et les moyens, certains individus vont adopter des attitudes différentes :

Soit en position d'attente ou d'acceptation ou de respect, dite de conformité. Soit en position de désobéissance, de refus ou de déviance pour contourner les contradictions sociales. Il repère 4 ou 5 attitudes possibles (selon ses publications) selon qu'il y a acceptation ou refus des buts ou des moyens. Le tableau ci- après les visualise.

Figure 2- conformisme et déviance aux buts et aux moyens

Objectifs	Buts	Moyens
Conformisme	Acceptation	Acceptation
Déviance :		
• Innovation	Acceptation	Refus
• Ritualisme	Refus	Acceptation
• Repli	Refus	Refus
• Rébellion	Refus + Nouvelles	Propositions

2.2.3.1 Positions d'acceptation

La position d'acceptation des buts et des moyens correspond à une attitude de conformisme social.

L'attitude qui combine une position d'acceptation des buts et un refus des moyens est une position qui ouvre à une forme de déviance : l'innovation.

Alors que la position de refus des buts et l'acceptation des moyens indique le ritualisme.

2.2.3.2 Positions de refus

La position de refus des buts et des moyens se manifeste par le repli. Cependant, la position de refus total peut s'associer à la création de nouvelles propositions de règles et de comportements, en rébellion avec la société.

Ces différentes attitudes peuvent entraîner des sentiments psychologiques inconfortables, de frustration et d'envie en rapport aux pulsions non gérées et au comportement des autres. Le comportement de déviance ou d'innovation peut apporter un confort individuel psychologique supérieur, sans toutefois changer les structures de la société anomique de manière rapide; pourtant cette déviance peut devenir rapidement une conformité comme dans la généralisation des relations maritales ou la vie en concubinage des jeunes couples. Un autre type de déviance qui consiste à atténuer le contrôle social sans se permettre d'atteindre ses propres buts (cas de l'homosexuel qui se marie pour suivre le modèle conventionnel) peut aller au pire et choisir une

souffrance (par non-satisfaction de ses désirs) plus acceptable qu'une autre (persécution par l'entourage).

L'attitude de repli peut être un refus de voir les problèmes et de les traiter. Le ritualisme peut entraîner une souffrance psychologique exprimée par « je ne suis pas d'accord mais je fais comme on me le demande », ou « de toute façon, c'est la faute de l'autre ou celle du conjoint ». La rébellion, mise en situation de révolte et d'affrontement direct de la réalité, peut être difficile à vivre psychologiquement mais aussi socialement ou dans le cadre du travail.

2.3 L'anomie : modèle d'analyse

Les valeurs observables dans toute société sont plus ou moins partagées par les sociétaires; elles sont le fondement des objectifs que se fixent les individus. Pour atteindre ces objectifs, les individus disposent de moyens qui sont eux aussi déterminés par des normes sociales. Certains de ces moyens sont licites, d'autres illicites [13]. Parmi les règles qui, non suivies, mènent à l'anomie, Robert Merton met en évidence que des moyens sont prescrits et que leur répartition intervient pour permettre aux gens d'atteindre leur but. L'anomie est alors davantage une dissociation entre les objectifs culturels et l'accès de certains groupes sociaux aux moyens nécessaires. La relation entre le moyen et le but est ainsi affaiblie et l'individu peut refuser les moyens et normes sociales formelles pour atteindre les buts.

2.3.1 Comportement de conformité ou de déviance

Parmi les règles qui, non suivies, mènent à l'anomie, Robert Merton met en évidence que des moyens sont prescrits et que leur répartition intervient pour permettre aux gens d'atteindre leur but. L'anomie est alors davantage une dissociation entre les objectifs culturels et l'accès de certains groupes sociaux aux moyens nécessaires. La relation entre le moyen et le but est ainsi affaiblie et l'individu peut refuser les moyens et normes sociales formelles pour atteindre les buts.

2.3.1.1 Moyens mis en œuvre pour une diminution de l'anomie

Dans la perspective microsociologique de Merton, l'anomie génère ou révèle une confrontation dans laquelle l'individu peut refuser moyens et normes sociales pour atteindre les buts et adopte une position d'innovation qui peut se manifester dans de nouvelles habitudes et normes. D'autres individus refuseront à la fois les moyens et les buts dans une position de repli. Ces positions vont en retour influencer la société anémique pour en corriger certains dysfonctionnements: il sera possible, par exemple, d'encourager l'innovation ou la découverte de nouveaux moyens, comme il est possible d'améliorer l'accès aux moyens pour éviter le repli.

Ainsi nous nous attacherons à repérer les moyens mis en œuvre, dont certaines normes professionnelles, par exemple, pour permettre l'écoute, le conseil et l'éducation à la sexualité, dans la formation infirmière.

2.3.1.2 Buts

Durkheim expliquait que les suicides augmentent en période de croissance forte où les bornes fixées aux attentes de gain, en période normale, sont déplacées vers une limite à laquelle on ne peut se fier. De même les suicides sont plus fréquents lorsque l'institution du mariage est fragilisée.

Les buts sont formulés dans les lois, les coutumes et traditions, les rituels, la religion, l'état, l'éducation et les médias. Les changements sociaux affaiblissent la cohérence de ces buts et certaines valeurs ne sont plus perceptibles ou encore incohérentes entre elles. De ce fait certains individus n'adhèrent plus à ces buts, ils ne les intériorisent plus et ne les observent plus dans les relations aux autres. Ils choisissent une position déviante, ou même de rébellion lorsqu'ils ne partagent pas non plus les moyens mis en œuvre. D'autres individus sont habitués aux moyens et normes, alors qu'ils refusent ces buts inadaptés, ils continuent à observer les normes sociales dans leurs relations et les ont intériorisées ; ils adoptent une position ritualiste, qui laisse à penser une adhésion à la tradition alors que le sens n'en est plus intériorisé.

2.3.2 L'anomie sexuelle

Réjean Tremblay, en 1992 [157], apporte des précisions dans l'application du modèle à la sexualité.

« Le fait que les buts « normaux » soient, rarement, clairement définis accentue le risque de tensions... Selon ma religion, ma culture, mon éducation, il sera jugé acceptable ou non de penser ou d'agir selon des modalités données. Par exemple, le fait de ne pas savoir que proposer aux jeunes, comme idéal sexuel par rapport à sa propre vision de la sexualité et à celle de la société plonge l'ensemble du groupe dans un état de stress, d'insécurité, de déviations, si ce n'est de révolte ou de culpabilité. La crise qui en résulte est fondée sur la peur, ou tout au moins, sur le refus ou l'impossibilité du dialogue entre les membres de l'encadrement; chez les uns, il s'agit de la crainte d'être jugé sur sa sexualité par des gens que l'on côtoie chaque jour, chez les autres, de la crainte des réactions extra - institutionnelles, chez d'autres encore, de la crainte d'aller trop loin ou de la peur de ne pas être normal. »

2.3.2.1 Contradictions du mal être social

« En résumé, selon B.Merton, les contradictions incluses dans le modèle social sont une source de mal-être sexuel. La réponse de l'autorité étant elle-même, très souvent, contradictoire, le sujet se trouve dans une situation ambiguë. Il y a comme un écart, une rupture, une disjonction entre les objectifs proposés et les moyens « normaux » suggérés pour les atteindre. Il s'agit plus d'une structure sociale malade qui engendre le conflit ou la dissidence que de la seule opposition individu/société. »[157]

Réjean Tremblay précise que « dans l'avenir, nous devons continuer à nous interroger sur les objectifs, le contenu, les moyens de l'éducation sexuelle... En conclusion, le concept d'anomie nous permet encore aujourd'hui de mieux comprendre les ambiguïtés, contradictions et pressions qu'exercent nos sociétés sur le vécu sexuel des jeunes d'aujourd'hui et d'en tirer des lignes d'action pour l'avenir.» Il apparaît ainsi que cette description, ce regard et ce questionnement peuvent s'appliquer à l'approche de la sexualité dans la formation infirmière.

2.3.2.2 Critères et indicateurs de l'anomie sexuelle en formation infirmière

L'utilisation du concept d'anomie dans la formation des étudiants infirmiers français nous permet d'observer et d'analyser la réalité de l'approche de la sexualité, à l'heure où notre société vit des changements importants, consécutifs, entre autres, à l'émergence de nouvelles techniques biomédicales, dont les moyens de contraception. La formation des infirmiers est interpellée par ces changements alors que, depuis quarante ans, en son sein, une dynamique de libération sexuelle et de modifications des rapports homme femme, transforme la profession elle-même. Nous sommes ainsi conduits à rechercher si, dans le domaine de la sexualité, les buts et les moyens enseignés aux infirmiers sont concordants pour diminuer l'anomie que ces changements ont pu susciter, ou si, au contraire, ils suscitent des comportements de réaction aux discordances, voire des conflits.

Le concept d'anomie présente une facette sociale repérable dans l'absence de lois et règles définies, les contradictions entre buts et moyens proposés et la déstructuration sociale. Une autre facette, psychologique, réfère au malaise et désarroi, au suicide, violence, révolte.

2.4 Hypothèses

Ainsi, notre hypothèse principale concerne l'étude de la cohérence entre les lois, règles et objectifs des textes et recommandations internationales et ceux de la formation infirmière, d'une part, et, en outre, la cohérence avec les moyens proposés sur le plan opérationnel, pour mettre en œuvre ces objectifs.

Notre étude portera donc sur la formulation de l'approche de la sexualité dans la démarche de soins, les modules de pathologie, la démarche de santé publique et la relation d'aide.

D'autre part, nous chercherons s'il existe une mobilisation des ressources effectives tout au long de la formation, grâce à l'observation de comportements attendus et rites, et le repérage des agents mobilisés parmi les professionnels formateurs en institut de formation ou parmi le groupe de pairs étudiants. Nous tenterons d'explorer les sanctions positives et négatives.

Il s'agira aussi de repérer chez les étudiants et formateurs, les représentations intériorisées de l'écoute, du conseil et de l'éducation dans le domaine de la sexualité, ainsi que les comportements individuels observables selon les différentes positions de la typologie de Merton, citées plus haut : conformisme, repli, ritualisme, rébellion ou innovation ou les possibilités de changement perçues. Ces observations nous permettront de situer s'il y a, au niveau individuel, un accord avec la majorité des professionnels infirmiers. Nous pourrons repérer s'il s'agit d'un accord par complaisance, manifesté par une obéissance évitant la sanction (ou les problèmes) et permettant la discrétion. Si l'accord est basé sur une identification permettant une accessibilité sociale et une influence normative du groupe, en vue de relations positives avec les autres. Cet accord peut aussi prendre sa source dans une intériorisation par adhésion et conformité de plein gré aux valeurs du groupe. Il peut aussi agir lorsque des transgressions s'opèrent, selon un processus primaire ou secondaire de stigmatisation. Il peut encore y avoir un accord sur les attentes manifestées pour des changements.

Enfin, cette étude nous permettra de confirmer si l'utilisation du concept d'anomie est judicieuse pour traiter la problématique de l'écoute, le conseil et l'éducation à la sexualité dans la formation infirmière. En effet, «Le concept d'anomie forgé suggéré par Durkheim est un des plus importants de la théorie sociologique. Il caractérise la situation où se trouvent les individus lorsque les règles sociales qui guident leurs conduites et leurs aspirations perdent leur pouvoir, sont incompatibles entre elles ou lorsque, minées par les changements sociaux, elles doivent céder la place à d'autres. » [14]

2.5 Plan de recherche

Notre recherche peut prendre appui sur un matériel diversifié composé de l'étude des textes officiels, de résultats d'enquêtes et de mémoires infirmiers. Elle peut s'organiser autour des trois pôles en tension, mentionnés dans la problématique. Par ailleurs, la richesse du matériel nous incite à choisir cinq thématiques transversales distinctes en formation infirmière pour appliquer les indicateurs de repérage.

2.5.1 Trois niveaux de comparaison

Nous avons déjà mis en évidence les trois pôles en tension. Ils constitueront les trois niveaux de comparaison pour étudier si les buts et les moyens de la formation sont en cohérence avec les buts formulés par les institutions internationales.

L'étude porte, en conséquence sur l'hypothèse d'une contradiction entre certains buts au niveau international comme dans leur déclinaison nationale et professionnelle infirmière.

Elle consiste aussi à repérer si les missions et les moyens spécifiques de la formation infirmière sont en cohérence ou non avec les recommandations internationales. Ainsi, nous explorons la mise en évidence des éléments d'appui d'une conformité ou de déviations et plus particulièrement, d'innovation par rapport aux modèles professionnels.

Enfin, la recherche s'attache au vécu des étudiants dans leurs modalités de réactions. L'observation consiste, à ce niveau, à repérer les attitudes des étudiants. Elle s'applique à explorer les attitudes conformistes ou déviantes, notamment dans un repli, un ritualisme et, éventuellement dans une rébellion ou une innovation.

2.5.2 Cinq thématiques transversales

Pour mettre en évidence les éléments d'anomie aux différents niveaux que nous venons d'exposer, nous choisissons une approche thématique. Celle-ci s'organise, après une étude des définitions qui sert de base aux autres thèmes caractéristiques de la formation infirmière. Nous calquons, dans ce dessein, l'organisation de l'enseignement modulaire. D'une part, nous procédons à une analyse au sein de 2 grands modules transversaux qui sont aussi les deux grands axes d'intervention infirmière : la démarche de soins et la santé publique. D'autre part, nous la poursuivons dans les modules de pathologie. Enfin, nous sélectionnons la relation d'aide parmi les soins infirmiers constants et transversaux.

Ainsi, sous forme d'hypothèses secondaires, nous orientons notre travail selon cinq thématiques.

L'évolution des définitions de la santé et de la sexualité, dans leur formulation internationale, n'est pas prise en compte dans l'enseignement professionnel infirmier.

Plus précisément, la démarche de soins fait surgir les difficultés rencontrées pour une approche de la globalité dans la santé comme dans la sexualité.

Plus spécifiquement, les éléments, qui constituent des freins, sont repérables dans les modules de pathologie. Ils se situent dans l'émergence des émotions, des valeurs et des croyances personnelles.

L'analyse de la formation en santé publique met en évidence des contradictions entre une orientation hygiéniste linéaire et une promotion globale

de la santé. Elle situe l'infirmière dans son rôle en collaboration quand la sexualité est en jeu.

Enfin, la relation d'aide dans le soin, selon l'habitus infirmier, n'intègre pas la sexualité dans ses différentes fonctions. (Le terme sociologique d'habitus est utilisé, selon Marcel Mauss⁸, comme un principe important d'une vision de "l'homme total", une sorte de connecteur des composantes physiologiques, psychologiques et sociétales de l'homme.)

2.5.3 Modalités d'application de l'outil : le recueil de données

Notre travail s'attache à étudier les applications dans la formation spécifique infirmière, sur le plan formel des textes, sur les représentations des étudiants en fin d'études et de leurs formateurs. Nous avons sélectionné plusieurs sources d'information. En écho des textes internationaux traités précédemment, nous examinons les textes professionnels infirmiers et enfin les données recueillies auprès des étudiants et formateurs infirmiers. Ainsi, des enquêtes de terrain et une analyse de plusieurs mémoires de fin d'études, ou de spécialité, abordant la sexualité constituent notre matériel.

2.5.3.1 Textes officiels pour la formation infirmière

Nous avons consulté le Code de Santé Publique ainsi que les textes officiels concernant la formation des infirmiers pour le diplôme d'état. Le « dictionnaire des soins infirmiers » [82] constitue la base de référence épistémologique et les ouvrages sur la démarche de soins la base sur la méthodologie. Enfin, les « fiches de soins infirmiers »[51], constituent actuellement une base à laquelle chaque étudiant peut se référer dès le début de ses études.

2.5.3.2 Enquêtes

Toutes les enquêtes ont été effectuées au cours des années 2005 et 2006, dans une seule école, L'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) Rockefeller de Lyon. Certes nous l'avons choisi par commodité, mais aussi parce qu'elle est la plus importante école privée non-confessionnelle de France, dont l'effectif d'entrée en 1^e année est une cohorte de 200 étudiants. D'autre part, il s'agit d'une école sans support hospitalier, ce qui implique d'emblée que la formation est destinée à de futurs infirmiers susceptibles d'exercer dans des orientations très diversifiées, notamment des emplois de santé publique. Par ailleurs, étant alors moi-même enseignante - formatrice dans cet établissement, il était aisé d'organiser ces entretiens et enquêtes, sur le plan pratique, mais aussi en confiance.

⁸ M.Mauss « Sociologie et anthropologie »

Cependant, ces indications induisent aussi les limites de ces enquêtes. Il peut y avoir, en effet un biais de sélection, car il s'agit d'une école privée où les étudiants paient leurs études, à l'exception de certains boursiers en formation continue. Les candidats qui s'inscrivent dans cette école peuvent donc représenter un échantillon d'étudiants infirmiers dont le niveau de vie est plus aisé que dans les écoles publiques hospitalières. D'autre part, le statut non hospitalier de l'école ouvre d'emblée des possibilités d'exercice infirmier varié et peut faire craindre aussi un biais de recrutement et peut-être aussi d'information.

2.5.3.3 Entretiens de formateurs

Nous avons choisi, pour interviewer les formateurs, l'entretien non-directifs, afin d'ouvrir le plus largement possible, le recueil d'informations. En effet, comme suite à l'analyse des textes, il est apparu nécessaire d'être documenté sur le point de vue des formateurs. Nous avons effectué 6 entretiens non-directifs en octobre 2005 auprès d'enseignants formateurs I.D.E. de l'école Rockefeller à Lyon. (Annexe 5)

La méthodologie d'enquête :

Nous avons choisi d'interviewer les formateurs qui, au-delà de leur diplôme de cadre, avait poursuivi une formation universitaire en sciences de l'éducation (licence ou maîtrise). Cette sélection correspond à une répartition d'un formateur sur cinq. Elle nous a paru intéressante car la formation pédagogique a conduit ces formatrices à être très actives dans les réflexions constantes sur la démarche de soins comme sur la relation d'aide.

Seules des femmes ont été interrogées. Cette caractéristique reflète le faible pourcentage de formateurs hommes en IFSI dont la proportion est de 10% comme dans la répartition générale au sein de la profession. Cette sélection, dont les hommes sont absents, représente donc une limite de l'enquête.

La répartition par âge, par contre, semble en rapport avec la pyramide des âges des formateurs, car elle est le reflet de la répartition du groupe total des formateurs ; ainsi nous avons recueilli la parole d'une personne de plus de 55 ans, d'une enseignante entre 50 et 55 ans, de 3 entre 40 et 50 ans, et d'une jeune femme de moins de 40 ans.

Le cadre de ces entretiens s'est situé à l'école, dans une petite salle ou dans les bureaux de ces enseignantes lorsqu'il était possible de ne pas être dérangées. Le moment des entretiens était choisi selon leur disponibilité, pendant les heures de travail.

L'entretien a été présenté comme une investigation dans le cadre d'une recherche sur la formation initiale des infirmières à l'écoute, le conseil et l'éducation à la sexualité. Toutes les formatrices se sont déclarées disposées à répondre. Aucune personne n'a refusé ou éludé l'entretien.

En ce qui concerne le protocole nous avons posé deux questions ouvertes: « Peux-tu me parler de ce qui est fait en formation IDE pour aborder la sexualité ? » « Peux-tu m'expliquer quels sont les besoins en formations concernant la sexualité ? »

2.5.3.4 Questionnaire en fin d'études et de leurs formateurs

Le choix méthodologique s'est orienté sur une enquête. Celle-ci a pris la forme d'un questionnaire à choix multiple (Annexe 6), car il a paru nécessaire d'éclairer précisément plusieurs points non abordés (dans les mémoires ou dans l'enquête informelle auprès des enseignants formateurs), alors qu'ils étaient mis en évidence dans les textes et recommandations.

Notre public cible étant l'infirmier (ère) en fin de formation initiale, nous avons cherché à interroger, au moyen d'un même questionnaire les étudiants et leurs formateurs. Les étudiants ont suivi des modules spécifiques de pathologies concernant les fonctions sexuelles et des modules transversaux, dans lesquels la sexualité est présente comme domaine de la vie et repérée dans les besoins fondamentaux. Par ailleurs, le même questionnaire a été administré à leurs enseignants formateurs qui, selon la pratique de polyvalence des formateurs en IFSI, ont enseigné ces modules.

Les objectifs poursuivis sont attachés à l'analyse des apports de la formation pour repérer les concordances, lacunes et décalage éventuels.

Les critères de formation font référence à des modules spécifiques. Ils ont été retenus relativement au savoir, au savoir faire et au savoir être. L'orientation recherchée au niveau du savoir cherche à repérer des connaissances et des représentations de la sexualité dans le champ des soins infirmiers. Quant au savoir faire, le questionnaire tente d'explorer l'intégration de la sexualité dans la démarche de soin, selon sa prise en compte dans les besoins fondamentaux, les liens ou combinatoires qui s'organisent, les priorisations et les actes infirmiers. Le questionnaire tente aussi de mesurer le savoir être en interrogeant le niveau d'aisance, les freins psycho- sociaux et les représentations des différentes composantes de la sexualité, dans la pratique infirmière.

Le questionnaire est bâti sur le modèle de Lazarus [69], la grille B.A.S.I.C I.D.E.A., qui permet d'intégrer tous les items de savoir, savoir faire et savoir être, donc l'ensemble des composantes de la personnalité, dans le champ des fonctions de l'IDE. Cette grille de construction intégrative prend en compte les comportements, les émotions et les sentiments, les sensations, les représentations, les connaissances, les interactions de la vie, les conduites addictives (B. : Behaviour, A. : Affect, S. : sensation, I. : Idea, C. : Cognition, I. : Interaction, D. : Drug, E. : Expectative, A. : Attitude.)

L'échelle d'indicateurs choisie étalonne les réponses sur 4 niveaux ; un 5^e indicateur est prévu pour la réponse « ne sais pas » ou non-réponse. Le traitement des données a été effectué avec le logiciel « Excel-™ »

Le questionnaire a été testé, dans un premier temps, auprès d'un groupe de 10 I.D.E. de santé publique, lors d'un stage de formation. Quelques modifications ont été effectuées. La question 3 (de la croyance) a paru intrusive ; si bien qu'il a été décidé, d'un commun accord, de distinguer les 4 premières questions, tout en plaçant la question de la croyance en 3^e position. La formulation de la question 7 a également été modifiée, car elle paraissait d'un langage trop démodé.

La passation a été organisée de façon à proposer aux étudiants en fin de formation et aux enseignants formateurs à un moment très précis de fin de session obligatoire.

Le questionnaire a été distribué, systématiquement, aux 156 étudiants de 3^e année présents lors de la dernière période de formation commune à l'I.F.S.I. Rockefeller. Tous ont rendu leur questionnaire rempli. Le questionnaire n'a pas été proposé par la suite à la douzaine d'absents en raison du choix de la modalité très ponctuelle.

Tous les formateurs, par ailleurs, avaient été informés de ce questionnaire, lors d'une réunion commune. 19 des 30 personnes concernées, ont répondu au questionnaire et 1 personne a rendu trop tardivement le document pour qu'il puisse être intégré dans l'analyse.

Quelques caractéristiques des groupes sont à mentionner d'emblée pour préciser les limites de l'étude. Nous avons observé des distinctions, d'une part entre le statut étudiant ou formateur, d'autre part en fonction du sexe. Nous avons utilisé ces valeurs pour analyser l'ensemble des réponses. Nous distinguons ainsi 2 groupes. Un groupe d'étudiants dans lequel nous distinguons un sous- groupe de 136 étudiantes femmes et un sous-groupe de 20 étudiants hommes. Nous n'avons pas opéré une scission dans le groupe des 19 formateurs car il nous a paru trop petit pour une distinction systématique des 4 hommes et des 15 femmes. Par contre, nous n'avons pas utilisé l'âge et la croyance pour repérer des différences dans les réponses.

2.5.3.5 Analyse de contenus de mémoires infirmiers

Nous estimons que les mémoires professionnels constituent une base de données précieuses, car ils sont élaborés à partir de questions émergentes dans le vécu professionnel. Grâce à ces constats et observations, ils nous offrent l'occasion de connaître les attentes des infirmières et d'étudier leurs attitudes. En effet, les thèmes évoqués sont choisis essentiellement selon des situations de stage, ou professionnelles, ressenties comme difficiles par les étudiants et I.D.E.. Les mémoires que nous avons étudiés n'ont pas été choisis ; ils ont été systématiquement sélectionnés lorsque le sujet portait sur l'approche de la sexualité dans le soin ou en démarche de santé publique.

Plusieurs sources de travaux ont été explorées. D'une part des travaux de fin d'études infirmières ou de cadre de santé, d'autre part des Diplômes Universitaires ou Masters. Tous ces travaux sont des mémoires infirmiers à

l'exception d'un seul qui étudie le rôle des infirmières dans l'éducation à la sexualité. Les 20 mémoires que nous avons étudiés ont presque tous été des travaux que nous avons accompagnés ou dont nous avons été membre du jury. Quatre mémoires de fin d'études de cadre de santé nous ont été prêtés par des collègues ayant eu connaissance de notre recherche.

Nous remercions tous ces I.D.E. d'avoir accepté l'utilisation de leurs travaux.

- **Mémoires de fin d'études**

Le mémoire de fin d'étude d'infirmier (ère) constitue la partie écrite du Diplôme d'Etat. Il doit faire preuve d'un travail de recherche à partir d'une question que l'étudiant s'est posée au cours de sa formation. L'élaboration est suivie par un formateur infirmier et sa soutenance se passe en présence d'un jury professionnel infirmier selon deux conditions : l'un, au moins, dispose du diplôme de cadre, un binôme est constitué d'un formateur et d'un professionnel de terrain. Chaque année des mémoires sont présentés sur le thème de la sexualité. Nous avons suivi ou été membre de jury de dix mémoires infirmiers dans les années 2002 à 2006; ils ont constitué le support de notre analyse.

- **Mémoires de cadre de santé**

Des collègues enseignants nous ont confié, temporairement, pour cette étude, quelques mémoires élaborés en fin d'études de cadre de santé. En effet, quelques étudiants cadre avaient choisi des sujets de santé publique dont certains exploraient les pratiques d'éducation sexuelle ou de prévention de problèmes de santé liés à la sexualité.

- **Mémoires universitaires**

Ces mémoires ont été élaborés par des infirmières en formation continue, pour obtenir le D.U. de sexologie de l'université Paul Sabatier de Toulouse, ou dans le cadre du Master de Sciences de l'Education « Promotion et éducation à la santé et citoyenneté » de l'université de Franche-Comté.

3 Analyse des données

La confrontation entre les buts et les moyens internationaux, d'une part, et les objectifs et moyens infirmiers d'autre part, porte sur les résultats d'analyse, à chaque niveau repéré dans le chapitre précédent (textes officiels de référence ; orientations pédagogiques en formation infirmière ; vécu ou ressenti en formation), selon les cinq thématiques qui nous ont paru pertinentes en formation initiale infirmière.

3.1 Définitions de la sexualité et de la santé sexuelle

Notre première hypothèse secondaire porte sur l'évolution des définitions et orientations de la santé et de la sexualité depuis leur formulation jusqu'à leur appropriation dans l'enseignement pratique. Nous choisissons, de ce fait, d'observer le parcours des recommandations internationales à l'occasion de l'étude des concepts (homme, santé, maladie, handicap), en début de formation infirmière.

3.1.1 Définitions et orientations internationales

Au sujet de la sexualité, l'O.M.S. a énoncé différents textes sous forme de définitions de la sexualité, de la santé sexuelle et de l'éducation sexuelle. Elles sont en lien avec la définition de la santé et fondent les orientations de tous les objectifs pour construire les programmes de Santé Publique destinés à répondre aux grands problèmes liés à la sexualité.

3.1.1.1 Sexualité

La sexualité a été, dans un premier temps, définie comme le domaine de deux fonctions, la reproduction et le plaisir. Puis, l'OMS (1972) l'a abordée comme domaine global, précise A. Giami [47]. « L'intégration des éléments somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de la vie sexuelle, de façon à favoriser l'épanouissement et la mise en valeur de la personnalité, la communication et l'amour. Le droit à l'information sexuelle et le droit au plaisir sont des valeurs inhérentes à ce concept.» La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs

biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. ».[113]

3.1.1.2 Santé sexuelle

La définition d'une santé sexuelle en découle « La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » [112] En effet, « le concept de santé sexuelle et génésique a été défini pour la première fois en 1994 lors de la Conférence internationale sur la population et le développement.⁹ Il est né de deux mouvements directement opposés. Les démographes et les spécialistes de la planification familiale se préoccupaient principalement des questions de croissance, de structure et de changement des populations, et de leur impact sur le développement social et économique. Les promoteurs de la santé et des droits des femmes s'intéressaient davantage aux déséquilibres entre les deux sexes et aux besoins de santé des personnes. Partant de ces deux positions, la discussion a abouti au concept de santé sexuelle et génésique, paradigme qui traduit le lien conceptuel entre le discours sur les droits de l'homme et sur la santé. Un tel concept est associé à une vision positive de bonne santé, de bien-être, d'équité et de justice sociale, et non à une maladie, une pathologie ou des organes précis. »

Ces définitions vont nous permettre d'observer les attitudes face aux objectifs et moyens pour aborder la sexualité, la santé sexuelle, la promotion des droits dans la formation des infirmières afin de repérer la réalité anémique.

3.1.1.3 Le concept de santé

Ce concept se situe donc, en cohérence avec celui de la santé, mentionné dans le préambule de l'O.M.S [118] en 1946. La santé est déclarée « État de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette notion s'attache à un état, à une perception positive intérieure et personnelle. Il est question de globalité de la santé dans laquelle sont réunies des composantes jusqu'alors séparées entre corps et esprit.

Puis, à Copenhague en 1978, l'O.M.S. [115] complexifie l'approche de la santé. Elle devient un « processus dynamique qui dépend dans une large mesure de la capacité d'adaptation de l'individu à son environnement. Est bien portant celui qui conserve une activité sociale et intellectuelle, quand bien même il souffre de certains troubles ou handicap. » Cette définition globale de la santé

⁹ (Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur le développement, Le Caire, nations Unies, 5-13 septembre 1994)

suppose de ne pas se concentrer seulement sur l'élimination de problèmes concrets de santé, mais de veiller à l'amélioration de la qualité de la vie, la possibilité d'un fonctionnement efficace et, notamment, la capacité de fonctionner à des niveaux plus productifs ou plus satisfaisants ainsi que la possibilité de vivre avec vigueur et énergie ce processus positif. Cette conception permet de rompre avec la santé, telle qu'elle a souvent été pensée et inscrite en négatif des maladies, comme dans la célèbre définition de R.Leriche¹⁰

3.1.1.4 Education sexuelle

L'éducation sexuelle se préoccupe du bien-être de la personne. Elle reconnaît que les personnes ont des responsabilités, alors qu'elles peuvent être influencées par autrui et par le milieu social où elles vivent. L'éducation sexuelle est un aspect important de la promotion de la santé. Elle est une activité de vaste portée, fondée sur des communautés, qui exige la pleine participation des systèmes d'éducation, médicaux, d'hygiène publique et de bien-être social et juridique de la société. Elle fait appel aux valeurs personnelles, familiales, religieuses et sociales pour permettre une compréhension des comportements sexuels, une prise de décision les concernant et l'application de ces décisions.

Une confrontation de ces concepts va nous permettre de repérer si la sexualité, versus santé, fait l'objet d'étude spécifique en formation infirmière. Il s'agira aussi de savoir si l'approche de la santé dans les écoles constitue un potentiel qui intègre la sexualité.

3.1.2 Définitions et formation infirmière

La définition de la santé sexuelle proposée par l'OMS est reprise uniquement au détour de deux diagnostics infirmiers (Annexe 2) de l'A.N.A.N.D.I., à l'occasion de la description de deux diagnostics liés à la sexualité. « La santé sexuelle est une intégration positive des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexué de sorte que celle-ci enrichisse la personnalité, la communication et l'amour (OMS, 1975). »

C'est pourquoi, nous revenons exclusivement sur les définitions de la santé, notamment à partir de celles qui sont souvent proposées en début de formation.

3.1.2.1 Confrontation de définitions

Conformément aux textes officiels français régissant la formation d'infirmière, celle-ci débute, dans la plupart des écoles françaises par une étude des concepts de santé, maladie et handicap. Celui de la santé permet aux

¹⁰ « La santé c'est la vie dans le silence des organes » 1937

étudiants, dès les premiers cours, de réfléchir sur une approche globale où interviennent, à côté de la biologie, les regards de plusieurs disciplines dont l'anthropologie, la sociologie, l'histoire et la psychologie. Parmi les multiples propositions à étudier, quelques définitions de la santé stimulent les premières réflexions des étudiants infirmiers. Le choix suivant est le reflet de l'approche que nous avons rencontrée le plus souvent.

Ainsi, celle de René Leriche, évoquée précédemment, est-elle un premier pas pour repérer l'idée fréquente d'une santé en négatif, comme absence de maladie. En effet elle ignore que les organes en bonne santé « parlent » aussi, notamment les organes sexuels; à contrario, le silence des organes n'est pas forcément signe d'une bonne santé dans le domaine sexuel.

Plusieurs auteurs ont une approche de cette dynamique de la santé, dans son aspect individuel, bien qu'en rapport avec un environnement fluctuant, qui laisse place à l'intervention de l'éducation. Pour Yvan Illitch [58], dans « Némésis médicale »: « La santé est une réaction autonome et vécue à l'expérience de la réalité. C'est un mouvement d'adaptation, non l'expression d'un instinct. La santé est la capacité de s'adapter à un environnement qui change, la capacité de grandir, de vieillir, de guérir, au besoin de souffrir et d'attendre la mort en paix. La santé prend en compte le futur, c'est-à-dire qu'elle suppose l'angoisse en même temps que les ressources intérieures pour vivre avec l'angoisse. »

Christophe Dejourné est souvent cité en formation infirmière pour accompagner la réflexion des étudiants. Il introduit un rapport à la normalité intériorisée par l'individu (notamment au travail) et relativise une santé « idéale » pour introduire la santé comme une perception où chaque homme, femme, enfant, s'organise dans la vie quotidienne pour être bien physiquement et socialement. Il explique par ailleurs [33]: « On nous dit que « l'homme souffrant est peut-être plus sain que l'homme en bonne santé. Il n'y a pas de place ici pour un « peut-être », tout simplement parce que la santé n'existe pas. La plupart des hommes et des femmes sont porteurs de plusieurs pathologies chroniques : dents pourries, yeux bigleux, eczéma ou urticaire, hypertension artérielle ou arthrose, migraines ou insomnies, dépendances alcooliques tabagiques et autres, ou obésité avec hyperlipidémie, etc...

Même les champions sportifs sont transformés en cornues à médicaments... La santé n'est pas un cadeau de la nature, c'est un idéal. Elle indique, au mieux, un but, elle sert d'orientation aux conduites hygiéno-diététiques. Dans cette perspective, la normalité apparaît comme un compromis entre les maladies physiques et mentales, lorsqu'un individu parvient à maintenir, malgré ces dernières et entre leurs poussées évolutives, un équilibre plus ou moins bien compensé...

Une fois la problématique de l'intériorisation retournée en son contraire, la normalité apparaît comme foncièrement énigmatique. Elle n'est assurément rien de moins qu'une conquête : un compromis, moins décoratif que la santé, certes, mais un compromis acceptable et vivable tout de même. Encore convient-il d'y

insister, il s'agit toujours d'un résultat précaire qui est constamment à reconquérir jusqu'à ce qu'à la fin, on perde la partie : ne devons-nous pas tous trépasser? »

(Mentionnons que Christophe Dejours introduit aussi le genre comme facteur intervenant dans l'intériorisation de la normalité et le compromis précaire qui en découle.)

3.1.2.2 Une définition internationale infirmière

Une dernière définition nous permet, en continuité de ces définitions, d'être en accord avec l'ensemble de la profession. Elle exprime l'approche complexe et spirituelle des infirmières au niveau international. Elle est proposée par l'une des actrices de la pensée de l'exercice infirmier, M.F. Collière. [26] « La santé n'est pas une entité en soi, mais représente l'ensemble des possibilités qui permettent à la vie de se continuer et de se développer, y compris lorsqu'il y a maladie. Ceci traduit que la santé est l'ensemble des forces vives, physiques, affectives, psychiques, sociales, mobilisables pour affronter la maladie, la dépasser ou y faire face. »

Nous constatons que les définitions de la santé sexuelle et de la sexualité ne sont pas étudiées parmi les concepts. Ce silence observé manifeste une déviance sous forme de refus des buts proposés. Nous sommes donc en présence d'une situation d'anomie par rapport à la sexualité.

Pourtant, les définitions de la santé offrent, dès le début de la formation, la possibilité d'insérer la sexualité. En effet, la mise en évidence des facteurs globaux et dynamiques de la santé, la construction de la perception individuelle d'un bien être, ainsi que la pensée holistique infirmière, sont autant de moyens d'une démarche inclusive. Ces éléments devraient apparaître dans les démarches de soins et de santé publique et dans certains modules, particulièrement en urologie et gynécologie. Ils pourraient être, alors, à l'origine d'une modalité ritualiste pour intégrer la santé sexuelle dans l'approche de la santé, selon les modalités acceptées de l'OMS.

Les recommandations concernent aussi des moyens à mettre en place par les états. Ils peuvent en outre, s'adresser aux infirmières.

3.1.2.3 Un arsenal législatif français

L'existence de lois de droit commun ou de textes inscrits dans le code de santé publique, sur des sujets concernant la sexualité, révèle une continuité des recommandations internationales.

Ainsi, la loi Lucien Neuwirth du 28 décembre 1967 autorise les méthodes contraceptives, contrecarrant les encouragements précédents à la natalité et aux familles nombreuses. On peut ainsi comprendre que la définition sous-jacente de la sexualité n'est plus exclusive de la reproduction. De plus ce changement a

suivi l'évolution des techniques mais aussi des recommandations internationales concernant les violences sexuelles. Ainsi, la Loi n° 200-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence suivie par la Circulaire n° 2000-147 du 21 septembre 2000, relative à la mise en place de la contraception d'urgence, autorise les infirmières scolaires à la proposer, dans leur établissement, aux mineures en situation de danger, qui en auraient besoin.

La loi Simone Veil du 17 janvier 1975, autorise l'interruption volontaire de grossesse, permettant de lutter contre une mortalité féminine consécutive à des avortements clandestins. Récemment, elle est complétée par la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001[74], relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception dont le titre II, article L 312-16, stipule qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène.

Récemment, la Circulaire ministérielle de la santé [94], du 15 juin 2007, relative aux missions des établissements de santé en matière d'éducation thérapeutique et de prévention dans le champ de la sexualité, chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mentionne d'« évaluer l'activité et la santé sexuelle » au cours d'entretiens qui peuvent être menés par un infirmier diplômé d'état.

Cette réglementation officielle fait donc clairement appel à son savoir théorique de référence à une santé sexuelle, d'une part, mais aussi un savoir faire de repérage et d'accueil, ainsi qu'à un savoir être relationnel et éducatif. En effet, au-delà des aspects cognitifs et techniques, il peut être question de danger et d'environnement, alors que la sexualité est située au niveau des décisions personnelles et, plus précisément, décision de la femme, même mineure. Ainsi émerge de façon sous-jacente, le besoin d'une approche globale et d'une formation à l'accompagnement relationnel et à l'éducation sexuelle citée en référence.

Pourtant, nous repérons un seul élément qui fait référence à l'une des définitions citées précédemment. Il s'agit de l'éducation sexuelle, dans le module de gynécologie [97], à la rubrique contraception, une « participation à l'éducation sexuelle » est indiquée. Notre analyse portera donc ultérieurement sur les précisions de mise en œuvre dans le chapitre « Modules de pathologie ». Il est indiqué, cependant, que l'IDE fait partie d'une équipe éducative pluridisciplinaire, la situant ainsi dans une approche en cohérence avec les recommandations internationales sur l'éducation sexuelle. Nous étudierons plus précisément ce point dans le chapitre sur la santé publique.

Nous constatons donc une lacune de la formation infirmière qui ne fait pas référence aux définitions et recommandations au sujet de la sexualité dans sa globalité. L'évolution dessinée au niveau international en direction d'une santé reproductive permet d'aborder ce domaine dans la formation professionnelle, d'autant que la responsabilité de l'infirmière est claire dans la contraception d'urgence pour mineure. Elle signe aussi que la santé sexuelle est entrevue sous

l'angle de la résolution de problème et non pas selon une conception globale de la santé. Par ailleurs, la fonction de contraception d'urgence concerne aussi les objectifs et modalités de relation d'aide. Enfin, la participation à l'éducation sexuelle, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, fait appel à des capacités et compétences que nous rechercherons dans les buts et moyens en santé publique.

3.1.3 Les définitions liées à la sexualité dans la pratique infirmière

Ce silence, malgré des exceptions d'importance liées à des grands problèmes de santé publique, a fait l'objet de nos investigations auprès des formateurs et des étudiants dans l'expression de leur vécu.

3.1.3.1 Analyse des interviews de formateurs

La première question a tenté de faire jaillir les réactions de ceux qui orchestrent et délivrent la formation –Annexe 5- : «Peux-tu me parler de ce qui est fait en formation I.D.E. pour aborder la sexualité.»

C'est la disparité dans la façon d'aborder la réponse qui apparaît en premier lieu. Elle reflète souvent une forme de repli : «je ne sais pas », «je n'ai pas entendu en parler » ; repli qui peut aller jusqu'à l'incompréhension de la question : «Dissocier éducation et sexualité? ». D'autres formatrices manifestent un refus des buts actuels de la santé et font référence à une mise en œuvre d'une définition beaucoup plus restrictive. Ainsi, sa place est évoquée dans l'élimination des facteurs de risque de maladies : «A priori du côté de l'hygiène». Une réponse situe la sexualité, «en anatomie physiologie», la renvoyant au corps et à une perception de la santé biologique. Pourtant, deux réponses nous surprennent : «la sexualité fait partie du développement» ou «c'est un pré requis». S'agit-il d'une attitude conforme à l'approche holistique de la santé, incluant implicitement la sexualité? Ou s'agit-il d'une déviance, sous forme de rébellion ? Est-il sous-entendu que buts et moyens intègrent la sexualité dans l'approche de la santé?

Quatre formatrices poursuivent et apportent des pistes de compréhension. Leur constat indique que la sexualité n'est pas intégrée dans l'approche de la santé. D'une part, une position de repli est perçue et excusée, par «le manque de temps». Une autre explication apportée s'avère plutôt générée par la rébellion et l'approche de la sexualité apparaît comme un «discours prescriptif et normatif», qui «risque d'induire un jugement moralisateur». Les moyens apparaissent inadaptes : la méthode pratique mise en œuvre «n'est pas une aide à la compréhension du global humain», mais «une impasse », qui est loin de «la promotion de la santé» et conduit, lors des travaux de santé publique, à des «interventions ridicules en collègue.» Quant à la rébellion, elle se manifeste dans l'évocation du silence actuel en formation. Il est estimé «inadéquat» avec la

réalité perçue : «Comme si chacun savait, depuis sa vie privée, ce qu'est un rapport sexuel, les éléments de la reproduction, ce qu'est la vie sexuelle».

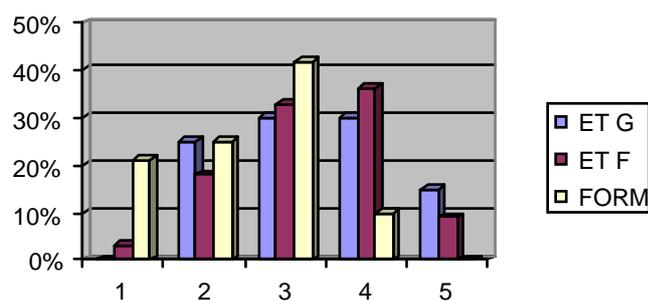
Enfin, il est constaté que la sexualité n'est ni définie ni abordée, dans la formation, comme elle ne l'a pas été, non plus, dans l'éducation préalable des étudiants. Ainsi, se questionne-t-on, selon quelle réalité «les étudiants sont éduqués préalablement?» «La sexualité a été abordée pour leur développement, en principe.» Mais ce but international d'éducation sexuelle des jeunes n'est pas perceptible. Pourtant, dit l'une des formatrices « la liberté des mœurs rend la chose plus courante», comme pour sous-entendre une adéquation d'emblée à des concepts sensés être consensuels. Mais, ce qui est considéré comme «pré-requis», voire défini, révèle une « grande hétérogénéité des représentations.»

Pourtant, quelques formatrices mentionnent qu'elles suggèrent d'autres propositions. Elles disent en tenir compte, mais qu'il est difficile d'en parler ; et l'une d'elles constate que les étudiants peuvent «être gênés et surpris ».

3.1.3.2 Analyse des données d'Enquête en fin d'études

Pour étudier le vécu des étudiants, nous prenons pour référence les résultats de l'enquête effectuée auprès d'étudiants en fin de formation et de leurs formateurs - Annexe 6 - En effet nous avons cherché à repérer la représentation cognitive de la sexualité abordée dans l'enseignement des fonctions des organes sexuels. « Avez-vous étudié la physiologie des réactions sexuelles masculines et féminines?»

GRAPHIQUE DES RÉPONSES QUESTION 8



La majorité des réponses se situe dans les cases 3 «assez bien» et 4 «pas». Cependant, nous observons, d'une part, que les étudiantes femmes cochent plus le mode 4 que le mode 3, alors que les étudiants hommes cochent à égalité les réponses 3 et 4.

Nous remarquons aussi un décalage de la répartition entre les réponses des formateurs et celles des étudiants. La médiane des réponses étudiantes est située à 3 et nous notons que 11% des étudiants (15% chez les hommes et 9% chez les femmes) ont aussi coché la case 5 «ne sais pas». Alors que seulement 10% des

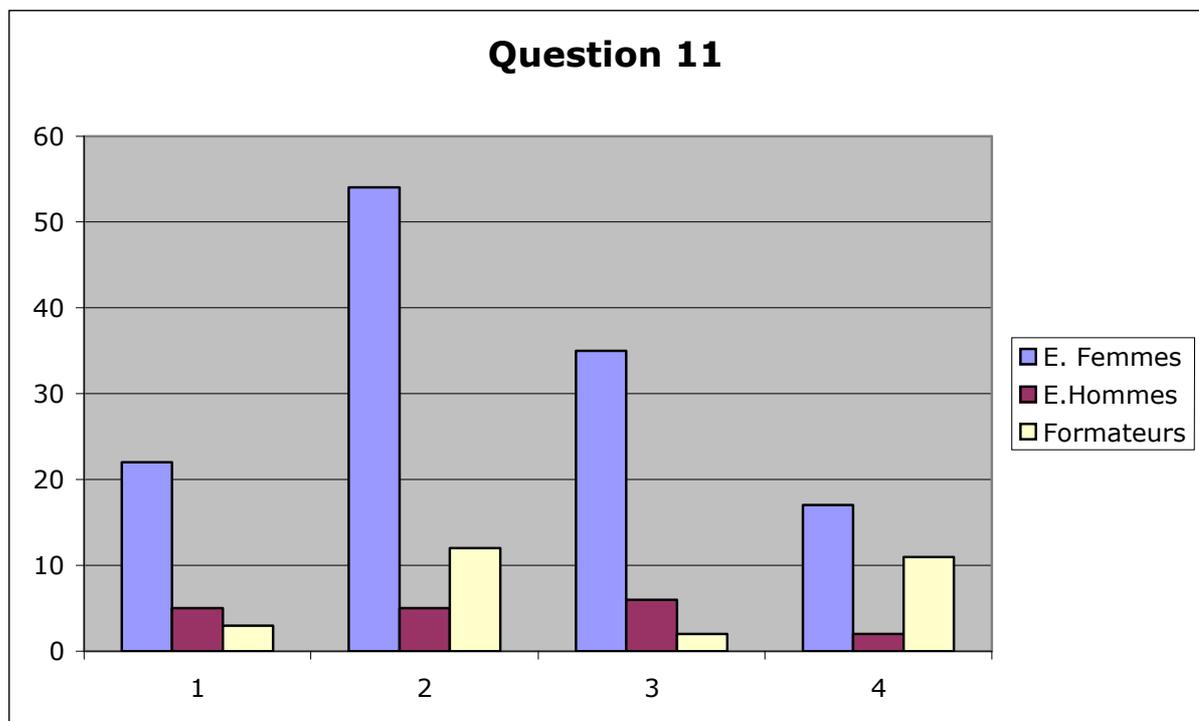
réponses des formateurs sont situées en 4 et aucune en 5, révélant qu'ils ont acquis ces connaissances, sans les transmettre à leurs étudiants.

Le détail des réponses des formateurs masculins, montre que les 4/5 d'entre eux ont répondu «très bien». Il manifeste un autre décalage qui pourrait être lié au genre. La question ne portant pas sur l'origine de ces connaissances, nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur l'influence de la formation en I.F.S.I.

Nous pouvons donc remarquer que les réponses des étudiants, en fin de formation, indiquent très nettement une lacune de la formation et même une difficulté à répondre à cette question. On peut supposer que leur connaissance reste floue, et que l'ignorance ne leur permet pas de situer la sexualité à partir des données anatomiques étudiées.

Les résultats à la question des attentes deviennent intéressants à analyser.

Question 11 : «Avez-vous besoin de plus de formation sur la sexualité dans l'exercice professionnel? »



Nous observons que pour l'ensemble des trois groupes les cases 1 «beaucoup» et 2 «moyennement» regroupent la moitié ou plus des réponses. Cependant, la répartition de celles-ci, au sein des trois groupes, est bien différente. Si le mode majeur, des étudiantes femmes et des formateurs, est situé en 2 (moyennement), il se trouve en mode 3 (peu) pour les étudiants hommes. La dispersion des réponses de ce groupe est répartie presque également entre les trois premières réponses. Ils sont aussi plus nombreux (1/4) à attendre «beaucoup» d'une formation, que les autres groupes (16 et 15%). Mais, ils sont également plus nombreux et dubitatifs sur les réponses à leurs attentes! D'autre part, la distribution des réponses des formateurs est faible, sur les trois dernières

cases, avec un total de 20%, alors qu'un décalage important émerge à 63% pour exprimer leurs attentes dans la case «moyennement». Il semble que l'attente soit plus souvent cotée « beaucoup » par les hommes, révélant une différence de genre. Nous la retrouvons dans le détail des réponses des formateurs hommes, dont 3/5 cochent cette case.

Nous pouvons penser que les lacunes ne sont probablement pas vécues dans le conformisme ; en effet elles situent formateurs et étudiants dans l'attente de nouvelles propositions. L'intégration des définitions internationales dans la formation infirmière peut être envisagée.

3.1.3.3 Analyse des mémoires

Plusieurs mémoires infirmiers ont, pour objet de recherche, des problématiques liées à la sexualité. Pour autant, ils ne sont pas appuyés sur une définition de référence de la santé, encore moins de la santé sexuelle. Cette omission révèle le silence maintenu sur ces concepts, fondements d'un travail de recherche dans ce domaine. Elle confirme une anomie, qui se manifeste sous forme de repli.

Par contre, les étudiants cherchent à comprendre et à découvrir par eux-mêmes, sans se référer à des objectifs et moyens spécifiques professionnels. Les chapitres suivants en apportent des illustrations, que ce soit en démarche de soins, en modules de pathologie, en santé publique ou en relation d'aide.

3.1.4 Bilan de l'analyse des définitions

Ce chapitre se clôt sur le constat que les buts énoncés par l'OMS sont refusés. Les définitions de la sexualité, de la santé sexuelle et de l'éducation sexuelle ne sont pas intégrées dans la formation infirmière. Cependant, les moyens de mise en œuvre qui sont évoqués, sont conformes à un autre objectif visant la responsabilité de l'infirmière dans la sexualité reproductrice. Nous pouvons parler d'un repli manifeste, au niveau de la formation et de la pratique des formateurs, mais aussi d'un ritualisme dans les moyens utilisés pour atteindre un but de réduction des risques.

Pourtant, les attentes d'une formation spécifique sont évidentes, chez les étudiants. Elles nous conduisent à rechercher les éléments qui peuvent ouvrir cette possibilité. Ainsi, nous avons repéré que la définition de la santé utilisée en formation infirmière ouvre, en tant que telle, mais aussi dans sa déclinaison, des moyens à mettre en œuvre, la possibilité d'intégrer la santé sexuelle. Quelques formateurs, qui ont repéré ces refus des buts et moyens pour une santé sexuelle, évoquent d'ailleurs, dans une attitude de rébellion, des tentatives de nouvelles propositions dans leur enseignement de la démarche de soins.

Si nous reprenons le tableau de Merton, nous constatons un repli et une ébauche de rébellion, signant une anomie.

Objectifs	Buts	Moyens
Conformisme	Acceptation	Acceptation
Déviance :		
• Innovation	Acceptation	Refus
• Ritualisme	Refus	Acceptation
• Repli	Refus	Refus
• Rébellion	Refus + Nouvelles	Propositions

La tendance à la rébellion nous invite à étudier le cœur de l'enseignement infirmier. La démarche de soins est en effet essentielle pour les futurs professionnels. Les moyens qu'elle offre aux infirmiers dans leur pratique sont aussi spécifiques.

3.2 La démarche de soin

Le rôle propre infirmier consiste à développer une démarche clinique, pour prendre en compte le patient dans son unité. La deuxième hypothèse secondaire s'attache à mettre en évidence les difficultés rencontrées en démarche de soins, pour réaliser une approche de la globalité de la santé et, en conséquence, de la sexualité.

Le chapitre précédent a montré que la définition mondiale de la santé était une référence fondamentale de la formation infirmière. Sa déclinaison holistique structure la démarche de soins.

3.2.1 Textes de référence pour une démarche globale

Nous proposons d'explorer ce processus et cet ensemble d'outils, moyens propres aux infirmiers, dans leur conformité aux moyens proposés par les institutions internationales, OMS et ONU-SIDA, d'une part et les recommandations européennes, d'autre part.

3.2.1.1 *Recommandations pour une approche globale*

Nous avons déjà évoqué les recommandations internationales pour aborder la sexualité dans sa globalité. Nous souhaitons, pourtant, les confirmer à partir de ce communiqué de presse de l'O.N.U.SIDA (RHR 2007), signé par Paul Van Look, Directeur. « Malgré de solides arguments – basés sur des préoccupations en matière de santé publique, de droits de l'homme, d'équité et de justice sociale – la nécessité d'une approche globale de la santé sexuelle et génésique demeure dans de nombreux pays un concept insuffisamment compris et peu mis en oeuvre »[162]. Ce constat peut se traduire comme étant celui d'un repli. Il associe, en effet, refus ou scepticisme à propos des buts, ainsi qu'un refus des moyens proposés.

Un éclairage des moyens, favorables ou non à cette approche globale, est apporté aux états pour dépasser ce constat. « Lorsque les jeunes cherchent une information, un service, ils risquent réprimandes et jugements de valeur de la part des professionnels de santé. Par ailleurs, les services de santé n'offrant guère d'espace à l'intimité et la confidentialité, les filles se tournent surtout vers des moyens illégaux et de peu de qualité.» Par contre, « un enseignement capital du projet [162] a été que la modification des normes et convictions chez les adultes de la communauté, en particulier chez les hommes, donnait plus d'efficacité aux interventions visant un changement de comportement parmi les jeunes... » Enfin, la dernière proposition nous intéresse particulièrement, car elle indique comment la mise en cohérence repose sur une orientation innovante

des projets globaux : « Ouvrir le dialogue sur des sujets sensibles. Adultes et jeunes devront réfléchir ensemble, à la sexualité des adolescents, à une éducation sur la santé sexuelle, à la violence sexuelle et au viol, aux rôles respectifs des femmes et des hommes et aux pratiques traditionnelles...»

3.2.1.2 Accent européen pour une approche globale

Par ailleurs, et comme suite aux propos de Jonathan Mann -Annexe.3-, alertant sur une approche trop restrictive des épidémiologistes aux facteurs de risque (en particulier pour le sida), une réunion au Conseil de l'Europe (ONG - CR) du 27 juin 2001 a dégagé différents points. D'une part, l'accent est mis sur l'importance «d'aborder la santé dans sa globalité selon la définition de l'OMS. Certains sujets certes brûlants ne tiennent pas compte de cette globalité. Par exemple il est important de parler de sexualité quand on parle de santé. La sexualité, non réduite à la génitalité, donne du sens à tout ce qui est notre corps. Si quelqu'un a une mauvaise relation avec son corps, il aura une mauvaise relation au corps de l'autre, ce qui favorise la délinquance, les abus sexuels...»

3.2.1.3 Textes de référence en France

Le Code de Santé Publique régit la profession (Annexe 1) et met en évidence le rôle propre infirmier.

L'Article L 4311-1 considère «comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu... L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

Dans le décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession ; cinq missions essentielles lui sont reconnues. En fait, «le rôle infirmier se situe dans une intrication de dimensions préventives, curatives et palliatives, pour tendre vers sa finalité définie dans les cinq missions citées. Si on y associe les connaissances scientifiques actualisées - concernant l'expérience de la maladie, du handicap, des réactions d'adaptation, des stades de développement humain, des thérapeutiques et leurs retentissements sur les activités de la vie quotidienne -, on mesure davantage l'impact de notre contribution infirmière par le biais de la qualité du recueil de données, initial et continu. Celui-ci aide en particulier à choisir les priorités et les modalités de soins du moment. C'est bien l'attention recherchée par l'écoute, l'observation, la mesure de l'intensité et l'analyse de la situation à chaque fois unique qui permet d'adapter les soins infirmiers de base, techniques, éducatifs ou relationnels. C'est ce que nous appelons, dans notre jargon professionnel, la démarche de soins, pierre angulaire pour établir avec le patient son projet de vie, de

soin.»[51] Ces explications sont données par P. Hallouët & Col dans les « principes de base »

3.2.2 Ensemble d'outils pour une approche holistique

Le rôle propre infirmier, précisé dans la première partie, est fondé sur la pensée d'un continuum de la santé maladie. Il s'articule autour d'un pôle, lié aux sciences biomédicales, centré sur la maladie et son traitement et d'un pôle, rattaché aux sciences humaines, sur lequel s'appuient les modèles conceptuels infirmiers qui structurent la démarche de soins.

Sur le plan opérationnel, la formation s'attache à développer une aptitude à une analyse singulière, pour chaque personne soignée. Un processus spécifique s'élabore au moyen de plusieurs outils : les besoins fondamentaux de la personne, les diagnostics infirmiers, les actions et leur évaluation.

3.2.2.1 *Approche globale de la personne*

Le terme de personne s'applique à l'individu en général et à tout être humain à la fois mortel et particulier. Le concept de personne peut être éclairé par différents regards. Que ce soit un regard sur l'acteur, comme dans l'Antiquité, ou que ce soit une approche idéologique, philosophique, voire spirituelle. Il renvoie aux approches opératoires de l'individu, dans ses activités de réflexion, d'autorégulation, de contrôle de sa conduite selon des règles et valeurs qui lui sont propres. Par ailleurs, les propositions de Marcel Mauss fondent la prise en compte de la personne, en formation infirmière : « C'est en considérant le tout ensemble que nous avons pu percevoir l'essentiel, le mouvement du tout, l'esprit vivant, l'instant fugitif où la société prend, où les hommes prennent conscience sentimentale d'eux-mêmes et de leur situation vis à vis d'autrui. » M.Mauss¹¹

Ainsi, la personne soignée est une « personne qui, considérée dans son histoire et sa situation, présente un ou plusieurs problèmes de santé, pour lesquels elle a recours aux institutions et / ou aux personnels de santé. » [82]: Les notes apportent des précisions. « Dans la pratique et la littérature infirmières, on trouve avec des significations voisines des termes tels que malade, patient, client, usager, bénéficiaire. L'expression « personne soignée » est préférée, depuis que s'est développée, au cours des années soixante-dix, une approche humaniste des soins infirmiers qui considère les besoins de l'individu malade et non pas exclusivement sa maladie. »

¹¹ M.Mauss « Sociologie et anthropologie » P 276

3.2.2.2 Les besoins fondamentaux

Selon le dictionnaire de soins infirmiers[82], un besoin fondamental est une « nécessité vitale propre à tout être humain sain ou malade. » Les notes précisent par ailleurs trois éléments :

« Les besoins fondamentaux s'expriment de manière diverse, selon les personnes, leur histoire, leur état de santé, leur culture, leurs habitudes de vie, les auteurs.

L'identification et la classification des besoins fondamentaux varient selon les auteurs.

Expression introduite en France vers 1965, à la suite de la publication, par le Conseil International des Infirmières, de l'ouvrage de Virginia Henderson [52], ce terme a été officialisé par le programme des études d'infirmier(ère) de 1972... »

On peut repérer que deux modèles prévalents dans la formation infirmière contribuent à l'analyse des besoins fondamentaux de la personne.

Celui de Maslow[85] fonctionne en escalier. L'homme cherche à satisfaire ses besoins, selon leur prépondérance au sein de la personne. Toutefois, il ne peut s'engager dans la recherche de réponses à ses besoins supérieurs, qu'à la condition que ses besoins de base soient satisfaits, à un degré suffisant (ce degré étant variable d'un individu à l'autre). Abraham Maslow propose alors un schéma pyramidal de cinq catégories. - Annexe 9- Les besoins y sont hiérarchisés, proportionnellement à leur prépondérance au sein de la personne ; ils sont en relation les uns avec les autres. Si bien qu'on peut repérer des besoins relatifs à un domaine de la vie dans plusieurs catégories.

La sexualité est située comme besoin physiologique de base. Mais nous retrouvons d'autres composantes de la sexualité, dans les autres besoins. Ainsi, dans le **besoin de sécurité**, la protection du danger physique, des menaces psychologiques, de la dépendance, s'applique au domaine de la sexualité et occasionne, par exemple, de nombreuses campagnes de prévention (Lutte contre les abus et violences sexuelles, lutte contre les IST Sida, prévention des grossesses précoces). On peut aussi repérer la sexualité, dans le **besoin d'appartenance** ; en effet, sa formulation, «relations et communications chaleureuses, être avec ceux que l'on aime», s'inscrit dans la vie sexuelle et amoureuse des individus et des couples. Le **besoin de considération** d'estime de soi-même et des autres, «dans la préoccupation du respect de l'autre» est très souvent mis en évidence en éducation sexuelle. Quant au **besoin de dépassement** il peut être mis en lien avec la notion de sublimation, selon la théorie psychanalytique de la sexualité de Sigmund Freud. [42]

L'utilisation de ce modèle permettrait donc de situer l'apprentissage clinique infirmier, en cohérence avec les recommandations internationales pour aborder la sexualité. Nous pourrions alors parler de ritualisme, puisque le but de santé sexuelle n'est pas mis en évidence dans la formation infirmière ; alors que

les moyens pour repérer les besoins globaux de la santé d'une personne peuvent être en cohérence avec ceux proposés pour une santé sexuelle.

Quant au modèle de Virginia Henderson –Annexe 8- il est privilégié dans l'apprentissage de la démarche de soins.

La sexualité est repérée comme un besoin relationnel. Ainsi, Margot Phaneuf l'aborde dans les termes suivants, dans le « guide d'apprentissage de la démarche de soins » [128]. C'est la « nécessité pour la personne d'établir des liens avec les autres, de créer des relations significatives avec ses proches et d'exercer sa sexualité. » L'auteur précise - dans le tableau 2.2 du chapitre 2 - que « les facteurs d'influence peuvent se situer dans les différents aspects. Ils peuvent être physiques, dans les « limites des organes des sens, déséquilibre hormonal, altération des organes sexuels, atteinte neurologique. » Ils sont psychologiques lorsque apparaissent « anxiété, stress, troubles de la pensée, utilisation de mécanismes de défense, intelligence et personnalité. » Ils sont d'ordre socioculturel lorsque sont en jeu « le réseau de parents et d'amis, contrôle social et liberté sexuelle, statut social. » Enfin, ces facteurs d'influence peuvent être spirituels quand il s'agit de « valeurs liées à la sexualité, à la procréation et à la planification des naissances, valeurs liées à l'ouverture aux autres. »

Il est étonnant de constater que le recueil de ces éléments relève d'une compréhension globale, bien que limitée à l'aspect relationnel de la sexualité. Cette déclinaison, riche et subtile, est particulièrement intéressante quand l'infirmière observe des personnes pour lesquelles la relation sexuelle devient problématique : personnes présentant un handicap, momentané ou durable, ou des problèmes d'ordre psychologique.

Ce modèle fournit donc un moyen en cohérence, bien que partiel, aux préconisations pour aborder l'aspect relationnel de la santé sexuelle.

Par contre, comme dans le modèle de A.Maslow -Annexe 9- il est possible de repérer des composantes de la sexualité dans d'autres besoins. En effet, cette démarche clinique infirmière ouvre la possibilité de repérer des indicateurs à prendre en compte. La condition étant, toutefois, d'avoir acquis quelques connaissances spécifiques à la sexualité. Nous en citons quelques exemples :

Dans les facteurs psychologiques d'influence du « besoin de dormir et se reposer » l'IDE pourrait, par exemple, au moment du coucher, prendre en compte le rituel de masturbation de l'enfant ou de la personne âgée.

Dans les facteurs socio culturels d'influence du « besoin de se vêtir et de se dévêtir », l'infirmière peut repérer les éléments vestimentaires liés à la séduction, en tant que modes et normes sociales, ainsi qu'en termes de différenciation féminin- masculin.

Les facteurs psychologiques d'influence du « besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale » peuvent inclure les effets physiologiques thermiques des émotions sexuelles intenses ou de la ménopause.

Pour le « besoin d'être propre et soigné, et protéger ses téguments », l'IDE peut penser, à aborder l'aspect sexuel de la toilette intime. Elle peut observer, par exemple, la pudeur et le comportement psychosocial, en lien avec des représentations et sentiments et se manifestant par un refus ou une gêne de dévoiler ses parties génitales.

Les facteurs d'influence du besoin d'«éviter les dangers » peuvent être repérés assez facilement par tout étudiant, comme, par exemple, le risque d'infection sexuellement transmissible, d'abus sexuels ou de grossesse précoce.

À propos du «besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs», l'infirmière peut prendre en compte l'importance de celles-ci dans l'exercice de la vie sexuelle des individus et des groupes. De même, elle peut recueillir les aspects socioculturels et spirituels du contrôle exercé par l'entourage (exemple : garder sa virginité jusqu'au mariage). Il est intéressant d'intégrer dans l'observation de ce besoin comment la conviction, ou la pratique, religieuse aborde la sexualité. Comment une philosophie de vie situe la personne comme être libre et responsable de sa sexualité, mais aussi comment les préjugés opèrent une discrimination (envers les personnes homosexuelles). Tous ces facteurs peuvent influencer l'exercice de la sexualité et peser sur l'estime de soi, autre facteur d'influence de ce besoin d' «agir selon ses croyances et ses valeurs ».

Quant au besoin de «s'occuper en vue de se réaliser», il inclut l'épanouissement personnel. Dans la vie quotidienne occidentale moderne, les représentations de l'épanouissement intègrent la vie sexuelle.

Le besoin de « se récréer », peut être repéré dans la « Philosophie personnelle face au plaisir », et concerner l'hédonisme, la lecture d'œuvres érotiques ou pornographiques (magazines d'art, poèmes, tableaux, sculptures...).

Le besoin d'«Apprendre » est influencé par des facteurs très divers sur les connaissances de la sexualité. Il peut commencer par la curiosité des jeunes enfants de l'autre sexe, mais aussi, quand ils sont plus grands, la recherche d'explications sur les déterminants de la physiologie sexuelle du plaisir, pour soi-même et pour l'autre.

Cette déclinaison peut constituer de nouvelles propositions, orchestrées dans l'élargissement du recueil de données à la sexualité. Elle s'organise à partir du constat initial, que le refus des buts est fondé sur une insuffisance et une limitation dans l'application des moyens. Elle permet de promouvoir une véritable prise en compte d'aspects divers de la sexualité, avec différents publics.

Nous constatons, cependant, quel que soit le modèle, que l'analyse des besoins demande, au jeune étudiant, un apprentissage de la capacité de «faire des liens» entre des facteurs divers, selon la personne et selon la situation. Il s'agit donc d'un apprentissage de la complexité, au-delà d'une capacité à juxtaposer une liste d'éléments. Cet apprentissage concerne autant la santé globale, que la santé sexuelle.

3.2.2.3 *Les diagnostics infirmiers*

Tout d'abord, nous devons apporter quelques précisions de vocabulaire sur cet outil spécifique à l'infirmière dans sa démarche clinique d'observation des besoins de la personne et de l'analyse qu'elle élabore. Les diagnostics infirmiers signent un problème actuel ou potentiel, ils ont un titre et sont décrits par des caractéristiques, puis ils sont mis en relation avec des facteurs d'influence.

« L'identification et la classification des diagnostics infirmiers ont été réalisées aux Etats-Unis grâce au travail de centaines d'infirmières » à partir de l'analyse des besoins de Virginia Henderson. En effet, les analyses de situations de soins de patients, effectuées par ces infirmières cliniciennes ont conduit, dans les années 1973 à 1976, à des conférences. Elles ont permis d'« approfondir tous les aspects touchant la conception d'une nomenclature et une taxinomie pour des problèmes de santé diagnostiqués par les infirmières. » [125]

« Le diagnostic infirmier est une façon de penser (et non un prêt à penser) qui s'appuie sur une démarche clinique auprès du patient, qui implique une mobilisation de connaissances acquises notamment par la formation et l'expérience professionnelles. C'est également une façon de dire qui s'appuie sur un langage compréhensible par tout professionnel infirmier et sur la transmission de ce message par oral ou par écrit... Le diagnostic infirmier précise le problème. Il est au centre des décisions de soins permettant d'atteindre les résultats escomptés. » [125]

Ces problèmes peuvent être actuels ou potentiels.

Les diagnostics (une centaine) sont classés et répertoriés, en liste, sous les rubriques suivantes : échanges, valeurs, perceptions, connaissances, relations, mouvements, sensations et sentiments. Chacun est présenté avec ses caractéristiques, les facteurs favorisant, les interventions à envisager et les critères observables de résultats.

Deux diagnostics infirmiers spécifiques à la sexualité [125] sont approuvés par l'A.N.A.D.I. Sur la liste, ils sont classés dans la rubrique « communication ». Un autre ne mentionne pas le mot sexuel, bien qu'il s'agisse de « traumatisme de viol. » Il est classé sous la rubrique « sensations et sentiments »

- **Dysfonctionnement sexuel**

Le premier diagnostic intitulé «Dysfonctionnement sexuel » fait référence à un « changement perçu comme insatisfaisant, dévalorisant ou inadéquat du fonctionnement sexuel ». -Annexe 2-

Plusieurs caractéristiques sont évoquées pour le repérer. : «Verbalisation du problème.» «Difficulté à jouer le rôle sexuel qu'il croit devoir assumer» ou encore l'«absence de modèle» ou «modèle inefficace.» Ces termes nous interrogent sur la possibilité d'évaluer ces indicateurs.

En premier lieu, la confrontation avec la réalité épidémiologique (citée dans la première partie de cette étude) laisse dubitatif sur la verbalisation. Elle s'avère

difficile et peu fréquente, en particulier quand le facteur d'influence est la violence. L'incitation internationale faite aux pays pour la signature de conventions d'engagement contre les violences et discrimination sexuelles a d'ailleurs pris son origine, en partie, sur la mise en évidence de cette difficulté. D'autre part, nous avons compris que la formation infirmière était en repli par rapport aux buts de santé sexuelle globale. La question se pose alors de savoir dans quelle mesure elle fournit les critères et indicateurs susceptibles d'évaluer le « rôle », le « modèle » ou encore la « satisfaction ».

Ces aspects de la sexualité font appel, en outre, à une connaissance anthropologique et un recul par rapport à ses propres représentations personnelles. Le risque de subjectivité du formateur et du futur infirmier reste donc à interroger.

Des actions sont proposées pour résoudre ce problème. Au-delà de la pertinence de proposer une « consultation en matière de sexualité », ce sont des soins relationnels d'aide psychologique ou éducative qui sont mentionnés : « Amélioration de l'estime de soi » ; « Amélioration de la conscience de soi » ; « Amélioration du rôle » ; « Diminution de l'anxiété » ; « Maîtrise du comportement : sexualité » ; « Clarification des valeurs » ; « Relaxation simple ».

D'autres actions, en lien avec des facteurs d'influence d'ordre pathologique, sont listées, comme la consultation et le « traitement de la toxicomanie : sevrage de l'alcool » ou encore des « Soins de base », « Gestion de la douleur ». Ou encore des « Soins techniques complexes : - Gestion du traitement - Prévention des troubles circulatoires - »

Ces actions ne sont pas spécifiques à la sexualité mais permettent de faire apparaître que l'infirmière dispose d'un potentiel de propositions pour répondre en partie à ces aspects du dysfonctionnement sexuel.

Par contre, nous découvrons des actions, d'ordre éducatif, au niveau du « Système de santé : Aide à la prise de décisions » et surtout « Éducation : sexualité » qui est évoquée bien distinctement de l'« Éducation du patient ». Ainsi surgit, sous forme de ritualisme, une acceptation du moyen que représente l'éducation sexuelle, alors que le but de santé sexuelle n'a pas été accepté.

Une autre catégorie d'actions, révélant aussi un ritualisme, est envisagée dans les « soins à la famille » ainsi que dans la « prise en charge lors d'une procréation médicalement assistée ». Ce constat fait appel aux compétences en relation d'aide pour des problématiques qui se répercutent au niveau familial et qui font résonner la complexité de la sexualité.

Les résultats sont établis sur les critères biologiques : « Contrôle des risques : maladies sexuellement transmissibles (MST) ». D'autres critères font appel à des connaissances qui ne sont pas référencées à la santé sexuelle globale : « Développement de l'adolescent de 12 à 17 ans - Rétablissement après abus sexuels - État de vieillissement physique ».

Nous devons signaler, par souci de précision, qu'un accent est mis sur le lien entre ce diagnostic et les conduites addictives, dans la consommation

d'alcool. Ainsi est-il mentionné, dans le « Guide pratique des diagnostics infirmiers »: «Abus physique. Abus psychosocial, par exemple, des relations néfastes» [81]

- **« Habitudes sexuelles perturbées»**

Ce diagnostic (aussi dénommé « perturbations de la sexualité) est utilisé dans une «situation où une personne éprouve ou risque d'éprouver un changement dans sa santé sexuelle.» C'est ici que la définition de la santé sexuelle est reprise. « La santé sexuelle est une intégration positive des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexué de sorte que celle-ci enrichisse la personnalité, la communication et l'amour (OMS, 1975) »

La manifestation en est l'«expression d'inquiétude face à la sexualité.» Nous notons les formulations peu explicites - « manque de connaissances » - complétée par une autre - « ou d'habiletés en regard des réponses possibles... »-. Des conflits sont cités comme « relatifs à l'orientation sexuelle ou des préférences, lesquelles diffèrent de ce que la société considère comme normal ». Cette ouverture fait appel à une capacité de relativisation par rapport à ses propres croyances, émotions et idéologies pour entrer dans la compréhension de ces conflits. Or, nous avons déjà indiqué qu'il n'y a pas de connaissances spécifiques de la santé sexuelle, en particulier dans sa globalité. La question se pose donc de savoir comment le niveau de jugement moral de l'observateur (formateur ou étudiant) peut être libéré de ses représentations personnelles pour être en mesure d'aborder ces conflits dans le soin.

Nous ne nous attardons pas sur les interventions assez semblables à ce qui est proposé dans le précédent diagnostic. Pourtant, le caractère relationnel de plusieurs d'entre elles est à préciser. Ainsi, une distinction est opérée entre trois types d'intervention éducative : «Education : rapports sexuels sans risque.» « Education : sexualité.» « Education sanitaire.» Cette distinction est en cohérence avec les recommandations de l'OMS de distinguer la prévention des comportements sexuels à risque, la prévention hygiéniste et l'éducation à la sexualité. Elle sous-tend une définition de la sexualité et une appropriation des programmes visant la santé sexuelle, qualifiées l'une et l'autre de globales.

L'application de la dernière action, intitulée « Maîtrise du comportement», met en exergue des connaissances sur les réactions sexuelles qui ne sont pourtant pas enseignées, alors qu'elles ont fait l'objet d'études, très médiatisées dans les années 70 par Master et Jonhson. [86]

Quant aux actions « Élargissement du réseau de soins » et «Groupe de soutien», elles font appel à l'interaction avec d'autres professionnels. Elles commencent par une bonne connaissance de ceux-ci, bien qu'elle soit peu travaillée en formation initiale. De plus, l'infirmière n'a pas une maîtrise suffisante de l'objet même de la communication interdisciplinaire, alors qu'elle s'avère particulièrement déterminante, pour coordonner les interventions de chacun.

Une application de ces deux diagnostics aux personnes âgées est à signaler. Elle confirme un souci de reconnaître l'espérance de vie sexuelle après la période reproductive dans les besoins de la personne, à tout âge[5]. Par ailleurs, selon le concept que la sexualité concerne tout individu, Philippe Denormandie (médecin responsable de la mission « handicaps, réseaux et coordination », du service social hospitalier de l'A.P.H.P.), rappelle que « des femmes n'ont pas de suivi gynécologique car on les imagine sans sexualité » [34]. Il explique cette situation par « la puissance de l'éducatif et du social dans le champ du handicap. On a rejeté le médical - et il y avait de bonnes raisons - mais, au final, on a oublié de s'occuper du corps.» L'approche globale de la personne semble donc aussi difficile pour les divers personnels sanitaires et sociaux et interroge sur l'efficacité d'une coordination des différents personnels, quand il s'agit de sexualité.

- **« Syndrome de traumatisme de viol »**

Il est doublé, selon les auteurs[32], par un autre diagnostic intitulé « risque de traumatisme de viol » Ils traitent la conjonction d'éléments juridiques, d'une part, et traumatiques, d'autre part, qu'ils soient des manifestations polymorphes ou des stratégies d'adaptation individuelles. Nous remarquons qu'il s'agit d'une approche globale, très documentée cliniquement sur l'impact traumatique sexuel dans son éventuelle diversité.

- **Autres diagnostics**

En raison de la complexité de la sexualité, d'autres diagnostics peuvent aussi être utilisés. - « Connaissances insuffisantes » - « Stratégies d'adaptation défensives » - « Stratégies d'adaptation familiale efficaces : potentiel de croissance » « Stratégies d'adaptation familiale inefficaces : absence de soutien », ainsi que les diagnostics récents - « Motivation à améliorer le concept de soi »- « Motivation à améliorer ses connaissances » - « Motivation à améliorer ses stratégies d'adaptation ». Ils font, en effet, aussi appel à des connaissances spécifiques sur la sexualité.

En résumé, l'usage des diagnostics spécifiques, malgré une réelle subtilité pour prendre en compte la personne dans sa globalité, dévoile en creux les lacunes consécutives au refus des buts concernant la sexualité. La démarche globale de soin offre des moyens opérationnels qui, s'ils sont poussés, permettent de tenter d'aborder la globalité sexuelle. Elle indique, ainsi, que l'acceptation de ces moyens, pour aborder la sexualité de la personne en démarche de soins, prendrait une forme ritualiste, révélant ainsi l'anomie.

3.2.3 Analyse de l'approche globale dans la pratique professionnelle

Nous interrogeons formateurs et étudiants pour repérer comment cette démarche de soins, spécifique aux infirmiers, est vécue dans la pratique de ceux qui l'enseignent et dans l'apprentissage des étudiants, pour intégrer la sexualité.

3.2.3.1 *Données des interviews de formateurs* – annexe 5-

Les formateurs interviewés (en réponse à la première question lors des entretiens non-directifs) ont reconnu qu'ils ne font pas référence à la sexualité dans l'apprentissage de la démarche de soins. D'une part, à propos des besoins fondamentaux, ils n'évoquent pas le modèle pyramidal de Maslow[85]. Quant à l'autre modèle, il n'apparaît pas, comme une possibilité d'ouverture. « Dans la démarche de soins, le besoin n'est pas mis en exergue, par Virginia Henderson », nous dit-on. D'autre part, une seule personne dit clairement que « les diagnostics qui tournent autour ne sont pas abordés... » Les autres n'y pensent pas, alors qu'elles sont toutes « spécialistes » de la démarche de soins.

À la deuxième question - «Peux-tu m'expliquer quels sont, pour toi, les besoins en formation concernant la sexualité? »- nous entendons le souci de la majorité des formatrices. Plusieurs d'entre elles recherchent la pertinence d'aborder la sexualité, dans les modules transversaux aux trois années d'études (démarche de soins, anatomie, santé publique et sciences humaines. Un consensus s'établit, de fait, sur l'alternative possible d'aborder la sexualité dans la démarche de soins. « Intégrer la sexualité, dans la prise en charge globale de l'homme ». Pour la plupart, en effet, elle apporte un «regard complémentaire de la globalité», «plus en détail, sur les apports des sciences humaines», elle permettrait de mettre en place un «travail et une vision globale de l'être humain.» Toutefois, il est bien mentionné que cette proposition se construit « avec les outils de la démarche de soins », « telle qu'elle est abordée d'habitude » mais « sans oublier une approche philosophique et psychologique » ni « l'aspect cognitivo - comportemental. » Cet élan profile clairement comment accepter l'adéquation des buts concernant la sexualité, avec ceux de la formation infirmière. On voit ainsi s'amorcer une rénovation de la démarche de soins globale, et apparaître une forme de rébellion, en tension vers de nouvelles propositions.

Nous retrouvons cette attitude, dans les propos de la plus ancienne formatrice. L'approche globale fondement de la démarche de soins est tout de suite envisagée. Elle manifeste un refus des buts et des modalités actuelles, qui lui semblent inopérants sur ce sujet et plus généralement sur l'approche globale. Elle se réfère au « programme précédent (avant 1992) », qui était basé sur l'approche de « l'homme sain et les étapes de la vie » et favorisait la confrontation à un questionnement. « Qu'est-ce que c'est que se sentir bien, ou malade, le point de déséquilibre qui renvoie à la définition de la santé. » Pour

ouvrir un «travail sur la santé de l'homme, qu'est-ce qui l'influence?» Elle estime que cela permettait d'aller aussi, vers l'«objectif de lever le tabou... » Enfin, l'une des interlocutrices explique que la méthode pratique, mise en œuvre en IFSI, « n'est pas une aide à la compréhension du global humain », mais « une impasse » qui est loin de « la promotion de la santé ». Elle conduit, lors du transfert de cet apprentissage, dans les travaux de santé publique, à des « interventions ridicules en collègue.»

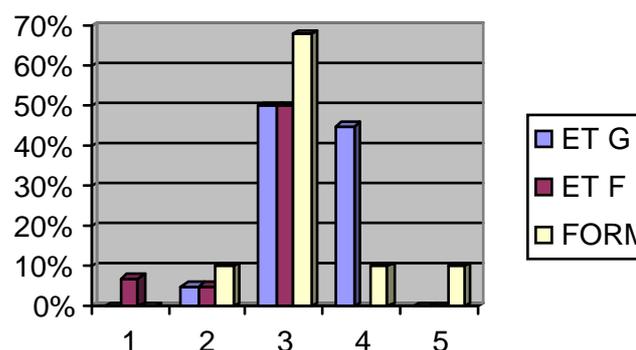
Claude Lagarde et ses collaborateurs [65] apportent un éclairage général, sur la formation infirmière qui peut expliquer cette attitude de refus et de rébellion chez les formateurs. En effet, ils pensent que les apprentissages sont préprogrammés par des objectifs, dont le nombre ne permet pas l'espace nécessaire au cheminement des étudiants, à leur interpellation par le contenu du sujet abordé. «Insidieusement l'acte éducatif devient extrêmement morcelé. Au fil du quotidien, professeurs et élèves sont centrés, sur des «unités» d'apprentissage. De plus, les objectifs d'apprentissage dépassent rarement le niveau taxonomique de la «compréhension», c'est-à-dire le niveau de la parole logique, qui fait des liens de premier niveau. Relativement peu d'objectifs visent le niveau de l'analyse encore moins celui de la synthèse. Pas étonnant, que de nombreux étudiants n'arrivent jamais à développer une vision d'ensemble et une pensée personnelle. L'intégration, enfin, demeure difficile. On n'a de prise sur la réalité, que de façon morcelée, sans jamais être assuré de parvenir à une pensée synthétique. Il y a toujours des objectifs généraux (et généreux), dans les programmes, mais l'on vit dans l'illusion que l'acquisition des parties produit mécaniquement l'acquisition du tout. Les connaissances demeurent éparses et fragiles. Une parole personnelle est emprisonnée dans la pensée logique ... Cela ne favorise pas le questionnement vrai.»

