

2021-2022

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**Qualification en Psychiatrie**

**SANTÉ MENTALE, SEXUALITÉ ET INSTITUTION**

Regard d'adolescents et de jeunes adultes hospitalisés en clinique psychiatrique  
soins-études quant à l'abord de cette thématique au cours de leur suivi

**GUILLEMET Florian**

Né le 07/03/1989 à Saint Brieuc (22)

Sous la direction de Mme le Docteur RIQUIN Élise

Membres du jury

M. le Professeur DUVERGER Philippe | Président

Mme le Docteur RIQUIN Élise | Directeur

Mme le Docteur LACCOURREYE Véronique | Membre

Mme le Docteur PELLÉ Christiane | Membre

Soutenue publiquement le :  
17 octobre 2022

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) GUILLEMET Florian .....  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine

GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine

ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOUEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine

MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Éducation	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Thérapeutique	
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Médecine Générale	Médecine
	Chimie organique	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
<b>ATER</b>		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine

<b>AHU</b>		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

## **Liste des abréviations**

CESC : comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté  
CNIL : commission nationale informatique et libertés  
CSE : centre soins études  
FSEF : Fondation Santé des Étudiants de France  
IST : infections sexuellement transmissibles  
IVG : interruption volontaire de grossesse  
LGBT : lesbian, gay, bisexual, transgender  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
VARS : vie affective, relationnelle et sexuelle

## SOMMAIRE

RÉSUMÉ .....	12
I. Introduction .....	13
II. Sexualité, adolescence et psychiatrie .....	15
A. Le développement sexuel adolescent .....	15
1. Facteurs biologiques et sexualité adolescente .....	16
2. Facteurs psychologiques et sexualité adolescente .....	17
3. Facteurs sociaux et sexualité adolescente .....	17
4. Genre et sexualité adolescente .....	20
B. Sexualité et adolescence en psychiatrie .....	21
1. Santé sexuelle et addictions .....	22
2. Santé sexuelle et psychopathologie .....	23
a. Sexualité et troubles anxieux .....	24
b. Sexualité et troubles psychotiques .....	25
c. Sexualité et troubles de l'humeur .....	26
d. Sexualité et troubles du comportement alimentaire .....	27

III.	Étude .....	28
	A. Objectifs de l'étude .....	28
	B. Matériel et méthode .....	28
	1. Type d'étude .....	28
	2. Population source .....	29
	3. Période de l'étude .....	30
	4. Nombre de sujets .....	30
	5. Analyse statistique .....	30
	6. Éthique et information .....	31
IV.	Résultats .....	31
	A. Caractéristiques des répondants .....	31
	B. Échange au sujet de la sexualité avec un professionnel .....	33
V.	Discussion .....	43
	1. Concernant la méthodologie .....	43
	2. Concernant les résultats .....	44
	3. Perspectives d'application en pratique clinique .....	45
VI.	Conclusion .....	47
VII.	Bibliographie .....	48
VIII.	Annexes .....	52

## RÉSUMÉ

Introduction : La construction de la sexualité à l'adolescence est un processus complexe et les adolescents présentant des troubles psychiatriques présentent des facteurs de vulnérabilité concernant la santé sexuelle. Celle-ci n'a été que peu documentée dans la littérature auprès de ce public, a fortiori en centre de post cure soins études.

Méthode : Un autoquestionnaire anonyme comprenant onze questions à choix multiple dont sept semi-ouvertes et quatre fermées a été soumis aux patients-élèves de plus de quinze ans scolarisés à la clinique FSEF de Sablé sur Sarthe au printemps 2022. Les questions évaluaient le contenu de leurs échanges avec des professionnels de la clinique en matière de santé sexuelle et leurs attentes éventuelles à ce sujet.

Résultats : Trente et un questionnaires ont été récupérés. Ceux-ci montrent que les attentes des adolescents pris en charge en hospitalisation soins-études psychiatrique sont bien présentes mais apparaissent décorrélées de la réalité des échanges qu'ils rapportent avoir en pratique courante.

Conclusion : Les résultats de ce travail conduisent à repenser la manière d'aborder ces thématiques au cours des prises en charge en institution psychiatrique. Des interventions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels ainsi que la mise en place pour les adolescents d'espaces de parole clairement identifiés gérés par des professionnels a minima sensibilisés ou au mieux formés en sexologie représentent des moyens intéressants de promouvoir la santé sexuelle auprès de ce public.

## I.INTRODUCTION

La clinique FSEF (Fondation Santé des Étudiants de France) de Sablé sur Sarthe (72) où je travaille en tant que psychiatre et où a été menée cette étude accueille une centaine d'adolescents et jeunes adultes répartis entre 5 unités d'hospitalisation complète et 1 unité d'hôpital de jour.

Il s'agit d'une clinique soins-études psychiatrique accueillant sur indication médicale un public diversifié, cliniquement relativement stabilisé, présentant des troubles psychiques ayant mis à mal leur capacité de scolarisation en milieu ordinaire. Il est question essentiellement de troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, états de stress post traumatique, psychoses émergentes ou encore troubles du spectre de l'autisme.

L'adolescence est l'âge de la mise en place de la sexualité mais également celui de l'apparition de la plupart des troubles psychiques que nous prenons en charge. Les troubles présentés par les patients mais aussi les traitements psychotropes dont bénéficient la plupart d'entre eux sont autant d'éléments pouvant venir perturber la mise en place de la sexualité, et venir prédisposer à l'apparition de dysfonctions sexuelles ou encore influer sur l'observance des traitements.

Par ailleurs, sur le plan institutionnel, la vie en collectivité n'est pas dénuée d'impacts sur l'intimité des patients. Celle-ci peut se retrouver perturbée lors de passages en chambre inopinés du personnel soignant, en journée ou la nuit lors des tours de surveillance réglementaires. L'intimité génitale partagée est quant à elle proscrite par le règlement de l'établissement.

Ces différents éléments (iatrogénie, psychopathologie et vie en institution) retentissent inévitablement sur la manière dont les adolescents et jeunes adultes investissent leur entrée dans la sexualité adulte or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ».

Comment donc répondre à cette injonction paradoxale dans notre attitude soignante au quotidien ? Comment promouvoir la santé sexuelle en institution psychiatrique auprès d'adolescents et de jeunes adultes dont l'entrée dans celle-ci est de fait complexifiée par les troubles qu'ils présentent et parfois les traitements qui leurs sont associés ?

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire a été rendue légalement obligatoire par l'article L. 312-16 de la loi Aubry du 4 Juillet 2001 (1). Selon cette loi, celle-ci doit se dérouler « sous forme d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène ». Au niveau de chaque établissement, les CESC (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) ont entre autres pour rôle de « définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévenir les comportements à risques ». (2) Il s'agit d'apporter des connaissances aux élèves, de contribuer à développer leur esprit critique afin qu'ils soient en mesure d'affirmer des opinions personnelles. Il s'agit aussi de les sensibiliser à la notion de respect, tant individuel que collectif, et à la prévention des comportements sexistes et des violences sexuelles, le tout médié par des projets éducatifs transversaux.

A ce titre, les jeunes pris en charge dans notre établissement bénéficient chaque année d'ateliers de sensibilisation à la santé sexuelle. Néanmoins, les trois séances annuelles recommandées sont en pratique difficiles à mettre en place du fait de diverses contraintes organisationnelles, et quand bien même elles le seraient parfois, il serait utopique de vouloir aborder de manière exhaustive au sein de celles-ci les différentes dimensions biologiques, psychoaffectives et sociales de la santé sexuelle.

Fort de ce constat et dans le but d'offrir aux patients-élèves pris en charge sur notre clinique une sensibilisation à la santé sexuelle en adéquation avec les recommandations du ministère de la santé mais également avec leurs attentes en tenant compte des contraintes de la vie en institution, il m'est apparu légitime de les interroger sur la manière dont ils perçoivent l'abord ou non de cette

thématische au cours de leur prise en charge et de recueillir leurs attentes en la matière.

## II. Sexualité, adolescence et psychiatrie

### A. Le développement de la sexualité à l'adolescence

La sexualité humaine a deux fonctions : la perpétuation de l'espèce, via la reproduction, et le plaisir. Elle n'est pas innée mais résulte d'une dynamique multifactorielle d'apprentissages cognitifs et moteurs. (3)

Les facteurs influençant son développement comprennent le système de récompense, groupement fonctionnel de structures cérébrales sous-tendant la motivation à réaliser des actions ou comportements adaptés permettant de préserver l'individu et l'espèce, mais aussi des facteurs environnementaux (éducation, culture, morale, nouvelles technologies), des facteurs cognitifs (croyances, mimétismes, imaginaire) et des facteurs émotionnels.

Le développement psychosexuel de l'individu est un long processus façonné par ces différents éléments. Il débute dès la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte.

L'adolescence est une période charnière, marquant un tournant entre une sexualité infantile d'une part, auto-érotique, marquée par la conscientisation progressive de la montée de l'excitation génitale, la construction de l'identité sexuelle, l'apparition de jeux sexuels, de rêves érotiques et d'une activité masturbatoire, et une sexualité adulte d'autre part, où le plaisir devient intellectualisé, où le potentiel orgasmique apparaît, où l'orientation sexuelle se confirme et où la sexualité partagée complète l'autoérotisme.

Il est aujourd’hui admis que les apprentissages sexuels de l’enfance et de l’adolescence influencent le degré de santé sexuelle ultérieur (4). Il est également admis que les facteurs de risque de dysfonction sexuelle incluent des éléments ayant trait au mode de vie, à la santé physique ainsi qu’à la santé psychique (5)

Pour autant, l’essentiel de la recherche dans ce domaine s’est focalisé jusqu’à encore récemment sur la prévention de comportements à risques (6), faisant fi des corrélats psychologiques et sociaux de la santé sexuelle. Il apparaît donc essentiel de faire un point sur les corrélats bio-psychosociaux de la santé sexuelle afin de mieux comprendre leur importance dans la construction de la future sexualité adulte.

### 1. Facteurs biologiques et santé sexuelle adolescente

La puberté, période de transition de l’enfance à l’adolescence, est marquée par d’importants changements sur le plan biologique. L’augmentation rapide des taux d’hormone de croissance et d’hormones sexuelles sous-tend de nombreuses modifications corporelles comme la taille ou encore l’apparition de caractères sexuels secondaires.

Lorsque ces modifications ont lieu précocement ou tardivement, celles-ci peuvent être à l’origine d’un sentiment d’insécurité et prédisposer à un isolement social, en lien avec les différences d’apparence avec le groupe de pairs auquel l’identification se voit perturbée. Les adolescents attachent une grande importance à leur image corporelle et ces préoccupations peuvent ainsi être exacerbées lorsque leur propre chronologie pubertaire apparaît décorrélée de celle de leur groupe de pairs (7).

Cette mésestime de soi sur le plan corporel peut secondairement altérer la qualité des relations interpersonnelles, notamment dans le champ de l’intimité. (8) Comme nous le verrons par la suite, cette question de l’estime de soi est centrale auprès de la population ayant fait l’objet de notre étude, les adolescents

présentant des troubles psychiques étant doublement impactés sur le plan de l'estime de soi, à la fois par le processus adolescent et par leur psychopathologie.

## 2. Facteurs psychologiques et sexualité adolescente

Parmi les facteurs psychologiques affectant la sexualité adolescente, l'estime de soi joue un rôle majeur. Plusieurs études ont montré son rôle significatif dans la précocité des premiers rapports et les comportements sexuels à risques (9) (10). Une hypothèse à cela pourrait être qu'une bonne estime de soi prédispose à une plus grande facilité à s'affirmer concernant ses préférences et ses limites en étant moins perméable à l'influence des pairs. Il semble également toujours selon ces mêmes études que les tableaux anxiodépressifs influencent l'âge d'entrée dans la sexualité partagée, et ce différemment selon les sexes. On relève ainsi davantage de précocité chez les jeunes filles en comparaison avec un âge plus tardif chez les garçons. Une hypothèse à cette différence pourrait tenir à la différence de perception sociale de la précocité du premier rapport selon les sexes.

## 3. Facteurs sociaux et sexualité adolescente

Parmi les facteurs sociaux en lien avec la construction de la sexualité à l'adolescence, trois jouent un rôle primordial : les parents, les pairs et les médias.

