



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Sexualité chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique  
chronique. Approche qualitative.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2024

à 17h30 au Pôle Recherche

**Par Marion CABOCHE**

---

**JURY**

**Président :**

Madame le Professeur Mathilde HORN

**Assesseur :**

Madame le Docteur Hélène MORIZUR

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Emmanuel AZOUGUI

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Épigraphe

*« Si je le dis pas moi, si je l'explique pas moi, comment vous allez comprendre nos besoins ? »*

Patiente P1, le 07/03/2024.

## Liste des abréviations

<b>ANSM</b>	Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de la santé
<b>CIM</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>COREQ</b>	<i>COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies</i>
<b>CPP</b>	Comité de Protection des Personnes
<b>EPSM-AL</b>	Établissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise
<b>F2RSM Psy</b>	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France
<b>IPA</b>	<i>Interpretative Phenomenological Analysis</i>
<b>IRMf</b>	Imagerie à Résonance Magnétique fonctionnelle
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>RIPH</b>	Recherche Impliquant la Personne Humaine

# Table des matières

<b>Avertissement</b>	<b>2</b>
<b>Épigraphe</b>	<b>3</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>8</b>
1. Contexte historique	8
2. Santé sexuelle et sexualité	11
3. Qu'est ce qu'un trouble psychotique ?	12
4. Epidémiologie	14
5. Objectifs	16
<b>Matériel et méthode</b>	<b>18</b>
1. Type d'étude	18
2. Population concernée	18
3. Méthode de recrutement	20
4. Recueil des données	20
5. Analyse	22
6. Cadre réglementaire	23
<b>Résultats</b>	<b>25</b>
1. Caractéristiques de la population	25
2. Quelles représentations de la sexualité chez les patientes ?	26
2.1. La sexualité, un terme complexe à définir	26
2.2. Quelle place pour la sexualité dans la vie des patientes ?	27
2.3. Qu'est-ce-que la satisfaction sexuelle pour les patientes ?	28
2.4. Schématisation	30
3. Les caractéristiques individuelles des partenaires influencent la sexualité des patientes	30
3.1. Les facteurs d'influence liés à la patiente	30
3.1.1. Les facteurs qui stimulent le désir sexuel	30
3.1.2. Les facteurs qui freinent le désir sexuel	31
3.2. Les facteurs d'influence liés au partenaire	33
3.2.1. Les facteurs qui stimulent le désir sexuel	33
3.2.2. Les facteurs qui freinent le désir sexuel	34
3.3. Les facteurs d'influence liés au couple	35
3.3.1. Les facteurs qui stimulent le désir sexuel	35
3.3.2. Les facteurs qui freinent le désir sexuel	37
3.4. Schématisation	39
4. L'influence de la société sur la sexualité	39
4.1. La sexualité, un sujet tabou	39
4.2. L'éducation sexuelle comme première approche de la sexualité	40
4.2.1. Au sein de l'unité familiale	40
4.2.2. En milieu scolaire	41
4.2.3. Dans l'enseignement religieux	42
4.3. Une sexualité façonnée par des injonctions sociétales	42