3.2.3.2 Enquête en fin de formation : analyse du questionnaire

Le dépouillement des résultats d'enquête, à la question 9 «Au cours des relèves, parlez-vous de la sexualité de patients (ou de personnes en charge), avec vos collègues?» révèle pourtant un vécu actuel dans la pratique.

GRAPHIQUE DES RÉPONSES QUESTION 9

La majorité des réponses, de toutes les catégories, se situe sur le mode 3.



Mais, alors que le pourcentage des réponses se situe à 50% sur ce mode, pour les étudiants, qu'ils soient hommes ou femmes, les formateurs cochent cette case à 68%. Un premier écart est pourtant observable, du côté des étudiantes femmes qui ont coché la réponse « très souvent ». Un deuxième écart se situe à la réponse 4, choisie par 10% des formateurs. Nous ignorons cependant quelles représentations de la sexualité suscitent ces réponses. La réponse 5 (ne sais pas) de 10% des formateurs révèle probablement la réelle ignorance de ceux-ci de l'actualité des services sur ce sujet et explique aussi le choix de plusieurs d'entre eux pour la réponse « jamais ».

D'autre part, nous remarquons que 5% des étudiants, femmes ou hommes, ont opté pour la réponse 2 (souvent), manifestant qu'il y a une réalité de la prise en compte de la sexualité des patients dans certaines structures de santé. Il serait intéressant d'obtenir des précisions afin de comprendre pourquoi et comment ces relèves ont été initiées dans les services hospitaliers et autres lieux d'exercice professionnel. Nous pouvons penser qu'elles manifestent une attitude innovante.

3.2.3.3 Analyse des mémoires infirmiers

Pourtant, nous ne retrouvons pas dans les mémoires de questionnement étudiant concernant l'approche globale de la démarche de soins par rapport à la sexualité. Il est même fait référence dans le mémoire d'E.C.[19], au sujet des hystérectomies en service de gynécologie, que: « Dans l'ensemble, les infirmières n'abordent pas d'elles-mêmes le sujet de la sexualité et des séquelles sexuelles... La sexualité est un sujet très personnel, il est difficile pour les infirmières de dépasser la distance professionnelle, et il est difficile pour certaines femmes de se confier à des inconnus. » Les infirmières de sa première enquête ne situent pas l'approche de la sexualité, dans la démarche de soins infirmiers.

Quant à J.S.[141], elle remarque et prend conscience du « silence » et de la difficulté de parler aux patientes ayant subi des interventions gynécologiques. « Avant leur sortie, elles reçoivent une fiche de consignes écrites données par le médecin, cette fiche explique les précautions à prendre pendant le mois suivant l'opération (il s'agit notamment d'observer une abstinence pendant trois semaines). » « Peut-être n'y pense-t-on pas », remarque l'étudiante! Elle suppose que l'inquiétude, de ces femmes, est difficile à formuler. D'autres questions se posent alors. « Que peut-il en être hors des normes de vie sexuelle? Ces normes sont-elles perçues comme normes? » La possibilité d'une réflexion anthropologique est sous-jacente. Ce questionnement corrobore les remarques des formateurs quant à l'approche globale.

Selon ces mémoires, le constat s'impose d'un refus des buts comme des moyens dans la vie pratique, d'intégrer la santé sexuelle dans la démarche de soins.

Nous n'avons lu aucun mémoire d'infirmières, cadres de santé, de sexologie ou de master en sciences de l'éducation, sur le thème de la sexualité et de la démarche de soin. Il serait intéressant de repérer, si l'aspect clinique de ce domaine n'est pas perçu par les infirmières, ou si elles n'osent pas aborder ce sujet en démarche de soins.

3.2.4 Bilan de l'analyse de la démarche de soins

En résumé, ce chapitre fait apparaître l'approche globale de la sexualité comme attendue et liée à la démarche de soins, pour les formateurs. La reprise de la définition de la santé sexuelle apparaît dans la formulation théorique de deux diagnostics, montrant une forme de cohérence avec les instances internationales, qui préconisent que l'«aspect sexuel ne peut être déconnecté du soin ». Il y a, de plus, un consensus sur l'évidence de l'approche globale du patient, but fondamental de la démarche de soins.

La démarche globale elle-même s'avère difficile à apprendre et à mettre en place, malgré les outils à disposition. Les moyens, pour atteindre ces buts, semblent donc insuffisants pour atteindre le but d'intégrer la sexualité dans la démarche de soins. En conséquence, on peut comprendre que les diagnostics spécifiques ne soient pas utilisés, et qu'il y ait peu de questionnements étudiants dans les mémoires, sur l'intégration de la sexualité dans la démarche de soin.

Cependant, le souci de cohérence qui anime les formateurs leur permet de manifester une forme d'attente de nouvelles propositions pour introduire l'approche de la sexualité dans les modules transversaux, voire divers modules spécifiques.

Objectifs	Buts	Moyens
Conformisme	Acceptation	Acceptation
Déviance :		
• Innovation	Acceptation très partielle	Refus
• Ritualisme		Acceptation
• Repli	Refus	Refus
• Rébellion	Refus	
	Refus + Nouvelles	Propositions

Sur le tableau de Merton, nous constatons que les quelques moyens cités dans la démarche de soins sont refusés, malgré l'acceptation très partielle des buts. En conséquence nous observons les manifestations de l'anomie sexuelle.

3.3 Modules de pathologies

Nous avons repéré, dans la première partie, que la formation infirmière s'organisait selon une classification des pathologies, par grandes fonctions de l'organisme. Elle se décline, en modules de pathologie, qui concernent plutôt le rôle prescrit de l'infirmière, dans l'enseignement théorique, alors que le rôle propre est aussi abordé en travaux dirigés et dans la pratique.

Nos enquêtes ont montré une attente, de prise en compte de la sexualité, dans l'enseignement modulaire. Les données épidémiologiques, par ailleurs, mettent en évidence des problèmes, propres aux fonctions sexuelles elles-mêmes, mais aussi des dysfonctionnements liés à des pathologies diverses. Une troisième hypothèse secondaire cherche à faire émerger des freins et lacunes éventuels pour une approche de la sexualité dans les modules de pathologie.

Malgré la perspective du changement important de la formation infirmière française dès la rentrée scolaire de 2009 nos constats portent sur l'enseignement actuel. L'une de ses caractéristiques réside dans l'organisation, modulaire de l'enseignement. Certains de ces enseignements sont transversaux, aux trois années d'études (démarche de soins et santé publique notamment). D'autre part, certains modules sont obligatoires et quelques-uns sont optionnels. Les 18 modules de pathologie sont obligatoires et sont traités selon une classification des grandes fonctions de l'organisme. Accentuant l'aspect très professionnel, le titre de la plupart d'entre eux (16) est formulé de la même façon : « soins infirmiers aux personnes... » Les deux restants sont intitulés « soins infirmiers en pédiatrie et pédopsychiatrie » et « soins infirmiers aux urgences et en réanimation ; transfusion sanguine ». Notons aussi, que 4 modules sont affectés à la psychiatrie. Le volume horaire, de chaque enseignement modulaire, s'élève à un minimum de 40 heures. Leur mise en œuvre est assurée par le groupe de formateurs dans le cadre d'une polyvalence de leurs fonctions d'enseignement. Notre étude ne consiste pas à étudier ces modules, dans leur spécificité. Nous avons recherché, uniquement, les éléments qui mentionnent ou font référence à la sexualité.

3.3.1 Textes et recommandations concernant les pathologies et la sexualité

Nous observerons, selon le même ordre que dans le chapitre précédents, les textes internationaux qui traitent des recommandations concernant les pathologies et la sexualité. Puis, nous aborderons des références européennes avant de repérer les données françaises.

3.3.1.1 Les textes internationaux

Des problèmes de santé, déterminés par leur importance, leur gravité ou qui apparaissent dans certaines pathologies ont été esquissés. Ainsi, nous avons d'abord traité les IST Sida, les violences sexuelles et les problèmes de grossesses non désirées. Ces trois catégories de problèmes peuvent d'ailleurs être liés, notamment dans les situations de précarité, les périodes de développement de l'individu, ou de fragilité.

- **Un fléau mondial et ses répercussions.**

Les objectifs mondiaux, de «La santé pour tous en l'an 2000 »¹², autorisaient l'espoir d'une victoire sur les maladies infectieuses. La pandémie du V.I.H. - Sida les a rendus caducs. Elle confirme l'évaluation insuffisante, des moyens de lutte, particulièrement en personnel. Les directives se sont, de ce fait, multipliées pour créer, diversifier et optimiser les programmes de lutte, aux différents niveaux d'intervention, de l'international à la proximité. L'accélération de ce combat touche entre autres l'accès au dépistage et aux trithérapies. La lutte donc pris tout son sens, dans les services infectieux spécialisés, mais appelle une vigilance dans les autres spécialités.

Rappelons que les recommandations communes de l'OMS et de l'UNESCO sont vives et réitérées, envers les femmes et les enfants, leurs droits et leur santé génésique. Elles sont reprises, par l'Association internationale des infirmières. Elles concernent, particulièrement, les violences sexuelles et les grossesses non désirées, mais elles prônent aussi une attention en urologie, autant qu'en gynécologie et visent aussi les hommes, touchés aussi par la prostitution.

- **Les violences sexuelles**

Nous avons déjà mentionné l'importance de ce problème, dont 20% des femmes et 5 à 10% déclarent avoir été victimes dans leur enfance. Il concerne, en réalité, divers services de spécialité, à commencer par les urgences et réanimation. Les recommandations s'adressent donc, à tous.

- **Les grossesses non désirées**

Malgré les avancées des droits des femmes à la contraception, de nombreux pays déplorent un nombre de grossesses, trop précoces ou non désirées. Les objectifs de limitation, des grossesses non désirées, visent l'amélioration de l'accès à la contraception et du suivi des femmes enceintes.

¹² Organisation Mondiale de la Santé 1991

- **Autres problèmes**

Afin que les recommandations s'appliquent de façon concrète à tous les services, force est de préciser que des troubles et pathologies, spécifiques aux fonctions sexuelles, présentent un caractère qui leur est propre, car les personnes n'osent pas en parler au personnel de santé et ne consultent pas.

Chez la femme, on observe des troubles du plaisir (anorgasmie ; frigidité totale ou partielle), ou du désir (anaphrodisie ; nymphomanie) et des dysfonctionnements (dyspareunie ; vaginisme). Chez l'homme, le Professeur Spira a évalué à 10%, le nombre d'hommes présentant des problèmes passagers ou permanents. Ce sont des troubles de l'érection, de l'éjaculation (trop « précoce », difficile, impossible, douloureuse), ou du désir (anaphasie ; satyriasis). Tous ces troubles peuvent être liés à d'autres problèmes, cardio-vasculaires, troubles de l'humeur, pathologies psychiatriques, blessures médullaires, diabète... Mentionnons aussi des problèmes génétiques repérés en principe avant l'adolescence.

À l'occasion d'une évaluation de l'OMS [1] sur la charge de la mauvaise santé sexuelle et génésique, la question des DALY (calcul des années de vie ajustées à l'incapacité) a permis de repérer quelles affections il fallait inclure dans ces calculs. « Les estimations de 1993 incluait les principales MST, à savoir : syphilis, gonococcie et chlamydioses chez l'adulte et l'enfant, après transmission périnatale ; VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant ; les cancers de l'appareil reproducteur, y compris cancers du col, de l'utérus, des ovaires, du pénis et des testicules ; mortalité et incapacités maternelles résultant des cinq complications obstétricales directes les plus importantes, à savoir hémorragie, infection, troubles tensionnels de la grossesse, dystocie et avortement... Il est clair que plusieurs autres affections rentrent dans le cadre de la santé génésique et devront être incluses... La stérilité n'avait été introduite dans l'étude qu'en tant qu'issue d'une infection post-partum ou post-abortum plutôt que comme issue non fatale ayant sa propre existence... Les préoccupations sur la performance sexuelle, l'éjaculation précoce et l'incapacité à maintenir l'érection sont parmi les troubles psychosexuels les plus fréquemment rapportés chez l'homme. » Cependant, d'autres éléments sont absents. Il reste à savoir comment introduire « la douleur et la souffrance associées aux rapports sexuels imposés, aux viols et aux abus sexuels. »

3.3.1.2 Au niveau européen

Le Conseil européen s'inscrit d'une part dans les droits à la santé sexuelle mais aussi dans les principes de mise en œuvre en formation.

- **Les droits des patients**

La recommandation du Conseil de l'Europe 1675 – 2004 établit le lien - Santé - Education à la santé - Promotion de la santé – Santé sexuelle- Education

à la santé sexuelle- santé reproductive. Elle engage (Article 2) «l'Assemblée parlementaire à améliorer l'accès aux droits sexuels et reproductifs... » Elle donne priorité, à l'accès universel aux services de santé reproductive.

La volonté d'engager les pays, dans la lutte contre les discriminations et violences, faites aux femmes et aux enfants, est en partie liée à la lutte mondiale contre le sida.

Au-delà des spécialités de ces grands problèmes, on retrouve la sexualité en amont comme en aval, dans divers problèmes de santé. Les étudiants infirmiers sont donc confrontés à cette réalité qui concerne des pathologies fréquentes, notamment en cardiologie, endocrinologie, psychiatrie ou urologie.

La consultation européenne, sur les droits des patients, énonce des orientations vers des compétences de discernement, de respect et d'accompagnement. «Chacun a le droit de recevoir les soins, correspondant à ses besoins, y compris des mesures préventives et des activités de promotion de la santé... »[111]

Puis, la charte de Ljubljana sur la réforme des soins précise qu'«il faut adopter dans la formation de base, spécialisée et continue, des personnels de santé, une vision plus large que celle des soins curatifs traditionnels. La qualité des soins, la prévention de la maladie, et la promotion de la santé doivent faire partie intégrante de la formation.»¹³ Des précisions confirment la gravité des efforts à consentir, en direction de la santé sexuelle des populations : Acquérir et exercer une «vision plus large», c'est «faire appel à des connaissances, à des compétences et un savoir être pour respecter le droit de tout patient, au sein des services.»

- **Principes en formation**

Nos références sont inscrites dans les textes européens, concernant la formation initiale des infirmières : «Normes minimales pour l'instruction et la formation des infirmières» [106].

Le premier chapitre définit les fonctions essentielles des infirmières, en soins généraux. Ainsi, doivent-elles «dispenser des soins infirmiers compétents », à toute personne et dans tout lieu de leur exercice. Ce qui, au-delà de l'aspect technique, consiste aussi à «observer les situations ou conditions physiques et affectives qui exercent un effet important sur la santé, et communiquer ces observations aux autres membres de l'équipe sanitaire ; former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé.» Le chapitre II précise que «dans ce rôle, l'infirmière doit juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel correspondant.»

Le chapitre III concerne l'enseignement ; il mentionne une coordination de l'enseignement théorique et technique dans tous ses aspects. Il inclut l'éducation

¹³ 1999, Windows CD-ROM
ISBN 92 890 1353 2 – OMS-

sanitaire qui s'effectue selon une orientation et une éthique professionnelles, ainsi que «des principes généraux de santé et de soins infirmiers » dans les différentes spécialités.

3.3.1.3 En France

La circulaire de la DGS - du 15 juin 2007-[94] est «relative aux missions des établissements de santé en matière d'éducation thérapeutique et de prévention dans le champ de la sexualité chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)». L'éducation thérapeutique (E.T.) «doit s'inscrire dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale et centrée sur le patient.» L'E.T doit être accessible et proposée à tous les patients. Elle peut avoir lieu, en séances individuelles ou collectives. Les intervenants sont spécifiquement formés à l'E T et disposent de temps réservé à cette activité. Parmi les personnels de l'équipe pluridisciplinaire, cités pour les entretiens individuels avec les patients, figure «un infirmier diplômé d'état». L'une de ses fonctions consiste à «évaluer l'activité et la santé sexuelle». Il est indiqué aussi que l'ensemble des professionnels de santé doit être sensibilisé à l'entretien autour de la vie sexuelle et affective des personnes qui consultent pour un accident d'exposition au risque viral ou des personnes séropositives sous traitement.

3.3.2 La formation infirmière au regard de la sexualité dans les modules de pathologies

Selon la méthode d'analyse précédente, nous rechercherons, d'abord dans l'enseignement théorique, quelles sont les connaissances apportées pour aborder l'aspect sexuel dans les modules de pathologie. Puis, nous examinerons les modalités d'apprentissage faisant référence qui soutiennent ces buts.

3.3.2.1 L'enseignement théorique

Nos repères, dans l'enseignement modulaire, sont inscrits dans le programme officiel[97]. Sans souci d'exhaustivité, nous avons procédé à une sélection de modules qui, d'évidence, pour des professionnels de santé, abordent la sexualité. Nous avons recherché dans leur description, les aspects et thèmes qui, en théorie et en perspective de la pratique, sont susceptibles d'intégrer la sexualité dans les soins aux personnes, ou dans des actions auprès d'un groupe de personnes.

- **Maladies infectieuses et VIH**

Les soins sont recensés, selon différents aspects.

« La contamination et la séropositivité : connaissance des virus responsables ; modes de contamination ; dépistage, prévention et éducation ; prévention de la contamination en milieu de soins.

La prise en charge des patients par le système de soins dans les structures hospitalières et en milieu extra hospitalier : de la séropositivité au Sida ; différents aspects cliniques ; le sida chez l'enfant ; évolution de la maladie ; thérapeutiques ; sida et transfusion sanguine ; prise en charge physique et psychique en structure de soins et en hospitalisation à domicile ; accompagnement des sidéens en fin de vie-

Législation et éthique : la protection sociale ; le droit du travail, embauche, visite médicale et travail ; législation et éthique étude de la loi du 2 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations ; l'annonce de la séropositivité respect du secret professionnel information du patient et de son entourage.

Sida et société : répercussions politiques et économiques nationales et internationales du Sida – les structures sanitaires et sociales intervenant dans la prise en charge des patients : rôle et responsabilité – les associations : rôle et responsabilité – toxicomanie – prostitution – comportements sexuels.»

Ainsi, plusieurs aspects sont traités (cognitif, clinique, épidémiologique, social, législatif et éthique). Cependant, l'adjectif sexuel ne suit pas le terme « éducation » et l'aspect psycho affectif n'apparaît pas dans la rubrique « sida et société ». Ces omissions interrogent sur l'approche globale, qui apparaît comme une juxtaposition de prises en charge des différents aspects. D'autre part, il semble que l'aspect « prévention- éducation » soit plutôt fondé sur une référence hygiéniste, pointant des facteurs de risque infectieux ou discriminatoires. Cette orientation est d'autant plus plausible qu'elle est sous-tendue par l'enchaînement du terme « comportements sexuels » aux mots « toxicomanie – prostitution».

- **Affections néphrologiques et urologiques :**

Nous relevons deux indications.

L'une, en santé publique, évoque l'«éducation des personnes en matière d'hygiène de vie».

L'autre se situe comme action de l'infirmière, dans sa «participation à la rééducation vésicale».

Rien n'est mentionné sur les dysfonctions sexuelles alors qu'elles concernent de nombreux patients, parce qu'ils constatent des troubles, ou parce qu'ils les craignent. Le Professeur Alfred Spira [149] a pourtant souligné que la plupart d'entre eux n'osent pas poser de questions. Des connaissances sont donc requises, pour donner des informations et des conseils, voire une éducation à ces personnes. Aucun lien n'est perceptible non plus avec les répercussions de certaines maladies cardiovasculaires.

- **Gynécologie:**

C'est au chapitre « santé publique » qu'il est fait mention de la contraception et de l'éducation, en matière de contraception. Cette dernière action est formulée comme « participation à l'éducation sexuelle. » Ainsi, l'infirmière fait partie d'une équipe éducative pluridisciplinaire, en cohérence avec les recommandations internationales sur l'éducation sexuelle.

Cependant, l'approche sémiologique des troubles sexuels n'aborde pas le fonctionnement sexuel féminin autrement que reproductif. Les réactions sexuelles physiologiques étudiées par Master et Jonhson[86], dès les années 1960, pourraient pourtant fournir des indications capables de nourrir les diagnostics étudiés précédemment, qui pourraient alors être utilisés judicieusement.

- **Psychiatrie :**

Au sein des 4 modules traitant cette spécialité, nous remarquons que la sémiologie des troubles névrotiques aborde les troubles de la sexualité. Ils sont étudiés, selon la théorie freudienne.

Pourtant, une approche fournissant des indications, sur les autres aspects de la globalité de la santé sexuelle s'avère bien nécessaire. Des connaissances théoriques, concernant l'aspect biologique, permettraient par exemple de comprendre les effets des neurotransmetteurs et l'action des traitements médicamenteux sur la sexualité, en particulier sur le désir. L'aspect comportemental et social ouvrirait également une autre compréhension des relations amoureuses et sexuelles, y compris dans le versant préventif des grossesses ou des infections sexuellement transmissibles.

- **Pédiatrie et pédopsychiatrie:**

Rien n'est évoqué concernant la sexualité y compris sous la rubrique de santé publique. On aurait pu attendre que des problématiques diverses soient abordées, qu'elles soient d'ordre génétique ou liées au développement psycho-sexuel, ou encore pour justifier une dynamique de prévention (grossesses précoces ou des I.S.T.). Les références à la maltraitance, pour outiller l'observation d'abus sexuels, ne font pas l'objet d'une rubrique particulière. Elles touchent pourtant, en France, comme dans le monde, un grand nombre d'enfants et d'adolescents (chiffres de la première partie).

Cette lacune majeure manifeste une grande contradiction, avec les données internationales sur les violences sexuelles envers les enfants. L'incohérence paraît ainsi évidente, avec les nombreuses campagnes orchestrées auprès de jeunes enfants sur ce sujet depuis les années 1980.

- **Endocrinologie**

Nous relevons sous la rubrique « santé publique » que l'« éducation » est abordée en action d'« aide à l'acceptation de l'image corporelle de la personne

soignée». Mais, une nouvelle omission est notable. Il n'y a pas d'énoncé, sur les dysfonctions sexuelles liées à certaines pathologies endocriniennes, comme le diabète, par exemple, alors que près de 5% des patients les mentionnent, selon A.Spira. [149]

- **Neurologie et neurochirurgie**

Rien n'apparaît, non plus, dans le domaine de la sexualité, alors que les répercussions de blessures médullaires (dont la prévalence est de 35000 personnes en France) ou autres pathologies, sont connues et que des sexologues interviennent dans plusieurs services de neurologie et neurochirurgie.

Le bilan de cette brève revue des modules est révélateur d'un refus d'aborder la sexualité et la santé sexuelle dans l'approche des soins aux patients atteints de diverses pathologies. Le refus des buts et des moyens est donc flagrant et contradictoire, avec les éclairages et explications des recommandations et lois. La contradiction est aussi flagrante, avec une approche globale de la personne et le souci infirmier de « prendre soin ».

3.3.2.2 Les moyens en formation pratique

Conformément à l'enseignement infirmier, nous poursuivons l'investigation au plus près des pratiques de soins, dans le contenu des travaux pratiques de quelques soins courants se rapportant aux modules de pathologies.

L'ouvrage d'Hallouët et collaborateurs, distribué actuellement à tous les étudiants infirmiers, est considéré comme la référence commune [51]. En effet, il a pour but « tant pour les étudiants, les infirmiers, les cadres enseignants ou managers ainsi que pour les directeurs des soins », de « renforcer l'ancrage de la pratique infirmière dans son cadre législatif ».

Il présente des fiches descriptives qui s'apparentent à des fiches techniques, pour une pratique articulée autour d'un rôle prescrit et du modèle biomédical (la maladie, son traitement, la prescription médicale), ainsi qu'un pôle centré sur le rôle propre, en lien avec les sciences humaines. Le temps prévu, pour chaque soin, est mentionné. Les besoins, de la personne et son autonomie, sont pris en compte. Les éléments, d'alliance thérapeutique et les principes d'information et d'éducation, font aussi partie des propositions d'actions.

- **Gynécologie: La toilette périnéale**

Ce soin est très détaillé (en 4 pages) et s'effectue en 15 minutes (rangement inclus). La toilette périnéale est qualifiée comme un soin d'hygiène et de confort et présentée sous son aspect technique.

Les conseils, de préparation de la patiente, permettent à l'étudiante d'anticiper le soin. « Rechercher la coopération du patient chaque fois que possible. En fonction de ses préférences, faciliter le soin soit en le visualisant, en

gestes et en sensations, par étape ou au contraire, respecter le désir du patient de ne pas savoir. La toilette périnéale nécessite une approche corporelle très intime, guidée par la notion de confiance et de respect mutuel, que se doivent soignant et soigné, dans une dimension humaniste de qualité.» La présentation du rôle éducatif tient compte des capacités de la personne, à l'auto soin. Elle insiste sur les règles hygiéno-diététiques, dont l'une précise de «réaliser une miction post-coïtale chez la femme », seule allusion à la sexualité.

On peut se demander : comment le respect de l'intimité s'accommode, en si peu de temps, de l'évocation de tant de règles, particulièrement cette dernière. Quelle est réellement la prise en compte globale de la personne, dans la pratique professionnelle de ce soin fréquent et détaillé, demeure une question ouverte.

- **Pédiatrie: « Prévention, détection précoce »**

Cette fiche comporte 12 pages, mais rien n'est abordé au sujet de la sexualité, ni malformation des organes sexuels, ni développement psycho sexuel, encore moins d'éléments évocateurs de violences sexuelles.

Si la synergie, avec les autres professionnels, est envisagée, elle ne pourrait pas s'effectuer sur le thème de la sexualité, puisque l'I.D.E. ne possède pas les informations, et ne peut pas rechercher les indices relatifs à la sexualité de l'enfant. Dans le cadre de la loi et des campagnes contre les abus et violences sexuelles auprès des enfants, on peut alors se demander sur quels éléments l'I.D.E. peut s'appuyer, pour faire un signalement de suspicion d'abus ou maltraitance sexuels.

La consultation d'une autre fiche - généraliste celle-ci - « **Dépistage et évaluation des risques de maltraitance** » nous renseigne essentiellement sur la maltraitance de la personne âgée. Les pré requis attendus sont les connaissances des formes de maltraitance et des circuits d'information et de soutien. Mais on perçoit peu d'éléments pour nourrir une vigilance adaptée, auprès des enfants. Par ailleurs, «la réalisation technique du geste et surveillance » aborde d'emblée la création «d'un climat de sécurité aussi bienveillant que possible dans une recherche d'alliance thérapeutique propice à la confiance». D'autres actions relèvent aussi, de la capacité relationnelle : «l'écoute de la détresse du patient » ainsi que la mise «en évidence selon la tolérance du patient et l'importance du traumatisme subi, les marques de sévices corporels pour tenter d'y trouver une explication.» Ces intentions, pourtant très pertinentes et louables, laissent probablement l'étudiant, bien démuni pour créer cette relation, avec l'enfant présumé victime de violences sexuelles, qui ne sait ou ne veut pas s'exprimer.

Pourtant, les infirmières scolaires ainsi que les étudiants, en stage de santé scolaire, sont confrontés à ce problème. Une question reste donc encore ouverte, pour savoir comment une jeune infirmière renseigne les critères et indicateurs législatifs, lors des signalements à la justice. Alors que sa formation pratique ne le prévoit pas, dans les fiches pratiques, nous avons connaissance que certains

enseignants formateurs d'I.F.S.I. veillent à intégrer de tels éléments dans l'apprentissage pratique.

- **Psychiatrie**

Alors que trois modules étudient ces pathologies aucune des fiches pratiques n'aborde la sexualité du patient. Pourtant l'approche théorique la mentionnait. Bien des questions se posent aux infirmières et stagiaires, quant à la sexualité de leurs patients, sans oublier d'évoquer les hospitalisations de victimes ou d'agresseurs sexuels, ainsi que les problèmes d'addictions et de prévention.

Cependant, et d'évidence, l'axe relationnel est orienté, sur l'écoute et la reformulation. On peut se poser la question de savoir, si la compétence de l'infirmière, formée à l'écoute, le conseil et l'éducation, peut intervenir en soin relationnel, en intégrant la santé sexuelle du patient.

- **Urologie:**

Aucune mention sur la sexualité n'est évoquée, dans les fiches pratiques, exceptée dans la pose d'un étui pénien, où « la dimension intime de ce soin » est soulignée.

- **Endocrinologie :**

Même la surveillance du poids, dont chaque I.D.E. sait qu'elle peut avoir un lien avec la sexualité, n'aborde pas le champ sexuel. La question de l'éducation thérapeutique peut aussi être posée concernant l'intégration de la sexualité dans le processus éducatif.

Ainsi, la sexualité, bien qu'évoquée dans les besoins fondamentaux, est abordée de façon partielle dans l'approche globale de la personne, et très succinctement au sein des modules de pathologie, puis, elle est éludée dans les fiches pratiques. La pédagogie, par objectifs et résolution de problèmes (ensemble de moyens promus en formation infirmière), néglige, dans les consignes de soins de spécialité, ce domaine de la vie et les recommandations internationales qui lui sont liées. Les commentaires précédents se trouvent confirmés, par ces lacunes importantes. Nous constatons un repli manifeste où le refus des buts et des moyens est évident, alors que le domaine sexuel est directement concerné dans certaines pathologies. Cette fermeture aux besoins et problèmes des patients nous interroge, sur le vécu en pratique infirmière.

3.3.3 Analyse des données sur la pratique des pathologies

Les données que nous venons d'aborder nous amènent à penser que chaque infirmière, en situation où la sexualité est en jeu, est en difficulté pour conjuguer les soins selon la pathologie et en fonction de ce domaine. Cette supposition nous conduit à explorer les données d'enquête et les mémoires.

3.3.3.1 *Analyse des interviews des formatrices*

Nous rappelons la difficulté des formateurs de parler de la sexualité, dans leur enseignement, mais aussi leur déclaration de ne pas utiliser les diagnostics spécifiques, bien que plusieurs déplorent cette réalité.

Pourtant, toutes les interlocutrices ont pensé spontanément que la sexualité peut être explorée, dans divers modules. «En clin d'œil», dans différents modules, disent certaines, précisant que cette innovation est relative à «la pluralité de fait, du vécu de chaque enseignant.» D'autres font preuve d'un conformisme hygiéniste : « Dans différents modules, dans lesquels on doit faire émerger des pathologies (...), (c'est) toujours lié à une pathologie et non pas initialement, comme l'impuissance, ou l'éjaculation précoce.». Cependant, une autre formatrice soulève un problème qui reste «inconnu : le priapisme n'est pas abordé!» Elle évoque alors l'émotion suscitée chez les stagiaires, lorsque ce problème survient, en service d'urgence. Pourtant, elle ne l'aborde pas elle-même dans son enseignement et manifeste ainsi une attitude de repli.

Des opportunités, telles qu'un «module optionnel sur la vie après le traumatisme», proposé et construit par une équipe de formateurs autorise à faire intervenir un sexologue.

Quant à la formation pratique les interviewées constatent que même dans les situations qui s'y prêtent, la sexualité n'est pas abordée. Lors des « travaux pratiques sur la toilette », au cours desquels, « au nom de la pudeur, on ne l'aborde pas », y compris au lit du patient lors d'une toilette intime : « en M.S.P. (Mise en situation professionnelle), tout est zappé!».

Quelques formatrices tentent des essais. L'une d'elles donne une illustration en utilisant un exemple de soin pratique, qu'elle propose à la réflexion des étudiants : «Une I.D.E., en service de brûlés, donne un ovule gynécologique à une jeune femme institutrice, qui demande dans lequel des deux orifices, elle doit le mettre.» Les étudiants restent «gênés et surpris », manifestant leurs émotions d'avoir à donner des explications à la patiente, sur ce sujet qui leur paraît trivial en situation de soins.

On retrouve aussi des difficultés, pour associer maladie mentale et infection par le VIH chez les professionnels en psychiatrie, comme en témoigne B. Patin. « La méthode associative a mis en évidence la difficulté, pour les infirmiers (ères) à associer maladie mentale et infection par le VIH. Cette difficulté atteste que le double contexte de morbidité ne s'inscrit pas dans leur univers de référence...» [125]

Le rapport de l'O.N.U.SIDA 2008 [124] est évoqué. « La psychiatrie face à la sexualité des patients et au VIH. Qu'en est-il de la prévention sexuelle du VIH parmi les patients suivis en psychiatrie? Comment sensibiliser les professionnels concernés à la question de la prévention? » Une synthèse de recherche, menée sous la direction du Dr Christiane Charmasson, dans 5 établissements

psychiatriques relate comment la prévention est mise en oeuvre. « Globalement, trois types d'actions de prévention sont développées en direction des patients. L'interdiction des relations sexuelles, à l'intérieur des établissements est sûrement la première, même si elle n'est jamais citée comme telle et si elle a été mise en place pour d'autres motifs, avant l'émergence de l'infection par le VIH. Les informations, recueillies auprès des professionnels et des patients permettent d'en percevoir, au-delà des questions éthiques rarement posées, très rapidement les limites.

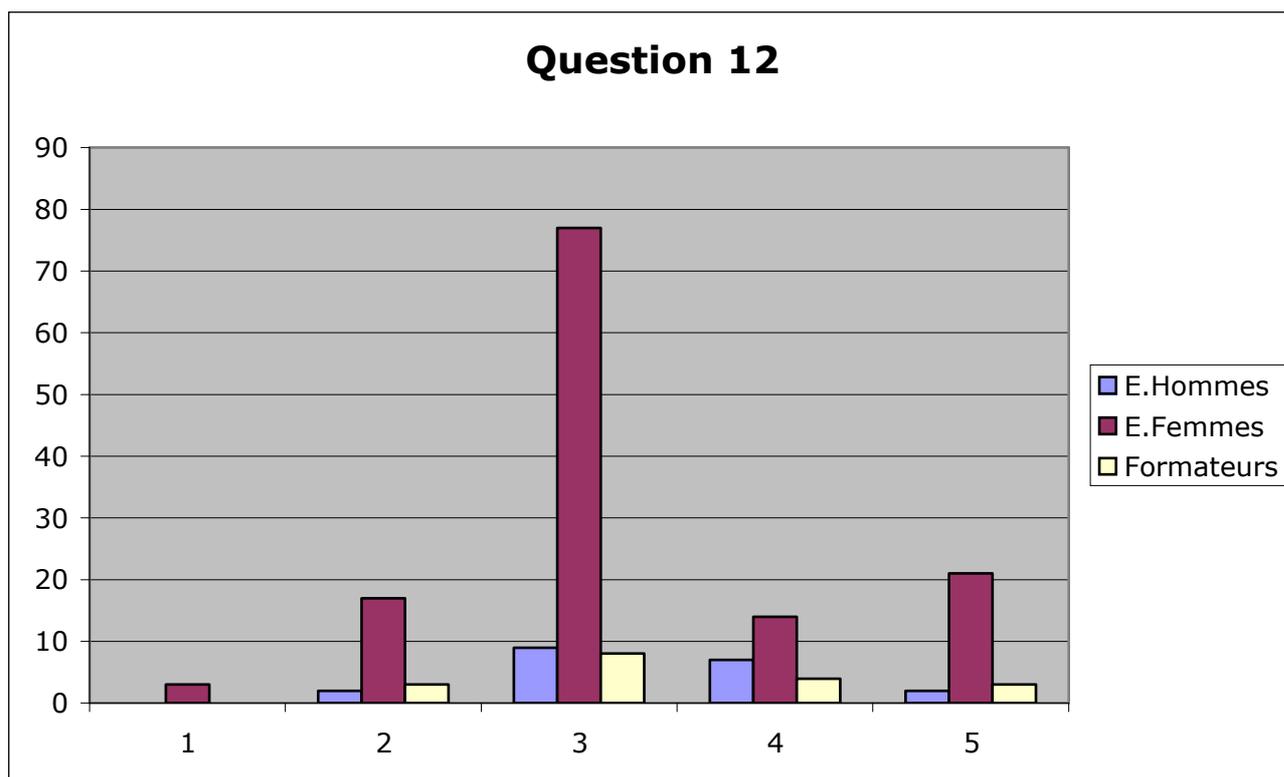
Le deuxième axe est représenté, par la mise à disposition de préservatifs masculins. Si les questionnaires recueillaient 87% d'avis favorables à cette mise à disposition, en extra-hospitalier et 90,8% en intra-hospitalier (en déclarant 65% de mise à disposition effective dans les services), les entretiens font apparaître une réalité bien différente. Des préservatifs sont à disposition, dans tous les établissements rencontrés, mais, signe probable d'une résistance, les lieux ne sont pas souvent identifiés, ni par les soignants ni par les patients, le réapprovisionnement est très loin d'être régulier et systématique. Enfin, les modalités de distribution sont extrêmement variables, d'un service à l'autre, voire à l'intérieur d'un même service (à disposition libre et anonyme, nécessité de demander, distributeur...).

Nous aborderons par la suite, le troisième axe de prévention repéré dans cette étude, car il touche à la fois un problème de santé publique et le soin relationnel.

3.3.3.2 Les données du questionnaire -Annexe 6-

La question du croisement, d'une problématique addictive (croyance), avec le fonctionnement sexuel semble intéressante, dans le cadre de l'étude des modules de pathologie. Abordée en psychiatrie, elle fait souvent l'objet de questions de patients, ou de leur entourage.

Question 12 : «Etes-vous convaincu (e) que des produits aphrodisiaques améliorent les performances sexuelles?»



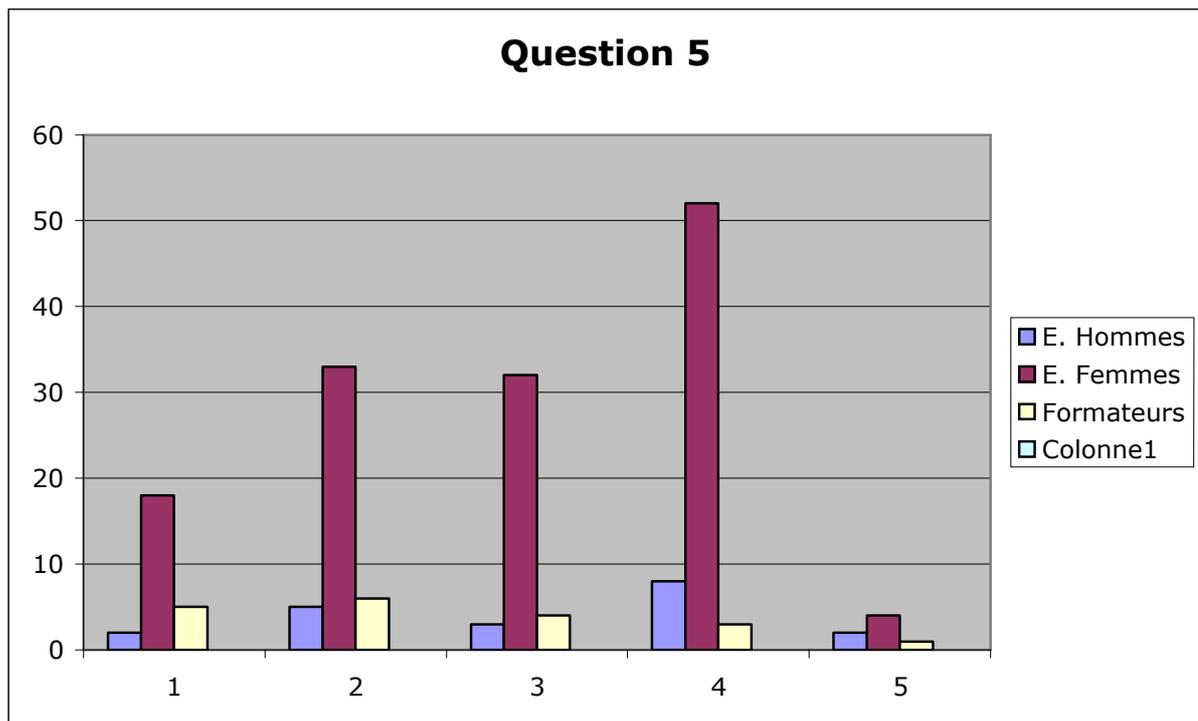
Les résultats révèlent qu'une majorité importante des personnes sondées manifeste une faible conviction, quant à ces produits. En effet, le mode dominant se situe en 3 (peu convaincu), dans tous les groupes, selon une concentration de la distribution sur les réponses 3 et 4 (pas du tout).

Nous observons aussi un écart dans tous les groupes, à la case 5 (ne sais pas) qui est cochée à 10% chez les étudiants hommes, 15% par les étudiantes femmes et même 14% chez les formateurs.

Ainsi, nous constatons qu'en fin de formation, malgré les cours de pharmacie, une certaine ignorance est reconnue. Nous ne manquerons pas de mentionner, cependant, que le mythe est souvent entretenu sur certains produits. D'autre part, la méconnaissance des produits prescrits pour les dysfonctions érectiles n'est pas documentée dans les cours de pharmacie.

L'enquête, menée en fin d'études infirmières, permet aussi de recueillir le ressenti des étudiants, désormais rôdés aux services de spécialités, comme leurs formateurs qui vont les évaluer. Leurs émotions et leurs sensations nous intéressent particulièrement, dans le cadre de leur pratique de soin en spécialité.

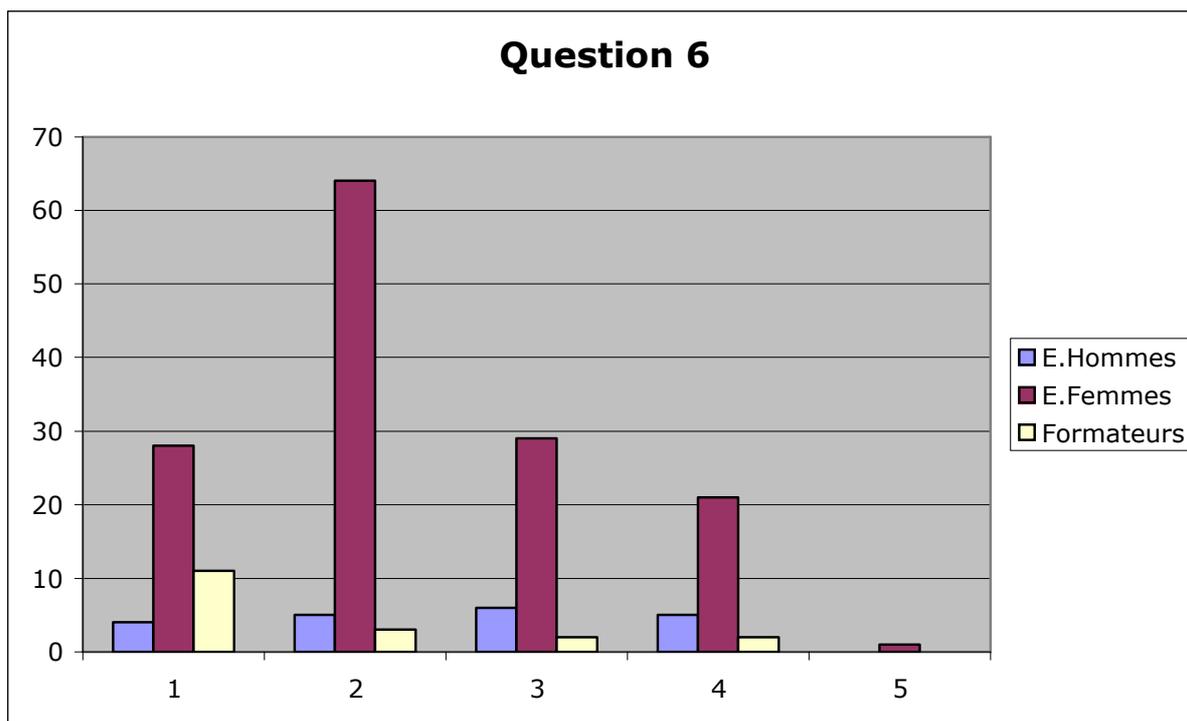
Question 5: «Dans une situation à caractère sexuel, au cours des soins, vous arrive-t-il d'être gênée ? »



Les réponses sont dispersées, de façon différente d'un groupe à l'autre. Pourtant, il apparaît que, les uns et les autres reconnaissent que la gêne se manifeste. On observe, d'une part, une dispersion assez régulière des réponses des garçons, excepté la réponse 4, cotée par 40% d'entre eux. Parmi les étudiants, la fréquence de la gêne est cependant identique, entre genre masculin et féminin : le tiers 1/3 des filles coche les cases «très souvent » ou « souvent », alors que l'on trouve la proportion d'un garçon sur 5 pour noter « très souvent » et d'un garçon sur quatre pour « souvent ». Ce sont les formateurs, qui sont les plus gênés, au point que les 3/4 d'entre eux sont «très souvent» ou «souvent gênés». D'autre part, la case 5 « ne sais pas » a été choisie, par 4 étudiantes, mais aussi par 2 garçons., sans que nous puissions savoir s'ils n'ont pas compris la question, ou si elles n'ont pas su décoder leur gêne dans ces situations.

Question 6 Sensation : «Au cours d'une toilette, sans risque septique, préférez-vous toucher la peau du patient, plutôt que de mettre des gants?»

L'ensemble des réponses montre une sorte d'unanimité pour la préférence d'un contact avec la peau du patient. Le mode se situe à «très souvent», pour les formateurs et «souvent» pour les étudiantes, alors que 9 étudiants hommes cochent «très souvent» et «souvent». Cependant, nous remarquons, à nouveau, une dispersion beaucoup plus répartie chez les étudiants garçons : ainsi, la médiane se situe-t-elle pour eux à 3, alors qu'elle se situe à 2 pour les filles et 1 pour les formateurs.



L'ensemble des réponses montre une sorte d'unanimité, pour la préférence d'un contact avec la peau du patient. Le mode se situe à «très souvent» pour les formateurs et «souvent» pour les étudiantes, alors que 9 étudiants hommes cochent «très souvent» et «souvent». Cependant, nous remarquons à nouveau une dispersion beaucoup plus répartie chez les étudiants garçons : ainsi, la médiane se situe-t-elle pour eux à 3, alors qu'elle se situe à 2 pour les filles et 1 pour les formateurs.

Pourtant, un groupe d'étudiants se situe très différemment. En effet, 15 % des étudiantes femmes et 20 % des étudiants hommes choisissent la case 5 (très peu souvent). Ainsi font-ils émerger que, même sans risque septique, il reste une difficulté à toucher la peau du patient. Nous retrouvons la crainte évoquée régulièrement en début de formation et qui n'a pas été résolue au cours des trois années d'étude. Cependant, nous ne savons pas si cette crainte est du même ordre, que celle qui est mentionnée dans notre questionnaire de départ, car aucun commentaire ne nous permet de dire si ces sensations tactiles sont perçues dans le champ érotique.

3.3.3.3 *Analyse des mémoires infirmiers*

Ce sont uniquement des mémoires de fin d'études qui abordent la problématique sexuelle, dans les diverses pathologies. Nous les présentons, selon les spécialités.

- **Mémoires de Gynécologie**

Nous avons déjà cité deux mémoires de gynécologie dans le chapitre traitant de l'approche globale. Le retour de la première enquête, menée par l'une des étudiantes, apporte quelques données intéressantes. En effet, il apparaît que non

seulement les infirmières ne situent pas la sexualité dans la démarche de soins, mais qu'elles la renvoient à d'autres professionnels. Elles se considèrent comme des « inconnues » pour les patientes, alors qu'elles le sont beaucoup moins que les psychologues auxquels elles souhaiteraient adresser les patientes. Il est vrai que ce sont aussi d'autres inconnues qui viennent proposer les sous-vêtements adaptés après les mastectomies (personnels des firmes spécialisées dans cette confection). Ces mêmes personnels interviennent d'ailleurs également dans plusieurs IFSI dans le cadre de la formation initiale, lorsque le cancer du sein est abordé.

Cette attitude évoque une position de repli, tant par l'ignorance des buts vis-à-vis de la sexualité, que par le refus d'utiliser les outils professionnels d'approche globale de la santé.

- **Mémoire d'urologie**

Le travail de fin d'études d'I.K.[62] offre un témoignage particulièrement éloquent, sous l'intitulé « Les injections intra-caverneuses, prise en charge des patients ». Nous l'avons retenu dans ce chapitre, pour l'éclairage apporté sur le vécu de soins spécifiques, en stage. Il manifeste le courage et la rébellion de cette jeune étudiante, pour aborder un sujet qui n'est pas enseigné en I.F.S.I.. Il est exceptionnel, d'autre part, que cette pratique soit abordée comme thème de travail de fin d'études.

Une situation de stage a provoqué une grande perplexité de l'étudiante, par ignorance totale des réactions sexuelles et du dysfonctionnement érectile, d'une part, mais aussi parce que ce sujet n'est jamais évoqué, ni en formation, ni en service. Les questions de notre étudiante ont été nombreuses et d'ordre divers. « Comment aborder un homme d'une cinquantaine d'années au sujet d'un problème d'érection? » - « N'était-elle pas trop jeune? » - « Quelles explications lui donner pour apprendre à faire son injection dans le pénis, avant une relation sexuelle? » - Ces questions l'ont amenée à rechercher une compréhension de la physiologie, du produit injecté, de ses effets et des modalités d'injection. Mais, elle a aussi été confrontée au savoir être, ainsi qu'à la survenue de l'émotionnel, dans la relation. Elle s'est alors demandé comment établir la confiance professionnelle, dans cette situation émotionnelle. La petite enquête qu'elle a menée auprès de professionnels infirmiers, de services d'urologie, a mis en évidence l'impact de l'ignorance. « Cette méconnaissance des réactions sexuelles de l'homme et de la femme, dont découlent des jugements rapides », lui semble provenir de lacunes en formation. Celles-ci empêchent la distinction entre « le désir sexuel, l'impuissance, la stérilité, l'infertilité, la frigidité, l'anorgasmie ». Elle constate aussi que les I.D.E n'ont pas acquis les connaissances indispensables, pour relativiser leur jugement moral, souvent hâtif et contraire à une attitude empathique.

- **En gériatrie :**

Chaque année plusieurs TFE abordent la sexualité des personnes âgées en institution. Ainsi, D.B.[16] s'inquiète-t-elle, de l'attitude de l'équipe soignante. « Alors que nous nous occupions d'un groupe de personnes âgées, deux d'entre elles se sont mises à l'écart et se tenaient par la main. L'infirmière, en se retournant vers eux, leur demande alors de se séparer. Et, s'adressant à moi, elle me prie de bien vouloir amener Madame M. manger au troisième étage : - il ne faut pas les laisser ensemble, ils n'arrêtent pas de se tripoter -. Je me suis demandé, en quoi deux personnes qui semblaient s'apprécier ne pouvaient l'exposer aux yeux de tous... »

L'étudiante poursuit son questionnement sur les pratiques en institution, qui font peser un interdit sur la sexualité des personnes âgées. Son observation porte sur le désir sexuel de ces personnes, ainsi que sur l'absence de référence des soignants. «Le désir est un mot qui n'apparaît pas, chez les soignants interrogés, par rapport à la personne âgée. Ils ne parviennent pas à définir la sexualité des personnes âgées, ne peuvent donner des limites d'âge, à la vie sexuelle.» Ainsi, constate-t-elle, la description du comportement des soignants relève d'un jugement moral sur la vie sexuelle de la personne âgée. «Pour certains, s'il y a une sexualité il s'agit d'une dérive des résidents... Les femmes vivent leur sexualité au-delà de la période reproductive : c'est malheureusement souvent vécu dans les services comme quelque chose de «pas très sain», qu'il faut cacher.»

Pourtant «quelques infirmières cadres prévoient une organisation et des espaces intimes, mais elles éprouvent des difficultés à faire valoir ce choix aux aides-soignantes et A.S.H.». Cette nouvelle proposition se heurte à l'habitude de refuser la parole sur la sexualité au sein de l'équipe soignante.

- **Rééducation fonctionnelle :**

L.T.[154] se rend compte qu'elle a du mal à aborder la sexualité avec une jeune femme tétraplégique, en service de rééducation fonctionnelle. Difficulté telle qu'elle se sent mal à l'aise. Dans son enquête auprès des infirmières interrogées sur cette difficulté, elle a du mal à percevoir dans quels buts et comment elle aurait pu en parler. En effet, les I.D.E évoquent leur expérience personnelle de retrait, ou de déplacement, sur d'autres sujets, et ne pensent pas, ou n'osent pas penser, que le sexologue du service peut aider l'infirmière à trouver une posture adaptée.

- **Soins intensifs**

J. D.W.[35] s'intéresse au «toucher massage en service de soins intensifs.» Elle évoque une méthode, «se pratiquant avec le cœur, la main, le respect et surtout l'idée de procurer du bien être par l'intermédiaire du toucher.» En fin de mémoire, elle fait de nouvelles propositions en référence à une expérience de

travaux pratiques. En effet, elle a appris que les soins esthétiques du visage pouvaient être une médiation en psychiatrie. Elle souhaiterait évaluer le retentissement du toucher massage, auprès d'une personne ayant perdu un membre (amputation d'un bras, d'un sein), ou un organe ayant une symbolique très forte (l'utérus chez la femme, les testicules chez l'homme, par exemple)». Elle conclut : «Or le toucher, que se soit par le biais du massage, ou non, est indispensable dans l'approche infirmière, afin d'instaurer un climat de confiance et de bien être, pour le patient. Toucher, et être touché, reste souvent générateur de tabou, et pourtant tellement important, pour un équilibre de vie.»

Ces quelques témoignages issus de mémoires de fin d'études, permettent de repérer un décalage entre notre choix d'étudier certains groupes de pathologies et les situations rencontrées par ces étudiantes. Nous retrouvons, en effet, les services d'urologie et de gynécologie alors que les étudiantes se sont posé des questions également en gériatrie, soins intensifs et rééducation fonctionnelle. Elles relèvent des freins importants, dans la pratique des soins de spécialités, lorsque la sexualité est en jeu. Ils se manifestent par des émotions de gêne, de malaise et de peur et par des non-dits. Ils peuvent aussi se traduire par l'énoncé de jugements hâtifs, ou de querelles entre professionnels. Ces travaux montrent que la sexualité est perçue comme un « tabou », car ce terme est souvent employé par les infirmières et formateurs à ce sujet. Yasmine Lekléal[79] l'exprime clairement : « J'avais expérimenté personnellement l'influence de la culture sur la sexualité... Malgré cela, lorsque j'étais en présence d'élèves, j'occultais totalement cette dimension.»

Bilan dans les modules de pathologie

Comme l'indique le tableau ci-après, ces réactions nous paraissent toutes significatives d'un refus des buts et des moyens, concernant le domaine de la sexualité.

Objectifs	Buts	Moyens
Conformisme	Acceptation	Acceptation
Déviance :		
• Innovation	Acceptation	Refus
• Ritualisme	Refus	Acceptation
• Repli	Refus	Refus
• Rébellion	Refus + Nouvelles	Propositions

L'article de l'OMS, cité au début de ce chapitre, confirme ce repli : « en matière de santé sexuelle et génésique, s'il est plus facile, en général, d'obtenir

des données sur la prévalence que sur l'incidence, on observe qu'il est en pratique difficile d'obtenir des données empiriques fiables. »

La tentative et l'espoir, de certains étudiants, pour l'intégrer dans l'approche globale de la personne, en pratique de soins spécifiques, apparaissent comme une rébellion concernant l'enseignement infirmier. Celle-ci est assortie de nouvelles propositions au niveau de la collaboration avec d'autres professionnels, ainsi qu'en relation d'aide. Mais elles nécessitent un développement personnel, qui permettrait d'intégrer les lacunes observées par l'OMS.

Ainsi, sur le tableau, nous avons fait apparaître que le refus des buts et des moyens, s'il se traduit généralement par un repli, suscite chez certains étudiants des attentes de nouvelles propositions pour sortir de l'anomie.

3.4 La démarche de Santé Publique

Nous avons formulé, dans la première partie, des références de santé publique qui ne sont pas spécifiques aux infirmiers, bien que ses fonctions en déterminent en partie, son rôle. Par ailleurs, nous avons noté dans l'analyse des chapitres précédents des propositions d'approche de la sexualité, en collaboration avec d'autres professionnels. C'est pourquoi, nous procédons dans un premier temps, à un rappel théorique commun aux divers professionnels. Nous examinerons ensuite, comment s'effectue la déclinaison de santé publique, en formation infirmière et plus spécifiquement, dans le domaine de la sexualité.

Les éléments, pour construire cette analyse, proviennent de notre formation de santé publique à l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de Genève, avec les professeurs Rougemont et Chastonay [134] et les apports de santé communautaire de Pineault et Devoluy [131] mais aussi de ceux, en éducation à la santé, du professeur J.P. Deschamps en éducation à la santé [2].

3.4.1 Les orientations

En mille neuf cent cinquante-deux, l'OMS affirme que la santé publique « est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus, par les moyens d'actions collectives pour : - Lutter contre les épidémies (maladies contagieuses) - Assainir le milieu (hygiène du milieu) - Enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité) - Organiser les services médicaux et infirmiers (problèmes de santé des populations) - Faciliter l'accès aux soins précoces et aux traitements préventifs - Mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé - »

Puis en mille neuf cent soixante-treize, l'OMS élargit la notion de santé publique. On parle désormais de santé publique pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. La santé publique devient une discipline autonome, concernant la santé globale dans ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux et fait alors appel à un ensemble de disciplines variées et complémentaires comme l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, économiques et environnementales. Elle intervient dans les choix politiques, pour orienter et décider selon les priorités mises en évidence à partir de diagnostics de santé des populations observées. L'ensemble nécessite que des stratégies adaptées au contexte local soient choisies (culturel, économique et environnemental) et qu'une gestion administrative indépendante coordonne des programmes d'actions collectives, impulsées pour améliorer la santé de cette population, efficacement et de façon efficiente.

3.4.1.1 Concepts de santé Publique

Plusieurs concepts caractérisent la démarche de santé publique.

L'épidémiologie

C'est l'étude quantitative et - ou qualitative des épidémies dans une population. Centrée initialement, sur les maladies contagieuses, elle s'applique désormais largement à toutes les pathologies. Schématiquement, nous pourrions la décrire comme la discipline qui étudie statistiquement leur apparition, dénombre l'incidence et la prévalence de leur morbidité, calcule leur taux de mortalité et de risque de complications... Elle recherche les facteurs de risque, dans les différents déterminants de la santé, et la probabilité de l'apparition des premiers signes de la pathologie et ou de ses complications. Des observatoires fournissent des chiffres, dont certains sont diffusés largement, alors que l'approche qualitative n'est pas aussi connue.

- **La prévention : ses différents niveaux¹⁴**

La prévention, en santé publique, consiste à intervenir sur les différents déterminants qui risquent d'entraîner ou aggraver des problèmes de santé. Elle fait appel à un ensemble de stratégies et de programmes d'actions, choisis pour éviter, ou réduire, le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Les déterminants de la santé interviennent, concomitamment. Ils sont, classiquement, répartis en quatre catégories : les facteurs biologiques, environnementaux, comportementaux et de ressources.

L'OMS a d'abord distingué trois stades dans lesquels chacun des déterminants intervient: La prévention primaire lutte contre l'apparition des facteurs de risques, comme le multi partenariat sexuel par rapport au sida. La prévention secondaire s'effectue dès les premiers signes de la maladie. Il peut s'agir d'un repérage précoce, comme le dépistage, mais aussi de la lutte pour limiter l'aggravation de la maladie et sa durée. Par exemple, la mise en place d'un traitement anti-rétroviral dès que le dépistage révèle le VIH. La prévention tertiaire cherche à prévenir les rechutes ou les complications et concerne la réadaptation, après la maladie.

La prévention vise donc des interventions sur les différents déterminants de la santé, sous forme de programmes d'actions diverses. Certaines sont très perceptibles et médiatisées, comme l'information sur la contraception ou le VIH, orchestrée dans de grandes campagnes d'information. Elles sont destinées à faire prendre conscience au public qu'un facteur de risque (comportemental, par exemple) peut être évité, et, ou, fournir les moyens individuels et collectifs pour éviter la maladie. L'installation de distributeurs de préservatifs, dans les lieux

¹⁴ O.M.S. Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève.

publics, dont les établissements scolaires, en est un exemple connu. D'autres mesures sont plus discrètes, comme le dépistage systématique du VIH, chez les femmes enceintes, ou l'ouverture de permanences d'informations.

Les projets nationaux régionaux ou locaux organisent au sein de leurs programmes, la formation des divers professionnels, l'éducation à la santé, des actions environnementales ainsi que l'amélioration de l'accès aux ressources. Ils sont construits en tenant compte des recommandations internationales.

- **Besoins de santé primaire**

L'approche des soins de santé primaire constitue, pour l'OMS, la fonction essentielle de santé, selon la déclaration d'Alma Ata, du 12 septembre 1978. [105] Ces soins «doivent comprendre au minimum une éducation sur les problèmes de santé (méthodes de prévention et de lutte contre les maladies...), la prévention et le contrôle des grandes endémies locales...». Ces soins de santé «essentiels» sont fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables, ils doivent être «acceptables» socialement et accessibles à tout individu, toute famille de la communauté, «avec sa participation».

La place privilégiée des infirmiers y est mise en évidence, du fait de leur position de proximité.

D'autre part, cette approche a initié le concept de santé communautaire puis de promotion de la santé.

- **La promotion de la santé**

Cette dynamique est à l'origine de l'évolution de la santé publique, à l'occasion de la première conférence internationale pour la santé à Ottawa, en 1986¹⁵. Les grands axes en sont alors formulés dans une Charte, dont nous relatons les principales orientations liées à notre travail.

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant « la santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu, ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie ; il s'agit d'un concept positif, mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les

¹⁵ Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986

conséquences de leurs décisions sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard...

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie.

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé. La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime...

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique, et l'écologie sont les éléments indispensables, à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi, les auteurs de ces stratégies doivent adopter, comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont associés égaux. »

Diagnostic de santé d'une population.

Il est établi en croisant plusieurs sources de données. En effet, la demande, concernant les besoins de santé n'est pas toujours formulée par la population elle-même, car ces préoccupations peuvent être tournées sur des problèmes de survie, d'accès au logement et à la nourriture. Si bien qu'il est nécessaire de recueillir d'autres indicateurs des besoins de ce groupe, selon des critères de santé. Le repérage par la population elle-même sera donc croisé avec les données recueillies par les professionnels locaux et les données épidémiologiques officielles. En fonction de ses données et ressources disponibles, il sera possible d'élaborer un diagnostic de santé de la population et d'établir des priorités.

• L'évaluation

Il est nécessaire de suivre l'évolution des chiffres fournis par l'épidémiologie, pour repérer si un programme d'action est faisable, accessible, acceptable, efficace et efficient. L'évaluation porte donc sur plusieurs paramètres dont le processus lui-même, les éléments facilitateurs ou les obstacles ; ils font appel à des compétences en évaluation.

Comme pour l'analyse de la démarche de soins, nous recherchons des repères et des précisions qui interpellent le domaine de la sexualité, en démarche de santé publique ou communautaire : l'épidémiologie, la prévention, les

diagnostics de santé d'une population, les besoins de santé primaires et la promotion de la santé.

3.4.1.2 *Des programmes de santé Publique*

Dans la première partie de ce travail, nous avons évoqué quelques données épidémiologiques de plusieurs grands problèmes liés à la sexualité, leur importance et leurs différents aspects. La nécessité d'impulser une lutte mondiale, contre les plus graves, a conduit à élaborer des recommandations internationales pour en éclairer leur compréhension et leur complexité. Les conseils qui en découlent concernent des objectifs à atteindre et des moyens à mettre en œuvre, à plusieurs niveaux. Certains sont destinés à initier des réflexions et des politiques. D'autres sont orientés sur le choix de stratégies et la construction de programmes d'actions adaptés. Leur orientation vise les trois niveaux de prévention, selon une approche globale de la santé, ainsi que la promotion de la santé.

- **Lutte contre le VIH Sida**

Parmi ces recommandations, nous repérons des incitations claires pour organiser la lutte dans une dynamique qui implique les institutions, ainsi que des professionnels, au-delà des seuls professionnels de santé. En effet, en 2005 l'ONU Sida divulgue dans les Annexes V et VI, la sous-estimation des moyens en ressources humaines pour lutter contre le VIH Sida[121]. « Les personnels supplémentaires inclus dans l'estimation des besoins en ressources sont des médecins et des infirmiers et infirmières, mais ces deux catégories ne suffisent pas pour offrir un ensemble complet de soins aux personnes vivant avec le VIH, conformément à l'approche de santé publique, du traitement et des soins. »

Les propositions de réorganisation des ressources humaines font appel à des agents de santé communautaire, des conseillers, des responsables cliniques, des aides à l'observance des traitements pour permettre une affectation optimale des professionnels de santé, auprès des patients. De nombreux partenaires sociaux sont aussi concernés par la lutte contre le sida, en particulier des enseignants, responsables locaux, régionaux et nationaux. Il est conseillé que ce partenariat soit explicite dans tout le processus mis en place. Que ce soit au sein d'une politique, dans une législation, au moyen de stratégies et programmes, dans l'optimisation des structures de soins, dans des formations de personnels adaptées, ou encore des mesures de prévention et d'éducation.

Sur ce travail en réseau pluridisciplinaire qui concerne plusieurs institutions, se greffe une dynamique d'interventions en santé communautaire et promotion de la santé. Celle-ci est enracinée d'emblée dans la vie quotidienne locale des pairs, parents, religieux et sportifs, pour la préparation et la mise en œuvre de programmes d'actions.

- **L'éducation sexuelle**

L'éducation sexuelle constitue un axe important des programmes de santé publique de lutte contre les grands problèmes de santé liés à la sexualité. Elle engage plusieurs niveaux, politique, stratégique et opérationnel.

Pour l'OMS, l'éducation sexuelle est distincte de l'éducation sanitaire et hygiéniste. Elle intervient en réponse à des besoins de santé primaire. C'est «un processus conscient, planifié et généralement formel, d'enseignement » qui touche les différents aspects de la sexualité[113], «ainsi que le développement des aptitudes et perceptions nécessaires à une vie sexuelle positive et saine. Elle aborde la sexualité, en tant qu'aspect naturel, positif et sain de la vie humaine et couvre les plaisirs et les joies de la sexualité humaine, aussi bien que ses facettes indésirables (violence sexuelle, IST, etc.)».

Cependant, plusieurs questions sont posées par les professionnels et par une partie du public, sur les moyens pour parvenir à ces buts.

La première question porte sur le moment opportun pour débiter l'éducation sexuelle. Des éléments de réponse figurent dans la publication des résultats de deux analyses exhaustives, de travaux menés sur la sexualité des jeunes[117]. Les conclusions argumentent favorablement, trois objectifs.

- Le début précoce de l'éducation sexuelle, dans la mesure où bien des élèves abandonnent l'école avant le cycle secondaire et qu'un grand nombre devient sexuellement actif, alors qu'ils sont encore dans le cycle primaire.

- L'éducation sexuelle peut faire reculer l'âge du premier rapport sexuel et favoriser l'emploi d'un contraceptif chez des jeunes ayant déjà des rapports intimes.

- L'éducation sexuelle n'entraîne pas non plus, d'augmentation systématique de l'activité sexuelle des jeunes.

D'autres interlocuteurs questionnent les principes pédagogiques pour fonder l'éducation sexuelle. Voici les précisions fournies par les mêmes sources. « Les programmes d'éducation sexuelle, à l'école, qui réussissent le mieux sont ceux qui transmettent un message clair et cohérent, basé sur des informations exactes; se servent de méthodes pédagogiques qui font participer les jeunes; sont d'une durée suffisante et sont adaptés à une tranche d'âge et à une culture donnée; savent motiver et former les enseignants pour qu'ils participent au programme.»

Ces programmes vont au-delà, de simples informations sur la santé reproductive. «Ils offrent aussi aux jeunes, les moyens d'améliorer leur capacité de communication et de négociation, de se fixer des priorités, et le cas échéant, de modifier leur comportement lorsque celui-ci est à risque». « L'éducation sexuelle pour être globale devrait se bâtir autour des thèmes-clés suivants : le développement humain, les relations, les aptitudes personnelles, les comportements sexuels, la santé sexuelle, la société et la culture.»

Des expériences, initiées précocement, dans quelques pays permettent de repérer les blocages et éléments facilitateurs de l'éducation sexuelle.

«Plusieurs facteurs sont à considérer dans un programme d'éducation sexuelle.

- ***Dans le domaine politique*** - Si les pouvoirs publics ne prennent pas en compte la nécessité de créer un cadre national, adapté à l'éducation sexuelle, les programmes initiés dans ce sens ont souvent des difficultés à aboutir. Les politiques doivent intégrer les normes locales et nationales, qui devraient être adaptées aux besoins, préoccupations, normes et valeurs des populations locales.

- ***Au niveau économique*** - L'éducation sexuelle demande des moyens et du temps, pour réussir. Par ailleurs, plusieurs attitudes, en matière de sexualité, sont souvent sous-tendues par la situation socio-économique.

- ***Au niveau environnemental*** - Il n'y a pas de limite, à l'éducation sexuelle : la famille, l'école, les amis et les pairs, le couple sont autant d'opportunités pour en parler, mais encore faudrait-il que ces différents canaux y soient préparés.

- ***Au niveau culturel*** - La religion, le niveau d'étude, les coutumes et traditions sont des facteurs qui peuvent influencer la pratique de l'éducation sexuelle.»

Ces orientations impliquent la mise en œuvre d'un programme intégral de santé publique global, régulier et continu. Il inclut la formation des professionnels dont l'enseignement de connaissances, pour être en capacité d'atteindre les objectifs et contenus opérationnels (l'approche adaptée localement, les thèmes à aborder, les conseils pédagogiques, la communication ou l'animation).

On peut se demander selon quelles modalités le contenu complexe proposé peut permettre l'«intégration des éléments somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de la vie sexuelle, de façon à favoriser l'épanouissement et la mise en valeur de la personnalité, la communication et l'amour.»

Par ailleurs et malgré toutes les précisions apportées quant aux buts, ces orientations d'actions restent floues sur la durée et ne mentionnent pas la nécessité d'observer des étapes, ni d'inscrire les programmes dans un processus (permettant de sortir d'une succession de séances ponctuelles). Les questions de la formation des divers professionnels, comme celle de leur collaboration éducative et des moyens à mettre en œuvre restent donc ouvertes.

Ainsi, les précisions apportées aux orientations ambitieuses de l'éducation sexuelle souffrent de lacunes dès le niveau international, pour permettre la cohérence entre buts et moyens.

3.4.1.3 En Europe

Faisant suite aux propos de Jonathan Mann, la réunion au Conseil de l'Europe (ONG - CR) du 27 juin 2001 a dégagé différents points [29].

L'importance «d'aborder la santé dans sa globalité, selon la définition de l'OMS. Certains sujets certes brûlants ne tiennent pas compte de cette globalité. Par exemple, il est important de parler de sexualité, quand on parle de santé. La sexualité, non réduite à la génitalité, donne du sens à tout ce qui est notre corps.

Si quelqu'un a une mauvaise relation avec son corps, il aura une mauvaise relation au corps de l'autre ; ce qui favorise la délinquance, les abus sexuels... Dans cette perspective, il y a un travail d'éducation et de prévention à faire, afin que chacun se réapproprie son corps ».

« L'importance d'un esprit sain, dans un corps sain. Une éducation dès le plus jeune âge à ressentir son corps, ses réactions physiques et psychiques serait à développer (les livres de C. Dolto-Tolich vont dans ce sens). L'exacerbation médiatique des aspects du corps peut être la source de graves désordres. »

Les « quelques heures de cours consacrées à la prévention- santé », dans les collèges « passe (nt) mal. » Il est aussi constaté que cette éducation par la famille ne se fait pas. Il faut réfléchir à d'autres méthodes éducatives, à une nouvelle manière d'aborder les problèmes de santé et de sexualité.»

« Un travail, conjoint aux regroupements « santé » et « éducation et culture » doit s'établir, plutôt qu'avec la branche « famille » car, « comme dans le domaine des soins palliatifs, la santé touche toujours à la société et souvent à la famille. Il y a une indissociable complémentarité.»

D'autres précisions mettent l'accent sur trois sujets d'actualité, touchant aux droits de l'homme, à la dignité et à la santé, retenus pour la conférence d'OSLO. L'IVG et la contraception d'urgence, d'une part, car les moyens sont très diversement gérés, selon les pays. Le VIH-Sida et les IST, d'autre part, car, en ce qui concerne le VIH, on observe, en une décennie, en Europe centrale et orientale, la plus forte progression jamais observée, sans atteindre encore cependant les taux de certaines régions du monde.

La remarque du Dr Debionne illustre que la motivation, pour une cohérence avec les recommandations internationales et leur mise en pratique, se situe au plus haut niveau. Elle manifeste qu'en réalité, il y a un refus des nouveaux buts : « Souvent, quand les ministres parlent de santé, ils parlent de sanitaire et oublient les aspects sociaux (par exemple : logement, protection sociale...)»

La stratégie européenne (Recommandation 1675 – 2004) [28] établit clairement le lien - Santé - Education à la santé - Promotion de la santé – Santé sexuelle- Education à la santé sexuelle- Le terme reproductif étant mentionné de façon distincte des termes sexualité et santé sexuelle. Plus précisément, l'article 5 - « Ecoles – Santé » - indique que les « stratégies visent à intégrer la dimension sociale, éthique et des droits de l'homme, de la santé. » L'article 6 mentionne les liens - OMS, UNAIDS et OCDE -, pour la collecte de données. Et l'article 7 concerne « l'élaboration de lignes directrices spéciales, visant à aider les Etats membres à définir des stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive. »

Cependant le CDSP, malgré son adhésion complète à ces recommandations, estime qu'« au vu des divergences des points de vue et des traditions culturelles et juridiques, il serait extrêmement difficile de parvenir au consensus requis pour élaborer une recommandation du Conseil de l'Europe.» Il rappelle que plusieurs recommandations, déjà élaborées, pourraient guider les parties concernées pour

mettre au point des stratégies nationales en matière de santé sexuelle et reproductive.

Nous sommes ainsi conduits à étudier le dispositif français, dans sa cohérence aux recommandations mondiales et européennes.

3.4.1.4 Déclinaison française de la prise en compte de la sexualité en santé publique

Les centres départementaux de lutte contre les maladies vénériennes et les centres de planification, voire d'orthogénie, sont inscrits de façon pérenne dans l'organisation de santé publique des départements.

Depuis l'apparition du VIH-Sida des programmes nationaux de santé publique, concernant cette pathologie, ont été orchestrés, sous forme de campagnes d'information et de dispositifs spécifiques, comme le dépistage anonyme et gratuit, ou la promotion de distributeurs de préservatifs dans les écoles et lieux publics. Cependant, avec l'avènement et la généralisation des trithérapies, l'Agence Nationale de Lutte contre le Sida a disparu et la lutte contre cette pathologie a été englobée dans la lutte contre les infections.

- **Plan national 2005**

Récemment, le plan national « Sida grande cause nationale » a promu, entre autres, des actions de prévention ciblées, en direction des femmes, des jeunes et des homosexuels[98]. Ce plan est une approche hygiéniste, qui ne mentionne pas de références à l'éducation sexuelle, alors qu'elle est orchestrée au plus haut niveau, en France.

- **Education sexuelle**

Après une première circulaire (1973) impulsant des projets d'établissements de l'enseignement secondaire avec des organismes agréés, il a fallu attendre 1994 pour qu'une nouvelle circulaire institue l'éducation sexuelle (2 heures par an), dans les classes des établissements d'enseignement secondaire.

Enfin, deux textes du Ministère de l'Education Nationale [95 et 96] sont parus en 2003, dont une lettre (de 34 pages) adressée aux rectrices et recteurs d'Académie, inspecteurs d'Académie, (...) aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (...). Elle inclut l'éducation sexuelle. « Santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation » en est son intitulé. «L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique, dans le domaine de la sexualité, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen ». Puis elle précise que «l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette

formation, dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.» Par ailleurs, sa place en milieu scolaire est «constitutive de la politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, V.I.H./sida, et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.»

Plusieurs recommandations et orientations internationales, des plus récentes, sont reprises. Sont énoncés, d'une part, le principe que l'éducation sexuelle « favorise un développement psycho sexuel non pas plus rapide mais plus harmonieux, plus serein et adapté aux valeurs, aux réalités et aux besoins de chacun » et, d'autre part, le choix de prendre appui sur le principe « d'accompagnement pour que les jeunes puissent s'épanouir ». L'objectif poursuivi est de « promouvoir un concept de santé sexuelle » ainsi qu'une « éthique de respect des consciences et de délimitation de l'intime, par rapport au social ».

Les moyens préconisés touchent, d'une part, une dispense précoce et constante, dans les écoles, collèges et lycées, «à raison d'au moins trois séances annuelles ». D'autre part, l'éducation sexuelle est organisée, dans le cadre des projets d'école et dans le cadre des C.E.S.C. (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté), pour les collèges et lycées. Elle est construite sous forme de fiches communes à tous et animée par des personnels volontaires. L'animation consiste à recueillir d'abord, l'expression des enfants, puis de leur donner les informations pour comprendre différents aspects de la sexualité, afin de permettre l'adoption de comportements responsables et de prévention.

Cependant, quelques éléments laissent entrevoir qu'un décalage peut s'installer, au regard de ces ambitions et de la réalité des moyens mis en oeuvre. En effet, l'organisation repose sur la dynamique de projet d'école et de CESC, ainsi que sur le volontariat des professionnels et non pas sur une mise en place formelle dans le cadre des programmes. La formation dispensée aux intervenants est souvent brève, alors que l'objectif humaniste («l'éducation sexuelle vise, entre autres, à rendre explicite les questionnements qui étaient autrefois vécus, parfois péniblement, dans le secret de l'intimité.») nécessiterait une solide préparation des intervenants.

Il apparaît ainsi, que la question de l'application risque d'être souvent aléatoire, malgré le faible nombre d'heures à consacrer. Plusieurs interrogations sont soulevées d'autre part, à propos de la préparation des infirmières. C'est pourquoi nous tentons de repérer, quelle approche théorique et quel apprentissage leur apportent les connaissances et compétences de santé communautaire, de promotion de la santé et de collaboration dans cette dynamique d'actions collectives, tout particulièrement en éducation sexuelle

3.4.2 Moyens en formation infirmière pour la santé publique

La santé publique est étudiée dans le cadre d'un module transversal. Mais il faut noter que chaque module de pathologie traite de l'épidémiologie relative à la spécialité enseignée.

3.4.2.1 Le programme d'études en Santé Publique

Le module transversal, de 80 heures, est souvent réparti sur les trois années d'études. Il s'inscrit dans la formation polyvalente des infirmiers, bien que les modalités d'intervention en santé publique ne soient pas spécifiques à l'infirmière.

Dans le fascicule des textes régissant la formation infirmière[97], les chapitres et rubriques de cet enseignement sont listés. Nous repérons pourtant que la démarche de santé publique ne figure pas plus que l'épidémiologie citée plus haut.

Si chaque module de soin débute par de brèves données d'épidémiologie, cette discipline n'est pourtant pas enseignée. La sexualité, qui n'est pas abordée en tant que telle (comme nous l'avons déjà vu), apparaît en conséquence, en termes de dangerosité (facteurs de risque, de morbidité et de mortalité), à l'occasion de l'étude des maladies sexuellement transmissibles, des violences sexuelles et des risques de grossesses précoces. Les facteurs de risque pouvant affecter la santé sexuelle sont donc estimés, selon des normes de fonctionnement extérieures à l'individu ou au groupe, en particulier sur le plan comportemental. Normes qui devraient faire appel une épidémiologie qualitative, qui permettrait la mise en lien avec d'autres études, sociologiques et anthropologiques, notamment.

L'apprentissage infirmier de la santé publique se situe, de ce fait, prioritairement dans une préoccupation préventive à tendance hygiéniste, dont le but est de limiter les facteurs de risque pour «avoir la santé» et préserver son «capital santé».

On retrouve, comme dans la démarche individuelle de soin, une juxtaposition d'actions et de messages, en direction des problèmes divers à éviter, dont l'un des effets est le morcellement de l'approche de la santé.

3.4.2.2 Commission de Santé Publique

Afin de repérer la mise en oeuvre du module de Santé Publique selon les différents points évoqués plus haut, nous prenons pour référence l'intégralité de la synthèse des travaux du CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres). Ils ont été menés par un groupe de cadres formateurs référents en santé publique, de 11 instituts de formation en soins infirmiers, de la région Midi-Pyrénées, à partir de 2000. Il s'agit d'une «approche par

compétences, de la formation initiale en Santé Publique » et de « réflexions et nouveaux outils.»

- **Le questionnement de départ**

Il a porté sur «le positionnement de l’infirmière en Santé Publique ». Plus précisément, ce travail s’est situé « en regard : - de l’attente des malades, des populations en santé, des autres professionnels de santé et des gestionnaires du système de soins ?- des moyens qui lui sont donnés ? - de la formation initiale ? La réponse est, à priori, difficile à formuler, et pourtant c’est elle qui donne toute sa pertinence à la formation initiale en santé publique.»

- **Cadre réglementaire**

Il est rappelé que «les principales références réglementaires sont dans le Code de Santé Publique - Annexe 7-1- : Livre III- Titre 1^{er} – Chapitre 1^{er} – Section 1 – articles R. 4311-1 à R.4311-15, notamment. Les règles professionnelles sont également concernées et situées au livre III – titre 1^{er} – chapitre II – section 1 - . Le dernier article décrit le rôle infirmier en santé publique, de façon explicite : « (...) l’infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaire et communautaires ; dépistage, prévention et éducation en matière d’hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ; dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ; éducation à la sexualité ; participation à des actions de santé publique. »

- **Plusieurs constats sont révélés.**

À commencer, par le fait que cette référence officielle n’est pas une «description de compétences au sens exact du terme, mais plutôt une liste d’actes.»

« Les trois niveaux d’engagement - «proposer » « participer à » et «organiser » - témoignent de la liberté d’action qui est donnée à l’infirmière en matière de santé publique.»

« Le flou, entretenu par le décret de compétence dans le champ de la santé publique, a suscité des questions de la part de la commission : l’infirmière se situe-t-elle dans son rôle propre ou dans le rôle prescrit ? Quand peut-elle proposer des actions et quand peut-elle les organiser? Qu’embrasse le terme - des actions de santé publique -? Le formateur d’I.F.S.I. cherchera, en vain, une réponse dans le dispositif réglementaire. »

- **Enquête**

Une « enquête sur un échantillon d’une quarantaine d’infirmiers(es), exerçant sur des terrains intitulés par les onze Instituts : - stage de santé publique - (...), a

révéle qu'environ 10% avaient suivi une formation spécifique en santé publique depuis leur prise de poste.

Les activités de santé publique, les plus fréquemment déployées par ces infirmières, étaient la participation à des enquêtes épidémiologiques, le dépistage individuel de problèmes de santé, l'animation de groupes de personnes volontaires, la formation de publics en éducation pour la santé...