Le rôle des parents dans la construction de la sexualité de leur enfant a été largement étudié ces dernières années. Celui-ci s'exprime non seulement au travers de la communication avec l'adolescent mais aussi au travers de multiples comportements non verbaux indirects de la vie de tous les jours telles les attitudes d'approbation ou de rejet. Une importante revue de la littérature a ainsi démontré un lien de causalité significatif entre la qualité de la relation intergénérationnelle qui lie l'adolescent à ses parents et le degré de satisfaction sexuelle chez le ou la jeune. (11) Ceci a été retrouvé essentiellement chez les jeunes filles et s'explique en partie par l'impact positif sur l'estime de soi qui en découle. Le rôle des parents a aussi été démontré dans la mise en place d'une sexualité duelle moins précoce et moins à risque (12) ainsi que dans des comportements plus responsables quant aux

consommations de toxiques, ce qui influe indirectement sur les prises de décision réfléchies et raisonnables en matière de sexualité.

Le rôle des pairs dans la construction de la sexualité adolescente a lui aussi été étudié et il s'avère tout aussi important que celui des parents. Une méta analyse de 2015 a ainsi démontré que des adolescents dont les pairs étaient perçus comme actifs sexuellement, favorables aux relations sexuelles et encourageants dans ces pratiques étaient eux-mêmes plus enclin à s'engager dans une vie sexuelle active. (13) D'autres auteurs ont mis en évidence d'autres facteurs influençant l'entrée dans une sexualité active comme les premières relations amoureuses et le caractère mixte du groupe de pairs fréquentés. (14) Par ailleurs, il a également été observé que les adolescents précoce sexuellement, peu observants du préservatif et poly partenaires étaient souvent en lien avec d'autres adolescents actifs et permissifs sexuellement, consommateurs de toxiques et transgressifs dans leurs comportements. (15) Ces résultats vont dans le sens d'une influence mutuelle des individus au sein d'un même groupe.

D'autres études, quant à elles, ont mis en évidence le fait que les comportements parentaux pouvaient contrebalancer l'influence des pairs lorsque celle-ci était négative, notamment au sujet des comportements sexuels à risque. (16) Ces résultats sont toutefois nuancés par une autre étude plus récente, selon laquelle l'influence parentale dans la genèse de la future sexualité adulte s'estompe progressivement avec l'avancée en âge, au profit de l'influence des pairs. (17)

Ces résultats montrent l'importance de l'environnement relationnel des adolescents dans la construction de leur sexualité mais aussi l'interdépendance des éléments le composant entre eux.

Un dernier facteur social et non des moindres contribue également à façonner la construction de la sexualité adolescente : il s'agit des médias présentant du contenu explicite, qu'ils soient traditionnels (presse, magazines) ou numériques (films, vidéoclips, sites internet, réseaux sociaux).

Depuis quelques années, essentiellement depuis l'ère du haut débit et du tout illimité à la fin des années 2000, internet est devenu le moyen d'information privilégié des jeunes générations et si une grande quantité d'informations pertinentes s'y trouvent, nombreuses sont les possibilités de se retrouver exposé à du matériel visuel sexuellement explicite de manière inopportunne.

Parallèlement, le rapport à la confidentialité s'est modifié et il n'a jamais été aussi simple d'attenter à la réputation d'une personne. Le cyber harcèlement sexuel est de plus en plus fréquent et les adolescents constituent une population à risque, notamment les jeunes filles et les individus issus de la minorité LGBT. (18)

S'il est admis que les médias numériques peuvent contribuer à la santé sexuelle des adolescents, notamment via la transmission de contenus scientifiques, via des forums spécialisés, par des professionnels de santé vulgarisant leur savoir sur les réseaux sociaux ou encore via des campagnes de prévention en ligne, il n'en demeure pas moins que la facilité d'accès aux contenus pornographiques inquiète souvent les adultes et parents, et à raison. Il a ainsi été retrouvé un lien significatif entre l'exposition à du contenu sexuellement explicite chez des adolescents et la précocité de leur entrée dans la vie sexuelle active. (19) (20) De la même manière, une autre étude révèle que la précocité de la confrontation à la pornographie est corrélée à un mimétisme entre les pratiques observées et celles reproduites, ainsi qu'à une plus grande consommation ultérieure de celle-ci. (21)

L'impact de la pornographie chez l'adolescent ne se constate pour autant pas que dans le champ de la sexualité pure. Il a ainsi été observé que l'exposition à du contenu sexuellement explicite influait sur le comportement des jeunes, instillant chez eux des normes sexuelles plus permissives et les rendant davantage susceptibles de perpétrer du harcèlement sexuel. (22) Chez les filles notamment, il a été constaté une corrélation entre fréquence d'activités sexuelles, stéréotypes de genre marqués et fréquence d'exposition à des médias explicites. (23) Bien que peu d'adolescents la traduiront dans les actes, il a été également démontré qu'une consommation accrue de matériel pornographique augmente le risque de perpétrer des violences sexuelles. (24)

Nous voyons donc à la lumière de ces différentes études que les contenus sexuellement explicites façonnent de manière insidieuse les attitudes et comportements sexuels des adolescents.

Un autre effet de ceux-ci sur la santé sexuelle adolescente concerne le rapport au corps et plusieurs travaux se sont penchés sur cet aspect. Une étude néerlandaise de 2015 faite sur plus de 600 adolescents a ainsi retrouvé un retentissement négatif sur la satisfaction de l'image corporelle proportionnel à l'usage des réseaux sociaux. (25) Il en est de même pour l'usage de la télévision via les spots télévisuels, qui a été associé à un plus grand taux d'insatisfaction corporelle ainsi qu'un plus grand taux de troubles du comportement alimentaires. (26)

Les travaux précédemment cités se sont focalisés sur les aspects négatifs des médias sur la santé sexuelle adolescente. Néanmoins, certains auteurs soutiennent le fait que ceux-ci peuvent avoir un effet bénéfique, notamment via la transmission d'informations pertinentes sur la santé sexuelle (27), ceci compte tenu du fait que plus de 60% d'entre eux déclaraient utiliser Internet comme source d'information principale à propos de la sexualité dans une étude de 2012. (28)

#### 4. Genre et sexualité adolescente

D'après le baromètre « santé, genre et sexualité 2016 » (29), les différences entre hommes et femmes en matière de sexualité persistent au moment de l'adolescence, en s'inscrivant « dans un contexte normatif structuré autour de l'opposition entre sexualité féminine affective et besoins sexuels masculins ». Cette asymétrie genrée se constate dans cette étude à plusieurs niveaux. C'est le cas pour le nombre moyen de partenaires plus important chez les hommes, ou encore pour l'utilisation plus fréquente des sites ou applications de rencontre, chez les hommes également.

Le rapport dit HCE du haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes relatif à l'éducation à la sexualité (30) fait quant à lui état de multiples sources d'inégalités entre les genres à l'adolescence, en mentionnant notamment :

- Les attentes sociales genrées quant à l'entrée dans la sexualité, avec valorisation de la virilité chez les hommes et double injonction désirabilité/respectabilité chez les femmes
- La plus grande vulnérabilité des femmes au harcèlement, aux violences sexuelles, aux mutilations sexuelles, aux violences au sein du couple
- La méconnaissance de sa propre anatomie intime et de l'autoérotisme associé, plus fréquente chez les femmes
- La responsabilité de la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles

Concernant le vécu des premières expériences sexuelles selon les jeunes, des disparités homme/femme ont également été retrouvées. C'est le cas par exemple des émotions ressenties après le premier rapport sexuel, davantage positives comme la fierté pour les garçons et davantage négatives comme la honte ainsi que d'ambivalence pour les femmes. (31) Une autre étude plus récente expose un constat similaire en démontrant que les premières relations sexuelles pouvaient améliorer l'image corporelle des adolescents garçons mais pas chez les filles. (32)

## B. Sexualité et adolescence en psychiatrie

En France, la première stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (33) définit cinq grands axes stratégiques dans le but de promouvoir une « démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive ». L'axe IV s'intitule « répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables » et

s'adresse en partie aux personnes en situation de handicap et/ou porteuses d'une maladie chronique et/ou usagères de drogues.

La population rencontrée en psychiatrie, que ce soit en centre de consultation ambulatoire ou en hospitalisation, présente le plus souvent ces critères de vulnérabilité, que ce soit du fait du handicap psychique induit par le trouble mental, lui-même étant souvent une maladie chronique, ou du fait d'une comorbidité addictive présente.

### 1. Santé sexuelle et addictions

Les addictions aux substances psychoactives sont fréquentes en population psychiatrique. A titre d'exemple, l'enquête ECA (epidemiologic catchment area) réalisée aux Etats-Unis en 1990 portant sur plus de 20291 sujets retrouve 37% de troubles mentaux chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool. Ce taux atteint même 53% si l'on considère les toxiques hors alcool. (34)

Les effets sur la santé sexuelle peuvent être directs, en lien avec les propriétés pharmacologiques du produit consommé, ou indirects. On retrouve par exemple davantage de relations sexuelles à risque, parfois pour de la drogue ou de l'argent et une moindre utilisation du préservatif. (35)

Concernant le cannabis, une revue de la littérature de 2018 évoque un lien possible sur la fertilité masculine via un impact sur la production testiculaire de testostérone, ainsi qu'une majoration du risque de tumeurs germinales testiculaires. (36) Sa consommation pourrait en outre multiplier par deux le risque de dysfonction érectile chez les usagers quotidiens. (37) L'usage de cette drogue a aussi été associé à un nombre plus important de partenaires, avec les risques de propagation d'IST qui en découlent, principalement en lien avec une moindre utilisation du préservatif. (38)

Concernant l'alcool, les résultats sont encore plus probants avec un impact franc sur la fonction sexuelle puisqu'une étude de Van Thiel retrouvait 61% de

dysfonction sexuelle chez les sujets alcoolodépendants avec par ordre de prévalence la dysfonction érectile puis la baisse du désir. (39)

Des effets négatifs sur la fonction sexuelle féminine ont aussi été observés en cas de consommation chronique avec une baisse de l'excitation et des troubles de l'orgasme. (40)

Concernant le tabac, première cause mondiale de mortalité évitable et drogue la plus consommée en population psychiatrique avec un taux de prévalence trois fois supérieur à la population générale selon le traité d'addictologie d'Alain Dervaux, les effets sur la santé sexuelle sont eux aussi majeurs. Il est en effet retrouvé un effet négatif dose-dépendant sur la fonction érectile chez les hommes. (41) Chez les femmes, bien que moins d'études aient été entreprises, on note une baisse de l'excitation objective en réponse à une stimulation par un film érotique suite à la prise de 6 mg de nicotine. (42)

Nous pourrions poursuivre ainsi la liste avec les autres toxiques tels les psychostimulants ou les opiacés mais nous préférons nous cantonner à ceux suscités, compte tenu du fait qu'ils sont les plus fréquemment retrouvés dans la pratique clinique courante auprès de la population ayant fait l'objet de cette étude.

## 2. Santé sexuelle et psychopathologie

De la même manière qu'ils sont récurrents au sein des populations usagères de drogues, les troubles sexuels sont fréquemment retrouvés chez les personnes présentant un trouble psychiatrique. Ceci s'explique par des similitudes entre les mécanismes neurobiologiques sous-tendant les pathologies psychiatriques et les modes d'action des traitements psychotropes qui y sont liés. (43) Ainsi, les dysfonctions sexuelles pourraient concerner 50 à 80% des sujets présentant un trouble du spectre de la schizophrénie et 69% des patients présentant un syndrome dépressif. (44)

### a. Sexualité et troubles anxieux

Les troubles anxieux, qu'il s'agisse d'anxiété généralisée, d'anxiété de performance ou encore de troubles obsessionnels compulsifs, se caractérisent par une peur intense et irraisonnée pouvant mener à un état de panique. La sexualité, quant à elle, dans son rapport à l'autre, nécessite la capacité à la rencontre dans le jeu de séduction ainsi que la confrontation au regard de l'autre. Cette nécessité de lâcher prise dans l'interaction sociale peut mettre le sujet en difficulté lorsque celui-ci présente une phobie sociale ou une anxiété de performance et ceci peut mener à des conduites d'évitements de la sexualité. La littérature nous montre ainsi que les personnes souffrant de phobie sociale sont plus souvent célibataires ou divorcées. (45) Dans son article « troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique » paru en 2016, Soldati estime à 77% la prévalence des troubles sexuels parmi les personnes présentant un trouble anxieux. Il rapporte également chez les hommes une fréquence importante des troubles de l'excitation, des troubles de l'orgasme ainsi que de l'éjaculation précoce (50%) ; et chez la femme des troubles de l'excitation et du désir. Il arrive parfois que les conduites d'évitement mènent à l'aversion sexuelle totale dans les cas les plus graves, ce qui concernerait 50% des personnes présentant un trouble anxieux. (46)

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), caractérisés par l'apparition répétée de pensées intrusives (les obsessions) et/ou de comportements répétés et ritualisés (les compulsions), peuvent eux aussi être pourvoyeurs de dysfonctions sexuelles. Ceux-ci peuvent être en lien avec la peur d'une contamination par la saleté, les microbes ou encore une maladie comme le sida. Il a ainsi été retrouvé 50% de dysfonctions sexuelles chez les sujets présentant un TOC. (47)

L'état de stress post traumatique quant à lui, en affectant le fonctionnement émotionnel et social des patients, peut avoir des répercussions sur le fonctionnement sexuel, et ce d'autant plus s'il est en lien avec un traumatisme d'ordre sexuel. Ces difficultés sexuelles peuvent en outre être accentuées par la prise concomitante d'un antidépresseur agissant sur la sérotonine. (46)

## b. Sexualité et troubles psychotiques

Les troubles psychotiques peuvent se manifester par un florilège de symptômes plus ou moins bruyants traditionnellement classés entre symptômes positifs (idées délirantes, hallucinations) ou négatifs (émoussement des affects, repli social, apragmatisme). Ils se rencontrent classiquement dans la schizophrénie mais peuvent coexister au sein d'autres troubles psychiatriques comme les troubles de l'humeur.