4.4. Schématisation	45
5. Une sexualité perturbée par la symptomatologie active du trouble psychotique	45
5.1. L'expression du désir sexuel et de ses manifestations	45
5.2. L'impact des symptômes positifs	46
5.3. L'impact des symptômes négatifs	47
6. Une sexualité contrariée par les soins psychiatriques	49
6.1. Le rôle des traitements médicamenteux	49
6.2. Les répercussions sur la patiente	50
6.3. Les répercussions sur le partenaire	51
6.4. Schématisation	53
7. Les bénéfices d'une satisfaction à l'égard de leur sexualité	53
7.1. Les bienfaits psychologiques	53
7.2. Les bienfaits physiques	54
7.3. Les bienfaits sur le couple	55
8. Les conséquences d'une sexualité non satisfaisante	56
8.1. Les incidences psychologiques	56
8.2. Les incidences physiques	57
8.3. Les incidences sur le couple	57
8.4. La mise en place de stratégies alternatives compensatrices	58
8.5. Schématisation	58
9. La nécessité de maîtriser sa sexualité et ses conséquences	59
9.1. La place de la contraception	59
9.2. Une inégalité des sexes autour de la sexualité	59
9.3. Schématisation	61
10. La sexualité : un sujet qui n'est pas abordé par les patientes avec leur médecin	61
10.1. Une thématique absente au cours du suivi psychiatrique	61
10.2. Les facteurs inhérents à la patiente	62
10.3. Les facteurs inhérents au médecin	62
10.4. Les facteurs inhérents à l'environnement	63
10.5. Un non-dit occasionnant un hiatus dans la prise en charge	64
10.6. Schématisation	65
11. Les attentes des patientes envers le soignant	65
11.1. La nécessité d'une relation de confiance avec son psychiatre	65
11.2. Les missions multiples du psychiatre	66
11.2.1. Aborder la question	66
11.2.2. Faire de la prévention	67
11.2.3. Conseiller les patientes	68
11.3. Schématisation	68
12. Schématisation finale	69
<b>Discussion</b>	<b>70</b>
1. Discussion des résultats	70
2. Discussion de la méthode	73
3. Perspectives	76
<b>Conclusion</b>	<b>78</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>79</b>

<b>Références bibliographiques</b>	<b>80</b>
<b>Annexes</b>	<b>84</b>
Annexe 1. Lettre d'information pour les patientes	84
Annexe 2. Guide d'entretien semi-dirigé	86
Annexe 3. Grille COREQ, traduction française	87

# Introduction

## 1. Contexte historique

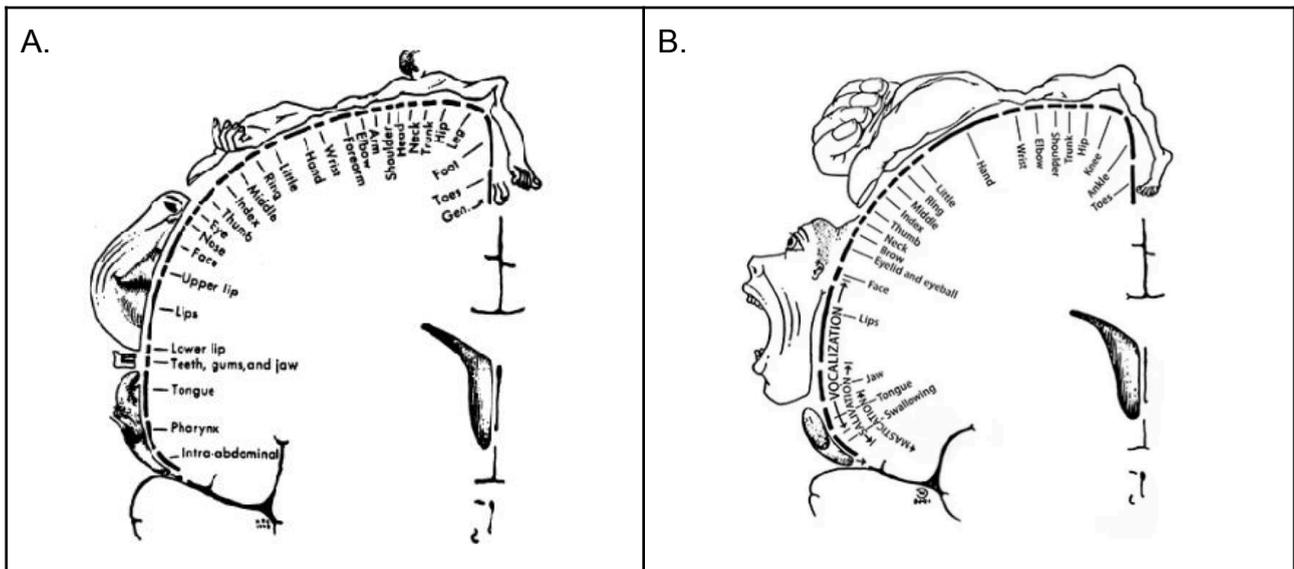
La psychiatrie est entrée dans le XXème siècle autour de la question de la sexualité avec les recherches menées par J-M.Charcot à la Salpêtrière sur l'hystérie puis avec les théories développées par S.Freud dans son ouvrage « *Trois essais sur la théorie sexuelle* » publié en 1905 (1)(2).