Ces infirmiers(ères) doivent faire face à des problématiques nouvelles, liées à des comportements : conduites de dépendances (alcool, tabac, drogues...) ; troubles des conduites alimentaires ; stress, mal-être et prévention du suicide ; problèmes médico-sociaux liés à la précarité ; risques liés à la sexualité...

Dans la réponse figure le nécessaire travail en partenariat, pour lequel les infirmiers (ères) se disent mal préparées.

Sur ce constat, les formateurs ont souhaité s'inscrire dans la réflexion, sur les compétences à développer chez les étudiants infirmiers, tout en s'inspirant des résultats de l'enquête ».

Pour qualifier la santé publique «plusieurs éléments sont retenus : un état d'esprit, un niveau de lecture macroscopique des événements de santé, une démarche, une discipline, un contenu spécifique de formation, un intitulé de stage»

- **Compétences à développer**

Quant aux compétences de référence, la synthèse met, en exergue, trois compétences à développer.

La première consiste à «identifier les besoins d'une population : rechercher par lectures et enquêtes, les données pertinentes, en lien avec les déterminants de santé ; favoriser l'expression de la demande en prenant en compte les pratiques, attitudes et croyances; participer à la formulation d'un diagnostic de situation.»

La deuxième compétence vise à «Promouvoir la dimension préventive des soins, dans un cadre pluridisciplinaire et - ou de réseaux de soins ; orienter la population au sein du système de soins ; communiquer avec des partenaires de formation et exercices différents ; identifier les facteurs de risque modifiables, intervenant dans les problèmes de santé prioritaires.

La dernière compétence mise en évidence consiste à «Collaborer à un projet de Santé Publique, de sa conception à son évaluation ; à partir d'un diagnostic de situation, fixer des objectifs et proposer des indicateurs de résultats ; réaliser des actions d'information et d'éducation pour la santé ; utiliser des outils pédagogiques adaptés aux actions ; rendre compte par écrit de la procédure et des résultats. »

« Ce repérage peut être aidant pour les étudiants, dans la mesure où il leur permet d'établir des liens avec des modules, perçus souvent comme cloisonnés. Il autorise aussi le formateur à s'extraire d'une logique de programme (induite par le caractère modulaire de la formation), pour entrer dans une logique de progression vers une compétence.» Il a conduit à proposer une grille

d'évaluation de mise en situation professionnelle, dans les stages de santé publique.

3.4.2.3 La démarche éducative

Cependant, si nous revenons au texte du programme des études et, plus précisément, au chapitre « définitions et concepts en santé publique », nous constatons qu'une rubrique est intitulée « promotion de la santé et éducation pour la santé, la démarche ». Au chapitre « outils », sont mentionnées les « techniques d'éducation pour la santé, en fonction des publics concernés ». La démarche de santé publique est donc enseignée, en IFSI, uniquement sous la forme de démarche d'éducation à la santé.

Plusieurs démarches éducatives sont décrites et comparées, en santé publique, par Jacques Bury[16]. Dans les « Cahiers de l'infirmière »[132], il apparaît que l'« éducation en matière de santé est une combinaison d'expériences d'apprentissage, conçue de façon à faciliter des actions volontaires favorisant la santé. » C'est « une entreprise concrète, ayant pour objet d'améliorer la compréhension des déterminants de la santé et de la maladie et d'aider les participants à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour opérer des changements. » La démarche éducative repose sur la transmission d'informations, la mise en situation d'apprentissage, pour l'adoption de nouveaux comportements.

Dans le module de gynécologie, nous avons repéré que la participation de l'infirmière à l'éducation sexuelle fait partie intégrante d'une dynamique sociale et inter partenariale. L'infirmière doit « s'assurer qu'une information de grande qualité, sur les questions de santé est accessible à tous les citoyens qui en ont besoin, sous une forme facile à comprendre (...), aider les participants à comprendre leur état de santé et à en assumer le contrôle, grâce à l'acquisition de compétences et à une sensibilisation critique. » [132]

Le professionnel infirmier est renvoyé à une fonction éducative, placée sur un plan cognitif, sur le même modèle que les actions éducatives qu'il apprend à conduire avec les patients. Des informations compréhensibles sont à transmettre pour aider le public, alors que beaucoup lui font défaut en matière de sexualité.

Par ailleurs, il s'agit d'un processus, conforme aux recommandations, où l'IDE est appelée à une position de maître d'apprentissage, permettant à la personne d'acquérir les compétences d'acteur de ses changements en santé et d'exercice de contrôle de sa santé. L'approche de plusieurs aspects est conseillée ; mais, de fait, elle est limitée aux facteurs de risque et à leur évitement. Un glissement hygiéniste linéaire peut survenir, comme nous l'avons suspecté dans le premier chapitre. En effet, il n'est pas fait mention de la santé bien-être, mais bien de la santé comme absence de maladie. Ceci interroge particulièrement quand il est question de la promotion de la santé et de la santé sexuelle.

3.4.2.4 Les soins de santé primaire

Si nous reprenons le concept de soins de santé primaire, fonction essentielle de la santé, selon la déclaration d'Alma Ata, les infirmiers en sont les acteurs principaux. Les orientations décrivent des critères et des modalités d'approche. Ces soins essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques scientifiquement valables doivent être « acceptables » socialement et accessibles à tout individu, toute famille de la communauté avec sa participation. « Plus que toutes les autres catégories, ils (les infirmiers) ont été préparés, à être proches des gens. Mais, sont-ils assez proches de tous? Que peuvent-ils faire en vue d'instaurer la santé pour tous? Bien des choses nouvelles sont à réaliser. - Nouvelles manières de penser - Nouvelles attitudes envers la santé - Nouvelles manières de faire - Nouvelles manières de travailler - Nouvelles relations à établir - Nouvelles priorités - Nouvelles fonctions - Nouvelles manières d'enseigner et d'apprendre... Dès que le corps infirmier se sera bien imprégné des nouvelles manières de faire, son association avec les communautés s'en trouvera nettement renforcée et il pourra poursuivre plus efficacement le but de la santé pour tous. Un enseignement infirmier, reposant sur la notion des soins de santé primaires, est un moyen essentiel de parvenir à ce but. » Les « Soins de santé primaire (sont) le défi de l'enseignement infirmier. » [83]

L'infirmière est donc attendue dans un exercice professionnel en forme de nouvelles propositions. Cette évolution concomitante à celle de l'ouverture vers la santé communautaire a conduit l'OMS à développer le concept de promotion de la santé. (Rappelons que la Charte d'Ottawa –1986 - vise une promotion de la santé perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie.) Ce «concept positif » met « en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ». Il ne relève pas seulement, du secteur sanitaire.

La formation de l'infirmière en santé publique se situe au cœur d'une tension, entre deux grandes orientations : l'hygiénisme et la promotion de la santé ; l'apprentissage de comportements préventifs et le développement des ressources. La charte de Ljubljana, sur la réforme des soins les conjugue pourtant[115]. « Il faut adopter, dans la formation de base, spécialisée et continue des personnels de santé, une vision plus large que celle des soins curatifs traditionnels. La qualité des soins, la prévention de la maladie et la promotion de la santé, doivent faire partie intégrante de la formation.»

Des questions cruciales se posent, en conséquence, à propos des moyens disponibles en formation. D'une part, nous avons mentionné longuement le travail de professionnels formateurs en Santé Publique, dont 10% poursuivent des formations de Santé Publique. D'autre part, le besoin d'évolution est mis en exergue par l'OMS, pour préparer les futurs infirmiers à répondre aux besoins de santé primaire qui comportent l'éducation sexuelle. Quant à l'expérience du

travail en équipe diversifiée, lors des quelques stages de santé publique, elle constitue l'occasion d'apprendre la pluridisciplinarité et, plus encore, le travail en réseau. Elle nécessite cependant un travail préparatoire, entre professionnels de terrain et formateurs en IFSI, pour dévoiler et étayer les recommandations mondiales, européennes et nationales.

3.4.3 Perception de la prise en compte de la sexualité en Santé Publique

Procédant dans le même ordre que dans les chapitres précédents, nous analyserons d'abord les réponses des formateurs à notre interview, puis les données de l'enquête de fin de formation avant d'aborder les mémoires infirmiers.

3.4.3.1 Analyse des interviews de formateurs

La santé publique n'est pas perçue par la plupart des formateurs interviewés, comme une opportunité d'intégrer la sexualité. Elle est controversée dans ce domaine et paraît « restrictive, car d'autres modules sont concernés », alors qu'elle permet « une prise de conscience du risque (...), dans un but éducatif de prévention avec les enfants », dit cependant une formatrice. Aucune d'entre elles, lors des entretiens non-directifs, n'a, en effet, pensé à intégrer la sexualité dans le module de santé publique ; aucune n'a évoqué la tension entre les paradigmes de la prévention de type hygiéniste et la promotion de la santé. Pour les formatrices, la santé publique, dans le domaine de la sexualité, est destinée à « la seule prévention des risques sexuels. » Les questions liées à la sexualité pouvaient, pourtant, renvoyer aux concepts, aux exercices en travaux dirigés et aux stages de Santé Publique.

Ces réponses révèlent que la santé publique n'est pas pensée, en termes de santé globale. Elle est enseignée, selon une approche linéaire et hygiéniste de la santé, concernant les facteurs de risque inhérents à des pathologies. Nous comprenons mieux, que l'une des enseignantes ait utilisé le mot « ridicule », pour qualifier des interventions d'éducation sexuelle élaborées par les étudiants auprès de collégiens. Elle porte en effet l'accent sur une conception trop simpliste de transmission de messages.

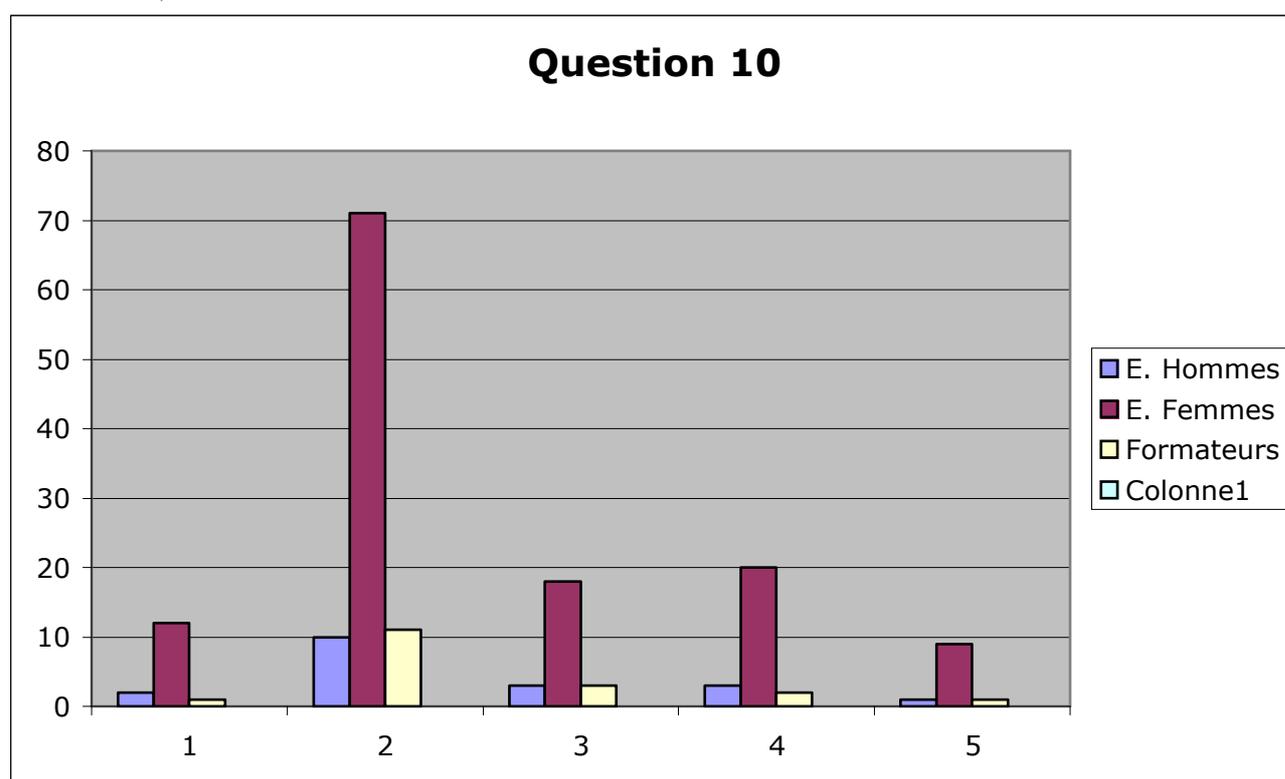
Nous sommes amenés à penser, que ces enseignantes ne perçoivent pas l'absence de prise en compte des recommandations internationales, dans leur enseignement de santé publique, puisque ces dernières vont bien au-delà de l'hygiénisme et placent les infirmières dans un rôle primordial de proximité quant aux besoins de santé primaire. Ces formatrices interviewées ne pensent pas, non plus, contrairement au groupe de leurs collègues de Midi-Pyrénées, à préparer les futures infirmières à leur rôle en collaboration dans les programmes et interventions collectives, particulièrement en éducation sexuelle. Les buts et

les moyens, pour une santé sexuelle, sont donc refusés dans le cadre de l'enseignement de Santé Publique, par des formateurs en position de repli.

3.4.3.2 Analyse des données d'enquête en fin d'études

Si nous nous reportons aux résultats du questionnaire, **la question 10** éclaire ce dernier constat.

« Votre rôle, de conseil et d'éducation sexuelle, se limite-t-il à la prévention des dangers de la sexualité (abus et violences sexuelles, grossesses précoces, I.S.T. Sida)? »

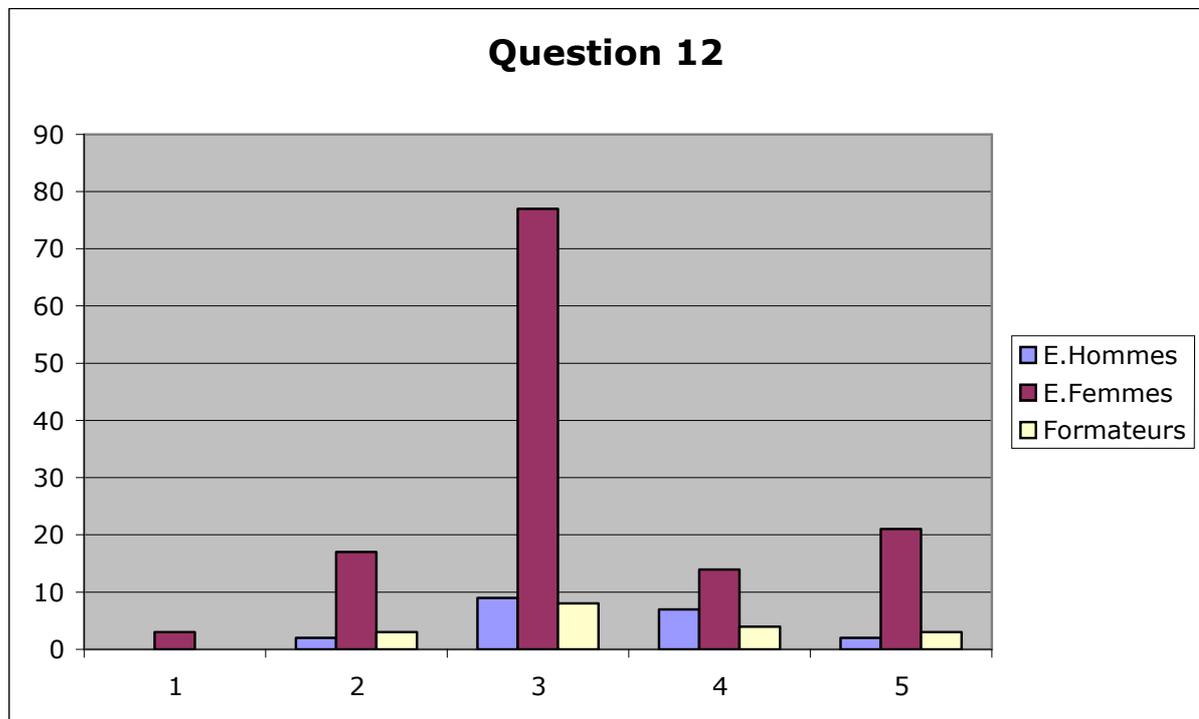


Les réponses choisies se situent très majoritairement, pour tous les groupes, à la réponse 2 « souvent », de façon nettement plus marquée chez les formateurs (63%), que chez les étudiants (50 et 52%). D'autre part, elles sont dispersées, sur les autres réponses, de façon assez identique et nous retrouvons à l'intérieur de chaque groupe une équivalence des réponses extrêmes. Toutefois, le fait que 25% des étudiants hommes cochent la case « peu souvent » est à distinguer, sans que nous puissions en connaître la raison.

Ces réponses mettent nettement en évidence que l'éducation à la sexualité, limitée à la prévention, est une réalité. Elles viennent confirmer le repli, que nous avons précédemment observé. On remarque toutefois, que la réponse 5 « ne sais pas » est cochée par une petite proportion de tous les groupes. Ce choix renforce le constat d'une attitude de repli.

Question 12 Addictions : « Etes-vous convaincu(e), que des produits aphrodisiaques améliorent les performances sexuelles ? »

Cet autre item est intéressant à dépouiller dans le cadre de la Santé Publique, car la prévention des addictions est un thème prioritaire, mais aussi, parce que le public mentionne et interroge souvent sur l'usage de différents produits au sujet de la sexualité.



3.4.3.3 *Analyse des mémoires infirmiers*

C'est l'éducation sexuelle, qui fait l'exclusivité des mémoires infirmiers en santé Publique.

- **Les Travaux de Fin d'Etudes**

Le thème de l'éducation sexuelle, en établissement scolaire, ou en établissement d'adolescents handicapés, est traité dans 2% des mémoires de fin d'études.

Les questions centrales de L.B.[67] ou V.H.[54], sur ce thème, ouvrent d'emblée l'étude. « Je me suis demandé comment l'infirmière scolaire, d'un établissement confessionnel, pouvait mener un cours d'éducation sexuelle en classe de 3^e, après l'enseignement de biologie abordant des notions de reproduction. En tenant compte des croyances religieuses des collégiens, peut-elle ne pas limiter cette éducation, à une simple information médicale, scientifique, qui serait inadaptée aux attentes des adolescents? » - « À quelles difficultés, l'infirmière scolaire est-elle confrontée, dans son rôle d'éducation à la sexualité et à l'affectivité et quelles sont les limites de cet accompagnement? »

Ces formulations révèlent d'une part, l'orientation cognitive de l'intervention, nommée « cours » de l'infirmière. D'autre part, l'attitude éducative, au-delà de l'information médicale, ne semble pas facile à affirmer. Par ailleurs, les étudiantes interrogent la place et le rôle de l'infirmière ainsi que

«l'acquisition d'une habileté à prendre en compte les croyances religieuses des élèves et de leur institution». Une autre étudiante s'interroge sur les modalités d'intervention, auprès du public handicapé. « L'IDE peut-elle mener à bien un projet d'éducation sexuelle, avec des adolescents ayant une déficience mentale, malgré l'absence de projet éducatif et de moyens préventifs? »

Les enquêtes effectuées par les étudiantes rapportent que les objectifs des projets d'établissement visent la prévention des grossesses, la préparation à la vie sexuelle des adolescents, l'apport d'informations sur les maladies sexuellement transmissibles et les différents comportements sexuels à risque. Cette éducation sexuelle se situe en prévention et en cohérence avec une partie des directives de l'Education Nationale. Il est constaté que ce sont les chefs d'établissement qui supervisent les actions et les conseillers d'éducation qui en font la programmation.

Pourtant, la mise en oeuvre révèle des incohérences, sur de nombreux points. En effet, le projet est souvent monté, selon une organisation d'interventions en fin d'année scolaire (mai et juin), après le cours de biologie portant sur la reproduction, et seulement lorsque l'objectif principal de l'établissement (finir le programme) est atteint. Le budget consacré n'est pas suffisant. La priorité de santé publique qui sous-tend la promotion de l'éducation sexuelle, en milieu scolaire, est assez mal comprise, à commencer par l'infirmière qui ne sait pas, elle-même, sur quels éléments s'appuyer pour établir les priorités selon les classes. Une autre difficulté évoquée est l'insuffisance du temps imparti, alors que parallèlement l'infirmière scolaire assume de multiples tâches. Si bien que plusieurs regrettent de n'intervenir, que dans certaines classes et pour une heure ou deux seulement, par an et par classe. Les actions d'éducation sexuelle sont donc ponctuelles et ne sont pas réellement intégrées dans les projets d'établissement.

Il ressort aussi que les interventions sont essentiellement assurées à l'interne par les infirmières et les enseignants de biologie ; les professionnels des centres de planification familiale en sont les acteurs extérieurs. Cependant, l'équipe éducative ne travaille pas en partenariat et chacun aborde l'éducation sexuelle selon sa spécialité. Les infirmières estiment, quant à elles, qu'elles sont peu reconnues au sein de l'institution, dans leurs fonctions de conseil et d'éducation à la santé et à la sexualité, alors que «le discours (est) difficile à élaborer sur la sexualité et l'affectivité.»

Quel que soit son positionnement, la capacité d'empathie avec les enfants et les adolescents est mise à l'épreuve dans cet acte infirmier. V.H. explique que lors des séances, l'infirmière «doit gérer cet espace collectif en offrant une disponibilité d'esprit, c'est-à-dire un savoir être, une capacité d'écoute et de communication pour que les élèves soient à l'aise et pour agir positivement sur les messages de préventions. Ce savoir être suppose une connaissance de l'adolescent et de ses comportements, surtout face à un sujet difficile à aborder comme la sexualité.» Elle dévoile aussi la «difficulté à appréhender les

réactions des jeunes face aux messages qu'on essaie de leur transmettre.» V.H. constate donc que l'infirmière n'est pas toujours préparée au « management » de ces temps collectifs au sein de l'équipe éducative et du partenariat.

Cependant, les étudiantes constatent que « c'est à partir de là qu'émerge le besoin de formation » et que les infirmières « souhaitent participer à des formations plus récentes et réactualisées, (pour) accéder à un discours plus clair et accessible ». Mais, leurs attentes restent « floues » et manifestent une réelle méconnaissance de la sexualité. B.L.[67] observe, en effet, que certaines infirmières interrogées font appel à des intervenants extérieurs pour les séances éducatives collectives, convaincues qu'« il faut avoir de solides connaissances en anatomie et physiologie féminine, alors qu'elles ne mentionnent pas les connaissances par rapport à la physiologie et l'anatomie masculines.» B.L. constate aussi que ces infirmières présentent plutôt l'éducation à la sexualité comme une éducation sentimentale.

Ces travaux mettent en évidence une réelle difficulté, pour l'infirmière, de s'inscrire ou se conformer au projet d'éducation à la sexualité, au sein de l'établissement et au sein du partenariat en place. En corollaire, la capacité à se sentir à l'aise, dans la relation aux enseignants est à conquérir. Les étudiantes se questionnent en effet, lorsqu'elles découvrent, que l'infirmière, bien qu'elle se sente isolée, recherche une forme d'intervention éducative qui lui soit propre, dans l'objectif d'« envisager un travail éducatif (...), seule, dans ce domaine ». Toutes ces difficultés pour s'intégrer au sein du partenariat, être à l'aise dans l'équipe et face aux groupes d'adolescents, constituent des freins pour parvenir à agir en cohérence, avec les buts énoncés. Les infirmières ne semblent pas bénéficier des moyens, préconisés par le ministère. Elles consacrent leur priorité à la prévention des grossesses et se positionnent, dans une attitude de repli, sur une fonction de prévention des risques, prisonnières de leurs ressentis d'isolement et de leurs croyances centrées sur le biologique ou le sentimental.

Le mémoire de M.D.[91] nous apporte une vision plus large, suscitée par la spécificité de l'éducation sexuelle auprès d'adolescents handicapés. « De l'émergence de l'éducation sexuelle en IME, vers une levée du tabou : un petit pas qui s'agrandit... » Ce travail d'enquête intègre l'approche du plaisir dans l'éducation sexuelle. Les infirmières interrogées apportent une autre conception de l'éducation sexuelle. « La notion de respect du corps peut être développée, à travers des thèmes, comme la masturbation (25%). La sexualité a une place importante, dans le développement de l'individu ; il est donc indispensable qu'elle se situe (l'infirmière) dans l'écoute, l'information, l'orientation et le soutien des personnes handicapées.» L'une d'elles déclare que « l'éducation à la santé et à la sexualité fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmière (...), mais actuellement, il y a un manque de supports et de formation spécifique adaptée à cette population.» L'éducation sexuelle selon l'approche des textes internationaux apparaît ici comme un but évident et fait partie des actes

infirmiers. Les moyens sont ressentis comme insuffisants mais nous percevons que l'innovation est possible et recherchée.

- **«L'éducation sexuelle en lycée, mission impossible? »**

Cet intitulé, du mémoire de Colette Bros[18] infirmière scolaire, illustre la problématique que nous étudions. Elle précise le décalage entre l'absence d'objectif et d'apprentissage pratique en éducation sexuelle. « Ma formation initiale d'infirmière, validée par un diplôme d'état en 1975, ne m'a nullement préparée à être intervenant en éducation à la santé, et encore moins à la sexualité. Mon savoir, dans ce domaine, se limite, à ce moment-là, aux notions de reproduction et de pathologies liées à la sphère génitale avec tout son cortège d'I.S.T. ... Il est clair que l'infirmière ne paraît prête à aborder la sexualité que dans sa fonction reproductive...»

«Quel est l'impact éducatif? Quel sens et quelle efficacité apporte une réponse «hygiéniste? (...) Y aurait-il contradiction, voir même opposition entre une démarche – hygiéniste - et de santé publique et une approche éducative de l'intime, du relationnel et de l'émotionnel? »

«Les jeunes classes, de 6^e me font beaucoup réfléchir. En effet, leurs questionnements précis, sur les pratiques sexuelles (zoophilie), la normalité, le comment faire, débordent largement mes connaissances dans le domaine du développement bio- psycho- sexuel de l'individu!»

«Lors d'interventions ponctuelles, auprès d'élèves de seconde... L'intérêt de telles actions me pose rapidement problème : par leur attitude, les élèves manifestent qu'ils sont visiblement saturés d'informations sur le sida et ne s'animent qu'aux distributions de préservatifs (...) mais, à chaque fois, il est temps de se quitter : l'heure est passée (...) que reste-t-il de tout cela? Un sentiment d'inachevé et d'inutilité.»

«Puis, après une formation spécifique à l'éducation nationale (...), «je ne deviens pas illico une super éducatrice... Je constate que la culpabilité de l'élève est majorée, suite à une prise de risque, après une séance d'information sur les M.S. T. ou les méthodes contraceptives, par une parole moralisatrice de l'adulte «tu as bien eu l'information la semaine dernière?»...Promouvoir la santé sexuelle revient donc à culpabiliser? Mais s'agit-il de la promotion de la santé sexuelle? Aborder le thème de la relation à l'autre, des premières amours, des premiers rapports sexuels, par les risques de maladie, à cet âge où le risque renvoie à l'inhibition ou à la transgression, me paraît inutile et synonyme d'une perte de temps. Quel peut être le sens, pour l'élève également?»

Pour illustrer ce questionnement, sur l'orientation très limitée de l'éducation, l'étude citée [151] met en évidence un 3^e axe en prévention, mis en place par les infirmiers psychiatriques. « Les autres actions de prévention sont peu nombreuses, quasi uniquement à l'initiative des infirmiers (ères) et favorisent le cadre d'une relation duelle (62% des personnels disent parler de prévention avec les patients), entretien où il s'agirait essentiellement de rappeler

les informations et de passer un message de rappel sur un mode exhortatif de type : « il faut faire attention, mettez un préservatif ». Ces interventions se fondent sur un certain nombre de postulats, qui sous-tendent les actions de prévention et qui auraient besoin d'être interrogés plus avant, comme par exemple : - l'information amène un changement de comportement - , - personne ne souhaite être contaminé - , - la prévention est du domaine de la maîtrise donc du conscient - ... »

Pour Yasmine Lekléal[79], d'autres constats liés aux expériences de mise en place de l'éducation sexuelle en établissements scolaires la conduisent à conclure : « On voulait me faire croire à une vision simpliste des choses, mais je savais que ce n'était pas le cas.»

Manuela Soittoux[148] remarque d'ailleurs que, d'une manière générale, au niveau international, l'éducation prônée vise l'intégration « des composantes clés que sont l'acquisition de connaissances, de motivation et de discernement personnel, ainsi que des compétences qui favorisent la santé sexuelle et la sensibilisation à des aptitudes essentielles pour créer un milieu propice à la santé sexuelle. Néanmoins, force est de constater que dans la plupart des cas, la prise en compte de la globalité de ces principes échappe souvent aux concepteurs des programmes, en matière de santé sexuelle. En outre, l'expérience de tous les jours montre que, même ceux qui mettent en application ces programmes, ainsi que les bénéficiaires accusent souvent des lacunes, qu'il importe de cibler pour emmener les jeunes à comprendre la sexualité comme un phénomène qui va au-delà du contexte de rapport sexuel et l'entendre comme fonction de relation avec autrui, dans son sens large. » Elle souligne que cette difficulté est générale pour l'éducation à la santé en milieu scolaire. « Selon le rapport d'un comité d'experts de l'O.M.S., publié en 1997[6], « de nombreuses publications ont été consacrées à la santé scolaire depuis les années 50, principalement en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et en Europe. Mais, ces recherches tournent principalement autour d'éléments déterminés de la santé (comme la nutrition, le comportement sexuel, le tabagisme...) ». La littérature descriptive consacrée aux programmes de santé scolaire est en grande partie insuffisante et axée sur des interventions relatives à des problèmes individuels. Peu de travaux ont été consacrés, à l'intégration des trois composantes de la santé scolaire (services de santé, éducation pour la santé et environnement scolaire). Selon l'OMS, « il faut déplorer que l'idée d'une approche globale des programmes de santé scolaire, ou celles des écoles en santé restent essentiellement théoriques, sans guère déboucher sur la pratique ».

Armelle Streiff [153], quant à elle, explore l'approche de la sexualité, auprès d'adolescents de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) par les équipes pluridisciplinaires et le réseau de partenaires. Les entretiens, qu'elle a effectués, font émerger l'attente affective, plus que sexuelle, de ce jeune public (souvent victime ou auteur de violences sexuelles). Par ailleurs, dans son mémoire précédent[152], elle repère, dans une analyse lexicale, un morcellement des

réponses des divers professionnels sociaux ou éducatifs qui interviennent, sans concertation et sans liens entre leurs interventions.

3.4.4 Bilan en Santé Publique

Ce chapitre se termine sur un constat général de repli. D'une part, des contradictions apparaissent, dans les recommandations internationales, entre orientation hygiéniste et orientation pour une approche de santé globale. D'autre part, l'approche très réductrice de la Santé Publique, en formation infirmière semble criante, alors que l'éducation sexuelle est mise en œuvre auprès des publics scolarisés et / ou, handicapés. Ainsi, la méconnaissance des buts d'une santé sexuelle et de son approche globale est générale, tout en s'inscrivant dans une approche souvent restrictive de la santé publique, qui relève plutôt de l'hygiénisme.

Presque en corollaire à cette approche réductrice, l'éducation sexuelle n'est pas portée par un partenariat réel, au sein d'un projet. Celui-ci est peu élaboré en équipe et juxtapose les diverses interventions, de façon linéaire. Il est difficile aussi, pour l'infirmière d'être à l'aise dans la pluridisciplinarité, comme pour intervenir dans les classes de jeunes.

L'insuffisance des moyens est avérée et questionne avec acuité, la formation initiale, car elle fait surgir des sentiments d'isolement, d'échec, voire de frustrations. Pour s'en ressaisir les IFSI peuvent initier, à l'instar du groupe de travail de Midi-Pyrénées, une approche plus large de la santé publique. L'approche de la sexualité pourrait nourrir une innovation, lors d'un apprentissage commun en pluridisciplinarité. Le potentiel de créativité, développé en éducation à la santé à l'occasion de modules optionnels, nous invite aussi à penser aux nouvelles propositions de l'OMS, pour la prévention du sida chez les jeunes. Ainsi, sont encouragées les innovations vers d'autres secteurs pour des projets polyvalents, en cohérence avec l'orientation de promotion de la santé[107]. «Les jeunes s'intéressent souvent, à la religion, aux entreprises, aux sports et aux médias. Ces secteurs peuvent fournir des informations et services. (...) Ouvrir le dialogue sur des sujets sensibles. Adultes et jeunes devront réfléchir ensemble, à la sexualité des adolescents, à une éducation sur la santé sexuelle, à la violence sexuelle et au viol, aux rôles respectifs des femmes et des hommes et aux pratiques traditionnelles...»

Objectifs	Buts	Moyens
Conformisme	Acceptation	Acceptation
Déviance :		
• Innovation	Acceptation	Refus
• Ritualisme	Refus	Acceptation
• Repli	Refus	Refus
• Rébellion	Refus + Pistes pour de	Nouvelles Propositions

Ainsi, d'après le tableau nous constatons que les pistes dégagées par des formateurs pourraient contribuer à lever l'anomie sexuelle en Santé Publique. Elles correspondent à des pistes de recherche questionnées par J.P. Deschamps, à propos de l'éducation à la santé, des pratiques de santé communautaire et des pratiques de prévention, d'autant plus pertinentes dans le domaine de la sexualité. « Et enfin, parmi les pratiques de prévention, quelle est la place des pratiques communautaires? Quelles sont les conditions de leur émergence, de leur efficacité? Quelle est l'articulation effective et souhaitable, entre la prévention « au ras du terrain », les actions de proximité d'une part, et les actions « de masse » d'autre part? » « Le manque de recherche, sur l'aspect normatif de la prévention est évident. Il contraste avec l'importance que la prévention donne, aujourd'hui, à l'observance de normes (le taux de cholestérol, les conditions d'un dépistage...) »[2]

3.5 La relation d'aide

Le soin relationnel d'aide a été constamment évoqué tout au long de cette analyse, de façon tout à fait cohérente, puisqu'il est partie intégrante du rôle propre infirmier, en lien avec la définition sur laquelle s'appuie la formation infirmière. La dernière hypothèse secondaire oriente, tout naturellement, notre étude sur l'habitus infirmier dans le soin relationnel d'aide quand la sexualité est en jeu, y compris en Santé Publique.

L'écoute de la personne et la communication avec celle-ci s'inscrivent dans le soin relationnel d'aide, dès l'entretien d'accueil comme dans le suivi, puis dans la préparation de la fin de la prise en charge. Les conseils prodigués, lors de l'accompagnement éducatif thérapeutique ou préventif du patient appellent aussi une prise en charge en soins relationnels.

La relation d'aide est pratiquée par les infirmières et divers intervenants professionnels bien qu'elle ne leur soit pas exclusive. Les « aidants naturels », membres de la famille et amis du patient ou de l'usager, interviennent aussi, à leur façon. L'infirmière en tient compte, dans sa démarche de soins.

En relation soignant soigné, à l'occasion de soins divers, l'infirmière est fréquemment confrontée aux souffrances et appels à l'aide, qui l'émeuvent et la questionnent. Le « prendre soin » infirmier est alors interpellé, quelle que soit la personne, le soin ou la situation. Les problèmes de santé sexuelle touchent les personnes, dans leur intimité et leur bien-être (avec eux-mêmes, avec l'autre et dans leur rapport au monde) ; ils interpellent d'autant plus l'attitude du soignant. Dans certaines situations, par ailleurs, la séduction entre en jeu ; il peut arriver que l'infirmière se sente déstabilisée, ou n'en ait pas conscience. La question du développement personnel trouve ainsi diverses justifications, pour un savoir-être en soin relationnel.

Au plan international, nous avons observé précédemment que les recommandations formulées manifestent le souci d'une approche humaniste, illustrée par l'approche globale de la sexualité. Celle-ci intègre ce qui se tisse sur le plan relationnel, entre la personne, les soignants et l'univers de la santé. Elle a bénéficié des apports théoriques de Carl Rogers [133], qui a développé plusieurs concepts clefs, comme la représentation subjective, l'écoute active, la non-directivité, l'empathie et la congruence.

La pensée holistique qui fonde la démarche de soins, comme nous l'avons étudié précédemment, est une façon de connecter les composantes physiologiques, psychologiques et sociétales de l'homme. Cette pensée, construite par un grand nombre d'infirmières cliniciennes, constitue un exemple du concept d'habitus de Marcel Mauss, pour lequel nos gestes sont fabriqués par les normes collectives : manière de marcher, de jouer, d'enfanter, de dormir, de manger, mais aussi de vivre la sexualité « moralisée » ou encore « psychologisée ». La pensée infirmière est une dynamique temporelle, héritière,

entre autres, d'un inconscient collectif religieux, parmi d'autres visions du monde et d'autres investissements dans le corps. La dimension sociale du corps sexué par exemple offre un premier repérage de la logique à laquelle il obéit : «on fait plus que manifester ses sentiments, on les manifeste aux autres, puisqu'il faut les leur manifester. On se les manifeste à soi, en les exprimant aux autres. C'est, essentiellement, une symbolique.»

C'est pourquoi nous recherchons comment est enseignée et comment se réalise la prise en compte de la sexualité, dans l'apprentissage de la relation d'aide, selon des recommandations et textes souvent formulés sous forme de droits du patient.

3.5.1 Les recommandations pour la relation d'aide

Nous proposons d'étudier les recommandations et droits des personnes, qui sous-tendent la mise en place d'une relation d'aide personnalisée ou adaptée au public, auquel l'intervenant s'adresse. Ils sont destinés aux infirmières et autres personnels au moment d'un accueil, d'une écoute, d'une communication, d'un soutien ou d'un accompagnement éducatif, à l'individu ou à un groupe d'individus.

3.5.1.1 Au niveau international : questions de savoir être

Les recommandations internationales ont développé une approche des attitudes, ou de la manière d'être, ainsi que la question du langage adapté.

- **Une formation aux attitudes**

Le développement de compétences relationnelles, dans la pratique des professionnels de santé est une préoccupation déjà ancienne de l'OMS. Des propositions de formation aux attitudes ont été formulées, à cet effet, par JJ Guibert.[116]

L'attitude, disposition intérieure, se manifeste dans le comportement, à l'égard des personnes, des événements, des opinions ou des théories. Dans notre contexte il s'agit des relations interpersonnelles des professionnels de santé avec les personnes qu'ils sont amenés à servir.

J.J. Guibert distingue trois niveaux, dans lesquels se retrouvent les apports de Carl Rogers.

« Le premier niveau est celui de la réceptivité et de l'attention ; il implique une sensibilité à l'existence d'un certain phénomène et de la disposition à recevoir. Exemple : discerner l'inquiétude d'un consultant qui est dans l'attente du résultat d'un examen de laboratoire, pour une maladie dont les suites sont graves.

Le deuxième niveau est celui de la réponse ; cela implique d'être suffisamment intéressé par le phénomène qui a attiré votre attention, pour prendre la décision de vous en occuper. Exemple : dans le contexte de l'exemple précédent, c'est tout simplement d'échanger des paroles rassurantes avec le consultant qui attend et de lui faire sentir qu'il n'est pas seul.

Le troisième niveau est celui de l'intériorisation ; cela implique que la perception des phénomènes a pris place dans votre hiérarchie de valeurs et vous a inspiré, pendant un temps suffisamment long, pour que vous vous soyez adapté au système de valeur d'un tiers ; cela vous permet d'adapter votre attitude vis-à-vis de votre interlocuteur, comme si vous ressentiez le phénomène comme lui. Exemple : lors du décès d'un enfant, votre attitude, vis-à-vis de la famille, lui fera comprendre que vous vous souciez de leur douleur et que vous êtes prêts pour l'aider à la surmonter. Cela ne veut pas dire que vous avez intériorisé l'attitude qui vous permet d'assurer l'aide efficace.»

Les mêmes préoccupations ont des prolongements dans des recommandations plus récentes au sujet du VIH Sida et de la discrimination faite aux femmes.

- **Un accompagnement sans jugement**

À l'occasion de l'atelier tenu à Toronto en 1989, l'OMS [112] met en évidence que, pour valoriser « la personnalité, la communication et l'amour », l'information sexuelle seule ne suffit pas, « elle doit tenir compte des attitudes et, par conséquent, enseigner les habiletés comportementales. » Pour être efficace, elle « doit tenir compte du mode de vie réel de la population visée » ; « les programmes d'éducation sur le Sida doivent inévitablement refléter les valeurs morales », « l'éducation sur le Sida devrait présenter l'information libre de tout jugement ». Ces recommandations mentionnent la complexité de la sexualité et mettent l'accent, sur l'éthique et le respect de l'autre. Elles font appel au développement des compétences des intervenants ainsi qu'à leur formation pour acquérir un savoir, mais aussi un savoir-faire et un savoir être.

Plus tard (1992), des précisions sur l'aide éducative sont apportées, pour élaborer des programmes d'éducation et de prévention Sida, dans le cahier n° 10 [113]. Un principe est énoncé : « Pour être efficace, l'éducation, sur le VIH et les MST, doit s'insérer dans un programme scolaire d'éducation sanitaire qui permette d'acquérir une bonne notion des maladies transmissibles, de la santé communautaire, des relations humaines, de la sexualité, de l'usage des drogues et d'autres questions pertinentes, dans le contexte des valeurs culturelles locales. » Mais il est aussi conseillé d'évaluer les « principes d'éducation, et la création d'un environnement fondé sur le respect, la confiance et la reconnaissance des similitudes et des différences. » La « collaboration avec les parents » et « d'autres membres de la communauté » est encouragée. Lutter contre une maladie en lien avec la sexualité devient synonyme de conjuguer la conception biomédicale et celle des sciences humaines dans une relation

respectueuse entre les personnels de santé, les personnes et leur environnement. La cohérence avec l'approche holistique infirmière semble évidente et place ainsi l'aspect relationnel dans l'éducatif comme partie intégrante de la lutte. L'attitude, des professionnels de santé et de leurs partenaires, fait l'objet de conseils pour atteindre ces objectifs. «Les enseignants doivent être prêts à parler à des étudiants ,dont l'expérience sexuelle est très variable, depuis ceux qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels, jusqu'à ceux qui ont subi des rapports sexuels sous la contrainte... Les stratégies qui visent à négocier ou refuser les rapports sexuels doivent tenir compte du caractère intermittent de la sexualité adolescente... Les cours doivent examiner l'action des pairs, qui poussent à avoir des rapports sexuels, ainsi que les normes en vigueur, pour les hommes et pour les femmes...» La disponibilité et l'ouverture à la différence, sans étiquette préalable, constituent des éléments majeurs d'une manière d'être relationnelle. L'évolution des directives, définissant les activités de lutte contre le VIH et le SIDA[117], illustre la trajectoire innovante accomplie dans ce sens. Au départ selon l'OCDE, ces activités renvoyaient principalement au secteur « santé de la population » (en santé reproductive, information, éducation et communication, dépistage, prévention, traitement et soins). Désormais, les projets polyvalents d'aide au développement sont intégrés, si l'une ou plusieurs des activités sont considérées comme une activité « SIDA ». C'est pourquoi, dans de nombreux pays africains, le personnel infirmier participe à ce type d'actions, inscrites dans le soin relationnel plutôt que curatif.

- **Un langage adapté**

Cependant, la F.I.D.H., au dixième sommet de la francophonie les 26 et 27 novembre 2004 à Ouagadougou [40], rappelle l'engagement de «Réaliser l'égalité des droits et la dignité intrinsèque des hommes et des femmes... » Elle accuse un défaut d'application de l'éducation sexuelle : «Il convient également de noter que l'information en matière de santé sexuelle, quand elle existe, est largement insuffisante, fournie dans un langage que les femmes ne comprennent pas toujours. Le poids des traditions, là encore, empêche, malheureusement, de nombreuses femmes de se renseigner dans ce domaine.» Le deuxième chapitre soulève le problème du «suivi et la mise en œuvre de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'égard des Femmes, deuxième instrument des droits de l'homme en termes de signatures, mais celui auquel les Etats ont fait le plus de réserves, dont nombreuses sont contraires à l'objet et au but de la convention.» Elle invite les pays à faire valoir la législation internationale, à l'exemple du Maroc, Bénin et Mauritanie... Ainsi, les professionnels de santé doivent-ils veiller, dans la relation d'aide qu'ils tissent avec une femme, à être attentifs aux jugements et aux formes d'exclusions. Encore faut-il qu'ils adoptent un langage compréhensible, qui ne reflète pas la discrimination et permette la confiance et la communication. Il est

donc question ici de la cohérence des moyens à mettre en place, pour atteindre les objectifs.

- **Négociation**

Jonathan Mann (Annexe 3) a exprimé le renversement produit par l'évolution en Santé Publique, face aux droits de l'homme ; il alerte sur les habitudes, les attitudes et les moyens au regard des buts poursuivis dans la lutte contre le sida. «Cependant, la complémentarité sous-jacente – plutôt que l'opposition inhérente –, entre santé publique et droits de la personne a été mise en exergue tout récemment. Dans le contexte du SIDA, la santé publique a appris que la discrimination, envers les personnes séropositives ou atteintes du SIDA est contre productive. De façon spécifique, quand les personnes atteintes ont été privées d'emploi, d'éducation ou de possibilité de se marier, ou de voyager, la participation aux programmes de prévention a diminué. Ainsi, l'attention s'est récemment portée sur un processus de négociation, permettant d'optimiser à la fois l'accomplissement des objectifs de santé publique et le respect des normes des droits de la personne, qui apparaissent de plus en plus – dans une perspective plus large de santé publique – comme hautement complémentaires. »

3.5.1.2 Au niveau européen : les infirmières sont attendues

Les infirmières sont clairement attendues en continuité avec leur approche clinique globale de l'humain.

- **Aide à l'autonomie, aux individus, familles et collectivités.**

Les participants à la conférence européenne de Vienne, en juin 1988, estiment que les gouvernements et les décideurs nationaux de la santé doivent prendre des mesures urgentes pour aider les infirmières à introduire dans le domaine des soins infirmiers les changements indispensables à la réalisation des buts régionaux de la Santé pour tous. Ils déclarent la nécessité de «développer leur rôle dans la prise de décisions, relatives à la planification et à la gestion des services de santé, aux niveaux - local, régional et national -, en aidant plus activement les individus, les familles et les collectivités à compter davantage sur eux-mêmes et à prendre en charge leur propre développement sanitaire, et en fournissant des informations claires et fondées sur les conséquences favorables ou nuisibles de divers types de comportement, ainsi que sur les avantages et les coûts des diverses options qui se présentent en matière de soins. » [106]

- **Recommandations du Conseil de l'Europe**

Par ailleurs, la Recommandation européenne - 1675-2004[28] - relaie celles qui sont formulées sur le plan international, dans une large acception. «Les Etats

membres du Conseil de l'Europe renforceront la protection de la santé et des droits, en matière de sexualité et de procréation », selon une logique de stratégies intégrées et d'approches diversifiées. L'article 4 engage « en matière d'égalité entre femmes et hommes (...), sur le comportement sexuel et génésique des adolescents (y compris pratiques contraceptives et avortement)...» En outre, le CDEG rappelle les propositions et recommandations, contenues dans les actes du Forum international du Conseil de l'Europe, pour «Garantir le libre choix en matière de procréation, de sexualité et de modes de vie en Europe : tendances et évolutions.»

Quant à la « Recommandation - Rec (2001)12 -> [29], elle concerne l'adaptation des services de soins de santé à la demande de soins et de services des personnes en situation marginale. Elle appelle à la création d'un cadre politique cohérent et global, fondé sur les principes de l'équité, de la dignité humaine et de la participation, qui évite la stigmatisation et améliore les bases de connaissances. La définition des personnes, vivant dans des conditions d'insécurité et de marginalisation, s'applique à certaines situations décrites dans la Résolution.

3.5.1.3 En France : droits, autonomie, aide éducative et sexualité

Nous retenons dans l'approche de la relation d'aide les droits concernant la sexualité et la santé, avant d'aborder la relation éducative à la sexualité.

- **Des droits spécifiques**

Les lois, Lucien Neuwirth[73], sur la contraception, et Simone Veil[74], sur l'IVG, ont initié les droits des femmes dans leur vie sexuelle. Plus récemment (2000), la loi[75] autorise l'infirmière scolaire à mettre en place la contraception d'urgence, pour les mineures en situation de danger qui en auraient besoin. Elle introduit le besoin d'aide, de la jeune mineure.

Par ailleurs, la France est signataire de la convention internationale des droits de l'enfant, qui précise dans l'article 9¹⁶ que «tous les enfants ont le droit d'être protégés contre les mauvais traitements (la cruauté, l'exploitation) et toute forme de négligence ». En corollaire, la loi n° 98- 468 de 1998 installe un dispositif judiciaire, dès qu'une suspicion d'abus ou de maltraitance sexuelle d'un jeune mineur est perçue.

D'autre part, la lutte contre les discriminations concerne aussi la sexualité.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins prévoient des dispositifs et des programmes d'accompagnement pour les personnes en situation précaire, incluant le domaine sexuel.

Cette brève approche de la législation met en évidence la diversité des situations, auxquelles l'infirmière peut être confrontée, tout en veillant à ce que la relation d'aide soit respectueuse de la personne. Que ce soit en exercice

¹⁶ L'enfance en danger Education nationale

libéral, ou en milieu scolaire, alors qu'elle est soumise au secret professionnel, elle est souvent seule face à une victime ou un agresseur sexuels. L'accueil, l'accompagnement et le suivi de ces personnes ou groupes de personnes font alors appel à des qualités relationnelles, développées et confirmées pour relativiser émotions, croyances et valeurs, dans toutes ces situations.

- **Relation d'aide et éducation sexuelle**

Quant à la relation d'aide éducative, elle est intégrée principalement, dans les textes de l'Education Nationale. Parmi les propositions internationales, le choix français s'est porté, prioritairement, sur une construction à partir de «thèmes-clés». Des fiches pédagogiques sont ainsi organisées, autour du «respect des règles de vie commune» et sur «la responsabilité d'intégrer des comportements préventifs individuels et collectifs.» Ils ouvrent très largement, sur «le développement humain, les relations, les aptitudes personnelles, les comportements sexuels, la santé sexuelle, la société et la culture.» «Comprendre comment l'image de soi se construit, à travers la relation aux autres ; Analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations. Identifier les différentes dimensions, de la sexualité (biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique). Développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux, véhiculés par les médias en matière de sexualité. Favoriser des attitudes de responsabilité individuelle, notamment des comportements de prévention et de protection de soi et d'autrui. Connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.»[95]

Ces textes évoquent des aspects formulés dans les textes internationaux ou européens, et décrivent une relation éducative située bien au-delà d'une information ou d'un enseignement. Cependant, les nombreux objectifs conduisent à concevoir que cette relation d'aide éducative et collective puisse s'inscrire dans la durée, la régularité et la progression pour permettre aux jeunes un développement, en direction des buts énoncés. Il s'agit d'un accompagnement, dans lequel s'intègrent « la compréhension et l'analyse de soi à soi, de soi avec l'autre et de soi avec les autres, dans un contexte social à décoder ». Les trois séances annuelles collectives prévues paraissent bien insuffisantes, pour offrir la possibilité, aux intervenants, de développer ce processus relationnel et d'encourager le dialogue intérieur.

Les buts ambitieux, d'une relation d'éducation sexuelle sont donc bien en cohérence avec les données internationales. Mais ils sont en décalage avec les faibles moyens proposés, dans ce même texte, pour les atteindre.

3.5.2 La formation infirmière à la relation d'aide, lorsque la sexualité est en jeu

Nous avons déjà repéré, que la démarche de soins comporte un axe qui consiste, au-delà de « soigner », à prendre soin de la personne prise en charge. Cette dimension du soin, et du rôle propre infirmier, est enseignée, en théorie. Elle engage un développement personnel des étudiants, à partir d'un apprentissage, sous forme de travaux dirigés et de séances pratiques. Elle est également évaluée, lors des épreuves pratiques de mise en situation professionnelle.

3.5.2.1 *L'approche théorique*

Le troisième, des quatre modules de Soins Infirmiers, est intitulé : «démarche relationnelle.»

Plusieurs rubriques y sont recensées : « Démarche et développement personnel – Techniques d'écoute – Relation d'aide – Définition – Buts – Différentes phases – Rôle de superviseur – Techniques et limites de la relation d'aide – les situations nécessitant une relation d'aide – Aide à la vie quotidienne – Relation d'aide thérapeutique – Le projet thérapeutique – La supervision dans la relation thérapeutique – Développement personnel et des groupes dans leurs dimensions psychoaffective, psychosociologique et éducative – Accueil des malades et de leur famille.»

- **Le concept et l'approche du prendre soin**

De nombreux candidats, au concours d'entrée en IFSI, évoquent leur motivation et désir d'aider les autres. La relation d'aide n'est pourtant pas innée ; si l'attitude personnelle la favorise, plusieurs facteurs peuvent pourtant interpeller le personnel infirmier. Ils peuvent provenir des personnes, des situations de face à face, ou encore d'un contexte social. Par exemple, la demande d'aide, en réponse à un besoin, peut être explicite ou implicite et le professionnel infirmier tente de la discerner, qu'elle soit formulée, ou non. L'apprentissage du futur infirmier permet d'affiner son jugement clinique, tout en développant des habiletés relationnelles.

La consultation du « Dictionnaire de soins infirmiers »[82] nous renvoie à « Soins relationnels » et ajoute que la relation d'aide «s'applique aux domaines : Santé - Santé mentale - Santé publique - Médecine. » La définition qui est proposée concerne des « Interventions verbales, ou non verbales, visant à établir une communication, en vue d'apporter aide et soutien psychologique à une personne ou à un groupe.» Quelques notes précisent leurs modalités : «Ces interventions se réalisent, lors d'entretiens avec le patient ou le groupe de patients et - ou- lors de tout acte de soins infirmiers. Elles se fondent, sur le dialogue, l'écoute et les techniques qui favorisent la communication. Ces soins

sont reconnus comme un acte de soins infirmiers, relevant du rôle propre de l'infirmier selon le décret n° 81- 539 du 12 mai 1981, relatif à l'exercice de la profession d'infirmier modifié en 1984 et 1993.»

- **L'accompagnement et l'autonomie**

Les situations cliniques de relation d'aide sont souvent étudiées, à partir des ouvrages de Jacques Chalifour [22], auteur de référence pour les formateurs cadres de santé.

Pour cet auteur, la relation d'aide «consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement, à la recherche et à la satisfaction d'un besoin de ce dernier.» Il apporte une connaissance plus approfondie, quant aux fondements et orientations des applications, lors des actes infirmiers. « Ses buts sont, en première intention, « d'aider une personne ou un groupe de personnes à surmonter des difficultés physiques et (ou) mentales, lors d'une crise, d'un traumatisme ou rupture de vie que peut représenter une pathologie et sentir un réconfort.» Ainsi, par exemple la connaissance psychologique des étapes du deuil fera-t-elle partie de l'affinement clinique. Plus précisément, ces étapes peuvent être prises en compte, dans le domaine de la sexualité. Ainsi pourrait-on repérer : le déni de la stérilité du conjoint - la colère liée à une mésentente sexuelle d'un couple - la dépression d'un adolescent liée à la perception négative de son orientation homosexuelle - une redécouverte de la sexualité, après la prise de conscience d'un dysfonctionnement érectile lié à une pathologie chronique.

- **Se préparer au comportement de l'autre**

La relation d'aide «amène à un cheminement, une stratégie, vers l'autonomie et, ou, le développement et permet à la personne de porter un regard différent sur sa vie, sur les choses, sur le monde, afin de favoriser ses propres facultés de dépassement et de vie plus autonome et harmonieuse »[22], pour lui-même et avec les autres.

L'auteur appelle cependant notre vigilance car certains buts sont inavoués et peuvent susciter des conflits. Il explique, par exemple, qu'un professionnel peut annoncer son aide, par «désir de sauvetage, plus ou moins constant chez les soignants, sauver l'autre même contre sa volonté, imposer sa ligne de conduite sans être OK avec le désir, les croyances et les critères de l'autre.»

Le module «Législation et éthique » fournit des connaissances, sur les normes et déviances, valeurs ou croyances, en lien avec différentes cultures et religions. Il contribue à l'acquisition d'une capacité à relativiser ses propres désirs, croyances et critères. Ainsi, l'étude de la situation d'IVG permet d'ouvrir les étudiants, à la découverte de telles connaissances. Cependant, nous avons observé précédemment, dans l'étude des fiches pratiques, que leur contenu présente peu d'éléments sur la sexualité. Elles ne donnent donc pas les moyens, pour relativiser l'opinion personnelle, car nous déplorons plusieurs lacunes.

Seule la fonction de reproduction est abordée, sans mention de la fonction de plaisir ; le rôle féminin est exclusivement associé à la maternité ; la psychologie de l'adolescent n'intègre pas l'inquiétude de la question identitaire « est-ce que je suis bien une femme? » Il n'y a pas, non plus d'approche anthropologique de la grossesse.

Du fait de cette ignorance, des buts inavoués peuvent alors surgir, dans l'aide apportée à la personne et s'exprimer en situation. Il n'y a donc pas de cohérence entre les moyens apportés par les connaissances théoriques, trop lacunaires, sur la sexualité et les recommandations et objectifs de la relation d'aide.

3.5.2.2 La relation d'aide en pratique

La mise en pratique de la relation d'aide est étudiée en soins infirmiers en tant que démarche [23]. Celle-ci est basée sur le « développement personnel », c'est à dire « une série d'étapes, par lesquelles passe l'être vivant pour atteindre son plein épanouissement. » Ainsi, un travail sur soi se construit graduellement, dévoilant la connaissance de son propre fonctionnement, de l'Être en soi et permettre de se donner les moyens de rencontrer l'autre.

L'objectif de la relation d'aide vise l'acquisition d'attitudes, la favorisant. Parmi celles-ci, l'empathie, concept développé par Carl Rogers [133], est souvent proposée dès le début de la formation infirmière.

Pour comprendre plus concrètement comment cette relation d'aide s'applique et se tisse dans les soins, nous revenons sur l'étude des fiches pratiques. [23]

- **Rencontre authentique**

Dans la perspective d'aller vers l'autonomie de la personne une forte implication de l'I.D.E. est attendue. « Aider la personne à être acteur de sa vie, soit à conserver au mieux son pouvoir d'autonomie, c'est d'abord s'autoriser une rencontre à chaque fois unique, en reconnaissant sa précieuse subjectivité d'être vivant ayant quelque chose d'essentiel à dire sur sa vie, tout simplement parce que c'est la sienne et qu'elle est la mieux placée pour en parler ou nous apprendre à la découvrir... C'est en mettant en action nos connaissances élémentaires des besoins de l'être humain et des sources de difficultés sous-jacentes les perturbant que nous pouvons découvrir des opportunités pour laisser être ou rendre acteur. »

Nous avons déjà relevé dans l'étude des besoins fondamentaux, que la sexualité s'inscrit dans le besoin de communiquer ; sa complexité, n'étant pas abordée dans les autres besoins, elle n'est prise en compte que partiellement. Cette approche n'est pas alimentée, non plus par des connaissances acquises dans l'enseignement modulaire, comme nous l'avons repérée précédemment. Ces constats montrent les limites rencontrées par l'infirmière, pour créer la confiance avec la personne. Les lacunes, pour une bonne compréhension et la difficulté de trouver un langage commun représentent des obstacles à un

échange confiant et digne. Nous retrouvons un nouveau décalage, situé dans ce cas, sur trois niveaux. D'une part, des buts sont affichés, pour pratiquer la relation d'aide en intégrant la sexualité de façon personnalisée, mais nous avons déjà remarqué que la sexualité est repérée, comme besoin partiel de l'être humain. D'autre part, le manque de moyens spécifiques a aussi été révélé, dans la formation clinique pour une approche complexe de la santé comme de la sexualité, ce qui constitue une carence pour comprendre l'autre

- **Un langage adapté**

Pourtant, des orientations en direction d'autres indicateurs sont apportées. «Cela présuppose, d'approfondir nos compétences infirmières, en matière de communication verbale et non verbale, d'identifier notre propre langage corporel : en effet, toutes nos attitudes communiquent de façon non verbale ce que nous vivons à l'intérieur. Les expressions sont parfois plus puissantes, que les mots et peuvent apaiser, rassurer ou au contraire, inquiéter, rejeter.» Il est ainsi question de savoir «accepter un travail sur soi, pour ne plus avoir à douter que les patients sont tout aussi observateurs, quand il s'agit d'évaluer notre propre congruence.» [51]. La qualité clinique peut être enrichie, si elle intègre la sexualité, domaine où l'expression non verbale est très vaste. Les travaux d'éthologie¹⁷ nous en fournissent quelques exemples : - gestuelle de don, posture cambrée, odeurs de musc et de parfum, expressions du visage ouvertes, réactions émotionnelles spontanées de rire, rougeurs, tremblement, ou bégaiement....- Nous pouvons aussi évoquer la communication, au travers d'œuvres artistiques multiples, ou encore les travaux de sociologie, sur les rôles de genre masculin et féminin... De telles découvertes éclairent autant sur soi-même que sur l'autre et sur les liens au sein de la société dans laquelle on vit.

L'écoute, facteur essentiel de communication interpersonnelle et professionnelle, pour l'I.D.E., consiste à savoir écouter, mais aussi à tenir compte de la présentation, des gestes, postures et paroles. L'étudiant infirmier découvre que ce n'est pas un processus naturel ; un apprentissage est nécessaire, pour acquérir la capacité d'exercer un contrôle cognitif sur sa façon d'écouter. C'est une écoute active, basée sur l'attitude intérieure, qui veut que toute personne mérite notre attention, notre respect et que sa parole est valable. Ceci implique de refléter, ou de dire, à l'autre les sentiments que nous percevons dans son message et de développer un climat sans jugement critique, au cœur de la communication. Si bien que l'infirmière qui n'apprend pas à écouter ce qui est lié à la sexualité tend à exercer l'écoute en fonction de ses propres représentations de la sexualité et de son propre vécu. L'écoute en est gênée, parasitée, voire bloquée, ou encore très amplifiée, sans que l'infirmière en soit consciente. Pourtant, parmi les exercices proposés par Jacques Chalifour [23],

¹⁷ Référence aux nombreux ouvrages de Boris Cyrulnik, entre autres.

en relation d'aide, quelques items des auto-questionnaires sont inscrites, sur la perception de sa propre sexualité.

- **L'approche du vécu douloureux [51]**

Elle concerne également plusieurs situations, où la sexualité est en jeu (violences sexuelles, parcours de procréation médicalement assistée, douleurs liées à une infection sexuelle, pour en citer quelques-unes). Elle est présentée dans une réelle globalité au sein de laquelle de nombreuses précisions sont décrites, dont l'environnement soignant. «Au cours des soins, l'intimité du corps peut être prétexte à de multiples agressions. L'omission, l'oubli, la négligence, les multiples styles et personnalités soignantes, sont aussi source d'inconfort douloureux. Une lucidité est de rigueur, pour éviter toute source de maltraitance induite, côté patient, ou toute culpabilité déplacée, côté soignant. Des questions éthiques se posent, des choix sont à faire. Tout ici est histoire d'attention délicate, d'adaptation du rythme, du langage soignant, aux capacités de jugement de la personne soignée. Cette dynamique volontaire repose sur trois domaines de compétences intriqués, associant : l'approche infirmière de la personne, de son corps ; la capacité de l'infirmier d'analyser ses propres attitudes verbales, non verbales, son enchaînement gestuel pour cette personne donnée-là ; la capacité d'adapter le soin.» L'approche relationnelle est reconnue, dans sa complexité et l'originalité de chaque situation. Ce constat laisse entrevoir, qu'une prise en compte subtile peut inclure des composantes sexuelles. Encore une fois nous déplorons les connaissances lacunaires sur la sexualité. Celles-ci, en tant qu'insuffisance de moyens, constituent un handicap, dans la construction d'une relation d'aide personnalisée et donne à nouveau un éclairage de l'anomie existante.

- **La relation d'aide éducative**

L'information et l'éducation du patient sont l'objet de nombreux principes de base, destinés à une application dans la pratique. 51] D'une façon générale, il est rappelé que l'information concerne ce qui est recueilli auprès du patient comme celle qu'on lui apporte. Chaque personnel en est responsable, sachant toutefois, que la complexité est à prendre en compte. Une notion de continuité, avant – pendant – après - , préside au choix d'information et d'éducation.

Dès l'accueil et sur toute la durée des soins, l'I.D.E. donne des éléments concrets au patient, sur les axes de prise en charge, sur le déroulement et la nature des soins, se fiant à son patient, le meilleur guide pour ajuster les informations. Une base de négociation s'établit au-delà du climat de confiance, permettant de repérer où «il en est physiquement et émotionnellement» et de vérifier s'il y a accord avec les transmissions aux collègues. Une infirmière entraînée à percevoir en diverses circonstances, le degré d'inquiétude ou de stress des patients, peut aider à relativiser les émotions et les croyances du

patient. Par exemple, lors des circoncisions, petites interventions fréquentes en service chirurgical, les infirmières pourraient apporter des informations adaptées sur l'aspect émotionnel de la sexualité, très présent pour ces patients, jeunes ou moins jeunes.

Quant aux conseils, ils sont essentiellement orientés sur l'hygiène, manifestant une absence réelle d'ouverture à l'autre, dans la diversité des vécus de la sexualité. Les fiches pratiques enseignent pourtant que les conseils sont d'autant mieux acceptés que la personne sent qu'elle peut se confier à l'I.D.E. et que celle-ci lui renvoie une image de confiance. La question d'établir ce climat, dans une perspective essentiellement hygiéniste, demeure aléatoire quant à une approche globale de la personne et de la santé.

Jean Furtos¹⁸ invite le personnel sanitaire et social, à l'occasion d'une journée interprofessionnelle sur la précarité, à observer que l'autonomie du patient se situe dans un contexte social et relationnel. «Il n'est pas innocent de prendre soin de soi... Le souci de soi autorise à prendre soin de soi et ouvre à la capacité d'agir par soi-même, et avec d'autres. Mais attention au risque d'atomisation des individus : nul ne se soucie de lui hors relation, et cette relation est toujours située à l'intérieur d'une groupalité sociale et de ses contradictions, ce dont les acteurs de santé doivent être conscients.» Ce conseil nous paraît indispensable à prendre en compte, notamment dans certaines situations de précarité, de handicap ou de maladie chronique (diabète par exemple), où l'accès à une santé sexuelle est un parcours balisé de difficultés, dont la première est l'ignorance.

La formation initiale infirmière à la relation d'aide offre la possibilité d'intégrer la sexualité et de la situer en cohérence avec les recommandations étudiées. Cet enseignement est en lien avec les recommandations, de manière à développer l'écoute, le conseil et l'éducation, grâce à la préparation d'une attitude propice à la confiance du patient, de la personne ou du groupe. Cette conception permet de repérer et de comprendre que des blocages sont constitués par l'ignorance de la sexualité et de son langage, mais aussi par une approche éducative d'orientation plutôt hygiéniste. En effet, celle-ci peut limiter l'accompagnement à des informations et apprentissages de comportement et risque de renvoyer la personne à sa seule autonomie, sans prise en compte de son environnement. La relation d'aide n'étant pas, non plus, étayée par des apports et apprentissages spécifiques à la sexualité, les moyens semblent insuffisants pour que l'IDE construise une aide adaptée à son patient ou à son public.

¹⁸ MRIE Intervention Pr. J. Furtos (ORSPERE) Journée d'étude la santé et précarité Lyon 16/10 2002

3.5.3 Le vécu de la relation d'aide dans la pratique et la prise en compte de la sexualité

Ces nombreuses précisions, au coeur de la relation du professionnel à la personne, dans le rapport « intime » à la santé de l'autre, sont donc esquissées. Elles renvoient les étudiants à des réflexions, où l'éthique est aussi interpellée, et à l'apprentissage d'une relation interactive dans une attitude empathique.

Nous abordons en premier lieu les réponses et propositions des enseignants, avant d'étudier les réponses du questionnaire et les données provenant des mémoires.

3.5.3.1 *Analyse des interviews de formatrices*

Certes, les quelques données recueillies, en réponse à la première question, ne révèlent pas de prise en compte de la sexualité dans la relation d'aide. Il apparaît par contre, un questionnement de quelques formatrices à propos de l'attitude relationnelle entre enseignants et étudiants. La composante sexuelle semble ignorée, comme s'il y avait un évitement de la part psycho-affective et psychosociale, dans le côtoiement des formateurs avec les étudiants. Elles recherchent des explications à ce constat.

L'une des enseignantes se demande si «le formateur est perçu comme personne sexuée?» Une autre formatrice émet l'hypothèse d'un évitement du dialogue parce qu'il y a trop de similitude entre la relation des jeunes avec leurs enseignants et celle qu'ils ont avec leurs parents : «il y a le tabou de la sexualité de ses parents... Donc, si le formateur est cocounant il représente la figure parentale qui bloque les questions. »

Une autre catégorie d'explications tente de situer le refus d'intégrer la sexualité dans la formation infirmière par un autre refus, celui d'intégrer l'affectif dans l'approche de la personne : «Ce n'est pas de sexualité dont on ne parle pas, c'est de l'amour et de l'affectivité.»

Il est aussi énoncé que «la question du désir ne se résume pas au normatif» et propose «la prise en compte de l'irrationnel et que le désir est premier (...) On ne peut faire l'économie d'une démarche réflexive de ses propres comportements, car à l'âge étudiant on a du mal à séparer moi et l'autre.»

Pourtant, une formatrice parle de la difficulté liée au développement du jugement moral des étudiants : «En module d'éthique, lorsqu'on aborde le viol ou l'IVG, par exemple (...) Elles s'expriment en termes de bien et de mal, avec des oppositions très vastes (...), elles posent la question «qu'est-ce qui est sain?» et ceci surtout sur la sexualité.»

Les paroles d'enseignantes manifestent à la fois l'intérêt d'introduire la sexualité dans l'approche relationnelle de la personne, sans toutefois parvenir à formuler une perception claire et commune des obstacles. Nous observons, en effet, une confusion entre une tentative d'explication freudienne par identification à la relation parentale, une distinction entre affectif et sexualité,

une méconnaissance de soi-même ou un jugement moral peu développé. La question reste ouverte, démontrant la carence des moyens pour comprendre et acquérir des connaissances sur la sexualité, et parvenir à l'évoquer en relation. Certaines, toutefois, tendent à une position de rébellion car elles mettent en évidence un refus des buts et moyens de la formation actuelle. L'une d'elles tente de faire une nouvelle proposition, située dans un accompagnement au développement personnel incluant la sexualité.

À la 2^e question, quelques enseignantes précisent que la sexualité devrait être abordée en formation à la relation d'aide, car plusieurs éléments concernent le développement personnel de l'étudiant et permettent de l'introduire au niveau relationnel avec le patient. « Ils peuvent dire des mots, nommer les choses... » - « Aborder les besoins affectifs. » - « Des outils pédagogiques divers pourraient être utilisés, comme l'approche de la sexualité à partir du roman d'amour. » Un « travail sur les valeurs morales, l'aspect socio culturel, le respect de l'autre avec un grand A, permettrait de poser des limites plus facilement. » Un travail sur le développement est souhaité « pour que l'I.D.E. puisse envisager d'accompagner. »

L'une d'elles va plus loin et souligne que ce travail doit aussi être envisagé par le formateur, « il faut savoir être soi-même à l'aise en tant que formateur, car il semble que ce soit très lié au parcours privé. »

En réalité, cette proposition est assortie d'autres idées parfois totalement contradictoires d'une formatrice à l'autre. Pour l'une, « la connaissance anatomophysiologique devrait être le point de départ ». Alors qu'une autre manifeste son regret : « la question reste que ça s'arrête à la connaissance des pathologies et de la physiologie. » L'explication provenant d'une troisième permet de comprendre et relativiser la controverse. Elle propose, en effet, qu'il y ait des liens entre l'approche anatomophysiologique et ce que vit la personne : « la question de la physiologie et de l'anatomie pour comprendre les réactions sexuelles et l'évolution, comme avec les personnes âgées, ainsi que pour les actes chirurgicaux comme la prostatectomie, dont les conséquences peuvent être une éjaculation rétrograde. »

De ces divergences, semble ressortir une perception encore opérante d'une séparation du somatique et du psychisme, quand il s'agit de la sexualité. Un refus spécifique semble agir, alors que l'approche holistique fonde la formation infirmière, en particulier en relation d'aide. Il confirme, d'une part, le refus des buts pour une santé sexuelle, mis à jour dans les définitions, mais il est aussi assorti du refus des moyens constitués par l'approche globale de la personne.

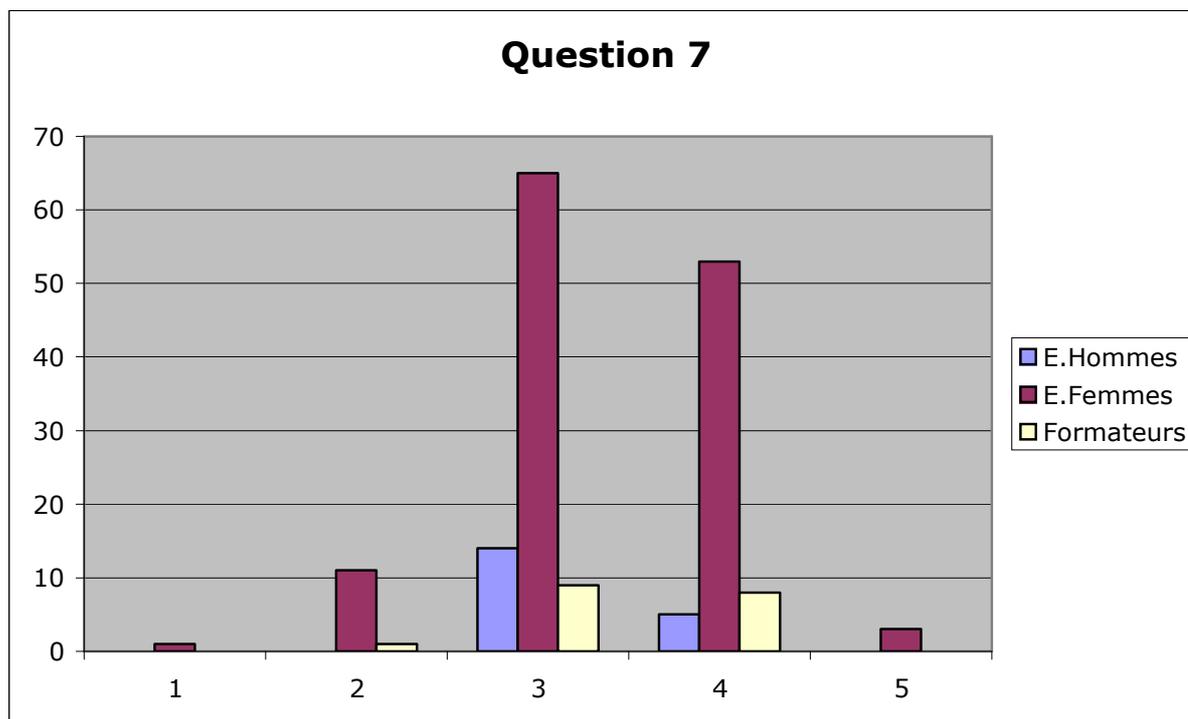
La connaissance de soi et les connaissances scientifiques sur la sexualité sont cependant attendues comme innovation, dans le cadre de la relation d'aide et laissent entrevoir une forme de rébellion.

3.5.3.2 Analyse des données du questionnaire

La question 7 nous offre l'occasion de repérer le comportement en situation de séduction. «Au cours des soins, vous arrive-t-il d'être sollicité(e) par des avances des patients? »

Nous observons que la majorité des réponses est située dans la case 3 (peu souvent), qui est le mode majeur de toutes les catégories. Pourtant, nous constatons que les étudiants hommes cochent à 75% «peu souvent », alors que leurs collègues femmes ne choisissent cette case qu'à 50%. Nous précisons, pour plus de détails, que le choix des formateurs hommes pour cette même option, représente la même proportion que celle des étudiants hommes ; ce qui nous conduit à penser qu'il y a un effet lié au genre.

La dispersion révèle aussi qu'une étudiante répond «très souvent » et 12 autres « souvent », soit un total de près de 10 % des étudiantes pour ces deux résultats. Il nous semble entrevoir une réalité féminine conforme aux habitudes sociales, bien qu'il s'agisse de relations professionnelles. Les étudiantes sont jeunes et certaines très jolies ; elles font souvent part de situations de séduction, ce qui peut corroborer, peut-être, ce résultat. Cependant, la perception personnelle de ces sollicitations, par chacun, n'est pas étudiée dans cette forme d'enquête.



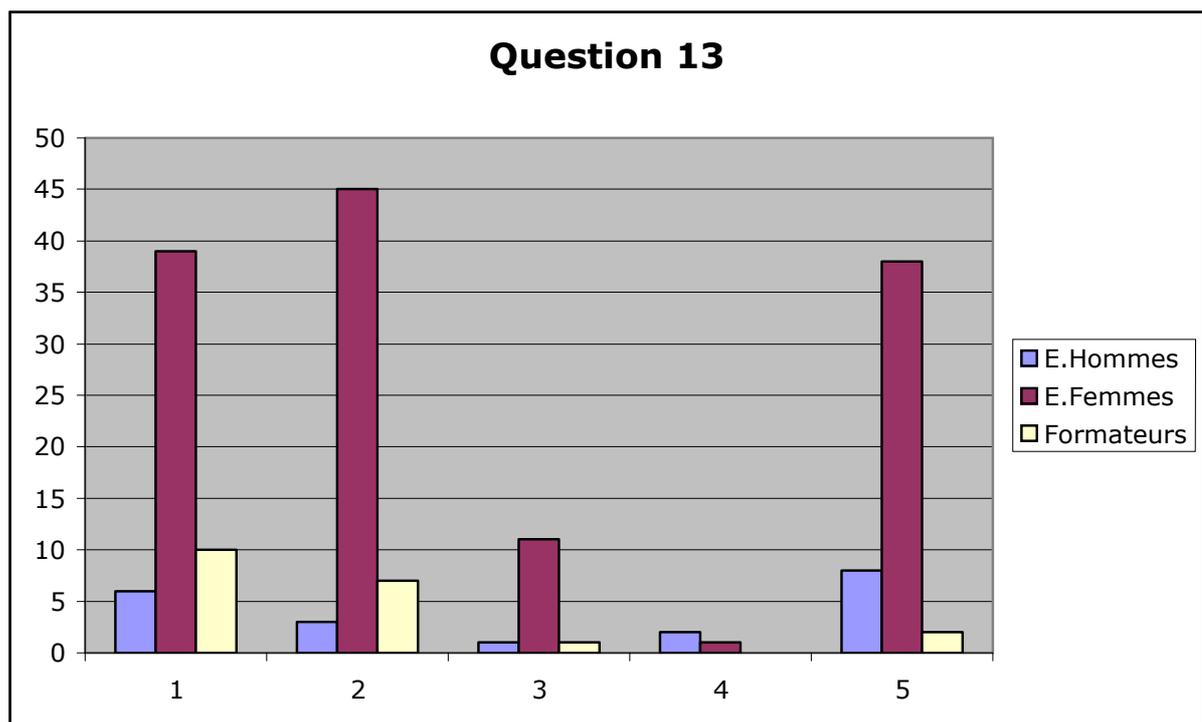
Enfin, nous avons souhaité poser une question à propos de l'attitude, en lien avec le soin relationnel :

Question 13 - Attitudes : « Etes-vous à l'écoute, quand une personne handicapée ou âgée évoque le désir d'avoir des relations sexuelles ? »

La médiane des réponses de chaque groupe se situe bien différemment. Ainsi, nous notons que le mode dominant se situe à la réponse 5, pour le groupe des étudiants hommes, alors qu'il se situe à 3 dans le groupe des étudiantes femmes, et à 1 chez les formateurs.

D'autre part, la dispersion est aussi très différente. Elle se manifeste aux deux extrêmes, dans les deux groupes d'étudiants, alors que les réponses des formateurs sont regroupées à plus de 80%, dans les réponses 1 et 2. Cependant, les réponses «pas souvent» et «rarement» ne sont jamais cotées à plus de 10%, dans aucun des groupes.

La tendance révèle plutôt une attitude ouverte et attentive, bien que près d'un tiers des étudiants reconnaissent ne pas savoir quelle attitude, ils peuvent adopter avec ces personnes. Nous sommes conduits à penser qu'ils n'ont pas rencontré, en stage, ces situations, ou bien qu'ils n'ont pas encore réfléchi à ces situations. Ainsi se dégage une lacune de la formation : Elle n'a pas permis de conduire les étudiants à cette réflexion ; ce qui paraît assez contradictoire avec les réponses très ouvertes des formateurs, à cette écoute (47% ont coché « toujours » et 36 % « souvent »).



Ces informations mettent en évidence que la relation d'aide des futurs infirmiers est perçue dans un contexte d'habitudes sociales, où les jeunes filles sont sollicitées par des avances de patients, alors qu'elles sont en situation professionnelle. Ce constat correspond à ce que nous avons noté précédemment, car ce sont aussi les étudiantes femmes qui ont le plus manifesté leur gêne.

Les réponses à la dernière question font aussi apparaître que l'école n'offre pas la possibilité de réfléchir sur la sexualité des personnes handicapées.

Pourtant, les infirmières sont amenées à travailler dans divers services hospitaliers, en institution, ou à domicile, avec ces personnes. Pour celles-ci, la sexualité est à considérer, selon l'OMS, dans les trois aspects du concept de handicap : la déficience, qui prend en compte les lésions organiques ou psychiques, l'incapacité qui repère les limites ou impossibilités à effectuer certaines fonctions, le désavantage social qui considère les répercussions sur l'intégration sociale.

Enfin, la sexualité est éludée de la formation infirmière, y compris dans la relation d'aide, bien que celle-ci fasse référence à un apport des sciences humaines.

Yves Lacroix[64] en témoigne, dans cet ouvrage qu'il a destiné aux personnels soignants. « On se préoccupe souvent, de la conscience corporelle d'une personne handicapée. On crée des pôles d'activités, pour l'aider à découvrir son propre corps, sa sensualité et ses possibilités, à sentir les bienfaits de l'eau, à se situer corporellement et psychologiquement dans l'espace. Pourtant, lorsque celle-ci a la capacité et le désir de construire son environnement affectif et sexuel, elle fait surgir une bourrasque paniquante sur des flots de tabous... Jamais personne ne pourra, dans les métiers du secteur sanitaire et social, refermer l'esprit serein, la porte sur le germe même de la vie que constitue la floraison de l'amour du coeur et du corps. »

3.5.3.3 Analyse des mémoires infirmiers

- **Les travaux de fin d'étude**

L'éducation thérapeutique vise l'autonomie du patient en particulier pour les auto-soins. Si nous revenons, par exemple aux injections intra-caverneuses, évoquées au début de cette recherche[62], on montre à la jeune stagiaire les modalités d'apprentissage spécifiques à transmettre au patient. Mais, elle ne bénéficie pas d'apport englobant les connaissances sur la physiologie et sur les composantes psychosociales qui interviennent. Ainsi doit-elle reproduire mécaniquement les gestes et les conseils, pour que le patient se les approprie. La déficience de la formation devient un obstacle dès le début de la construction du projet éducatif. L'étudiante ne sait pas comment établir des objectifs opérationnels réalistes et adaptés à ce patient, ni programmer le rythme, le contexte, l'étalement des séquences, ni trouver les supports matériels pour construire cette éducation. Seule son attitude ouverte et chaleureuse à cette personne, aussi émue qu'elle, l'encourage à chercher comment progresser dans cette relation éducative.