Les symptômes négatifs sont parmi les plus invalidants pour la sexualité, en lien avec le fait qu'ils altèrent la reconnaissance de ses propres émotions par le sujet ainsi que la reconnaissance des états émotionnels de l'autre, probablement par défaut d'apprentissage. De ceci résulte une altération des contacts sociaux compliquant la rencontre. Les symptômes positifs peuvent eux aussi altérer la fonction sexuelle en perturbant le rapport à l'autre, notamment les idées délirantes de persécution.

Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes parmi les sujets atteints de schizophrénie et celles-ci sont en partie imputables aux traitements par neuroleptiques, en lien avec le blocage par ces traitements des récepteurs dopaminergiques D2. En effet, la dopamine joue un rôle dans la libido et l'érection, et le blocage de ses récepteurs augmente les taux de prolactine responsable secondairement d'une baisse de la testostérone.

Les dysfonctions sexuelles sont une cause fréquente de mauvaise observance mais paradoxalement un sujet peu abordé en consultation psychiatrique, pour diverses raisons dont probablement le manque de temps et de formation des psychiatres à ce sujet, leur perception de la balance bénéfices risques ou encore leur gêne à l'abord de ces questions en consultation. Une étude de Pinkney et al en 1991 estimait en effet la proportion des psychiatres à interroger leurs patients sur un éventuel effet secondaire sur la sexualité à environ 10%. (48)

### c. Sexualité et troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur comprennent classiquement les troubles de l'humeur unipolaires comme la dépression ainsi que les troubles bipolaires.

Le syndrome dépressif associe différents symptômes émotionnels et comportementaux tels la tristesse de l'humeur, l'anhédonie, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, l'asthénie, le sentiment de dévalorisation et de culpabilité, les troubles de la concentration et parfois les idées de mort. La baisse de la libido peut faire également partie du tableau clinique. L'impact de la symptomatologie dépressive sur la sexualité peut se faire via certains des symptômes inhérents au tableau clinique comme l'asthénie ou la baisse de libido, qui peuvent diminuer l'estime de soi et renforcer l'anxiété de performance, en particulier chez les hommes, et via l'irritabilité et les idées de dévalorisation qui peuvent compliquer la rencontre. (43) La prévalence exacte est difficile à évaluer du fait du rôle concomitant des antidépresseurs dans la survenue des dysfonctions sexuelles.

Chez la femme dépressive, sont retrouvés habituellement baisse du désir, baisse de la réceptivité à l'excitation et difficultés à atteindre l'orgasme. (49) Une éventuelle aménorrhée, secondaire à une perte de poids, peut également affecter l'estime de soi.

Les antidépresseurs, largement utilisés en traitement de fond des dépressions modérées à sévères et de nombreux troubles anxieux, présentent d'importantes conséquences sur la sexualité. Il s'agit chez l'homme de troubles de l'éjaculation et de troubles de l'érection (avec les antidépresseurs tricycliques). Chez la femme, on retrouve plutôt des troubles du désir. Ces effets sur la sexualité sont rarement rapportés par les patients (14%) mais fréquemment avoués lorsque la question leur est posée en consultation (58%). (50)

Les troubles bipolaires peuvent s'exprimer par des phases dépressives et/ou des phases maniaques ou hypomaniaques. Ces dernières peuvent s'accompagner d'une

augmentation des pensées sexuelles, d'une désinhibition et in fine d'une hypersexualité avec parfois comportements à risques. Certains auteurs font d'ailleurs un rapprochement entre auteurs d'agressions sexuelles et troubles de l'humeur (51)

#### d. Sexualité et troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaires, qu'il s'agisse de troubles anorexiques avec phases de restriction ou de troubles hyperphagiques, expriment souvent un lien complexe de la personne avec son corps. Cette difficulté au lâcher prise, les modifications corporelles qui peuvent en résulter ainsi que les fréquents antécédents de violences sexuelles retrouvés en pratique clinique sont autant d'éléments qui vont venir fragiliser l'estime de soi et complexifier la rencontre à l'autre. La prévalence des dysfonctions sexuelles dans cette population pourrait s'élever à 80% selon l'étude de Soldati précitée, et concerne essentiellement des troubles du désir.

Les liens entre psychopathologie et dysfonctions sexuelles sont donc multiples et complexes, et concernent la majorité des troubles psychiques et des traitements qui y sont associés. Les adolescents pris en charge en service de psychiatrie nécessitent donc une attention particulière lors de l'abord des questions relatives à la santé sexuelle au cours de leur prise en charge du fait des différents facteurs de vulnérabilité qu'ils présentent que sont :

- Leurs troubles psychiques,
- leurs traitements,
- leurs comorbidités addictologiques éventuelles.

### **III. ÉTUDE**

#### **A. OBJECTIF DE L'ÉTUDE**

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des échanges entre les professionnels de la santé et de l'éducation d'une part et les patients-élèves d'autre part concernant la vie affective, relationnelle et sexuelle en institution psychiatrique soins études ainsi que de recueillir les attentes et le point de vue des patients-élèves sur ceux-ci.

L'application pratique de ce travail sera de tenter d'ajuster au mieux les réponses soignantes et institutionnelles aux attentes des jeunes pris en charge, dans le respect du règlement intérieur de l'établissement et des règles de vie en collectivité.

#### **B. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

##### **1. Type d'étude**

Afin de mener à bien ce travail, nous avons élaboré un autoquestionnaire à destination des adolescents et jeunes adultes pris en charge dans la clinique de post-cure psychiatrique de Sablé sur Sarthe.

Il s'agit donc d'une étude descriptive unicentrique, de type prévalence, dans une population transversale.

Le questionnaire comporte une partie introductory précisant son objectif ainsi que les modalités pour le remplir et le restituer.

Il est composé de 11 questions à choix multiples dont 7 semi-ouvertes et 4 fermées et regroupe les items suivants :

- Données générales (âge, sexe)
- Existence d'une vie sexuelle active
- Expérience personnelle concernant l'abord de la VARS en institution
- Attentes concernant d'éventuels échanges à ce sujet

La population étudiée étant spécifique et de taille modeste, nous avons fait le choix d'une méthode quantitative et d'un questionnaire bref afin d'obtenir un taux de réponse satisfaisant et de minimiser le risque d'obtenir des réponses incomplètes.

## 2. Population source

Les patients-élèves pris en charge à la clinique FSEF de Sablé sur Sarthe sur l'année scolaire 2021-2022.

L'établissement accueille 105 patients-élèves répartis sur 4 unités d'hospitalisation complète et 1 unité d'hôpital de jour.

Tout patient-élève âgé de 15 ans et plus était éligible à l'étude, indépendamment du fait qu'il reçoive des traitements médicamenteux ou non.

Le questionnaire est totalement anonyme. Il a été distribué lors des réunions d'unité soignants-soignés hebdomadaires au cours du mois de mars 2022.

Les parents des patients-élèves mineurs ont été au préalable informés par courriel et il leur a été laissé la possibilité de s'opposer à ce que leur enfant participe à cette étude.

### **3. Période de l'étude**

Le questionnaire a été distribué début mars 2022 et les réponses ont été recueillies le 18 avril 2022 dans une urne déposée sur chaque unité de soin à cet effet.

### **4. Nombre de sujets**

Nous avons récupéré 31 questionnaires, soit environ un tiers des patients-élèves présents sur la clinique sur la période concernée.

Le remplissage de celui-ci se faisant sur la base du volontariat, tous les patients-élèves n'ont pas souhaité participer à l'étude. De plus, tous les lits de la clinique n'étaient pas occupés sur la période de l'étude.

Concernant les patients-élèves mineurs, un seul couple de parents a manifesté le refus que leur enfant participe à cette étude, par crainte de résurgences de reviviscences traumatiques.

### **5. Analyse statistique**

Les variables qualitatives ont été décrites par effectif et proportion.

La seule variable quantitative concernait l'âge des participants et a été décrite par la moyenne et l'écart-type.

L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Microsoft Excel.

## 6. Éthique et information

Le questionnaire a été soumis à la coordinatrice médicale pour une validation par le CODIR de l'établissement (Comité de Direction).

N'étant pas distribué à l'ensemble des établissements psychiatriques de la fondation à laquelle est rattaché cet établissement de santé (FSEF), nous n'avons pas eu à le soumettre à un comité d'éthique.

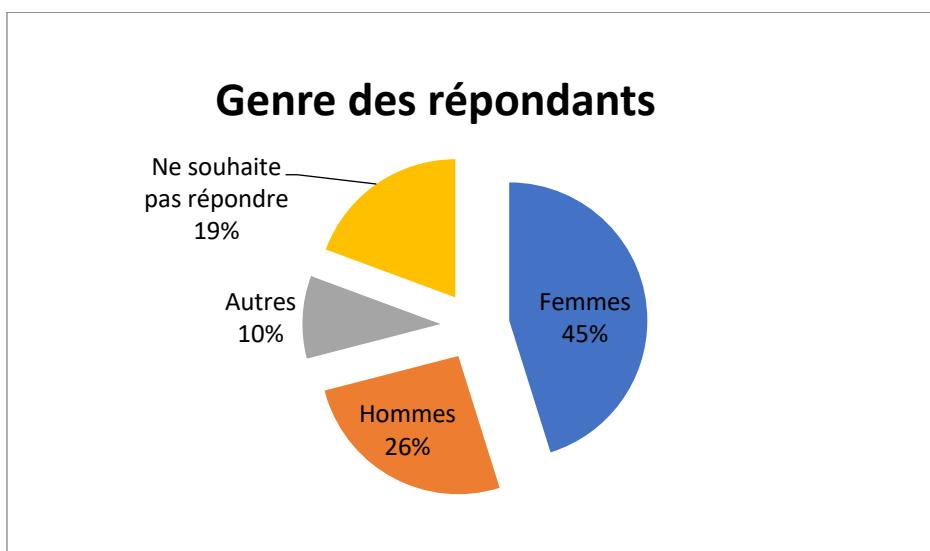
Une déclaration de conformité auprès de la CNIL a été déposée en ligne.

## IV. RÉSULTATS

### A. Caractéristiques des répondants

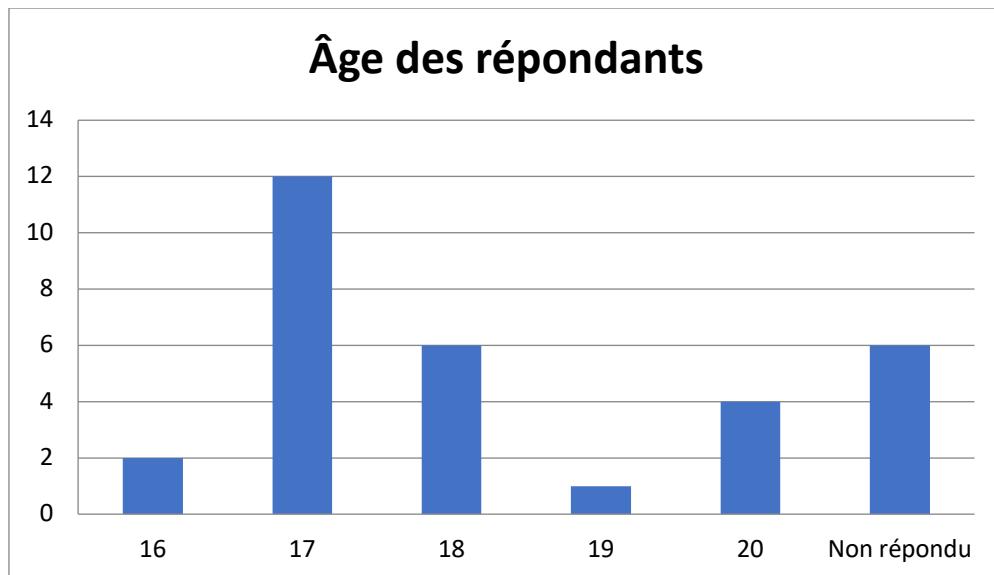
Parmi les 31 patients-élèves ayant répondu à cette enquête, 14 soit 45% étaient de sexe féminin tandis que 8 soit 26% étaient de sexe Masculin. 3 d'entre eux soit 10% ne s'identifiaient ni à l'un ni à l'autre et 6 d'entre eux soit 19% n'ont pas souhaité répondre à la question.