Comment expliquer qu'aujourd'hui la sexualité soit la grande absente de nos prises en charge en psychiatrie? Nous pouvons supposer qu'il existe plusieurs éléments de réponse probablement intriqués de façon complexe expliquant cet éloignement progressif du monde médical de l'abord de la sexualité comme fonction instinctuelle auprès des patients.

Dans un premier temps d'un point de vu Historique, au sortir de la première guerre mondiale, la loi condamnant l'avortement est renforcée en 1920 avec l'interdiction de la « propagande anticonceptuelle » afin de combattre la dépopulation et de relancer la croissance démographique. Pendant la seconde guerre mondiale, dans le cadre de la politique nataliste du régime de Vichy, la loi du 5 février 1942 accentue la répression et considère l'avortement comme crime d'Etat passible de la peine de mort (3). La sexualité est ainsi dénuée de la notion de plaisir et devient uniquement une fonction reproductrice à visée patriotique.

Par ailleurs, nos représentations individuelles du monde sont en partie déterminées par l'environnement dans lequel nous évoluons. En France, notre société est fondée sur des principes judéo-chrétiens où le plaisir est directement associé à la notion de transgression. Ces représentations socio-culturelles du plaisir sexuel peuvent expliquer l'inconfort que génère la question de la sexualité en entretien tant pour le professionnel de santé que pour le patient. Dans les doctrines de l'Eglise catholique, la sexualité est définie comme un acte sacré, réalisé dans le cadre du mariage, permettant la communion ultime entre un homme et une femme, devant rester ouverte à la procréation. L'Eglise condamne ainsi la sexualité hors mariage, la contraception et l'homosexualité. La masturbation quant à elle est réprouvée car considérée comme un « gaspillage de la semence de la vie ». Dans les exemples les plus connus pour illustrer le propos, nous retrouvons dans l'Ancien Testament le péché originel souvent interprété comme le péché de chair diabolisant à la fois la sexualité et la femme, perçue alors comme l'incarnation du mal (Génèse 3:17). Dans le Nouveau Testament, nous assistons à l'éloge de la virginité préservée de Marie après la naissance de Jésus (Matthieu 1:25). Ces exemples renforcent l'idée selon laquelle la sexualité doit être dépourvue de la notion de plaisir et de satisfaction notamment pour les femmes. Le christianisme a plus souvent valorisé le contrôle de soi et la raison plutôt que le corps jouissant (4).

Enfin, d'un point de vue scientifique et médical, l'omission de la sexualité lors de l'exploration des fonctions instinctuelles dans l'évaluation médicale initiale peut s'expliquer par la perte d'information anatomique dans les manuels d'apprentissage et revues scientifiques. Nous observons, par exemple, une variabilité de l'indication de la zone génitale dans les représentations de l'homonculus sensoriel de Penfield.



Schématisations de l'homonculus sensoriel de Penfield (A.version originale de 1950 B.version publiée dans un article de E.M Gordon et al, Nature 2023)

En 1950, la première schématisation de l'homonculus sensoriel de Penfield place la zone consacrée à la sensibilité génitale masculine en dessous de celle du pied. Les organes génitaux féminins sont absents de la représentation de Penfield, considérant que ce qui est le cas pour les hommes est également le cas pour les femmes. En 1983, la première étude sur la stimulation vulvaire et le cortex est réalisée. L'étude la plus récente, publiée en 2022 est menée par des chercheurs allemands qui utilisent l'IRMf pour identifier la zone cérébrale associée au clitoris. Cette publication remet en question la schématisation de Penfield de 1950 puisqu'elle situe la zone sensorielle du clitoris plus haut, près de la hanche (5).

Ainsi, par influences politiques, socio-culturelles et scientifiques, il semble que nous nous soyons progressivement éloignés de la question de la sexualité en tant que donnée médicale à explorer et par conséquent, de son éventuel impact sur la vie psychique des patients.