E.C. [19], citée aussi précédemment, remarque qu'en gynécologie les patientes éprouvent des craintes diverses pour leur vie sexuelle ultérieure. Mais, elles hésitent à les évoquer. « La relation d'aide permet une meilleure connaissance de la patiente, une relation de confiance qui permet un contact privilégié. La relation d'aide permet aussi à la patiente, de se sentir sécurisée...

Cette confiance permet d'aborder des sujets comme l'image corporelle, comment se passe sa relation avec son compagnon. On peut aussi aborder les séquelles sexuelles que peut provoquer une hystérectomie, tout cela en sachant rester à sa place et en laissant la patiente décider de quoi elle a envie de parler. » J.S. mise aussi sur le potentiel d'une relation d'aide de qualité avec les patientes hospitalisées, pour hystérectomie. Cependant, elle ne perçoit pas qu'un but spécifique puisse intégrer la sexualité, dans l'approche globale de la patiente.

En service hospitalier - infectieux-VIH -, la relation d'aide est «particulièrement subtile », souligne C.D.B.[35]. Elle évoque l'I.D.E. dans l'accompagnement à l'observance thérapeutique. «La relation d'aide est longue et délicate, à instaurer. Elle nécessite une implication personnelle qui varie d'un individu à l'autre...(Et fait appel à) l'écoute active, l'empathie et la connaissance parfaite de l'histoire du patient, car elle doit s'adapter à son parcours... Des mots simples sont nécessaires, de la délicatesse ; et j'évite les grands discours, qui pourraient mettre mal à l'aise, me confie une infirmière... Une autre note l'importance de la posture, face à la maladie... Un temps d'adaptation aux nouveaux infirmiers dans les services spécifiques infectieux VIH, pour leur permettre d'aborder, repérer, plus ou moins cerner la population des patients... »

M.D.[91], quant à elle, a interrogé des infirmières sur l'approche de la sexualité avec des adolescents handicapés d'instituts spécialisés. Elle constate : «La notion de respect du corps peut être développée, à travers des thèmes, notamment la masturbation (25%). La sexualité a une place importante dans le développement de l'individu ; il est donc indispensable qu'elle se situe (l'infirmière) dans l'écoute, l'information, l'orientation et le soutien des personnes handicapées.»

Les étudiantes, en fin de formation, mettent donc bien en évidence la subtilité de la relation d'aide, lorsqu'elle touche la sexualité, notamment pour sortir du silence, où la peur, la honte et la culpabilité sont tissées dans les histoires propres à chacun de leurs patients. Elles cherchent auprès des infirmières interrogées la posture empathique, permettant d'accompagner et de soutenir ces derniers. Elles sont prêtes à suivre de nouvelles propositions en éducation sexuelle, auprès des adolescents handicapés.

- **Mémoires universitaires**

«La compétence infirmière se situe au carrefour de qualités individuelles, d'expériences professionnelles et d'une éthique. Lors de la formation initiale, les cours de psychologie, d'éthique, sont bien dispensés, mais, ils ne sont pas, ensuite, mis en application de la même façon, par toutes les infirmières. Il est important d'objectiver notre propre vécu émotionnel dans le travail infirmier, par un travail d'analyse, pour relativiser nos propres jugements... L'apprentissage des soins se fait dans le déni des émotions des soignants. Les divers soins du corps sont enseignés sous forme de protocoles, de fiches

techniques.» A.C. [20] résume ainsi la complexité et la difficulté en pratique, de « prendre soin ». Elle fait référence, pour la question de l'attitude, à une citation de Martine Schatel, cadre infirmier. « Pour échapper à la gêne, que provoque la vue du corps nu, j'ai plus focalisé sur le côté relationnel, ce qui m'a permis de mettre de côté cette gêne sur le corps (...), en parlant, en verbalisant... Si certaines occasions font éprouver des sentiments justifiés d'impuissance aux infirmières, la relation d'aide contribue à situer avec précision le lieu exact de leur impuissance, ce qui leur permettra d'identifier chez le patient et sa famille, les dimensions où elles peuvent de façon réaliste, offrir une aide de qualité professionnelle.»

Ce témoignage encourage à développer la relation d'aide de façon réflexive, par la connaissance de la sexualité dans sa complexité. Il s'agit de repérer précisément sa gêne, ou son besoin de contrôle, pour apprendre à les relativiser, s'en distancer pour être attentif au patient. Le discernement s'exerce alors entre le ressenti personnel de l'infirmière et les difficultés qu'éprouve le patient dans l'intrication de sa pathologie et de sa sexualité.

Manuela Soittoux[148] a étudié le rôle des infirmières scolaires en prévention des abus sexuels. « Nous le voyons, l'infirmière s'inscrit dans un travail subtil, qui doit être rigoureux dans la reconnaissance des victimes, sans pour autant tomber dans une complaisance dévastatrice... Cependant, elle n'est pas seule, puisque d'autres personnels ont une mission semblable (le signalement), au sein des établissements scolaires, et cette réalité-là demande aussi à savoir se situer entre les besoins d'un travail de prévention en équipe éducative, tout en respectant les règles professionnelles de la confidentialité. » Cette problématique relationnelle, souvent évoquée par les infirmières scolaires, dévoile d'autres obstacles. Elles sont en difficulté, pour répondre au but de la loi française, qui oblige à signaler tout enfant éventuellement victime. Ce but leur paraît contraire, à la lente élaboration de la relation d'aide, avec un enfant maltraité sexuellement. Mais il arrive aussi que cette « lente élaboration », au cœur de ces situations si douloureuses, glisse dans une attitude de surprotection, enfermant l'enfant et l'infirmière. La relation ne progresse pas, face au besoin de l'enfant. L'infirmière risque d'entrer dans une forme de toute puissance par manque de préparation à la relation d'aide, en situation de violence sexuelle, notamment dans l'éclairage de ses propres émotions, désirs, valeurs, croyances et critères.

Nous citerons, ici, les résultats des études en milieu psychiatrique, qui font émerger la difficulté d'un langage dans ce domaine, celle de B.Patin [126], ainsi que celle de Giami et collaborateurs[46]. « Parmi les autres difficultés rencontrées par les infirmiers (ères), mais aussi largement partagées par les autres professionnels, on identifie la difficulté en soi d'aborder le thème des relations sexuelles, l'absence de discours possible en équipe sur la sexualité, l'absence de formation sur le sujet, les représentations qu'ont les personnels de la

sexualité des "malades mentaux", représentations qui oscillent entre "les images de la prostituée, de l'innocent ou de l'animal." »

Pourtant de nouvelles propositions apparaissent dans les mémoires. En guise d'exemple, nous présentons une forme de réponse aux constats d'anomie, mis en exergue dans la relation d'aide éducative, par le mémoire de Yasmine LEKEAL[79]. Elle brosse une expérience en formation infirmière : « Une expérience d'approche de la sexualité humaine, à l'institut de formation en soins infirmiers de Brive la Gaillarde. »

Une constatation rebelle, en premier lieu, fait apparaître que « l'étude de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux n'est qu'une manœuvre de diversion. »

Puis, il faut constituer « un repérage permettant d'introduire la sexualité. Certains points à aborder dans le module 2 de Sciences Humaines - Anthropologie et Ethnologie -, semblent en effet bien adaptés. Évolution de la vie de l'homme dans ses dimensions biologiques, psychologiques et sociologiques - Culture et phénomènes culturels - L'inné et l'acquis - Mythes et croyances - Attitudes culturelles face à la santé et la mort... Quelle chance! Amener des futurs soignants à réfléchir sur la sexualité, les orienter dans ce questionnement sur l'être humain sexué. Ouvrir à la réflexion, susciter le désir de formations.(...) Un vaste champ s'ouvrait à nous! »

Les séances ont lieu en fin de première année, à l'occasion du module « personnes âgées », puis en deuxième année dans un cadre intitulé « sexualité et urologie ». L'évaluation qui provient des étudiants révèle leur satisfaction. « Beaucoup étaient heureux d'avoir compris des réactions sexuelles de patients, lors de toilettes intimes par exemple. Certains avaient été interpellés, par des propos de personnels soignants sur la sexualité des malades, ils en comprenaient la cause : l'ignorance. D'autres avaient bien senti et compris le poids de leur éducation, sur leurs représentations et sur leurs jugements. Nous pressentions que quelques-uns avaient de « lourdes histoires personnelles », nous rappelions que quels que soient les vécus, le développement sexuel est un processus et que, tant que nous sommes en vie, l'espoir existe de remise en mouvement de celui-ci dans le sens du plaisir. On peut noter que nous sommes de plus en plus sollicitées par des étudiants, qui veulent faire leur mémoire de fin de scolarité sur cette thématique. »

3.5.4 Bilan en Relation d'aide

Le tableau ci-après visualise la situation anémique que nous avons observé dans la relation d'aide, lorsque la sexualité est en jeu.

Objectifs	Buts	Moyens
-----------	------	--------

Conformisme	Acceptation	Acceptation
Déviance :		
• Innovation	Acceptation	Refus
• Ritualisme	Refus	Acceptation
• Repli	Refus	Refus
• Rébellion	Refus + élans pour de Nouvelles	Propositions

L'apprentissage infirmier, en relation d'aide, se tisse donc, face aux émotions, au silence, aux comportements et attentes de patients. Notre étude met en évidence les difficultés particulières, qui risquent de bloquer la communication soignant soigné lorsque la sexualité est concernée. L'insuffisance de connaissances, comme l'apprentissage visant à les intégrer dans son développement personnel, ne permet pas l'élaboration d'un langage commun capable d'orienter la relation d'aide du côté de la sexualité. Alors que la qualité de la relation est recherchée par les étudiants, pour inclure ce domaine, seuls, ceux qui se sont questionnés à l'occasion de stages y pensent auprès de personnes handicapées ou âgées. Un élan réel émerge pour lever l'anomie, en forme de rébellion et se manifeste dans de nouvelles propositions au sein de la formation initiale.

4 Propositions pour une formation initiale des infirmières à l'écoute, le conseil et l'éducation sexuelle

Le texte qui suit a été élaboré, en équipe pluridisciplinaire[50] dont nous avons fait partie, dans le cadre des fonctions d'infirmière conseillère technique du recteur de l'académie de Grenoble. Nous avons effectué quelques modifications, pour viser une adaptation en formation initiale infirmière.

4.1.1 Introduction

Ce travail construit, au départ, au sein du groupe de réflexion, de recherche et d'action sur la sexualité du CIFRES*, propose un document de base pouvant aider chaque Institut de Formation en Soins Infirmiers ou groupe d'enseignants infirmiers à améliorer les fondements de son action en lui apportant le fruit d'expériences infirmières propres ou en équipe. Il peut donc être considéré comme un document de travail, pouvant déboucher au fil des années sur des orientations diverses. Il est conçu pour affiner le travail d'analyse, de réflexion et d'action, de chacun en vue d'une mise en commun ordonnée des principes et des pratiques diverses, en éducation sexuelle à travers le monde. Il n'est donc pas conçu pour servir de modèle universel intangible.

- **Les principes directeurs**

Ces propositions en matière d'écoute, de conseil et d'éducation à la sexualité s'inscrivent dans une volonté de continuité, conforme aux principes universels de l'éducation qui consistent à écouter, informer, orienter, soutenir et témoigner.

- **Les partenaires sociaux**

Ces propositions d'éducation sexuelle sont pensées dans un esprit de partenariat. Il ne s'agit pas de confondre le rôle d'infirmière éducatrice de santé, avec celui de parent, d'enseignant, de thérapeute sexuel, de psychologue, de travailleur social ou de médecin mais de créer un rôle revalorisé d'écoute, d'éducation et de conseil en matière de sexualité, tel que cela est suggéré par l'OMS. [108] Nous connaissons la place privilégiée des infirmières dans la pratique des soins de santé primaire, qui incluent largement l'éducation. Nous connaissons aussi l'engagement de tous les acteurs de la communauté, comme pour toute action de santé communautaire, ou toute action éducative. Car il est la condition sine qua non, pour que l'éducation sexuelle ne soit pas une pure intention de principe, mais une réelle volonté de l'ensemble de l'équipe

pluridisciplinaire à faire évoluer la réflexion de tous, vers une intégration harmonieuse de la sexualité dans la vie des personnes.

- **La place de l'éducation sexuelle dans la formation globale de l'individu**

Toute approche de la sexualité dans les soins infirmiers, et leur enseignement, doit avant tout situer sa place dans le projet général de formation et d'éducation. Ces propositions ne s'opposent pas aux autres modules de pathologies ou modules transversaux, du programme de formation des infirmiers. Elles viennent s'inscrire dans l'approche globale de la santé et de l'être humain, inscrite dans le programme de formation offert aux étudiants infirmiers. La sexualité joue un rôle fondamental dans le développement de tout être humain. Il est donc indispensable qu'elle ait une place, dans l'écoute, l'information, l'orientation et le soutien des personnes. La prise en compte de la sexualité renforce le projet de vie personnelle, soutient le développement de la personnalité, accompagne les personnes, dans leur adaptation à la société. La sexualité, dimension de la vie sociale, placée au centre de la relation à l'autre, est une clef de l'éducation et de la vie relationnelle épanouie. Le conseil et l'écoute de la sexualité constituent une ouverture, offerte au patient et à la personne. L'infirmière doit percevoir que l'accès à l'éducation sexuelle est un droit universel, et même si les plus jeunes ne peuvent défendre ce droit, nous devons de le faire pour eux, comme nous le faisons pour toutes les autres dimensions de leur vie.

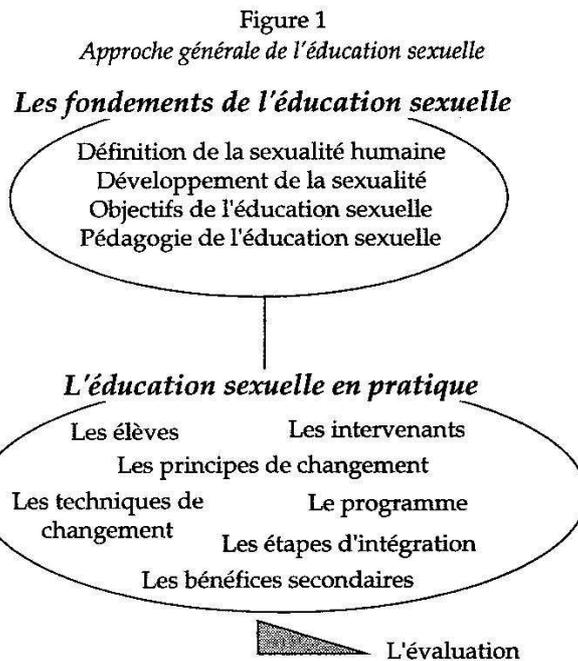
Ces propositions développent une approche de "santé sexuelle", qui a pour but de promouvoir l'équilibre sexuel propre de la personne en adéquation avec son milieu.

- **Une approche globale de l'éducation sexuelle**

Cette approche se fonde sur une vision globale de l'homme. En conséquence, une approche globale de l'éducation sexuelle doit préciser ses fondements, qui seuls peuvent entraîner une mise en pratique éclairée. L'ensemble des questions de la figure 1 doit être précisé, pour que cette approche offre une certaine cohérence et une chance de réussite.

Avant de proposer des moyens pratiques, il est évident qu'il faut avoir pris tout le temps nécessaire de comprendre, de quelle pratique il s'agit. Même si ce constat peut sembler évident, nous avons observé que, partout dans le monde, rares sont les expériences d'éducation sexuelle qui prennent véritablement le temps de définir de quelle sexualité il est question. Dans beaucoup de projets, la sexualité est réduite à une conception axée sur la génitalité et la prévention. Cette réduction de dimensions de la sexualité est donc fondée sur l'absence de postulats théoriques, ou sur des postulats insuffisants, et débouche sur des pratiques éducatives limitées et inefficaces.

Souvent, les personnes chargées d'un projet d'éducation sexuelle se demandent à qui doit s'adresser l'éducation sexuelle avant de tenter de définir la sexualité humaine. Sans une idée claire de ce qu'est la sexualité humaine, certains privilégieront les pré-adolescents, tandis que d'autres centreront leur travail sur les adolescents. Il en va de même pour le contenu, qui est souvent réduit au biologique de la reproduction et à la prévention si bien que le temps alloué à l'éducation sexuelle est réduit à sa plus simple expression, soit à quelques heures.



À notre avis, il est plus important de s'interroger sur la conception de la sexualité sur laquelle repose l'éducation sexuelle, sur la vision du développement de la sexualité, sur les objectifs généraux et secondaires adaptés, sur la pédagogie spécifique exigée par le dialogue sur la sexualité, avant de répondre à des questions pratiques, telles que le contenu ou le temps accordé à cette éducation. En effet, il est évident que des réponses différentes à ces questions de fond entraînent une mise en pratique spécifique. Si la sexualité joue un rôle prédominant dans la vie de tout être, il est logique que l'éducation sexuelle s'adresse à tous, avec un contenu respectant la multiplicité des dimensions de la sexualité, respectant également la complexité de son développement, proposant des objectifs tenant compte de ces dimensions et élaborant une pédagogie spécifique, le tout en se donnant le temps nécessaire à l'intégration de la sexualité à chaque moment de la vie, ou situation professionnelle.

4.1.2 Les fondements de l'éducation sexuelle

Toute action est basée, sur des principes. Que ces principes soient, plus ou moins, avoués, explicités ou conscients, ils existent. Quatre questions fondent tout projet d'éducation sexuelle :

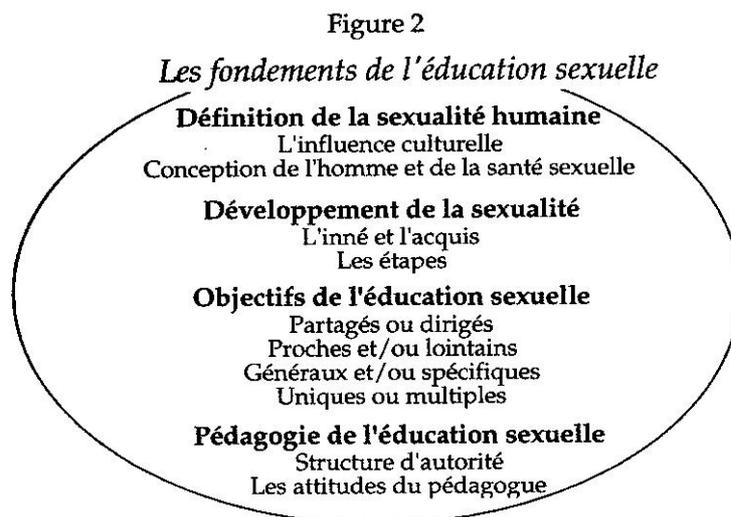
- Qu'est-ce que la sexualité?
- Comment s'apprend-t-elle?
- Sur quels objectifs doit-elle reposer?
- Avec quelles modalités d'accompagnement?

Ces quatre questions s'imbriquent, les unes dans les autres, et la mise en pratique prend appui sur ces quatre piliers.

D'une certaine conception de la sexualité découle une certaine vision, des mécanismes d'apprentissage. Cette définition de la sexualité et ce regard, sur les modes de développement de la sexualité, tout au long de la vie, nous permettent de réfléchir au mode d'intervention en éducation sexuelle. Une pédagogie spécifique devra tenir compte de ce caractère particulier de l'enseignement de la sexualité, par rapport à d'autres enseignements.

A partir de cette réflexion approfondie, doivent s'élaborer des objectifs généraux et secondaires cohérents.

La figure 2 fait ressortir les quatre questions, que toute équipe éducative doit se poser avant d'élaborer sa mise en pratique.



Notre équipe a longuement réfléchi, à ces quatre fondements et en présente ici, tout d'abord, l'approche théorique, puis leur possible mise en oeuvre. Nous souhaitons partager cette réflexion sur l'écoute, le conseil et l'éducation sexuelle, avec tous les intervenants potentiels sur ce sujet.

4.1.2.1 La définition de la sexualité humaine

L'approche historique est l'un des premiers éléments qui peut éclairer notre recherche, pour mieux comprendre le rôle joué par la sexualité chez l'humain. Étudier les histoires, de la sexualité, des conceptions amoureuses, de l'homosexualité, de la répression sexuelle, des religions, par exemple, nous permet de prendre du recul vis-à-vis de notre propre façon de penser, de sentir, d'agir sur notre sexualité et peut-être de mieux comprendre, entendre, aider, respecter les autres dans leur histoire sexuelle. Pourquoi les gens, à une certaine époque, pensaient, ressentaient et vivaient la sexualité de telle ou telle façon et pourquoi, moi, nous, vivons, jugeons et comment nous réagissons vis-à-vis de leur façon de penser leur sexualité à leur époque? L'histoire des sexualités nous permet de comprendre l'évolution des idées, sur la sexualité, de la relativiser et donc de poursuivre la réflexion sur le sens donné à la sexualité. L'esprit de continuité dans la recherche met en évidence la nécessité du doute, dans la réflexion scientifique, comme agent indispensable à toute élaboration nouvelle de tout objet d'étude.

Un autre élément, qui nous permettrait de prendre un recul, peut-être encore plus grand, serait sans doute une approche anthropologique. Notre conception de la sexualité doit être confrontée à un vécu sexuel totalement différent de nos propres racines culturelles. Le nombre considérable d'exemples, tirés d'autres cultures, illustre la variété de comportements et d'attitudes sexuelles des hommes et des femmes. Ils peuvent nous apprendre à être plus compréhensifs, envers nos propres coutumes et donc plus ouverts aux changements. Il nous est donc apparu nécessaire, que l'étude des mœurs et des coutumes sexuelles fasse partie intégrante d'une réflexion sur la sexualité humaine. La distance acquise, par l'étude transculturelle associée à celle apportée par l'étude de l'histoire, donne à la sexologie une ouverture sur la complexité de la dimension de l'homme.

Nous ne pouvons négliger, dans notre recherche de définition de la sexualité, une réflexion sur le fonctionnement de notre corps sexué. L'étude de la biologie sexuelle humaine est nécessaire, pour ne plus perpétuer les nombreux mythes que nous avons semés, ou semons, sur l'anatomie et la physiologie des rapports sexuels. Mieux étudier les effets des grandes étapes du développement biologique, sur notre psychisme (puberté, grossesse, ménopause, maladie, vieillissement) est indispensable dans une approche globale de la sexualité. Ces trois dimensions, historique, anthropologique et biologique, sont complémentaires et essentielles à une approche plus fine de la sexualité humaine.

La compréhension de la sexualité est aussi une approche psychologique, sur le développement de l'identité sexuelle, des rôles sexuels et de l'orientation sexuelle hétéro, bi-sexuelle ou homosexuelle. Existe-t-il les mêmes étapes, dans le développement psychologique de toute personne? L'enfance est-elle aussi

déterminante, pour notre devenir sexuel que l'on a pu le croire? Comment critiquer les systèmes thérapeutiques, proposant de l'aide sexologique? Quel est le rôle de la sexualité, dans le développement de la personnalité? Notre façon de penser l'éducation sexuelle est déterminée, par la réponse à ces questions. Les psychologues contemporains ont bien avancé, depuis Freud [42] sur ces questions, mais ils demeurent souvent inconnus. L'étude des relations, entre le corps et le psychisme, dans une perspective historique et transculturelle nous permet d'affiner encore plus notre vision du rôle de la sexualité chez l'homme et la femme.

Les mécanismes socio-politiques déterminant notre vie sexuelle, dans le couple, dans la famille, à l'école, dans la société et dans notre culture s'ajoutent également à notre compréhension de la sexualité humaine. Comment la sexualité se développe-t-elle, à travers toutes ces interactions sociales? Un projet d'écoute, de conseil, et d'éducation sexuelle, doit s'établir en tenant compte de ces relations sociales. L'écoute, le conseil et l'éducation sexuelle se concentrent, trop souvent, sur l'individu aidé ou à éduquer, sans tenir compte de la nécessité d'un changement dans l'organisation de nos institutions. En conséquence, les projets d'écoute de conseil et d'éducation sexuelle se voient très souvent refoulés parce qu'ils sont vus comme menaçants pour l'ordre social. Le respect de l'intimité ne peut se faire, par la négation des influences sociales, prédominantes chez l'être humain. Les choix individuels sont influencés, ou dictés par tout un processus social. Croire, que nos choix sont strictement le fruit d'une élaboration personnelle libre de toute influence, et qu'en conséquence, il ne faut pas intervenir dans les décisions de chacun, est pure illusion.

Dans la définition de la sexualité, la dimension morale, concernant aussi bien le jugement éthique (la légitimité), juridique (la légalité), esthétique (le beau), peut être introduite, par exemple, dans son expression artistique: la peinture, la photographie, la sculpture, le théâtre, la littérature, etc. Souvenons-nous du surréalisme, avec André Breton[17], cet art engagé, provocateur, qui bousculait nos idées sur la sexualité. Les poètes proposent souvent au monde, des questions de fond. Nous devons prêter l'oreille à leurs chants, qui révèlent souvent ce que nos yeux ne veulent pas voir. Le rôle de l'imaginaire, du symbolique, est fondamental, dans nos relations sexuelles. Il est cependant fortement négligé, dans les projets d'éducation sexuelle. Comment l'image du corps, de l'homme et de la femme, est-elle présentée aux jeunes dans la famille ou à l'école, dans les médias? Nous retrouvons, dans beaucoup de sociétés, des symboles très riches représentant le corps et la relation sexuelle. Cette réflexion sur l'art ne peut être exclue d'un projet d'éducation sexuelle, puisqu'elle fait partie intégrante d'une réflexion sur la sexualité.

De même, la criminologie qui étudie les causes et les manifestations du phénomène criminel, en matière de sexualité, est une application humaine de la loi et ouvre une autre perspective sur la recherche d'un sens à la sexualité humaine. Les lois sur l'homosexualité ont changé, cela n'empêche pas

l'homosexuel, de perdre son travail. L'étude des lois, dans leur contenu et dans leur structure de légitimité, est un complément important de l'éducation sexuelle qui, situé dans une perspective historique, transculturelle et psychique affine notre compréhension de la sexualité.

Le sociologue, l'anthropologue, l'historien, le biologiste, le psychologue, l'artiste et le criminologue, réunis peuvent nous faire saisir la complexité de la notion de sexualité. L'éducation sexuelle doit s'en inspirer.

D'autres éléments restent encore à inclure, pour définir la sexualité. Notre objectif n'est pas d'avoir une définition multi-disciplinaire, où l'on retrouve séparément l'apport de chaque discipline, mais d'arriver à une vision interdisciplinaire, dite intégrative, c'est-à-dire une compréhension globale du phénomène sexuel humain. Cette approche intégrative, et non seulement multi-disciplinaire, montre la complexité de la sexualité humaine et, par le fait même, se rapproche de la réalité complexe de l'homme.

Par exemple, si l'on nous demande de parler des relations sexuelles, nous raconterons des histoires, sur nos grands-pères et grands-mères et même sur ceux qui les ont précédés, sur les coutumes d'autres cultures, nous parlerons de nos propres doutes, des normes sociales, de la rencontre des corps. Notre objectif sera de montrer la complexité, de faire nos propres choix et leur relativité. Nous privilégierons la notion d'autonomie et de liberté. Nous n'aurons pas une approche réductrice de la sexualité, axée uniquement sur le cognitif. Les objectifs seront surtout de l'ordre du savoir-faire et du savoir-être et non uniquement du savoir.

Cette approche globale nous indique déjà un contenu différent de l'éducation sexuelle, non limitée à la définition médicale, ou biologique du sexuel. Elle nous trace des exigences. Toute éducation sexuelle, ou réflexion qui néglige les aspects indissociables bio-psycho-sociologiques de la sexualité humaine ne nous permet pas de comprendre et d'agir de façon efficace en matière d'éducation sexuelle. Toute action ponctuelle et uni-dimensionnelle est vouée à l'échec.

La sexualité apparaît ainsi, comme un langage, une ouverture sur le monde, un éveil de notre personnalité et un moyen de communication de nos sentiments les plus intimes, une dimension humaine des plus importantes de la vie.

L'application, de cette approche, n'est pas de toute tranquillité.

Dans un langage, nous retrouvons de multiples fonctions, qui se recoupent, qui s'interrogent et s'éclairent mutuellement. Quelles fonctions retrouvons-nous, dans un langage? Si nous prenons l'exemple de la musique, on peut lui reconnaître une fonction physiologique (la détente), une fonction de plaisir (la plénitude), une fonction de communication (la communion), une fonction commerciale (le disque), une fonction politique (lorsqu'on fait des hymnes nationaux), etc. Il en va de même de la sexualité, dans ses fonctions de

reproduction, de plaisir, de communication, et dans ses fonctions commerciale ou politique.

Quelle est la fonction la plus importante d'un langage? C'est, sans doute, la fonction de plaisir. Car, sans plaisir, la musique demeure un bruit. Le moteur d'un langage, c'est le plaisir. C'est le plaisir, qui donne envie de produire, d'imaginer, de partager.

Si nous acceptons cette finalité de la sexualité, quels seraient les objectifs de l'éducation sexuelle? Pourrait-on apprendre, dans une intervention de deux heures, à développer une meilleure communication sexuelle? Quel niveau, de langage, de compréhension, d'échange, pouvons-nous espérer pour les jeunes?

La sexualité, ainsi définie en termes de langage, met en évidence les limites que nous imposons trop souvent à l'éducation sexuelle. Une éducation restreinte, aux notions d'anatomie, de prévention, d'information et d'agression sexuelle, ne peut rendre compte des multiples dimensions de la sexualité humaine.

A partir de cette réflexion, sur la sexualité humaine, l'éducation sexuelle pourrait se comprendre comme l'approche intégrative du langage sexuel.

Cette première base étant précisée, elle implique une recherche cohérente du développement de ce langage, indispensable à une pratique d'éducation sexuelle. D'autres équipes suggéreront des approches différentes de la sexualité humaine, ou compléteront, nuanceront notre approche. La richesse vient de la différence, si elle donne naissance au dialogue.

4.1.2.2 Le développement de la sexualité humaine: un labyrinthe

Avant de déterminer les objectifs et les règles pédagogiques de l'éducation sexuelle, faisons un rappel du processus par lequel on devient un être sexué. Tout intervenant a en tête un processus, plus ou moins complexe, par lequel l'homme acquiert sa sexualité, même si nous l'oublions lorsque nous élaborons un projet d'éducation sexuelle.

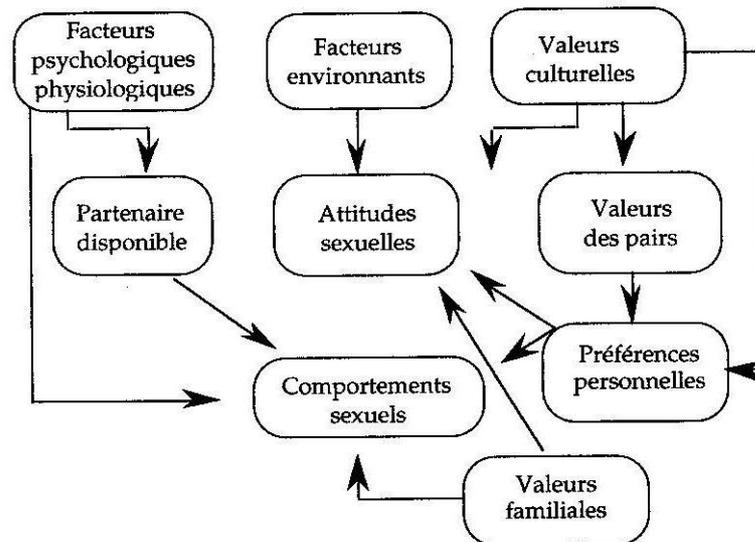
Nous sommes tous d'accord, pour dire que toute personne est un être social. De cette vie en société, découle toute une façon de penser, de sentir, de se comporter. Nous sommes, chacun, le produit de multiples influences. Nous sommes donc des êtres influençables, parce que nous sommes nés dans une famille, elle-même issue d'un milieu, lequel milieu est inséré dans une classe sociale qui, elle-même, provient d'une culture qui emprunte à d'autres cultures. Notre vécu sexuel résulte des encouragements, des ambiguïtés, des contradictions, des conflits, des forces en jeu, dans ces inter-relations que l'homme entretient avec son milieu. Nos actions, nos émotions, nos pensées sexuelles découlent des pressions accidentelles, ou volontaires, des agents du contrôle social¹⁹ (parents, amis, médias et responsables de l'ordre social). Nous sommes la résultante, de tout un passé. Notre action d'éducateur ne se situe donc

¹⁹ la notion de contrôle social en sociologie renvoie autant au tremplin qu'au frein que peuvent être nos proches dans l'élaboration et la réalisation de nos projets.

qu'à un moment du processus de sexualisation. Cela ne veut pas dire, qu'il ne peut pas jouer un rôle déterminant ou significatif.

Ces déterminants, comme l'indique la figure 3, modèlent toutes les composantes de notre vécu sexuel, selon Frieze [45] et Tremblay.[157]. En effet, l'homme adulte est bien le produit de multiples influences, d'ordre cognitif (mode de pensée), affectif (réactions émotives) et comportemental (mode actif).

Figure 3
Déterminants des activités sexuelles



La vie sexuelle épanouie résulte d'un développement harmonieux, de tous ces facteurs intervenant dans notre choix et le vécu des activités sexuelles. Il est donc évident, que certaines perturbations peuvent survenir, étant donné la variété des perceptions psychologiques dues aux différentes structures de personnalité, aux facteurs environnants, aux valeurs mouvantes de la culture, des pairs, de la famille et de la disponibilité des partenaires et de la situation sociale.

Les préférences sexuelles personnelles seront donc l'objet de négociations, avec autrui. La complémentarité érotique peut être considérée comme la réussite d'un partage, du même mode de pensées et d'émotions sexuelles, vécues dans des activités sexuelles mutuellement désirées. Dans ce contexte, vous imaginez que toute difficulté à communiquer, ou, tout simplement, à être au clair avec soi-même, débouche sur des perturbations sexuelles entretenues soit en termes de culpabilité, soit en termes de mésentente sexuelle dans le couple, soit enfin, en termes de comportement déviant²⁰ dans la société.

Si nous n'oublions pas cette complexité, de la socialisation sexuelle des enfants, les parents, les directeurs d'institutions peuvent l'oublier quelquefois, et

²⁰ La déviance se définit ici comme une attitude d'autonomie, d'indépendance, et non pas comme une attitude agressive de rejet de la société de type délinquant.

ils exigeront, alors, des résultats immédiats, efficaces et permanents. Les difficultés, inhérentes à la mise en place d'un projet d'éducation sexuelle négligeant une vision complexe du développement de la sexualité, aboutissent, trop souvent, à renvoyer la responsabilité des échecs aux enseignants, aux parents, au directeur, à l'administration et même aux élèves plutôt qu'à se mettre à l'écoute des réticences, des suggestions de chacun. Cette complexité, du développement de la sexualité humaine, ne doit pas nous décourager. Il est beaucoup plus éprouvant, de croire à l'illusion du changement spontané. Nous devons, par la suite, revenir constamment sur nos illusions. L'éducation sexuelle est un devoir et n'est pas uniquement une question de courage, ou une perception d'une mission idéalisée, laissée entre les mains de personnes ayant un charisme particulier.

Chacun d'entre nous a une idée, concernant la manière dont se développe la sexualité. Les expériences sexuelles que nous vivons, tout au long de notre vie, déterminent plus ou moins nos attitudes sexuelles et nous font adopter des comportements sexuels conséquents. L'éducation sexuelle, dans sa mise en pratique, doit s'inspirer de cette réflexion sur les mécanismes innés ou acquis contribuant à notre sexualisation, car elle a comme mission d'accompagner ce développement. Il est donc très important, d'étudier les mécanismes qui concourent à l'intégration des différentes composantes de la sexualité. Cette réflexion pourra ainsi éviter des simplifications et des illusions, dans la pratique éducative. Par exemple, les dimensions inconscientes de la sexualité ne pourront, sans doute, pas être prises en compte dans l'éducation tandis que les dimensions cognitives, affectives, corporelles, relationnelles pourront faire l'objet d'un travail éducatif. Cette compréhension de l'apprentissage sexuel nous permettra de réfléchir, plus tard aux mécanismes qui interviennent, par exemple, entre le cognitif et l'affectif, dans la mise en pratique de l'éducation sexuelle.

Dans un esprit d'interdisciplinarité, le développement de la sexualité doit être approché à travers l'ensemble des composantes humaines.

Plusieurs psychologues et médecins se sont penchés, sur le développement de l'être humain. Certains ont recherché l'élément déterminant, le moteur de l'évolution sexuelle, en tentant de comprendre le rôle des forces intérieures, qui nous poussent à l'action, à prendre en main l'évolution de notre vie. Cette force doit-elle être maîtrisée, sous peine de menacer notre propre vie ou celle des autres? D'autres forces nous empêchent, peut-être, d'avancer, de nous développer sexuellement. En pratique, toutes ces conceptions de la sexualité se traduisent par : «je ne suis pas porté sur la chose...», sous-entendu : «que voulez-vous, on ne peut pas se changer» ; ou «ça fait trop longtemps ...», sous-entendu : «il est donc impossible dans ces circonstances de penser en changer»; ou plus dépressif : «je n'attends plus rien de la vie». Par contre, d'autres personnes seront persuadées que «lorsqu'on veut, on peut...», sous-entendu : «aucune force présente ou passée ne peut nous empêcher d'avancer».

Toutes ces expressions cachent une certaine conception de l'homme, donc, de son développement sexuel.

L'éducateur doute, car il espère pour les jeunes une intégration nuancée et riche de la sexualité pour ces mêmes raisons. Cependant, il évoque d'autres facteurs, pouvant contribuer, ou au contraire nuire, à l'évolution sexuelle: le développement de l'intelligence, de la sociabilité, du jugement moral, de la personnalité. Le développement global d'un individu dans son environnement joue donc dans sa capacité à développer sa sexualité. Situer le rôle des facteurs innés (exemple la libido, force intérieure innée) et des facteurs acquis (exemple, les rôles sexuels) semble déterminant, pour la compréhension de l'évolution sexuelle. Si l'inconscient est le facteur déterminant des difficultés sexuelles, il est inévitable de lui accorder la priorité ; tandis que, dans d'autres conceptions du développement de la sexualité, les événements présents peuvent être plus déterminants, sur notre avenir que ceux du passé, même inconscients. Chaque théorie croit posséder la clé maîtresse, du développement de la sexualité. Certains prétendront que les émotions constituent les pièces principales, de l'équilibre humain. Travailler sur les émotions revient à modifier les comportements et ouvre la porte au savoir. D'autres prétendront, au contraire, que cette pièce maîtresse est l'inconscient, le cognitif, ou le comportement. Pour certains, il faut tenir compte de l'ensemble de ces dimensions, contribuant au développement de la sexualité humaine. Chaque équipe éducative doit faire son choix, à travers ce labyrinthe et suivre l'évolution plus ou moins rapide de la recherche en ce domaine.

Voici donc, quelques théories qui pourront alimenter notre réflexion et notre pratique.

- **Les différentes théories**

Il existe plusieurs théories, du développement de la sexualité.

L'approche psychanalytique

Avant Freud, on pensait que la sexualité humaine se développait, à partir de l'adolescence, c'est-à-dire à la puberté. Freud[42] suggéra l'idée de stades, par lesquels nous devons tous successivement passer, dès la toute petite enfance. Nous ne rappellerons pas ces étapes, car elles sont bien connues. Mais, l'hypothèse freudienne suscita un bouleversement des conceptions, un peu réductrices de l'époque, sur les mécanismes de sexualisation et créa une dynamique de recherche d'étapes plus complexes du développement de la sexualité chez l'homme.

L'approche cognitive

L'importance, accordée à l'enfance, ne convainc plus tout le monde. Par exemple, Piaget en 1968[129] suggère un développement en spirale : ce que l'on

fait à trois ans, nous permettra de faire ce que l'on fera à quatre, à dix ans ce que nous ferons à onze. Il y a un lien de continuité, tout comme chez Freud. Mais, il n'y a plus de lien de causalité : ce que l'on n'a pas fait à deux ans ne nous empêchera pas de faire ce que l'on fera à trente-cinq ans. Le lien inconscient est donc brisé. Dans la lignée de Piaget, L. Kohlberg[60] suggère que, dans l'acquisition d'attitudes sexuelles, le facteur le plus significatif demeure l'activité cognitive de l'enfant, c'est-à-dire la sélection et l'organisation active de ses perceptions, de ses connaissances et de ses compréhensions. Selon lui, l'organisation fondamentale, des attitudes sexuelles d'un individu, ne s'explique ni par la pulsion biologique, ni par l'identification aux normes culturelles arbitraires, mais par la compréhension qu'a l'enfant des rôles sexuels. Il suggère cinq mécanismes d'intégration d'une identité sexuelle, ou d'attitudes et de comportements sexuels, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

1. Toute personne a tendance à reproduire des activités similaires aux anciennes, selon des mécanismes d'assimilation comme chez Piaget. Par exemple, l'enfant et pourquoi pas l'adulte assimileront les nouveaux comportements sexuels de leur monde, tant qu'ils seront consistants et cohérents avec les anciennes activités. Ils rejeteront, ainsi, les discordances.

2. Toute personne a tendance à juger, valoriser, et donc, à adopter les attitudes ou les comportements sexuels, qu'elle croit supérieurs ou meilleurs. L'enfant, l'adolescent, et même l'adulte ont toujours tendance à imiter des modèles : par exemple, les grands séducteurs, les sportifs, les politiciens qui personnifient la réussite et garantissent donc le maximum de bénéfices personnels.

3. Toute personne a tendance à imiter les comportements sexuels stéréotypés de la majorité. Même s'il n'est pas toujours personnellement gratifiant de jouer, par exemple, le rôle de macho, auprès des filles, l'individu ne peut s'empêcher d'imiter le comportement majoritaire (jeux d'imitation chez Piaget).

4. L'homme a tendance à modeler son comportement, sur ce qu'il juge moralement bon ou mauvais. Le respect de l'ordre social devient donc prioritaire, et toute déviance doit être punie. Les jeunes sont très conformistes. Ils sont prêts à tous les combats, pour défendre un idéal. Ils ont des idées très tranchées sur le bon et le mauvais. Nous sommes à notre insu, souvent des agents de contrôle social de notre milieu proche.

5. L'homme a tendance à s'identifier à lui-même, c'est-à-dire à s'imiter lui-même afin de mieux se reconnaître. Il cherche, non seulement, à imiter les attitudes et les comportements qu'il juge bons, mais à calquer ces attitudes et comportements sur les stéréotypes de son sexe. Il ne s'agit donc pas d'une simple identification, au père ou à un milieu social.

L'approche intégrative, sociale

Le psychologue J. Money [100] élabore une théorie du développement de la sexualité, en se fondant sur les travaux de la génétique, de l'embryologie, de l'endocrinologie, de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. Selon lui, les vieux débats, entre la nature et la culture, l'inné et l'acquis, l'individu et le milieu, le biologique et le psychologique, sont révolus. L'histoire d'un ovule, depuis sa fécondation, jusqu'à l'identité sexuelle adulte, peut être comparée à une course de relais : les chromosomes passent le relais aux gonades foetales et le processus suit son cours s'il n'y a pas d'anomalies chromosomiques; ensuite, le relais est transmis aux hormones foetales qui, à leur tour, créent à la fois la différenciation génitale qui permet à la naissance d'étiqueter l'enfant soit en garçon soit en fille et le dimorphisme sexuel du cerveau avec des sentiers neurologiques qui permettront l'identification des différentes images corporelles. Après la naissance, la différenciation sexuelle est fonction de l'histoire sociale de l'individu. Les hormones/pubertaires ne viennent que confirmer l'identité, déjà fixée, en transformant la morphologie de l'enfant en homme ou en femme et fournir une base biologique à l'érotisme. L'enfant, devenu adulte, se retrouve à son tour au début d'une nouvelle chaîne.

Si le développement de la sexualité humaine se construit, comme une course de relais, la prise en charge de l'éducation sexuelle doit être considérée, comme un des relais possibles à l'homme, pour réorienter sa sexualité vers ce qu'il considère subjectivement comme un état plus satisfaisant. L'action se développe, non dans le passé de l'individu, mais sur les influences présentes qui le touchent.

Encore une fois, la façon, dont l'éducateur conçoit la nature humaine, oriente sa pratique. Nous pouvons analyser les étapes du changement en cours chez les jeunes, dans cet esprit contemporain.

L'approche sociale

Simon et Gagnon[144], plus récemment, proposent l'hypothèse que rien n'est véritablement sexuel, dans l'enfance. Pendant cette période, nous développons des potentialités, telles que la sociabilité, la psychomotricité, que nous n'investirons dans un scénario sexuel, c'est-à-dire avec une intention sexuelle, qu'à l'adolescence. Ils soutiennent que l'enfant apprend un rôle de genre, et non un rôle sexuel. Ce qui prime chez lui, c'est l'acquisition d'une généralité, et non l'acquisition de la sexualité. L'apprentissage d'un rôle de genre, et le développement d'une généralité (masculin ou féminin), partie intégrante du développement du moi, n'est pas la conséquence des expériences dites sexuelles de l'enfant, mais résulte des comportements liés au sentiment de s'appartenir. Ainsi, l'enfant n'est pas un être sexuel ; il n'est pas le précurseur de l'adulte sexuel. Par exemple, bien s'habiller, pour plaire à notre entourage, développe l'idée de couleur, tout autant que l'art de plaire, en passant par le développement de l'intelligence. Seulement, il n'y a pas, comme à l'adolescence, une intention

sexuelle. L'adolescent qui met une veste de cuir, pour attirer le regard de la jeune fille vise, lui, le contact sexuel. Il doit apprendre à intégrer ces potentialités, dans un scénario efficace. Les adolescents qui se bousculent et se chamaillent apprendront qu'il y a des manières plus efficaces, pour exprimer leur tendresse et leur désir sexuel.

Le comportement sexuel d'un individu est inscrit, non pas dans sa personne, mais dans les attentes sociales. L'adolescent apprend sa sexualité, comme il apprend un scénario : il investit les acteurs de valeurs érotiques. C'est ainsi, qu'une situation devient sexuelle, non pas parce qu'elle contient tous les éléments sexuels, comme l'intimité, l'atmosphère ou un autre attirant, mais parce qu'un des acteurs décidera d'investir sexuellement la situation, c'est-à-dire qu'un des acteurs organisera les éléments dans un scénario sexuel. Pour expliquer leur point de vue, Simon et Gagnon utilisent l'analogie des bâtons à feu : ils sont bien secs, de bonne qualité, mais pour que le feu s'allume, il nous faut les frotter l'un contre l'autre.

En effet, John Gagnon et William Simon postulent que :

1. Le domaine sexuel, chez l'humain, est peut-être la dimension, où le socioculturel domine le plus complètement le biologique.
2. L'enfant n'est pas un être sexuel ; il n'est plus le précurseur de l'adulte sexuel, ou le père de l'homme sexuel.
3. Il y a une nette différence, entre la sexualité et la genralité.

Gagnon et Simon critiquent la position freudienne, sur l'existence d'une libido omniprésente et explicative du développement de l'individu et de la vie sociale. Pour eux, les comportements extérieurs présumés sexuels de l'enfant ne sont pas concomitants de comportements intérieurs sexuels. Ils s'expliquent par des phénomènes de curiosité, de maîtrise de la réalité et ne doivent pas être assimilés aux préoccupations érotiques adultes. Ainsi, l'enfant qui joue avec son pénis n'accomplit pas un geste sexuel, mais se permet une petite sensualité assimilable à la recherche, chez l'adulte, d'un bon fauteuil. Présumer que ce geste de caresse du pénis, chez le jeune enfant, conduira à la masturbation pré-supposerait toute une sagesse, dans la nature biologique. Nous avons une perception biaisée des enfants : on les considère comme de petits adultes, plutôt que de chercher les caractéristiques de leur autonomie et de leur originalité.

Ils rejettent donc toutes ces notions freudiennes :

1. La libido, comme attribut biologique universel et fixe,
2. L'influence universelle de la scène primitive
3. Les rebondissements directs, ou indirects, sur la personnalité de la non satisfaction de la libido.

Ainsi, il y aurait, en effet, tellement de différences dans les manifestations sexuelles comportementales, depuis nos origines, qu'il est impossible de l'expliquer par une seule force libidinale. La sexualité humaine est différente, selon les âges, les sexes, les cultures, les races, les groupes sociaux.

Pour Gagnon et Simon tout repose sur les attentes sociales. La sexualité, de plus, n'est pas contrôlée par la société seule, car on retrouve dans certaines sociétés primitives ce besoin, non pas de dominer la sexualité, mais de la favoriser, pour permettre la reproduction et la conservation de l'espèce. La sexualité, dans leur hypothèse, serait tout à fait plastique, soumise, et esclave des attentes, des normes et des stéréotypes sociaux.

- **Les différentes étapes d'évolution: l'enfance, l'adolescence...**

L'enfance

L'enfant n'est pas un être sexuel. En effet, le moment, où l'individu commence à répondre d'une manière intrinsèquement sexuelle suppose la venue d'un événement qui est discontinu provoquant une discontinuité ou une rupture avec ce qu'on prétend être l'expérience sexuelle antérieure. Pourtant, nous ne devenons pas sexuels instantanément : il y a une certaine continuité avec le passé et non plus une causalité comme nous l'avons dit plus haut. L'intérêt pour les activités masculines, entre six et dix ans, est plus annonciateur de l'hétérosexualité adulte que l'activité hétérosexuelle à ces âges. Somme toute pour l'enfant, la sexualité est un des nombreux mystères à découvrir. Si on observe, de fait, des activités sexuelles chez l'enfant, il nous faut supposer qu'elles expriment et servent des motifs non sexuels, comme le souci de connaître. Présumer que tout, chez l'enfant, est motivé par un besoin sexuel, est une des aberrations freudiennes de l'époque victorienne. À partir de là, les enfants apprennent à croire, qu'ils ont des capacités sexuelles.

À la pré-adolescence, le développement d'un système de valeurs de l'enfant constituera le coeur de cet événement. Il assimilera des valeurs et des images, qu'il organisera dans un système qui deviendra par la suite important dans la construction de scénarios sexuels. À la fin de la pré-adolescence, une distinction s'établit entre garçons et filles: les garçons commencent l'exercice d'une sexualité motivée par la curiosité sexuelle et la recherche d'une satisfaction personnelle. Par contre, à cette époque, les pré-adolescentes sont socio-sexuelles, c'est-à-dire plus attirées par la relation amoureuse, que par le plaisir sexuel. C'est par la socio-sexualité, qu'elles atteindront l'auto-sexualité.

Au niveau du lien entre la culpabilité et la sexualité, Simon et Gagnon soutiennent qu'apprendre à contrôler sa sexualité est la même chose socialement, qu'apprendre à contrôler sa culpabilité. Ce processus débute, à la pré-adolescence.

L'adolescence

À l'adolescence, la société reconnaît la capacité sexuelle de l'individu, mais elle le fait différemment pour les garçons et les filles.

Au départ, un point commun à la sexualité des deux sexes : un événement biologique renforce leur compétence dans leur nouveau statut sexuel, le début

des menstruations chez la fille et la capacité à éjaculer chez le garçon. À partir de cet événement initial, la rupture avec le passé est accomplie et la sexualité proprement dite débute. À l'adolescence, la société investit de façon stéréotypée la capacité sexuelle de l'individu, de manière différente chez le garçon et chez la fille. Les menstruations, chez la fille, impliquent de grandes corrélations sociales, puisque cet événement suppose pour elle la possibilité d'être mère.

Chez le garçon, la manifestation pubertaire est moins sujette à des interférences sociales, cet événement étant plus biologique et sexuel, que social. Ces deux événements installés, la rupture avec le passé est accomplie et la sexualité, proprement dite, débute. La sexualité part du garçon, la fille la reçoit, puis l'explore.

Les garçons

La puberté du garçon s'accompagne de pratiques masturbatoires. Une partie importante du comportement de masturbation, chez l'adolescent, s'explique par la montée brusque des taux d'hormones masculines, ce qui facilite l'excitation sexuelle. Mais ce processus biologique s'organise rapidement et trouve sa signification, en termes de facteurs psychologiques et sociaux. La masturbation devient alors, une importante source de culpabilité, pour trois raisons, selon Simon et Gagnon:

1. L'adolescent doit présenter son nouveau visage, à son milieu immédiat, ses parents, sa fratrie, ses amis. Il est un peu comme la jeune mariée qui revient de voyage de nocces ; tous savent qu'elle est maintenant officiellement sexuelle, qu'elle fait l'amour. L'adolescent présume que tous savent que maintenant, il se masturbe.

2. La difficulté, pour lui, est d'accepter que les fantaisies qui accompagnent son comportement soient gratifiantes. L'imaginaire et la fantaisie, dimensions humaines non valorisées, prennent de l'importance, pour lui.

3. La difficulté est d'accepter la virilité, de ce comportement. Le garçon a tendance à voir la masturbation, comme un comportement d'incompétent. C'est un peu, comme s'il se sentait réduit à la masturbation, par absence de compétence pour conquérir une fille.

La culpabilité, face à ce comportement, serait la principale source de ce qu'on appelle la force sexuelle ou la tension sexuelle de l'adolescent. Sans cette culpabilité, il y aurait peu de tension. La culpabilité intensifie l'affect, autour de l'expérience sexuelle, et explique ainsi la présumée puissance sexuelle du garçon.

Du côté positif, la masturbation favoriserait, chez le garçon, une perception de la sexualité pour la sexualité, sans nécessairement l'associer à d'autres dimensions comme l'amour, ou le mariage. En plus, l'habitude, pour le garçon, d'associer imaginaire, fantaisie et plaisir éjaculatoire, l'amène à un certain apprentissage de la symbolique érotique. Cet apprentissage le conduit à dépasser les filles, à l'adolescence, dans les tests de créativité et de souci de

réussite. La masturbation devient une activité, dans laquelle l'acteur apprend à investir d'affects, les symboles et à obtenir une gratification par la manipulation des symboles.

Le garçon se masturbe, avant de découvrir un autre type d'expérience orgasmique. Il part donc, de l'auto-sexualité, pour aller à l'allo-sexualité.

Les filles

Généralement, les filles se montrent peu intéressées, par la sexualité pour la sexualité.

Elles ne sont pas encouragées à être sexuelles et sont même découragées de l'être. Les filles doivent craindre, autant le succès que la faillite sexuelle, alors que le garçon n'a à craindre que l'insuccès. En effet, si une fille développe un intérêt pour la sexualité, elle est considérée comme une mauvaise fille, ou fille "facile", ce qui n'est pas le cas du garçon. Pour Simon et Gagnon, l'absence d'occasions d'apprentissage de la sexualité, pour la sexualité chez la fille explique ce manque d'intérêt. La fille doit inventer sa capacité sexuelle, apprendre à être stimulée, et à répondre, et non pas seulement à s'écouter davantage et à exprimer sexuellement sa capacité. La fille va, de l'allo-sexualité à l'auto-sexualité : si elle se masturbe, c'est le plus souvent, après une expérience orgasmique allo-sexuelle. Après avoir été stimulée, par la rencontre sexuelle avec un autre, elle revient sur elle-même.

La fille est distraite de l'apprentissage sexuel, par l'insistance de la société sur la nécessité pour elle, d'apprendre son rôle d'objet sexuel. Cela signifie qu'elle doit apprendre à être séduisante, à l'aide de cosmétiques, de la mode plutôt que sexuelle.

Le contrôle social, le plus opérant, l'encourage à établir des relations affectueuses et intenses et à privilégier l'amour romantique. On observe qu'elle est plus stimulée sexuellement, après la projection d'un film romantique qu'après celle d'un document érotique. Elle apprend à utiliser la sexualité, à d'autres fins que le plaisir, par exemple pour l'amour ou pour créer des liens.

Ces différences entre les garçons et les filles diminuent, à la période des fréquentations. Chacun entraîne alors son, ou sa partenaire, dans son camp respectif: la fille entraîne le garçon à voir l'amour romantique ; le garçon entraîne la fille à voir la sexualité pour la sexualité. La post-adolescence serait donc, pour les deux sexes, une période de plus grande préoccupation de la socio-sexualité, restreinte au couple qu'ils forment.

Cette vision du développement de la sexualité, en tant qu'apprentissage, justifie pleinement une réelle nécessité d'intervenir en éducation sexuelle sur le vécu sexuel immédiat des jeunes. L'accompagnement du développement de la rencontre amoureuse devient possible, puisqu'elle n'est plus limitée à l'inconscient, à des forces intérieures difficilement accessibles par l'éducation.

- **Les implications éducatives**

Selon notre vision, du développement de la sexualité, notre travail éducatif sera orienté différemment.

Il apparaît donc indispensable, de se tenir continuellement au courant des nouvelles recherches en sexologie, afin d'améliorer l'efficacité de notre travail. N'oublions pas que la théorie oriente la pratique et que la pratique remet continuellement, la théorie en question. Sans une réflexion théorique, qui n'est que la tentative de l'homme à formuler son observation du réel, aucune mise en commun n'est possible et nous sommes condamnés à n'agir qu'intuitivement dans notre pratique éducative. Nous exigeons des différents spécialistes (médecins, maçons, physiciens, etc.), une préparation valable et une formation continue; il doit en être de même, auprès de ceux qui interviennent sur la sexualité. Nous reviendrons, dans la deuxième partie sur la nécessité d'une formation adéquate des maîtres.

4.1.2.3 Les objectifs de l'éducation sexuelle

- **Les objectifs généraux**

Développer une approche de la santé sexuelle

Le concept de "santé vie "[150] se distingue, de l'approche médicale, dans le cadre d'une éducation à la sexualité, car il ne s'agit pas pour des éducateurs de soigner exclusivement des corps ou des psychismes malades, il s'agit pour eux de faire réfléchir aux multiples conditions de compréhension des états de santé, qui sont des fonctionnements instables, fragiles, variables. Il dépend, de nous, par les possibilités que nous acquérons, que nous découvrons, de les assumer dans leur instabilité, leur fragilité et leur variabilité, dans des situations de vécus divers.

Il ne s'agit donc pas d'opposer la maladie à la santé sexuelle, mais d'inscrire l'éducation sexuelle dans le sens de la quête :

- du plaisir sexuel, comme circulation subtile du flux de notre énergie physique et psychique que la sexualité nous offre l'opportunité de contacter et de libérer ;

- du bien-être, conséquent de cet abandon confiant, qui fait résonner les profondeurs de notre intimité qui s'exprime ;

- de stimulation de notre capacité expressive, qui nous surprend nous-mêmes par sa créativité imaginative ;

- de gratuité, comme activité non finalisée, où la possibilité de la redondance du plaisir, se faire plaisir à avoir du plaisir, nous offre le bonheur de déjouer les pièges de rentabilité du plaisir sexuel.

Prévoir une place pour l'éducation sexuelle, dans le système éducatif

Toute approche de la sexualité dans l'enseignement doit, avant tout, situer la place de la sexualité, dans l'ensemble du projet d'accompagnement individuel et social des jeunes. Elle n'est pas la seule dimension, qui concourt au développement de la personne, mais elle en est un élément essentiel qui sert de moteur, de locomotive à plusieurs moments de notre vie. Tenir compte de ce rôle important, joué par la sexualité tout au long de l'existence, est nécessaire pour une éducation globale des jeunes. La prise en compte, de la sexualité, viendra renforcer le projet de vie personnelle, soutenir le développement de la personnalité, accompagner le jeune dans son adaptation à la société. La sexualité, comme dimension de la vie sociale, placée au centre de la relation à l'autre, est une clef de l'éducation et de la vie relationnelle épanouie. L'accès à la sexualité est un droit universel, nous nous devons de l'accompagner, comme nous le faisons pour les autres dimensions de la vie.

Pour que l'éducation sexuelle trouve sa place, dans l'éducation globale de l'individu, il y a, si nous voulons réussir, un certain nombre de règles à suivre [142] :

Obtenir l'approbation, de l'administration centrale concernée

Débattre avec l'ensemble des personnels de l'établissement, sur les objectifs généraux fixés par le programme

Communiquer à l'ensemble de la communauté : parents, membres du conseil d'administration, autorités politiques et religieuses les documents élaborés en équipe pour l'intervention pédagogique

Sélectionner et former le personnel intervenant en ce domaine, c'est-à-dire développer des compétences appropriées, au niveau du savoir, du savoir-faire et du savoir être, sanctionnés par des diplômes d'Etat.

Obtenir un budget permanent et suffisant, à la réalisation du projet. Le financement par l'institution, du projet exprime de sa part sa reconnaissance, sa légitimité, son intégration comme dimension éducative incontestée.

Inscrire l'éducation sexuelle dans le temps, sur toute la durée de la scolarité.

L'intégration de l'éducation sexuelle est un long cheminement, qui demande de la patience, des compétences et un travail d'équipe, déterminée à s'associer à de multiples partenaires.

Définir une approche globale, de l'éducation à la sexualité

La singularité de ce projet s'exprime, à travers l'ampleur des différents champs du savoir qu'il embrasse. Elle impose l'explication de ces différents champs du savoir. Les savoirs ne s'excluent pas, ne s'annulent pas, ne se concurrencent pas. Elle permet de prendre conscience de la nécessité de travailler en équipe en tant qu'éducateur à la sexualité avec des spécialistes en biologie, en psychologie, en sociologie et en morale, de réfléchir à chacun de ces domaines, au service d'une compréhension plus riche, plus raffinée, plus

nuancée de la réalité sexuelle humaine qui ne veut plus supporter de discours réducteurs.

L'éducation à la sexualité que nous envisageons de mener est aussi globale parce qu'elle prend en compte la personnalité psychosexuelle comme résultante d'échanges, d'interactions que les individus entretiennent dans leurs différents milieux de vie. Si nous pouvons apprendre à devenir autonomes c'est-à-dire à acquérir la capacité de nous faire confiance dans nos choix sexuels, nous ne sommes pas pour autant indépendants. L'indépendance correspond à cette représentation abstraite de la liberté conçue comme échappant à tout conditionnement, à toute nécessité externe, à toute détermination étrangère. Or notre subjectivité ne devient compréhensible qu'à condition de l'intégrer comme inter-subjectivité.

La conscience du moi éclairante, déterminante de la connaissance, que nous recherchons sur nous-mêmes n'a plus de réalité si elle s'abstrait des liens qui la rattachent au monde dans lequel elle se développe et qui ouvre au sujet un lieu de recherche des causes qui le déterminent à agir.

L'éducation à la sexualité familiarise la conscience de chacun avec l'idée d'une approche de soi dont la proximité n'en fasse pas un dressage mais un apprivoisement. Elle respecte en chacun le désir de se laisser approcher par l'autre. Il s'agit donc de ne pas rester à distance de "notre insociable sociabilité"²¹, mais de s'y appuyer pour construire la complexité humanisante de nos rapports sociaux. La modalité sexuelle de ces rapports sociaux tire sa singularité, voire son étrangeté, de sa double dynamique sociale paradoxale, de tendre vers l'autre, pour se situer soi, de sa double dynamique psychologique de s'abandonner pour se trouver, de sa double dynamique affective de s'aimer soi-même pour aimer les autres. Elle constitue le point modal de tous les entrecroisements que la raison humaine se contente de modéliser à distance, mais qui s'éprouve au plus près d'un vécu intime, creuset des savoirs, dont personne ne peut dire à la place de quiconque les affinités électives.

C'est pourquoi l'éducation à la sexualité que nous envisageons de conduire auprès des jeunes exige des personnels qui s'en occuperont, de comprendre la réalité de ces interactions sociales, pour lesquelles ils devront trouver, inventer la distance juste à adopter à leur égard: ni prosélytisme ni frilosité, ni gêne ni provocation. Vouloir éduquer, c'est avant tout, aimer construire des perspectives d'avenir avec ceux auxquels nous passerons le relais. Ce travail éducatif doit donc proposer une pédagogie et un programme d'éducation sexuelle intégratif s'il veut être à la hauteur de ses fondements

²¹ Kant, « Anthropologie d'un point de vue pragmatique »

- **Les objectifs primaires**

Tout être humain est intégré dans une société qui l'interpelle. Il est également confronté à une foule d'individus qui lui sont plus ou moins proches. Il est aussi aux prises avec lui-même. Tout au long de notre vie, nous entretenons constamment ces trois types de dialogue avec nous-mêmes, avec les autres et avec la société.

Une petite voix intérieure nous encourage ou nous limite dans nos choix. Nous avons une idée plus ou moins bonne de nous-mêmes. Nous sommes plus ou moins optimistes dans nos chances de réussite dans la vie. Comment accompagner ce dialogue, en respectant l'autonomie de la personne? L'objectif sera avant tout de comprendre sur quels mécanismes reposent les décisions personnelles, comment évolue ce dialogue avec l'âge, comment peut-on favoriser son évolution? Le jeune de quinze ans ne se parle pas de la même manière qu'un individu de soixante ans.

Nous dialoguons aussi avec nos proches de manière plus ou moins directe. Nous observons, imitons le comportement d'autrui, échangeons, confrontons nos idées en permanence, nous réagissons plus ou moins en fonction des émotions déjà observées chez les autres. Cet échange influence plus ou moins notre vision du monde, nos choix selon la qualité de la communication que nous établissons avec autrui. Nous avons tendance à rejeter les idées des personnes qui nous sont hostiles et accueillons celles, venant de gens plus chaleureux. Comprendre sur quoi est fondée la qualité des relations humaines nous permet de déterminer un second objectif primaire à l'éducation sexuelle.

Nous dialoguons également avec la société. Tout au long de notre vie nous réfutons ou acceptons certains modèles qu'elle nous propose. Nous nous intégrons à des degrés divers à la société dans laquelle nous vivons. Comprendre le fonctionnement plus ou moins contradictoire de nos institutions nous permet d'accompagner les projets des jeunes dans ce labyrinthe social et de proposer un troisième objectif primaire à l'éducation sexuelle.

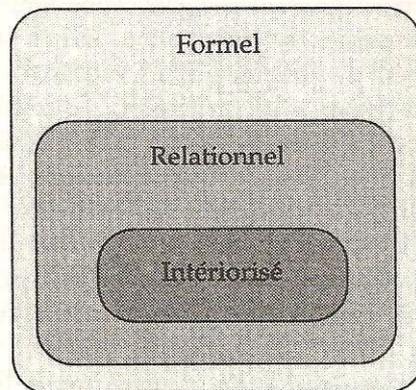
Ces trois dialogues s'entrecroisent en permanence. Les objectifs de l'éducation sexuelle ne peuvent négliger l'une ou l'autre de ces trois dimensions dans la vie des jeunes.

Ces trois types de dialogue font référence en sociologie aux trois niveaux de contrôle social intériorisé, relationnel et formel. L'idée de contrôle renvoie autant à la notion d'encouragement que de limitation du développement de la personne.

Les différents niveaux du contrôle social

Ces trois niveaux sont toujours présents dans l'élaboration de nos choix de vie, de nos actes et de nos engagements en matière de sexualité. Ils permettent en permanence de les comprendre et de les clarifier.

Figure 4
Les différents niveaux du contrôle social



- **Objectif au niveau du contrôle social intériorisé: une question de jugement moral**

L'un des objectifs primaires de l'éducation sexuelle est d'accompagner la réflexion personnelle. Le jeune entretient un dialogue avec lui-même. Il porte des jugements de valeur sur la sexualité. Certains aspects de la sexualité lui apparaissent très bons, d'autres moins valables et d'autres carrément négatifs. Il décide ce qui est bon ou non pour lui et pour les autres en fonction de son mode de réflexion intérieure, de sa structure morale. Il intègre ainsi de multiples valeurs en fonction de la structure de jugement moral de son âge, selon Kohlberg[59]. Il existe trois niveaux et six stades de réflexion intérieure, illustrés ci-dessous.

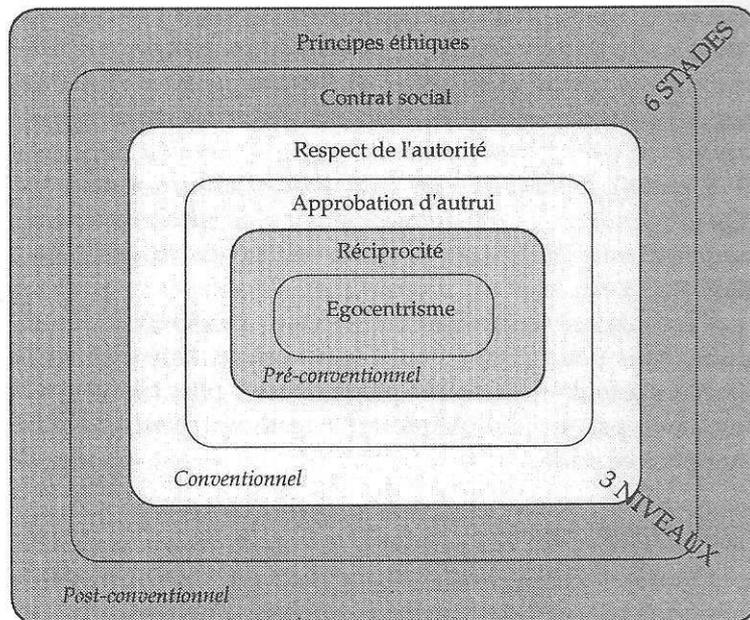
Niveau Pré-conventionnel

Ce niveau ne fait référence à aucune convention, dans son mode de réflexion, qui pourrait permettre à l'individu de se référer à d'autres critères plus universels tels que les autres, la société, la culture. Ce niveau se divise en deux stades:

Stade 1 L'action bonne est ici une orientation hédoniste où seul le bénéfice personnel semble pris en compte dans le mode de décision. "C'est en termes de punition/récompense que l'individu détermine ici la bonté d'une action, ignorant la signification humaine ou la valeur des conséquences de cette action. Éviter la punition ou obéir aveuglément au pouvoir sont ici valorisés en eux-mêmes, et non pas pour respecter un ordre moral sous-jacent à la punition ou à l'autorité" selon J.L. Samson[138]. Par exemple, un enfant puni par ses parents parce qu'il a sali ses vêtements en revenant de l'école considérera qu'il a commis une mauvaise action, même s'il s'est sali en sauvant un de ses camarades de classe d'un danger quelconque. La punition est ici la règle pour distinguer l'action bonne de l'action mauvaise. Retrouvant son ami de classe le lendemain, il avouera qu'il a commis une mauvaise action en tentant d'aider le

camarade en difficulté. La preuve, c'est qu'il a été puni! Pendant plusieurs années, il ne pourra réfléchir sous un autre mode, mais peu importe, car il construit le "je", sa prise en compte personnelle dans l'évaluation de ses situations de vie, dans ses décisions.

Figure 5
Développement du jugement moral



Stade 2 L'action bonne est ici une orientation dite de la prise en compte de l'autre sur la base du donnant-donnant, là encore, dans un but hédoniste. Selon Samson, "L'action droite est ici celle qui peut satisfaire des besoins personnels et occasionnellement les besoins des autres. Les relations humaines s'organisent ici comme les relations strictement commerciales sur une place de marché. On peut retrouver à ce stade des éléments de réciprocité, de sincérité et de partage, mais ils sont toujours envisagés sous l'angle pragmatique; même la gratitude s'avérera ici du donnant-donnant. » L'enfant qui a aidé l'autre à se sortir d'une situation périlleuse jugera qu'il aurait bien fait de ne pas lui venir en aide car il n'a pas recueilli la reconnaissance qu'il escomptait en agissant ainsi. L'enfant qui passe, d'un instant à l'autre, d'une attitude bienveillante à une attitude fort désagréable parce qu'il a obtenu ce qu'il voulait, n'est pas toujours bien compris par ses parents. S'il n'envisage pas d'avantage pour lui, il ne voit pas pourquoi il se forcerait à être gentil avec qui que ce soit. Lorsqu'il entrevoit un bénéfice, il est très sincère et collabore volontiers à ce qu'on lui demande avec autant de fermeté que lorsqu'il n'envisage pas que cela puisse lui rapporter. Certaines personnes se conformeront toute leur vie à l'autorité politique, scolaire, religieuse en espérant recevoir en retour quelques bénéfices financiers ou psychologiques.

L'enfant qui a tiré son camarade d'affaire demande: "qu'est-ce qu'on va me donner?" S'il n'en reçoit qu'une récompense minimale, il va se dire: "si je l'avais su, je l'aurais laissé dans l'eau".

Ce stade est important car l'enfant construit l'idée de l'autre, sans pour autant s'oublier lui-même. Il réorganise donc le premier stade d'une manière plus nuancée, plus complexe. Il n'est donc pas catastrophique qu'il reste un certain nombre d'années à ce stade.

Niveau Conventionnel

Ce niveau fait apparaître des conventions dans le mode de décision. Il ne s'agit pas encore à ce niveau d'une réflexion sur les valeurs impliquées dans ces conventions. Ce niveau se divise également en deux autres stades:

Stade 3 L'action bonne est définie en fonction de l'approbation d'autrui. Les adolescents utilisent généralement ce type de raisonnement. Selon Samson: « "Le "bon"comportement est ici celui qui plaît, qui est utile aux autres, celui que les autres approuvent. L'action est "bonne" si elle se conforme aux images stéréotypées du comportement de la majorité ou de la bonne conduite dite "naturelle". De plus, l'action est fréquemment jugée selon l'intention qui la sous-tend. C'est ici que le "il a voulu bien faire" sert de critère pour juger des actes personnels et des gestes d'autrui.» L'argumentation que l'on rencontre souvent, à ce stade, exprime le fait que l'on n'est pas seul à penser, à se comporter de la même manière, et donc que notre façon de dire et de faire doit nécessairement être bonne. Celui qui est seul ou marginal a sûrement tort. La conformité est ici la règle. Dans certains discours politiques on entend souvent - ou sous-entend: "Votez pour moi car je ne suis pas le seul à le penser." En fait, si quelqu'un pense comme tout le monde, c'est que ses idées doivent nécessairement être bonnes, sinon comment en serait-il autrement? Les expressions telles que: "mon copain me l'a dit", "demande à tout le monde, tu verras bien!", "pourquoi t'obstines-tu à nous contredire!", vont toutes dans le sens que la majorité a toujours raison - un point c'est tout. L'enfant jugera qu'il a bien fait d'aider l'autre à se sortir de ses difficultés car tous les autres l'ont approuvé. Ce type de raisonnement tient compte de lui, en n'excluant pas les autres mais l'important est qu'il modèle son comportement sur ce qui est généralement bien vu par les autres, même s'il n'en retire pas un bénéfice personnel et peu importe le sens moral de son action.

L'enfant qui a tiré son camarade d'affaire se dit: "mes parents vont être fiers de moi. Quand mes copains l'apprendront, ils seront épatés".

Stade 4 L'action bonne est définie par son respect de l'autorité et par le sens du devoir conforme aux règles sociales édictées. Selon Samson, " on retrouve ici une disposition à soutenir l'autorité, les règles définies et l'ordre social. L'action bonne devient celle qui permet de faire son devoir, de respecter l'autorité et de maintenir l'ordre social. Le devoir, le respect de l'autorité et le

maintien de l'ordre deviennent ici des fins en eux-mêmes.” Par exemple, si le directeur d'un établissement ou les parents refusent une demande d'un éducateur parce qu'ils la jugent non conforme au règlement, il faut impérativement se conformer à leur décision. Ne jamais remettre en question l'autorité est une question de principe, sinon gare à l'anarchie, ou à tout débordement incontrôlé. Pourquoi faire ou ne pas faire, penser ou ne pas penser dans un sens ou l'autre, cette interrogation devient superflue, on ne discute pas les choses établies: “parce que c'est comme ça”. On admire ici celui qui détient l'autorité. Ce type de jugement se rencontre surtout après l'adolescence. Pour l'adolescent, ce qui prime avant tout est de plaire aux autres et non de respecter l'autorité ou de faire son devoir.

Le jeune adulte qui tire son copain d'affaire, à ce niveau, se dit: “j'ai fait ce qu'il fallait car je devais assistance à personne en danger.”

Niveau Post conventionnel

Ce niveau marque une réflexion personnelle des individus. Il se divise en deux autres stades. Apparaît, à ce stade, dans le jugement une réflexion sur les valeurs morales et les principes valides, sans que la validité dépende de la qualité des personnes constituées en autorité, ni du degré d'identification d'un individu avec son milieu.

Stade 5 L'action bonne est respect d'un contrat social. Selon Samson, “à ce stade, le bien est défini en termes de droits individuels et de règles admises par l'ensemble d'une société. On reconnaît, à ce stade, le relativisme des valeurs et des opinions personnelles; l'individu cherchera, ici, à mettre l'accent sur les règles de procédures pour aboutir à un consensus. Mis à part ce qui est constitutionnellement et démocratiquement admis, “le bien” est une question de valeurs et d'opinions personnelles. Il est important d'insister sur le point de vue légal sans pour autant refuser la possibilité de changer les lois, selon des démarches rationnelles et en vertu de l'utilité sociale. Hors du champ légal, les ententes et les pactes deviennent des éléments de l'obligation morale.”

L'adulte qui sauve l'enfant de la noyade se dit: “je l'ai fait parce que j'en étais capable; si la mer avait été plus mauvaise, je n'aurais certainement pas réussi.”

Stade 6 L'action bonne consiste à fonder son raisonnement sur des principes éthiques. Selon Samson, “le système éthique sera choisi en fonction de sa pertinence, cohérence, globalité et universalité. Ces principes moraux sont abstraits et ne constituent pas, à proprement parler, des règles morales, comme les dix commandements. Ce sont plutôt des propositions morales susceptibles de larges et multiples interprétations. C'est à ce stade qu'on pourrait parler d'autonomie globale.”

L'adulte qui a sauvé l'enfant de la noyade se dit: “n'importe qui aurait pu le faire.”

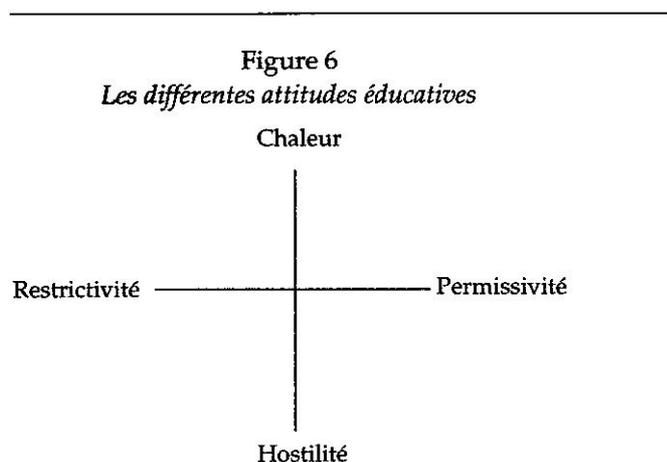
L'objectif primaire de l'éducateur sera de comprendre cette manière de réfléchir de chacun afin qu'un accompagnement puisse être possible. Nous décrirons, dans le prochain chapitre, l'application pédagogique qui découle de cet objectif d'accompagnement du développement du jugement moral.

- **Objectif au niveau du contrôle social relationnel : une question d'attitude**

Comment élaborer un objectif qui tienne compte de la qualité de la communication avec les autres? Comment limiter la timidité, la gêne, les complexes, les tabous qui nuisent tant dans beaucoup de nos relations de couples et qui donc rendent difficiles, et même souvent impossibles, nos relations affectives et sexuelles? Créer un climat d'échanges sur la sexualité dans une classe entre les jeunes est non seulement un outil pédagogique indispensable mais un objectif primaire qui prépare au dialogue en matière de sexualité.

Selon Becker [10], la qualité du dialogue qui s'établit entre les individus dépend avant tout des réactions émotives, des attitudes d'accueil ou de rejet ressenties lors de l'échange. L'autre perçoit, avant le contenu du discours, par l'expression du visage, le ton de la voix, le regard, l'approbation ou la gêne à aborder la sexualité. En conséquence, selon notre perception de ces attitudes nous avons tendance à nous fermer ou au contraire à nous ouvrir.

Quatre types d'attitudes déterminent notre capacité relationnelle. Bien sûr, il en existe d'autres, mais, selon Becker, ces quatre attitudes jouent un rôle prépondérant dans la rencontre entre deux ou plusieurs individus.



Nous pouvons témoigner de la chaleur ou faire sentir de l'hostilité dans notre dialogue avec les autres. Tout individu perçoit que nous lui retirons ou non notre amour, par notre ton de voix hésitant, notre gêne, notre regard fuyant, plus que par le contenu de nos propos qui peut même être très encourageant mais que notre attitude dément. Le mot « chaleur » peut se traduire de multiples façons: par la tendresse, l'amour, l'affection, etc.. A l'opposé, on peut témoigner de

l'hostilité en manifestant du dégoût, de la haine, de la répulsion. Bien sûr, nous devons interpréter cet axe chaleur/hostilité avec toutes les nuances existantes. L'attitude témoignée n'est jamais totalement chaleureuse, ni totalement hostile. Mais il s'en dégage une résultante qui fait que la communication est interrompue ou tout au moins plus difficile. Au bout d'un certain temps, si nous percevons toujours la même attitude, nous nous bloquerons définitivement.

S'ajoute à ce premier axe chaleur/hostilité une sensation d'encouragement ou de découragement. L'axe permissivité / restrictivité se superpose au premier pour déterminer la qualité des rapports futurs qui pourront exister. Les jeunes et les adultes aussi sont souvent très durs entre eux car ils s'expriment avec des attitudes extrêmes lorsqu'ils s'opposent.

L'éducateur doit comprendre les mécanismes qui concourent à favoriser la discussion et l'écoute de l'autre. La mise en commun d'une réflexion sur la sexualité ne peut se faire que dans un contexte d'écoute et d'échange chaleureux et permissif. L'objectif de l'éducation sexuelle se doit de développer, dans les échanges entre les jeunes des attitudes d'ouverture, d'empathie, de respect, de tolérance. De cet objectif primaire découle toute une pédagogie que nous précisons au prochain chapitre. Susciter ce dynamisme de créativité, d'imagination, de volonté de savoir est un art, mais tout art est basé sur des données objectives. L'objectif est de laisser aux jeunes en héritage un désir de communiquer, une volonté d'apprendre de l'autre dans leurs relations sexuelles et affectives.

- **Objectif au niveau du contrôle social formel : une question d'anomie**

Un troisième objectif primaire est d'accompagner l'action, la mise en pratique des choix, la réalisation des rêves des individus. Chacun est confronté à la société, au groupe dans lequel il évolue dans la réalisation de ses choix. Certains jeunes ont déjà une expérience, d'autres hésitent à s'engager ou ne désirent pas pour le moment passer à l'acte. De multiples questions pratiques se posent à eux: comment séduire, comment maintenir une relation durable, comment partager plus efficacement ce plaisir, comment avoir une sexualité responsable face au désir ou au non- désir d'enfant, comment faire face à la nécessité de se protéger, comment composer avec les parents, comment négocier avec l'école, etc. Les contraintes de leur âge ne favorisent pas toujours une mise en pratique harmonieuse de leur sexualité. Comprendre la complexité de la mise en acte d'une vie sexuelle et affective est donc un objectif primordial aussi important que de réfléchir et de communiquer.

L'étude de la déviance en sociologie peut nous permettre de réfléchir sur l'objectif à ce niveau.