Ces proportions sont représentées dans le diagramme circulaire ci-après.

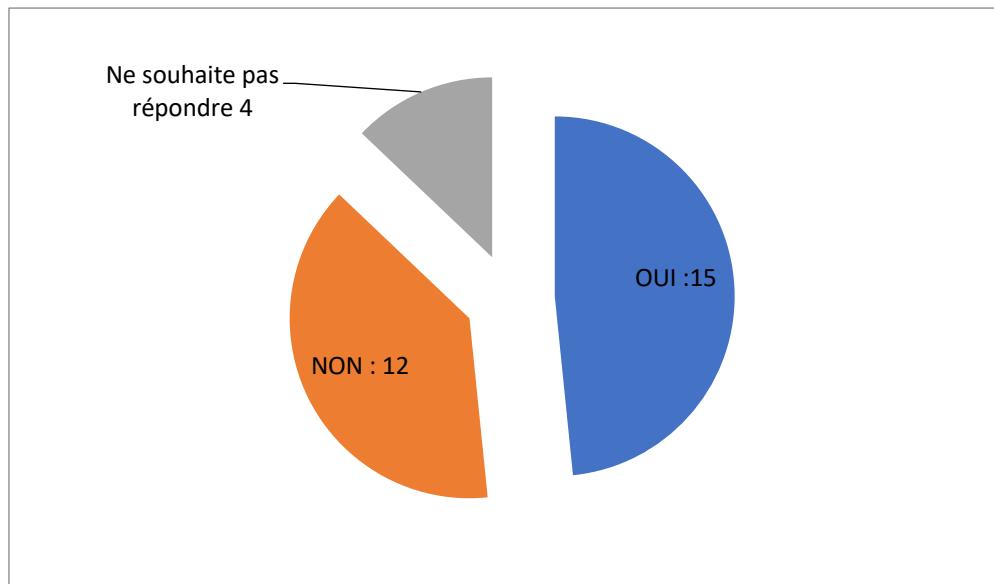


L'âge moyen était de 17,72 ans [16-20] (Données non renseignées n = 6)

Il est représenté en proportions dans l'histogramme ci-après.

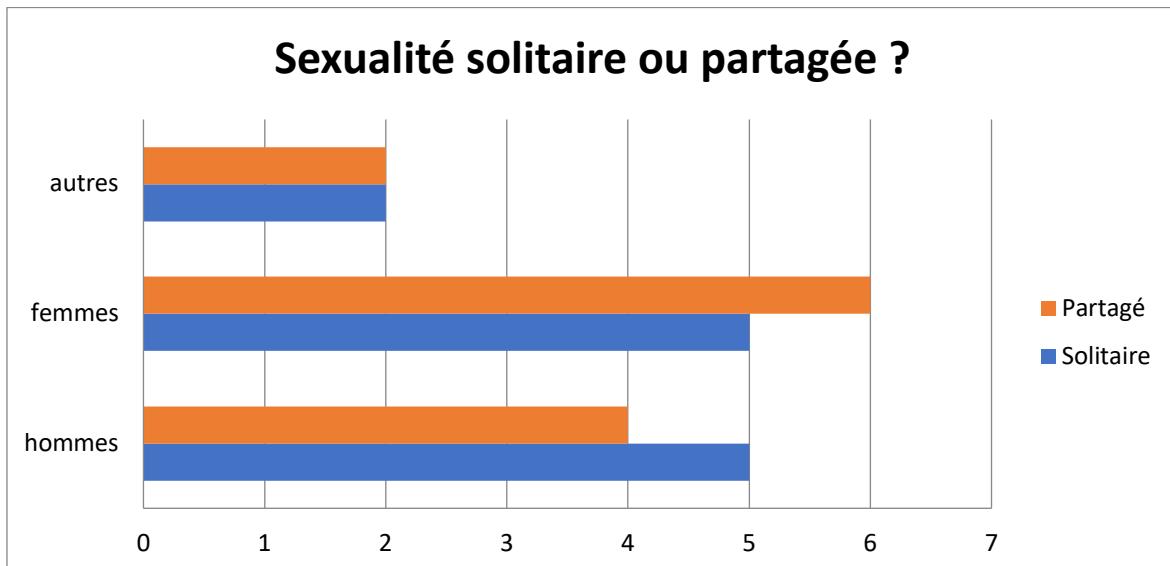


A la question : « Avez-vous une sexualité active ? », sur les 31 répondants, 15 ont répondu oui, 12 ont répondu non et 4 n'ont pas souhaité répondre.



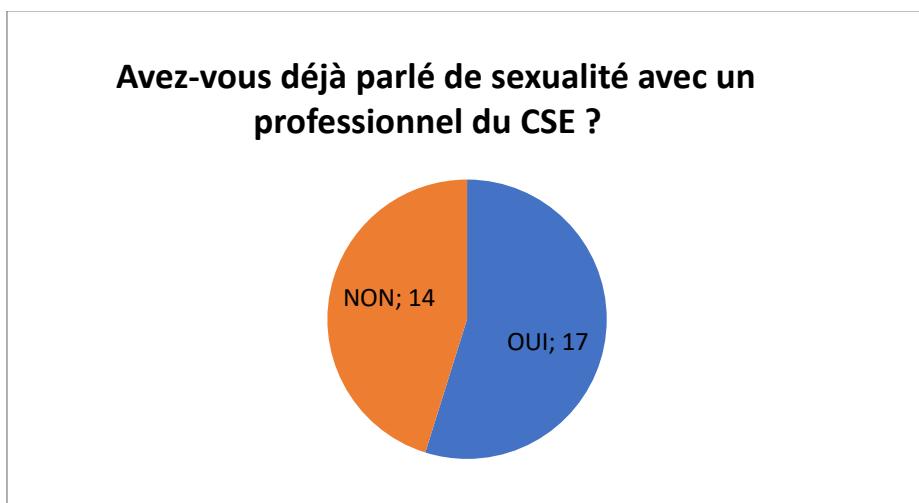
Parmi les 15 ayant déclaré avoir une sexualité active, 12 ont répondu avoir une sexualité solitaire et 12 une sexualité partagée, les deux réponses pouvant coexister.

La répartition selon les genres est illustrée ci-après.

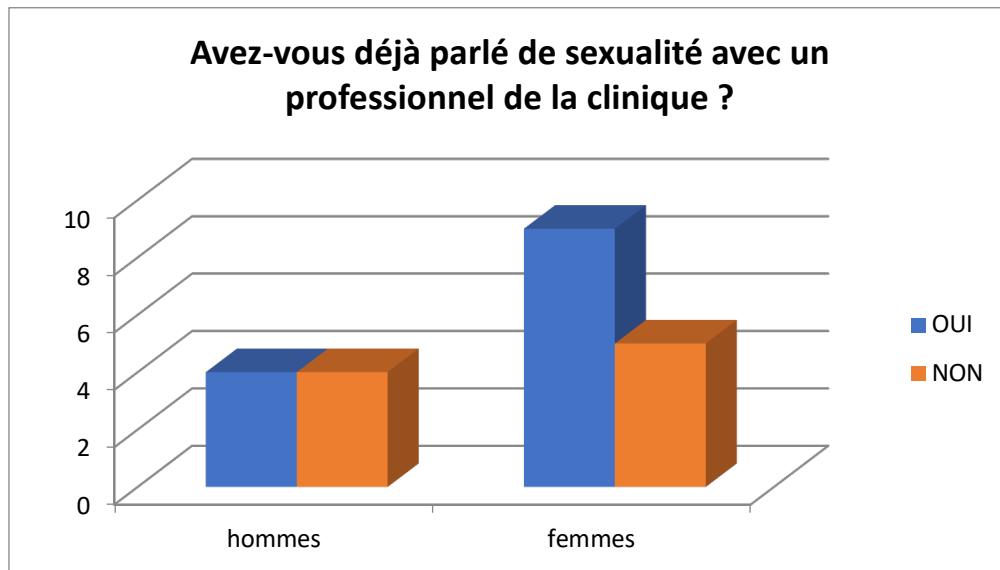


#### B. Échange au sujet de la sexualité avec un professionnel de la clinique

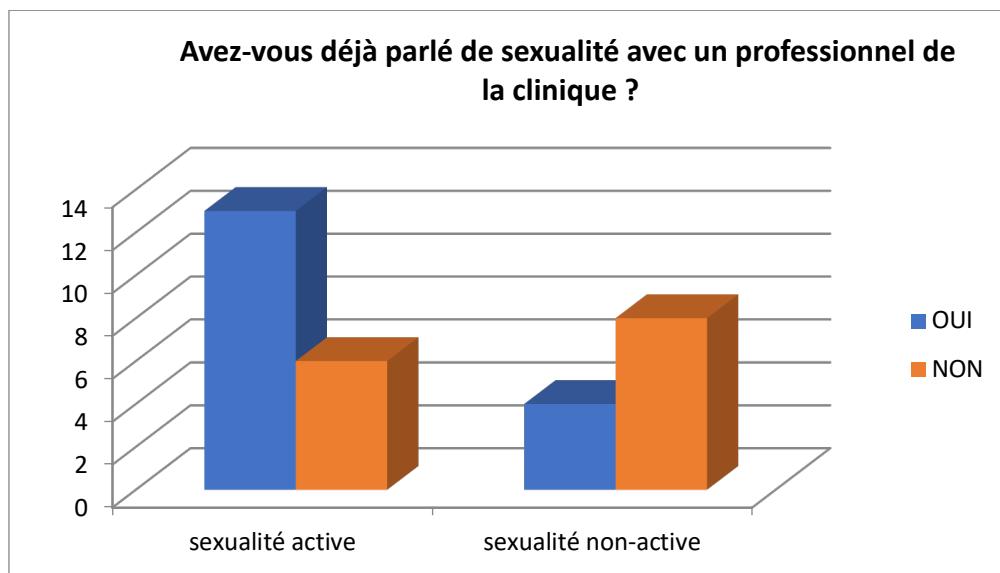
La réponse à la question < avez-vous déjà parlé de sexualité avec un professionnel de la clinique ? > est illustrée ci-après.



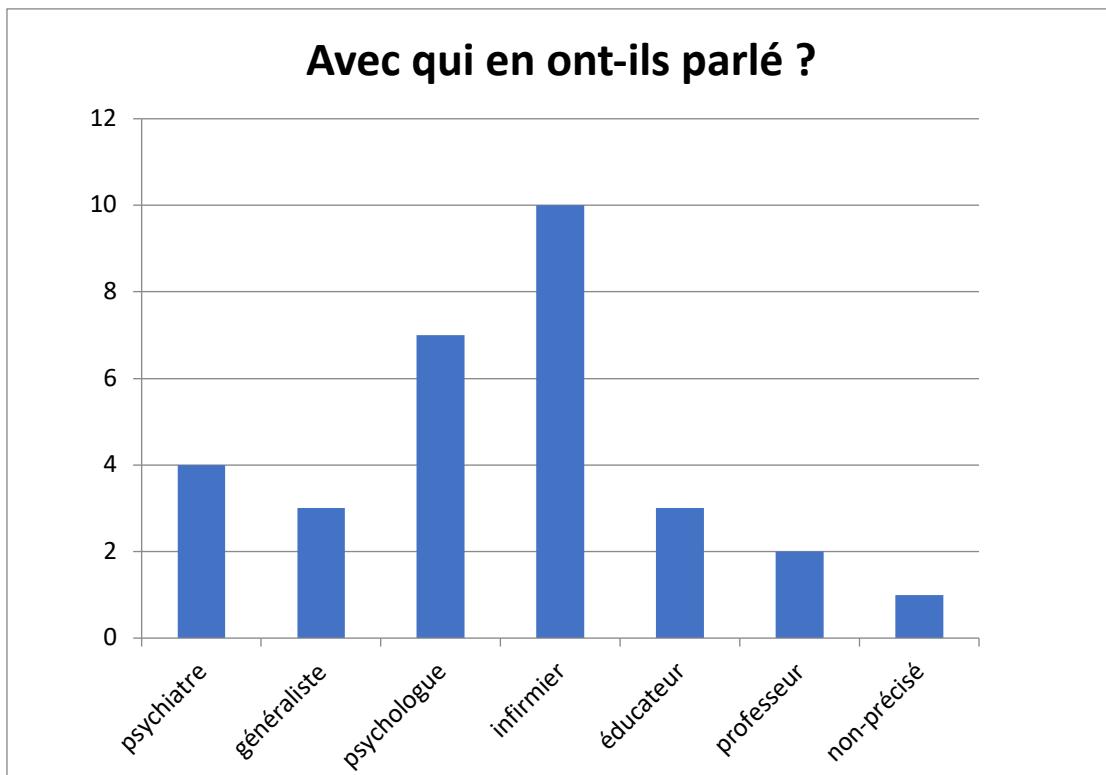
On remarque dans l'histogramme ci-après que les femmes sont plus enclines que les hommes à aborder le thème de la sexualité au cours de leur prise en charge.