## 2. Santé sexuelle et sexualité

Face à ces constats historiques et devant l'intérêt croissant pour la question de la sexualité dans le monde médical, l'Organisation Mondiale de la Santé propose en 2002 une définition multidimensionnelle de la santé sexuelle permettant d'aborder la sexualité comme un axe fondamental pour la santé et faisant partie intégrante du bien-être psychique, physique et social de chaque individu quelque soit ses spécificités (6). L'OMS met ainsi en avant une approche qui se veut positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles.

C'est également dans ce but que le Ministère des Solidarités et de la Santé développe en 2017 une stratégie nationale de santé sexuelle visant à favoriser les politiques publiques en faveur de la santé sexuelle dans un objectif commun d'éducation à la sexualité, de prévention et de dépistage (7)(8) afin d'atténuer la diversité des pratiques cliniques jusqu'alors centrées sur la notion de risques. Nous relevons les éléments suivants en guise d'illustration:

- « Action n°2: Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire » (8).
- « Action n°18: Mieux prendre en compte les questions de vie relationnelle et sexuelle dans les consultations des patients atteints de maladies chroniques et dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient » (8).
- « Action n°19: Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales » (8).
- « Action n°25: Créer une charte d'engagement contre les stéréotypes sexistes dans les médias » (8).

La politique nationale s'engage alors à promouvoir la sexualité en tant que dimension essentielle de la santé devant faire partie intégrante de la prise en charge globale de chaque patient. Cette stratégie nationale a été complétée par une feuille de route en 2021 renforçant l'engagement dans la prévention et la formation des acteurs du monde médico-social autour de la question de la santé sexuelle.

Par ces actions publiques, la démocratisation d'une sexualité « fondée sur l'autonomie, la satisfaction et la sécurité, tout au long sa vie » (8) participe activement à la modification de notre façon de penser et d'agir à ce sujet. C'est en ce sens que nous assistons à une multiplication des publications scientifiques sur la sexualité, prémices aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

### **3. Qu'est ce qu'un trouble psychotique ?**

Il s'agit d'une pathologie fréquente et sévère qui touche entre 0,5 et 2% de la population générale avec une légère prédominance masculine (Sex ratio H/F 1,4) (9).

Les troubles psychotiques se caractérisent par une rupture de contact avec la réalité ainsi qu'une altération cognitive, affective et/ou comportementale. Nous retrouvons une modification de la perception de soi, des autres et de l'environnement à l'origine d'un retentissement fonctionnel majeur. La symptomatologie est évolutive dans le temps et variable d'une personne à une autre.

La sémiologie psychiatrique regroupe les différents signes cliniques des troubles psychotiques en trois syndromes principaux :

- Le syndrome positif dans lequel sont classées les idées délirantes et les hallucinations qu'elles soient visuelles, auditives, tactiles, cénesthésiques, olfactives ou gustatives.
- Le syndrome négatif correspond aux symptômes d'appauvrissement de la vie psychique (émoussement des affects, anhédonie, pauvreté du discours, retrait social, aboulie, apragmatisme etc.)
- Le syndrome de désorganisation est défini par la perte d'unité psychique entre idées, affectivités et comportements s'illustrant par une éventuelle discordance idéo-affective (rires immotivés, sourires discordants), une altération du cours de la pensée (diffluence, propos décousus, barrages, fading etc), une altération de la logique (rationalisme morbide etc), une altération du langage (néologismes, paralogismes etc), une modification du comportement (maniérisme etc).

Chez les patients souffrant d'un trouble psychotique, nous retrouvons fréquemment des troubles cognitifs et souvent d'intensité sévère. Selon l'HAS, entre 70 et 80 % des patients psychotiques auraient des troubles cognitifs présents dès le premier épisode et relativement stables dans le temps. Ils touchent notamment la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives et les cognitions sociales (10). Cependant, ils ne constituent pas un critère diagnostic.