Merton [90] analyse les contradictions existant entre la normalisation sexuelle généralement admise ou sous-entendue et les moyens réels d'épanouissement sexuel permis, encouragés, vécus dans notre milieu. Selon lui,

les ambiguïtés entre les moyens et les buts plongent souvent les individus dans une situation d'attente et /ou de conflit. Pour simplifier, il suffit de se représenter un postulat irréalisable tel que celui-ci: le meilleur moyen de s'épanouir sexuellement est sans nul doute l'abstinence! Cette contradiction que l'on pouvait rencontrer à une certaine époque est tellement rigide que personne ou presque n'arrive à la vivre en toute conformité. Il en est pour preuve que presque tous les hommes de ce temps s'adonnaient périodiquement à la masturbation et donc déviaient par rapport au moyen proposé socialement. En conséquence, on peut constater que plus l'anomie est forte, plus le nombre de déviants est grand.

Il y a plusieurs façons de dévier, de se positionner socialement en fonction des modèles sociaux comme le montre la figure suivante

Figure 7
Processus d'adaptation sociale

OBJECTIFS	BUTS	MOYENS
Conformisme	acceptation	acceptation
Déviance innovation	acceptation	refus
ritualisme	refus	acceptation
repli	refus	refus
rébellion	refus + nouvelles propositions	refus + nouvelles propositions

Malgré les contradictions de son milieu, l'individu cherche à se normaliser, à faire des choix: premièrement, il peut accepter la normalisation et tenter de s'y conformer; deuxièmement, il peut refuser la normalisation suggérée par ses pairs et entre en conséquence en conflit avec eux ou avec l'autorité sociale. Cette confrontation sera plus ou moins forte selon les modalités d'adaptation choisies. Il innove lorsque son refus n'est pas trop marginal. Il peut aussi tomber dans l'apathie (ritualisme), le découragement (repli), ou le rejet (rébellion). Par exemple, un jeune homosexuel peut, soit tenter, par tous les moyens, de se conformer au modèle hétérosexuel, soit se marier, pour éviter le poids du regard des autres, qui pèse sur lui, sans pour autant adhérer au modèle dominant, soit s'abstenir de toute sexualité, afin d'échapper à la pression de son entourage, soit manifester ouvertement son homosexualité, affrontant ainsi directement les préjugés sociaux à son égard, proposant ainsi une nouvelle façon de voir la sexualité humaine.

Notons enfin, que la déviance innovatrice comme l'indique son nom est pour Durkheim [37] une position qui favorise le changement social. Il considérait même la déviance comme normale, puisqu'elle est généralisée et découle de la structure sociale toute entière.

Tout individu tente donc de s'adapter socialement, soit en rejetant, soit en acceptant les moyens, ou les buts suggérés ou supposés être la norme.

Nous présenterons dans le chapitre suivant l'approche pédagogique que doit utiliser l'éducateur pour accompagner les jeunes dans cette complexité sociale, dans ses choix sociaux.

Tout projet d'éducation sexuelle devra se structurer autour de ces trois objectifs qui découlent de la notion de contrôle social : c'est-à-dire prendre en compte le niveau de jugement moral, les attitudes porteuses d'un échange et l'ouverture sur une réalisation de sa vie sexuelle par réduction de l'anomie.

Seule cette approche globale permettra de proposer un cadre pratique d'éducation sexuelle compréhensible et structuré.

- **Les objectifs secondaires**

L'acquisition d'attitudes positives face à la sexualité

Le premier des objectifs secondaires de l'éducation sexuelle est de supprimer ou d'atténuer les comportements négatifs et empreints de préjugés face à la sexualité, c'est-à-dire de libérer la sexualité des conceptions répressives. Elle doit aider les jeunes à résoudre leurs problèmes sexuels présents et futurs et à éliminer les sentiments de crainte, d'insécurité et de culpabilité causés par une absence d'éducation. L'éducation sexuelle doit contribuer à l'épanouissement d'une vie sexuelle heureuse, satisfaisante et enrichissante.

Le respect de l'autre

Le deuxième objectif vise l'apprentissage du respect de l'autre. L'éducation sexuelle doit aider à comprendre que chacun doit être respecté dans ses différences d'attitudes et de comportements sexuels quels qu'ils soient, dans la mesure où ils ne portent pas atteinte à la liberté des autres.

La réciprocité

Le troisième objectif vise la compréhension du rapport de réciprocité dans les relations sexuelles : l'expérience sexuelle de l'adolescent est en même temps l'expérience du partenaire. Elle doit également montrer que la sexualité est une activité sociale, régie par des règles sociales, et qu'aucun être ne peut y être contraint par la parole ou par la force.

Rééquilibrage des rôles sexuels

Le quatrième objectif doit enseigner aux jeunes une conception plus claire des rôles sexuels. Il doit insister sur l'égalité entre l'homme et la femme.

L'éducation sexuelle doit amener les jeunes à accepter la sexualité, mais elle doit éviter qu'ils ne la glorifient de façon irréaliste. Les risques, les

problèmes, les possibilités de conflits et les difficultés de la vie sexuelle doivent être traités et discutés.

- **Conclusion**

Ces objectifs généraux, primaires et secondaires sont à l'image d'une conception globale de la sexualité humaine. Ils mettent en évidence que "malgré ce que disent les circulaires et les concepteurs de l'éducation sexuelle, on estime que seulement 4% du temps de l'éducation à la sexualité est consacré aux jugements et aux valeurs sexuelles, c'est-à-dire aux interactions entre le développement sexuel et le développement personnel. Cela représente, pour ce qui est de l'éducation explicite donnée dans les écoles, 4'5" secondes pour l'ensemble des années qu'un élève passe dans le secondaire." Le temps moyen d'intervention en éducation sexuelle est environ 2 heures, ce qui implique que 60%, de ce temps, sera consacré à l'information sur la sexualité (1 heure 20 minutes), 25% aux attitudes et aux comportements sexuels du groupe social (30 minutes), 10% à la conscientisation et l'appivoisement des émois et affects sexuels (12 minutes), 4% aux élans de croissance (4'5'''), 1% à la maîtrise des gestes quotidiens de la vie sexuelle (1' 15''). Ce dur constat, fait par le Professeur Samson[139] confirme l'importance pour chaque équipe de prendre le temps de réfléchir aux fondements de l'éducation sexuelle afin d'éviter de se retrouver dans de telles situations aberrantes.

4.1.2.4 Approche pédagogique adaptée à l'éducation sexuelle

Des objectifs de l'éducation sexuelle que nous venons de définir découle toute une pédagogie orientant notre mode d'intervention dans le cadre de l'école.

- **Pédagogie d'accompagnement du jugement moral**

Les études sur le développement du jugement moral nous permettent de préciser le rôle de l'éducateur dans l'accompagnement de la réflexion personnelle de chacun. Ce modèle permet, en quelque sorte, de lire la structure morale utilisée par l'adolescent dans l'acquisition de comportements et d'attitudes sexuelles. L'inadéquation entre le critère moral du jeune et celui de l'éducateur est impropre à aider l'individu à faire ses choix. Ainsi l'éducateur doit développer une capacité à reconnaître le stade auquel fait référence l'adolescent car il n'a pas d'autres possibilités pour favoriser la réflexion et l'évolution de celui-ci.

Il convient de repérer dans cette gradation à quel stade se situent les interlocuteurs de manière à établir une communication efficace permettant une prise de conscience et une évolution collective. Il est vain de s'adresser à des personnes à partir d'un stade trop éloigné du leur, mais il est souhaitable de leur

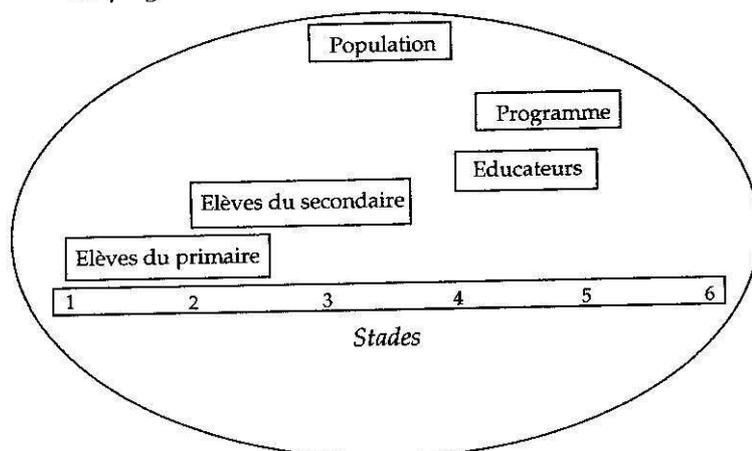
parler soit à partir du même stade afin d'être compris, soit du stade immédiatement supérieur afin de les faire progresser. Selon Kohlberg[63], "chaque stade prend en considération les éléments des stades antérieurs, mais réorganise les concepts moraux dans une structure plus compréhensive. Ainsi l'individu ne peut comprendre que les stades par lesquels il est passé. La personne peut aussi comprendre les arguments du stade qui suit celui auquel elle se situe: un enfant de stade 3 comprendra qu'une autre personne puisse juger selon la structure du stade 4, mais les stades 5 et 6 seront pour lui un monde incompréhensible qu'il qualifiera d'extravagant et d'irréaliste. Il a aussi été démontré qu'un individu, confronté à des types d'arguments d'un stade au-dessus du sien- et d'un seul - aura tendance à progresser vers ce stade."

Ainsi, puisqu'il est possible de faire progresser les individus dans la séquence de développement des stades, sans leur imposer des contenus ou des valeurs particulières, on comprendra l'importance de cette théorie pour le développement de la personne. Par exemple, l'éducateur sexuel, connaissant le stade auquel se situe la majorité des étudiants d'un groupe (par exemple stade 2), pourra suggérer et promouvoir, lors des discussions sur des problèmes à composantes sexuelles, des arguments d'un stade supérieur et un seul, ici le stade 3. Ce faisant, il aidera au développement vers l'autonomie sans avoir à imposer ses propres valeurs, ou ses propres façons de juger, ou sa propre philosophie; cet éducateur en sexualité pourra fort bien, quant à lui se situer au stade 5 dans sa démarche personnelle vers l'autonomie. Selon Samson, "Cette approche permet à l'étudiant de demeurer libre dans le choix des valeurs auxquelles il veut adhérer; cependant, il est entraîné vers l'autonomie par une intervention structurée qui le fait passer lentement vers des structures plus complexes et plus globales du jugement moral."

Si nous tenons compte de ce processus d'évolution personnelle du jugement moral, le rôle de l'éducateur sera moins de convaincre que d'accompagner les jeunes vers une plus grande autonomie.

Jean-Marc Samson [138] fait remarquer que la structure morale évolue lentement tout au long de la vie. Les programmes d'éducation sexuelle et les éducateurs n'en tiennent pas toujours compte comme l'indique la figure 8 suivante:

Figure 8
Les programmes d'éducation sexuelle et le jugement moral



Le niveau moyen du jugement moral des programmes d'éducation sexuelle se situe aux stades 4 ou 5, tandis qu'à l'école primaire les jeunes raisonnent majoritairement à un stade 1 ou 2. Ils ne peuvent donc rien retenir de ce que l'enseignement tente de leur apporter. Il en va de même des élèves du secondaire qui se situent à un stade entre 2 et 4 du jugement moral. Seule une minorité d'adolescents au stade 4 pourra progresser, tandis que la majorité rejettera en bloc le discours qu'on lui tient.

- **Pédagogie basée sur des attitudes favorisant la communication**

L'échange, la communication entre adultes et jeunes doivent exister. Seul cet échange permet d'accompagner les jeunes dans leur réflexion, leurs choix et leur vécu. L'éducateur doit apprendre à créer un lien de qualité avec les jeunes afin qu'un échange puisse exister, mais aussi parce que l'attitude de l'éducateur contribue au développement de la personnalité des jeunes. La figure suivante nous indique les conséquences de nos attitudes sur la personnalité des jeunes. Le jeune éduqué avec chaleur et permissivité développera plus facilement son autonomie et le respect des autres dans leurs différences.

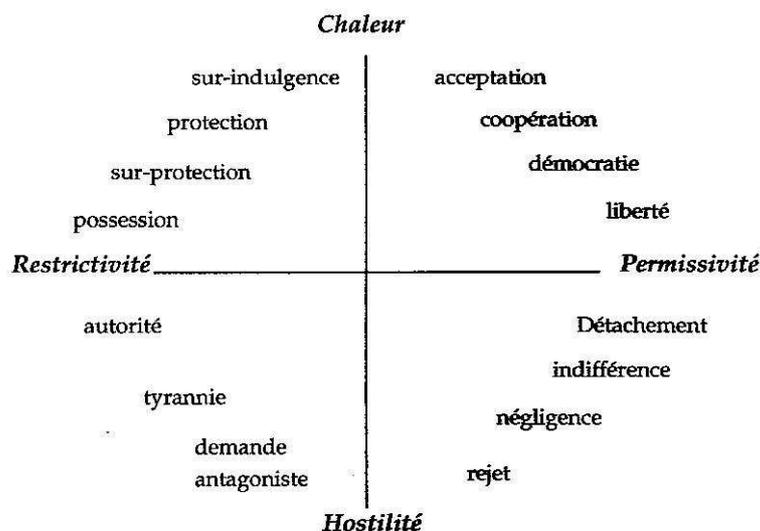
Figure 9
 Les attitudes de l'éducateur :
 une question de personnalité

	Restrictivité	Permissivité
Chaleur	Soumission et dépendance par rapport aux autres, politesse, propreté, obéissance, agressivité minimale dans la vie, renforcement maximal par les règles, attitudes peu amicales, peu créatives, maximum de compromis	Activité, engagement social, créativité, agressivité vivante, renforcement minimal par les règles, auto-agressivité minimale, indépendance, amitié, hostilité projective minimale
Hostilité	Névrose, plus d'agressivité et de gêne vis-à-vis des pairs, retrait social, auto-agression maximale	Délinquance, aucun compromis, agressivité maximale, compulsivité

Il sera plus actif et donc moins soumis et dépendant des autres dans ses décisions car moins surprotégé par ses parents. Le jeune livré à lui-même aura tendance à devenir délinquant tandis que celui qui est constamment puni risque d'être névrosé.

Les conséquences des attitudes parentales sur la personnalité montrent l'importance pour l'éducateur d'être conscient des différents types d'attitudes qu'il peut témoigner, car son intervention peut modifier le regard du jeune sur lui-même. La figure ci-dessous résume les attitudes qu'il doit privilégier et celles par contre qu'il faut éviter.

Figure 10
 Les attitudes de l'éducateur



L'attitude chaleureuse et permissive consiste à faire ressentir que ce qui est entendu est reçu de façon non réactive et bienveillante par l'éducateur.

L'expression peut susciter une certaine émotion chez le jeune; le vécu peut être verbalisé et accueilli dans une attitude d'acceptation, de coopération, de confrontation et de liberté.

L'attitude chaleureuse et restrictive doit être évitée car elle n'est pas porteuse d'un dialogue, puisqu'elle suscite plutôt le repli. Si le jeune trouve en face de lui une personne sympathique mais qu'il perçoit dans son discours des attitudes directives, protectrices, surprotectrices et possessives, nous pouvons considérer que l'échange est interrompu.

Les deux autres types de dialogues qui consisteraient en une attitude d'hostilité doivent à tout prix être évités, qu'ils soient associés à des sentiments d'indifférence, de détachement et même de rejet de la personne (hostilité/permisivité) ou qu'ils manifestent des attitudes de type antagoniste, autoritaire voire dictatorial (hostilité / restrictivité).

Un exemple général nous fera comprendre les caractéristiques comportementales des parents, des éducateurs. Imaginons un enfant qui se glisse à quatre pattes sous une commode. Les parents chaleureux et permisifs n'interviendront pas immédiatement et même l'encourageront à explorer et sans doute à apprendre à reculer, prêts à intervenir au moindre danger. Les parents chaleureux et restrictifs se précipiteront immédiatement sur lui de peur qu'il ne se blesse (surprotection). Les parents hostiles et restrictifs le gronderont fortement et l'immobiliseront plus ou moins brutalement. Les parents hostiles et permisifs le laisseront se faire mal en le grondant et en lui disant que cela est bien fait pour lui.

En matière de dialogue en général et au niveau sexuel plus particulièrement, il nous semble impératif de tenir compte de ces quatre structures de dialogue, en privilégiant le champ chaleur et permisivité. Ces attitudes sont déterminantes dans le développement de la personnalité des adolescents comme nous l'avons souligné plus haut.

Nous tirerons plus loin les conséquences de l'usage de cette approche pédagogique pour la formation des éducateurs. Une attention particulière visant à l'acquisition d'attitudes adéquates devra être portée et maintenue de manière conséquente durant toute leur formation.

- **Pédagogie visant à diminuer l'anomie**

L'éducation sexuelle doit accompagner le jeune dans la réalisation de ses projets. Il s'agit ici d'accompagner le jeune dans son sentiment, soit d'impuissance à réaliser certains objectifs de sa vie sexuelle, soit dans la nécessité à se conformer à l'attente de son milieu. Le processus d'adaptation sociale dans des milieux encore fort anoniques est complexe.

L'éducateur doit mettre en place une pédagogie qui permette à certains, de concevoir des moyens à leur volonté de changement, de résolution de leurs difficultés, tandis qu'il fournira à d'autres un dynamisme leur permettant de

modifier leur attitude de repli ou de soumission, d'abandon, de découragement face à la recherche de solutions et enfin permettra à d'autres de canaliser leur rébellion en tenant compte de leur volonté de changement sans destruction de leur environnement.

Sa propre position d'éducateur, par rapport à la réalité du changement, doit s'inscrire dans le respect des autres modalités de prise en charge de la réalité sociale des adolescents. Par exemple, il y a, à peine vingt ans la réaction sociale par rapport aux relations pré-conjugales pouvait s'énoncer comme suit: "Tu as des relations sexuelles avant le mariage, ton avenir est brisé, tu es salie, personne ne voudra jamais de toi à présent". Maintenant, la conformité est devenue déviance et la déviance conformité, puisque la réaction la plus générale peut être exprimée ainsi : "Vingt ans et tu n'as pas encore eu de rapports sexuels, ce n'est pas normal!" L'éducateur qui encouragerait directement ou indirectement un tel comportement "nouveau" oublie que, de fait, il encourage un nouvel ordre sexuel ou un nouveau désordre amoureux sans toutefois briser la pression qui s'exerce sur chaque élève et sans pour autant modifier la structure sociale anémique.

Les éducateurs, les parents, les directeurs, ou toute autre personne proche des jeunes, vivent également des pressions sociales intervenant dans leur attitude pédagogique. Dans leurs rencontres individuelles la mère ou le père, le professeur, le psychologue, l'infirmière, peuvent encourager l'innovation. Ils prennent ainsi des risques, plus ou moins calculés, puisque ce qu'ils proposent est généralement, implicitement, accepté. Mais il se peut, par exemple, que le mari reproche à sa femme d'avoir pris l'initiative, sans lui en parler, d'encourager sa fille à prendre la pilule, donc à soutenir un comportement sexuel pré marital inacceptable selon son code familial. Par contre, dans d'autres situations, on encourage ces comportements en évitant de savoir ce qui se passe, aussi longtemps toutefois qu'il n'y aura pas de problèmes (par exemple: "va voir ta mère", dit le père en sachant que celle-ci sera certainement plus permissive, ou: "va consulter à ce sujet l'infirmière de l'école").

Une autre attitude consistera à nier les comportements sexuels des jeunes, tel que: "ça n'intéresse sûrement pas les jeunes de cet âge" ou "ma fille n'a certainement pas pensé aux garçons". La forme la plus classique est celle d'attendre les questions des enfants en matière sexuelle, évitant ainsi de s'engager dans une éducation sexuelle gênante. Cette attitude "pédagogique" de repli est fortement répandue dans le milieu scolaire.

Le ritualisme est une autre attitude pédagogique répandue sous la forme: "Je ne suis pas d'accord avec la direction, mais je fais ce que l'on me dit car je suis payé pour cela". "On me demande d'interdire tel ou tel comportement sexuel, l'intervenant surveille donc pour empêcher qu'il ne se produise ou punit le coupable sans se poser de question". De même les parents se renvoient la responsabilité d'un échec.

Nous retrouvons également des situations de rébellion de la part de la direction, des enseignants ou des parents. Nous avons vu des directeurs d'école perdre leur poste parce qu'ils n'avaient pas pris les précautions nécessaires pour éviter la pression sociale ou mesurer le degré de bouleversement qu'ils demandaient à la société.

Pour éviter ces situations, il est nécessaire que l'école précise sa politique d'éducation sexuelle afin de supporter les efforts des enseignants.

L'utilisation de cette approche pédagogique par l'éducateur et la réappropriation par les élèves leur permet une amélioration de la communication, un repérage des mécanismes sociaux, un apprentissage du niveau du jugement moral.

Un exemple permettrait sans doute de mieux saisir la portée de cette pédagogie. Lors d'une discussion sur l'homosexualité, un élève pourrait soutenir qu'un tel comportement est dégoûtant tandis que la majorité trouverait son attitude déplorable. À une autre époque, l'ensemble de la classe aurait sans doute eu une réaction inverse et le jeune qui aurait défendu une position d'ouverture face à l'homosexualité aurait été soupçonné d'une orientation sexuelle douteuse par ses pairs. Une attitude chaleureuse et permissive consisterait à accueillir la position de l'individu et du groupe en faisant apparaître que l'attitude de rejet est une attitude très répandue non seulement dans le monde mais sans doute encore très présente en chacun de nous à des niveaux plus ou moins profonds. Avoir un frère, une soeur ou un enfant homosexuel nous interpelle tous. Par ailleurs, accompagner le développement du jugement moral consiste à s'interroger sur le niveau des positions de chacun. Certains adopteront une position permissive face à l'homosexualité pour plaire à la majorité, d'autres pour ne pas être rejetés par le groupe et devront donc progresser. Celui qui défend une opinion opposée peut le faire pour les mêmes raisons et peut même être à un stade de jugement plus élevé que la majorité. L'éducateur considérera qu'il a réussi son éducation si chacun progresse selon son niveau de jugement moral sans pour autant adopter l'opinion de l'éducateur, ni raisonner à son stade d'adulte. Enfin l'éducateur pourra évoquer la difficulté pour chacun de se situer socialement dans cet univers fluctuant. Ces trois types de réflexion sont nécessaires pour un accompagnement global.

4.1.3 La mise en pratique de l'éducation sexuelle

La mise en pratique de l'éducation sexuelle se construit sur les quatre piliers que nous venons de définir. Elle s'organise autour de sept questions qui permettent une action d'éducation sexuelle cohérente.

1. À quels élèves?
2. Avec quels éducateurs?
3. Selon quel programme?

4. Basé sur quels principes d'apprentissage?
5. En utilisant quelles techniques éducatives?
6. En passant par quelles étapes?
7. En espérant quels bénéfices secondaires pour la vie en général?

4.1.3.1 Les élèves

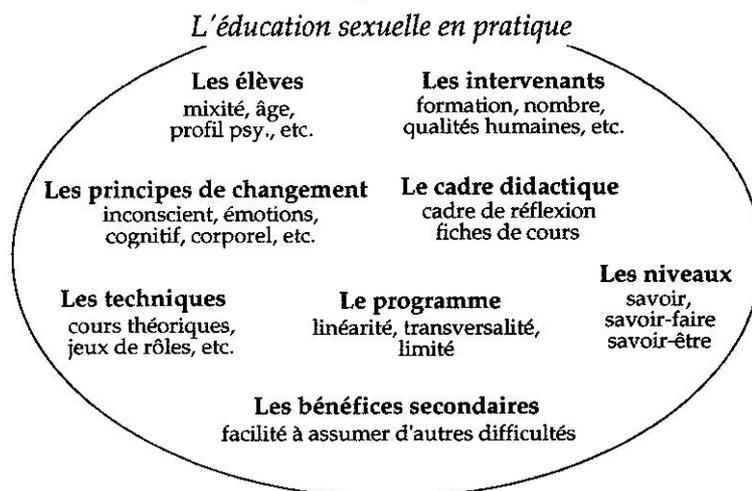
Les parents confient une partie de l'éducation de leurs enfants à l'école. Il importe donc aux pouvoirs publics de développer des programmes qui ne négligent aucun aspect important de cette éducation. La sexualité est une dimension qui joue un rôle primordial dans le développement de la personne. Si la sexualité est un langage qui se développe dans la continuité, tous les élèves sont concernés, quels que soient leur âge, leur sexe et leur profil psychologique, leur situation familiale, leur profil intellectuel ou toute autre caractéristique.

Trop souvent dans les projets touchant l'éducation sexuelle le cadre institutionnel pose des exigences qu'il n'impose pas aux autres disciplines d'enseignement.

Nous avons à respecter les exigences de:

1. Mixité
2. Hétérogénéité des groupes
3. Obligation d'assistance aux séances
4. Confiance dans les capacités d'évolution de tous les jeunes

Figure 11



- **La mixité**

Il n'est pas toujours facile d'intervenir auprès de groupes mixtes. Les garçons peuvent se camoufler derrière un mutisme défensif ou au contraire tomber dans un jeu de performances caricatural. Les filles peuvent développer une complicité qui exclut les garçons des échanges. Selon l'âge, cette distance entre les sexes prendra un caractère plus ou moins prononcé. Il s'agit en fait

d'un processus d'identification de genre que l'éducation sexuelle permet aux élèves de découvrir, de comprendre et de distancer. L'éviter ne permet pas de l'accompagner. Dans les groupes d'adultes, ou dans un couple, on retrouve souvent la même revendication de genre. L'acceptation de la différence comme caractère de complémentarité est l'un des objectifs secondaires de l'éducation sexuelle. La tâche de l'enseignant ou des enseignants devra tenir compte de cette situation.

- **L'hétérogénéité**

Le fait social confronte tout intervenant de l'éducation nationale à l'hétérogénéité des groupes- classes. L'homogénéité des groupes n'est pas une garantie de succès. Dans nos sociétés modernes, nous sommes sans doute trop orientés vers une démarche qui tente de niveler les différences. L'image du couple fusionnel comme schéma idéal, hérité de notre enfance, nous habite à notre insu.

Étant donné l'histoire sexuelle singulière de chacun, il serait illusoire de rechercher à tout prix l'homogénéité des groupes. Cette exigence est souvent évoquée comme alibi, pour refuser tout projet d'éducation sexuelle, comme on a pu souvent le constater. Il est préférable de se confronter à la différence en tenant compte dans la formation des maîtres du malaise que cette hétérogénéité peut parfois causer.

- **L'obligation d'assistance aux séances**

Dans beaucoup de projets, on postule qu'il serait préférable de laisser les jeunes libres d'assister aux séances d'éducation sexuelle. Cette position a pour conséquence de provoquer le refus de participer pour certains jeunes, souvent ceux qui en auraient le plus besoin.

Laisse-t-on le choix aux élèves ayant des difficultés dans certaines matières, d'assister aux cours ou non? Cette attitude restrictive pose encore des exigences opposées aux principes généraux de l'éducation qui revendiquent l'éducation pour tous sans distinction. L'éducation sexuelle s'inscrit dans cette optique générale de toucher le plus grand nombre.

- **La confiance dans les capacités d'évolution de tous les jeunes**

Des étudiants, par leur histoire personnelle, peuvent être fragilisés sur certains points. Par exemple, des jeunes peuvent être plus touchés que d'autres, lorsque le professeur de philosophie aborde les questions touchant à la vie ou à la mort. Doit-on pour autant supprimer pour ces élèves les cours de philosophie? Il est important pour ces élèves d'apprendre à ne pas fuir leurs difficultés. Un jour, ils auront à y faire face. Aborder en groupe des sujets difficiles permet souvent de dédramatiser si cela est fait en respectant une certaine déontologie. A un malaise d'un étudiant ne doit pas être substituée une mesure d'exclusion ou une attitude de surprotection mais une démarche d'accompagnement. Il ne faut

pas oublier non plus qu'une intervention dans les groupes n'est pas isolée du travail de toute l'équipe d'aide sociale, psychologique et santé de l'établissement scolaire ou de formation.

4.1.3.2 Les éducateurs

Les objectifs et la pédagogie précédemment définis imposent une formation initiale, continue et exigeante des éducateurs. Toutes ces exigences sont rassemblées dans une charte éthique dont le rôle est à la fois de protéger les intervenants d'une part et de définir des limites d'intervention et de protection des jeunes d'autre part.

- **Etre à l'aise vis à vis de son sujet**

Nous avons déjà précisé l'importance des attitudes sexuelles des éducateurs dans leur rôle d'accompagnement. Rappelons que seules des attitudes chaleureuses et permissives favorisent un échange sur la sexualité. Etre à l'aise vis-à-vis de la sexualité en général est une condition minimale pour accompagner les jeunes. Il ne s'agit pas d'être parfait. Être à l'aise signifie également qu'on peut dire son malaise.

Figure 12 - Charte éthique de l'éducateur

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1- Être à l'aise vis-à-vis de la sexualité des jeunes2- Être assuré de son savoir et de son savoir faire3- Ne manifester aucun préjugé par rapport aux valeurs et aux pratiques des jeunes4- Manifester un intérêt égal pour tous, quelque soient leur sexe et leur âge5- Manifester de l'intérêt pour l'ensemble de la vie sexuelle6- Refuser les transferts à implication personnelle7- Refuser tout contre-transfert8- Prévoir la mixité des équipes d'éducateurs9- Respecter la liberté d'expression de chaque jeune et donc aussi la liberté de silence10- A la perception d'un malaise dans la classe, les échanges doivent s'arrêter et être réorientés11- Se méfier des étiquetages hâtifs12- Sauvegarder l'aspect confidentiel des discussions |
|--|

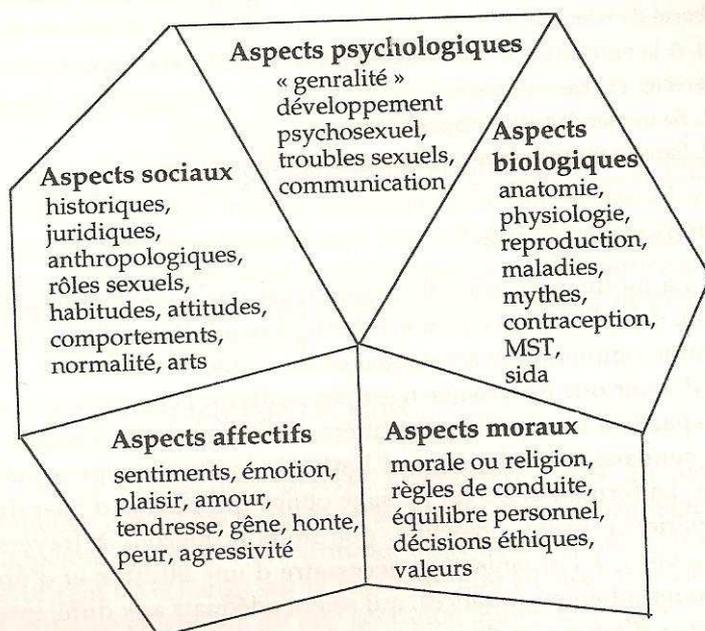
- **Etre assuré de son savoir**

La motivation des éducateurs n'est pas à elle seule suffisante, pas plus que la bonne volonté. Les adultes ont tous une certaine opinion, une connaissance en matière de sexualité. Le fait d'avoir une expérience n'est pas suffisant pour prétendre à la capacité à enseigner une matière. Sans formation préalable, nos connaissances demeurent limitées, confuses, approximatives. La formation est un passage obligé qui permet d'aller de l'expérience brute, objective, que nous acquérons à travers notre vécu, à l'organisation nécessaire d'une attitude et d'un discours cohérents, nuancés, qui soient adéquats aux différents niveaux d'approche de la sexualité et adaptés à ses différents aspects. La formation représente ainsi le chemin à parcourir pour une mise à distance suffisante d'une expérience personnelle et l'acquisition du recul nécessaire à la compréhension de ses composantes. Cette formation à l'éducation sexuelle nécessite pour l'équipe d'éducateurs une formation préalable qui lui permet de se familiariser avec le sujet afin de l'aborder de la manière la plus ouverte possible. Cette ouverture permettra de se situer au plus près de l'attente et du souci des jeunes.

De plus, il relève de la responsabilité directe des intervenants de pouvoir assumer la validité de leur réflexion en faisant référence à des savoirs multiples qui font autorité aujourd'hui dans le cadre des sciences humaines.

Ainsi, cette formation préalable devra permettre aux éducateurs de réfléchir et d'intégrer un apport minimal de connaissances sur les aspects suivants:

Figure 13
Contenu de la formation des enseignants
Approche intégrative



Dans le monde, très peu d'universités ou d'écoles de formation des maîtres offrent une telle formation. On confie trop souvent à ceux qui ont une formation médicale, paramédicale ou biologique, l'éducation sexuelle. Ces personnes se sentent souvent démunies et abandonnent; tandis que d'autres refusent de prendre en charge cette formation, étant conscientes de leurs lacunes en la matière. D'autres demandent une formation complémentaire qui leur est trop souvent refusée faute de budget, de temps, de personnes-ressources. Pour contourner cette absence de formation préliminaire, des équipes pluridisciplinaires peuvent se former. La mise en commun fait apparaître à la fois la richesse et les faiblesses de la formation initiale de chacun dans le domaine sexuel d'où la mise en évidence de la nécessité d'une formation commune en éducation à la sexualité.

Nous privilégions dans nos projets des équipes constituées de personnes de formations initiales différentes qui se forment ensemble à l'étude de la sexualité. Une expérience d'enseignement auprès des jeunes est loin d'être négligeable.

Les cours théoriques sont indispensables, mais ne suffisent pas à la formation d'éducateurs. En multipliant les jeux de rôle ou les simulations d'interventions dans une classe, on apprend progressivement à intérioriser cette charte. Cette mise en situation permet également au formateur de consolider les connaissances des futurs enseignants. Progressivement, ils prennent confiance en leur capacité à intervenir.

L'observation audio-visuelle ou directe d'éducateurs confirmés est nécessaire à la formation des maîtres. L'équipe mixte permet également d'intervenir en co-animation avec un intervenant confirmé. Le respect des élèves exige une excellente préparation des éducateurs.

- **Éviter les préjugés**

Les jeunes que nous sommes amenés à rencontrer sont de toutes les origines. Nous devons donc être tolérants et respectueux.

Certains jeunes semblent mieux dans leur peau que d'autres, s'expriment plus facilement. Notre expérience montre qu'il faut éviter de surestimer ou de sous estimer certaines personnes. Ces apparences ne doivent pas modifier le contenu et la forme de notre intervention car nous ne savons jamais ce qu'elles recouvrent.

- **Manifester un intérêt égal selon le sexe, l'âge**

Il est très difficile de ne pas opposer les sexes et les âges sans trop s'en rendre compte. Il est important pour l'éducateur de s'adresser tout autant aux garçons qu'aux filles et de les écouter. Rappelons que la socio sexualité des filles et l'auto sexualité des garçons se manifestent en classe par une écoute, une réactivité et une participation différentes.

- **Manifester de l'intérêt pour l'ensemble de la vie sexuelle**

L'éducation globale à la sexualité concerne toutes les composantes de la personne au cours de sa vie. Aussi aucune d'entre elles la concernant ne doit être évacuée a priori quelle que soit la force des tabous.

Respecter le conformisme de certains jeunes est aussi important que d'affronter les tabous des autres. N'oublions pas que l'éducateur a pour objectif d'accompagner le développement du jugement moral et qu'en conséquence l'ensemble de la vie sexuelle doit être approché.

- **Repérer les transferts et contre-transferts sexuels**

Les éducateurs sont dans une position d'autorité et ils ne doivent pas en retirer de bénéfices sexuels personnels. Ce sujet est bien sûr très controversé puisque nous devons bien reconnaître que parfois certaines liaisons amoureuses peuvent se tisser entre éducateurs et étudiants. L'équipe mixte d'éducateurs offre une protection à certains abus de confiance.

Il est inévitable que des jeunes soient parfois amoureux d'un enseignant. L'enseignant doit savoir l'accepter, ne pas en avoir peur, mais aider l'élève à se distancer de ce sentiment.

- **Prévoir la mixité des équipes d'éducateurs**

Dans le schéma interrelationnel mixte utilisé en sexothérapie de couple la présence d'un référent identitaire de même sexe a un effet médiateur dans la communication et permet qu'elle ne soit pas biaisée. Il est bien connu qu'une femme interrogée par un homme répond à ses questions suivant un schéma type. En règle générale et à moins d'un trouble particulièrement intense, elle commence par lui dire ce qu'elle veut qu'il sache, puis ce qu'elle croit qu'il veut savoir ou peut comprendre. Ensuite seulement et après un effort soutenu du thérapeute, elle en vient à présenter les choses telles qu'elles sont ou telles qu'elles lui apparaissent. En présence d'une femme, même si c'est l'homme qui intervient, toute femme se sent à la fois surveillée et soutenue et parvient plus rapidement à la troisième étape. Il s'instaure entre les deux femmes une sorte de dialogue, souvent muet, où la seule présence du thérapeute suffit à fermer d'éventuelles échappatoires.

De même, il est très difficile à une femme d'obtenir des informations sérieuses de la part de l'homme qu'elle interroge. Une forte tradition culturelle fait que l'homme cherche à donner de lui une image avantageuse. S'il n'y parvient pas, il est désemparé et sa peur de l'acte sexuel, son angoisse, ses sentiments hostiles grandissent parce qu'il pense être victime d'une complicité des femmes contre lui. Ce schéma relationnel est transférable à l'équipe mixte d'éducateurs devant un public mixte.

- **Respecter la liberté d'expression**

Défendre le droit d'expression de tous, des minorités, des plus jeunes et des plus âgés, des filles et des garçons doit être un souci de tous les instants.

Le respect de l'expression passe également par la liberté de s'exprimer ou non. Il faut éviter de mettre les jeunes dans une situation où tous doivent s'exprimer. Parler c'est bien, écouter est une autre forme d'expression. Trop souvent le désir de l'éducateur de faire parler les adolescents n'est qu'une recherche de sa part pour se rassurer lui-même.

- **Respecter le malaise**

Dans le but d'aider un adolescent, on peut oublier de respecter son malaise. Insister pour que le jeune donne des détails sur ses idées, sur son comportement ou ses attitudes sexuelles peut bloquer l'adolescent inutilement. Il sera par la suite difficile de le faire participer à de nouveaux échanges. Il faut éviter qu'un groupe d'élèves s'acharne sur un élève ou quelques élèves. Généraliser la discussion est une obligation car nous ne sommes pas dans une démarche thérapeutique. Cela ne veut pas dire qu'il faille éviter les débats, mais que ces débats ne se poursuivent pas s'il y a malaise chez les jeunes.

- **Se méfier des étiquetages hâtifs**

Enfin, nous devons éviter d'étiqueter les individus. Mettre l'autre dans une catégorie, c'est l'étiqueter, l'enfermer définitivement dans une représentation réductrice en choisissant une facette ou un trait de sa personnalité pour en faire un tout. Lorsque nous étiquetons, nous réduisons toute la richesse et la complexité de l'autre à un simple trait, et ainsi nous l'appauvrissons. Surtout, nous ne lui reconnaissons pas la capacité de changer, d'être différent demain de ce qu'il est aujourd'hui, d'être autre que ce que nous avons perçu de lui.

- **Sauvegarder l'aspect confidentiel des discussions**

Ce principe éthique est de toute importance si nous voulons garantir le libre-échange dans le groupe. Si le contenu des échanges est connu à l'extérieur, l'individu qui s'est livré pendant les séances d'éducation sexuelle peut considérer qu'il n'a plus de vie privée et en conséquence en subir des effets négatifs.

Ce principe nous oblige à conserver le secret non seulement vis-à-vis des autres jeunes mais aussi à l'encontre des autres personnels de l'établissement et des parents. Les jeunes, pour leur part, respectent en règle générale ce principe du secret du groupe assez spontanément.

La formation des maîtres doit s'assurer de l'acquisition de l'ensemble de ces principes avant d'envisager des interventions dans les classes.

En résumé, "l'éducateur est celui qui permet le vagabondage de l'histoire au corps, du corps à l'imaginaire, de l'imaginaire à l'Autre, rythmé par le temps

du désir. Le conte nous dit qu'Arlequin s'accompagne toujours de Pierrot et Colombine - Pierrot serait cet Autre porteur de la loi, de la rigueur, des limites et Arlequin, celui de la fantaisie, de l'érotisme, du plaisir, de la hardiesse et de la curiosité, Colombine elle, permet la cohabitation des deux. Alors l'éducateur, Colombine?"²²

4.1.3.3 Le programme

De par le monde, de nombreuses équipes ont suggéré des formes et des contenus à l'éducation sexuelle. Nous retrouvons essentiellement quatre approches qui correspondent à des fondements de la sexualité humaine fort différents :

Figure 14 - Les approches pédagogiques

Règlement intérieur	Système autoritaire, fondement de l'éducation Renforcement des règles pour éviter tout débordement Basé sur la peur des dangers
Approche ponctuelle	Survalorisation de la ponctualité Intervention unique, acte investi d'une dimension magique Ordre de la croyance, de l'espérance
Approche linéaire	Recette, mode d'emploi, Kit clé en main
Approche intégrative	Réseau systémique Intégration de plusieurs paramètres simultanés visant à rendre compte de la dynamique du système, donc de sa mouvance, de son devenir.

- **Le règlement intérieur**

Le règlement intérieur est une modalité d'un système éducatif autoritaire. C'est une déclinaison locale du droit, au caractère normatif. Ce sont des moyens que se donnent les institutions pour normaliser la sexualité, entre autres domaines.

La base sur laquelle se construit le règlement intérieur est la peur des dangers. Il s'agit de formuler des prescriptions de façon à les éviter et à évacuer tout risque de débordement. Il s'inscrit dans un contrôle social formel qui vise, en premier lieu, l'application de ce règlement par chaque personne concernée. L'éducateur est chargé de le mettre en vigueur et l'individu doit le respecter. Chacun en prend connaissance et fait son devoir, il sera récompensé ou sanctionné, selon qu'il s'applique à s'y conformer ou qu'il désobéisse.

²² Colloque d'éducation à la sexualité CIFRES Octobre 1998 Chalon sur Marne

L'éducation par le règlement intérieur est caractérisée par son aspect figé, où la soumission à la norme est l'évolution attendue.

D'autres normes environnent la personne et, à l'adolescence, en particulier, elles peuvent se heurter. Erickson [39] avait observé, dès les années soixante, les groupes de pairs adolescents et la grande exigence de certains par rapport au règlement interne du groupe. Il devient primordial, pour certains adolescents, d'être reconnu par leur groupe et d'appliquer son règlement, quitte à ne pas respecter celui de l'établissement scolaire qu'ils fréquentent.

Beaucoup décernent une vertu d'apprentissage démocratique au règlement intérieur expliqué et prévoyant la discussion. Celle-ci peut inclure des propositions provenant des diverses parties concernées : les enseignants, les parents, les élèves. Leurs objectifs visent à véhiculer et accompagner à certains domaines, comme la prévention des conduites à risque, ou empêcher les addictions. L'éducateur chaleureux attend de l'élève qu'il intériorise ces règles et qu'il les applique dans la relation, après ces discussions. L'adhésion, voire la signature, du règlement intérieur par le jeune répond à cette attente.

La compréhension de la peur des dangers qui sont à l'origine du règlement ne va pas forcément de soi. Elle n'engendre pas non plus automatiquement son application. Le célèbre adage « pas vu, pas pris », illustre de nombreuses situations de désobéissance de jeunes comme d'adultes. Dans le domaine de la sexualité, de multiples exemples en manifestent la banalité, à commencer par de très jeunes élèves qui se transmettent des cassettes vidéo « porno » dans la cour de récréation, ou encore les injures sexuelles grossières ou homophobes que l'on peut entendre dès l'école maternelle... Plus tard, de nombreux adolescents ressentent le besoin d'une sexualité très démonstrative, alors que le règlement intérieur impose aux élèves d'avoir une tenue correcte et une attitude respectueuse des lieux et des personnes. L'enseignant témoin de comportements équivoques doit rappeler aux intéressés que ces manifestations sont gênantes à voir et doit intervenir devant la classe entière[68].

Ces comportements peuvent persister, devenir plus fréquents ou devenir encore plus manifestes. Devant de tels constats, les éducateurs peuvent engager un renforcement des règles et risquent une escalade des sanctions pour légitimer leur autorité, jusqu'à adopter un comportement dictatorial et hostile, en contradiction avec l'accompagnement recherché.

- **L'approche ponctuelle**

L'approche ponctuelle est caractérisée, sous-tendue, par ce qui fait événement, par le désir de faire événement, de mobiliser à la fois l'attention, l'émotion et la réflexion de manière intense, mais ramassée. C'est le principe des opérations coups-de-poing, fréquentes dans les médias, mais ailleurs aussi, coups de projecteur sur nombre de phénomènes sociologiques qui nous sont ainsi rendus familiers : violence, drogue, sexualité. Elles suscitent une mobilisation très forte des consciences qui tend à faire croire que l'intensité de

l'émotion à elle seule construit de l'éducation. Or, l'émotion retombe tout aussi vite qu'elle monte : sa fulgurance joue dans les deux sens de son apparition et de sa disparition. On ne fonde qu'une animation sur l'émotion qui se construit, sur la réactivité, la spontanéité, l'irrationalité: on reste dans l'épidermique, dans la sensibilité première. L'éducation vise au contraire à la réflexion comme mise à distance nécessaire du vécu, du ressenti pour chercher à atteindre par l'analyse la compréhension, l'apprentissage et l'acquisition des comportements adaptés en situation.

Le principe même d'une pratique ponctuelle est assez communément répandue dans nombre d'établissements scolaires, à l'occasion de journées (ou demi-journées) banalisées d'information sexuelle et de prévention. On fait venir de nombreux spécialistes qu'on ne ferait pas venir régulièrement tout au long de l'année. On veille, d'ailleurs, à reconduire le cadre de l'année passée, qui a tant satisfait tout le monde. Ce qui compte en fait c'est bien plus la forme que le contenu!

L'approche ponctuelle traditionnelle se constitue par le côté figé, immuable, répétitif de la transmission, le côté cérémonial, sacré, rituel. C'est un moment extrêmement fort, riche, dispendieux dans la forme, la mise en scène, où l'on va investir sur le moment un maximum de moyens en se disant que, plus on y aura mis en oeuvre de moyens, plus on aura misé sur une certitude de l'avenir qu'on espère propice. C'est ainsi qu'il y a répétition de la tradition, qui protège, car elle nous inscrit aussi dans un groupe. Pour notre part, nous éprouvons une certaine insatisfaction, une certaine incohérence à participer à cela. La question se pose cependant : quelle est la réalité éducative de cette journée par rapport à tout ce qui s'y dit?

L'approche ponctuelle construit, alimente, et donc, perpétue un fonctionnement irrationnel que nous avons tous en nous, qui nous porte à croire qu'une intervention unique sur le sujet devrait suffire pour être assimilée, du genre : "je vous avais bien dit que...". Nous accordons au langage un côté performant qu'il n'a pas.

Parler ponctuellement aux jeunes des risques de grossesse, des MST ou des déceptions amoureuses soulage notre conscience d'éducateur, nous donne l'impression d'avoir fait notre devoir de prévention. De même, le souhait, légitime, de l'éradication du SIDA ne peut exclure qu'il reste un fait du monde, avec lequel il faut compter, et pour un certain temps, qui nécessite de l'intégrer dans la vie de chacun.

Par de telles approches, nous prenons simplement nos désirs pour des réalités: un minimum d'investissement étant supposé produire un maximum d'effets, nous nous installons alors dans une conception merveilleuse du monde... .

C'est une forme de générosité quelque peu naïve, une foi, car de telles interventions ponctuelles laissent en fait supposer l'existence de relais qui

reprendraient avec plus de nuances, en les affinant dans la durée les sujets abordés (contraception, préservatifs, MST).

Mais alors, est-il préférable de faire ce type d'intervention ou de ne rien faire? La question se pose. Cela suggère une autre réflexion : comment comprendre les événements qui se produisent? Tout procédé est un événement qu'on ne peut pas considérer en lui-même, comme s'il n'avait pas de contexte. Or, les événements ne sont intelligibles, que s'ils sont inscrits dans un contexte.

Pourtant, en dépit d'une certaine inefficacité, les interventions ponctuelles se poursuivent, car, atout déterminant, elles ont globalement un coût moindre que des investissements à long terme. Mais, est-ce une économie que de dépenser peu pour quelque chose qui ne sert pas à grand-chose, voire à rien? Il n'empêche que cette approche est devenue une habitude bien ancrée et rassurante, dont le côté ultra-pratique est évident, puisqu'on peut mettre en oeuvre ces activités ou les supprimer quand on veut. On peut dire cyniquement qu'avec quelques heures, on s'en tirera toujours, ce que l'on y fera n'entraîne pas une grande exigence de crédibilité. Un programme sur 20 heures /année exigerait sans nul doute un réel investissement de travail...

On observe aussi, que ces interventions relèvent souvent de l'approche du règlement intérieur.

Par nature, l'approche ponctuelle ne cadre pas avec l'ambition éducative. Celle-ci nécessite une structuration dans le temps et dans l'espace, elle suit une progressivité, un déroulement ayant une exigence d'analyse.

Le rôle de l'éducation est de prendre conscience de l'irrationalité de cette approche, de sa dynamique, mais aussi de la nécessité d'une rationalisation, d'une organisation des acquis.

- **L'approche linéaire**

L'approche linéaire se fonde sur l'idée d'une progressivité et d'une continuité du perfectionnement de la connaissance. Elle exprime davantage un souci de transmission de savoir avec la conscience que le lieu sur lequel on réfléchit, la sexualité humaine, est composé d'éléments multiples, qu'on ne peut pas aborder d'un coup ni appréhender immédiatement.

Dans la mesure où on établit une progression, on fait des choix sur des entrées dans le sujet. On va nécessairement développer une analyse des composantes de la sexualité humaine, rentrer davantage dans un travail de dénomination et de compréhension des éléments constitutifs de la sexualité. On organise, limite, circonscrit, jalonne le contenu du discours. Naît la tentation de condenser la totalité de la réflexion sur une ou des questions urgentes.

Pour nous, l'approche linéaire est une manifestation de l'esprit cartésien qui décompose le complexe en éléments simples, chacun analysé individuellement devant permettre d'atteindre la re-composition du tout. Dans cette approche, on ne s'interdit pas d'aborder les différents sujets, mais en les hiérarchisant (par gravité de risque), on part d'un niveau inférieur de

connaissances pour atteindre un niveau supérieur. C'est une approche quantitative, cumulative de la connaissance. Par exemple, l'approche biomédicale de la sexualité adopte souvent cette approche linéaire. Elle présente la sexualité comme un processus physiologique, une fonction organique. Mais qu'en est-il de l'application de ce qui se dit en cours, dans ce qui se vit au jour le jour? Elle apporte peu d'enrichissement pour la vie réelle du jeune. C'est le corps de l'homme réduit à la machine.

Les interventions construites sur cette approche relèvent souvent d'approches ponctuelles contiguës.

Dans cette logique et sur la même lancée, on raccroche alors à la locomotive du savoir du professeur de biologie un premier wagon, celui du savoir thérapeutique et sanitaire des médecins et infirmières scolaires, pourquoi pas un second avec les compétences psychosociales des assistantes sociales? On juxtapose des lieux de compétence et des approches différentes, on a l'impression qu'un relais se fait, or chacun reste dans sa spécialité. Il y a dispersion, sectorisation de la réflexion sur la sexualité, le simple lien étant la répétition. On reste sur la même visée fonctionnelle, organique, thérapeutique de la sexualité, mais on est loin de rendre compte de la globalité de la sexualité. Nous restons donc confrontés dans l'approche linéaire à une approche spécialisée qui comporte toujours un risque de censure, d'exclusion : l'élément au détriment de l'ensemble complexe, vivant, en devenir.

- **L'approche intégrative**

L'approche linéaire vise à cibler un acquis et néglige de ce fait le ressort principal de la sexualité qui est le désir, le désir de plaisir, le plaisir du désir, quelque chose de ludique.

L'approche intégrative est une approche délibérément positive en ce sens qu'elle ne cherche pas à éliminer la dangerosité que représente la sexualité pour l'humain. Elle tend à faire passer de la représentation passive et fatale de la dangerosité à celle de risque actif, réfléchi, pris avec un maximum de réflexion préalable. L'éducation sexuelle n'élimine pas le risque, mais mène une réflexion sur le risque et fait prendre conscience que le choix, la décision est une prise de risque. Partager cette difficulté à faire un choix rend la dynamique de ce choix plus efficace : on est moins isolé, mais on prend en même temps conscience, que personne ne pourra faire de choix pour nous. C'est donc une éducation à l'autonomie, à la responsabilité.

L'approche intégrative tente de se saisir d'une réalité dynamique: il y a un paradoxe à vouloir représenter ce qui change, ce qui est mouvant. Pourtant, nous avons pris progressivement conscience, que la réflexion que nous menons avec les jeunes peut se satisfaire à n'être qu'un éclaircissement provisoire, sur la base d'échanges, de questionnements et de doutes réciproques.

Notre travail a débouché sur la possible modélisation d'une problématique à plusieurs inconnues. Nous essayons peut-être de réaliser une gageure à vouloir

rendre saisissable, au sens d'attraper et de comprendre, l'insaisissable, à vouloir rendre objectif quelque chose qui est au coeur de la subjectivité humaine.

Seule cette écoute transversale peut être signifiante d'une problématique d'éducation structurée. Cette structure serait composée d'une série de moments à partager avec les jeunes, à savoir: une réflexion sur la sexualité, qui permettrait l'élaboration du rôle joué par la sexualité dans son projet de vie. Pour ce faire, l'écoute et l'accompagnement sexuels se situeront dans le temps. Ainsi, le jeune opérera un passage vers une appréhension et une compréhension dynamiques de ses problématiques, éclairé par cette écoute sexuelle structurée autour d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir être.

- **Le contenu du programme d'éducation sexuelle**

Le contenu d'un programme d'éducation sexuelle devrait recouvrir les principaux événements de la vie sexuelle de tout être humain à savoir:

Les thèmes du programme d'éducation sexuelle

- Pour le plaisir
- Découverte de la sexualité
 - Le langage du corps
 - La rencontre
 - La séduction
 - La première fois
 - Les erreurs
 - Le couple/L'amour/le désir sexuel
 - La fidélité
 - La différence
 - La responsabilité
 - L'agressivité
 - Les parents
 - La normalité

Nous examinerons plus tard la façon d'aborder chacun de ces thèmes. Le contenu de ce programme d'éducation sexuelle n'est pas conçu pour être développé de façon rigide. Il évoque seulement les grandes étapes de la vie sexuelle et affective. La découverte individuelle du plaisir se fait en même temps que la découverte de l'autre. La première fois est mille fois vécue symboliquement avant le passage à l'acte. Toutes ces étapes se recoupent et se suivent, sans se croiser nécessairement dans un réel immédiat. L'intervenant doit être prêt à changer son programme au fur et à mesure des questions, de la vie du groupe. Il doit suivre également son intuition. Les sujets s'éclairent les uns les

autres. Les thèmes, les aspects ou les données qui auront été omis ou insuffisamment traités pourront être ré abordés ultérieurement par le biais d'autres thèmes.

4.1.3.4 Les étapes d'intégration

Les responsables de l'éducation définissent un programme. Ce programme est élaboré sur le long terme. L'éducation par définition prend du temps. Dans toutes les matières qui visent particulièrement l'acquisition d'un savoir, il est relativement facile de proposer des étapes d'intégration de ces connaissances. Ensuite, ce savoir doit en théorie déboucher sur un certain savoir-faire, sinon à quoi servirait tout cet effort pour s'approprier ce savoir. Avec l'expérience, ce savoir-faire deviendra de plus en plus personnel. Il s'agit, à ce moment-là, d'un art de vivre qui intègre et transforme le savoir et le savoir-faire en une espèce de savoir- être.

Mais lorsqu'il s'agit d'accompagner un vécu, un état, un mode de vie, la route à suivre du savoir à l'être est un labyrinthe. Les étapes ne sont pas franchies de façon linéaire. Dans l'acte de connaissance, il y a déjà une anticipation de l'action, une projection personnelle. La volonté de savoir, la curiosité débouchent sur le désir et le manque et inversement. L'ignorance est source d'angoisse. Les certitudes tuent la curiosité. Entre le savoir et le savoir être, l'équilibre est incertain. Le balancement entre le savoir et le savoir être est nécessaire pour que le funambule trouve son équilibre à petits pas sur le mince fil de son savoir-faire.

L'éducation consiste à doser son apport entre ces trois étapes. Trop insister sur le savoir crée un déséquilibre qui ennuie; trop insister sur le savoir être peut créer un malaise qui apparaît trop moralisateur; trop insister sur le savoir-faire, ignorant que nous avons devant nous des être sensibles et en demande de connaissances, crée un gouffre infranchissable entretenant la peur, l'angoisse ou la culpabilité de s'être lancé sans cette recherche d'équilibre. Mais il faut aussi retenir qu'à l'inverse, prendre des risques est une attitude inévitable qui doit être compensée par un certain savoir et savoir être. Le risque, la pratique amènent également sa part de connaissances et une confiance en soi non négligeable.

La réflexion intégrative que nous proposons est déjà une approche qui implique cette recherche permanente d'équilibre renouvelable à chaque pas.

4.1.3.5 Le cadre didactique

Bien que l'éducation à la sexualité ne soit pas encore une discipline, les interventions dans le cadre de l'éducation exigent une expérimentation pratique généralisable qui fasse référence à la fois à des outils théoriques communs et à

des moyens pédagogiques adéquats aux buts, aux objectifs et aux finalités qui fondent le projet.

Il est donc nécessaire de créer un outil rationalisant les pratiques qui permet de rendre la sexualité humaine compréhensible, de révéler la complexité de la réalité pour qu'elle n'apparaisse pas trop compliquée, c'est-à-dire confuse, obscure, insaisissable, mystérieuse. Cette volonté de compréhension et de clarification concerne tout autant les intervenants que les jeunes

Nous avons donc élaboré un programme dont le contenu tient compte à la fois de la globalité, de la complexité, du dynamisme et du devenir de la sexualité humaine. Pour assurer l'approche globale de la sexualité, ce programme a été délibérément conçu pour fonctionner avec une certaine souplesse à l'intérieur d'un cadre défini. C'est ainsi que chaque fiche, concernant les différents thèmes, peut être remaniée, réadaptée, ré actualisée.

Comment parler de sexualité, d'amour et de plaisir, dans une classe sans trahir nos objectifs? Le souci du contenu ne doit pas faire oublier l'essentiel, c'est-à-dire accompagner la réflexion intérieure, l'ouverture aux autres et soutenir le dialogue social. Il ne s'agit pas de plaquer des recettes, ni des messages. Il s'agira pour l'équipe mixte de porter au monde un regard fait de si et de peut-être où chacun peut trouver sa place. L'éducateur doit témoigner de son doute non en tant que personne propre mais en tant qu'être signifiant. Le couple d'intervenants pourra donc se renvoyer réciproquement son questionnement d'homme et de femme avant de re-formuler ce même questionnement pour les jeunes, leurs parents et même leurs grands-parents. S'interroger soi-même à différents stades de sa vie passée, présente et future suscite le dialogue mieux que n'importe lequel des messages. Cette interrogation permet l'échange: leurs questions sont nos questions, les questions de tous. La recherche de réponses est permanente et évolue selon les situations. Il s'agit d'un exercice qui permet de poser la réflexion à différents niveaux de jugement moral, dans une atmosphère chaleureuse et permissive et avec l'espoir de déboucher sur un vécu réel.

Nous avons choisi d'organiser le déroulement des interventions selon le processus de réflexion chez l'homme qui, comme le calcul matriciel, tente de résoudre un problème à plusieurs inconnues. La figure à double entrée suivante présente quelques-unes de ces inconnues qui participent au dialogue avec soi-même, avec les autres ou avec la société. Il s'agit des différents aspects de la sexualité. L'aspect biologique concerne l'anatomie et la physiologie, les maladies, les outils de protection, etc. Il est indissociable de l'aspect psychologique qui fait intervenir l'affect, les émotions, les sentiments et l'imaginaire. Ces deux aspects s'articulent dans la problématique sociale de la relation à l'Autre²³, l'aspect social, qui vient en interférence avec les deux autres

²³ L'autre, c'est toute réalité humaine qui n'est pas moi

pour rendre possibles des questionnements, des prises de position, des choix, des actes volontaires qui reposent sur le jugement moral.

Figure 15
Cadre didactique
Thème : Objectifs généraux : intériorisé, relationnel, social

Aspects	Biologiques (corps)	Psychologiques (émotions)	Sociaux (relations)	Moraux (décision)
Niveaux				
Savoir				
Savoir-faire				
Savoir-être				

Le processus de réflexion se développe à trois niveaux:

- celui des savoirs, qui est le registre des connaissances, innées ou acquises, vraies ou fausses, issues de toutes les sciences;
- celui du savoir-faire, qui consiste à s'approprier des connaissances pour une mise en pratique comportementale;
- celui du savoir être qui correspond à une attitude qui s'élabore, s'édifie progressivement par la compréhension de nos choix de valeurs.

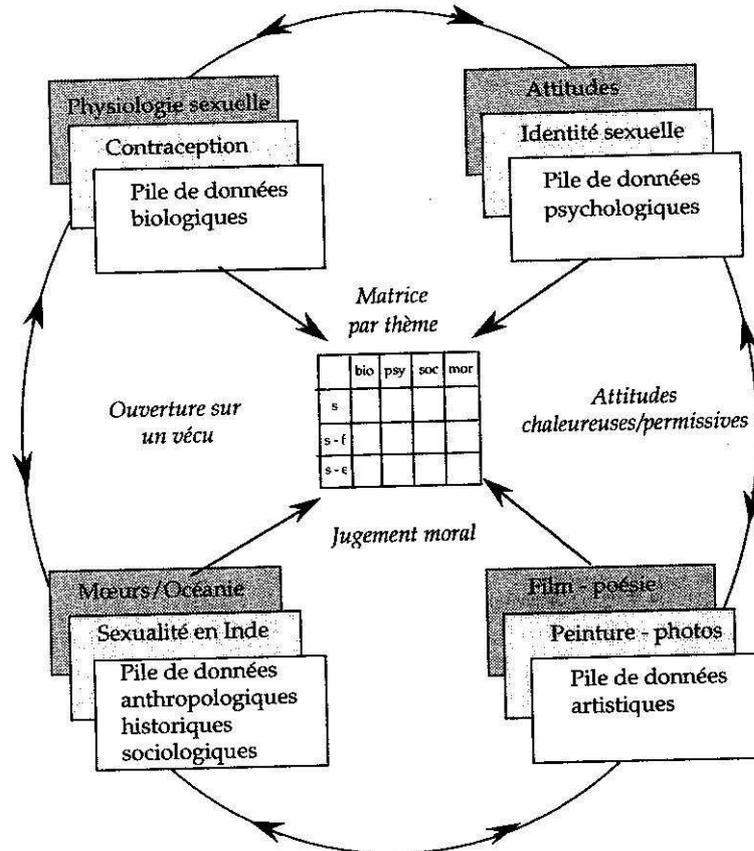
Chacun construit et modifie avec le temps sa propre matrice, en répondant à tout ou partie de ce casse-tête. La personne construit ainsi son propre miroir, son propre filtre, la grille avec laquelle elle regarde le monde.

La préparation d'une séance consiste donc à mettre un mot dans chaque case, le premier mot qui nous semble ouvrir le plus grand champ possible de réflexion sur cette dimension. Il existe donc une infinité de fiches pédagogiques selon chaque couple d'intervenants. La figure ainsi constituée sert de matrice de base à la réflexion sur le thème choisi. L'échange avec les jeunes pourra ainsi s'y inscrire. Chacun des mots de la matrice peut être mis en interaction avec tous les autres. Ainsi ils s'explicitent et s'éclairent mutuellement.

L'analyse de chaque thème consiste donc à faire émerger des mots clés qui le définissent. Chaque mot renvoie à un contenu puisé dans une pile de données illustré dans la figure 16 qui schématise le processus de réflexion chez l'humain.

Ces données s'interrogent les unes les autres et fournissent de multiples espaces où chacun peut développer sa propre problématique. Les visions personnelles seront ainsi respectées et seront sources d'échanges entre intervenants et jeunes. Dans ce contexte, le doute sur la vision globale de chacun et sur les données de base alimente l'enseignement. La différence nourrit la complémentarité.

Figure 16
Processus de réflexion chez l'être humain



Dans la présentation de tous les thèmes proposés dans notre programme nous donnerons des exemples de fiches pédagogiques selon différentes combinaisons possibles et selon des piles de données élaborant un savoir multidisciplinaire. Dans le livre "Paroles d'Amour et de Plaisir"[158], nous avons développé chaque thème prévu au programme d'éducation sexuelle en tenant compte de ce modèle pédagogique.

4.1.3.6 Les fiches pédagogiques

Pour préparer chaque rencontre les intervenants peuvent disposer d'une liste de mots clés pour remplir les matrices et les piles qui serviront de support à l'échange dans le groupe. Chaque mot et chaque relation entre les mots demandent aux intervenants de préparer un contenu d'exemples "personnels" masculin et féminin, d'exemples "relationnels" entre intervenants, entre parents et grands parents éventuellement, entre adolescents et apporter des données scientifiques pertinentes anciennes et actuelles. Nous proposons, en guise d'exemple, une construction sur chacun des thèmes, prévue pour un public de lycéens. Annexe 7

4.1.3.7 Les principes de changements

Les principes de changements sont multiples. Ils nous permettent d'élaborer des techniques éducatives comme le cours magistral, les jeux de rôles, la dynamique de groupe, les supports audio-visuels. Ces techniques sont au service de principes et non l'inverse, tout comme les principes de changement sont au service d'objectifs. Certains principes aident l'intervenant, selon les situations, à travailler sur les émotions, sur le cognitif, sur le comportement, etc.

- **La rationalisation des émotions**

A. Ellis [38] suggère que la pensée est directement reliée aux émotions comme des vases communicants. En fait, si nous jugeons un événement sans importance, il nous est impossible d'être dans des états émotifs de stress ou d'anxiété. Pour lui les états dépressifs sont entretenus par des idées qui n'ont pas nécessairement à voir avec la réalité. Par exemple, si une personne croit qu'elle ne peut être aimée ou désirée parce qu'elle ne l'a jamais été, comme il est impossible de remonter dans le temps, elle ne tentera rien pour modifier sa situation tant qu'elle ne modifiera pas cette idée qui la maintient dans un état dépressif.

Ces idées nous viennent de notre éducation et sont profondément ancrées en chacun de nous. Chaque culture hérite d'un certain nombre d'idées irrationnelles que nous retrouvons chez les adultes et très souvent chez les jeunes. Il existerait 11 idées irrationnelles-types dans notre culture qu'il faudrait combattre dès le plus jeune âge.

- **Idées irrationnelles fortement répandues**

1. L'idée que c'est une nécessité pour un adulte d'être aimé, accepté ou approuvé par toutes les personnes de son entourage.
2. L'idée qu'une personne doit être parfaitement compétente et efficace, sous tous les rapports possibles pour être reconnue comme une personne honorable ou qui a de la valeur.
3. L'idée que certains individus sont mauvais et pervers et, par conséquent qu'ils devraient être sévèrement critiqués et punis pour leur méchanceté.
4. L'idée que c'est effroyable et catastrophique quand les choses ne vont pas comme on aimerait bien qu'elles aillent.
5. L'idée que le malheur provient de causes extérieures et que les gens ont peu ou pas du tout de moyens de contrôler leurs chagrins et leurs difficultés.
6. L'idée que si quelque chose est ou peut être dangereux et redoutable, on doit en être terriblement inquiet et on doit demeurer constamment sur ses gardes dans le où cela se produirait.
7. L'idée qu'il est plus facile d'éviter que de faire face à certaines difficultés de la vie et à ses responsabilités.

8. L'idée que chaque personne est dépendante d'autres personnes et a besoin de quelqu'un de plus fort que lui-même sur qui compter.
9. L'idée que le passé de quelqu'un est le facteur le plus déterminant de son comportement présent et ce parce que si un événement a affecté très profondément sa vie, il aura indéfiniment le même effet.
10. L'idée que l'on doit être entièrement bouleversé à cause des problèmes des autres ou parce qu'ils n'agissent pas selon nos principes.
11. L'idée qu'il existe invariablement une solution convenable, précise et parfaite à tous les problèmes humains et que c'est une catastrophe si cette solution n'est pas trouvée.

- **L'inhibition de l'anxiété**

J. Wolpe [167] démontre que l'anxiété se traduit par une réaction du système nerveux sympathique. Tant que cette réaction n'est pas inhibée par une action plus forte du système parasympathique l'individu ne peut maîtriser son anxiété. Par exemple, il suggère que la peur du chien ne peut disparaître que progressivement. Une hiérarchisation des peurs et un climat de détente est nécessaire pour faire face aux événements de la vie qui nous perturbent. Pour diminuer la peur du chien, on peut proposer d'imaginer un chien méchant, mais qui se trouverait dans une autre maison, avant de se le représenter dans la chambre à côté et ainsi de suite. Envisager de tenir la main d'un(e) ami(e) avant de s'engager davantage est nécessaire pour diminuer la gêne, le dégoût ou la peur que nous inspire la démarche de séduction. Certains jeunes ne prennent souvent pas le temps de s'apprivoiser. Ils croient que tout doit se faire tout de suite ou alors qu'il faut s'abstenir.

Nous tiendrons compte de ce principe de changement dans l'élaboration de techniques éducatives.

- **Le rôle du jeu dans l'apprentissage**

J. Piaget [130] montre l'importance dans le développement de l'intelligence des stades d'imitation, d'exercices, de consolidation et de symbolisation. Ces stades sont pour lui des jeux qui partent inévitablement de l'imitation pour aller vers des jeux plus personnalisés, originaux où l'on s'imité soi-même en quelque sorte. L'enfant observe les plus grands marcher, parler et tente de les imiter. Il s'exerce par la suite des milliers de fois à répéter le même geste, le même son. Lorsqu'il a acquis une certaine confiance, il consolide cet acquis en l'intégrant dans un ensemble plus large comme des phrases, des déplacements avec des objectifs. Par la suite, tout cet acquis prendra une forme, un sens, une manière qui reflétera la personnalité de l'individu. L'adulte procède de la même façon pour apprendre le tennis ou tout autre apprentissage. Imiter les grands joueurs, des grands penseurs est une pratique fréquente.

Le développement de la sexualité doit être régi par les mêmes règles. Nous développerons une technique éducative qui tiendra compte de ce principe.

Chaque équipe doit définir ses propres principes de changement afin que son action éducative ait une certaine cohérence. La méthode intuitive est le plus souvent utilisée en éducation sexuelle. On multiplie ainsi les supports tels, que des films, des dépliants, des discussions sans trop savoir pourquoi, et sans en définir les bénéfices pour l'élève ; l'objectif est de faire passer un message qui modifiera la vie des jeunes. Ce rituel magique, bien connu en anthropologie, ne sert qu'à faire oublier la peur d'affronter la complexité de la vie.

4.1.3.8 Les techniques éducatives

- **Les techniques d'apprentissage**

Les techniques utilisées doivent être fondées sur certains principes, comme nous venons de le souligner, elles doivent également tenir compte des trois niveaux d'intégration du jugement moral : le savoir, le savoir-faire et le savoir être. Enfin, les techniques doivent s'attacher aux aspects biologiques, psychologiques, sociaux et moraux de la sexualité humaine.

- **Le principe de l'inhibition réciproque**

Le principe de l'inhibition réciproque nous permet de hiérarchiser les techniques d'apprentissage en allant de la situation la moins impliquante à la plus impliquante. Sans cette gradation, nous risquerions de blesser inutilement les jeunes et par conséquent de provoquer soit le rejet, soit le repli ou l'indifférence. Nous proposons que l'échelle d'implication suivante soit respectée dans la mise en oeuvre de techniques éducatives.

- **Degré d'implication des différentes techniques éducatives**

- 1 Implication des éducateurs
- 2 Travail anonyme
- 3 Discussion en petits groupes
- 4 Discussion sur des documents audio-visuels, littéraires, témoignages de jeunes
- 5 Jeux de rôles
- 6 Travail corporel

L'équipe mixte d'intervenants devra avant tout s'impliquer en tant qu'adultes dans la réflexion sur la sexualité. Il est prudent de ne pas chercher à faire parler les jeunes sans que chaque intervenant n'ait pris soin au préalable de manifester son intérêt personnel et sa capacité à échanger, écouter son partenaire de l'autre sexe intervenant avec lui. Cette attitude est la moins impliquante pour les jeunes puisqu'ils ne se sentent pas forcés d'intervenir. Cette première technique ne doit pas ressembler à un cours théorique mais réellement prendre la forme d'un engagement, d'une mise en forme d'un doute. Elle ne doit pas prendre une tonalité moralisatrice, surprotectrice. L'objectif est de susciter la

curiosité, de témoigner que les adultes ont aussi les mêmes problèmes et se posent les mêmes questions et qu'ils n'ont pas nécessairement les bonnes réponses ou la bonne manière de vivre la sexualité.

Le travail anonyme est un bon outil qui permet en même temps d'impliquer en profondeur chacun des élèves sans qu'aucun ne se sente menacé. Les éducateurs ayant témoigné de leur engagement en complétant la fiche de cours peuvent demander à leur tour aux élèves de tenter individuellement de compléter la matrice à leur façon. Chaque fiche individuelle peut être commentée par l'équipe mixte d'éducateurs car chacune d'elle rend possible, à elle seule, des milliers de relations ou d'interrogations indirectes sur la sexualité.

Exemple :Voici deux fiches différentes complétées par un garçon et une fille sur le thème de la séduction.

Peu importe, pour le moment, de connaître le sexe des jeunes ayant rempli ces deux fiches. Chacune d'elle devra être commentée par les deux intervenants. L'éducatrice peut tout d'abord s'identifier au jeune homme ou à la jeune fille puis interpeller l'éducateur dans sa vision d'homme. Les éducateurs peuvent aussi évoquer le fait que des adultes se retrouvent dans des situations analogues. Chaque case fait ainsi l'objet d'explications sur le processus de séduction dans ses dimensions corporelles (concept de beauté), sentimentales (amitié, amour), relationnelles (confiance, durée).

Ces fiches personnelles pourront par la suite être commentées par petits groupes et déboucher sur des jeux de rôles et un travail corporel impliquant les différents sens (regard, geste, parole) intervenant dans la séduction.

Thème : la séduction (1)

<i>Aspects</i>	<i>corps</i>	<i>relation</i>	<i>émotion</i>	<i>décision</i>
Niveaux				
Savoir	rigide	impossible	peur	fuite
savoir-faire	nul	figé	angoisse	refus
Savoir-être	nul	figé	démoraliser	abstinence

Thème : la séduction (2)

<i>Aspects</i>	<i>corps</i>	<i>relation</i>	<i>émotions</i>	<i>décision</i>
Niveaux				
Savoir	moyen	flirt	excitation	poursuivre
savoir-faire	développer	amitié	gêne	partage
Savoir-être	avenir	inconnu	peur	élargir

À l'occasion de la discussion en petits groupes, la rationalisation des émotions peut être utilisée pour réduire les états anxieux qui peuvent survenir tout au long de la formation. Le cours magistral est un apport de connaissances qui aide à diminuer les tabous, les peurs, les gênes, fondés souvent sur

l'ignorance. Le travail de groupe qui soulève souvent des idées reçues peut être facilité par l'application de cette technique des vases communicants entre la raison et les émotions. Laisser les élèves trouver eux-mêmes les connaissances qui peuvent les apaiser est un pari qui peut ne jamais se réaliser. Ils seraient condamnés comme beaucoup d'entre nous à chercher à tâtons la solution à leurs difficultés sexuelles. Par exemple, la peur que certaines pratiques sexuelles puissent entraîner des risques physiques ou être à l'origine de troubles psychologiques peut être levée par un apport de connaissances ou une réflexion critique sur les fausses connaissances, les mythes ou les erreurs (taille du pénis, menstruation, grossesse, vieillissement).

Dans ce cadre, des supports audio-visuels, des documents écrits peuvent être utilisés pour alimenter la discussion ou l'intégration des connaissances.

La technique du jeu de rôle est plus adaptée au principe d'apprentissage par jeux d'imitation, d'exercice, de consolidation et de personnalisation. Ces jeux permettent de travailler sur les étapes d'apprentissage. Par exemple, imiter celui qui a confiance dans ses capacités de séduction permet de perdre progressivement sa timidité. Dans ces jeux de rôles, un certain contact corporel peut se produire, il pourra ainsi être interprété et utilisé pour être généralisé.

Rappelons que toutes ces techniques sont au service d'objectifs généraux et globaux et de principes qui ont déjà fait leur preuve dans le travail sur l'humain. La formation et l'expérience des éducateurs leur permettront, progressivement, d'utiliser ces techniques au bon moment. La hiérarchisation des techniques proposées pourra même être bousculée si le besoin s'en fait sentir, mais en règle générale elle devrait être respectée.

4.1.3.9 Les bénéfices secondaires

L'application de ces principes de changement et de ces techniques éducatives permet d'envisager des bénéfices secondaires car dans toute intervention, il y a un profit inattendu qui se révèle être un objectif caché. Nous espérons tous que par les cours de français, l'élève obtiendra des bénéfices secondaires comme la curiosité géographique, sociologique. Avec l'apprentissage de la langue, il développera en plus de ses connaissances une affirmation de sa personnalité, un meilleur dialogue avec les autres, générateur de nouvelles connaissances, de réaffirmation de soi. Personne n'explique comment on obtient ces bénéfices secondaires.

Nous constatons qu'il en est de même pour les élèves qui assistent à des séances d'éducation à la sexualité. Les principaux bénéfices secondaires obtenus au cours de cette formation sont les suivants :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Plus grande conscience des événements importants dans sa vie.- Évaluation plus positive de son comportement ; de sa confiance en soi ; de son autonomie ; de son originalité. |
|--|

- Plus d'affection et d'initiatives envers autrui.
- Amélioration des sentiments amoureux.
- Plus d'harmonie dans ses études.

L'évaluation

Tout projet de recherche appliqué en sciences de l'éducation à une problématique de Santé Publique requiert un temps de mesure de l'efficacité de son action et un temps d'évaluation de l'expérimentation par les intervenants. L'évaluation est nécessaire afin d'éviter tout débordement et d'améliorer l'enseignement de la sexualité. Toute mesure obéit à une méthodologie d'enquête. Elle est l'expression quantifiée d'un changement de situation entre deux moments distincts: la situation avant les interventions et la même situation interrogée après les interventions éducatives. Cette mesure ne peut être effective que sur une durée significative des interventions. Nous consacrons 20 heures par année et par classe à l'éducation à la sexualité. Ces interventions étant envisagées sur les trois niveaux du second cycle secondaire. Cette évaluation devra donc couvrir le court, le moyen et le long terme.

Certaines formes d'évaluation seront, bien entendu, abandonnées ou limitées lorsque l'éducation sexuelle sera généralisée. L'ensemble de ces modalités d'évaluation est nécessaire dans une période d'expérimentation. Cette période pilote est indispensable à la formation des intervenants.

L'objectivité de la mesure demande l'utilisation d'outils d'enquête sociologique qui choisissent une modélisation du recueil des données. Le modèle retenu pour notre questionnaire est la grille proposée par Lazarus[69], sur l'évaluation des changements de bases pouvant intervenir lors d'une intervention profonde sur un ou des individus. Cette évaluation qualitative repose sur un questionnaire mesurant les effets de l'éducation sexuelle sur l'ensemble des composantes de la personnalité à savoir: les comportements, les émotions, les sentiments, les sensations, les représentations, le savoir, les interactions avec la vie, les conduites addictives, les attentes et les attitudes. Ce questionnaire devra être rempli avant toute rencontre des intervenants avec les étudiants. Il devra être refait en fin d'année. Cette évaluation devra respecter le strict anonymat. Nous procédons toujours à la mise en place d'un groupe témoin qui ne suit aucune intervention en éducation sexuelle, ce qui nous permet de mieux apprécier l'effet de notre action. Une proposition de questionnaire anonyme pour un public de lycéens est présenté à la fin de l'annexe 7.

À court terme, deux types d'évaluation peuvent être mis en place. Une d'auto-évaluation est effectuée au moyen d'une fiche à remplir distribuée à quelques élèves avant la fin du cours. L'autre type d'évaluation immédiatement après le cours consiste en un échange critique entre les éducateurs et quelques représentants mixtes des élèves. Cette discussion pourra être enregistrée, afin d'en garder des traces pour en faire une synthèse. Cette évaluation sur-le-vif servira de base à une seconde évaluation continue qui permet de dégager la

tendance des interventions et d'en modifier l'orientation, si besoin est. Ce bilan de fin de cours devra être limité dans le temps à savoir cinq minutes à dix minutes afin de rester dans les limites imposées par le cadre normal des horaires scolaires.

Pendant le déroulement du projet pilote, les rencontres avec les étudiants sont filmées. Deux caméras sont utilisées. L'une permet de suivre les réactions des jeunes et l'autre d'observer l'intervention des éducateurs. Cette base d'observation permet de mettre en place une supervision des enseignants. Ce document audio visuel peut également servir de témoignage pour les parents et pour d'autres équipes d'éducateurs intéressés à condition qu'ils acceptent la règle éthique de l'anonymat.

Des contrôles de connaissances dans chaque composante du champ de la sexualité (biologique, psychologique, historique) peuvent être effectués. La discussion à partir de résumés de lectures apparaît comme une forme d'évaluation plus dynamique que le contrôle traditionnel.

4.1.4 Un programme intégrant la sexualité en formation infirmière

Compte tenu de ces bases théoriques et pratiques, les axes d'une transcription dans la formation initiale des infirmières peuvent être dessinées, afin de lever l'anomie constatée. Nos suggestions portent sur un programme minimum d'accompagnement de la vie sexuelle au cours des trois années d'études. Des apports de connaissances spécifiques pourront se conjuguer avec un apprentissage intégré à leur pratique dans l'objectif d'être à l'aise dans les situations professionnelles.

Cette proposition est une déclinaison du programme pour lequel nous avons contribué à la construction, en équipe pédagogique, et en collaboration avec le CIFRES, pour le Diplôme Universitaire de Formation en Education Sexuelle à l'Université Paul Sabatier (facultés de Médecine Rangueil et Purpan) de Toulouse III.

Ce programme d'un total de 180 heures est réparti sur les trois années d'études d'infirmière, soit 60 heures annuelles. Il s'insère dans le nouvel enseignement infirmier mis en œuvre à l'automne 2009 et visant l'acquisition des 10 compétences citées ci-dessous. Il peut être compatible avec la mise en place de la nouvelle filière universitaire infirmière - Licence - Master - Doctorat en soins infirmiers.

Les dix compétences infirmières

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

Le nombre d'heures à prévoir est indiqué entre parenthèses.

4.1.4.1 Programme de la première année (60 h.)

La formation en première année peut s'organiser en tronc commun avec celle d'autres professionnels de santé, du social et de l'éducatif. Elle apporte des connaissances très spécifiques pour une éducation à la sexualité ainsi que

des connaissances en sciences humaines pour une perception de la sexualité dans la globalité de la personne. L'enseignement en psychologie est le plus important et diversifié, il se termine par une mise en relation des différentes approches, permettant d'entrer dans la complexité

Approche globale de l'éducation à la sexualité : fondements théoriques et pratiques. Evaluation du système éducatif global. (6 h)

Recherche d'une cohérence :

1 – Définition de la sexualité humaine : contenu et fond

2 – Processus de normalisation de la sexualité

- **Approche théorique**

Construction de la normalité et du contrôle social dans ses aspects : intériorisé, relationnel et formel

Le système de légitimation qui en découle : les modes de perception subjective de la réalité ; les déterminants des activités sexuelle

- **Application pratique :**

Les représentations de la masturbation

Le contrôle social intériorisé (9 h)

Le positionnement de l'individu vivant en société. Comment l'individu s'approprié la régulation sociale dans son existence privée.