On remarque également dans l'illustration suivante que le fait d'avoir une sexualité active est un facteur favorisant l'abord de ce thème avec un professionnel de la clinique.



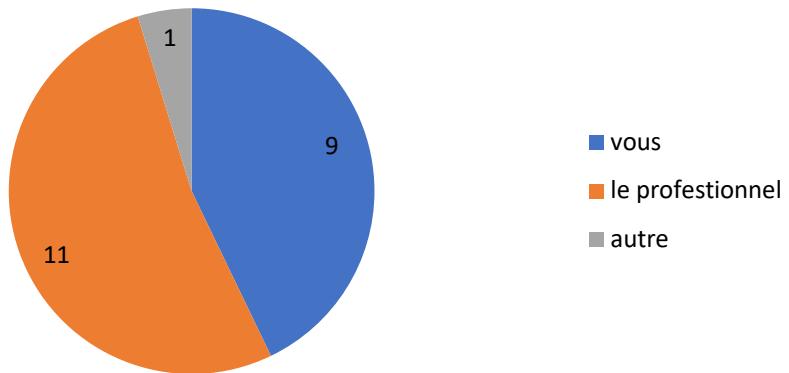
Les 17 répondants ayant abordé le thème de la sexualité au cours de leur prise en charge l'ont fait avec des interlocuteurs différents et leurs choix est illustré dans l'histogramme ci-après.



Parmi les interlocuteurs privilégiés pour aborder le thème de la sexualité, on note une fréquente occurrence du psychologue et de l'infirmier. Le choix du psychologue peut s'expliquer par une plus grande confidentialité au sein de ses entretiens puisque contrairement aux entretiens médicaux et paramédicaux, les jeunes ne sont pas accompagnés d'un infirmier ou d'un éducateur référent au sein de ceux-ci. Le choix préférentiel de l'infirmier peut quant à lui s'expliquer par la relation de confiance qui se lie entre lui et le jeune, étant donné leur plus grande proximité dans les soins et la scolarité au quotidien.

A la question « qui a initié cette discussion ? », on remarque que celle-ci s'est faite soit à l'initiative du jeune, soit à celle du professionnel de la clinique, et ce dans des proportions comparables, comme illustré ci-après.

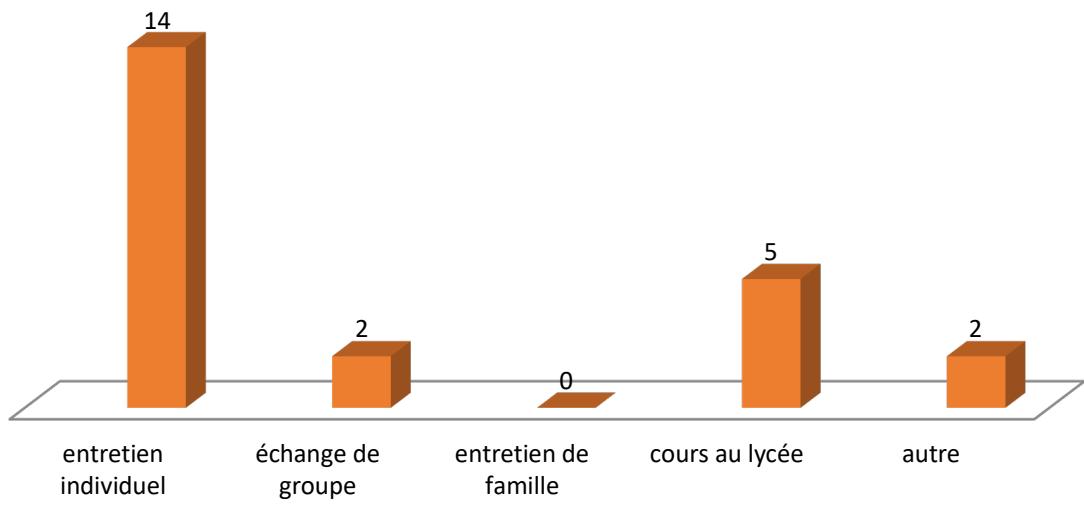
## Initiation de la discussion



Le total des réponses est supérieur au nombre total de sujets concernés car plusieurs réponses pouvaient coexister.

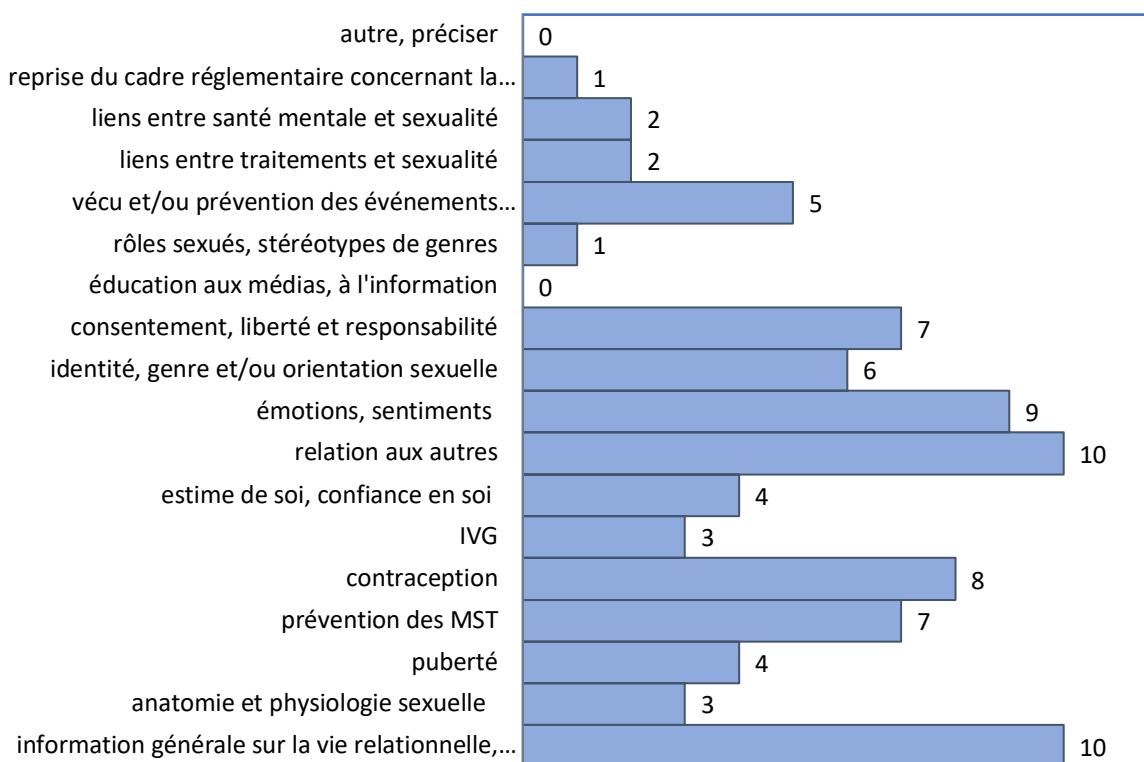
A la question « dans quel contexte cette discussion a-t-elle eu lieu ? », l'histogramme ci-après présente les réponses obtenues. On note une forte occurrence de l'entretien individuel, plus propice à l'abord d'un thème intime qu'un échange de groupe ou qu'un entretien en famille. Le second lieu d'échange plébiscité par les répondants était les cours au lycée, lieu où certaines questions de santé sexuelle sont déjà abordées en temps normal.

## Contexte de la discussion



Les thématiques abordées lors de ces échanges sont quant à elles réparties comme suit :

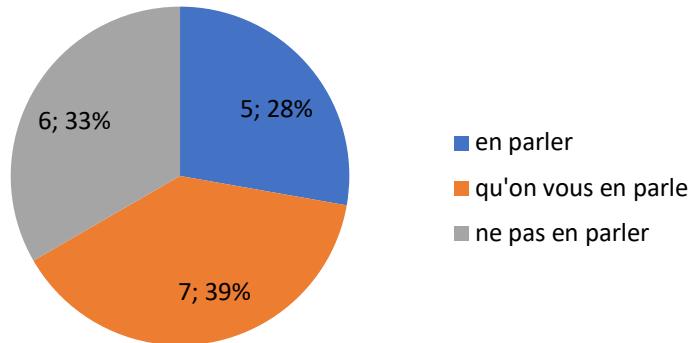
### Si vous en avez parlé, quelles thématiques ont été abordées ?



On remarque dans cet histogramme que les thématiques abordées lors de ces échanges concernent préférentiellement et par ordre d'occurrence : la relation aux autres, l'information générale sur la vie relationnelle affective et sexuelle, les émotions et sentiments, la contraception, la prévention des IST et la notion de consentement. On notera également la faible occurrence des échanges ayant trait aux traitements psychotropes ou à la santé mentale, qui sont pourtant comme nous l'avons vu en première partie fréquemment pourvoyeurs de dysfonctions sexuelles.

Concernant les répondants qui n'ont pas abordé le sujet de la sexualité au cours de leur prise en charge, leurs attentes en la matière sont présentées dans le diagramme ci-après.

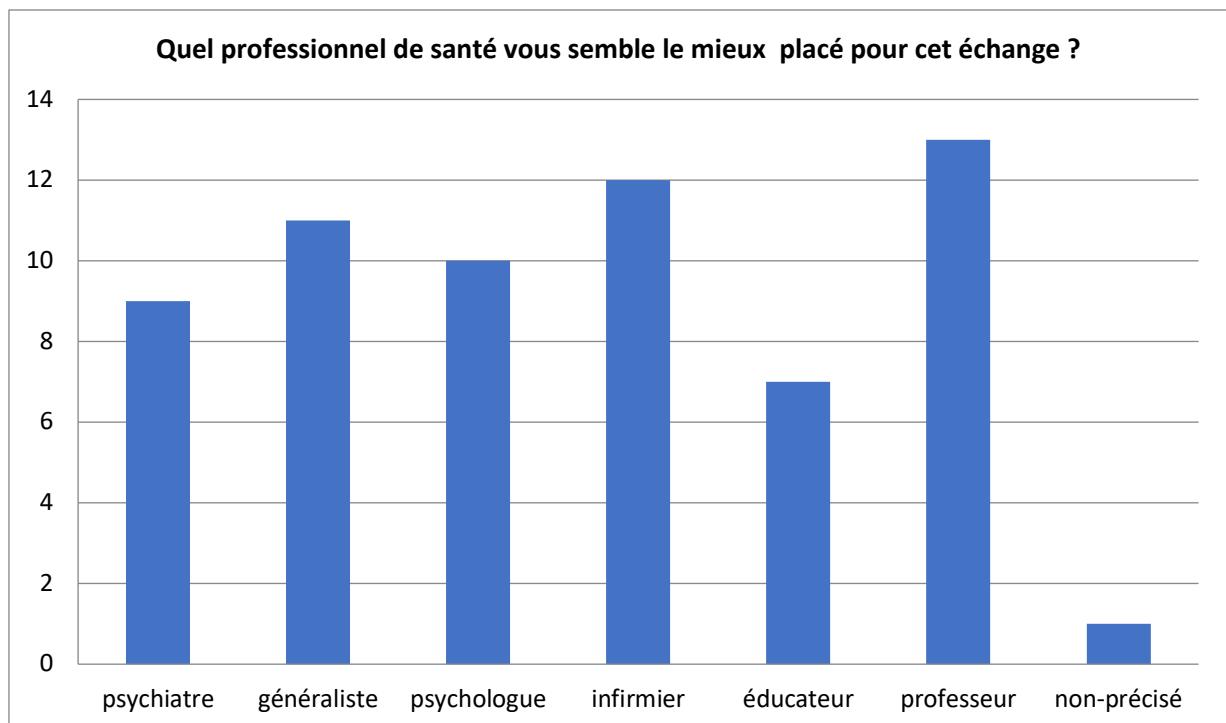
**Si vous faites partie des 14 à ne pas en avoir parlé,  
souhaiteriez vous ?**