D'un point de vue physiopathologique, le trouble schizophrénique s'expliquerait par une interaction complexe entre vulnérabilité génétique et facteurs environnementaux associée à des anomalies cérébrales (25). Une hyperactivation dopaminergique de la voie méso-limbique serait à l'origine de la symptomatologie productive du trouble et une hypoactivation dopaminergique de la voie méso-corticale serait à l'origine de la

symptomatologie négative. En ce sens, les antipsychotiques ont, entre autres, une action inhibitrice des récepteurs dopaminergiques. Ils agissent alors sur la voie méso- limbique (atténuation de la symptomatologie active) et méso-corticale mais aussi sur la voie nigro-striée (effets indésirables extra-pyramidaux) et sur la voie tubéro-infundibulaire (hyperprolactinémie) pouvant entraîner des dysfonctions sexuelles (14).

Les principales formes de troubles psychotiques définies par la CIM-11 qui concernent cette étude sont les suivantes (11):

-La schizophrénie: au moins deux des trois syndromes sus-cités sont constatés sur une période d'au moins un mois.

-Le trouble schizo-affectif: critères diagnostics de la schizophrénie associés à un trouble de l'humeur (épisode dépressif, maniaque ou mixte) de façon simultanée ou à quelques jours d'intervalle et constatés sur une durée minimale d'un mois.

-Le trouble délirant persistant: symptomatologie exclusivement du syndrome positif évoluant depuis au moins trois mois en l'absence d'épisode dépressif, maniaque ou mixte.

Nous parlons de trouble psychotique chronique lorsque la symptomatologie évolue depuis plus de six mois.

#### **4. Epidémiologie**

La sexualité est un sujet tabou empreint de stéréotypes et de représentations contradictoires notamment pour les patients souffrant de pathologie mentale. La littérature rapporte une discrimination négative dans 27% des cas pour les patients schizophrènes par rapport à leur vie intime et sexuelle (13). Les professionnels de santé sont souvent démunis face à cette question en raison d'une méconnaissance théorique et clinique globale. En conséquence, la sexualité reste une fonction instinctuelle peu explorée au

cours de l'entretien psychiatrique. Une étude publiée en 2020 dans le Women's Mental Health met en évidence que moins d'un tiers des psychiatres aborde régulièrement la question de la sexualité à plus de 80% de leurs patients (12).

Pourtant, une revue systématique de la littérature et une méta-analyse réalisée en 2023 rapporte que les dysfonctions sexuelles sont présentes chez 55,4% des hommes et 60% des femmes souffrant de schizophrénie (14). De plus, ces mêmes dysfonctions sexuelles représentent l'une des causes majeures d'inobservance thérapeutique (15)(16)(17). Ces dysfonctions sexuelles peuvent s'expliquer par les effets secondaires des psychotropes mais aussi par la symptomatologie résiduelle du trouble psychiatrique à l'origine de perturbation dans les interactions interpersonnelles, dans les habiletés sociales et dans la perception de soi et des autres. Les études mettent en évidence une forte prévalence des dysfonctions sexuelles, des comportements sexuels à risque d'infections sexuellement transmissibles, d'une insatisfaction sexuelle, d'un déficit d'estime de soi sexuelle, d'une moindre activité sexuelle chez les patients souffrant de psychose (18). Au vu de la prévalence des troubles des fonctions sexuelles chez les patients psychotiques et les conséquences qui en découlent, ils représenteraient donc une population particulièrement sujette à la prévention, au dépistage et à la psycho-réhabilitation sur le plan affectif et sexuel.

Notre étude est centrée plus spécifiquement sur les femmes vivant avec un trouble psychotique car au-delà de la pathologie mentale, la sexualité reste marquée par des stéréotypes liés au genre. C'est pour cette raison que le Ministère des Solidarités et de la Santé accorde un axe spécifique pour lutter contre le sexisme dans les médias (axe n°25) (8). Cette discrimination est d'autant plus marquée chez les femmes vivant avec une maladie mentale. Une étude sur le désir et les pratiques sexuelles chez les femmes souffrant de psychose a mis en évidence qu'il n'y avait pas de différence observée selon

les groupes (schizophrénie/sain) pour le désir sexuel. Par contre, les patientes souffrant de psychose étaient moins souvent engagées dans des activités sexuelles régulières en partie parce qu'elles étaient moins satisfaites de celles-ci par rapport à des aspects psychologiques tels que « la self-estime sexuelle », c'est-à-dire la capacité à donner de la valeur à sa propre sexualité (13).