- **Approche théorique**

1- Etude du modèle de Kohlberg [63] sur le développement du jugement moral

2- Etude du modèle anthropologique. Les 5 problèmes culturels généraux et leurs solutions possibles

- **Applications pratiques**

Les changements ou pas de perception sur la notion de relation extraconjugale

La transmission des idées irrationnelles dans notre culture selon A. Ellis [38]

Conte de l'envie d'Elle et du désir de Lui à travers les continents.

Le contrôle social relationnel (6 h)

Transmission par les pairs des modèles sociaux

- **Approche théorique**

Étude du modèle de Becker [10]

Les processus d'interactions dans la mise en place d'attitudes et de comportement sur le façonnement de la personnalité de l'individu – stratégies parentales

- **Applications pratiques**

Couple et sexualité : les stéréotypes du lien amoureux

Lecture et commentaires « Couple, sexualité et société » de R. Tremblay [156]

Le contrôle social formel (9 h)

Étude de la confrontation de l'individu aux modèles sociaux

- **Approche théorique**

Étude du modèle d'anomie selon Durkheim [37] et Murton [89]

- **Applications pratiques**

Recherche d'un modèle éthique de la sexualité selon Guyon, Bergström²⁴

Les difficultés de la prévention Sida IST

Processus d'interaction social (6 h) :

Étude des liens entre les trois composantes du contrôle social

- **Approche théorique**

Étude du modèle de Lambert sur le rôle de l'étiquetage social

- **Application pratique**

L'agressivité et l'abus sexuel

Le développement de la sexualité chez l'humain (24 h) :

Approche historique de la complexité du développement de la sexualité à travers différents modèles théoriques

- **Approche théorique**

1 – Du point de vue du développement cognitif (Piaget [129]) :

Méthode clinique qui va s'élaborer en méthode diagnostic.

Continuité entre le biologique et le psychologique.

Notion de stade, sexualité pensée comme fonction énergétique nécessaire à la construction de la pensée.

Démarche scientifique de Kinsey [60]

2 – Du point de vue du développement psycho affectif et psychanalytique

Modèle Freudien [42, 43, 44]

Développement psycho affectif et à l'inconscient – concept de pulsion entre corps et psychisme et les théories pulsionnelles – Stade de développement affectif et chronologie : la naissance, les stades prégénitaux (antérieur à l'Œdipe), le complexe d'Œdipe et l'angoisse de castration, la période de latence, la puberté – Constitution des images masculines et féminines – Concept de roman familial : importance du fantasme infantile dans la construction de la sexualité

Modèle Lacanien et de Wallon [165]

Imaginaire, réel et symbolique – La question du désir – Le langage : besoin, désir et demande – Du manque qui manque au désir, question de l'autre – Le stade du miroir – Le phénomène oedipien

Modèle de Mélanie Klein [61]

Auto érotisme et narcissisme – Développement psycho sexuel de la petite fille

Modèle de Winnicott [166]

Dyade mère enfant : Phénomènes trans-situationnels : relation d'objet

²⁴ L'expérience scandinave. Robert Laffont 1970

Mise en relation de ces concepts

Interactions qui permet de mieux saisir le développement psycho sexuel de l'enfant en tant qu'il préfigure la sexualité adulte et en pose les fondements

- **Applications pratiques**

Regard sur le handicap, effets ravageant des représentations, sexualité et différence, habit « d'Arlequin » selon Deleuze

Sexualité du sujet handicapé : sexe des anges, ou sexe des bêtes – Statut du corps : lien entre dedans et dehors, sexualité déniée entre humanité et animalité – sexualité et déficience sensorielle : « La leçon de piano » ou lorsque les mains inscrivent l'espace du désir – sexualité et surdité

3- l'approche interactive de J. Money [100]

Discussion sur la lecture et les commentaires de lecture des étudiants : « Etes-vous un homme ou une femme ? de J. Money

Anthropologie et sexualité

Religion et sexualité

Loi et sexualité

Les sexualités différentes : homosexualité, bisexualité

Histoire du lien amoureux

4.1.4.2 Proposition de programme en deuxième année

La proposition se concentre de façon plus spécifique sur la formation des infirmières et situe en lien avec les compétences à acquérir pour le diplôme d'état actuel. Sa programmation s'organise selon le déroulement des études et son élaboration propre à chaque IFSI

En lien avec la compétence 1: Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

Démarche de soin et santé sexuelle :

Approche théorique (30 h)

Définition de la santé sexuelle selon l'OMS – Lien avec la définition de la santé holistique qui fonde l'approche infirmière – Aspects biologiques, comportementaux et culturels.

- Anatomie et physiologie des réactions sexuelles féminines
- Anatomie et physiologie des réactions sexuelles masculines : Lecture individuelle et commentaires « Les réactions sexuelles » de Master et Johnson [86]
- Anatomie et physiologie Les étapes physiologiques : naissance, puberté, grossesse, vieillissement, maladies.
- Lecture et commentaires « L'accomplissement sexuel de la femme » de Barbach [7]
- Ethologie : étude de la sexualité animale et humaine

- Artistique : Erotisme et pornographie : l'imaginaire érotique
- Lecture et commentaires : « L'orgasme au masculin » Boutot [14]
- Besoins fondamentaux de la personne selon les modèles de :

Maslow [85] : les fonctions physiologiques de reproduction et de plaisir de la sexualité, la sexualité et les besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime et de s'accomplir, les liens entre ces différents niveaux

V. Henderson [52]: les limitations à la satisfaction des besoins et leurs liens avec la sexualité, les manifestations de la sexualité dans la satisfaction des besoins

- Les diagnostics spécifiques à la sexualité :

Dysfonctionnement sexuel : Changement dans le fonctionnement sexuel perçu comme insatisfaisant, dévalorisant ou inadéquat.

Perturbation de la sexualité : Situation où une personne éprouve ou risque d'éprouver un changement dans sa santé sexuelle.

Syndrome du traumatisme de viol...

Approche pratique (12 h)

Analyse des besoins des patients selon des études de cas cliniques, dans diverses pathologies pouvant entraîner un diagnostic spécifique à la sexualité : malformations génitales, infections génitales féminines et masculines, troubles urinaires, néphropathies (et exsuration extrarénale), handicaps divers...

Modèle dynamique dit « matriciel » pour cette analyse ; dimension biologique, relationnelle, psychique et morale ; savoir, savoir faire et savoir être

Apprentissage de l'outil : constitution de fiches selon les cas cliniques, par groupe de 2 ou 3 étudiants.

Présentation, échanges et commentaires en groupe

En lien avec la compétence 2: Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers :

Approche théorique (9 h)

- Sexualité et Endocrinologie, Neurologie, Modèle des neurosciences : Aron, Changeux [24], Damasio, Jeannerot, Vincent J.D. [163] et Vincent L. [164]
- Lecture et commentaires : « Les sexologues » de Brecher
- Priorités de soins. Rôles : prescrit, propre et en collaboration
- Programmation d'actions spécifiques : écoute, conseils et accompagnement à la perception de la sexualité, à la formulation des craintes et du ressenti, explications des perturbations engendrées par la pathologie ou l'intervention, explications des gestes et actes infirmiers techniques (toilette périnéale)
- Evaluation de l'évolution dans le temps

Approche pratique (9 h.)

Conception et élaboration de projets de soins incluant des actions (et leur évaluation), spécifiques à la sexualité, à partir de cas cliniques : préparation et soins de suite de prostatectomie, hystérectomie et autres interventions gynécologiques, accompagnement aux thérapies du cancer du sein, problèmes cardio-vasculaires, lésions endocriniennes diverses, troubles psychiatriques... (Travail par petits groupes, suivi d'une mise en commun en grand groupe)

Apprentissage de la toilette périnéale, pose d'un étui pénien, soin de suite de circoncision (présentation des gestes et de l'accompagnement relationnel puis passage individuel avec le mannequin ; commentaires techniques et psycho-affectifs).

Accompagnement aux médiations et soins psychiatriques : socio-esthétique, sexo-corporelle, expression artistique de la sexualité (exercices effectués par les étudiants).

4.1.4.3 Formation en 3^{ème} année

En lien avec la compétence 3: Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

Approche théorique (1h 30)

Exemple d'une approche globale des soins et du parcours de soins : spécificité des patients présentant des lésions neurologiques

Approche pratique (3 h)

Observance des traitements ayant une influence sur la sexualité

Injections intra caverneuses

Rééducation sexuelle des personnes présentant des lésions neurologiques.

(Elaboration par groupes de 2 ou 3 étudiants, de protocole d'accompagnement sur présentation de cas clinique ; présentation en grand groupe et commentaires)

En lien avec la compétence 4: Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

Approche pratique (3h)

Préparation à l'examen gynécologique ou urologique, aux bilans de santé reproductive

(Elaboration par groupes de 2 ou 3 étudiants, de protocole d'accompagnement sur présentation de cas clinique ; présentation en grand groupe et commentaires)

En lien avec la compétence 5: Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

Approche pratique (6 h)

Education sexuelle, éducation à la santé, éducation thérapeutique
Démarche éducative à la sexualité, individuelle et collective ...

Elaboration par groupes de 2 ou 3 étudiants, de protocole d'accompagnement sur présentation de cas clinique ; présentation en grand groupe et commentaires.

En lien avec la compétence 6: Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

Approche théorique (6 h)

Attitudes et comportements sexuels féminins : La vaginalité, l'anorgasmie

Attitudes et comportements sexuels masculins : Ejaculation précoce – manque de désir – l'impuissance

Les thérapies sexuelles

La procréation médicale assistée

Approche pratique (3 h)

Elaboration par groupes de 2 ou 3 étudiants, de protocole d'accompagnement sur présentation de cas clinique ; présentation en grand groupe et commentaires

En lien avec la compétence 7: Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle

Approche théorique (3 h)

L'anomie sexuelle dans les services de personnes âgées, de personnes handicapées.

La confidentialité et l'intimité de la vie sexuelle - exemple de la grossesse précoce en milieu scolaire -

Approche pratique (9 h)

Les soins de santé primaire, santé communautaire : analyse des besoins en santé sexuelle d'une population (perception par la population elle-même, perception des professionnels et données épidémiologiques) et des ressources disponibles (leur accessibilité, faisabilité, acceptabilité, efficacité, efficience)

Formation Supervision et jeu de rôle d'accompagnement individuel et collectif

Construction de projet de prise en charge de la sexualité

En lien avec la compétence 8: Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

Approche théorique (3 h)

Enquêtes quantitatives et qualitatives sur les comportements sexuels : Kinsey[60], Hite[55], Simon[145], Spira[149], Lagrange et Lhomond[66], Mossuz-Lavau[103] .

Epidémiologie des troubles sexuels : facteurs de risques d'IST-Sida, de grossesses précoces ou non désirées,

Les indicateurs scientifiques de la sexualité, les biais divers engendrés par les mythes et l'anomie.

Approche pratique (3 h)

Lecture critique d'articles scientifiques et de vulgarisation sur la vie sexuelle ; commentaires en grand groupe

En lien avec la compétence 9 : Organiser et coordonner des interventions soignantes

Approche théorique et pratique (4 h 30)

Service de réadaptation fonctionnelle et sexualité

Centres d'orthogénie, de planification et de conseil conjugal

Dispensaire antivénérien

CECOS

(Table ronde en présence de cadres infirmiers de ces structures)

En lien avec la compétence 10: Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Approche théorique (6 h)

Éduquer à la sexualité (rappel de la première année):

Suite de la démarche de Santé communautaire : soins de santé primaire et promotion de la santé dans le domaine de la sexualité : Santé sexuelle d'une population (Milieu scolaire et de protection de l'enfance, services de personnes handicapées, services pénitentiaires, services de personnes âgées)

Approche pratique (8 h)

Cadre pédagogique

Attitudes à développer

Travail en réseau

Evaluer

Evaluation de la formation sur les 3 ans (1 h)

5 Conclusion : L'anomie sexuelle dans la formation infirmière

Les définitions internationales de la sexualité et de la santé sexuelle, reprises au niveau européen, ne sont pas mentionnées dans les textes infirmiers français. Une cohérence entre les définitions de la santé de l'OMS et la définition holistique qui fonde l'approche infirmière offre cependant une ouverture pour y intégrer la sexualité. En France, une orientation globale apparaît de façon sous-jacente, dans le cadre de la santé reproductive, des lois sur la contraception d'urgence et l'éducation sexuelle. La responsabilité de l'infirmière est engagée et constitue alors un objectif qui lui est propre. Pour atteindre ce but, les moyens proposés en formation procèdent plutôt d'un ritualisme conforme aux modalités de résolution de problèmes, face à une santé globale interpellée par les réalités de la précarité, des minorités et du danger. On constate donc un refus des définitions de la sexualité et de la santé sexuelle alors que le but de la santé globale est accepté. Le refus des moyens pour prendre en compte ces définitions s'explique par le choix d'autres modalités. Les formateurs et les étudiants confirment ce refus dans l'enseignement pratique dans lequel aucune définition n'est évoquée. C'est donc de repli qu'il s'agit, concernant la sexualité, selon la définition complexe que donne l'OMS.

L'ONU Sida constate plus généralement un repli de nombreux pays par rapport à la mise en place de démarches visant la santé sexuelle. Ils se heurtent principalement à l'incompréhension et à la difficulté de respecter l'intimité et la confidentialité des individus. Les difficultés liées aux moyens utilisés pour aller vers cet objectif constituent un refus des moyens proposés au niveau international. Une incitation récente à la construction de projets plus globaux permet d'initier l'ouverture de dialogues et de réflexions sur la santé sexuelle. En continuité, l'Europe met l'accent sur les démarches permettant une approche de la sexualité, non réduite à la génitalité, et intégrée dans la globalité de la santé. Le code de santé publique français permet cette ouverture puisqu'il met en évidence le rôle propre infirmier dans son approche globale. Le programme théorique et pratique de la formation infirmière pour une approche holistique révèle une situation anémique par les moyens mis en œuvre. L'objectif de santé sexuelle est évoqué au détour de deux diagnostics infirmiers, mais les connaissances dans le domaine de la sexualité font défaut, au point qu'ils sont peu utilisés. La place de la sexualité dans la démarche globale de santé est tellement morcelée et parcellaire qu'elle devient impossible.

Dans la pratique des soins, l'approche relationnelle est également anémique. L'insuffisance des moyens pour l'écoute et l'accompagnement est ressentie par des formateurs et des étudiants dans leur pratique et met en évidence la situation. Ils sont en attente de nouvelles propositions en matière de

formation pour une place plus importante de la sexualité. Quelques innovations se mettent timidement en place et de façon limitée dans quelques services, ou dans des modules spécifiques. Mais l'écart entre les moyens et les buts demeure très large. Les buts proposés au niveau international, et repris en Europe, de consentir à des efforts en direction d'une santé sexuelle au sein des services, ne sont repris en France qu'en direction de la problématique VIH Sida. On peut y voir la manifestation d'un refus malgré cette exception. La formation théorique infirmière se limite à une approche préventive hygiéniste alors que la sexualité devrait être abordée dans la globalité des besoins fondamentaux de la personne. La pratique révèle une situation de conformisme où les buts, non clairement définis, constituent des freins, voire des blocages. Ces buts et moyens n'apparaissent même pas en gynécologie et en urologie. En définitive, la sexualité est réduite à un agent du contrôle social tendant à limiter et à s'exercer sur les dangers de la sexualité. En conséquence, ces refus de buts et de moyens font apparaître une rébellion. En effet, de nouvelles propositions sont formulées en termes de moyens et de buts, mais ne peuvent être entendues.

Une tension importante s'observe en France, entre les buts de santé publique relevant d'une approche hygiéniste, et ceux qui concernent l'approche globale de la personne ou de la population, pour une santé sexuelle. L'approche des problèmes de santé s'avère restrictive, selon une démarche linéaire, construite à partir de facteurs de risques repérés, en direction de comportements adaptés pour éviter ces problèmes. Les facteurs sociaux et environnementaux apparaissent peu alors que l'accent est mis sur les facteurs comportementaux. L'éducation sexuelle, dans ce cadre, devient un levier de santé publique et fait l'objet de textes officiels, apparemment cohérents avec les buts internationaux, orientés vers une approche de la complexité. La formation infirmière en Santé Publique se cantonne à des bases cognitives pour apporter des connaissances de façon limitée et parcellaire. Les moyens de formation mis en œuvre sont insuffisants et ne peuvent répondre aux objectifs internationaux tenant compte de la complexité humaine. En conséquence, aucun projet ne peut s'inscrire dans la durée et reste donc dans des activités ponctuelles, n'aboutissant à aucun résultat. Nos enquêtes font apparaître une prise de conscience de ces limites par les formateurs interviewés, alors que les infirmières scolaires éprouvent le sentiment d'une « mission impossible ». Certains infirmiers n'ont que la possibilité de se rebeller. Ils se sentent victimes de cette contradiction entre l'absence de moyens et les propositions internationales.

Si les buts de la relation d'aide en formation initiale infirmière révèlent une cohérence avec les propositions internationales, son enseignement pratique par contre est confronté à plusieurs problèmes. Les moyens sont limités par l'insuffisance des connaissances et la difficulté d'établir un langage commun. Ils sont aussi en contradiction avec un habitus infirmier hygiéniste qui conduit à penser l'aide et sa composante éducative, comme une transmission de messages pour limiter les risques. L'accompagnement des personnes en est entravé, parce

les autres facteurs humains ne sont pas suffisamment considérés. En effet, l'environnement social psychologique et familial est négligé. La confiance indispensable au relationnel s'en trouve restreinte voire impossible. La pratique met en évidence cette contradiction qui limite les motivations pour une relation d'aide, quand il s'agit de la sexualité. Le refus manifesté par les personnels infirmiers et les étudiants suscite des formes de rébellion. Des propositions et expérimentations nouvelles, visant à inclure l'approche de la sexualité dans la formation, semblent favoriser un développement personnel infirmier pour une relation d'aide de qualité. Notre enquête démontre une attente du personnel infirmier allant dans le sens d'une meilleure formation, capable de prendre en compte la complexité de la sexualité.

Dans les limites de cette étude, nous pouvons conclure que la formation initiale infirmière se heurte à de nombreux obstacles, quand il est question d'écoute, de conseil et d'éducation à la sexualité. L'anomie décrite par Durkheim et Merton se manifeste, en effet, par un repli quant aux buts et moyens visant la sexualité et la santé sexuelle. Ce repli se traduit de façon évidente par l'absence de travaux de fin d'études en lien avec la définition de la santé sexuelle ou sur l'intégration de la sexualité dans la démarche de soins. Le repli est exprimé dans les commentaires écrits sur les questionnaires anonymes présentés en fin de formation, par quelques formateurs : « questionnaire extrêmement difficile », « je n'ai jamais eu ce type de questionnement... » « Je pense qu'il n'y a pas de formation à l'éducation à la sexualité développée dans les IFSI, au regard des différents thèmes abordés dans ce questionnaire. »

La santé sexuelle est évoquée au détour d'un diagnostic infirmier, sous la rubrique « communication » et le repli peut alors sembler limité et partiel. Mais l'approche holistique infirmière ne parvient pas à considérer la sexualité dans sa globalité. Les quelques diagnostics infirmiers spécifiques ne sont pas utilisés. La classification par grandes fonctions de l'organisme exclut la fonction sexuelle de plaisir, même quand il est question d'organes génitaux. De même, l'approche globale en Santé Publique est en contradiction avec une approche hygiéniste de l'éducation à la santé.

Aborder le domaine de la sexualité, en formation initiale infirmière, s'inscrit dans un contexte difficile du vécu relationnel professionnel, où rôle propre et rôle prescrit sont difficiles à concilier. Walter Hesben [53] rappelle l'approche de Jean Watson*²⁵ : « l'essence des soins infirmiers est la démarche interpersonnelle entre l'infirmière et le patient en vue de produire un résultat thérapeutique chez celui-ci ; l'accessoire des soins infirmiers est l'ensemble des techniques, des protocoles, des terminologies, des modes d'organisation, des lieux de soins (...) utilisés par l'infirmière... C'est cette démarche qui va

²⁵ Watson J « Nursing : the philosophy and science of caring. Ed Little Brow; Boston 1979

permettre d'envisager un résultat thérapeutique entendu au sens de « contribuer au bien être » et non au sens restrictif de guérir ou de traiter. »

Nous avons constaté l'emboîtement d'une approche de santé sexuelle et d'une santé holistique et les difficultés pour enseigner et mettre en pratique une prise en compte de la personne comme un tout vivant, notamment dans la relation. Une telle prise en compte renvoie au développement personnel de l'étudiant infirmier. Dans le domaine de la sexualité, celui-ci est restreint à une fonction de reproduction et à une approche du développement psycho sexuel selon la théorie psychanalytique. Le tout vivant de Marcel Mauss rappelle l'importance du contexte social. En effet, les données environnementales et sociales actuelles sont à considérer, comme le formule Marcela Iacub. [57] « cette sexualité qu'on dit libérée des carcans qui l'oppressaient, la condamnaient au silence, à la souffrance et à l'illégalité, apparaît aussi comme une menace sourde mais terrible, comme la source de dangers innommables, comme un fantôme omniprésent contre lequel notre société s'est décidée à nous protéger, en employant manifestement les grands moyens. » Un éclairage et une compréhension de la complexité de la santé sexuelle est donc nécessaire pour accompagner le développement personnel des étudiants infirmiers à une relation d'aide empathique.

Une réactualisation en direction des soins de santé primaire a été formulée, en 2008, par le Dr Chan, directrice de l'OMS²⁶. L'organisation internationale appelle à une amélioration de l'analyse de la santé sexuelle et génésique qui concernent la qualité de vie et la prise en compte d'incapacités. Ces données touchent l'articulation de la santé et du droit. La conjonction de ces deux objectifs peut être l'occasion de sensibiliser, informer et entraîner les futures infirmières pour l'amélioration d'une approche globale de la santé et de la sexualité. Affiner les connaissances pour un recueil de données dans ce domaine favorise aussi une meilleure participation des infirmières aux programmes d'action en Santé Publique, comme de meilleures capacités à occuper leur place en direction des besoins de santé primaire des populations.

En résumé, une formation initiale intégrant, tout au long du cursus, une éducation sexuelle adaptée à l'infirmière peut contribuer à la construction d'un savoir faire et un savoir être infirmier, dans le soin, le « prendre soin », ou en prévention. Elle implique, d'une part, l'intégration d'apports théoriques biologiques et de sciences humaines pour aborder la globalité de la personne. Elle offre une voie pour le développement personnel grâce à un décryptage de nombreuses tensions, émotions et silences. Ces connaissances et apprentissages dans un domaine, si anémique et si présent pour chacun, pourraient préparer l'étudiant infirmier à ses fonctions d'accueil, de suivi, de conseil et d'éducation, tout en découvrant de nouveaux repères, biologiques, psychologiques, sociaux,

²⁶ « Retour sur Alma-Ata » Genève, 15/09 /08 OMS

anthropologiques, juridiques et moraux pour vivre et tisser la complexité de l'humain. Cette éducation à la sexualité éclairerait ainsi l'approche de la santé globale.

L'innovation peut aussi être envisagée du côté du travail en réseau, sous forme d'un tronc commun à divers professionnels. Elle consisterait à élaborer un programme de formation initiale, comprenant une partie de tronc commun à plusieurs professions sanitaires, sociales et éducatives. La découverte des différents aspects de la sexualité pourrait être plus accessible, tout en offrant un apprentissage, voire une construction commune de projets, en équipe pluridisciplinaire. Cette formation commune faciliterait, par la suite, le travail et la coordination en réseau.

Lever l'anomie sexuelle, en créant un langage commun à partir de connaissances et apprentissages spécifiques, constitue ainsi notre proposition pour la formation infirmière dans le soin, le prendre soin et la promotion de la santé individuelle et collective.

6 .Table des figures

Schéma de la problématique	p. 26
Tableau selon Merton : conformisme et déviations /Buts et moyens	p. 30
Graphique des réponses Question 8	p. 48
Graphique des réponses Question 11	p. 49
Définitions sexualité et santé sexuelle	p. 50
Graphique des réponses Question 9	p. 63
Démarche de soins et sexualité	p. 65
Graphique des réponses Question 12	p. 77
Graphique des réponses Question 5	p. 78
Graphique des réponses Question 6	p. 79
Tableau de Merton / modules de pathologies	p. 83
Graphique des réponses Question 10	p. 100
Graphique des réponses Question 12	p. 101
Tableau de Merton / santé publique	p. 106
Graphique des réponses Question 7	p. 123
Graphique des réponses Question 13	p. 124
Tableau de Merton / relation d'aide	p. 128
Figure 1.Approche générale de l'éducation sexuelle	p.132
Figure 2. Les fondements de l'éducation sexuelle	p. 133
Figure 3. Déterminants des activités sexuelles	p. 138
Figure 4. Les différents niveaux du contrôle social	p. 151
Figure 5. Développement du jugement moral	p. 152
Figure 6. Les différentes attitudes de l'éducateur	p. 156
Figure 7. Processus d'adaptation sociale	p. 157
Figure 8. Le programme d'éducation sexuelle et le jugement moral	p. 161
Figure 9. Les attitudes de l'éducateur: une question de personnalité	p. 162
Figure 10. Les attitudes de l'éducateur	p. 162
Figure 11. L'éducation sexuelle en pratique	p. 166
Figure 12. Charte éthique de l'éducation sexuelle	p. 168
Figure 13. Contenu de la formation des enseignants	p. 169
Figure 14. Types de programmes en éducation sexuelle	p.173
Figure 15. Cadre Didactique	p. 180
Figure 16. Processus de réflexion chez l'être humain	p. 182

7 Table des sigles utilisés

- A.N.A.D.I. : Association Nord Américaine du Diagnostic infirmier (N.A.N.D.A. North American Nursing diagnostic)
- A.S. : Aide Soignante
- A.S.H. : Auxiliaire Sanitaire Hospitalière
- B.A.S.I.C.I.D.E.A. : B. : Behaviour, A. : Affect, S. : sensation, I. : Idea, C. :Cognition, I. : Interaction, D. : Drug, E. : Expectative, A. : Attitude
- C.E.S.C. : Comité d'Education à la santé et à la Citoyenneté
- C.E.F.I.E.C. : Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres
- CIFRES Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité
- C.D.E.G. : Le Comité directeur pour l'égalité entre les femmes et les hommes
- C.D.S.P. : Centre de Données Socio-Politiques
- D.A.L.Y. : mesure d'impact d'une maladie, ajustée aux années de vie et indicateur d'invalidité
- D.E. : Diplôme d'état DEA : Diplôme d'études Approfondies
- D.G.S. : Direction générale de la Santé
- DSM : Diagnostics, statistiques des troubles Mentaux (Ils sont édités par l'association psychiatrique américaine depuis 1952- le DSM IV est la dernière édition en 1994)
- D.U. : Diplôme Universitaire
- D.U.F.E.S. : Diplôme Universitaire de Formation Education Sexuelle
- E.T. : Education Thérapeutique
- F.I.D.H. : Fédération internationale des droits de l'Homme
- MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
- I.D.E. : Infirmière diplômée d'état
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- I.M.E. : Institut méco-Educatif
- INED : Institut national des Etudes démographiques
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM : Institut National de la santé et de la recherche médicale
- IST : Infections sexuellement transmissibles (a remplacé MST)
- IVG : Interruption volontaire de grossesse
- F.I.V. : Fécondation In Vitro
- M.R.I. Mission régionale d'Insertion
- O.C.D.E. : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la santé (anglais WHO: World Health Organisation) et directions régionales

- O.N.U. : Organisation des Nations Unies
- ORSPERE-ONSMP - Observatoire régional sur la Souffrance Psychique en rapport avec l'Exclusion- Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité
- P.J.J. : Protection Judiciaire de la Jeunesse
- P.M.A. : Procréation Médicalement Assistée
- RHR : Reproductive Health Research (OMS)
- T.F.E. : Travaux de Fin d'Etudes
- U.N.A.I.D.S. : United Nations Acquired immune deficiency syndrome
- U.N.E.S.C.O. : L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
- V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine

8 Bibliographie

1. ABOU ZAHR C. et VAUGHAN J.P. Evaluation de la charge de la mauvaise santé sexuelle et génésique : des questions relatives à l'utilisation des années de vie ajustées sur l'incapacité. In Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé – Recueil d'articles N°3, 2000
2. AÏACH P., BON N., DESCHAMPS J.P. Comportements et santé. Nancy. Presses Universitaires de Nancy 1992
3. AKNIN N., SION M.A., JOUNIAL C., SCHABANEL H. Nouveaux Cahiers de l'Infirmière- 3- Soins Infirmiers 2.Démarches relationnelles et éducatives, initiation à la recherche. Paris -Edition Masson, 1996
4. ARAUJO O. VIH/SIDA au Togo, analyse et perspectives. Mémoire de fin d'études infirmier. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2002
5. ARCAND M. et HEBERT R. Précis pratique de gériatrie. 2^e édition Paris, Maloine, 1997
6. ARCAT SIDA et UNAIDS. Malsan S. Education à la sexualité des jeunes : une approche transversale. Article lu le 20 février 2008 sur le site Internet <http://www.arcat-sante.org/>
7. BARBACH L.G. L'accomplissement sexuel de la femme. Ed. Buchet - Chastel 1977
8. BATEMAN S. La grossesse adolescente. Une exploration sexuelle problématique ? Mémoire de Master 1 Sciences de l'éducation – Université de Franche Comté. 2007
9. BATEMAN S. Anomie sexuelle à l'origine de la grossesse adolescente. Le rôle de l'éducation sexuelle. Mémoire de Master 2 en Sciences de l'éducation - Université de Franche Comté - 2008
10. BECKER W.C. Consequences of Different Kinds of Parental Discipline. Review of Child Development Research, volume 1, Hoffman and Hoffman Editors, Russel sage foundation, New York 1964
11. BESNARD P. L'anomie ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim. Paris. Collection Sociologie PUF. 1987
12. BOUDON R. et BOURRICAUD F. L'anomie Dictionnaire Critique de Sociologie. Paris PUF Paris 1982
13. BOUDON R., « Anomie » Encyclopédie Universalis. P 11-14 Vol 2 Paris.1968
14. BOUTOT B. L'orgasme au masculin. Montréal, Ed Le Jour 1982
15. BOUGHERRA D. Aimer jusqu'au bout... Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2006
16. BURY J. Education pour la santé – Concepts, enjeux, planifications – Bruxelles. De Boek Université collection Savoirs et Santé – 1988
17. BRETON André « Manifeste du surréalisme » Collection Idées -Paris Edition Gallimard 1924
18. BROS Colette- Education sexuelle en lycée Mission impossible ? Mémoire pour l'attestation universitaire de sexologie. Toulouse Université Paul Sabatier III. 2004
19. CALLET E. Prise en charge hospitalière des jeunes femmes hystérectomisées. Mémoire de fin d'étude. IFSI Rockefeller 2006
20. CAVEY Adélie De l'émergence de l'éducation sexuelle en IME, vers une levée du tabou... Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2005
21. CEFIEC. Approche par compétences de la formation initiale en santé Publique - Réflexions et nouveaux outils. Commission de Santé Publique Midi-Pyrénées. 2000

22. CHALIFOUR J. La relation d'aide en soin infirmier ; une perspective holistique humaniste. Paris, Lamarre 1991
23. CHALIFOUR J. Exercices en relation d'aide Edition Lamarre – Gaëtan Morin éditeur Boucherville. Quebec Canada 1993 2^{ème} trimestre
24. CHANGEUX J.P. L'homme neuronal, 7^e édition, Paris, Hachette Pluriel 1995
25. CHASTONAY P. , PAPART J.P. et ROUGEMONT A. La formation et la recherche. La Santé en Europe. 1- Arles. Ed Actes Sud 1999
26. COLLIERE M.F. « Promouvoir la vie ». Paris, Inter éditions, 1982
27. CONSEIL de L'EUROPE - CDEG Actes du Forum international du Conseil de l'Europe. Tallinn, 27-29 novembre 1997
28. CONSEIL DE L'EUROPE. Recommandation européenne 1675-2004
29. CONSEIL DE L'EUROPE - ONG- CR du 27 juin 2001
30. CONSEIL DE L'EUROPE Recommandation Rec (2001)12
31. COSTA- ROSAZ F. Histoire de la sexualité en occident. Paris. Ed. de la Martinière-Septembre 2004
32. DEENGES M. E. et MOORHOUSE M.Fr. Diagnostics infirmiers--7ème édition américaine révision scientifique et adaptée en Français par M. Lefebvre. Bruxelles. Ed. De Boeck Université 2004
33. DEJOURS C. Le Passant ordinaire. n° 45 46 Paris Editions du Passant Juin-Septembre 2003
34. DENORMANDIE P. Quand les représentations influent aussi sur la santé. Article Actualités sociales hebdomadaires. N° du 2 mars 2007.
35. DE WILDE J. Le toucher massage en service de soins intensifs. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2002
36. DI BIASE C. Le SIDA et son observance thérapeutique. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2005
37. DURKHEIM, E. Le suicide . Paris, PUF 1960
38. ELLIS A. Reason and emotion in psychotherapy . New York, Lyle Stuart 1967
39. ERIKSON E. Adolescence en crise. La quête de l'identité. Paris . Flammarion 1972
40. FIDH. Organisation Internationale de la Francophonie - intervention – Paris. Ajout du 27/10/2005
41. FOUCAULD M. Histoire de la sexualité 1- La volonté de savoir. St Amand - Ed Gallimard. 2006
42. FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris. Edition Gallimard - Paris 1962
43. FREUD S. La vie sexuelle. Paris PUF 1969
44. FREUD S. Inhibition, symptômes et angoisse. Paris. PUF 1973
45. FRIEZE H. et al., « Women and se Roles. A Psychological Perspective » New York, London, Norton Company, 1978
46. GIAMI A., HUMBERT-VIVERET C., DUVAL D. - «L'ange et la bête : représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs » Paris, CTNERHI, 1983
47. GIAMI A. Sexualité et santé publique : le concept de santé sexuelle Revue Sexologies Vol 13 fascicule 47 PP 6-12. 2004
48. GOUTORBE E. La planification familiale au Bénin. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2002
49. GUINARD M. et al. Projet d'éducation à la sexualité et à la prévention du sida intégré à l'Education nationale. Mémoire - Attestation de sexologie. (Prix des mémoires de l'A.I.H.U.S.) Toulouse. Université Paul Sabatier - 1994

50. GUINARD M. et al Ss la direction de Tremblay R. Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels - Tome 1 - L'adolescence. Toulouse Ed. Eres.1998
51. HALLOUËT P., Eggers J., Malquin-Payan E. Fiches de soins infirmiers Issy-les-Moulineaux Ed. Masson.2004 ...
52. HENDERSON V. Basic principles of Nursing Care - Traduction par l'Association des Infirmières du Québec, Principes Fondamentaux des Soins Infirmiers. Bâle Edition S. Karger 1969
53. HESBEN W. Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Issy les Moulineaux. Edition Masson 2007
54. HIREL V. L'infirmière et l'éducation à la sexualité et à l'affectivité en milieu scolaire. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2004
55. HITE S. Le rapport Hite sur les femmes Paris, Ed. Robert Laffont, 1981
56. HITE S. Le rapport Hite sur les hommes. Paris. Ed. R. Laffont 1983
57. IACUB M. et Maniglier P. Antimanuel d'éducation sexuelle. Rosny. Ed. Bréal 1999
58. ILLITCH Y. Nemesis médicale. Paris Edition du Seuil. 1975
59. KABAMBA E. Perception communautaire du VIH Sida au Cameroun - Mémoire de Master 1 en Sciences de l'éducation Université de Franche-Comté 2008
60. KINSEY A. Le comportement sexuel de la femme - traduit de l'Anglais sous la direction du Dr Pierre Jacquemart Paris. Ed Amiot-Dumont 1953
61. KLEIN M. Essais de psychanalyse. Paris. Payot 1974
62. KOEHLER I. Les injections intra -caverneuses. Prise en charge infirmière. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2004
63. KOHLBERG L. Stages of Moral Development as a basic for moral Education In C.M. Berth, B.S. Crittenden et E.V. Sullivan : Moral Education : Interdisciplinary Approach. Toronto University. Toronto Press 1971
64. LACROIX Y. Accompagner les personnes handicapées à domicile ; une vie négociée. Lyon. Chronique sociale. 2008
65. LAGARDE C. et al. Pour une pédagogie de la parole. De la culture à l'éthique. Paris. ESF. 1995
66. LAGRANGE H., LHOMOND B. L'entrée dans la sexualité » Paris Ed. La découverte 1997
67. LAMLOUMI B. Educaiton sexuelle et institution confessionnelle. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2004
68. LAURU Didier Les professionnels face à la sexualité des adolescents . Toulouse. ERES 2001
69. LAZARUS H., Personality Development, A.Psy.revue, n°12, 1987
70. LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité, Paris. PUF 1990
71. LE BRETON D. En souffrance- Adolescence et entrée dans la vie- Paris. Ed. Métailié. 2007
72. LEDRU S. La maltraitance : quelle prise en charge par l'infirmière scolaire ? Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2004
73. LEGIFRANCE. Lois (dite Neuwirth) n° 67-11-76- 28 Décembre 1967 –
74. LEGIFRANCE Loi IVG 17 janvier 1975, complétée par la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 contraception d'urgence et IVG
75. LEGIFRANCE. Loi n° 200-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence suivie par la Circulaire n° 2000-147 du 21 septembre 2000
76. LEGIFRANCE. Protection de l'Enfance - Loi n° 2007-293 du 05 mars 2007
77. LEGIFRANCE « Code de Santé Publique » Quatrième partie- Professions de santé Livre 3 ; Auxiliaires médicaux. 2003
78. LEGMAN G. Psychanalyse de l'humour érotique. Paris, Ed. Payot 1986

79. LEKLEAL Y. Mémoire pour l'attestation de sexologie. Toulouse. Université Paul Sabatier. Mai 2006
80. LEMAIRE A. Difficultés sexuelles et complémentarités du couple : épidémiologie. Mykletun. A. BJU International pp 316 323- Lille 2 février 2006
81. MAC FARLAND G. et MAC LANE A. M. Pocket guide to nursing diagnoses Mi Ja Kim, traduction de Brenda Dutil) 5^e édition Edition Lamarre1993
82. MAGNON R. et DECHANOZ G. Dictionnaire des soins infirmiers. Paris. Edition AMIEC 1996
83. MAHLER H. Directeur.La santé pour tous d'ici l'an 2000. La politique de santé de l'Europe. Version révisée. Chronique 29 : 499-504 OMS. Bureau régional de l'Europe. Copenhague 1991
84. MANGAY MAGLACAS A. « Soins de santé primaire. Le défi de l'enseignement infirmier » Genève. OMS 1988
85. MASLOW A. Religions, Values, and Peak Experiences. Traduction française : L'accomplissement de soi. 1964
86. MASTER W.H. et Jonhson V.E. Les réactions sexuelles. Paris. Ed. Laffont 1970
87. MAYO E. The Enduring Legacy Revue - Human Relations – Éditeur Springer Netherlands Volume 51, Number 3 / mars 1998. Pages 221-249
88. MENDES-LEITE R. Bisexualité, le dernier tabou. Paris, Calmann-Lévy 1996
89. MERTON R. K. Paris Ed. Plon. 1949
90. MERTON R.K. « Social Theory and Social Structure », The Free press of Glencoe, New York, 1930
91. MIDROIT D. Education sexuelle en IME Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller.2006
92. MIMOUN S. & CHABY L. La sexualité masculine, Evreux Ed. Domino. 1996
93. MIMOUN S. & ZERBIB M. La dysfonction érectile, Paris, Ed BP éditions- - 2007
94. MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, DGS-RI2 /DHOS Circulaire n° E2-238 du 15 juin 2007, relative aux missions des établissements de santé en matière d'éducation thérapeutique et de prévention dans le champ de la sexualité chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine // Direction des journaux officiels (Paris) - 2007
95. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire.n° 2003-027 du 27-2-2003
96. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation » C. N° 2003-210 du 1-12-2003...
97. MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Profession Infirmier - Recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession. Ref-531 001. Paris. Édition Berger Levrault.
98. MINISTERE DE LA SANTE. Conférence de presse « Sida grande cause nationale » Plan national. Paris 2005
99. MISSION REGIONALE INSERTION. Intervention de Jean Furtos Journée de la santé et précarité. Lyon.16 Octobre 2002
- 100.MONEY J. The development of Sexuality and Eroticism in Humanity », The Quaterly Review of Biology, volume 56, n° 4 décembre 1981
- 101.MONEY J. Au cœur de nos rêveries érotiques. Traduction de Françoise Bouillot. Paris. Payot. 2004
- 102.MONTEGIA N. Magazine Tabou. Paris n°4 août 1992
- 103.MOSSUZ- LAVAU J. La vie sexuelle en France. Ed. La Martinière. 2002
- 104.ONFRAY M. Féeries anatomiques. Paris, Ed Grasset et Fasquelle, 2003

- 105.OMS. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma Ata-Septembre 1978
- 106.OMS Europe. « Conférence Européenne sur les soins infirmiers », Vienne. 21 au 24 juin 1988
- 107.OMS Bureau régional de l'Europe Rapport d'activités. Copenhague 1978
- 108.OMS Background Information and Health Promotion, 2001
- 109.OMS Bulletin 78 :655-666 OMS 2000
- 110.OMS bulletin de l'OMS recueil d'article N°3 2000
- 111.OMS Bureau régional de l'Europe, Amsterdam, 28-30 mars 1994
- 112.OMS « La sexualité humaine par rapport au sida » Atelier – J.Lieg M.D., vice président de la société de sexologie Toronto-. Publié par Harold 30 mars –2 avril1989
- 113.OMS Sida série 10 : « L'éducation sanitaire à l'école, pour la prévention du Sida et des maladies sexuellement transmissibles.» En collaboration avec l'UNESCO – Genève. 1992
- 114.OMS Les buts de la santé pour tous d'ici l'an 2000. La politique de l'Europe version révisée 1991. Copenhague OMS _2
- 115.OMS Bureau régional de l'Europe. La santé, processus dynamique Copenhague le 19 juin 1996
- 116.OMS Guibert J.J. « Guide pédagogique pour les personnels de santé » –6^e édition. Genève.1990
- 117.OMS et le U.S. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy - Programme américain de prévention de la grossesse chez les adolescents.
- 118.OMS Préambule Genève. 22 juillet 1946, amendés les 3 février 1977, 20 janvier 1984 et 11 juillet 1994
- 119.O.M.S. rapport comité d'expert sur la santé scolaire publié en 1997
- 120.OMS. Guide sur la prévention de la maltraitance de l'enfant. Genève. 2006
- 121.O.N.U., Ss l'égide de, « Convention Internationale relative aux droits de l'enfant », Genève 20 Novembre 1989
- 122.ONU Sida 2004 - « Le Point Le VIH et les jeunes : menaces sur la jeunesse d'aujourd'hui. » l'ONU Sida 2004 dans le document « Le Point Le VIH et les jeunes : menaces sur la jeunesse d'aujourd'hui. »
- 123.ONUSIDA rapport 2005
- 124.ONUSIDA Rapport. Genève. 2008
- 125.PASCAL A., FRECON-VALENTIN E. Diagnostics infirmiers, interventions et résultats. Paris. Ed. Masson (3^e année)
- 126.PATIN B. Maladie mentale et infection par le VIH : représentations et comportements en milieu psychiatrique - Laboratoire de psychologie sociale - EHESS - Paris. ANRS. 1998.
- 127.PAUCHET-TRAVERSAT A.F. « Soins infirmiers- Fiches techniques- Soins de base- Soins centrés sur la personne soignée Ed. Maloine 2003
- 128.PHANEUF M. Guide d'apprentissage de la démarche de soins. Paris. Ed. Masson 1998
- 129.PIAGET J. La fonction du symbole chez l'enfant. Lausanne, Ed. Delachaux-Niestlé. 1945
- 130.PIAGET J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Neuchâtel, Ed. Delachaux et Niestlé, 1948
- 131.PINEAULT R., DAVELUY C. La planification de la santé - Concepts et méthodes. Montréal. Edition Agence d'Arc 1989

132. QUEVAUVILLERS J. Connaissances de base, soins. Cahiers de l'infirmière. Paris. Ed. Masson 1985
133. ROGERS C.R. Counseling and Psychotherapy. Boston, MA, Houghton Mifflin, 1942. (Paru en français sous le titre La relation d'aide et la psychothérapie Paris 1970)
134. ROUGEMONT A. Les politiques de santé. La Santé en Europe. 1- Arles. Ed Actes Sud 1999
135. ROULIN M. Infirmière scolaire et éducation à la santé au collège. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2006
136. REXAND- GALAIS F. Psychologie et psychopathologie de la personne âgée. Paris. Ed Vuibert Pratiques sociales 2003
137. SALIVA A. et BONAL M. Le développement de la sexualité, un labyrinthe. Intervention présentée dans le cadre de la 2^e journée européenne de « Prévention sida » Toulouse 1996
138. SAMSON J.M. L'éducation sexuelle. Montréal. Ed. Guérin 1974
139. SAMSON J.M. Communication présentée à la 2^{ième} journée Education sexuelle et prévention Sida. Toulouse 1996
140. SCHATEL M. L'infirmière et la relation d'aide. Mémoire de cadre de santé. Lyon ECS 2004
141. SEMLALI J. La relation d'aide en gynécologie. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2005
142. SIECUS A. Sex Education and family life for visually handicapped children and youth : a resource guide. (Traduction française : Ed. CIFRES Toulouse). New-York. Resource Guide 1975
143. SILAMY N. Dictionnaire de la psychologie. Paris. Ed. Larousse 1995
144. SIMON W. et GAGNON J. Psychosexual Development, Handbook of Socialization Theory research, A. Goslin, New York, Ed. Mac Graw Hill. 1970
145. SIMON P. Rapport Simon sur le comportement sexuel des Français. Paris. Ed. Pierre-Charron et René Julliard. 1972
146. SNIIL « Liste et définitions des diagnostics infirmiers approuvés par l'ANADI pour l'usage clinique et la validation », site www.sniil.fr
147. SOINS INFIRMIERS II – « Démarches relationnelles et éducatives, initiation à la recherche » Paris 1998
148. SOITOUX M. Prévention des violences sexuelles en milieu scolaire. Mémoire de Master 2 en Sciences de l'éducation Université de Franche-Comté - 2008
149. SPIRA A. BAJOS N. et Coll. Les comportements sexuels en France. Paris. Ed. La documentation française. 1993
150. STAZ T. Les rituels de la drogue. Paris. Payot 1976
151. STIERLIN P. La psychiatrie face à la sexualité des patients. Article de santé Publique et Sida. www.combatenligne.fr 1998
152. STREIFF A. L'éducation sexuelle au sein de l'institution scolaire. Mémoire de Master 1 en Sciences de l'éducation - Université de Franche Comté - 2007
153. STREIFF A. Modèles de représentations en matière de sexualité chez des enfants en rupture, ou la chronique d'une morale anémique annoncée. Mémoire de Master 2 en Sciences de l'éducation - Université de Franche-Comté – 2008
154. TALUY L. Handicap et relation d'aide. Les difficultés d'une jeune infirmière. Mémoire de fin d'études. I.F.S.I. Rockefeller. 2004
155. THOMAS W.I. et ZANIECKI I. L'anomie. Paris. P.U.F. 1987
156. TREMBLAY R. Couple, sexualité et société. Paris, Payot, 1993
157. TREMBLAY R. L'éducation sexuelle en institution. Toulouse. Ed. Privat – Pratiques Sociales -1992

158. TREMBLAY R. Paroles d'amour et de plaisir. Toulouse. Ed. CIFRES. 1994
159. TREMBLAY R. (Ss la direction de) Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 2 - La personne handicapée – Cahors. Ed. Erès –2001
160. TROMBERT H. Evaluation d'un dispositif d'éducation à la santé et à la sexualité par évaluation d'un objectif de formation. Mémoire de DEA De Sciences de l'éducation. Grenoble. Université Pierre Mendès-France 2001
161. UNAIDS :KATS K., FINGER W. Education sexuelle et éducation à la vie familiale : elles aident à préparer les jeunes. Optic'Jeunes N°2, novembre 2002.
162. VAN LOOK P.–Communiqué de presse- O.N.U.SIDA. 2007
163. VINCENT J.D. Le cœur des autres. Paris. Plon. 2003
164. VINCENT L. Comment devient-on amoureux? Paris Ed. Odile Jacob. Juin 2004 ...
165. WALLON H. De l'acte à la pensée. Paris. Édition Flammarion. 1970
166. WINNICOTT D.W. La consultation thérapeutique de l'enfant. Paris. Edition Gallimard 1972
167. WOLPE J. Pratique de thérapie comportementale. Paris. Ed. Masson 1975
168. Site en ligne d'enseignement infirmier en psychiatrie :
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation.htm#soinsinfirmiers>

9 Documents en Annexe

9.1 Annexe 1 - Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

... Rôle propre de l'infirmier. □ □ Art. 3. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

□ Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

□ □ Art. 4. - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

L'infirmier propose, organise ou participe à des actions

Art. 14. - Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- Encadrement des stagiaires en formation ;
- Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- Éducation à la sexualité ;

□ □ Art. 15. - Le décret no 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

□□Art. 16. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Code de santé publique LIVRE III □ AUXILIAIRES MÉDICAUX

□ TITRE I □ PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE - CHAPITRE I

□ EXERCICE DE LA PROFESSION - SECTION 1 □ ACTES PROFESSIONNELS □ □

Article R. 4311-1 □ L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

□ □ □ Article R. 4311-2 □ Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : □ 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ; □ 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ; □ 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ; □ 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ; □ 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

□ □ Article R. 4311-3 □ Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R.

4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

□□Article R. 4311-4□Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.□

□Article R. 4311-5□Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :□1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;□2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;□3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;□4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;□5° Vérification de leur prise ;□6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;□7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;□8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;□9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;□10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;□11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;□12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;□13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;□14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;□15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;□16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;□17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;□18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;□19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;□20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux

;□21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;□22° Prévention et soins d'escarres ;□23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;□24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;□25° Toilette périnéale ;26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;□27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;□28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;□29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;□30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;□31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;□32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;□33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;□34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;□35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;□36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;□37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;□38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;□39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;b) Sang : glycémie, acétonémie ;□40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;□41° Aide et soutien psychologique ;□42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

□□Article R. 4311-6□Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :□1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;□2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;□3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;□4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

□□Article R. 4311-7□L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :□1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;□2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;□3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans

une veine épicroténienne ;□4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;□5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :□a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;□b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;□6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;□7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;□8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;□9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;□10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;□11° Pose de bandages de contention ;□12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;□13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;□14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;□15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;□16° Instillation intraurétrale ;□17° Injection vaginale ;□18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;□19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;□20° Soins et surveillance d'une plastie ;□21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;□22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;□23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;□24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;□25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;□26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;□27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;□28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;□29° Mesure de la pression veineuse centrale ;□30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;□31° Pose d'une sonde à oxygène ;□32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;□33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;□34° Saignées ;□35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;□36° Prélèvements de

sang par ponction artérielle pour gazométrie ;□37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;□38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;□39° Recueil aseptique des urines ;□40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;□41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;□42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;□43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.□Article R. 4311-8□L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

□□Article R. 4311-9□L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :□1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;□2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;□3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;□4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;□5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;□6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;□7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;□8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;□9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;□10° Cures de sevrage et de sommeil.

□□Article R. 4311-10□L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :□1° Première injection d'une série d'allergènes ;□2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;□3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;□4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;□5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;□6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;□7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;□8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;□9° Transports sanitaires :□a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le

cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ; □b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ; □10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

□□Article R. 4311-11 □L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes : □1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ; □2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ; □3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ; □4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ; □5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés. En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

□□Article R. 4311-12 □L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes : □1° Anesthésie générale ; □2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ; □3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

□□Article R. 4311-13 □Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme : □1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ; □2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ; □3° Prévention et dépistage précoce des

inadaptations et des handicaps ;^{4°} Soins du nouveau-né en réanimation ;^{5°} Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

□□Article R. 4311-14□En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

□□Article R. 4311-15□Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :^{1°} Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;^{2°} Encadrement des stagiaires en formation ;^{3°} Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;^{4°} Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;^{5°} Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;^{6°} Education à la sexualité ;^{7°} Participation à des actions de santé publique ;^{8°} Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

9.2 Annexe 2 - Liste des diagnostics Infirmiers approuvés par l'ANADI

Concernant la sexualité

A ce jour, plusieurs taxinomies sont reconnues par l'ANADI pour le classement des diagnostics afin d'en rendre leur approche plus intuitive. La plupart des taxinomies utilisent l'approche par besoins, par modes fonctionnels de santé, par thèmes de santé ou problèmes de santé prédominants.

Par exemple Déficit en auto-soins regroupe Incapacité totale ou partielle d'effectuer la toilette de l'hemicorps, Incapacité totale ou partielle d'utiliser les toilettes, etc)

Certaines taxinomies particulières sont utilisées dans le projet d'intégration des diagnostics infirmiers à la CIM (Classification internationale des maladies) publiée par l'OMS.

La pratique quotidienne retient surtout la classification selon les quatorze besoins fondamentaux du modèle de Virginia Henderson :

Respirer [modifier]

- * Dégagement inefficace des voies respiratoires
- * Echanges gazeux perturbés
- * Intolérance au sevrage de la ventilation assistée
- * Mode de respiration inefficace
- * impossibilité de maintenir une respiration spontanée
- * Risque élevé de suffocation (manque d'air
- * Risque de fausse route (ou risque d'inhalation ou d'aspiration)
- * Risque d'intoxication

Boire et manger [modifier]

- * Déficit de soins personnels: s'alimenter
- * Alimentation déficiente
- * Alimentation excessive
- * Risque d'alimentation excessive
- * Motivation à améliorer son alimentation
- * Denture altérée
- * Nausées
- * Trouble de la déglutition
- * Déficit de volume liquidien (déshydratation)

- * Risque de déficit de volume liquidien (déshydratation)
- * Risque de déséquilibre du volume liquidien
- * Excès de volume liquidien (œdème)
- * Risque d'aspiration (fausse route)
- * Motivation à améliorer son équilibre hydrique
- * Mode d'alimentation inefficace chez le nourrisson/nouveau-né
- * Allaitement maternel efficace
- * Allaitement maternel inefficace
- * Allaitement maternel interrompu

Éliminer [modifier]

- * Constipation
- * Déficit de soins personnels : utiliser les toilettes
- * Diarrhée
- * Elimination urinaire altérée
- * Incontinence fécale
- * Incontinence urinaire à l'effort
- * Incontinence urinaire complète (ou vraie)
- * Incontinence urinaire fonctionnelle
- * Incontinence urinaire par besoin impérieux
- * Incontinence urinaire réflexe
- * Motivation à améliorer son élimination urinaire
- * Pseudo-constipation
- * Rétention urinaire
- * Risque d'incontinence urinaire par besoin impérieux
- * Risque de constipation

Se mouvoir et maintenir une bonne posture [modifier]

- * Capacité intracrânienne diminuée
- * Champ énergétique perturbé
- * Débit cardiaque diminué
- * Désorganisation comportementale chez le nouveau-né/nourrisson
- * Difficulté à la marche
- * Difficulté lors d'un transfert
- * Fatigue
- * Intolérance à l'activité
- * Irrigation tissulaire inefficace
- * Mobilité physique réduite
- * Mobilité réduite au lit
- * Mobilité réduite en fauteuil roulant
- * Mode de vie sédentaire

* Réceptivité du nouveau-né/nourrisson à progresser dans son organisation comportementale

* Rétablissement post opératoire retardé

* Retard de la croissance et du développement

* Risque d'intolérance à l'activité

* Risque de croissance anormale

* Risque de désorganisation comportementale chez le nouveau-né/nourrisson

* Risque de dysfonctionnement neuro-vasculaire périphérique

* Risque de retard de la croissance et du développement

* Risque de syndrome d'immobilité

Dormir et se reposer [modifier]

* Fatigue

* Habitudes de sommeil perturbées

* Motivation à améliorer son sommeil

* Privation de sommeil

Se vêtir et se dévêtir [modifier]

* Déficit de soins personnels : se vêtir/soigner son apparence

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale [modifier]

* Hyperthermie

* Hypothermie

* Risque température corporelle anormale

* Thermorégulation inefficace

Etre propre, soigné et protéger ses téguments [modifier]

* Atteinte à l'intégrité de la peau

* Atteinte à l'intégrité des tissus

* Atteinte de la muqueuse buccale

* Déficit de soins personnels : se laver/effectuer les soins d'hygiène

* Denture altérée

* Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau

Eviter les dangers [modifier]

* Anxiété

* Automutilation

* Chagrin chronique

- * Déni non constructif
- * Deuil anticipé
- * Deuil dysfonctionnel
- * Diminution chronique de l'estime de soi
- * Diminution situationnelle de l'estime de soi
- * Douleur aiguë
- * Douleur chronique
- * Dysrèflexie autonome
- * Entretien inefficace au domicile
- * Identité personnelle perturbée
- * Image corporelle perturbée
- * Inadaptation à un changement dans l'état de santé
- * Maintien inefficace de l'état de santé
- * Motivation à améliorer la prise en charge de son programme thérapeutique
- * Motivation à améliorer le concept de soi
- * Négligence de l'hémicorps
- * Non observance (préciser)
- * Peur
- * Prise en charge efficace du programme thérapeutique
- * Prise en charge inefficace du programme thérapeutique
- * Prise en charge inefficace du programme thérapeutique par la famille
- * Prise en charge inefficace du programme thérapeutique par une collectivité
- * Réaction allergique au latex
- * Recherche d'un meilleur état de santé
- * Risque d'accident
- * Risque d'automutilation
- * Risque d'infection
- * Risque d'intoxication
- * Risque de blessure en péri-opératoire
- * Risque de chute
- * Risque de diminution situationnelle de l'estime de soi
- * Risque de Dysrèflexie autonome
- * Risque de réaction allergique au latex
- * Risque de suicide
- * Risque de Syndrome d'inadaptation à un changement de milieu
- * Risque de syndrome de mort subite du nourrisson
- * Risque de trauma
- * Risque de violence envers les autres
- * Risque de violence envers soi
- * Syndrome d'inadaptation à un changement de milieu
- * Syndrome post-traumatique

Communiquer avec ses semblables [modifier]

- * Communication verbale altérée
- * Dysfonctionnement sexuel
- * Habitudes sexuelles perturbées
- * Interactions sociales perturbées
- * Isolement social
- * Motivation à améliorer sa communication
- * Risque de sentiment de solitude
- * Syndrome du traumatisme de viol
- * Syndrome du traumatisme de viol : réaction mixte
- * Syndrome du traumatisme de viol : réaction silencieuse
- * Troubles de la perception sensorielle (préciser : auditive, gustative, kinesthésique, olfactive, tactile ou visuelle)

Agir selon ses croyances et ses valeurs [modifier]

- * Angoisse face à la mort
- * Conflit décisionnel (préciser)
- * Détresse spirituelle
- * Motivation à améliorer sa pratique religieuse
- * Motivation à améliorer son bien-être spirituel
- * Perte d'élan vital chez l'adulte
- * Perte d'espoir
- * Pratique religieuse perturbée
- * Risque de détresse spirituelle
- * Risque de perturbation de la pratique religieuse
- * Risque de sentiment d'impuissance
- * Sentiment d'impuissance

S'occuper en vue de se réaliser [modifier]

- * Conflit face au rôle parental
- * Dynamique familiale dysfonctionnelle : alcoolisme
- * Dynamique familiale perturbée
- * Exercice du rôle parental perturbé
- * Exercice inefficace du rôle
- * Motivation à améliorer la dynamique familiale
- * Motivation à améliorer ses stratégies d'adaptation
- * Motivation d'une collectivité à améliorer ses stratégies d'adaptation
- * Motivation d'une famille à améliorer ses stratégies d'adaptation
- * Risque de perturbation dans l'exercice du rôle parental
- * Risque de perturbation de l'attachement parent-enfant
- * Risque de tension dans l'exercice du rôle de l'aidant naturel

- * Stratégies d'adaptation défensives
- * Stratégies d'adaptation familiale compromises
- * Stratégies d'adaptation familiale inefficaces d'une collectivité
- * Stratégies d'adaptation familiale invalidantes
- * Stratégies d'adaptation inefficaces
- * Tension dans l'exercice du rôle de l'aidant naturel

Se récréer [modifier]

- * Activités de loisirs insuffisantes

Apprendre [modifier]

- * Confusion aiguë
- * Confusion chronique
- * Connaissances insuffisantes
- * Errance
- * Motivation à améliorer ses connaissances
- * Opérations de la pensée perturbées
- * Syndrome d'interprétation erronée de l'environnement
 - Troubles de la mémoire

Précisions pour les diagnostics liés à la sexualité

- **Dans la catégorie « communication »**

Dysfonctionnement sexuel : Changement dans le fonctionnement sexuel perçu comme insatisfaisant, dévalorisant ou inadéquat.

Perturbation de la sexualité : Situation où une personne éprouve ou risque d'éprouver un changement dans sa santé sexuelle. La santé sexuelle est une intégration positive des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexué de sorte que celle-ci enrichisse la personnalité, la communication et l'amour (OMS, 1975)

- **Dans la catégorie « sensations et sentiments :**

Syndrome du traumatisme de viol : pénétration sexuelle faite sous la contrainte et contre la volonté de la victime. Le syndrome de traumatisme qui suit une agression sexuelle ou une tentative d'agression comprend une phase aiguë de désorganisation du mode de vie et un processus à long terme de réorganisation. Ce syndrome se divise en trois éléments : traumatisme, réaction mixte et réaction silencieuse

Remarque : Nous utiliserons ici le féminin mais, même si les victimes sont surtout des femmes, les hommes peuvent aussi être victimes

9.3 Annexe 3 - Congrès de la Société française de santé publique.

« La santé publique demain. »

Intervention de Jonathan M. Mann (University of Philadelphia, USA, ancien directeur de l'OMS) au Ministère de la santé à Paris : « santé publique et droits de la personne ».

Vendredi 3 Juillet 1998 8h30 à 9h30

« Les préoccupations relatives à la santé publique, à l'éthique et aux droits de la personne font désormais l'objet de discussions ouvertes, en partie en réponse à certains événements, expériences et conflits. Parmi ceux-ci figurent le choc provoqué par l'épidémie mondiale du SIDA, les travaux concernant la santé des femmes ainsi que les défis soulevés par des urgences humanitaires complexes.

Deux implications de ces expériences sur le développement des rapports entre éthique, droits de la personne et santé publique sont particulièrement marquantes :

- Premièrement, la réflexion et l'action pour la défense des droits de la personne sont devenus indissociables et même parties intégrantes des travaux de santé publique et,
- deuxièmement, la carence chronique d'une éthique de santé publique a été mise en évidence.

Afin d'explorer ces questions, il est d'abord nécessaire de réexaminer certains des fondements de santé publique. La mission de santé publique a été définie comme « assurer les conditions dans lesquelles la population peut être en bonne santé ». Ceci soulève les deux questions les plus vitales pour la santé publique : quelles sont ces conditions essentielles dans lesquelles la population peut atteindre le plus haut niveau possible de bien-être physique, mental et social ? et que faisons-nous vis à vis de ces conditions ?

La très grande majorité de la recherche sur la santé des populations identifie ce qu'il est convenu d'appeler « les facteurs sociétaux » comme déterminants majeurs de l'état de santé. La plupart des travaux menés dans ce domaine s'est focalisée sur le statut socio-économique comme variable-clé, dans la mesure où il est clair, à travers l'histoire et dans toutes les sociétés, que les riches vivent en général des vies plus longues et en meilleure santé que les pauvres....ce gradient sociétal a non seulement persisté, mais s'est accentué de 1,6 à 2,1.

Une deuxième question majeure soulevée par le gradient « statut socio-économique/santé » est l'interrogation sur les causes de ce gradient...

Au delà de ces considérations demeurées sans réponses, plusieurs études récentes ont mis en évidence la portée explicative limitée du statut socio-économique. D'autres indicateurs, tels que l'étendue de l'inégalité socio-

économique, la nature, le niveau et la structure temporelle du chômage, l'insertion sociétale et l'étendue des réseaux sociaux, le statut marital, le stress dans le travail, les expériences de la petite enfance, et l'exposition à des situations d'atteinte à la dignité, ont tous été suggérés comme puissants composants d'une « boîte noire » de facteurs sociétaux dont le rôle dominant dans la détermination des niveaux de maladie évitable, d'incapacité et de décès prématuré est néanmoins au delà de toute contestation.

La santé publique, bien qu'ayant débuté comme un mouvement social, a – du moins dans les années récentes - relativement peu répondu à cette connaissance très profonde et vitale de l'impact dominant de la société sur la santé. À titre d'illustration, nous savons tous que certains comportements ont un impact énorme sur la santé, comme la consommation de cigarettes, l'excès d'absorption d'alcool, les choix diététiques, ou les degrés d'exercice et d'entretien physique. La façon dont ces comportements sont conceptualisés détermine la façon dont ils seront pris en compte par la santé publique. La question de base est de savoir si et jusqu'à quel point ces comportements peuvent être pris en compte – et, par conséquent, traités – comme des choix individuels isolés.

... Cependant, l'examen des mêmes comportements révèle que ces programmes consistent généralement en des activités qui reposent sur le postulat que les individus ont pour l'essentiel un contrôle complet de leurs comportements liés à la santé. Dans ce sens, la santé publique traditionnelle cherche à donner aux individus une information et une éducation sur les risques liés au régime alimentaire ou au manque d'exercice physique, parallèlement à divers services cliniques tels que le conseil (counseling), ou la distribution de préservatifs et autres contraceptifs. Et, alors que la santé publique identifie les questions liées au niveau sociétal ou au conteste – dont elle reconnaît l'importance dominante, tant pour leur influence sur le comportement individuel que dans la détermination plus générale de l'état de santé - , elle ne s'attaque en fait pas directement à ces facteurs sociétaux.

Le cœur de la connaissance en matière de santé publique est non seulement que des facteurs d'ordre individuel et sociétal interagissent dans la détermination de la santé et des comportements associés, tels que les régimes, les exercices, le tabagisme, la consommation de drogue et d'alcool et le comportement sexuel, mais aussi que pour beaucoup de gens, ou pour la plupart, le contexte sociétal pèse lourdement, ou de façon prépondérante, comme déterminant de l'état de santé.

Paradoxalement, la santé publique a évité de s'attaquer directement aux conditions du niveau sociétal. Cette socio-parésie de la santé publique- cette réticence et cette inaptitude à travailler directement sur les racines sociales des problèmes de santé – a plusieurs origines.

La santé publique est envahie par une croyance dans la capacité de transformation du caractère individuel. Cette fixation sur l'individu en matière de santé publique est presque inconsciemment soutenue par la méthodologie

épidémiologique traditionnelle – qui présuppose que les comportements à risque seront généralement identifiés au niveau individuel – et par l'acceptation diffuse et inexprimée au sein de la santé publique du modèle individualiste des croyances en matière de santé (Health Belief Model) et de ses dérivées comme conceptualisation dominante des comportements en rapport avec la santé.

La technologie constitue un autre mécanisme adopté par la santé publique pour éviter les questions d'ordre sociétal. De façon quasi inconsciente, la santé publique est à la recherche d'interventions technologiques qui peuvent fonctionner sans aucune participation active du public...

Curieusement, le caractère « pluridisciplinaire » de la santé publique constitue un autre mécanisme échappatoire par rapport au traitement sociétal. Ceci est un peu paradoxal, dans la mesure où l'objectif supposé de la mise en commun de différentes disciplines telles que l'économie, les sciences politiques, la biomédecine, la sociologie, les sciences du comportement et le droit, est de générer une analyse riche de l'état de santé et des conditions qui amoindrissent ou favorisent la santé. Cependant, bien que chaque discipline apporte des informations utiles, celles-ci ne forment pas un ensemble cohérent ; les disciplines se concurrencent entre elles pour avoir la prééminence ; elles se juxtaposent au lieu de constituer une analyse de santé publique cohérente des facteurs de santé et des facteurs sociétaux associés. Et au bout du compte, que peut faire – concrètement – une santé publique fondée sur l'accumulation de différentes analyses disciplinaires ?

Enfin, en se rapprochant si étroitement de la science biomédicale que la recherche menée dans les écoles de santé publique peut être difficile à distinguer de celle menée dans les facultés de médecine, la santé publique a cherché à partager la crédibilité, la légitimité et les ressources que la société accorde à la science en général et à la médecine en particulier. En plus de ses avantages évidents et importants, l'application de la méthode scientifique – elle-même chargée de présupposés énormes – représentait, à un certain degré, un effort de la santé publique pour devenir ou apparaître comme étant libre de jugements de valeurs. Par conséquent, la santé publique étudie trop souvent la santé en se détournant des questions plus larges, de nature sociétale, pour lesquelles les jugements de valeurs sont incontournables.

Il n'est pas étonnant que cet ensemble de façons d'éviter la question sociétale dans la santé publique conduise à un sérieux désarroi, à un malaise et à la déconnection entre, d'une part, ce qui est important et, d'autre part, là où les énergies sont concentrées et les efforts sont récompensés. Par exemple, l'épidémiologie – la science au cœur de la santé publique – semble consacrer de plus en plus de temps, d'énergie et de ressource à l'étude – avec une sophistication et une précision croissantes – de questions ayant de moins en moins de signification en termes de santé publique.

Pour avancer, pour surmonter cette inertie paradoxale face aux déterminants sociétaux de la santé publique, trois choses seront nécessaires :

- un cadre conceptuel pour identifier et analyser les facteurs de niveau sociétal qui constituent « les conditions dans lesquelles la population peut être en bonne santé » ;
- un vocabulaire pour parler des aspects communs des problèmes de santé vécus par des populations très différentes ; et,
- la clarté sur la nature ou l'orientation de la transformation sociétale nécessaire pour répondre à ces conditions d'ordre sociétal.

Pour réconcilier la santé publique et la société – pour catalyser un tournant fondamental dans la façon de considérer le problème -, des conceptions importantes devront vraisemblablement venir de l'extérieur de l'univers professionnel traditionnel.

Un autre langage – adapté à l'analyse au niveau sociétal – est nécessaire. Pour cela, d'abord implicitement – et, maintenant, explicitement – la santé publique s'est rapprochée des droits de la personne.

9.4 Annexe 4 : ENSEIGNEMENTS ÉLÉMENTAIRE ET SECONDAIRE

SANTÉ SCOLAIRE

L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

NOR : MENE0300322C

RLR : 505-7

CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003

MEN

DESCO B4

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux chefs d'établissement ; aux directrices et directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ; aux directrices et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen.

Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.

Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

L'éducation à la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain, mais elle intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. Elle doit ainsi permettre d'approcher, dans leur complexité et leur diversité, les situations vécues par les hommes et les femmes dans les relations interpersonnelles, familiales, sociales.

Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun, à la condition d'affirmer ces valeurs communes dans le respect des différentes manières de les vivre.

C'est pourquoi il est fondamental qu'en milieu scolaire l'éducation à la sexualité

repose sur une éthique dont la règle essentielle porte sur la délimitation entre l'espace privé et l'espace public, afin que soit garanti le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun.

Un certain nombre de fondements de l'éducation à la sexualité se trouvent d'ores et déjà explicitement mentionnés dans les programmes scolaires de l'école primaire et dans ceux de quelques-unes des disciplines des collèges et des lycées. Plusieurs textes spécifiques sont par ailleurs venus en 1996 (1) puis en 1998 (2), instaurer l'organisation de séquences d'éducation à la sexualité au collège et mettre en place un dispositif de formation des personnels.

Les dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ont désormais complété le chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L. 312-16 aux termes duquel "Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés." Dans cette nouvelle perspective, il est nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de définir les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée, en précisant les modalités de mise en œuvre, et le pilotage du dispositif.

Cette circulaire annule et remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

(1) Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du sida en milieu scolaire et à l'éducation à la sexualité.

(2) Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

I - Les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement.

Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également

susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

Ainsi, afin de guider l'élaboration d'un projet par les équipes éducatives, on peut appliquer au champ spécifique de l'éducation à la sexualité, les objectifs éducatifs suivants :

- comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ;
- analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations ;
- apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique ;
- développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias, en matière de sexualité ;
- favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre ;
- apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Des documents accompagnant la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité en préciseront les contenus, la répartition et la progression pédagogiques adaptés à chaque cycle.

II - La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité

Au sein des écoles et des établissements scolaires, tous les personnels, membres de la communauté éducative, participent explicitement ou non, à la construction individuelle, sociale et sexuée des enfants et adolescents.

En effet, en toutes circonstances, dans les différents espaces des écoles et des établissements (salles de classe, de cours ou d'activité, lieux d'accueil ou de récréation, espaces de circulation, vestiaires, restaurant scolaire...), tout adulte de la communauté éducative contribue à réguler les relations interindividuelles et à développer chez les élèves des savoir-être tels que le respect de soi et de l'autre ou l'acceptation des différences.

Ces pratiques éducatives impliquent une nécessaire cohérence entre les adultes participant au respect des lois et des règles de vie en commun qui s'exercent aussi bien dans le cadre de la mixité, de l'égalité, que de la lutte contre les violences sexistes et homophobes contraires aux droits de l'homme.

Au-delà de ces situations quotidiennes, il est nécessaire d'organiser un travail pluridisciplinaire s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels, inscrit dans le projet d'école et le projet d'établissement, voire inséré dans une politique d'établissement.

2.1 Une formation à destination de l'ensemble des élèves

Dans les enseignements, à tous les niveaux, les programmes des différents champs disciplinaires - tels que la littérature, l'éducation civique, les arts plastiques, la philosophie, l'histoire, l'éducation civique juridique et sociale... - offrent, dans leur mise en œuvre, l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en relation avec l'éducation à la sexualité selon les objectifs précédemment définis.

Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques - connaissances et raisonnements - qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu.

Les enseignants de ces disciplines sont en outre guidés par le souci constant d'établir un lien entre les contenus scientifiques et leurs implications humaines, préparant ainsi les élèves à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques.

Dans la construction de leur progression sur l'année et sur le cycle, ils veillent à donner toute leur place aux parties des programmes relatives, selon les niveaux d'enseignement, à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida.

En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux, il est nécessaire de concevoir une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves.

À cette fin, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Elles permettent de relier les différents apports concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social, conformément aux objectifs définis ci-dessus (cf. §1).

2.1.1 À l'école primaire, l'éducation à la sexualité suit la progression des contenus fixée par les programmes pour l'école. Les temps qui lui sont consacrés seront identifiés comme tels dans l'organisation de la classe. Ils feront cependant l'objet, en particulier aux cycles 1 et 2, d'une intégration aussi adaptée que possible à l'ensemble des autres contenus et des opportunités apportées par la vie de classe ou d'autres événements. Aussi, à l'école, le nombre de trois séances annuelles fixé par l'article L. 312-16 du code de l'éducation doit-il être compris plutôt comme un ordre de grandeur à respecter globalement dans l'année que comme un nombre rigide de séances qui seraient exclusivement dévolues à l'éducation à la sexualité. L'ensemble des questions relatives à l'éducation à la sexualité est abordé collectivement par l'équipe des maîtres lors de conseils de cycle ou de conseils de maîtres. Les objectifs de cet enseignement intégré aux programmes ainsi que les modalités retenues pour sa mise en œuvre feront en outre l'objet d'une présentation lors du conseil d'école.

2.1.2 Au collège et au lycée, le chef d'établissement établit en début d'année

scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances, inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il fera également l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne.

Les modalités d'organisation des séances - durée, taille des groupes - sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Elles doivent privilégier un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion et peuvent s'appuyer sur les dispositifs existants. Le chef d'établissement veillera à la cohérence et à la complémentarité entre les apports des enseignements et les apports de ces séances.

La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, dans le premier comme dans le second degré, doit donc s'appuyer sur une véritable démarche de projet qui permet à la fois :

- d'informer et/ou d'associer les parents d'élèves ;
- de garantir la cohérence et la coordination des différents apports ;
- de susciter un travail intercatégoriel ;
- d'assurer, le cas échéant, le cadrage des interventions de partenaires extérieurs.

2.2 Des actions individuelles

Les séances d'éducation à la sexualité peuvent être l'occasion de susciter chez certains élèves des questionnements d'ordre privé ou encore de révéler des difficultés personnelles. Celles-ci ne doivent pas être traitées dans un cadre collectif mais relèvent d'une prise en compte individuelle de l'élève et d'une relation d'aide qui, dans les écoles et les établissements scolaires, peut s'appuyer sur tout adulte de la communauté scolaire susceptible d'apporter une écoute et d'être un relais, et plus particulièrement sur les compétences spécifiques des personnels de santé et sociaux.

En outre, la prise en charge et l'accompagnement qui s'exercent à l'occasion des bilans de santé, des dépistages, de l'accueil à l'infirmerie ou de l'entretien social, permettent d'établir avec les élèves une relation de confiance et un dialogue en toute confidentialité. C'est dans ce contexte que prennent place les dispositions de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et du décret d'application n° 2001-258 du 27 mars 2001, selon lesquelles les infirmières des établissements scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée.

Les personnels de santé et sociaux assurent également les relais nécessaires au sein de l'école ou de l'établissement, ainsi qu'avec les familles et les professionnels des réseaux de soins.

Ainsi certains élèves traversant des difficultés personnelles nécessitant un entretien individuel seront orientés s'ils le souhaitent, soit vers les personnes ressources de l'établissement - personnels de santé et sociaux - soit vers des structures extérieures spécialisées.

III - La prise en charge

- À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements, avec le tact qui s'impose et en recherchant la plus grande cohésion avec l'ensemble des apprentissages. Le cas échéant, les maîtres pourront solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet effet. Les maîtres porteront une attention toute particulière à la parole de l'enfant en vue de l'aider à discerner ce qui, dans les rapports qu'il entretient avec ses camarades et avec les adultes, est acceptable ou ne l'est pas.

- Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet.

- Il peut être fait appel à des interventions extérieures, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur, conformément, d'une part, au décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992, modifié le 20 mai 1999, relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public et, d'autre part, aux dispositions de la circulaire n° 93-136 du 25 février 1993 relative aux relations avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, qui rappellent cependant la possibilité pour des associations non agréées d'intervenir pendant le temps scolaire, dans des conditions précisées au chapitre II.

Il peut être toutefois recommandé de privilégier le recours à des intervenants issus d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique, prévu par le décret du 6 novembre 1992.

Les partenaires extérieurs ayant bénéficié d'une formation appropriée peuvent intervenir, dans les séances d'éducation à la sexualité dans le respect des principes, de l'éthique et des objectifs définis dans la présente circulaire.

Ces interventions, qui s'inscrivent dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, devront s'insérer dans la programmation et la progression définies par l'équipe éducative en charge des séances.

Elles sont organisées avec l'autorisation du directeur d'école après avis du conseil des maîtres, dans le premier degré (3), ou à la demande du chef d'établissement, en accord avec l'équipe en charge de l'éducation à la sexualité, dans le second degré. Elles se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou d'un membre de cette équipe afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est le dispositif de repérage et de mise en réseau indispensable des partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Il permet en outre d'assurer l'information de

l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

Par ailleurs, si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école. Ainsi les lieux d'information, de consultation et de conseil conjugal et familial, les centres de documentation spécialisés, les espaces d'écoute jeunes, les services téléphoniques, dispensent un accueil personnalisé, une orientation, des informations sur la sexualité, la contraception, la prévention des IST et du sida, les violences sexuelles, accessibles aux élèves des collèges et des lycées.

Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion de ces informations notamment en mettant à disposition des élèves des dépliants et un espace d'affichage sur les structures locales et les numéros verts. Cette démarche sera accompagnée dans le cadre des séances d'éducation à la sexualité.

(3) Circulaire n° 91-124 du 6 juin 1991, modifiée les 20 juillet 1992 et 29 juin 1994, portant directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires (1er paragraphe du chapitre 5.4.4).

Circulaire n° 92-196 du 3 juillet 1992 relative à la participation d'intervenants extérieurs aux activités d'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires (annexe 1, A, § b).

IV - Pilotage et formation

4.1 Un dispositif académique de pilotage

Chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet académique de santé des élèves, tel qu'il a été défini dans la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 portant orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, et la circulaire n° 2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves.

Un bilan récent relatif aux actions et formations en éducation à la sexualité établi par la direction de l'enseignement scolaire, fait apparaître que de nombreuses académies disposent d'équipes de pilotage chargées pour l'essentiel de l'organisation et du suivi des formations.

La généralisation de l'éducation à la sexualité, notamment par les séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi, impose désormais, compte tenu de l'ampleur du dispositif à mettre en œuvre, que chaque recteur désigne auprès de lui un coordonnateur et une équipe de pilotage académiques, en veillant à ce que des représentants désignés par les inspecteurs d'académie directeurs des services départementaux de l'éducation nationale y participent également.

Afin de ne pas multiplier les dispositifs spécifiques d'éducation à la santé et de prévention, de mieux les articuler et les mettre en cohérence, notamment avec le groupe d'animation des CESC, il est souhaitable de constituer un dispositif académique de pilotage regroupant l'ensemble des coordonnateurs et des

personnes-ressources compétentes sur les thématiques de santé, sexualité, prévention.

En ce qui concerne l'éducation à la sexualité, comme pour les autres domaines évoqués, les missions de l'équipe de pilotage académique se déclinent selon cinq axes principaux :

- constituer une force de proposition dans l'élaboration de la politique académique ;

- construire les partenariats institutionnels - en particulier avec les programmes régionaux de santé ainsi que les réseaux de soins - les partenariats associatifs et mutualistes, en intégrant notamment les fédérations de parents d'élèves.

L'organisation de ces partenariats, les modalités d'intervention dans les écoles et les établissements scolaires, ainsi que leur contribution à la formation des personnels et des intervenants extérieurs seront définis dans une charte académique, établie selon les niveaux, entre le recteur et le directeur régional de l'action sanitaire et sociale (DRASS), ou entre l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale et le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Cette charte, qui permet de poser un cadre éthique, pédagogique et administratif clairement défini, pourra le cas échéant être élargie à d'autres partenaires en fonction des situations de chaque académie ou département ;

- contribuer à la définition du cahier des charges de la formation des personnels, à l'élaboration du plan académique et aux choix des formateurs ;

- constituer un réseau de ressources documentaires à disposition des écoles et des établissements scolaires, en s'appuyant en particulier sur les nouvelles technologies ;

- établir un bilan annuel académique de la mise en œuvre de la loi, à partir d'une grille nationale qui sera transmise aux recteurs.

4.2 Une politique de formation des personnels

La formation initiale et continue des personnels s'inscrit comme une des composantes du dispositif de pilotage d'une éducation à la sexualité des élèves ; elle doit permettre la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser dans leur contexte, les besoins des élèves, de construire une démarche globale et progressive d'éducation adaptée à l'école ou l'établissement scolaire.

En effet, une politique de formation efficace, en un domaine qui exige de concilier savoirs, éthique, culture, respect des personnes suppose à tout le moins que soit prise en compte la dimension pluricatégorielle de l'encadrement des séances d'éducation à la sexualité. Ainsi professeurs des écoles, enseignants de science de la vie et de la Terre, de vie sociale et professionnelle, conseillers principaux d'éducation, médecins, infirmières, assistants de service social apportent en particulier, chacun pour ce qui le concerne, leur contribution à un projet défini en commun dans ses objectifs et ses résultats.

Les dispositifs de formation élaborés dans ce cadre, et éventuellement construits avec les équipes locales pour mieux répondre à leurs besoins, prendront appui aussi bien sur les ressources académiques que sur celles apportées par les partenaires extérieurs institutionnels ou associatifs habilités à intervenir auprès des élèves dans le domaine de l'éducation à la sexualité.