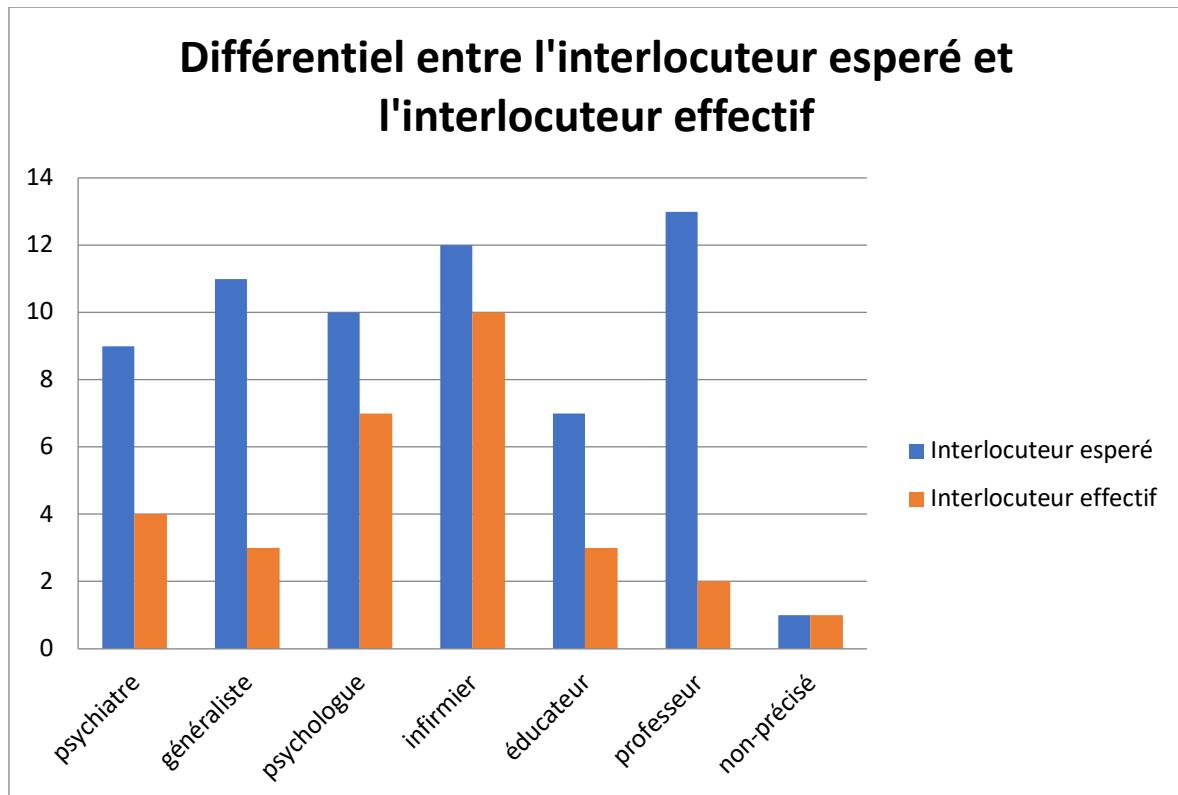
On remarque que parmi eux, seul un tiers (33%) ne souhaite pas aborder la thématique de la sexualité au cours de leur prise en charge. Ils sont en effet 39% à souhaiter qu'on leur en parle et 28% à souhaiter en parler eux-mêmes.

Les répondants de cette étude ne sont donc in fine que 6 sur 31 soit 19,35% à ne pas souhaiter aborder la question de la santé sexuelle au cours de leur prise en charge à la clinique.

A la question « quel professionnel de santé vous semble le mieux convenir à cet échange ? » posée aux jeunes qui n'ont pas échangé au sujet de la sexualité au préalable, les réponses s'expriment comme suit.

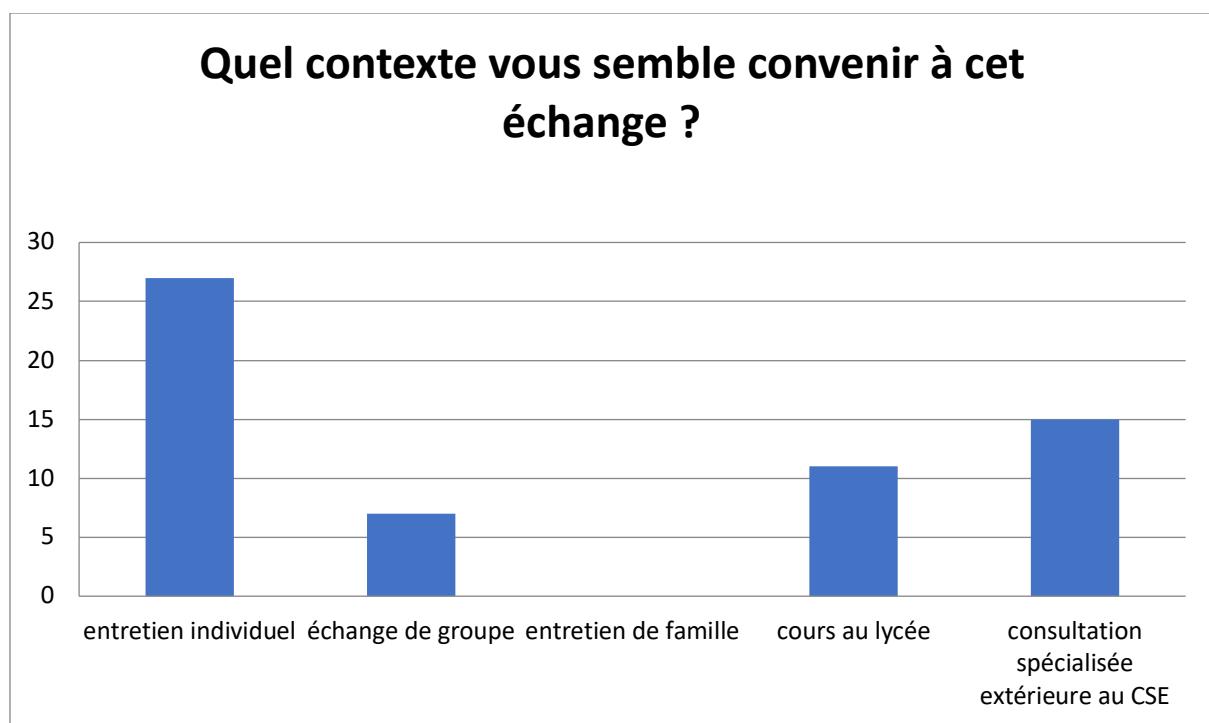


On retrouve ainsi une répartition plus homogène entre les différents interlocuteurs proposés. L'histogramme ci-après propose un comparatif entre l'interlocuteur espéré et l'interlocuteur effectif.



Il ressort de ce dernier histogramme le fait que les jeunes semblent plutôt enclins à aborder la sexualité au cours de leur prise en charge avec la plupart des professionnels présents sur la clinique, tandis que dans les faits, ce thème est surtout abordé avec les psychologues et les infirmiers.

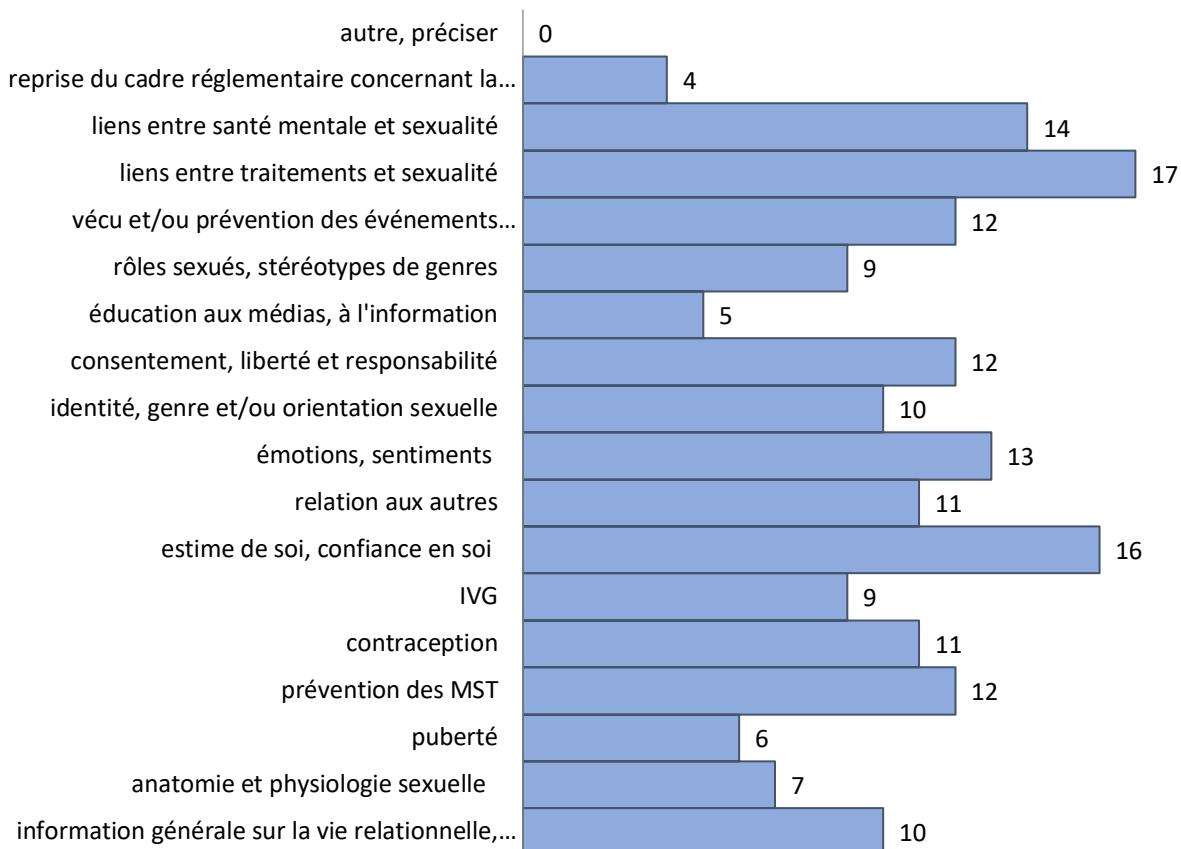
A la question « quel contexte vous semble le mieux convenir à cet échange ? », les réponses se répartissent comme suit.



Les entretiens individuels et les cours au lycée avaient été plébiscités pour aborder le thème de la sexualité par les jeunes qui avaient déclaré avoir échangé à ce sujet. Il en est de même pour ceux souhaitant avoir ces échanges, à la différence près que près de la moitié d'entre eux (15 sur 31) seraient preneurs d'une consultation spécialisée extérieure à la clinique.