Au-delà de la qualité de vie du patient, la persistance de ces troubles sexuels aurait un impact négatif important sur leur santé mentale, sur la satisfaction des patients à l'égard du traitement, de l'observance et de la relation thérapeutique (18). En effet, les études montrent qu'après un an, 50% des patients interrompent leur traitement et 75% après deux ans (15). Ces études accentuent l'importance d'intégrer la satisfaction sexuelle dans la psychoéducation du trouble et l'éducation thérapeutique des patients psychotiques.

Au total, plusieurs études montrent que 90% des patients souhaiteraient que la question de la sexualité soit traitée au cours d'une consultation médicale. 15% évoquent une gêne à l'idée d'aborder cette thématique. Parmi ces 15%, 75% d'entre eux attendent tout de même que le sujet soit amené directement par le médecin (19).

## **5. Objectifs**

Suite aux récentes publications sus-citées, nous assistons à l'émergence d'outils (questionnaires, grille de lecture etc) qui offrent aux professionnels de santé un support d'exploration de la sexualité afin de faciliter l'évaluation initiale des problématiques sexuelles chez les patients et ainsi répondre à leurs besoins (20)(21). Dans ce contexte, la littérature sur la sexualité et le désir des patients souffrant de troubles mentaux sévères regroupe principalement à l'heure actuelle des études quantitatives basées sur des

échelles de mesure. Les résultats obtenus sont donc sous forme de statistiques globales plutôt que la collecte d'informations sur l'expérience subjective des patients (13).

Néanmoins, l'évolution de la prise en charge en psychiatrie renforce la place centrale du patient en tant qu'acteur de ses soins. Il est dorénavant considéré par le corps soignant comme expert de son trouble. En ce sens, il semble indispensable aujourd'hui d'étudier le vécu et les représentations que le patient donne à ses expériences de vie afin d'être au plus près de ses besoins.

L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer le vécu subjectif et les représentations autour de la sexualité directement auprès de patientes vivant avec un trouble psychotique chronique. L'objectif secondaire est de déterminer les attentes des patientes à l'égard des soignants concernant cette question. Cela pourrait ouvrir la voie vers une meilleure compréhension de la problématique pour la population ciblée et ainsi offrir une prise en charge holistique de meilleure qualité au patient.

# Matériel et méthode

## 1. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) d'entretiens semi-dirigés. En effet, l'IPA permet une description précise d'un phénomène à travers le sens qu'une personne donne à l'expérience vécue. L'étude est monocentrique et réalisée au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise.