Compte tenu de la diversité des personnels susceptibles d'intervenir dans ces formations, la logique d'ensemble des dispositifs gagnera à être définie au niveau académique dans l'objectif de la meilleure utilisation des ressources disponibles. Les modalités de formation pourront cependant privilégier les interventions sur site aidant en cela à la constitution des équipes éducatives.

Au cours des dernières années, des formations interacadémiques à pilotage national ont permis de constituer un réseau de formateurs pluricatégoriels chargés notamment d'organiser les actions de formation d'équipes d'établissements participant à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

Les recteurs veilleront à mobiliser ces personnels et à développer leurs compétences tout en renforçant ce réseau de formateurs afin d'être en mesure de répondre aux besoins des écoles et établissements de leur académie.

La loi du 4 juillet 2001 a confié à l'école une mission éducative dans le champ bien spécifique de l'éducation à la sexualité. Les orientations définies dans la présente circulaire, constitue un cadrage aussi bien pour les personnels de l'éducation nationale que pour les partenaires appelés à intervenir dans les écoles et les établissements scolaires. J'appelle votre attention sur l'importance que j'attache à la mise en œuvre de ces dispositions.

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche
et par délégation,

Le directeur de l'enseignement scolaire
Jean-Paul de GAUDEMAR

B.O. n°9 du 27 février 2003

© Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche

<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensel.htm>

9.5 Données d'enquête 1 : Entretiens de formateurs

Entretiens non directifs auprès d'enseignants IFSI

Il s'agissait de recueillir la parole d'enseignants formés à la pédagogie en direction des étudiants infirmiers, ont obtenu une licence ou une maîtrise en sciences de l'éducation et ont réfléchi à la construction de la formation infirmière, en tenant compte des textes officiels bien entendu.

1. Peux-tu me parler de ce qui se fait en formation IDE pour aborder la sexualité ?

ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	ENTRETIEN 4	ENTRETIEN 5	ENTRETIEN 6
N'apparaît pas en tant que tel (en dehors du décret concernant les actes infirmiers), dans le programme officiel. => pas de temps prévu	A priori du côté de l'hygiène car le programme est construit du côté du bio-médical et donc d'une approche hygiéniste du médical. qui nourrit un discours prescriptif et normatif qui risque d'induire un jugement moralisateur et ce n'est pas ça qui va aider l'infirmière dans la compréhension du global humain. => Impasse car la promotion de la santé est plutôt dans l'aide à construire une compréhension des comportements et de la complexité de l'humain. Interventions ridicules en collège car discours	Ne doit-on pas d'abord dissocier éducation et sexualité ?	Il faudrait que je connaisse le programme de 2 ^{ème} année. Je n'ai pas entendu l'aborder en 1 ^{ère} et 3 ^{ème} année : aucun contenu même pas la sexualité des personnes âgées. Je ne sais pas si en module de gynécologie en 2 ^{ème} année elle est abordée. Dans la démarche de soins le besoin n'est pas mis en exergue par Virginia Henderson ; les diagnostics qui tournent autour de ça ne sont pas abordés...y compris le cycle féminin et la contraception.	Je ne sais pas.	En anatomie physiologie de l'appareil urinaire ou hormonal ;

	médical !				
Idée que lorsqu'on a 20 ans, quand on arrive en IFSI, c'est un pré-requis, (A la différence de l'alimentation par exemple) comme si chacun savait depuis sa vie privée et sa scolarité secondaire: - ce qu'est un rapport sexuel - les éléments de la reproduction - ce qu'est la vie sexuelle		La sexualité a déjà été abordée pour leur développement, en principe mais en réalité, les étudiants sont-ils éduqués préalablement sur le plan sexualité ? En fait leur éducation est confrontée et influencée par la médiatisation depuis MAI 68 et la lutte féminine pour la liberté des mœurs qui rend la chose comme courante. De plus, grande hétérogénéité des représentations lorsqu'on les fait émerger.	On pense que dans le secondaire ils ont eu approche. De plus il y a le tabou de ne pas parler de la sexualité de ses parents donc si le formateur est «coucounant» il représente une figure parentale et cela bloquerait peut-être les questions... Ce n'est pas de la sexualité dont on ne parle pas c'est de l'amour de l'affectivité, ce qui permet d'éviter de ce fait la sexualité. Est-ce que cette connaissance peut être acquise pour faire de l'éducation sexuelle ?		
Modules où elle est abordée: cela dépend de chaque enseignant. Exemples : personnes âgées en institution, mastectomie en gynécologie (pas plus de 5 mn en général).	Espaces où « clins d'œil » dans les modules => pluralité du fait, du vécu de chaque enseignant.	En module d'éthique lorsqu'on aborde le viol ou l'I.V.G., par exemple. L'hétérogénéité des représentations est évidente. Elle s'exprime en termes de bien et de mal avec des	Il semble que ce domaine est lié au formateur, « perso » au formateur. Et le formateur, à la différence du sexologue (spécialisé), on peut penser qu'il tire sa capacité de sa vie.	Toujours lié à une pathologie et non pas initialement comme l'impuissance ou l'éjaculation précoce ; Inconnu le priapisme n'est pas abordé. Module optionnel sur la vie après le	On découvre en service certaines situations qui ne sont pas abordées comme les injections intracaverneuses ou la fécondation in vitro.

		oppositions très vastes, posant la question qu'est-ce qui est sain ? et ceci surtout sur la sexualité. On travaille alors sur les nuances et l'ouverture mais aussi sur la questions des limites. Différents modules dans lesquels on doit faire émerger des pathologies.	Lors des T.P. Toilette, on ne l'aborde généralement pas alors que cela peut être parlé. En MESP « tout est zappé » concernant le relationnel.	traumatisme Au nom de la pudeur, même avec la toilette on ne l'aborde pas.	
Etudiants mal à l'aise quand on aborde ce sujet, parce qu'on ne l'aborde jamais. Ils véhiculent leurs propres tabous parce qu'on ne parle jamais de leurs représentations => ils ne peuvent donc pas construire un travail éducatif. Exemple donné aux étudiants en éducation du patient: IDE en service de brûlés, donne une ovule gynécologique à une	Comment la question du désir ne se réduit pas au normatif. L'approche de l'éducation sexuelle commence par la compréhension de l'être humain, la prise en compte de l'irrationnel et que le désir est premier. => on ne peut faire l'économie d'une approche réflexive de ses comportements, car à l'âge des étudiants infirmiers, on a du mal à		Certainement tabou à l'école, c'est pourquoi c'est zappé. Le formateur se pose-t-il et est-il perçu comme personne sexuée ?	Les étudiants ne sont pas plus à l'aise que les générations précédentes.	

jeune femme institutrice, qui demande dans lequel des deux orifices, elle doit le mettre : les étudiants sont gênés et surpris.	séparer moi de l'autre.				

2. Peux-tu m'expliquer quels sont pour toi les besoins en formation concernant la sexualité ?

Nostalgie du programme d'avant 1992 où l'homme sain et étapes de la vie: il existait un espace, qui n'existe plus.	Travail sur l'aspect cognitivo comportemental. Mais difficulté liée à l'âge des étudiants pour l'éducation sexuelle en Santé publique car ils n'ont pas fini leur propre chemin vers leur identité sexuelle en	Travail sur la santé, de l'homme, qu'est-ce qui l'influence, qu'est-ce que c'est que se sentir bien ou malade, le point de déséquilibre. Renvoi à la définition de la santé.	On devrait au moins avoir l'objectif de lever le tabou : - ça se parle et si au moins ils peuvent dire les mots, nommer les choses => Il faut des espaces pour pouvoir le faire par exemple lors d'intervention de		
--	--	--	--	--	--

	devenir. D'autant qu'ils n'ont pas de savoir faire de base et de cadre y compris en sciences de l'éducation.		AIDES en module infectieux qui a été réaliste sur le vécu de la sexualité des personnes malades :montrait l'attente des étudiants pour eux-mêmes.		
Si c'est seulement en santé publique c'est restrictif car autres modules dans lesquels devrait être intégré (gynécologie, urologie, traumatologie, neurologie...	Travail sur la prise de conscience du risque		Exemple d'approche de la sexualité à partir du roman d'amour où les étudiants faisaient une fiche de lecture (assez pauvre sur la sexualité) mais il y avait ensuite des tables rondes beaucoup plus riches.	Dans un but éducatif de prévention avec les enfants ;	
Sexualité devrait être étudiée dans chaque module, certains incontournables comme la personne âgée...		La question reste que ça s'arrête à la connaissance des pathologies et de la physiologie.	Besoins énormes. Mais marge réelle d'autonomie dans les modules. Bien, qu'il faille un consensus de l'équipe de formateurs pour que celui qui l'aborde ne soit pas « catalogué »		
Sexualité est dans le soin. Du fait qu'on a de la peine à leur faire comprendre ce que	L'aspect sexuel ne peut être déconnecté de la fonction de soin		Aborder les besoins de l'affectif dans les modules divers comme cardiologie par exemple.		

c'est que soigner et que pour les étudiants le soin technique est prioritaire , intégrer la sexualité est fondamental.				
Connaissances physiologique de la sexualité devrait être le point de départ. Le problème est que nous mêmes ne sommes pas formé(e)s.				Peut-être que par rapport à la question de la physiologie et de l'anatomie pour comprendre les réactions sexuelles et l'évolution comme avec les personnes âgées ainsi que les actes tels que prostatectomie dont les conséquences peuvent être une éjaculation rétrograde...
Intégrer la sexualité dans la prise en charge globale de l'homme.	Travail et vision globale de l'être humain : on a des outils dans la démarche de soins Approche pare les étudiants sur les aspects philosophique et psychologique pour être interrogé par leur vie même avant de	Travail sur les valeurs morales, l'aspect socioculturel, le respect de l'autre avec un grand A, cela permettrait de poser les limites plus facilement.		Mais aussi en psychiatrie, les patients hospitalisés ont leur vie sexuelle.

s'autoriser à être relais éducatif. Travail sur le développement personnel pour que l'IDE puisse envisager d'accompagner	Travailler sur les représentations pour poser les repères professionnels de soi pour guider les démarches éducatives et commencer par analyser les situations du public.	Développement personnel car il faut savoir être soi-même à l'aide en tant que formateur car il semble que ce soit très lié au parcours privé.		
--	--	---	--	--

9.6 Données d'enquête 2 :

Le questionnaire de fin d'études (étudiants et formateurs IFSI Rockefeller)

Questionnaire anonyme

Ce questionnaire est strictement anonyme.

Les opinions sur la vie sexuelle et affective varient d'un individu à l'autre. Dans le cadre de notre recherche sur la formation initiale des I.D.E., nous aimerions connaître votre opinion pour mieux répondre aux attentes des IDE d'aujourd'hui.

Il est très important pour nous que vous répondiez à toutes les questions. Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à en demander le sens.

Nous vous remercions grandement de votre collaboration.

1. Etes-vous :

1 - Etudiant 2 - Formateur

2. Quel est votre sexe :

1 - Masculin 2 - Féminin

3. Vous considérez-vous comme croyant?

1 – Très croyant

2 – Moyennement croyant

3 – Peu croyant

4 – Pas croyant

5 – Ne sais pas

4. Quel âge avez-vous ?

5. **(Emotion.)** Dans une situation à caractère sexuel, au cours des soins, vous arrive-t-il d'être gêné(e)?

1 – Très souvent

2 – Souvent

3 – Peu souvent

4 – Très peu souvent

5 – Ne sais pas

6. **(Sensation)** Au cours d'une toilette, sans risque septique, préférez-vous toucher la peau du patient plutôt que de mettre des gants ?
- 1 – Toujours
 - 2 – Souvent
 - 3 – Peu
 - 4 – Très peu
 - 5 – Ne sais pas
7. **(Comportement.)** Au cours de soins, vous arrive-t-il d'être sollicité(e) par des avances d'un (e) patient (e)?
- 1 – Très souvent
 - 2 – Souvent
 - 3 – Peu souvent
 - 4 – Jamais
 - 5 – Ne sais pas
8. **(Cognition.)** Avez-vous étudié la physiologie des réactions sexuelles masculines et féminines ?
- 1 – Très bien
 - 2 – Bien
 - 3 – Assez bien
 - 4 – Pas
 - 5 – Ne sais pas
9. **(Interaction.)** Au cours des relèves, parlez-vous de la sexualité de patients (ou des personnes en charge), avec vos collègues?
- 1 – Très souvent
 - 2 – Souvent
 - 3 – Peu
 - 4 – Jamais
 - 5 – Ne sais pas
10. **(Représentations.)** Votre rôle de conseil ou d'éducation sexuelle se limite-t-il à la prévention des dangers de la sexualité (abus et violences sexuelles, grossesses précoces, IST Sida) ?
- 1 – Toujours
 - 2 – Souvent
 - 3 – Pas souvent
 - 4 – Rarement
 - 5 – Ne sais pas

11.(**Attentes.**) Avez-vous besoin de plus de formation sur la sexualité dans l'exercice professionnel?

- 1 – Beaucoup
- 2 – Moyennement
- 3 – Peu
- 4 – Pas du tout
- 5 – Ne sais pas

12.(**Addictions.**) Etes-vous convaincu (e) que des produits aphrodisiaques améliorent les performances sexuelles ?

- 1 –Très convaincu (e)
- 2 – Convaincu (e)
- 3 – Peu convaincu (e)
- 4 – Pas du tout convaincu (e)
- 5 – Ne sais pas

13. (**Attitudes.**) Etes-vous à l'écoute, quand une personne handicapée ou âgée évoque le désir d'avoir des relations sexuelles?

- 1 – Toujours
- 2 – Souvent
- 3 – Pas souvent
- 4 – Rarement
- 5 – Ne sais pas

Souhaitez-vous faire des suggestions et commentaires relatifs à la formation IDE dans le domaine de la sexualité ?

Résultats du questionnaire

STATISTIQUE DES REPONSES

Réponse Question	1	2	3	4	5	total
Q1 = col A	ETUDIANTS : 156 FORMATEURS:19					
Q2 = col B	20 Etudiants masculins 136 Etudiants féminins 19 Formateurs					
Q3 =col C	2 19 6	6 34 6	3 32 4	8 47 3	2 4 1	20 136 19
Q4=Col D Ages ²⁷						
Q5 = col E	2 25 1	5 2 6	3 38 4	8 51 3	3 5 1	20 136 19
Q6 = col F	1 29 12	5 65 3	6 20 2	5 21 2	0 1 0	20 136 19
Q7 = col G	0 1 0	0 12 1	15 65 10	5 54 8	0 3 0	20 136 19
Q8 = col H	0 4 4	5 25 5	6 45 8	6 49 2	3 13 0	20 136 19
Q9 = col I	0 1 0	1 7 2	10 69 13	9 59 2	0 0 2	20 136 19
Q10 = col J	2 13 1	10 72 12	3 19 3	4 23 2	1 10 1	20 136 19
Q11= col K	5 23 3	5 56 12	6 35 2	2 18 1	2 4 1	20 136 19

²⁷ Moyenne d'âge des formateurs = 47 ans ; la moitié d'entre eux ayant entre 45 et 60 ans ; Moyenne d'âge des étudiantes filles : 24 ans sachant que la moitié a entre 20 et 22 ans ; l'âge moyen des garçons étudiants est de 27 ans et la moitié d'entre eux a moins de 25 ans

Q12 = col L	0 3 0	2 17 4	9 78 8	7 16 4	2 23 3	20 136 19
Q13 = col M	6 39 9	3 45 7	1 11 1	2 1 0	8 39 2	20 136 19

POURCENTAGES DES REPONSES

Réponse Question	1	2	3	4	5	total
Q1 = col A	ETUDIANTS : 156 FORMATEURS:19					
Q2 = col B	20 Etudiants masculins 136 Etudiants féminins 19 Formateurs					
Q3 =col C	2 10% 19 9.8% 5 26%	5 30% 34 25% 6 31%	3 15% 32 23% 4 21%	8 40% 47 34% 3 15%	2 2% 4 2% 1 5%	20 135 19
Q4=Col D ages						
Q5 = col E	0 5 4% 0	4 20% 27 20% 1 5%	7 35% 62 45% 3 15%	9 45% 34 25% 12 63%	0 8 6% 0	20 136 19
Q6 = col F	4 20% 29 21% 12 63%	5 25% 65 47% 3 15%	6 30% 20 14% 2 10%	5 25% 21 15% 2 10%	0 1 0.7% 0	20 136 19
Q7 = col G	0 1 0.7% 0	0 12 8.8% 1 5%	15 75% 65 47% 10 52%	5 25% 54 39% 8 42%	0 3 2% 0	20 136 19
Q8 = col H	0 4 3% 4 21%	5 25% 25 18% 5 25%	6 30% 45 33% 8 42%	6 30% 49 36% 2 10%	3 15% 13 9% 0	20 136 19
Q9 = col I	0 1 0.7% 0	1 5% 7 5% 2 10%	10 50% 69 50% 13 68%	9 45% 59 43% 2 10%	0 0 2 10%	20 136 19
Q10 = col J	2 10% 13 9% 1 5%	10 50% 72 52% 12 63%	3 15% 19 13% 3 15%	4 25% 23 16% 2 10%	1 10% 10 7% 1 5%	20 136 19

Q11= col K	5	25%	5	25%	6	30%	2	10%	2	10%	20
	23	16%	56	41%	35	25%	18	12%	4	3%	136
	3	15%	12	63%	2	10%	1	5%	1	5%	19
Q12 = col L	0		2	10%	9	45%	7	35%	2	10%	20
	3	2%	17	12%	78	57%	16	11%	23	16%	136
	0		4	21%	8	42%	4	21%	3	15%	19
Q13 = col M	6	3%	3	15%	1	5%	2	10%	8	40%	20
	39	28%	45	33%	11	8%	10	7%	39	28%	136
	9	47%	7	36%	1	5%	0		2	10%	19

Q3 Croyance

Q5 Comportement

Q6 Emotions Gêne

Q7 Sensation

Q8 Cognition

Q9 Interaction

Q10 représentations

Q11 Attentes

Q12 Addictions

Q13 Attitudes

MEDIANES DES REPONSES

Question	1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	13
Et. g			3.5		3	3	3	3	3	2	2.5	3	3
Et. f			3		3	2	3	3	3	2	2	3	2
Form			2		4	1	3	2	3	2	2	3	2.5

MOYENNES DES REPONSES

Question	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
								8	9	10	11	12	13
Et. g			3.1*	1.2	3.2	2.6	3.2	3.3	3.4	2.6	2.5	3.4	3.1
Et. f			*	1.1	3.	3	3.3	3.3	3.3	2.6	2.4	3.2	2.6
Form			2.8*	1.2	3.5	1.6*	3.3	2.5*	3.2	2.4	2.7	3.3	1.9*
			*			*		*					*
			2.4*										
			*										

9.7 Exemples de fiches : Pour une population d'adolescents de lycée d'enseignement général²⁸

- Paroles d'amour et de plaisir -

9.7.1 Le plaisir sexuel

Le plaisir sexuel est le moteur du langage amoureux. C'est pourquoi, il faut l'aborder en premier. La fiche suivante sur le plaisir, nous le répétons, est un exemple des multiples relations sur lesquelles on peut s'appuyer pour développer ce thème et faire participer les jeunes.

La **mobilité** s'oppose à la rigidité. Le plaisir ne peut être ressenti que dans le mouvement, mouvement du corps extérieur et intérieur acquis socialement. La passivité est souvent trompeuse. Prendre le temps de poser un premier mot est important avant même de faire rebondir sur les autres mots de la matrice. Il est nécessaire de faire ressortir que la recherche de mobilité se prolonge toute la vie. Après avoir souligné la manière dont le mot mobilité met bien en évidence le plaisir sexuel, on peut commencer à l'associer aux autres mots de la matrice. Contenir son***désir**, ne pas témoigner du feu brûlant qui nous habite de peur du **risque** de refus peut cacher un manque de confiance ou un **désir** de bien faire ou un **doute** sur la volonté de l'autre à **partager** ce plaisir. Au cinéma, dans les scènes d'amour, la femme et l'homme n'expriment pas de la même manière leur plaisir. Le plaisir sexuel **s'acquiert** comme d'autres plaisirs. Plus la relation **dure**, plus la **confiance** grandit ou au contraire quelques difficultés apparaissent. Rien n'est jamais acquis. Le plaisir est une **confrontation** permanente dans le respect de la **liberté** de soi-même et de l'autre. La volonté de bien faire ou la peur de mal faire font partie du jeu amoureux. Le trac est paralysant mais nécessaire. Il est l'expression d'un désir de plaire à l'autre. L'expérience brise souvent des tabous ancrés par notre éducation. **L'épanouissement** sexuel est une longue route. Le chemin idéal n'existe pas.

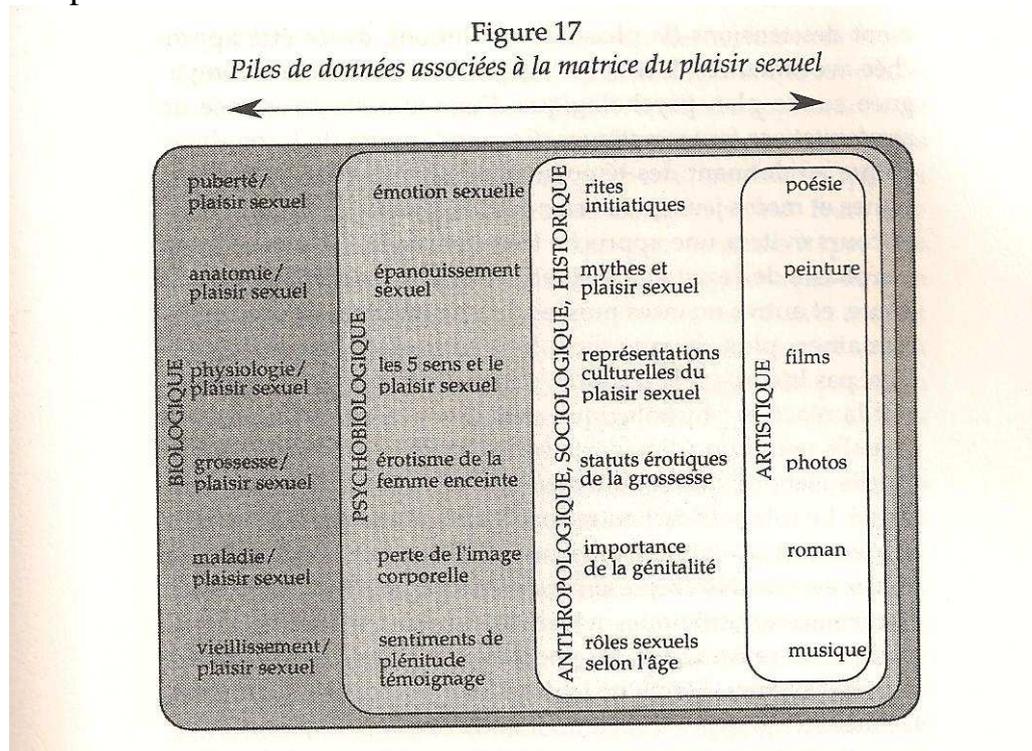
Thème : le plaisir

<i>Aspects</i>	<i>Biologiques</i>	<i>Sociaux</i>	<i>Psychologiques</i>	<i>Moraux</i>
Niveaux				
Savoir	mobilité	partage	personnalité	liberté
Savoir-faire	acquisition	risque	désir	confrontation
Savoir-être	épanouissement	durée	confiance	doute

Cette première fiche annonce en même temps les exploitations complémentaires, les affinements, les prolongements qui peuvent se faire.

²⁸ Guide Pédagogique d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels » Ss la Direction de Réjean Tremblay-M.Guinard et collaborateurs Edition ERES 1998

Chaque mot de la matrice développant le thème du plaisir sexuel doit être relié à des piles de données comme suit:



La pile "expression artistique" est laissée délibérément à l'état indicatif. Chacun pourra selon sa sensibilité, ses goûts, ses connaissances l'alimenter des trésors de l'humanité. Les suggestions des jeunes bien-entendu peuvent être intégrées à la réflexion.

Si nous reprenons l'exemple de la *mobilité* comme aspect biologique du plaisir au niveau du savoir, en affinant l'analyse au niveau de la physiologie, elle peut alors s'envisager en termes de **réactions sexuelles**. Les éducateurs doivent donc prendre le temps d'apporter une base de savoir sur la physiologie et l'anatomie du plaisir sexuel. Un cours sur les connaissances actuelles sur ce sujet doit être présenté par l'équipe mixte. La progression physiologique dans le plaisir sexuel qui s'amorce par un ensemble de stimulations (la phase d'excitation) qui se maintient un certain temps (la phase de plateau) avant d'atteindre un pic de tensions sexuelles qui connaît son paroxysme dans l'orgasme et qui se termine par un relâchement des tensions (la phase de résolution) devra être approchée avec nuance. L'effet biologique est une détente accompagnée sur le plan psychologique d'une jouissance animée de **représentations** fantasmatiques. Ce cours se fera de façon dynamique en donnant des témoignages d'hommes et de femmes jeunes et moins jeunes. Revenir sur les mots de la matrice dans ce cours évitera une approche trop théorique. La présentation des phases de l'excitation sexuelle en termes de mobilité dans le doute, et autres nuances puisées dans la matrice rendront plus humaines, dynamiques les explications apportées. Ce n'est pas le corps seul qui

jouit, c'est aussi l'imaginaire qui enrichit la réaction physiologique et renforce le désir. La réaction sexuelle prend une dimension sociale dans la présence à l'autre qu'elle élabore, que cet autre soit présent ou simplement fantasmé. Le rôle actif de l'autre consiste à accompagner la montée des tensions sexuelles. L'orgasme est le don fait à l'autre de son plaisir égoïste. Nos représentations anthropologiques, sociales, historiques et artistiques nourrissent cette expérience, l'enrichissent de références d'époques, de lieux, de coutumes, de règles variés. L'activité fantasmatique en est plus ou moins facilitée.

L'expression biologique du plaisir sexuel devra de la même manière être développée de façon théorique et dynamique à la *puberté*, pendant la *grossesse*, à travers les difficultés occasionnées par les *maladies* et le *vieillessement*.

Les dimensions psychologiques, anthropologiques, sociologiques, historiques et artistiques du plaisir sexuel devront aussi être approchées de la même manière dans leurs différents aspects.

9.7.2 La découverte de la sexualité

Après avoir abordé avec les jeunes la réalité et la complexité du plaisir sexuel, il est judicieux de se pencher sur l'appropriation du plaisir à travers sa découverte.

Des **pulsions** sexuelles intenses se manifestent dès la puberté. Cette découverte plus ou moins spontanée amène les adolescents à explorer ces nouvelles **sensations** et à y trouver un sens. Ils doivent apprendre progressivement à les **intégrer**, les **consolider** et les **symboliser** en fonction des **représentations** sociales de cette découverte qui les questionnent et les poussent vers des choix **autonomes**. Ils doivent donc apprendre à se **distancer** par rapport à la **culpabilité** de la découverte de ces **émotions**, de ces émois, de ces moments troublants qui les déstabilisent, pour assumer leur sexualité et affiner leurs **attitudes** et leurs **comportements**. Expliquer lentement par des exemples d'hommes et de femmes de tout âge chaque mot de cette matrice est important. Les faire rebondir les uns les autres fournit un éclairage, des nuances indispensables. Chacun peut ainsi à travers l'échange réfléchir, **sélectionner** sa façon de poser au monde cette découverte de la sexualité à travers son vécu et ces espoirs.

La découverte du plaisir sexuel ne se fait pas qu'à l'adolescence. Toute la vie nous sommes amenés à découvrir accidentellement ou activement selon nos expériences de nouveaux plaisirs sexuels. Les premières sensations ou émotions sexuelles peuvent être ressenties à tous les âges. En effet, des adultes qui n'ont jamais ressenti de plaisir sexuel peuvent spontanément découvrir leurs premières émotions sexuelles ou apprendre activement c'est-à-dire consciemment à s'approprier ce droit au plaisir. Les adolescents ne sont pas les seuls à croire en la magie de la découverte de la sexualité, l'adulte qui ne se croit pas "porté sur

la chose”, selon l’expression consacrée, peut lui aussi, quelque soit son âge, perdre cette idée fausse. C’est le cas, par exemple, de l’adolescent qui éprouve pour la première fois dans son érection en montant à un poteau des sensations inconnues qu’il nommera plus tard érotiques. La jeune fil-le qui se balance sur une corde à noeuds peut faire la même découverte. Soulignons encore une fois l’importance pour l’éducateur de ne pas se distancer de l’adolescent et de faire preuve d’implication dans ce questionnement.

Le jeune devra faire progressivement l’association de cette nouvelle découverte avec des *images érotiques* que les plus grands utilisent. La femme de quarante ans qui apprend par une lecture, une émission de télévision que beaucoup d’autres femmes se caressent peut s’approprier ce droit au plaisir pour elle-même. Le plus souvent dans notre culture la découverte du plaisir sexuel se fait à tâtons contrairement à d’autres types d’apprentissages.

Thème : la découverte

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	pulsion	représentation	émotions	distanciation
Savoir-faire	intégration	comportement	sensations	sélection
Savoir-être	consolidation	symbolisation	attitudes	autonomie

La découverte du plaisir sexuel s’organise autour de *rites d’initiation* tels les jeux sexuels que l’on peut observer dans les cours de récréation en se bousculant, multipliant ainsi les jeux de contacts, prenant les pairs à témoin de leurs audaces. Ces jeux nous permettent de nous protéger des dépassements de limites encore inconnues mais soupçonnées.

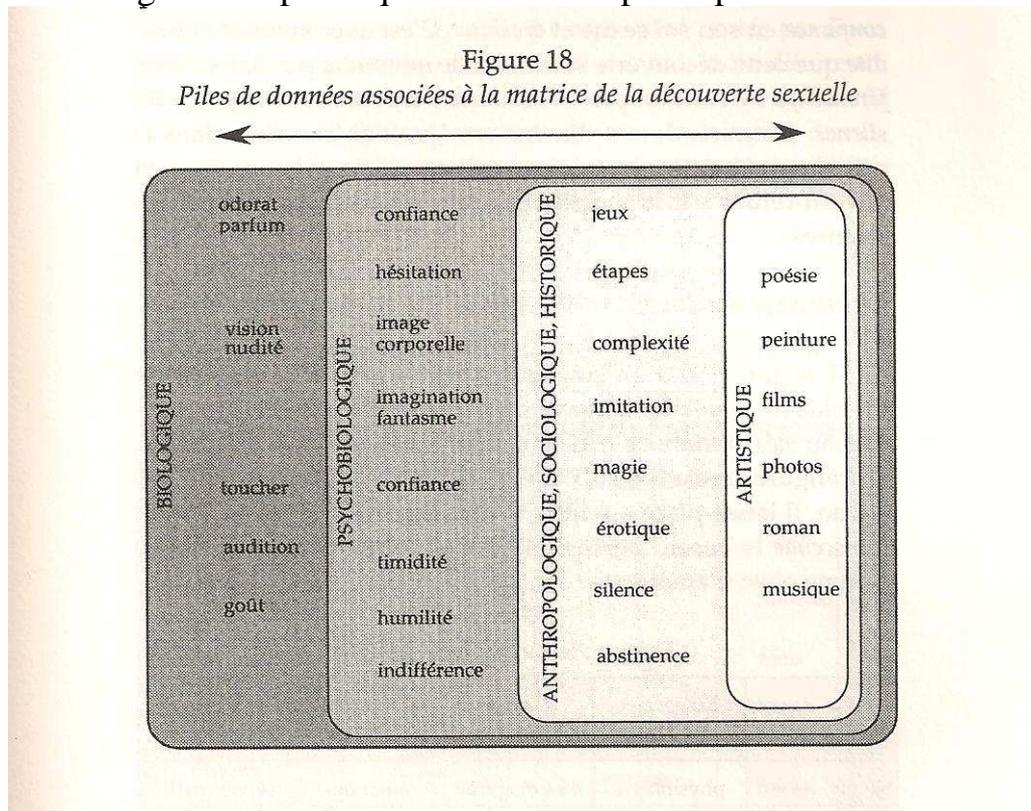
La découverte de la sexualité peut également se faire sur un mode agressif quand une femme est contrainte à une relation sexuelle par son copain, son mari ou un adulte proche ou étranger. Nous verrons plus loin ces types d’agressivités sexuelles. La découverte de la sexualité se fait par *étapes* successives et n’est pas la résultante d’une révélation totale, limitée à la génitalité, et définitive.

La fiche suivante sur le langage du corps nous permettra de préciser les multiples composantes de ce langage de plaisir et de découverte.

L’utilisation de la matrice nous permet de faire ressortir la complexité de cette découverte. Tous les mots en s’éclairant les uns les autres permettent un approfondissement de la notion de découverte. L’utilisation de la pile de données fera ressortir à son tour un nouvel éclairage. Chaque dimension indiquée dans la pile de données pourra ainsi être introduite tour à tour dans la matrice. Prendre le temps de poser chaque dimension nouvelle afin de mettre en évidence sa complexité est une nécessité afin que du doute puisse naître la réflexion avec un sentiment de sécurité hors du champ des vérités fugitives.

Dans toute découverte il y a une part *d’hésitation*. Des mouvements vers l’avant, des mouvements vers l’arrière. La découverte du plaisir est à ce prix.

Elle n'est jamais purement spontanée, ni définitive. Prenons le corps dans sa **nudité** : comment les organes érogènes deviennent-ils **érotiques** , comment dépasser la modélisation idéale du corps pour en faire un objet personnel, une réalité signifiante parce que transcendée par le plaisir?



La société permet difficilement dans notre culture l'appropriation de notre **image corporelle** . Peu de filles, de femmes adultes ont une image gratifiante de leurs seins. Comment dans cette situation découvrir qu'ils peuvent être objet de plaisir, que l'érection du mamelon, l'agrandissement de l'aréole sont signes de plaisir, donc d'identité sexuelle?

Le garçon de son côté associe la découverte de son sexe en érection au plaisir mélangé au dégoût de ses odeurs, de l'éjaculation, de sa forme qu'il faut cacher.

La découverte va passer par **l'imitation** de l'autre pour en décrypter le sens et se l'approprier dans sa symbolique. Trop souvent la découverte est perçue de façon **magique** et rend donc l'apprentissage impossible. Notre matrice et nos piles de données mettent en évidence ce dur cheminement vers un état de **confiance** en son soi sexué et **érotique**. C'est avec **humilité** et **timidité** que cette découverte se fait, si elle ne tombe pas dans **l'indifférence** ou ne conduit pas à **l'abstinence** enfouie sous le poids du **silence** . Chacune de ces dimensions que l'on retrouve dans la pile devra être développée par un apport de connaissances et un retour sur la matrice pour en faire ressortir toutes les nuances.

9.7.3 Le langage du corps

L'acquisition d'un langage permet d'affiner la découverte du plaisir sexuel. Le langage du corps amorce la grande **aventure** ou **mésaventure** de nos cinq sens en tant qu'objet signifiant. Il préfigure la relation à l'autre. Il pose les **bases** de la communication. Il laisse place au **désir**. Il donne naissance au **manque**. Il **transcende** le besoin personnel. Il est déplacement vers l'autre comme objet d'amour.

Thème : le langage du corps

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	physiologie	ethnologique	émotions	discrimination
Savoir-faire	sensibilisation	représentation	pulsion	intégration
Savoir-être	consolidation	distanciation	confiance	acceptation

Une **odeur** est une expérience sociale qui s'alimente de multiples relations avec notre milieu social et qui se développe du début de notre vie jusqu'à la fin. Les événements de la vie: la grossesse, la maladie, le vieillissement, tout comme les saisons modifient son approche, lui donnent une autre couleur.

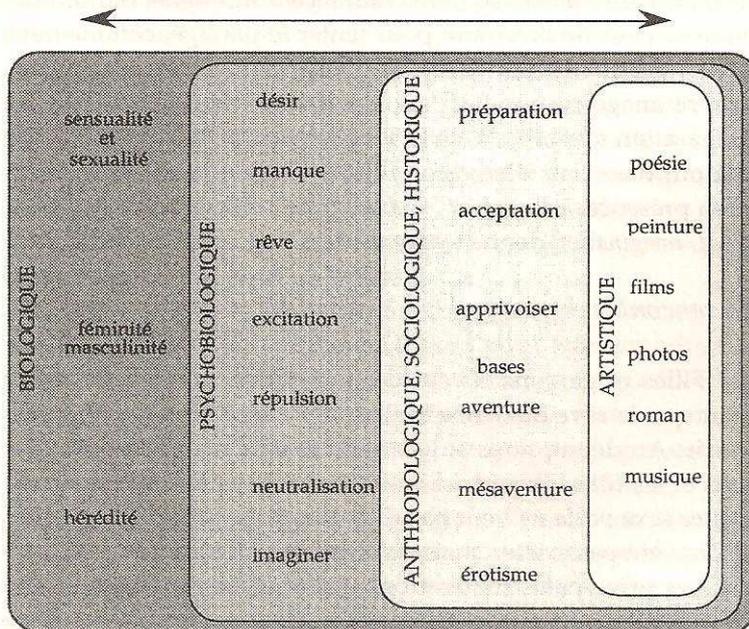
L'odeur du corps a son utilité dans le développement de l'érotisme. L'odeur a donc un sens psychique de **répulsion**, de **neutralisation**, **d'excitation** qui contribue ou non à l'expression de notre **sensualité** et ensuite à l'éclosion de notre **sexualité**. On attribue aux parfums un rôle érotique plus ou moins important selon nos familles, notre milieu, notre sexe. Il en va de même de chacun de nos sens. Les hommes peuvent être plus visuels dans le sens érotique que les femmes puisque que plus portés par leurs pairs vers l'image érotique. Comment combler cette différence d'expérimentation de nos sens selon les sexes en respectant la **féminité** et la **masculinité** ? Cette découverte et cette exploitation de nos sens ont une dimension érotique qui peut nous permettre d'éviter les mésaventures que l'on retrouve plus tard dans la vie adulte.

Le **toucher** sur soi n'est en fait pas seulement une recherche de satisfaction personnelle, mais déjà, dans son contenu une sorte d'appropriation d'autrui dans le sens que le désir qui naît dans la découverte érotique de nos sens est une **préparation** à la rencontre. Se dévêtir à la première rencontre sans cet éveil de nos sens comme source de plaisir sexuel est source d'ambiguïté tout comme l'illusion de devoir tout connaître ou tout au moins d'en donner l'impression.

L'audition est là également pour fournir un support à l'érotisme. Il y a les chansons d'amour qui font rêver à l'Amour, mais, sans désir de plaisir, l'amour ne fait plus **rêver**. **L'audition** participe au rythme de l'expression du désir et du plaisir.

Figure 19

Piles de données associées à la matrice du langage du corps



Quand le jeune adolescent **accepte** son corps, **l'apprivoise**, le fait sien, les caresses, expression aboutie du toucher, qu'il s'accorde dans la masturbation, sont une aspiration vers l'autre, vers le partenaire sans visage qui peuple ses fantasmes et nourrit son envie, jusqu'à l'audace du mot, l'audace du geste qui le surprend enfin lorsqu'il ose avoir confiance en l'autre, se faire confiance et domine sa peur de l'inconnu pour tenter le partage comme nous le verrons maintenant dans la rencontre. S'étant approprié sa propre image corporelle l'adolescent ou l'adulte grâce à cette préparation s'apprête à vivre les premiers actes d'imitation de l'amour dans leur dimension ultime, sous le regard de l'autre, en sa présence.

L'imagination donne forme au désir.

9.7.4 La rencontre

Les filles rêvent d'une relation amoureuse et les garçons aussi. Mais pour que le rêve devienne réalité, il y a tout un chemin à parcourir. Au début, nous suivons des routes parallèles : les garçons et les filles plus jeunes ne pensent pas particulièrement à l'autre sexe, cela ne veut pas dire que des **amitiés** filles garçons ne peuvent pas exister, mais qu'elles sont plutôt rares.

Les principales motivations qui finalement auront raison de toutes les **réticences** sont: la **curiosité**, **l'amour**, le **désir** d'exprimer ou de recevoir de la **tendresse**, ou la volonté de faire l'expérience du plaisir. En effet, il y a ceux et

celles qui dans un premier rapport sexuel cherchent à affirmer leur *maturité*, une sorte de rite initiatique. Il y a ceux et celles qui, débordés par les *câlins*, succombent. Il y a ceux et celles qui le font par plaisir, dans un contexte amical, et non nécessairement amoureux.

Thème : la rencontre

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	observation	mystère	tendresse	réticences
Savoir-faire	désir	amitié	curiosité	audace
Savoir-être	attente	rapprochement	amour	complicité

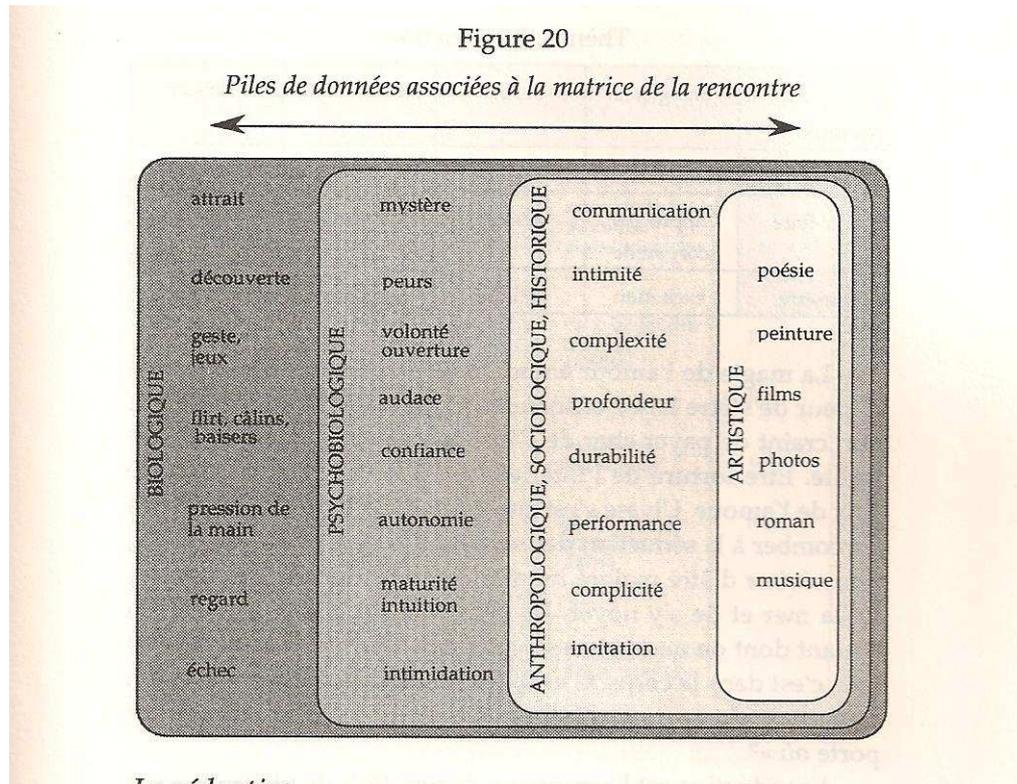
Les autres sont un **mystère**. On les regarde, les **observe**. Les plus courageux tentent des **rapprochements**. D'autres sont très **réticents** avant d'entreprendre une première expérience par amitié, par amour, succombant ainsi à la passion de l'autre. Quelle que soit la motivation de départ, la suite de l'aventure va emprunter des voies multiples. Certains, emballés par leur passion, seront peut-être déçus ou découragés par cette première expérience, mais plus tard, avec un autre partenaire, connaîtront l'enthousiasme de la complicité du contact intime avec l'autre. D'autres, au contraire, persuadés d'avance d'un **échec**, trop **intimidés** par la puissance de leur désir, la peur d'être mal fuiront pour un temps.

Mettre en mots les mots du corps, nos sentiments, demande du temps. Il faut être **audacieux** pour entreprendre des *câlins*, *bisous*, *pressions de la main* ; sans regards affectueux ou passionnés il n'est point d'amour. Le message amoureux a besoin d'un support matériel pour se propager, comme la terre a besoin d'eau et de soleil pour donner la vie.

Les jeunes ne sont pas tous **pressés** d'avoir leur première relation sexuelle. Ils souhaitent en grande majorité qu'elle puisse s'inscrire dans un échange avec leur partenaire sur leur manque d'expérience. Ils souhaitent s'assurer que leurs sentiments soient **profonds** et **durables** avant d'avoir des relations sexuelles complètes. Ils ne choisissent pas leur partenaire en fonction d'une **performance** sexuelle, mais en raison de leur attrait, leur sensibilité et de leur bonne compagnie, et pour le caractère amoureux de la relation. Les garçons se fient plutôt à leur **intuition**, et les filles à l'analyse des **chances de durée** de la relation. Ils recherchent avant tout une bonne **communication**, de la **franchise**, de la **confiance** en soi, de **l'ouverture d'esprit** et de **l'autonomie**.

Souvent ils s'interrogent, comme nous, sur leur capacité à décider eux-mêmes d'avoir ou non des relations sexuelles. Ils se sentent pris entre la pression des amis ou des copains qui les **incitent** à sauter le pas, et celle des parents qui ne voient pas toujours d'un bon oeil les relations sexuelles et qui les encourageraient plutôt à attendre. Malgré l'assurance qu'ils affichent parfois, ils

ne sont pas loin de penser que leurs parents pourraient peut-être bien avoir raison.



La rencontre amoureuse est constituée de mille et un plaisirs, de mille et une *découvertes*. Nous nous souvenons tous du temps de nos *flirts*. Que de plaisir à embrasser, à découvrir le corps de l'autre, par mille caresses, à entrevoir enfin le corps différent si souvent rêvé. Plusieurs d'entre nous éprouvons, au cinéma, quantité d'émotions, du simple fait de sentir la *pression d'une main* tant convoitée. Il faut profiter de ces moments privilégiés. Par ces expériences, on apprend progressivement à se connaître et à s'aimer. A chaque fois qu'on répète ces gestes, on développe cet art d'aimer. Sans précipitation on progresse, on se rassure, on recherche la qualité plus que la performance. Ainsi, la pénétration n'est pas toujours nécessaire dès les premières rencontres sexuelles.

Un grand nombre de jeunes et de moins jeunes qui limitent, réduisent, leur sexualité à la pénétration tombent progressivement dans une routine sans trop s'en rendre compte. Ils perdent petit à petit le désir global de l'autre, c'est-à-dire les plaisirs de *l'attente*, de l'espace nécessaire pour qu'apparaisse le désir dans une certaine *complicité*. Le dialogue corporel qui s'installe permet de faire découvrir cette complexité de la communication du plaisir. Ce qui ne veut pas dire qu'il faille en rester à ces jeux éternellement non plus.

9.7.5 La séduction

Il y a en nous deux types de personnalités: sociale et sexuelle. L'une de la réussite sociale, qu'on encourage. L'autre, sexuelle, qu'on freine et qu'on décourage. Le *charme* sexuel, la volonté sexuelle de *plaire* qui *captivent* et *attachent* prennent tout de suite un caractère magique, irrésistible, ou un caractère de *corruption ou de soumission*. La séduction apparaît ainsi comme une *activité* magique qui peut nous empêcher d'y voir clair, de faire des choix en toute lucidité et donc d'être *corrompu* ou *abusé*. La crainte d'être utilisé, manipulé par celui qui en fait trop demeure présente dans le regard qu'on porte sur notre entourage. La séduction suggère donc la *méfiance*. Mais pourquoi *l'excitation*, la fascination, l'irrésistible, l'irrationnel seraient-ils péjoratifs? Cette attitude négative envers la séduction cache la peur de souffrir et la *peur* du refus.

Thème : la séduction

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	beauté	rivalité	personnalité	hésitation
Savoir-faire	approche corporelle	activité	audace	consultation
Savoir-être	excitation	intimité	confiance	complicité

La magie de l'amour en fait sa **beauté**, mais derrière, il y a la peur de s'être laissé ensorceler. Cupidon a atteint son but et l'on craint de payer cher de s'être laissé atteindre dans son **intimité**. Être torturé de l'intérieur avec violence est souvent le prix de l'amour. Ulysse s'est attaché sur son bateau pour ne pas succomber à la séduction des sirènes. Il a ainsi **rivalisé** avec elle, pour éviter d'être malgré lui entraîné dans les eaux profondes de la mer et de s'y noyer. La personne aimée agit comme un aimant dont on ne peut se séparer sans souffrir.

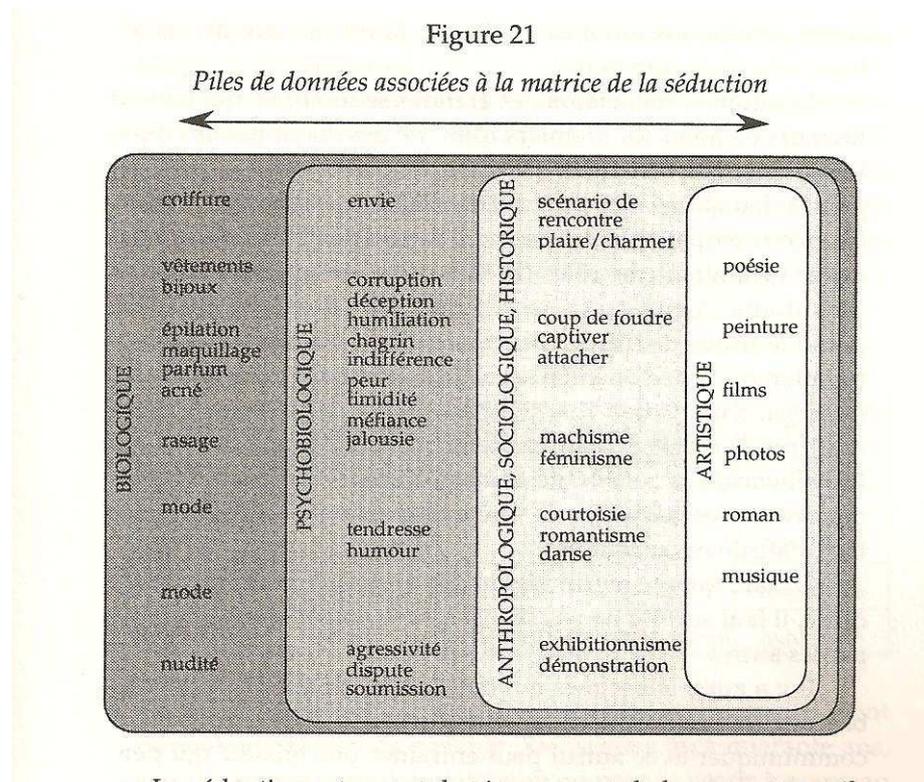
“C’est dans la tête, c’est dans le corps. C’est partout où on est. Et on n’est bien nulle part. Avec personne. Sauf avec elle, sauf avec lui, n’importe où.”²⁹

La séduction est l'expression de son désir de plaire à l'autre afin de le conquérir. Dans la volonté de plaire il y a la peur d'être refusé, rejeté, préféré à un (e) autre, trompé, abandonné. Le refus entame la **confiance** en soi. C'est pourquoi beaucoup se découragent rapidement. Il ne faut pas oublier que la séduction est une main tendue. L'effort d'aller vers l'autre est souvent récompensé, mais peut être déçu. Pourtant, sans risque, il n'est point d'amour et sans amour à quoi bon rêver.

²⁹ Nadia Monteggia, dans le journal Tabou, août 1992, N°4

Il n'est pas facile de savoir quelle est la bonne attitude à adopter. Avec l'expérience des autres et la **consultation** de leur point de vue l'attitude s'ajustera. Quelquefois on en fait trop dans **l'approche corporelle** et on hérite d'une réputation de tombeur ou de tombeuse et d'autres fois on n'en fait pas assez. Un simple geste nous apparaît ridicule, insuffisant et pourtant il fera fondre la gêne, le *trac*.

Figure 21



La séduction est un art de vivre, un art de la rencontre et il

ne faut jamais oublier que dans ce domaine on est toujours deux. Des situations qui semblent a priori complètement impossibles se dénouent par une simple initiative.

Retenons qu'une rencontre n'est pas rationnelle. Le fait que des gens nous repoussent avec dégoût ou mépris ne doit pas nous atteindre. Il ne faut pas se vexer d'une telle attitude. Nos initiatives de tendresse ne sont pas toujours reconnues comme des marques d'affection.

La séduction est l'art d'en faire un peu plus. C'est ce plus qui fait la différence entre la solitude et la rencontre amoureuse.

Dans cette volonté d'en faire un peu plus, la maladresse n'est pas déshonorante. Ce souci de ne jamais dire un mot de travers, de ne pas faire un geste déplacé aboutit à perdre notre naturel. On frime trop ou on perd les pédales à vouloir trop correspondre aux attentes de l'autre. Si on sait rire de ses bêtises, cela peut rapprocher.

Les grands séducteurs, les grandes séductrices, qui tentent toujours de jouer les premiers rôles, ne devraient pas se culpabiliser d'agir ainsi. La fille qui essaie de plaire à tous les garçons joue un jeu qui ne doit pas lui faire oublier sa

capacité d'aimer. Ce rôle n'est pas le reflet de toute sa **personnalité** et de son devenir. En imitant ces rôles de séduction, on apprend à plaire sans doute mieux qu'en se repliant sur soi-même. Mais on prend le risque de scandaliser ceux qui ont peur de toute manifestation de la personnalité sexuelle. Se prendre pour un grand musicien a un certain charme, c'est peut-être un tremplin vers une grande carrière. Derrière cette attitude de séduction il y a l'intelligence, la sensibilité et bien d'autres choses. Méfions-nous donc des étiquettes de "bête de sexe" que beaucoup tentent d'attribuer aux autres.

En fait, qu'on soit timide ou entreprenant dans l'art de séduire, il faut surtout ne pas se juger, ni se laisser mettre en boîte par les autres.

Il y a aussi des jeunes qui ont du mal ou **hésitent** à établir des contacts d'ordre affectif et sexuel. Cette incapacité à communiquer avec autrui peut entraîner une anxiété qui perturbe la confiance en soi en général et la **complicité**. Les jeunes, et les plus vieux aussi, sont très malheureux lorsqu'ils n'ont pas l'**audace** d'être amoureux et reconnus comme pouvant être aimés.

9.7.6 La première fois

Comment se passe la première fois? Personne ne peut savoir d'avance. Il faut profiter d'une bonne **préparation**. Bien se connaître augmente notre confiance en nous. Se sentir **soutenu et accompagné** par nos parents et nos proches est aussi important. Plusieurs expériences de flirt ne garantissent pas que l'on vivra bien la première relation sexuelle. Plus on voit d'un bon oeil les grands horizons, mieux on vit cette première rencontre avec l'**inconnu**. Il est préférable également d'être **bien accompagné** : de trouver un partenaire tendre et amoureux, plein de considération, attentionné, et qui prend beaucoup de temps en **préliminaires**.

Thème : la première fois

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	douleur	inconnu	décevoir	intimité/ socialisé
Savoir-faire	expérience	préparation	relativisation	co-décision
Savoir-être	rythme	confiance	accompagnement	autonomie

Il y a toujours une part d'émerveillement dans la première fois que chacun vit plus ou moins bien. La sexualité n'est pas un jeu de performances, tout n'est pas parfait dès la première fois. Il existe des difficultés normales d'apprentissage, comme pour apprendre à marcher. Il est donc fréquent que les premières expériences sexuelles ne soient pas totalement satisfaisantes.

La première fois qu'on fait l'amour, on le vit souvent comme un examen de passage. Remarquez qu'à quarante ans, avec un(e) nouveau(lle) partenaire on peut se sentir à nouveau comme la première fois, ressentir à nouveau ce **trac** de la découverte du corps de l'autre, de ce nouveau concert amoureux.

Les adolescents d'aujourd'hui comme ceux d'hier ont quelques appréhensions au départ: peur de **décevoir, d'avoir mal, de faire mal**, ou d'être ridicules. Il y a aussi la timidité face à leur **nudité** et à celle de l'autre. Enfin, il y a la recherche d'un **lieu** privé et chaleureux pour faire l'amour, qui pose quelquefois question.

Au départ, il y a la trouille de ne pas avoir de plaisir. Cette appréhension, bien sûr, n'est pas la même chez le garçon et la fille.

Bien sûr, il n'y a pas d'âge pour débiter. La **précocité** n'est pas une garantie de qualité. On peut commencer tôt et mal. "Rien ne sert de courir, il faut partir à temps", dit le proverbe. La grande majorité des jeunes avoue que la première fois, ce n'était pas super. Cela ne les empêche pas d'être contents de l'avoir fait et d'avoir envie de recommencer. Après tout, la première fois qu'on fait quelque chose il est normal que ça ne soit pas parfait. Dans les gestes malhabiles du **débutant**, il y a tout un **charme**, que ce soit dans les premiers pas de l'enfant qui se lance avec confiance ou d'un premier baiser ou d'une première relation sexuelle.

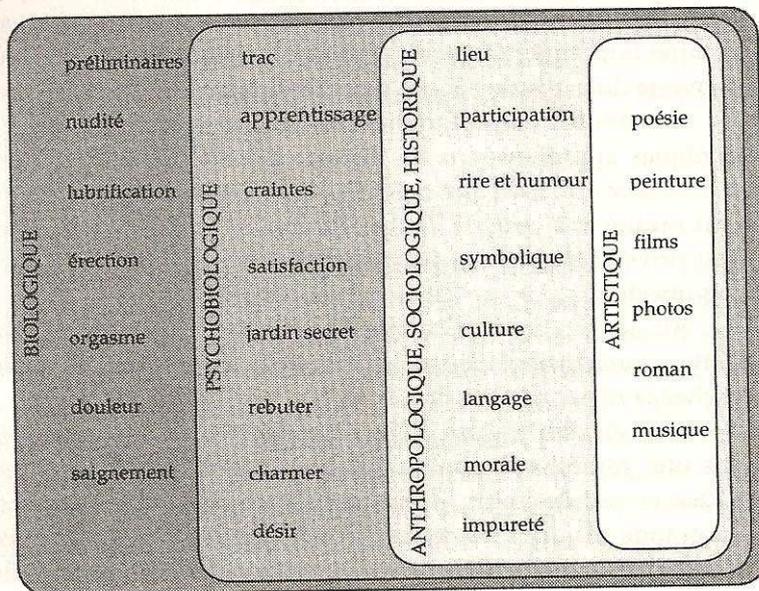
En plus de la peur de ne pas ressentir de plaisir, il y a la gêne de ne pas avoir d'expérience, comme si c'était un crime qu'on devait avouer. Il n'y a pas de honte à avoir un **jardin secret**. La peur de dire provient de la volonté de bien faire et du doute qu'on porte plus ou moins en soi. On peut même en rire après. Ce n'est pas un mensonge de prendre ses désirs pour des réalités mais une source de motivation, une intention de bien faire. Il ne s'agit pas d'un travail à faire, où il faut faire preuve **d'expérience** avant d'être sélectionné, mais d'un lien amoureux où passent inaperçues les quelques maladresses de départ. Aller à son **rythme** est important.

La plupart des garçons le comprennent. Ils se sentent sécurisés quand la fille demande de respecter son **rythme**. Ils se familiarisent ainsi progressivement à la présence de l'autre. Tous les deux arrivent à la pénétration tout naturellement dans un climat de **confiance**.

Toute précipitation est absurde. L'expérience amoureuse se construit à travers ses succès et ses échecs mais surtout avec une immense joie d'aimer et d'être aimé, de vivre. La pénétration réussie ou non n'a pas réellement d'importance si l'on s'aime.

Figure 22

Piles de données associées à la matrice de la première fois



La première fois, le garçon pense trop souvent à son image de marque. Il est convaincu que pour être reconnu comme un bon partenaire, il est indispensable que la fille soit totalement **satisfaite** dès la première fois sur tous les points. Le garçon se sent en démonstration. Bien sûr, il devrait penser davantage à offrir son plaisir à sa partenaire, à **s'abandonner**, qu'à rouler des mécaniques. Le garçon n'a en fait rien à prouver. Il n'est pas responsable, mais participe à une grande aventure qui se construit petit à petit, à deux. Il en va bien sûr de même pour la fille trop en attente d'une performance masculine. La fille aimerait peut-être dire à son tour que le garçon n'a pas besoin de faire tout ce spectacle pour qu'elle tombe dans ses bras. Elle doit apprendre à prendre sa place dans cette rencontre amoureuse et ne pas laisser toujours l'initiative au garçon. La fille ne devrait pas en vouloir au garçon d'avoir essayé de mettre en pratique le **rôle** qu'il suppose devoir jouer; à partir de ce qu'il a entendu dans les cours de récréation, vu dans les films ou essayé de deviner chez ses parents. Ils en ont assez autant que les filles de leur rôle de responsable du plaisir sexuel, mais ne savent pas comment s'en débarrasser.

S'entraider est la meilleure attitude à adopter. Les deux amoureux font partie de l'orchestre de chambre.

Certaines filles ont peur d'être déçues, tout comme les garçons.

L'idée d'échec est fortement ancrée dans notre culture. Dans la réalité, nous apprenons par nos **difficultés**. Ces obstacles nous font progresser. Chacun ne se rend pas compte qu'en dépensant autant d'énergie à fuir ses difficultés, à se mettre en position de refus, il s'empêche d'avancer.

Certaines filles s'inquiètent de ne pas pouvoir atteindre *l'orgasme* lors des premières relations sexuelles. Il faut savoir que, dans la plupart des cas, quelques mois de relations sexuelles régulières en compagnie d'un partenaire avec lequel on se sent vraiment bien sont nécessaires pour pouvoir atteindre l'orgasme. *L'apprentissage* peut aussi être plus long chez la fille car souvent elle ne connaît pas son corps, n'a jamais eu d'orgasme par masturbation ou n'a jamais été excitée sexuellement. Dans la pratique, 94% des garçons avouent connaître toujours *l'orgasme*, tandis que seulement 31% de filles sont toujours orgasmiques, 48% l'atteignent souvent et 20% rarement. Même si on ne conçoit pas l'obligation de l'orgasme comme signe inéluctable de la qualité de la relation sexuelle, elle traduit une différence dans l'apprentissage sexuel de l'homme et de la femme dans notre culture.

Selon certaines recherches, 70% des femmes n'ont pas d'orgasme régulièrement par pénétration, même au cours d'une vie sexuellement active. Il ne faut donc pas s'en alarmer et savoir que le clitoris est, chez la femme, l'un des éléments corporels initiateurs de l'orgasme. Il ne faut jamais oublier que cela s'apprend et donc ne jamais se décourager. La crainte que ressentent certaines jeunes filles témoigne avant tout d'un désir de bien faire tout comme l'acteur a le trac avant la levée du rideau. Les femmes et les hommes deviennent plus entreprenants au fur et mesure de leurs expériences, en fonction de la force de la relation, de la communication. La crainte fait partie de la réussite car elle est synonyme de tendresse.

La peur de la *douleur* n'est pas une représentation isolée. La douleur et les saignements lors de la "première fois" n'existent pas toujours. Il ne faut pas croire tout ce qu'on voit au cinéma. Il n'y a pas de modèle idéal pour bien vivre une première pénétration. Prendre son temps à deux et tenter de multiples positions en riant de ses difficultés est la meilleure façon de procéder. Il ne faut pas imaginer que le pénis soit facile à introduire dans le vagin même si la pénétration peut devenir plus ou moins facile par la suite. Il faut apprendre à écarter les grandes et les petites lèvres qui recouvrent l'entrée du vagin. Si la fille a l'habitude de mettre un tampon ou son doigt elle pourra guider facilement le pénis. S'il y a un léger blocage au départ ou une douleur dans les premiers rapports sexuels, il faut comprendre qu'il s'agit d'un simple réflexe à faire disparaître. C'est la même chose que l'oeil qui se ferme à l'approche d'un danger, la paupière se referme involontairement. Il ne faut surtout pas insister ou forcer. Il faut prendre le temps de faire une éducation ou une rééducation de ce muscle tout comme on procède quand on apprend à se poser des verres de contact. Avec ses doigts et ensuite avec ceux de son ami, on peut faire mille jeux qui nous permettent de nous décontracter et ainsi de nous préparer à cette première pénétration. Penser également que pour rendre la pénétration encore plus facile le plaisir est important car il fournit une lubrification naturelle. N'oublions donc pas que s'il y a appréhension il n'y a pas de plaisir et donc pas de lubrification. Le temps de s'accommoder il est donc préférable d'utiliser tout

simplement de l'huile d'amande douce qu'on trouve facilement dans n'importe quelle pharmacie sans obligatoirement à avoir à demander un gel spécial. Un examen avec une gynécologue sympathique peut aussi nous rassurer. L'important est d'en retirer du plaisir et de vivre une complicité qui contribue à un rapprochement encore plus fort. Rappelons qu'il n'y a surtout pas de honte à rencontrer des difficultés la première fois.

La crainte de l'inconnu est une mesure de sécurité. Cette crainte est donc signe d'intelligence, et ne doit pas nous empêcher de commencer nos expériences. Différer quelquefois le départ est parfois plus courageux et signe de sagesse que de vouloir réussir la première fois.

Sans un minimum de connaissances nous sommes des musiciens sans solfège. Il se passe d'innombrables changements physiologiques partout dans notre corps lors de la montée de la tension sexuelle (dilatation de la pupille, rougeur sexuelle sur la poitrine et sudation dans le dos, etc). Il y a bien sûr de nombreuses façons de caresser un pénis ou un vagin. Il est bon de les découvrir. Nous devons comprendre que plus l'excitation augmente, plus le clitoris devient sensible, tout comme le prépuce chez l'homme. Il est donc préférable d'éviter des touchers de friction et de favoriser des caresses indirectes, ou des pressions qui n'irritent pas. Ces frictions peuvent devenir totalement intolérables et rompre l'échange amoureux ou l'excitation sexuelle. Il est souhaitable de connaître cette cartographie des organes génitaux plutôt que de se spécialiser dans la physiologie des corps caverneux, si l'on veut éviter des difficultés sexuelles.

L'apparition de la **lubrification** vaginale tout comme l'**érection** est le premier signe d'un début d'excitation sexuelle. La reconnaissance de ces signes peut éliminer le doute ressenti par certaines filles sur leur capacité à être excitées, ou aussi rassurer le garçon sur la **participation** de sa partenaire. Ce phénomène se produit par une sorte de sudation à la périphérie du tissu vaginal. Il faut savoir que le clitoris, lui, n'est pas lubrifié. Toute friction directe sur le clitoris peut devenir insupportable quand l'excitation augmente et rompre l'échange amoureux lorsqu'il émerge de la petite peau qui le recouvre et le protège habituellement. Il peut être plus agréable de le caresser en utilisant la lubrification vaginale en pénétrant auparavant avec un doigt dans le vagin ou de le caresser indirectement (par exemple deux doigts de chaque côté ou par une légère pression), de même, il est préférable d'attendre une bonne lubrification vaginale avant la pénétration. La fille qui se connaît bien elle-même peut enseigner tous ces gestes, car il ne faut pas oublier que le garçon ne peut pas les avoir appris par lui-même.

L'érection n'est pas commandée par la tension d'un muscle. Il s'agit d'un afflux de sang qui irrigue les corps caverneux comme une éponge. La sensation d'érection est très variable. Le garçon peut-être en érection sans percevoir très fortement celle-ci.

L'érection varie en fonction de l'excitation. Il peut donc y avoir une rapide apparition de l'érection au début de l'excitation sexuelle, qui peut être

partiellement perdue par l'interférence de stimulations non sexuelles comme des caresses plus ou moins agréables, des distractions, ou des changements de positions. Elle peut reprendre pour un temps indéterminé. Il ne faut donc pas s'affoler si l'on ne sent pas une forte érection ou si l'on perd temporairement cette érection pendant la relation sexuelle. Il ne faut pas se baser sur les performances que l'on retrouve dans certains films pour apprécier la réalité.

Finalement l'important est de ne pas trop observer ce qui se passe en "bas" pour profiter totalement de l'échange amoureux. Pensons à ce que l'on fait et l'on aime, plutôt que d'attendre la réponse seulement du corps. Le garçon qui perd son érection pendant la pénétration est envahi par l'angoisse. Il peut rapidement à ce moment devenir observateur c'est-à-dire être en attente de son érection oubliant ainsi que cette réaction vient de son désir, de son abandon à sa partenaire et qu'il ne peut en aucun cas commander à son pénis de maintenir son érection. Il est tout simplement dans la même situation que la fille qui est à la recherche d'un premier orgasme avec un garçon. Dans les deux cas, une certaine complicité, un brin d'humour et un grand désir amoureux viendront à bout de situations "peu glorieuses". Et n'oublions pas que la peur est mauvaise conseillère. Se fondre dans le plaisir du toucher, de sentir, du regarder, est le meilleur "ami" des amoureux.

La peur de ne pas connaître "une première fois" peut être reliée à un manque de **confiance** dans son corps suscitant ainsi la crainte de décevoir son partenaire : être trop mince, ne pas avoir assez de poitrine donc n'être pas féminine, ne pas se sentir assez belle nue, etc. Aussi, chacun a du mal à se servir de son corps pour transmettre des émotions et des sentiments.

Dans le choix du partenaire, certains sont peut-être trop influencés par les images idéalisées de femmes ou d'hommes que leur présentent le cinéma ou les magazines. Cette publicité modifie leur choix qualitatif de l'ensemble de la personne. Beaucoup de jeunes ont raison de se méfier de l'attrait physique aux dépens d'une beauté plus profonde révélée par toute la personnalité. Notre attrait sexuel se modifie au fur et à mesure de nos expériences. Rappelez-vous que dans la pièce "Cyrano de Bergerac" "la plus belle fille ou le plus beau garçon ne peuvent donner que ce qu'ils ont".

L'appréhension peut aller jusqu'au dégoût. Changer sa *vision* négative du *corps* de l'autre et de son sexe s'apprend. Dans notre culture, l'image de l'homme n'est pas tellement mise en valeur par rapport à celle de la femme. Dans d'autres cultures, le pénis a une *symbolique*, non seulement de procréation, mais aussi sexuelle et sociale. Il est important de développer un imaginaire érotique qui n'exclut aucune partie du corps.

Toujours dans l'ordre du dégoût, on peut rencontrer une répulsion pour l'éjaculation et les menstruations.

Le *sang* ou le *sperme* ne sont pas *impurs*. Il est vrai que, dans notre culture le sang est associé à la mort, à la souillure. Il en va de même du sperme qu'on a trop souvent assimilé à la saleté. Ici, la pureté biologique, la source

même de la vie devient dégoûtante. À force de courage et de volonté, nous pouvons nous aider à mieux nous accepter et à nous libérer de nos propres gênes.

D'autres ont plutôt la *crainte* de ressentir du plaisir que de ne pas en avoir. Ils peuvent aussi avoir peur du plaisir de l'autre car ils craignent en quelque sorte d'être dépassés par le plaisir et ainsi de ne plus se contrôler ou *maîtriser* les envies de l'autre. Ce souci peut donc être relié à la capacité d'accepter et de maîtriser ses propres pulsions et celles de l'autre. Avoir du mal à accepter des caresses plus intimes. de peur de la sensation que cela peut produire en nous, de peur de ne plus être maître de la situation, doit être aussi abordé. L'important est de ne pas être trop pressé.

En définitive, la qualité d'une rencontre est une question de préparation et de patience. Il faut éviter de se culpabiliser au moindre problème rencontré.

9.7.7 Les erreurs

Les idées fausses sur notre fonctionnement sexuel sont très répandues. Elles entraînent de multiples angoisses et des **dysfonctionnements** sexuels. Les difficultés à parler de ce sujet génèrent la **désinformation**, les **superstitions** ou les erreurs. Les superstitions sont profondément **ancrées** et difficiles à modifier. Lorsqu'on pense qu'une information exacte pourrait éviter une grande partie des *souffrances* , on est persuadé de la nécessité d'acquérir des connaissances le plus tôt possible.

Dans son livre "Psychanalyse de l'humour érotique" **G. Legman (N.27)** , démontre comment ces erreurs sont véhiculées par les histoires *humoristiques* sur la sexualité. Il montre l'origine de ces histoires et leurs transformations historiques et culturelles. Certaines de ces histoires, que vous avez entendues, vous reviendront sans doute en parcourant ces différentes erreurs sexuelles.

Voici donc treize erreurs généralement répandues, de part le monde.

Thème : les erreurs

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	dysfonction	désinformation	traumatisme	frustration
Savoir-faire	pratique	superstition	correction	intégration
Savoir-être	information	performance	restauration de la confiance	structuration

1° L'émission nocturne de sperme est un indicateur de troubles sexuels

La première expérience de "*pollution nocturne* " (éjaculation la nuit pendant le sommeil) est encore **traumatisme** chez quelques adolescents. On

rencontre beaucoup d'hommes qui vivent encore cette expérience comme un signe de dérèglement organique et même *d'impuissance*. Il reste donc encore des traces, aujourd'hui, de la condamnation par des générations d'une époque, pas si lointaine, qui, pour éviter ce petit "péché véniel", conseillaient d'avoir des pensées pures avant de s'endormir.

Presque tous les hommes ont connu des pollutions nocturnes. 85% en ont fait l'expérience dans leur adolescence et continuent même après le début de leur vie amoureuse. Certains vivent encore cette expérience à 85 ans et plus. Il ne semble pas non plus qu'il y ait une relation entre la fréquence de la masturbation ou des relations sexuelles et les pollutions nocturnes. Il ne semble donc pas qu'il s'agisse d'un trop plein qui viendrait à déborder, ce sont en fait les rêves érotiques qui provoquent des décharges de tensions.

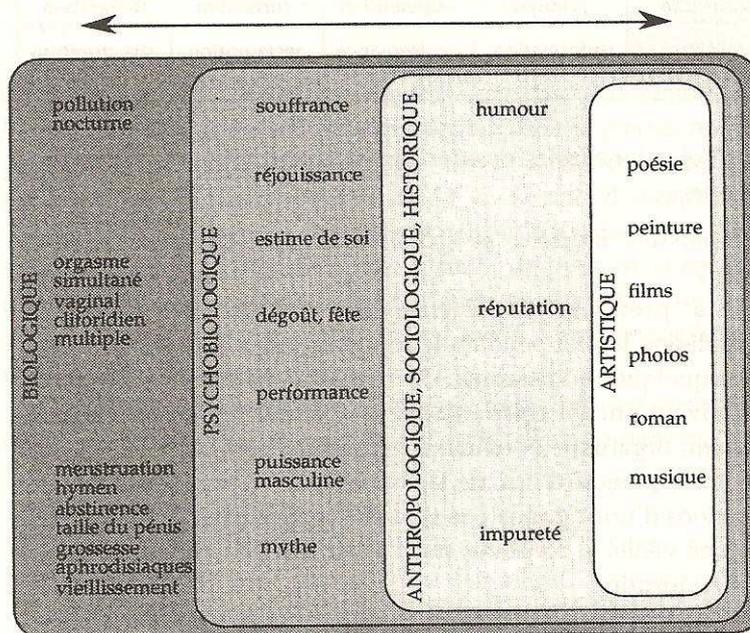
2° La femme ne peut connaître d'orgasme nocturne

Les femmes peuvent faire des rêves érotiques qui les mènent jusqu'à l'orgasme. Certaines femmes ne connaissent le plaisir que par des rêves érotiques. Elles peuvent se considérer comme "*frigides*". Or c'est tout le contraire. Leur corps réagit parfaitement aux stimuli sexuels. 70% des femmes rapportent des rêves érotiques dont la moitié aboutissent à des orgasmes nocturnes.

NOCTURNES.

Figure 23

Piles de données associées à la matrice des erreurs sexuelles



3° Les orgasmes simultanés sont plus satisfaisants que ceux vécus séparément et sont nécessaires pour une réelle complémentarité dans le couple

Il y a longtemps que l'homme rêve d'orgasmes simultanés. Il serait le signe d'une **complémentarité** érotique parfaite. Comme la plupart n'y arrivent jamais ou rarement, il n'est pas surprenant que cela soit à l'origine de problèmes sexuels dans les couples, qui échafaudent une sexualité de **performance**.

Un exemple simple nous permettra de comprendre la difficulté sinon l'impossibilité de réaliser un tel projet. Si nous admettons le fait qu'une réaction sexuelle fonctionne comme toute réaction humaine (stimulation-réponse, comme nous l'indiquions plus haut) serait-il envisageable de perdre connaissance en même temps? Il faudrait se concentrer autant que son partenaire sur des fantasmes dans le but de provoquer simultanément et proportionnellement des tensions corporelles, de commander une augmentation de la respiration et des pulsions cardiaques équivalentes aux efforts de son partenaire et ainsi de suite. Pour arriver en même temps à l'orgasme, il nous faudrait, de même, coordonner la qualité et la quantité de la stimulation cumulée de nos cinq sens. Cette erreur révèle notre tendance à la performance ou à une mauvaise interprétation de la notion de partage et de communication.

L'homme après son plaisir, peut agir de mille façons, tout comme le fait la femme, pour accompagner sa partenaire dans la recherche de son plaisir. Ce rôle de tendresse après l'orgasme ne doit pas être réservé à la femme; tout comme le rôle actif ne doit pas être réservé à l'homme. Dans ces conditions, il est possible de partager.

Les chiffres que l'on retrouvait dans le rapport Simon **N 29** sur le comportement sexuel des Français n'ont pas changé aujourd'hui et sont assez éloquents sur la persistance de ces idées erronées. En effet, 81% des hommes et 67% des femmes trouvent plutôt important la recherche du plaisir en même temps. Ils trouvent aussi plutôt important (73% des hommes et 56% des femmes) que la pénétration dure un temps assez long. Les hommes sont donc beaucoup plus préoccupés à réaliser des performances que les femmes. En vérité, la moitié des hommes interrogés dans le rapport Simon, déclarent parvenir le plus souvent au plaisir en même temps que leur partenaire; mais si l'on se réfère aux réponses données par les femmes, cela semble plutôt être le cas pour deux couples sur cinq, tandis que, dans une égale proportion d'entre eux, l'homme parvient le plus souvent au plaisir avant la femme. Cette vision idyllique de la sexualité risque d'entraîner beaucoup de **frustration** de part et d'autre.

4° Les femmes sont incapables d'orgasmes multiples

La femme a longtemps été considérée comme réagissant moins fortement aux stimulus sexuels. L'homme après l'éjaculation ne peut immédiatement recommencer. La femme peut accumuler plusieurs orgasmes sans avoir besoin de cette période de "repos" nécessaire à l'homme. Certaines femmes peuvent ainsi connaître jusqu'à dix orgasmes successifs. Lorsque les recherches ont confirmé la possibilité d'orgasmes multiples chez la femme cela a remis en cause

cette idée d'une pulsion sexuelle moins forte chez la femme. Cette découverte a pu devenir menaçante pour l'homme.

Cette révélation a entraîné plusieurs conséquences. Quelques femmes qui ne pouvaient expérimenter ce type de réactions se sont senties diminuées. D'autres ont eu peur de la réaction de leur mari si jamais elles connaissaient des *orgasmes multiples*. Elles craignaient d'être prises pour des *nymphomanes* (des femmes qui ont un besoin excessif de plaisir sexuel). Mais celles qui avaient déjà vécu des orgasmes multiples et craignaient d'être anormales se sont senties déculpabilisées, réconfortées. Enfin, d'autres ont cherché des performances, croyant que le nombre d'orgasmes apportait plus de plaisir. Retenons que le fait de manger encore, donne plus de satisfaction à la seule condition d'avoir toujours faim. Rien ne sert de se forcer ni dans ce domaine, ni sexuellement. Certains hommes ont même été jusqu'à reprocher à leur partenaire de ne pas avoir d'orgasmes multiples parce qu'ils avaient rencontré de telles femmes dans le passé. Ils avaient mal interprété leur réaction soit dans le sens d'une plus grande réceptivité ou de plus d'amour de ces femmes à leur égard, soit dans le sens d'une plus grande capacité de leur part à les faire réagir. Un seul orgasme peut amplement satisfaire l'élan amoureux.

L'homme souvent a beaucoup de difficultés à comprendre la demande de la femme qui sollicite la continuation du plaisir après son premier orgasme. Il en résulte des frustrations qui peuvent conduire à des tensions dans le couple. Le partage consiste à accompagner l'autre jusqu'au bout de sa satisfaction par diverses caresses.

5° Il y a une différence entre l'orgasme vaginal ou clitoridien

Les vieux mythes sont encore présents et nous pouvons mesurer les effets de cette éternelle question entre l'orgasme clitoridien et l'orgasme vaginal. Nous pourrions aussi bien rechercher à quel endroit du pénis correspond le plus grand orgasme! L'orgasme est la résultante d'une série de stimulations de plusieurs de nos sens où le toucher est l'un des nombreux supports, catalyseurs de la pensée.

De toute façon, la plupart des femmes décrivent le clitoris comme le meilleur catalyseur de tous leurs stimulus corporels; elles ont sans doute raison puisqu'il est plus innervé que le vagin; même quand la femme a un désir de pénétration souvent induit par une stimulation clitoridienne, elle ressent comme une frustration l'abandon de cette stimulation. Elle aimerait pouvoir reporter la même sensation d'excitation dans le vagin. Ainsi pour obtenir le même résultat, la stimulation physique diminuant, il lui faudra apprendre à la compléter par des fantasmes de pénétration ou par un apport d'autres sources de stimulations. Ce n'est pas uniquement le plaisir de la pénétration qui la conduit à l'orgasme mais aussi le sentiment d'être désirée, de se serrer contre l'autre, d'imaginer une situation érotique, d'être portée par les parfums érotiques du corps de l'autre.

6° Il est dangereux d'avoir des rapports sexuels pendant les menstruations

Les menstruations depuis des siècles et dans beaucoup de cultures ont eu *mauvaise réputation*. On leur a accordé un pouvoir magique de déclencher des "catastrophes" plus ou moins importantes telles que faire tourner le vin en vinaigre, faire tomber les fruits des arbres, provoquer la famine, etc. Par exemple dans l'Ancien Testament, on appelait cette période "impure". La femme était souvent condamnée à ne pas s'approcher des autres, à ne pas sortir de chez elle. Cette attitude négative provient évidemment de notre peur du sang qui symbolise dans nos sociétés la violence, la blessure et la mort. Ainsi est née la peur des relations sexuelles pendant les menstruations. Sans doute l'image de la perte inutile de sperme pendant une période d'infertilité a aussi contribué à la perpétuation de cette erreur.

Bien sûr le sang menstruel ne peut faire de mal à personne, ni à l'homme, ni à la femme. La pénétration ne peut endommager le tissu vaginal puisque le sang provient de l'utérus. La pulsion sexuelle n'est pas diminuée pendant les menstruations, mais peut, au contraire, être favorisée par l'engorgement permanent des tissus qui survient normalement par une stimulation sexuelle. Les contractions utérines pendant l'orgasme peuvent même favoriser l'écoulement sanguin et ainsi diminuer les douleurs menstruelles. Le refus de rapports sexuels pendant 4 à 5 jours chaque mois est une **privation** qui limite injustement le rapprochement amoureux.

En terme de prévention si on se situe hors de la problématique des MST, soulignons qu'il est important de préparer l'adolescente à bien vivre ses menstruations. Le garçon doit aussi être informé pour pouvoir partager cette période et ne pas être *dégoûté* par les menstruations. Nous pourrions nous inspirer des rites initiatiques pratiqués dans certaines sociétés qui font une grande *fête* le jour des premières menstruations de l'adolescente.

7° L'absence d'hymen prouve la non virginité d'une fille

Il y a à l'entrée du vagin une membrane, un mince voile qu'on appelle l'hymen. La variété morphologique est très grande. Certaines femmes naissent sans hymen. Chez d'autres, il est très peu développé ou très extensible et souple et ne peut être déchiré par l'utilisation d'un tampon hygiénique et il est impossible d'en conclure qu'elles ont eu ou non des rapports sexuels coïtaux.