A la question « quelles thématiques souhaiteriez-vous aborder au cours d'un échange sur le thème de la santé sexuelle ? », les réponses se répartissent comme suit :

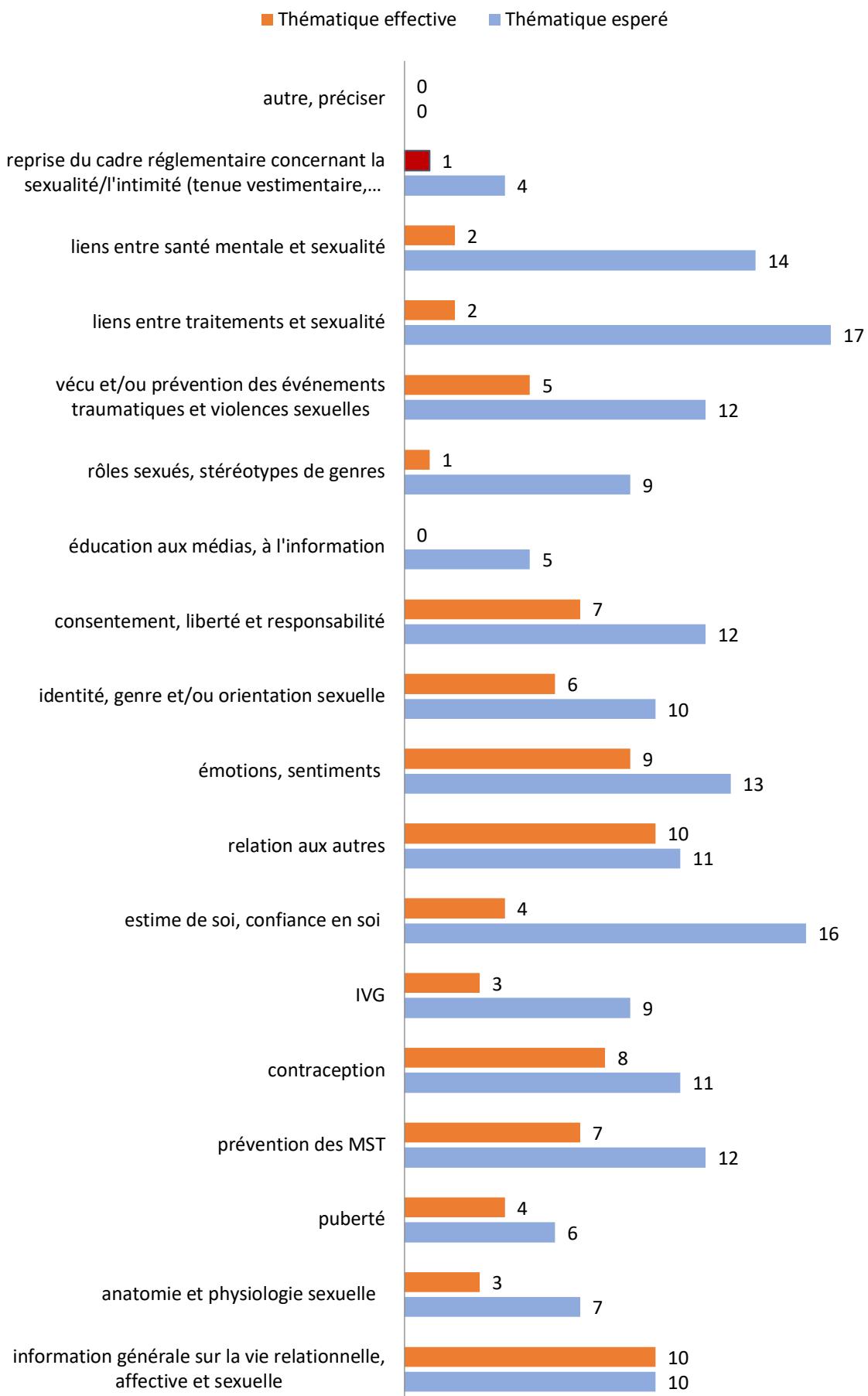
## Quelles thématiques souhaiteriez-vous aborder ?



Il ressort de cet histogramme que les sujets suscitant le plus d'intérêt dans le cadre d'un échange avec un professionnel de la clinique sur le thème de la santé sexuelle concernent préférentiellement et par ordre d'occurrence : les liens entre traitements et sexualité, l'estime de soi et la confiance en soi, les liens entre santé mentale et sexualité, les émotions et sentiments, le vécu et/ou la prévention des événements traumatiques sexuels, le consentement et la prévention des IST.

L'histogramme qui suit permet de visualiser le différentiel entre les thématiques souhaitées et celles effectivement abordées.

## Différentiel entre la thématique esperée et la thématique effectivement abordée



Il ressort de cet histogramme le fait que certains sujets semblent moins abordés en réalité que leur intérêt auprès des jeunes ne pourrait le laisser supposer. C'est particulièrement le cas pour les sujets suivants : liens entre traitements et sexualité, liens entre santé mentale et sexualité, vécu et/ou prévention des événements traumatiques et violences sexuelles, estime de soi et confiance en soi.

## V. DISCUSSION

### 1. Concernant la méthodologie

Nous pouvons mettre en évidence quelques limites à cette étude. Le faible nombre de participants, tout d'abord, ne permet pas d'obtenir des résultats fiables et significatifs. Une solution aurait pu être d'étendre l'étude aux autres établissements soin-études psychiatriques de la fondation mais cela aurait nécessité l'avis d'un comité d'éthique avec les contraintes de délais qui y sont associées. Le caractère unicentrique de l'étude constitue donc une de ses limites, bien que les jeunes accueillis sur notre établissement de Sablé sur Sarthe proviennent en réalité d'un large bassin de population, urbain, périurbain et rural, couvrant une large zone géographique du nord et de l'ouest de la France comprenant Bretagne, Pays de la Loire ainsi qu'une partie de la Normandie, de la région Centre et du Poitou-Charentes.

Le sujet de la sexualité à l'adolescence étant un sujet sensible, a fortiori auprès d'une population vulnérable, nous avons fait le choix d'être le moins intrusif possible dans les questions, en prenant soin de recueillir les données plus personnelles en fin de questionnaire.

Notre questionnaire ayant été distribué librement et sans obligation de retour, nous ne pouvons exclure la présence d'un biais de sélection ou biais de volontariat qui se traduirait par une surreprésentation des adolescents intéressés par le sujet et/ou ayant une sexualité active.

Nous ne pouvons également exclure d'éventuels biais de mémorisation puisque le questionnaire fait appel aux souvenirs des répondants sur une période de plusieurs mois précédent le recueil des données ; tout comme nous ne pouvons exclure d'éventuels biais de déclaration du fait du caractère sensible du sujet de l'enquête et du souhait plus ou moins conscient du répondant d'orienter ses réponses selon les normes sociales en vigueur et donc de sous-déclarer certains comportements réprouvés par certaines franges de la société (cas de l'autoérotisme féminin par exemple).

## 2. Concernant les résultats

Les résultats de cette étude semblent globalement en accord avec les données de la littérature concernant la cinétique d'entrée dans la sexualité à l'adolescence si l'on se réfère aux chiffres du baromètre santé « genre et sexualité » publié par Nathalie Bajos en 2016. Celui-ci rapporte en effet un âge médian du premier rapport sexuel à 17 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes. Dans le cas de cette étude, l'âge médian des répondants était de 17,7 ans et 38,7% d'entre eux déclaraient une sexualité active partagée. L'existence de troubles psychiatriques et la prise de traitements psychotropes ne semblent donc pas modifier l'âge d'entrée dans la sexualité active.

Cette étude met également en évidence un contraste franc entre le désir par les adolescents d'aborder les sujets ayant trait à la santé sexuelle au cours de leur prise en charge, et la réalité de ces discussions dans le quotidien à la clinique. En effet, 17 sur 31 répondants soit 54,8% ont eu un échange de ce type tandis que seulement 19,35% des répondants ne souhaitent pas aborder ces sujets. Les explications possibles à ce constat peuvent se situer tant du côté des adolescents (excès de pudeur, crainte du non-respect de la confidentialité sur des informations intimes) que de celui des professionnels (manque de formation et de temps, gêne à l'abord de ces sujets, crainte de jugement des parents, croyances culturelles et religieuses personnelles).

Cette étude met également en évidence un second contraste intéressant, celui opposant les sujets ayant trait à la santé sexuelle dont souhaitent parler les adolescents, et ceux dont ils parlent réellement avec des professionnels de la clinique. Cela concerne essentiellement les liens entre traitements et sexualité, les liens entre santé mentale et sexualité, le vécu et/ou la prévention des événements traumatiques et des violences sexuelles, l'estime de soi ainsi que la confiance en soi.

Un dernier contraste intéressant à relever dans les résultats sus-cités concerne celui opposant les professionnels avec lesquels les jeunes parlent de santé sexuelle et ceux avec lesquels ils aimeraient pouvoir en parler. En effet, d'après nos résultats, ce sont essentiellement psychologues et infirmiers qui sont les interlocuteurs privilégiés, mais si on regarde les souhaits exprimés en la matière, la plupart des professionnels pourraient convenir. Le contraste le plus net est observé pour les professeurs du lycée et pour les médecins généralistes, avec lesquels les jeunes aimeraient aborder davantage les éléments ayant trait à la santé sexuelle.

### 3. Perspectives d'application en pratique clinique

Les résultats énoncés précédemment proposent un état des lieux des échanges réalisés et souhaités entre d'une part les professionnels de la santé et de l'éducation présents sur la clinique et d'autre part les patients-élèves, concernant la vie affective, relationnelle et sexuelle en institution psychiatrique soins études.

Comment désormais, à partir de ce travail, ajuster notre position soignante, éducative et institutionnelle afin de mieux répondre aux attentes des jeunes pris en charge, dans le respect du règlement intérieur de l'établissement et des règles de vie en collectivité ?

Un travail de formation et d'information auprès de nos collègues soignants, éducateurs et professeurs semble tout d'abord pertinent afin d'expliquer les différentes composantes de la santé sexuelle à l'adolescence, afin de rappeler que

celle-ci ne se limite pas qu'à la prévention des risques mais qu'il s'agit bien, comme l'OMS le rappelle dans sa définition, d'un « état de bien-être mental, physique et social qui requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risques, libres de toute coercition, discrimination ou violence ».

A ce titre, comme semblent le souhaiter les adolescents ayant répondu à cette étude, la grande majorité des professionnels de la santé ou de l'éducation intervenant sur la clinique peuvent jouer un rôle selon leurs propres domaine de compétences : contraception et prévention des IST avec le médecin généraliste, impact de la psychopathologie et des traitements psychotropes sur la sexualité avec le psychiatre, estime de soi et confiance en soi avec le psychologue, éducation aux médias et à l'information, développement des compétences sociales en lien avec la sexualité avec les éducateurs spécialisés, anatomie et physiologie sexuelle avec les professeurs de sciences de la vie et de la Terre etc.

Un autre atout pour notre structure de soins accueillant spécifiquement un public adolescent serait un espace de parole facilement identifié par tous les jeunes, dédié aux échanges en lien avec la santé sexuelle, où nous pourrions écouter les jeunes qui en formuleraient le besoin et au besoin les orienter vers des professionnels extérieurs ou des associations de la région. Ces espaces de paroles pourraient prendre la forme d'une permanence d'écoute et d'orientation en lien avec la santé sexuelle et seraient animés par des professionnels de la santé ou de l'éducation sensibilisés et/ou formés en sexologie.

Nous avons récemment mis en place une permanence bimensuelle d'écoute et d'orientation de ce type, en accès libre et sans inscription. D'après nos premières observations, il semble que les patients-élèves de la clinique se saisissent de ce lieu d'échange.

## VI. CONCLUSION

L'adolescence est la période charnière de la construction de la sexualité, marquant un tournant décisif entre la sexualité infantile et la sexualité adulte. La sexualité adolescente est façonnée par de multiples facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et s'étend bien au-delà de la génitalité pure, en enrichissant le répertoire affectif et comportemental du sujet afin de l'aider à se construire en tant que personne et à s'éduquer en tant que citoyen. L'influence positive d'un épanouissement sexuel dans la satisfaction générale à l'égard de la vie a d'ailleurs été documentée dans la littérature. (52)

La construction de la sexualité à l'adolescence est donc un processus complexe. Les adolescents présentant des troubles psychiatriques présentent des facteurs de vulnérabilité concernant la santé sexuelle. Ceux-ci peuvent être en lien avec l'impact de leur pathologie sur leur estime de soi, sur leur confiance en eux, sur leurs perceptions corporelles ou encore leurs approches des relations interpersonnelles. Les traitements psychotropes fréquemment prescrits constituent une autre forme de vulnérabilité dans le champ de la santé sexuelle de par leurs effets sexotoxiques, insuffisamment dépistés et traités.

Les attentes des adolescents pris en charge en hospitalisation soins-études psychiatrique en matière de communication autour de la santé sexuelle sont bien présentes mais apparaissent décorrélées des réalités des échanges qu'ils disent avoir en pratique courante.