Beaucoup d'hommes et de femmes craignent la première relation sexuelle à cause des douleurs occasionnées par le déchirement de l'hymen au moment de la pénétration. Les saignements occasionnés lors de cette première pénétration représentent la virilité de l'homme et la preuve de la virginité de la fille. Il n'est pas surprenant qu'un nombre important de femmes développe un blocage réflexe permanent du sphincter vaginal, muscle qui a pour fonction de fermer l'entrée du vagin. Mais qu'en est-il exactement de la douleur ressentie lors du premier coït?

Dans 90 % des cas, il n'y a pas de douleurs surtout chez la jeune fille qui est habituée à mettre un tampon hygiénique et à mettre son doigt dans son vagin

lorsqu'elle fait sa toilette. N'oublions pas que la douleur, s'il y a lieu, équivaut à un léger pincement qui disparaît immédiatement. L'important est de prendre son temps pour introduire en plusieurs essais le pénis dans le vagin, sans jamais forcer. Il n'est pas obligatoire de réussir la première fois. Chaque tentative permet d'assouplir le muscle à l'entrée du vagin et de se détendre en prenant de plus en plus de plaisir.

8° Ceux qui s'abstiennent d'activités sexuelles gardent une meilleure santé

Pendant des siècles, certains ont pensé que l'activité sexuelle pouvait être néfaste à la santé. Nous avons déjà parlé de toutes sortes de craintes, de perturbations physiques et psychiques attribuées à la masturbation parce que l'on soupçonne l'activité sexuelle d'avoir des conséquences sur notre corps beaucoup plus importantes que d'autres types d'activités comme courir ou le fait de danser. En Chine, on croyait que l'homme devait s'interdire d'éjaculer dans la plupart de ses relations sexuelles. L'éjaculation était considérée comme une perte d'énergie que ne compensait pas l'énergie fournie à l'homme par la lubrification vaginale. La lubrification vaginale représentait la pluie nourricière provenant du ciel. Il fallait donc emmagasiner cette énergie pour ne la dépenser qu'en des moments exceptionnels comme la procréation.

Une relation sexuelle équivaut sur le plan cardiaque et musculaire à l'effort nécessaire pour monter deux étages à pied. S'abstenir d'activités physiques n'est pas le meilleur choix pour être en bonne santé. Il en est de même au niveau de la fonction sexuelle.

9° Les performances athlétiques sont diminuées par des activités sexuelles la nuit précédant la compétition

L'un des plus vieux mythes qui persiste encore aujourd'hui est l'idée que l'exercice de la sexualité peut nuire aux performances sportives. A l'origine, il ne s'agissait pas des conséquences physiologiques négatives pratique mais seulement d'impureté. La sexualité était considérée comme sale, d'où naquit l'idée de préserver le sport - la pureté du sportif - de toute image dégradante. Ensuite, l'éjaculation fut associée à la perte de protéines donc à la perte d'énergie supposée entraîner une baisse de *performances* .

Bien sûr, il n'en est rien. On conseille, au contraire, à certains sportifs de se masturber avant la compétition pour diminuer le stress et pour fournir et gérer ainsi son plein effort. Avoir une activité sexuelle n'entraîne pas plus de conséquences que de s'entraîner la veille d'une compétition ou s'échauffer juste avant un match.

10° Un gros pénis est important pour la satisfaction sexuelle de la femme et signe de puissance sexuelle

La taille du pénis n'a rien à voir avec la capacité de l'homme à satisfaire sexuellement la femme.

Les études démontrent qu'il y a une différence dans la taille des pénis (diamètre et longueur) uniquement lorsque le pénis est au repos. La différence n'existe pas de façon significative lors de l'érection, le petit pénis s'allongeant

plus que le gros. En fait, les hommes complexés ont remarqué ces différences lors du service militaire, ou dans les toilettes, c'est-à-dire au repos et ont rarement eu l'occasion de voir beaucoup de pénis en érection. Certains comparent leur pénis à ce qu'ils ont pu voir dans les films ou revues pornographiques.

En fait le plaisir de la femme est plus provoqué par la pression du pénis sur le périnée à l'entrée du vagin, par la contraction de ce même périnée, par les tiraillements sur les grandes et petites lèvres liés aux mouvements de va et vient sur le clitoris, que par la longueur ou la largeur du pénis qui contribuent beaucoup moins à la stimulation physique.

Les sexothérapeutes voient en consultation des hommes de tous âges s'attribuer leur impuissance, leur éjaculation précoce, le manque de réactions sexuelles de leur partenaire au fait qu'ils croient avoir un trop petit pénis.

Cette erreur est source encore trop souvent de *souffrances* surtout chez l'homme. C'est le cas de beaucoup d'hommes mariés et pères de nombreux enfants, auxquels les femmes n'avaient jamais fait aucune remarque à ce sujet, et qui même au contraire témoignaient lors des rapports sexuels d'un plaisir évident. La correction de ce mythe, par une information plus juste, ne change pas automatiquement cette attitude de dévalorisation de soi. Cette souffrance crée un état émotif tellement fort que l'individu qui constate intellectuellement qu'il s'est trompé, demeure blessé profondément. Il risque de poursuivre toute sa vie la recherche d'une modification de la forme de son pénis, même s'il sait que cela est illusoire.

Par analogie, il peut en être de même chez la femme qui est persuadée que ses *seins* sont trop gros ou trop petits, selon la mode de l'époque bien entendu. Elle ne voit que des gros seins autour d'elle et chez ses copines. Elle fait tout pour les cacher. Lorsqu'elle pourra porter des décolletés, se mettre nue sur la plage, elle pourra commencer à intégrer une nouvelle image corporelle. Elle commencera à imaginer une caresse. Elle se sentira attirante et pourra rechercher le contact, la sensation naître.

L'homme ou la femme complexé(e) n'osent pas se mettre en maillot sur la plage, prendre des douches avec les copains (copines), subir un examen médical, et même évitent toute leur vie de se retrouver nu avec une femme ou un homme.

11° Les relations sexuelles pendant la grossesse sont dangereuses

La croyance en des dangers que pourraient provoquer les relations sexuelles pendant la grossesse sur la santé de la mère et du fœtus, est tenace.

L'organisme de la femme se modifie de façon importante pendant la grossesse. Dès le début, les modifications hormonales et les troubles qu'elles entraînent (nausées, fatigue, somnolence) peuvent avoir une influence sur le comportement sexuel au premier trimestre: l'envie de faire l'amour peut s'estomper alors que le besoin de tendresse persiste. Au deuxième trimestre, la femme s'habitue à son état, les petits malaises du début ont disparu, un équilibre s'installe et le désir sexuel réapparaît avec une satisfaction lors des rapports

sexuels. Au troisième trimestre, le désir va généralement en diminuant jusqu'à l'accouchement. Certaines femmes gardent leur désir et leur plaisir intacts pendant toute la grossesse; parfois même amplifiés traduits par davantage de tendresse, de complicité avec le partenaire.

Sur le plan biologique les rapports sexuels ne représentent pas un danger pour le fœtus et ne risquent pas en dehors de circonstances pathologiques bien particulières comme l'ouverture du col, les saignements, les grossesses à risque, de déclencher une fausse-couche ou un accouchement prématuré. L'orgasme et les émotions fortes pouvant l'accompagner ne sont pas des situations à risque pour la bonne évolution de la grossesse. En toute fin de grossesse cependant certains spasmes lors de l'orgasme pourraient entraîner le début du travail. Ces spasmes peuvent survenir aussi bien lors d'une pénétration que lors de caresses sexuelles.

Des maris peuvent se sentir exclus de la relation mère-fœtus qui commence à se développer. D'autres perdront le désir sexuel, à cause des transformations du corps de la femme, tandis que d'autres pourront s'adapter et découvriront de nouvelles positions indispensables à ce moment là. Pour beaucoup cependant les relations sexuelles s'arrêteront pendant quelques mois durant une période correspondant à la fin de grossesse et aux suites de couche et il n'est donc pas surprenant que des problèmes majeurs de désir sexuel surviennent après la naissance. En ce sens, les relations sexuelles sont nécessaires pour conserver l'identité de couple et le désir. A la naissance, après une période d'adaptation à cette situation nouvelle toute la tendresse et l'intérêt sensuel ne doivent pas se reporter uniquement sur l'enfant, mais le couple doit se reconstituer autour de lui.

Dans la préparation à l'*accouchement*, cet aspect de la vie sexuelle et affective est souvent négligé, comme il l'est aussi dans l'éducation en général.

12° Certaines substances sont aphrodisiaques

Depuis fort longtemps, les hommes et les femmes ont cherché des produits miracles de toutes sortes pour améliorer ou restaurer leurs performances sexuelles. Les analyses chimiques de ces aphrodisiaques ne révèlent aucune substance active pouvant jouer un rôle sur les mécanismes complexes de l'excitation sexuelle et de l'orgasme autant chez la femme que chez l'homme.

Certains produits injectables peuvent produire une érection chez les gens physiologiquement sains. Ils ne sont d'ailleurs pas sans danger ou sans désagrément pour tous. D'autres produits viendront sûrement remplacer jusqu'à la fin des temps cette recherche d'efficacité. Ils améliorent l'érection mais ne jouent pas sur le désir et le plaisir et ne modifient bien entendu aucunement les causes profondes des difficultés sexuelles et relationnelles.

Les laboratoires pharmaceutiques proposent de multiples produits permettant d'améliorer le désir ou l'érection. Selon une vaste enquête sur ces produits, on peut conclure qu'il n'existe jusqu'à ce jour aucune substance significativement efficace pouvant se substituer au désir sexuel humain.

Vaine est la recherche "d'un petit quelque chose qui pourrait améliorer les performances sexuelles". Cela ne permettra pas à l'homme de désirer sa femme qui a grossi, de ne pas se culpabiliser de tromper sa femme, de combler son manque de sensualité, de faire disparaître les disputes incessantes et le manque d'amour. La publicité sur ces produits ne sert généralement qu'à ancrer d'avantage l'idée qu'il existe des produits miracles en la matière. On exploite ainsi l'ignorance des gens et on accentue les difficultés d'un réel changement en profondeur de la communication sexuelle.

En définitive, il vaut mieux rechercher les causes réelles du manque de virilité ou d'appétit sexuel que de perdre du temps à rechercher un produit qui n'existe pas. Affronter les problèmes de face est toujours bénéfique à moyen et à long terme pour le confort psychique grâce à la satisfaction d'avoir réussi à résoudre un problème, grâce aux connaissances et aux expériences acquises pour améliorer la communication sexuelle et affective.

13° Le vieillissement entraîne des troubles hormonaux et organiques entravant la vie sexuelle

Il n'est jamais trop tôt pour prévoir ce qu'un jour nous vivrons. L'homme et la femme demeurent préoccupés par le vieillissement en général et sexuel en particulier. L'inquiétude naît souvent de l'ignorance des changements survenant avec l'âge et du manque de témoignages de gens âgés pouvant nous rassurer. La perte d'acuité visuelle peut être compensée par le port de lunettes, mais l'arrêt du fonctionnement des ovaires ou la diminution du fonctionnement testiculaire ne peuvent exercer une influence sur la sexualité. Chez la femme, les conséquences sexuelles de la ménopause n'agissent pas directement sur le désir sexuel; c'est la fonction de reproduction qui est atteinte. Ainsi certaines femmes vivent la ménopause comme une libération, car n'ayant plus de règles, elle n'ont plus à se préoccuper de la contraception. La modification hormonale que subit la femme entraîne de légères modifications d'ordre général telles que des bouffées de chaleur qui peuvent être résorbées par un traitement adéquat. Ces modifications, si elles ne sont pas prises en charge, jouent un rôle indirect sur le plaisir ou le désir sexuel comme toutes atteintes organiques et fonctionnelles peuvent modifier notre enthousiasme à vivre. Les sécrétions vaginales qui diminuent après la ménopause réapparaîtront avec le traitement substitutif hormonal. Notons que la diminution des sécrétions vaginales est moins forte chez les femmes ayant poursuivi une activité sexuelle régulière.

Par ailleurs beaucoup de personnes pensent que le nombre d'or-gasmes qu'on peut connaître dans la vie nous est compté et que lorsqu'on a dépassé ce nombre notre vie sexuelle s'arrête. Les hommes penseront qu'ils sont devenus impuissants parce qu'ils se sont trop masturbés, ou qu'ils ont trop fait l'amour quand ils étaient jeunes.

Chez l'homme, certaines perturbations hormonales peuvent entraîner un trouble du désir, mais cela n'est pas relié à l'âge. L'homme conserve sa possibilité de procréer. Tout au long de leur vie, l'homme et la femme

conservent la capacité sexuelle comme en témoignent certains récits d'hommes et de femmes âgés dans le rapport Hite N30. Par exemple cet homme de 70 ans : "J'ai découvert que l'âge affecte très peu la sexualité. J'y trouve autant de plaisir, et même plus, que quand j'étais jeune. Il me faut plus longtemps pour jouir, mais c'est un plaisir, pas un inconvénient."

L'érection ne recouvre pas toute l'expression de la sexualité comme le soulignent de nombreux exemples tirés du rapport Hite []. Voici un exemple d'un homme de 79 ans:

"En ce moment, les érections, ça va, ça vient, d'une façon un peu imprévisible, mais ça n'a pas tellement d'importance. Ça peut revenir facilement et assez vite si la stimulation continue. De toute façon ça n'affecte que le coït vaginal et on peut très bien faire l'amour autrement." []

Enfin, soulignons que certaines interventions sur l'utérus ou les ovaires chez la femme et même sur la prostate chez l'homme n'entraînent pas de perte du désir sexuel. Les médecins ne pensent pas toujours à expliquer les conséquences de ces interventions et laissent ainsi les patients dans leur angoisse. Si les malades ne posent pas de questions sur la sexualité, c'est qu'au départ, ils n'ont que le souci immédiat de guérir et ce n'est que bien plus tard que les questions sur la sexualité resurgissent. Une simple prévention encore une fois éviterait souvent des complications qui peuvent avoir des conséquences importantes sur *l'estime de soi*, et sur la vie sexuelle et affective.

En conclusion, tous ces *mythes* et bien d'autres ont un impact psychologique important et une action destructrice sur la communication sexuelle qui peuvent être évités.

9.7.8 Le couple, l'amour et le désir sexuel

Le désir d'être aimé est un sentiment partagé par tous. Depuis mai 68 les parents ont remis en question le *couple*, la notion de *fidélité* et d'amour, la sexualité, les rapports enfants-parents, l'école et même les relations employés-patron. En fait cette remise en question avait commencé depuis fort longtemps avec le travail des femmes, leur droit de vote, l'apparition de la contraception, l'avortement. Pourquoi toute cet-**te contestation**? Sans doute pour obtenir plus de **liberté**, **d'égalité** et parce que la famille ne tenait pas toutes ces promesses de **bonheur** et **d'équilibre**, autant pour les adultes que pour les jeunes.

Cet héritage a entraîné avec lui une plus grande *facilité de rapports sexuels avant le mariage, une stabilité familiale plus fragile, une facilitation du divorce*, impensables pour la génération de nos grands-parents. Face à cela, les adultes d'aujourd'hui parents ou professeurs, qui ont voulu ces changements, ne savent plus souvent quelle attitude choisir entre la discussion, ou le refus de dialogue. Le changement a-t-il été trop brutal ou s'agit-il tout simplement du fait que les idées changent plus vite que les comportements? Le dur combat que les

parents ont dû livrer pour conquérir une forme de **liberté** sexuelle n'a pas fait disparaître leur culpabilité héritée de leur ancienne éducation.

Les relations en dehors du mariage se sont multipliées sans qu'il y ait eu en profondeur une volonté réfléchie et délibérée d'agir ainsi. La liberté de parole de la femme et des jeunes aboutit souvent à des disputes interminables à la maison. **L'opposition** entre les parents et les jeunes est sans doute le prix à payer pour la liberté.

L'histoire se passe un peu comme dans une course de **relais**, où les jeunes concourent avec les meilleurs et les pires des coureurs qui les ont précédés. Celui qui tend le relais espère que les jeunes feront aussi bien, ou mieux. On peut voir cela comme un travail d'équipe. Celui qui termine son parcours encourage l'autre, il est conscient de l'effort à fournir, des obstacles à surmonter. Il peut encourager les jeunes, mais il est incapable de courir à leur place. Les jeunes devront faire leurs expériences eux-mêmes.

Malgré la volonté de casser les vieux principes, on se retrouve tous devant le fait que "l'amour est enfant de Bohême et n'a jamais connu de lois". En fait, ce que les jeunes disent et vivent n'est pas nouveau.

Thème : le couple, l'amour et le désir sexuel

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	contraception	contestation	bonheur	liberté
Savoir-faire	avortement	héritage	équilibre	égalité
Savoir-être	sida	différence	reconciliation	relais

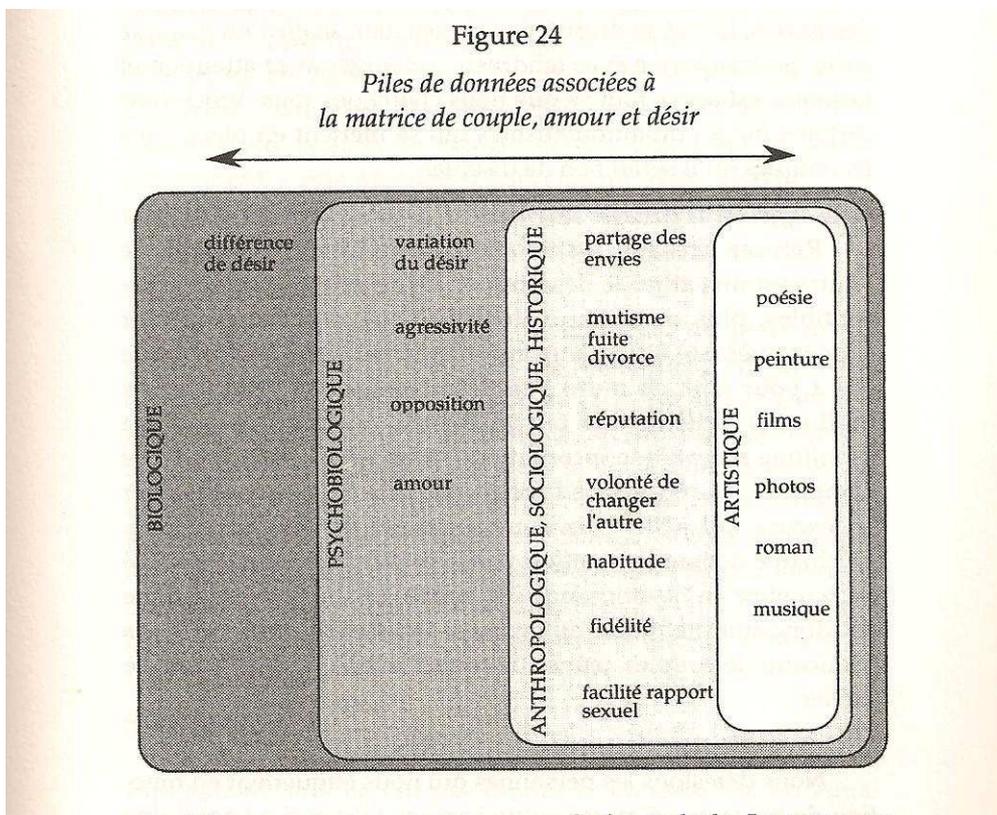
Dans un couple, on est plus **différent**, que pareil. Il ne faut pas systématiquement toujours être opposés, ni chercher à être parfaitement semblables. En amitié, comme en **amour**, il n'est même pas nécessaire d'être du même avis. Chacun peut respecter la liberté de pensée et d'agir de l'autre. Il ne s'agit pas, bien sûr, de question fondamentale engageant la paix et la guerre.

Les jeunes sont souvent déçus par l'autre, ou plus précisément par l'illusion, par l'idée qu'ils se faisaient de l'autre. Pourtant, ils savent intellectuellement parlant, qu'ils sont différents, mais ils espèrent, émotivement, qu'ils auront une entente presque parfaite sur le travail, la société, les voyages, etc. Tout comme nous restons attachés, souvent sans nous en rendre compte, sur l'idée du prince charmant et de la princesse charmante. Mais, dans la réalité l'amour consiste surtout à aimer nos différences.

L'amour n'est pas un parcours de funambule. La route est large et pleine de virages. Certains demeurent paralysés par cet espace que prennent les sentiments. L'important en amour est de chercher à comprendre l'autre un peu mieux chaque jour sans se demander comment l'autre va juger ce que je fais. Un

couple se complète. Les avis différents sont toujours à prendre en compte, faute de quoi la dispute survient. L'art de poser des questions, avant de prendre la parole, nous assure d'avoir compris l'avis de chacun. Donner la chance à chacun de s'exprimer crée la confiance plutôt que d'affirmer sa vérité.

Dès l'âge de treize ou quatorze ans, il est normal d'imiter le style de communication qu'on observe chez les couples plus âgés. De nombreux couples s'entendent bien, mais il y en a aussi beaucoup qui rapidement vivent quelques tensions. Certains jeunes jouent, sans s'en rendre compte, à s'opposer, pensant peut-être que pour être reconnu comme un couple auprès des autres, il faut se *disputer*, se *réconcilier*, *souffrir* en quelque sorte. Se comporter avec tendresse, échanger avec attention et humour, est, après tout, ce que nous cherchons tous. Voici donc certains pièges ou automatismes qui se mettent en place dans les couples qu'il serait bon de discuter.



1. La difficulté de partager ses envies

Refuser presque systématiquement les propositions de l'autre est une attitude désastreuse. Nous sommes donc tous susceptibles, plus ou moins volontairement, d'adopter cette manière de faire un jour. Cette attitude devient vite une habitude qui a pour effet de nuire à la découverte de l'autre; tandis qu'il est si facile de dire oui aux élèves, aux amis. Il ne s'agit pas d'une acceptation inconditionnelle mais du maintien d'une complicité. La réticence à faire plaisir à l'autre peut devenir une excuse pour justifier un comportement un peu autoritaire. L'échange demande un effort constant d'écoute et une volonté de

remettre en question nos certitudes. Le refus systématique est donc une habitude qu'on peut facilement observer dans beaucoup de couples jeunes ou moins jeunes et dont il faut se méfier.

2. Affirmation que l'autre ne peut changer

Nous détestons les personnes qui nous étiquettent en fonction de notre passé parce qu'un jour on a dit ou agi d'une certaine manière et qui pensent donc qu'on est condamné à répéter indéfiniment le programme qui nous détermine à jamais. Cette phrase ancre l'autre dans son passé, ne lui permet pas de s'épanouir et brise tout élan de dialogue. Si l'on croit que la plupart des personnes ne peuvent pas évoluer, le dialogue est interrompu. Ce retour permanent au passé est donc une deuxième habitude de couple qu'il faut reconnaître, afin d'en rire ensemble lorsqu'elle se présente, de l'exorciser de notre inconscient.

3. L'agressivité

La télévision présente souvent des disputes agressives de couples. Cet état de colère qui se manifeste par un haussement de ton et des cris n'est pas propice à l'échange. On ne peut discuter sous tension car, dans ces conditions, on ne dit que des bêtises qu'on regrette bien sûr après. Dans ces situations, notre cœur qui bat à 180 pulsations par minute est en quelque sorte une alarme qui nous avertit du ridicule de la situation. Nous pourrions prendre l'habitude d'écouter l'autre et ainsi de changer de ton, plutôt que de passer rapidement à une attitude d'énervement, d'agressivité et de colère qu'on essaiera de justifier à posteriori, évitant ainsi de créer constamment un tel climat de tension

4. La fuite

La fuite n'a jamais arrangé les choses. C'est pourtant un quatrième mécanisme habituel dans le fonctionnement de beaucoup de couples. Claquer la porte met fin temporairement à la tempête, soulage sur le coup mais ne fait souvent que remettre à plus tard et avec plus d'agressivité la discussion laissée brutalement en plan. En réalité, même si on s'excuse d'avoir mal agi, le fait de rompre brutalement tout échange ne nous permet pas de comprendre que ces ruptures deviennent vite une habitude empêchant d'affronter nos difficultés. Bien sûr, il est nécessaire dans certains contextes de s'apaiser avant de poursuivre l'échange.

5. Le mutisme

Enfin, le mutisme est aussi une habitude qu'on acquiert rapidement en couple. Cette attitude ne fait pas diminuer les tensions. En apparence il n'y a pas de conflit ouvert, mais très rapidement l'habitude de faire l'autruche génère avec le temps un climat volcanique susceptible d'éclater à tout moment.

Le refus systématique, le mutisme, le négativisme, le retour permanent au passé, la fuite, et un climat de tension deviennent vite la tasse de thé de beaucoup de couples, jeunes ou vieux. Nous n'avons pas appris à vivre à deux, autrement dit à rechercher la différence. Les tensions prennent souvent le dessus

sur l'amour. C'est dommage! A chaque dispute, il faudrait se dire qu'on a quelque chose à en tirer plutôt que d'essayer de fuir ces tensions.

6. Le désir sexuel non partagé

Beaucoup de couples reconnaissent que le désir sexuel de l'un ne rencontre pas toujours celui de l'autre. Ils l'expriment de multiples façons "on ne peut jamais faire un câlin avec toi sans que ça finisse au lit!", "on sait bien, toi tu ne veux jamais!", "tu ne penses qu'à cela". Au début de la rencontre, ce n'est pas grave, cela arrive à tout le monde de ne pas avoir envie en même temps, dit-on. Le refus systématique de relation sexuelle devient rapidement problématique.

L'impression de ne plus s'aimer devient source d'angoisse de plus en plus. On évite même les câlins de peur d'un refus ou d'une frustration de l'autre.

Pour certains, l'intérêt sexuel n'existe pas. Ils peuvent s'en passer. Il y a pour eux autre chose de plus important dans la vie. Pour d'autres, l'intérêt a disparu progressivement ou subitement. La routine, l'habitude ont rongé petit à petit l'envie sexuelle. Un événement important est venu couper l'intérêt sexuel. Une grossesse, une dépression, un décès, un divorce bouleversent notre vie et la sexualité n'apparaît plus aussi importante qu'auparavant.

L'intérêt sexuel demeure, mais le désir s'estompe parallèlement. Le désir s'efface et fait disparaître l'intérêt. Plusieurs combinaisons sont possibles.

L'individu et le couple souffrent de ces perturbations du désir ou de l'intérêt. Ressortent alors des problèmes cachés de communication, de sentiment amoureux, de personnalité, d'apprentissage de la sexualité, d'attrait sexuel.

Décrivons donc le scénario rencontré le plus souvent.

Au départ de la rencontre amoureuse, le désir sexuel peut être présent, mais toujours avec un certain décalage caché au début, entre le garçon et la fille. Au début de la vie amoureuse, le désir sexuel se manifeste souvent en même temps, car il exprime le désir amoureux. En fait, le garçon est presque toujours à l'initiative de la demande. C'est lui qui détermine la fréquence. Elle fait l'amour parce qu'elle aime son partenaire et non pas nécessairement par désir de plaisir sexuel. Si l'on compare la vie sexuelle d'un couple à un boulier et chaque relation sexuelle à une boule mise dans ce boulier on constaterait que le nombre de boules accumulées lors de la première année de vie commune ne pourrait être épuisé en les retirant une à une pour chaque autre relation qu'au cours de l'ensemble des années suivantes. Avec le temps, comme il n'est pas possible d'avoir toujours le même désir, et au même moment, les difficultés surgissent.

Le couple entre souvent dans un engrenage catastrophique.

Fréquemment un premier rapport de force s'installe où le plus souvent l'un demande, plus l'autre refuse. "Tu ne penses qu'à cela!" "Mais tu aimais cela lorsque nous nous sommes connus". Elle fuit alors toutes les occasions en utilisant tous les prétextes. Elle ne veut pas lui faire de peine et cherche des raisons pour échapper à ce qui est devenu son "devoir conjugal", ne comprenant pas qu'il s'énerve lorsqu'elle refuse.

Par ailleurs, une ambiance de suspicion croissante, une tension croissante, de violence s'ajoute à la fuite pour éviter des situations de sensualité. Imaginons un garçon lisant un livre et sa copine l'interrompant pour lui dire: "je t'aime". S'il réagit en prétextant que l'on ne doit pas le déranger dans sa lecture, on imagine que sa réaction sera interprétée comme une violence incompréhensible. Dans le même scénario, si la fille refuse les caresses de son ami, parce que cela dérange sa lecture, cette attitude sera vécue avec autant de sentiment de violence par le garçon.

En outre, le blocage peut devenir total si la peur de l'échec d'être trop désiré, l'adoption d'un rôle de spectateur pendant l'activité sexuelle dans le but de se rendre compte de la sincérité de son désir, ou le manque de confiance prennent le dessus sur la relation amoureuse. Les jeunes se plaignent souvent de cette différence d'intérêt pour la sexualité entre le garçon et la fille.

Le sentiment amoureux varie en fonction des événements de la vie, des tensions dans le couple. Les partenaires en arrivent à se détester. Ils mettent sur le compte de la sexualité leurs difficultés à communiquer. Ils veulent souvent faire ainsi la preuve qu'il serait mieux de se séparer.

Retenons qu'il n'est pas nécessaire d'avoir le même intérêt pour la sexualité pour vivre ensemble et s'aimer. Nous ne sommes pas des machines programmées de la même façon. L'important est de savoir accueillir le désir de l'autre sans pour autant se sentir obligé de manger si l'on n'a pas faim, sans pour autant s'interdire d'accompagner l'autre dans son désir de manger.

9. La fidélité

9.7.9 La fidélité

Nous venons de dire combien il est difficile d'aimer, et nous savons de manière rationnelle qu'il est aussi très difficile de rester fidèle. Nous l'avons vu dans de nombreux films et qui d'entre nous n'a jamais ressenti un certain émoi. Nous avons même défendu dans notre cœur l'amant ou l'amante. Nous avons compris le **déchirement** de celui qui aime deux personnes à la fois. Nous aurions aimé que l'amant(e) "sympathique" ne se culpabilise pas et qu'en conséquence ne **rompe** pas avec ce personnage si attirant(e), et ne se **sacrifie** pas au nom d'une **morale**. Nous savons tous que cette aventure peut arriver à tout le monde, que ce n'est pas que du cinéma. Cependant, certains se pensent à l'abri derrière certains **contrats** de vie commune signés implicitement ou explicitement entre les partenaires. Se pose une responsabilité face au **MST**, **Sida et Grossesse** se pose. En l'absence de **dialogue**, on a le devoir d'informer l'autre des risques qu'on lui fait prendre. Dans certaines sociétés avoir plusieurs enfants avec des partenaires différents est accepté, toléré ou impensable. Selon

le contexte social le risque moral que l'on fait vivre à l'autre et à soi-même est différent. Accepter de regarder en face ce tabou peut être **enrichissant** pour l'individu et le couple.

Thème : la fidélité

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	MST/sida grossesse	contrats	réciprocité	rupture
Savoir-faire	exclusivité	occasions	possessivité	acceptation
Savoir-être	désir	dialogue	exclusivité	évolution

A une certaine époque, il était difficile de réaliser son désir. On ne pouvait pas manquer à sa parole, dans un petit village, sans susciter mille et une remarques et subir la **pression sociale**. Mais la **transformation** de notre société a facilité le **passage à l'acte**. Le village est devenu grande ville. La femme travaille à l'extérieur ce qui multiplie les **occasions** de rencontrer d'autres hommes et d'autres femmes.

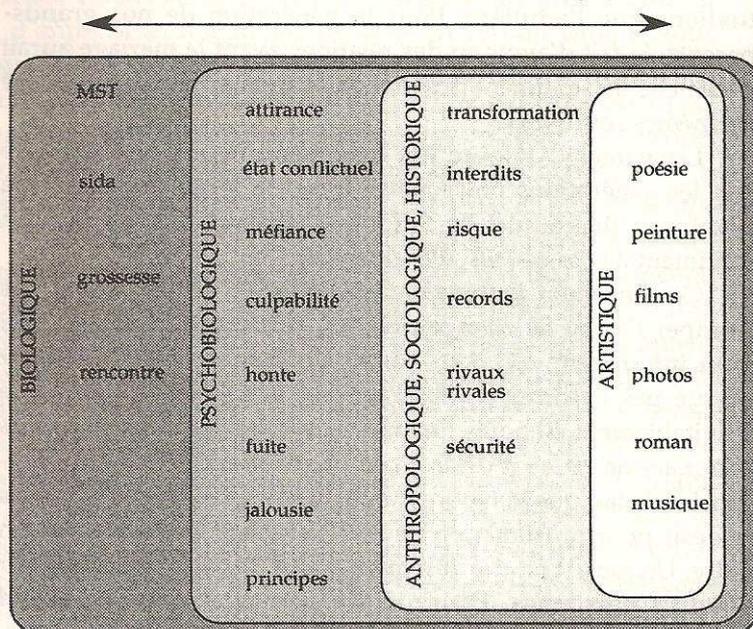
Le sentiment d'être trompé se retrouve dans d'autres situations que l'adultère. Pour la génération de nos grands-parents, le fait d'avoir eu des relations avant le mariage aurait déclenché un sentiment profond de tromperie et aurait entraîné les mêmes souffrances.

Les jeunes d'aujourd'hui réagissent de la même manière que les générations précédentes lorsqu'il s'agit de relations à l'extérieur du couple. En fait, nous portons tous en nous un sentiment de **possessivité, d'exclusivité**.

Ce sentiment ambivalent est universel et éternel. Le fait de ne pas tromper l'autre ne change rien aux sentiments multiples qui nous interrogent, nous bousculent fréquemment. L'amour ne tue pas **l'attirance** pour l'autre sexe qu'on porte inévitablement en nous. En effet, sans cet attrait pour plusieurs personnes on ne peut désirer son partenaire. On ne peut se reprocher le fait que la nature humaine soit ainsi faite et que sans le désir pour plusieurs on ne pourra jamais être attiré par un autre. Un jour, il faudra sûrement parler de cette attirance pour d'autres personnes. Pourquoi ne pas profiter de ce grand amour que nous vivons au début pour **en parler**? Mais en discuter n'est pas si facile et ne résout pas instantanément toutes les angoisses et peurs inscrites au plus profond de nous. On accepte plus facilement chez soi cette attirance que chez son partenaire. Il y a donc des comportements **contradictaires** qui nous habitent. Cet échange d'idées ne fait pas disparaître totalement, immédiatement un certain malaise intérieur. Avec le temps, les expériences et les discussions, nous arriverons peut-être à mieux comprendre ce qui se passe en nous et à décider de l'attitude à tenir dans le cas d'une infidélité. Mais avoir réfléchi et pris une décision ne nous met pas à l'abri d'émotions contradictoires.

Figure 25

Piles de données associées à la matrice de la fidélité



On ne va pas nécessairement voir ailleurs, contrairement à l'idée générale, parce que ça va mal dans notre couple, ou parce qu'on ne s'aime plus, mais tout simplement parce qu'on porte en nous des *désirs multiples*, et qu'ils n'ont jamais pu être contrôlés parfaitement depuis la création de l'homme.

La **possessivité**, l'**exclusivité** à tout prix peuvent empêcher de choisir avec plus de lucidité le comportement à adopter personnellement. En effet, à force de se retenir, on est toujours sous tension en essayant de nier constamment notre attirance pour d'autres, notre *méfiance* envers notre partenaire ou notre jalousie excessive. Beaucoup de ceux qui par principe se croient à l'abri céderont et éprouveront en conséquence un sentiment de *culpabilité*, de *honte* lourds à porter. Ils *fuiront* souvent tout de suite après leur faute la personne rencontrée sur leur route, l'abandonnant brutalement sans explications.

Le partenaire sera le plus souvent à la limite de l'explosion en entretenant un sentiment extrême de *jalousie* qui les poussera à douter de l'autre et à le surveiller en permanence.

Il y a aussi ceux qui accumulent des *records* de conquêtes qui s'inscrivent dans le vide. Ils sont incapables d'une relation stable et se croient pourtant libérés.

La possessivité peut aussi être un manque de confiance en soi par peur d'être moins intéressant que beaucoup de *rivaux*. L'amour sans risque est-ce bien l'amour? On se retrouve plus tard avec le poids de la *fidélité de principe* ,

avec la fierté d'avoir résisté, d'être des héros. On a vécu la fidélité comme une *sécurité*. Ceux qui auront vécu la fidélité comme un *risque*, comme une liberté sauront peut-être mieux pourquoi ils sont toujours ensemble.

Si faire l'amour ne peut que signifier amour, on se retrouve constamment en danger extrême, car, dans ce cas, le fait d'avoir des relations avec quelqu'un d'autre ne peut signifier qu'un manque d'amour. En conséquence, le seul choix qui nous reste est la rupture. Même si on aime toujours celle ou celui qu'on a trompé, on doit se punir en quelque sorte et le faire payer à celle ou celui qu'on aime. Ce scénario montre que la sexualité est un langage qui exprime l'ensemble des sentiments humains : l'amour, l'affection et l'amitié.

En définitive, n'oublions pas que les principes qu'on adopte un jour tombent dans le mouvement perpétuel de la vie. Nos certitudes ne nous mettent pas à l'abri d'une *remise en question* éventuelle. Le fait de pouvoir en parler évite quelquefois la rupture, mais pas toujours. L'amour est un risque qui mérite d'être vécu.

9.7.10 La différence

Une majorité de jeunes aujourd'hui **accepte** l'homosexualité. Malgré tout ce n'est pas facile de vivre son *homosexualité*. Encore trop d'adultes et de jeunes manifestent des attitudes mitigées de **rejet** à cette orientation sexuelle. Les réactions passent de la *gêne* à l'**agressivité**. Beaucoup d'homosexuels savent s'en *défendre*, n'y prêtent même plus attention, d'autres la vivent plus difficilement. Il y a des moments où la *répression* dépasse les capacités propres à la supporter. On peut perdre un travail parce qu'on est homosexuel surtout si ce travail consiste à être surveillant dans un lycée. Dans ce cas précis, même chez les gens tolérants, les vieux tabous ressortent : l'homosexualité devient alors une "maladie", inscrite même **génétiquement**. Toute différence est **dévalorisante** pour celui qui en est atteint, un peu comme une peste sociale, psychologique et morale.

Thème : la différence

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	génétique	continuum	perversion	évaluation
Savoir-faire	maladie	lois	agressivité	acceptation
Savoir-être	transformation	minorité	dévaloriation	valeurs

Notre orientation sexuelle, c'est-à-dire la façon dont on est

Dans la plupart des *sociétés* et à toutes les *époques*, l'homosexualité a existé. Cependant, la reconnaissance et l'acceptation de l'homosexualité varient selon les époques et les diverses cultures. Pourquoi homosexuels et lesbiennes

ont-ils à subir tellement d'incompréhension et d'ennuis de la part de notre société? Comment expliquer que beaucoup de personnes continuent à avoir une attitude si négative envers eux? Cette expression de la sexualité bouleverse les **valeurs**, les **normes** et les **rôles** vécus par la majorité hétérosexuelle. Un certain nombre de personnes acceptent facilement de les remettre en question, d'autres non. On interprète alors, à tort, les gestes homosexuels comme des actes **pervers** ou **dénaturés**. Les homosexuels et les lesbiennes, comme beaucoup de **minorités**, sont souvent rejetés et opprimés. Ce rejet explique qu'ils peuvent avoir des difficultés à s'accepter eux-mêmes et qu'ils peuvent également être susceptibles de développer des tendances à la **culpabilité** ou à la dévalorisation de leur personne. Ces faits ne veulent pas dire que les personnes de tendance homosexuelle sont moins équilibrées que d'autres, mais bien qu'elles rencontrent davantage d'hostilité en raison de leur préférence sexuelle. Heureusement, ces attitudes commencent de plus en plus à disparaître. La **loi** condamnant les pratiques homosexuelles entre adultes consentants a d'ailleurs disparu du code pénal.

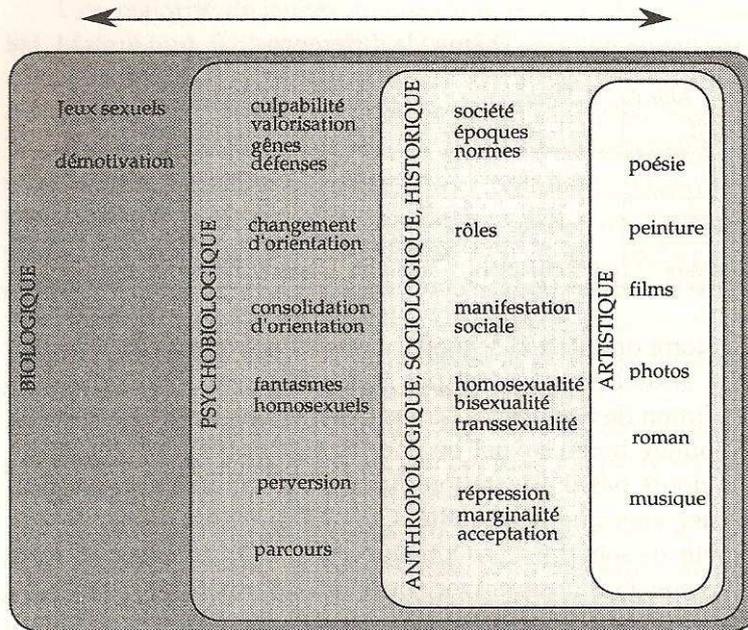
Notre orientation sexuelle, c'est-à-dire la façon dont on est attiré sexuellement n'est pas figée. Elle peut changer selon l'**évolution** de nos désirs, de nos expériences. Quelqu'un qui est hétérosexuel ou homosexuel ne changera pas d'orientation du jour au lendemain, mais peut évoluer vers une bisexualité. Dans ces cas, ces **changements d'orientation** sexuelle ne sont donc pas toujours reliés à l'éducation que nous avons eue dans notre enfance ou à l'influence de nos parents.

Beaucoup de gens ont des rêves et des **fantasmes homosexuels**.. Au cours de l'enfance ou de l'adolescence, plusieurs garçons et filles ont des expériences homosexuelles. Nombre d'adultes en ont aussi. Toutes ces personnes ont donc, à un moment ou un autre de leur vie, des comportements homosexuels. Toutefois, cela n'implique pas que ces personnes aient une orientation exclusivement homosexuelle.

Le comportement sexuel se façonne à partir de notre mémoire corporelle, de la perception de soi, de l'éducation, de nos sentiments envers autrui, des modèles que propose la société. L'homosexualité, comme l'hétérosexualité, est la somme de multiples facteurs et aucun d'eux ne peut individuellement expliquer l'orientation sexuelle. En ce sens, nous nous situons tous sur un **continuum** entre l'homosexualité ou l'hétérosexualité exclusive en passant par une **bisexualité**, selon que nous considérons certains comportements permis ou défendus, souhaitables ou non, désirés ou non entre êtres humains de même sexes ou de sexe différent.

Figure 26

Piles de données associées à la matrice de la différence



Il y a donc aux deux extrémités les personnes n'ayant vécu dans toute leur enfance et leur adolescence que des expériences exclusivement hétéro ou homosexuelles. Ces extrêmes sont plutôt rares. Les garçons ont été plus tenus et cajolés pendant une période plus ou moins longue de leur vie par leur mère sans pour autant oublier l'affection de leur père. Dans leurs *jeux sexuels*, ils étaient tantôt avec des personnes du même sexe tantôt du sexe opposé. Lors d'activités sportives, par exemple, ils ont témoigné leur joie par des contacts physiques débordant d'affectivité. Dans certains pays, les hommes peuvent s'embrasser sur la bouche. Les femmes peuvent danser ensemble. Toutes ces attitudes et ces comportements nous prédisposent à être plus ou moins réceptifs à un mode de communication différent entre les personnes de même sexe. Certains ont développé une bisexualité c'est-à-dire que leurs expériences antérieures les situent à mi-chemin entre les deux extrêmes. Ils ont une attirance relativement égale pour les deux sexes. Quelle que soit la position que l'on occupe sur ce continuum, de nouvelles expériences ou des situations comme la prison, l'éloignement ou la modification du cadre de vie peuvent modifier quelque peu nos attitudes et nos comportements.

De même, il ne faut pas confondre les manifestations affectives que tout un chacun a pu témoigner à une personne de même sexe, avec un désir sexuel pour le sexe opposé. Deux filles qui se tiennent par la main ou dansent ensemble n'ont pas nécessairement d'attirance sexuelle. Elles manifestent tout naturellement leur affection, leur amitié l'une pour l'autre. Les hommes dans notre culture ont droit à moins de *manifestations sociales* entre eux. Dans

d'autres cultures il est commun que deux hommes se tiennent par la main dans la rue ou dansent ensemble.

De plus, il y a une distinction à faire entre celui ou celle qui adopte des comportements et des attitudes non conformes socialement à son sexe comme le *travesti*, qui est persuadé de ne pas correspondre à son sexe biologique comme le *transsexuel*, ou qui a une attirance sexuelle pour une personne de son sexe par exemple l'homosexuel. Il y a donc une différence entre "l'orientation" sexuelle hétérosexuelle ou homosexuelles "rôles sexuels" d'homme et de femme, et "l'identité" masculine ou féminine. L'homosexuel n'a donc pas de difficulté pour savoir à quel sexe il appartient. Il ne demande pas comme le transsexuel une **transformation** de son corps biologique. Il n'adopte pas non plus nécessairement des rôles sexuels différents de son sexe. Sa sexualité s'oriente tout simplement vers une personne du même sexe. L'homosexuel efféminé ou l'homosexuelle "garçon manqué" ne sont souvent que des clichés qui n'ont aucun rapport avec la réalité. Une fille peut aimer jouer au rugby, porter les cheveux courts et des pantalons sans pour autant avoir une orientation sexuelle particulière. On peut encourager une fille qui développe ces intérêts sans avoir peur que cela nuise à sa féminité. Nous avons tous en nous une part de masculinité et de féminité.

Le choix homosexuel se construit progressivement par le sentiment d'être différent des autres dans l'enfance, d'être plus sensible que les autres, d'avoir plus d'intérêt esthétique, en appréciant davantage la nature et la musique douce qui développent la tendance à se rapprocher plus des garçons, des filles et des adultes plus sensibles. Les homosexuels se sentent, également, moins agressifs que leurs amis et recherchent moins des performances athlétiques. Bien entendu cette tendance générale ne s'applique pas à tous les homosexuels. Certains affichent des attitudes et des comportements tout à fait conformes aux autres garçons ou filles. Ils n'ont pas tendance à s'habiller comme une femme ou un homme, selon leur sexe, ni à douter de leur masculinité ou féminité comme nous l'avons souligné.

Viennent ensuite des étapes de *consolidation de l'orientation* sexuelle à l'adolescence, et d'intégration à l'âge adulte. La consolidation se fait généralement par une *acceptation chaleureuse* de cette différence par la mère et une *valorisation* par le père. Ceux qui se sont sentis rejetés ou culpabilisés par l'attitude négative de leur mère auront plus de mal à vivre leur homosexualité à l'accepter. L'occasion d'établir des relations amoureuses et sexuelles viendra parfaire leur choix homosexuel. Ils pourront ainsi s'estimer et s'accepter dans leur différence.

Beaucoup de jeunes souhaitent oublier leur désir homosexuel. Certains(es) vont se forcer à sortir avec les garçons ou avec les filles pour se prouver qu'ils ne sont pas homosexuel(les). Il ne s'agit pas toujours d'un refus de leur homosexualité mais d'un désir de fonder une famille et d'avoir des enfants qui les pousse à modifier leur attirance naturelle.

Retenons que l'homosexualité se développe tout comme l'hétérosexualité. L'homosexualité n'est pas une "erreur" dans le développement de la personne. Il peut s'agir, tout au contraire, d'un *parcours* harmonieux de l'identité sexuelle, une intégration valorisant la personnalité. L'homosexuel fait l'expérience de la marginalité. Il doit accepter cette non conformité, en luttant contre la pression sociale extérieure et intérieure qui le conditionnent et le culpabilisent, s'il veut acquérir le droit à une sexualité équilibrée. Dans son apprentissage, il faudra qu'il s'accepte comme tel.

9.7.11 La responsabilité

Les jeunes, tout comme les adultes, doivent assumer leurs responsabilités face à une grossesse éventuelle et se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles et le Sida.

Malgré la généralisation de la pilule, un grand nombre de naissances non planifiées peuple cette terre. Les générations antérieures étaient obsédées par la grossesse, car elle ne disposaient pas des méthodes contraceptives courantes que nous connaissons aujourd'hui, comme la pilule ou le stérilet. La peur de la grossesse avait comme conséquence d'empêcher tout rapport sexuel. On craignait d'avoir des enfants et d'être mal vu. En voulant nous prévenir des dangers des maladies sexuellement transmissibles et des risques de grossesse, on coupait toute envie de confier leurs interrogations sur le sexe et l'amour. Ce climat **émotionnel** aboutissait à l'abstinence. Il ne favorisait certainement pas la **motivation** pour la sexualité. La peur inculquée pour notre bien ne nous permettait pas de **communiquer** avec les parents notre désir d'aimer, notre quête de plaisir.

Thème : la responsabilité

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	information	vigilance	émotions	intention
Savoir-faire	pratique	communication	motivations	lucidité
Savoir-être	conséquences	partage	confiance	régularité

Faire attention, c'était surtout éviter une grossesse non dé

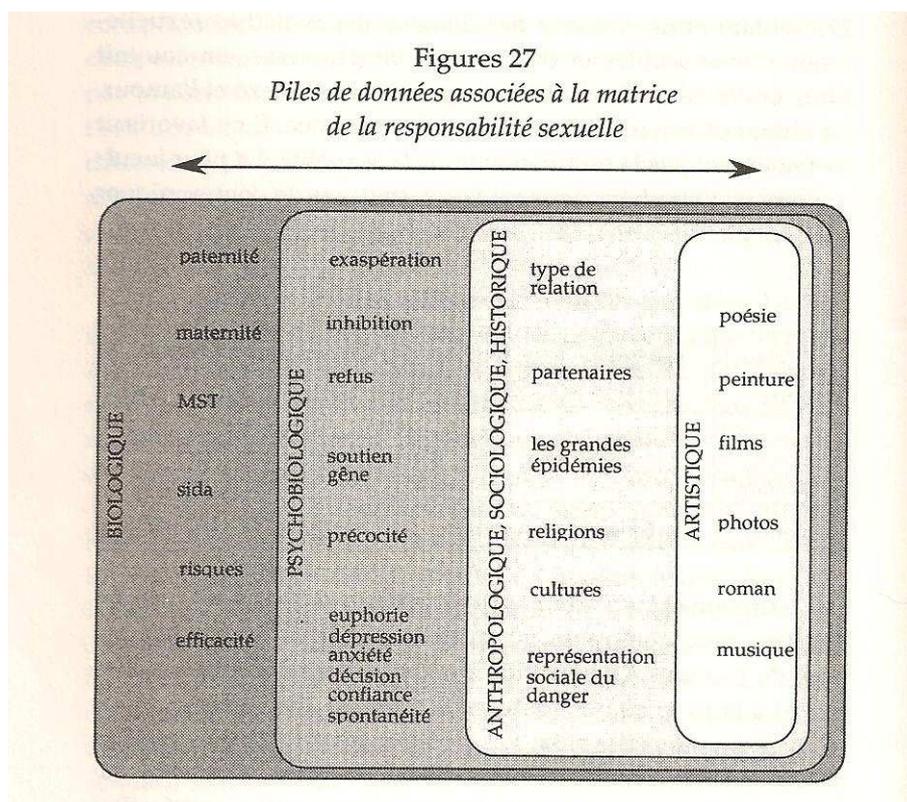
Faire attention, c'était surtout éviter une grossesse non désirée ou avec quelqu'un qu'on ne pouvait envisager comme père de l'enfant. Aujourd'hui, à cette responsabilité à la **maternité** et à la **paternité** s'ajoute cette terrible menace que nous connaissons tous qu'est le **Sida**. Les parents, les adultes, les médias tentent de convaincre les jeunes de se protéger contre cette maladie, au point quelquefois de les **exaspérer**. Cette exaspération vient du fait que lorsqu'on est jeune, notre premier souci est d'aimer et d'être aimé et de réussir notre vie

sexuelle. Mais dans les faits, les jeunes d'aujourd'hui ne sont pas différents des jeunes d'hier. Ils sont à la fois conscients de leur responsabilité et incapables de réagir car * nous savons que très souvent le premier rapport sexuel n'est pas toujours prévu et n'est ni donc planifié, ni protégé.

Cette calamité du Sida change-t-elle véritablement les données du problème? Nous savons que l'homme devant des dangers mortels prend des risques, plus ou moins consciemment.

Comment savoir si nous risquons d'être contaminés par le virus du Sida? **L'information** ne suffit pas, même si elle est nécessaire. Pour répondre à cette question, nous devons distinguer les **intentions** et la **pratique**, la **régularité** et l'occasionnel, les suppositions d'efficacité et la réalité.

Premièrement, les intentions rejoignent-elles la pratique? Les sondages montrent que tous les jeunes pensent que personne n'est à l'abri de cette maladie. Malgré tout, cette conviction change peu de chose dans les pratiques sexuelles préventives, ce qui nécessite de rester en permanence **vigilant**. Il faut donc distinguer entre les intentions et la pratique.



Il est toujours plus facile d'avoir l'intention de se protéger que de prendre les mesures qui s'imposent pour le faire. En effet, les recherches récentes sur le Sida nous proposent un portrait robot des jeunes qui malgré leur volonté de se protéger prennent beaucoup de **risques** pour des raisons plus ou moins valables.

Les garçons ont trois fois plus d'intentions que les filles d'acheter des préservatifs à condition que l'utilisation ne réduise pas leur plaisir sexuel, ni

celui de la fille. Ils sont donc plus préoccupés par la réaction de la fille que par le risque encouru. La volonté de se protéger ne se traduit donc pas toujours par des actes parce que les jeunes trouvent difficile d'en parler, d'échanger avec les filles sur la sexualité en général. Les adultes sont bien placés pour comprendre la difficulté de **communiquer** et de **partager** cette intimité.

Une autre raison, qui rend ardu le passage à la pratique, se construit sur l'absence de conviction des garçons concernant le risque personnel, en fonction de la stabilité ou du *type de la relation* qu'ils entretiennent avec leur partenaire. Plus ils sont amoureux, plus ils sont prêts à prendre des risques.

Les filles de leur côté, même si elles ont l'intention de se protéger, sont plus *inhibées* pour se procurer des préservatifs. Elles ont également plus peur du *refus* ou de la réaction du partenaire, même si un pourcentage infime de garçons est personnellement embarrassé par la demande.

Ceux qui ont participé dans le cadre scolaire à des rencontres préventives ont modifié leurs intentions, sans que cela débouche sur une pratique concrète. Cette formation peut donner l'illusion d'une trop grande confiance sans tenir compte de la grande complexité de la responsabilité en acte.

Deuxièmement, les raisons qui favorisent le passage à l'acte ont-elles un effet permanent ou seulement temporaire? Seule l'utilisation continue du préservatif nous garantit une véritable protection. Par exemple, il semble démontré que l'intention de se préserver est liée à une plus grande capacité à maîtriser ses émotions dans la vie en général mais que cette prédisposition ne semble pas avoir de conséquence sur une pratique préventive **régulière**. On remarque également que le fait de savoir que les copains utilisent les préservatifs augmente deux fois plus l'intention d'en utiliser pour soi-même, mais n'augmente pas la régularité de son utilisation. On peut se sentir *soutenu* par son groupe social sans pour autant gommer les réticences profondes qui nous habitent.

Troisièmement, il y a des raisons psychosociales qui risquent d'endormir la **vigilance** des jeunes. Il n'y a pas davantage de prévention chez ceux qui ont plus d'ambition scolaire, la chance de discuter du Sida dans leur famille, moins de problèmes dans la vie en général, plus de connaissances sur la maladie. Notons également que l'anxiété et la peur du Sida entraînent *l'abstinence* chez les plus jeunes et n'influencent pas ceux qui ont des relations sexuelles.

Reste à savoir quel est le profil de ceux qui prennent leurs responsabilités. Les facteurs qui contribuent à l'utilisation régulière du préservatif sont : le nombre de *partenaires*, la conviction que le préservatif est *efficace*, son prix modique, la facilité de parler de sexualité en général entre garçons et filles, le recours **précoce** à une protection systématique. En effet, on remarque actuellement que les jeunes qui ont plusieurs partenaires utilisent plus fréquemment le préservatif, sans doute parce que ceux qui en ont peu se sentent moins menacés. Le préservatif bien utilisé protège efficacement du Sida. Beaucoup d'adolescents semblent encore en douter et hésitent donc à l'utiliser.

Prendre le temps de briser notre *gêne* à discuter dans un couple de sexualité est un atout formidable, qui nous prédispose à aborder plus facilement la contraception et la prévention. Les jeunes qui n'ont pas pris de risque dans le passé sont quatre fois plus prédisposés à ne pas prendre de risque dans le futur, autrement dit plus on prend l'habitude tôt, plus il est facile de la conserver. En effet, l'adolescence est l'âge de l'apprentissage de comportements à risque dans la vie en général comme ceux de l'alcool, du tabac, de la conduite automobile, des drogues et dans la vie sexuelle en particulier. Il est donc indispensable de prendre de bonnes habitudes le plus tôt possible. Dans ce domaine la *précocité* est importante. Toutes ces raisons contribuent à nous aider à prendre nos responsabilités.

Pourquoi est-ce si difficile de se protéger sexuellement? Bien sûr il ne s'agit pas uniquement de logique et notre état *d'euphorie* ou de *dépression*, *d'anxiété* ou de soumission du moment modifie notre esprit de *décision*. Il y a aussi des raisons profondes qui jouent sur cette difficulté à prendre nos responsabilités lorsque notre vie sexuelle est en jeu. En effet, la relation sexuelle est fondée sur une impulsion très puissante, une recherche de plaisir qui découle d'une forte attirance physique et /ou sentimentale. Cet élan qui nous pousse dans les bras l'un de l'autre est souvent fondé sur la *confiance*, la connaissance de l'autre. Dans certaines circonstances, les événements nous y entraînent *spontanément*. Mais la force de ce désir peut aussi faire perdre toute rationalité et ainsi oublier les conséquences de nos actes.

Comme nous tous, les jeunes prennent quelquefois des risques. Est-ce par trop grande confiance en soi, par le fait d'être trop pris par les événements ou par bêtise tout simplement pour prouver aux autres notre bravoure, ou un peu tout à la fois, nous ne saurions le dire. L'expérience "devrait" en théorie nous apprendre à prévenir. Il y a des moments où il est ridicule de se protéger et d'autres où il le faut impérativement. Rien ne doit et ne peut rester systématique. Le propre de la jeunesse est quelquefois de braver le danger, de prendre plus de risques. À force de répéter qu'il y a danger, on risque de décourager, de dégoûter les jeunes à jamais de s'aimer.

Nous devons tous apprendre à négocier ces difficultés qui menacent de déferler sur notre vie sexuelle sans nous faire perdre le sens de la nuance.

Bien que nous soyons tous concernés par ces questions, l'éducateur ne doit pas tuer la confiance. Le climat de terreur qu'on fait régner chez les jeunes ne doit pas nous faire oublier nos valeurs et perdre notre *lucidité*, et surtout notre liberté de choisir. Les couples stables ont la possibilité, peut-être après avoir passé un test de dépistage, d'utiliser une simple contraception orale; tandis que d'autres peuvent utiliser à la fois le préservatif efficace contre les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, et la pilule plus efficace pour la contraception.

Nous pourrions souhaiter que l'utilisation du préservatif devienne le moyen contraceptif simple et naturel pour tous, dès le début d'une relation, mais

nous n'en sommes pas encore là. Prendre l'habitude le plus tôt possible est le meilleur garant d'une utilisation régulière. Mais pour acquérir cette habitude, il faut être déjà terriblement bien dans sa peau, à l'aise pour parler de sexualité, car n'oublions pas, le problème de fond c'est toujours et avant tout notre difficulté à parler du plaisir sexuel. En fait, il n'est pas facile pour la fille de dire au garçon ou pour le garçon d'avouer tout naturellement, qu'un rien l'habille, ou que le rouge lui va bien. Ce savoir être doit passer par tout un apprentissage.

En somme, parler du plaisir est le meilleur moyen de se sentir à l'aise et responsable car la vie est avant tout un savoir être et non uniquement un savoir.

9.7.12 L'agressivité

L'agressivité est une composante, le **moteur** de la sexualité humaine. Seuls ses ratés, ses débordements et ses pannes la rendent problématique sans **contrôle**, ni **repérage**. L'agressivité sexuelle peut se traduire de façon **latente** ou **manifeste** par la pensée, les émotions, l'action. Ainsi, une personne, en apparence non agressive, peut, à cause de son système de pensée, de son état émotif ou de ses comportements, devenir, pour ses proches, agressive sans le savoir, tout en manifestant beaucoup de tendresse et d'amour. Par exemple, l'individu qui manque de désir sexuel pour son partenaire peut avoir des attitudes et des comportements sexuels perçus comme agressifs par l'autre, bien que ce manque de désir ne soit pas une action délibérée dirigée contre le partenaire mais le reflet d'une socialisation perturbée. Nous pouvons appeler ce *type* d'agressivité une agressivité latente.

L'agressivité manifeste est celle qui se traduit, en apparence, par des attitudes, des actions, des gestes agressifs. Par exemple, l'abus sexuel des enfants, *l'exhibitionnisme*. Nous disons en apparence, puisque ces comportements sont le produit *d'interdits* relatifs à une **époque** et à une **culture** déterminée.

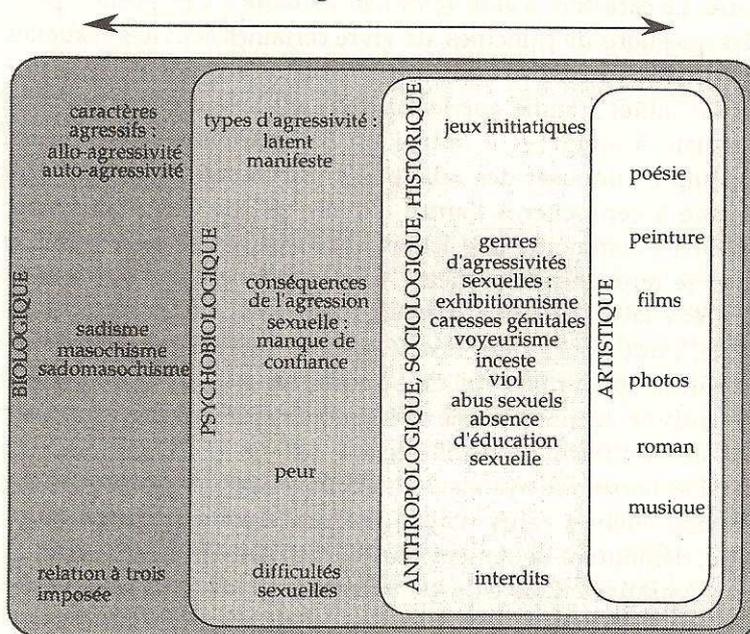
Thème : l'agressivité

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	moteur	cultures	souffrance	aide
Savoir-faire	préjudice	époques	répressif	repérage
Savoir-être	contrôle	défense	hostilité	principes

Quel que soit le type d'agressivité sexuelle, on doit également considérer qu'elle peut revêtir différents caractères : être dirigée contre soi-même et /ou autrui. L'individu peut se reprocher à lui-même une action impardonnable qu'il a commise. Le caractère d'**auto agressivité** consiste à s'empêcher, pour des questions de **principes**, de vivre certaines activités sexuelles (exemple:

s'interdire d'avoir des fantasmes, quitte à appauvrir sa sexualité); tandis que le caractère d'**allo-agressivité** sexuelle consiste à suggérer à autrui un comportement non désiré (exemple: imposer des *relations à trois* à son partenaire), ou encore à reprocher à l'autre d'avoir utilisé de contrainte pour amener à commettre une action répréhensible. Enfin, l'individu peut se reprocher à lui-même, tout autant qu'à son partenaire, de s'être laissé entraîner dans un comportement sexuel inacceptable. Pour nous, l'agressivité, qu'elle soit de *type* latent ou manifeste, peut donc être de *caractère* auto et/ou allo-agressif. Le *sadisme*, le *masochisme* et le *sadomasochisme* peuvent donc être de type latent ou manifeste.

Figure 28
Piles de données associées à la matrice
de l'agressivité sexuelle



Les personnes ayant subi un *abus sexuel* pendant l'enfance, contrairement à celles n'ayant vécu aucune expérience de ce type, demeurent nettement plus dépressives, plus anxieuses et craintives dans leur vie adulte. La *peur* et le *manque de confiance* en leur partenaire et les *difficultés sexuelles* demeurent chez ces personnes un problème durable. La vaste recherche de Kinsey met également en évidence que certains adultes ayant vécu des abus sexuels pendant l'enfance et qui n'en avaient pas subi de *préjudices* apparents ou conscients, pensaient au contraire que cela avait même contribué à leur épanouissement sexuel. Cette expérience aurait été vécue un peu comme un *jeu initiatique*. Le fond de l'expérience de ces personnes serait l'absence de réactions négatives du monde des adultes à leur égard: n'ayant pas été surprises en train de subir cet abus sexuel, elles n'auraient donc pas reçu d'étiquette les stigmatisant comme porteuses d'un problème dramatique et ne se sentiraient pas obligées de l'endosser leur vie durant. Cependant toute victime d'agression sexuelle n'a pas

vécu cet événement de la même manière. S'il entraîne une **souffrance** et une perturbation dans la vie sexuelle, une **aide** peut s'avérer nécessaire.

En fait, ces types et ces caractères peuvent servir de base d'analyse pour tous **genres** d'agressions sexuelles, tels que l'exhibitionnisme, le voyeurisme, les caresses ou les touchers génitaux, l'inceste, le viol, l'absence d'éducation sexuelle ou une éducation **répressive** et **hostile** à tout développement d'une sexualité épanouie.

9.7.13 Les parents

La **famille** pourrait être un lieu où l'on pourrait **apprendre** que le plaisir sexuel est bon. Mais dans les faits, nous devons admettre que les parents jouent un rôle très limité dans l'éducation sexuelle et contraceptive. Il nous faut comprendre que ce n'est pas facile pour les parents, qui sont très proches de leurs enfants, de parler de quelque chose d'aussi **intime** que la sexualité. En abordant ce sujet, ils révèlent en quelque sorte leur propre intimité et sont confrontés plus ou moins consciemment à une sorte d'interdit culturel, qu'ils ont peur de transgresser : le **tabou de l'inceste**, à savoir l'interdiction d'avoir des relations sexuelles ou même des attouchements avec leurs enfants. Beaucoup de jeunes ne souhaitent pas aborder ce sujet avec leurs parents, parce que source de malaise pour eux. Dans ce cas, il est préférable de s'abstenir au lieu de se **forcer**. Certains éducateurs ne comprennent pas cette gêne lorsqu'ils abordent la question de la sexualité avec les jeunes. Leur insistance peut susciter un malaise alors qu'ils espèrent libérer les jeunes de tabous qu'ils attribuent à l'absence de **dialogue** avec leurs propres parents.

La mère dans un souci de **responsabilité** parentale parle plus de sexualité que le père à ses enfants, sans doute parce qu'elle se limite à la sexualité de la reproduction. Les frères et soeurs ne collaborent que très peu à un échange enrichissant en matière de sexualité. C'est entre amis que le dialogue est le plus fréquent. Toutefois les jeunes restent le plus souvent livrés à eux-mêmes dans la découverte et la compréhension des mécanismes de la sexualité. Notons que lorsqu'il y a dialogue entre les jeunes et leurs parents, il est le plus souvent jugé insatisfaisant. Quelques privilégiés ont eu la chance de dialoguer avec leurs parents. Ce dialogue apporte du **réconfort** et de l'**assurance**, mais peut aussi générer de la confusion et de la gêne, plutôt qu'une réponse encourageante, rassurante, motivant à le poursuivre. La bonne volonté ne suffit pas toujours. Elle n'est pas nécessairement un signe de **qualité**. Beaucoup de parents voudraient discuter avec leurs enfants de sexualité, mais ne savent pas comment le faire. Leur propre éducation ne leur permet pas d'être suffisamment à l'aise pour aborder ce sujet.

Thème : les parents

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	intimité	dialogue	peur	tabou inceste
Savoir-faire	forcer	reconnaissance	complicité	liberté
Savoir-être	réconfort	confiance	assurance	responsabilité

Les parents veulent prendre leurs responsabilités et briser le silence qui était la seule règle pour leur génération. Ils avouent simplement à leurs enfants qu'ils n'ont pas de réponses. Ils restent ainsi à l'écoute et le dialogue s'en trouve amélioré.

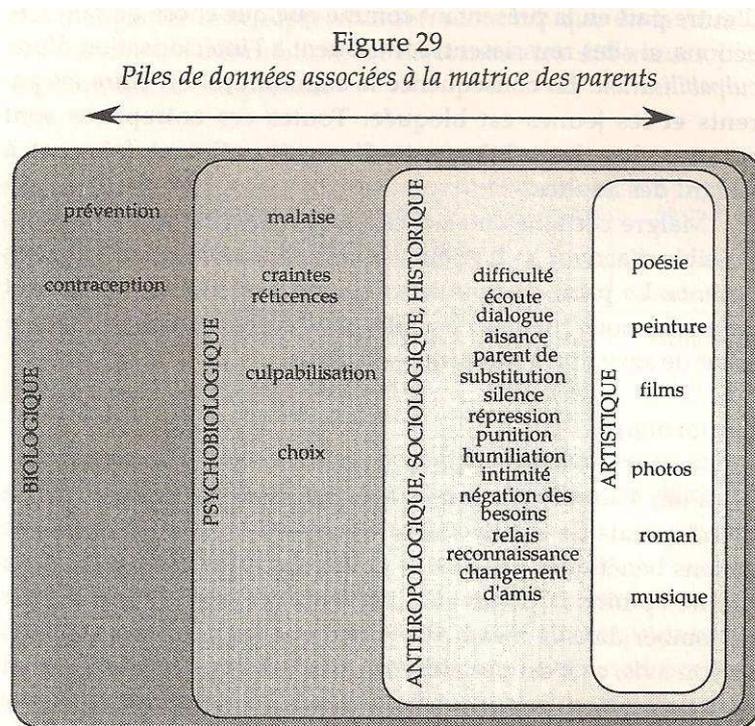
Les jeunes aussi voudraient discuter avec leurs parents de sexualité. Mais eux non plus ne savent pas comment s'y prendre. Ni les jeunes, ni les parents ne sont responsables de cet héritage culturel qui rend le dialogue difficile ou impossible. Nous ne sommes donc pas condamnés à réussir ce dialogue. Il existe, en quelque sorte, des parents de substitution car nous évoluons aussi par nos lectures et nos rencontres, autant d'occasions d'approfondissement de notre réflexion. Beaucoup d'adultes qui n'ont pas eu cet échange avec leurs propres parents ne s'en sont généralement pas si mal sortis.

La crainte de ne pas être **reconnu** dans le choix d'un partenaire est également un obstacle au dialogue. Il est difficile d'accepter le choix de nos frères, nos soeurs, nos amis comme il n'est pas facile pour les parents d'apprécier le choix de nos amours. Les parents peuvent progressivement changer d'avis et admettre que finalement le choix n'était pas si mauvais et pourrait même être excellent.

Les parents ont souvent **peur** de la sexualité de leurs enfants. Ils tentent indirectement de **retarder** le plus longtemps possible le début des expériences sexuelles. Leurs craintes rejoignent souvent les propres réticences des jeunes à se lancer dans des aventures amoureuses. Les uns croient que les jeunes ne peuvent assumer toutes les responsabilités d'une relation amoureuse. Ils craignent, qu'en raison de leur jeune âge, ils se laissent entraîner, abuser, manipuler à leur insu. Ils pensent que les jeunes ne peuvent encore prendre leurs responsabilités contraceptives ou préventives. Les autres veulent éviter à leurs enfants, quelque chagrin d'amour. Enfin, quelques-uns craignent que ces expériences sexuelles ne détournent les jeunes de leurs études.

Pour ces raisons, ils sont tentés quelquefois d'utiliser de multiples stratagèmes pour réprimer, freiner, empêcher les jeunes de s'exprimer sexuellement. Ils ont alors recours à la répression, au contrôle, au découragement, à l'obstruction, au détournement des pulsions. A chaque stratégie correspond une multitude de moyens : les punitions; la limitation de l'intimité, la suspicion, le silence, le détournement d'attention, la dissimulation de l'érotisme, la dissuasion en accentuant les dangers, la délation par les amis,

l'adoption d'attitudes contradictoires, la négation des besoins, la sacralisation du sexe par création d'attentes irréalisables. Les jeunes doivent être tenus au courant de toutes ces manoeuvres qui visent à les détourner de leur droit à aimer.



D'ailleurs, ils ne sont pas dupes de toutes ces tactiques. Ces attitudes sont souvent utilisées de façon combinée comme, par exemple, semer le doute dans la tête des jeunes en idéalisant la sexualité d'une part, et d'autre part en la présentant comme quelque chose de sale. Ces actions, si elles réussissent, contribuent à l'intériorisation d'une **culpabilisation**. En conséquence la communication entre les parents et les jeunes s'en trouve bloquée. Toutes ces entreprises sont sources chez les adolescents d'un ressentiment fréquent à l'égard des adultes.

Malgré certaines maladresses des proches, il est toujours possible d'arriver à vivre bien sa sexualité sans en vouloir à ses parents. La prise de conscience de ces difficultés nous permet de mieux nous préparer à parler plus ouvertement et franchement de sexualité à nos propres enfants.

9.7.14 La normalité

Tout le monde ne pense pas de la même manière. Même si nous affichons extérieurement nos **convictions**, nous avons tous besoin, dans le fond, d'être rassurés sur la normalité de nos **choix**. Il ne s'agit pas de faire comme tout le monde, mais de savoir si nos idées peuvent nous entraîner à des actions bénéfiques et pour ceux que nous aimons. Se faire sa propre opinion n'est pas

aussi facile qu'on peut le croire. Éviter de tomber dans la **mélancolie**, parce que les autres ne sont pas de notre avis, n'est pas si facile. Acquérir une confiance en soi sans **prétention**, surtout dans le domaine sexuel, n'est pas évident. Pourquoi est-ce difficile de trancher entre le bon, le moins bon, le peut-être et le pas bon du tout? Certainement parce que nous sommes des êtres **complexes**, pleins de nuances et de **doutes**, et donc incapables de répondre uniquement par oui ou non, blanc ou noir.

Thème : la normalité

Aspects	Biologiques	Sociaux	Psychologiques	Moraux
Niveaux				
Savoir	expériences	désinformation	mélancolie	conviction
savoir-faire	complexité	superstition	prétention	nuances
Savoir-être	émotions	évolution	sentiments	choix

Entre ce qu'on pense et ce qu'on fait, il y a un espace plus ou moins cohérent nommé **sentiments**. Dans cet interstice se glissent nos **émotions**. À l'origine, ces émotions nous viennent d'amis et de parents à qui il faut **plaire** pour ne pas être isolé du reste du monde, d'avis recueillis un peu partout dont on s'imprègne. À moins d'être un caisson étanche, hermétique à tout ce qui se passe autour de nous, nous modifions nos pensées au gré de nos émotions. L'important est d'apprendre à **sélectionner, discerner** les **nuances** parmi toutes ces informations glanées ici et là. Nous acquérons ainsi de **l'expérience** et affinons notre **originalité**, notre personnalité.

Le rôle de nos émotions est de donner une couleur, une dimension humaine à nos idées. Sans elles, nous serions des robots. La normalité est cette construction de notre pensée qui fluctue, en fonction de leur **équilibre** fragile, entre notre raison et nos émotions.

L'important est donc d'apprendre à faire des choix, quitte à les remettre en question plus tard puisqu'on **évolue** selon les situations. En réalité, il n'y a pas de normalité qui dure éternellement. Même dans la normalité, on peut se tromper ; heureusement, **l'erreur** est humaine. On peut en rire de ses erreurs sans se sentir nul pour autant.

6. Pratiquez-vous la masturbation ?

- 1. très souvent Ô
- 2. assez souvent Ô
- 3. peu souvent Ô
- 4. jamais Ô
- 5. ne sais pas Ô

7. Utilisez-vous des préservatifs et / ou utilisez-vous un moyen contraceptif?

- 1. très souvent Ô
- 2. assez souvent Ô
- 3. peu souvent Ô
- 4. jamais Ô
- 5. ne sais pas Ô

8. Avez-vous éprouvé de la peur lors de rencontres affectives ou sexuelles?

- 1. très souvent Ô
- 2. assez souvent Ô
- 3. peu souvent Ô
- 4. jamais Ô
- 5. ne sais pas Ô

9. Vous est-il arrivé de ressentir de la honte à l'occasion de certains gestes sexuels?

- 1. très souvent Ô
- 2. assez souvent Ô
- 3. peu souvent Ô
- 4. jamais Ô
- 5. ne sais pas Ô

10. Seriez-vous gênés d'utiliser un préservatif?

- 1. beaucoup Ô
- 2. moyennement Ô
- 3. un peu Ô
- 4. pas du tout Ô
- 5. ne sais pas Ô

11. Dans vos activités sexuelles avez-vous ressenti du plaisir?

- 1. très souvent Ô
- 2. assez souvent Ô
- 3. peu souvent Ô
- 4. jamais Ô
- 5. ne sais pas Ô

12. Vous sentez-vous confiant en vous, dans la vie en général?

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 1. très confiant | Ô | |
| 2. moyennement confiant | Ô | |
| 3. peu confiant | Ô | |
| 4. pas confiant | Ô | |
| 5. ne sais pas | | Ô |

13. Est-ce que vous appréciez votre corps?

- | | | |
|----------------|---|---|
| 1. beaucoup | Ô | |
| 2. moyennement | Ô | |
| 3. un peu | Ô | |
| 4. pas du tout | Ô | |
| 5. ne sais pas | | Ô |

14. Vous considérez-vous comme quelqu'un de sensuel?

- | | | |
|------------------------|---|--|
| 1. très sensuel | Ô | |
| 2. moyennement sensuel | Ô | |
| 3. peu sensuel | Ô | |
| 4. pas du tout sensuel | Ô | |
| 5. ne sais pas. | Ô | |

15. Vous considérez-vous informé, en matière sexuelle?

- | | | |
|------------------------|---|---|
| 1. très informé | Ô | |
| 2. moyennement informé | Ô | |
| 3. peu informé | Ô | |
| 4. pas du tout informé | Ô | |
| 5. ne sais pas | | Ô |

16. Parlez-vous de sexualité avec vos proches?

- | | | |
|------------------|---|---|
| 1. très souvent | Ô | |
| 2. assez souvent | Ô | |
| 3. peu souvent | Ô | |
| 4. jamais | Ô | |
| 5. ne sais pas | | Ô |

17. Prenez-vous souvent l'initiative de séduire?

- | | | |
|------------------|---|---|
| 1. très souvent | Ô | |
| 2. assez souvent | Ô | |
| 3. peu souvent | Ô | |
| 4. jamais | Ô | |
| 5. ne sais pas | | Ô |

18. Avez-vous eu des déceptions amoureuses?

- 1. très souvent Ô
- 2. assez souvent Ô
- 3. peu souvent Ô
- 4. jamais Ô
- 5. ne sais pas Ô

19. Êtes-vous convaincu que certains produits améliorent les performances sexuelles?

- 1. très convaincu Ô
- 2. assez convaincu Ô
- 3. peu convaincu Ô
- 4. pas convaincu Ô
- 5. ne sais pas. Ô

20. Êtes-vous optimiste quant à la réussite de votre vie sexuelle?

- 1. très optimiste Ô
- 2. moyennement optimiste Ô
- 3. peu optimiste Ô
- 4. pas du tout optimiste Ô
- 5. ne sais pas Ô

21. La vie sexuelle pour un couple vous semble-t-elle importante?

- 1. très importante Ô
- 2. moyennement importante Ô
- 3. peu importante Ô
- 4. pas importante Ô
- 5. ne sais pas. Ô

22. Êtes vous favorable à la masturbation?

- 1. très favorable Ô
- 2. moyennement favorable Ô
- 3. peu favorable Ô
- 4. pas du tout favorable Ô
- 5. ne sais pas Ô

23. Trouvez-vous acceptable l'idée de relations sexuelle avec des partenaires différents?

- 1. très acceptable Ô
- 2. moyennement acceptable Ô
- 3. peu acceptable Ô
- 4. pas du tout acceptable Ô

9.8 Besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Classification des besoins

Henderson, V., La nature des soins infirmiers (traduction de l'édition américaine *The Principles and Practice of Nursing* de 1994), InterEditions, Paris, France, 1994 (ISBN 9782729605032)

1. Respirer.

Capacité d'une personne à maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant et une bonne oxygénation.

2. Boire et manger.

Capacité d'une personne à pouvoir boire ou manger, à mâcher et à déglutir. Également à avoir faim et absorber suffisamment de nutriments pour capitaliser l'énergie nécessaire à son activité.

3. Éliminer.

Capacité d'une personne à être autonome pour éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime. Également d'éliminer les déchets du fonctionnement de l'organisme.

4. Se mouvoir, conserver une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate.

Capacité d'une personne de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon adéquate et de ressentir un confort. Également de connaître les limites de son corps.

5. Dormir, se reposer.

Capacité d'une personne à dormir et à se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.

6. Se vêtir et se dévêtir.

Capacité d'une personne de pouvoir s'habiller et se déshabiller, à acheter des vêtements. Également de construire son identité physique et mentale.

7. Maintenir une bonne température corporelle

Capacité d'une personne à s'équiper en fonction de son environnement et d'en apprécier les limites.

8. Être propre, soigné et protéger ses téguments.

Capacité d'une personne à se laver, à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle et à se servir de produits pour entretenir sa peau, à ressentir

un bien-être et de se sentir belle. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.

9. Éviter les dangers.

Capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.

10. Communiquer avec ses semblables.

Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.

11. Agir selon ses croyances et ses valeurs.

Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.

12. S'occuper en vue de se réaliser.

Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.

13. Se divertir.

Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.

14. Apprendre.

Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

9.9 Pyramide d'Abraham Maslow

QuickTime™ et un
décompresseur TIFF (non compressé)
sont requis pour visionner cette image.

La pyramide de Maslow

semioscope.free.fr/IMG/gif/pyramide_maslow.gif

La pyramide de Maslow est une classification hiérarchique des besoins humains.

Maslow distingue cinq grandes catégories de besoins. Il considère que le consommateur passe à un besoin d'ordre supérieur quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

Nous proposons une nouvelle approche de ce modèle en :

- reprenant les 5 catégories de Maslow,
- brisant cette vision hiérarchique (aujourd'hui contestée),
 - introduisant un nouveau besoin, déduit de notre modélisation.

Les besoins humains selon Maslow :

- **Les besoins physiologiques** sont directement liés à la survie des individus ou de l'espèce. Ce sont typiquement des besoins concrets (faim, soif, sexualité,...).

- **Le besoin de sécurité** consiste à se protéger contre les différents dangers qui nous menacent. Il s'agit donc d'un besoin de conservation d'un existant, d'un acquis. Il s'inscrit dans une dimension temporelle.
- **Le besoin d'appartenance** révèle la dimension sociale de l'individu qui a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit (famille, travail, association, ...). L'individu se définissant par rapport à ses relations, ce besoin appartient au pôle « relationnel » de l'axe ontologique.
- **Le besoin d'estime** prolonge le besoin d'appartenance. L'individu souhaite être reconnu en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels il appartient.
- **Le besoin de s'accomplir** est selon Maslow le sommet des aspirations humaines. Il vise à sortir d'une condition purement matérielle pour atteindre l'épanouissement. Nous le considérons donc comme antagoniste aux besoins physiologiques.