Cette réticence au dialogue en santé sexuelle, aussi bien du côté soigné que soignant, doit nous pousser à repenser notre manière d'aborder ces thématiques au cours des prises en charge en institution psychiatrique. Cela pourra passer par des interventions de formation et de sensibilisation, par la connaissance et l'orientation sur un réseau de soins transdisciplinaire local et régional et par la création d'espaces de parole clairement identifiés gérés par des professionnels a minima sensibilisés ou au mieux formés en sexologie que pourront interpeller les adolescents au besoin.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
2. [https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE1621031C.htm?cid\\_bo=105518](https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE1621031C.htm?cid_bo=105518)
3. Wunsch S., (2014), Comprendre les origines de la sexualité humaine, L'esprit du temps
4. O'Sullivan et al (2014) - Prevalence and Characteristics of Sexual Functioning among Sexually Experienced Middle to Late Adolescents
5. McCabe et al (2016) - Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men
6. Moreau et al (2016) - Sexual dysfunction among youth an overlooked sexual health concern
7. Gruber et al (2010) - Putting Pubertal Timing in Developmental Context : Implications for Prevention
8. Wiederman (2012) - Body image and sexual functioning
9. Ethier (2006) - Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females : Inter-relationships and temporal effects
10. Kerpelman et al (2016) - Engagement in risky sexual behavior : Adolescents' Perceptions of Self and the Parent- Child Relationship Matter
11. De Graaf (2011) - Parenting and adolescents sexual development in Western societies : a literature review
12. Boislard et al (2009) - A longitudinal examination of risky sexual behaviors among Canadian and Italian adolescents : considering individual, parental, and friend characteristics
13. Van de Bongardt (2015) - A Meta-Analysis of the Relations Between Three Types of Peer Norms and Adolescent Sexual Behavior
14. Boislard et al (2011) - Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse
15. Lansford et al (2010) - Developmental Precursors of Number of Sexual Partners From Ages 16 to 22

16. Van de Bongardt et al (2014) - Parents as Moderators of Longitudinal Associations Between Sexual Peer Norms and Dutch Adolescents' Sexual Initiation and Intention
17. Beyers et al (2015) - Parent and peer predictors of adolescents' sexual development
18. Henry et al (2016) - Technology-Facilitated Sexual Violence : A Literature Review of Empirical Research
19. Brown et al (2006) - Exposure to Sexual Content in Music, Movies, Television, and Magazines Predicts Black and White Adolescents Sexual Behavior
20. L'Engle et al (2006) - The mass media are an important context for adolescents sexual behavior
21. Poulin (2011) - La pornographie, les jeunes, l'adocentrisme
22. Brown et al (2009) - Sexual Attitudes and Behaviors Associated With U.S. Early Adolescents Exposure to Sexually Explicit Media
23. Kingston et al (2009 - The Importance of Individual Differences in Pornography Use : Theoretical Perspectives and Implications for Treating Sexual Offenders
24. Malamuth et al (2000) - Pornography and Sexual aggression : Are there reliable effects and can we understand them ?
25. De Vries et al (2015) - Adolescents Social Network Site Use, Peer Appearance-Related Feedback, and Body Dissatisfaction
26. Botta (1999) - Television Images and Adolescent Girls Body Image Disturbance
27. Ward et al (2006) - Uncommonly Good : Exploring How Mass Media May Be a Positive Influence on Young Women's Sexual Health and Development
28. De Graaf et al (2012) - Sex under 25 : Sexual health of dutch youth in 2012
29. Bajos et al (2016) - Baromètre santé 2016, genre et sexualité  
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>

30. Bousquet et al (2016) - Rapport relatif à l'éducation à la sexualité.  
Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalités  
femmes/hommes <https://www.vie-publique.fr/rapport/35757-rapport-relatif-leducation-la-sexualite-repondre-aux-attentes-des>
31. Holland et al (2000) - Deconstructing virginity young people's accounts of first sex
32. Vasilenko et al (2011) - Body image and first sexual intercourse in late adolescence
33. Première stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab20002a097bc2f143a998065ad24d40e0601725f20c5cfba582ae81c453eff2e3ce5c084b5027be143000730e704ec33657b65b8f25aec0a43619194df6765481e3a09fdf5cc55e3da8820c0b06953e93f118f05099984bf53fd3](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20002a097bc2f143a998065ad24d40e0601725f20c5cfba582ae81c453eff2e3ce5c084b5027be143000730e704ec33657b65b8f25aec0a43619194df6765481e3a09fdf5cc55e3da8820c0b06953e93f118f05099984bf53fd3)
34. Regier et al (1990) - Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the epidemiologic catchment area study
35. Jauffret-Roustide et al (2013) - Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011
36. Rajanahally et al (2018) - The relationship between cannabis and male infertility, sexual health, and neoplasm : a systematic review
37. Cohen (1982) - Cannabis and sex multifaceted paradoxes
38. Bell et al (1997) - Correlates of college student marijuana use results of a US National Survey
39. Van Thiel et al (1979) - The Effect of Chronic Alcohol Abuse on Sexual Function
40. Gavaler et al (1993) - Sexuality of Alcoholic Women with Menstrual Cycle Function Effects of Duration of Alcohol Abstinence
41. Hirshkowitz et al (1992) - Nocturnal penile tumescence in cigarette smokers with erectile dysfunction

42. Harte et al (2008) - The Inhibitory Effects of Nicotine on Physiological Sexual Arousal in Nonsmoking Women Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial
43. Courtois, Bonierbale (2016) - Médecine sexuelle, fondements et pratiques, p. 311-317
44. Martin-Du Pan et al (2008) - Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements
45. Wittchen (2003) - Epidemiology and natural course of social fears and social phobia
46. Soldati (2016) - Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique
47. Kendurkar et al (2008) - Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder : do the sexual dysfunctions differ?
48. Pinkney et al (1991) - Quality of life after psychiatric rehabilitation the clients perspective
49. Young et al (2002) - The hypothalamic-pituitary-gonadal axis in mood disorders
50. Montejo et al (2008) - Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients
51. Kafka et al (1994) - Preliminary observations of DSM-III-R Axis 1 comorbidity in men with paraphilic and paraphilia-related disorders
52. Brody et al (2009) - Satisfaction (Sexual, Life, Relationship, and Mental Health) Is Associated Directly with Penile-Vaginal Intercourse, but Inversely with Other Sexual Behavior Frequencies

## VIII. ANNEXES

### Questionnaire :

*Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sexologie et étude de la sexualité humaine, je souhaite recueillir des données afin d'évaluer la place de la santé sexuelle dans votre prise en charge sur notre clinique.*

*Ce bref questionnaire, totalement anonyme, comporte 11 questions sur l'intimité et la sexualité à l'adolescence et en institution.*

*Il ne vous prendra que quelques minutes mais permettra d'améliorer l'accompagnement de chacun dans cette période de la vie qu'est l'adolescence.*

*Ce questionnaire est à remettre dans l'urne de votre service au plus tard pour le 18 avril.*

*Merci d'avance du temps que vous y consacrerez.*

*Florian Guillemet, psychiatre unité Xénios*

#### **1. Avez-vous une sexualité active ?**

Oui  Non

**Si oui,**

Solitaire

Partagée

Ne souhaite pas répondre

#### **2. Avez-vous déjà parlé de sexualité avec un professionnel du CSE ?**

Oui  Non

**Si oui, avec qui ? (Plusieurs réponses possibles)**

Médecin psychiatre

Médecin généraliste

Psychologue

Infirmier

Éducateur

Autre : .....

#### **3. Si oui, qui a initié cette discussion ?**

Vous

Le professionnel

Autre, préciser : .....

#### **4. Si oui, dans quel contexte cette discussion a-t-elle eu lieu ? (réunion soignant soigné, entretien individuel, cours...) (Plusieurs réponses possibles)**

Entretien individuel

- Échange de groupe
- Entretien de famille
- Cours au lycée
- Autre, préciser : .....

**5. Si oui, quelles thématiques ont été abordées ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Information générale sur la vie relationnelle, affective et sexuelle
- Anatomie et physiologie sexuelle
- Puberté
- Prévention maladies sexuellement transmissibles
- Contraception
- Interruption volontaire de grossesse
- Estime de soi, confiance en soi
- Relation aux autres
- Émotions, sentiments
- Identité, genre et/ou orientation sexuelle
- Consentement, liberté et responsabilité
- Éducation aux médias, à l'information
- Rôles sexués, stéréotypes de genre
- Vécu et/ou prévention des événements traumatisques et violences sexuelles
- Liens entre traitements et sexualité
- Liens entre santé mentale et sexualité
- Reprise du cadre réglementaire concernant la sexualité/l'intimité (tenue vestimentaire, comportements...)
- Autre, préciser : .....

**6. Si non, souhaiteriez-vous :**

- en parler ?
- qu'on vous en parle ?
- ne pas en parler

**7. Si vous souhaitez en parler, quel professionnel de santé vous semble le mieux placé pour cet échange ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Médecin psychiatre
- Médecin généraliste
- Psychologue
- Infirmier
- Éducateur
- Professionnel de santé extérieur au CSE
- Autre : .....

**8. Quel contexte vous semble convenir à cet échange ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Entretien individuel
- Échange de groupe
- Entretien de famille
- Cours au lycée

- Consultation spécialisée extérieure au CSE
- Autre, préciser : .....

#### **9. Quelles thématiques souhaiteriez-vous aborder ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Information générale sur la vie relationnelle, affective et sexuelle
- Anatomie et physiologie sexuelle
- Puberté
- Prévention maladies sexuellement transmissibles
- Contraception
- Interruption volontaire de grossesse
- Estime de soi, confiance en soi
- Relation aux autres
- Émotions, sentiments
- Identité, genre et/ou orientation sexuelle (termes définis en annexe)
- Consentement, liberté et responsabilité
- Éducation aux médias, à l'information
- Rôles sexués, stéréotypes de genre
- Vécu et/ou prévention des événements traumatisques et violences sexuelles
- Liens entre traitements et sexualité
- Liens entre santé mentale et sexualité
- Reprise du cadre réglementaire concernant la sexualité/l'intimité (tenue vestimentaire, comportements...)
- Autre, préciser : .....

#### **10. Sexe (état civil) ou genre ?**

- Femme
- Homme
- Autre

#### **11. Quel est votre âge**

..... ans

*Merci d'avoir participé à cette enquête.*

## **GUILLEMET Florian**

### **Santé mentale, sexualité et institution**

#### **Regard d'adolescents et de jeunes adultes hospitalisés en clinique psychiatrique soins études quant à l'abord de cette thématique au cours de leur suivi**

RÉSUMÉ

**Introduction :** La construction de la sexualité à l'adolescence est un processus complexe et les adolescents présentant des troubles psychiatriques présentent des facteurs de vulnérabilité concernant la santé sexuelle. Celle-ci n'a été que peu documentée dans la littérature auprès de ce public, a fortiori en centre de post cure soins études.

**Méthode :** Un autoquestionnaire anonyme comprenant onze questions à choix multiple dont sept semi-ouvertes et quatre fermées a été soumis aux patients-élèves de plus de quinze ans scolarisés à la clinique FSEF de Sablé sur Sarthe au printemps 2022. Les questions évaluaient le contenu de leurs échanges avec des professionnels de la clinique en matière de santé sexuelle et leurs attentes éventuelles à ce sujet.

**Résultats :** Trente et un questionnaires ont été récupérés. Ceux-ci montrent que les attentes des adolescents pris en charge en hospitalisation soins-études psychiatrique sont bien présentes mais apparaissent décorrélées de la réalité des échanges qu'ils rapportent avoir en pratique courante.

**Conclusion :** Les résultats de ce travail conduisent à repenser la manière d'aborder ces thématiques au cours des prises en charge en institution psychiatrique. Des interventions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels ainsi que la mise en place pour les adolescents d'espaces de parole clairement identifiés gérés par des professionnels à minima sensibilisés ou au mieux formés en sexologie représentent des moyens intéressants de promouvoir la santé sexuelle auprès de ce public.

**Mots-clés :** adolescent, jeune adulte, sexualité, adolescence, santé sexuelle, troubles psychiatriques

ABSTRACT

### **Mental health, sexuality and institution**

#### **Opinions of adolescents and young adults about the mention of sexual health during their hospitalization in psychiatric clinics**

**Introduction :** Development of sexuality is an important teenage process and adolescents with psychiatric disorders are more likely to be vulnerable regarding sexual health. This has been little documented in the literature among this public, even more in psychiatric clinics offering both care and studies.

**Methods :** An anonymous self-questionnaire including eleven multiple choice questions (seven semi-open and four closed questions) has been submitted to patients over the age of fifteen attending the FSEF psychiatric clinic of Sablé sur Sarthe during spring 2022. The questions were assessing the content of their exchanges regarding sexual health with nursing staff and teachers and their expectations about that.

**Results :** Thirty-one questionnaires have been collected. These show that adolescents with psychiatric disorders are rather willing to talk about sexual health but only a part of them report such a discussion with nursing staff or teachers.

**Conclusion :** These results tend to make us think back on the way of approaching sexual health in psychiatric clinics for adolescents. Training and awareness-raising interventions for professionals as well as clearly identified discussion spaces for adolescents represent interesting ways of promoting sexual health among this public.

**Keywords :** adolescent, young adult, sexuality, adolescence, sexual health, psychiatric disorders