## 2. Population concernée

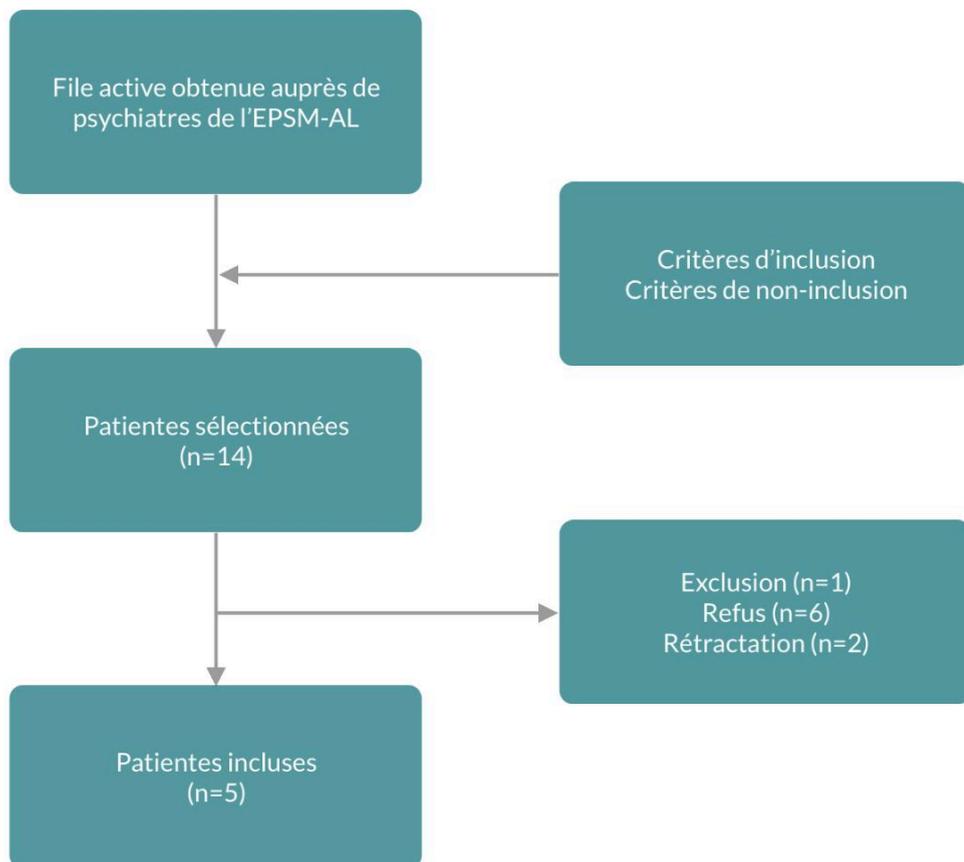
Nous avons proposé aux personnes présentant les critères d'inclusion suivants de participer à l'étude: être une femme, avoir un âge supérieur ou égal à 18 ans, avoir un diagnostic de trouble psychotique chronique selon la classification CIM-11, avoir un trouble stabilisé sur le plan clinique (à l'appréciation du médecin référent), avoir connaissance de son diagnostic, être disposée à se conformer à toutes les procédures de l'étude et sa durée, avoir recueilli la non-opposition de la participante.

Ont été exclues les personnes présentant un trouble du langage ou de l'expression entravant la réalisation de l'entretien, les personnes sous mesure de protection judiciaire, les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes dans l'impossibilité de recevoir une information éclairée.

La taille de l'échantillon en IPA est généralement petite afin de favoriser l'analyse détaillée du cas particulier. Ainsi, conformément aux lignes directives de l'IPA,

l'échantillonnage a été effectué de manière raisonnée et homogène et dans un souci de faisabilité, nous avons estimé à 10 le nombre maximum de participantes à inclure.

Parmi les quatorze patientes sélectionnées au sein de la file active de médecins psychiatres exerçants à l'EPSM-AL, une patiente a été exclue suite à la mise sous protection judiciaire au cours de la période de recrutement, six ont refusé d'emblée, deux se sont rétractées au moment de la prise de rendez-vous évoquant principalement un inconfort à aborder la question de l'intimité sexuelle avec une personne inconnue.



**Figure 1 - Diagramme de flux de l'étude**

### 3. Méthode de recrutement

Le recrutement s'est déroulé entre le mois de septembre 2023 et le mois de juin 2024. Parmi la file active des praticiens hospitaliers de l'EPSM-AL, les patientes remplissant les critères d'inclusion ont été informées de cette recherche par leur médecin référent. Après accord des patientes pour le transfert de leurs coordonnées téléphoniques, nous avons contacté les patientes intéressées par l'étude afin de délivrer une information orale adaptée et précise concernant le protocole de recherche. Une date de rencontre a été fixée avec les patientes volontaires dans leur Centre Médico-Psychologique (CMP) habituel. Les participantes ont ainsi été reçues en entretien individuel afin de remettre la lettre d'information spécialement rédigée pour l'étude (**Annexe 1**). La participation à l'entretien et le fait de répondre aux questionnaires font office de non-opposition. La participation à l'étude est volontaire et toute participante reste libre de mettre fin à sa participation.

### 4. Recueil des données

Au cours de l'étude, l'ensemble des informations sont recueillies auprès de la participante par l'intermédiaire d'un entretien semi-dirigé individuel. L'entretien s'appuie sur un guide d'entretien élaboré pour répondre aux objectifs de l'étude compte tenu de la dimension intime des questions et des potentielles difficultés d'élaboration liées à la spécificité de la population sélectionnée (éventuelle symptomatologie résiduelle). Les questions du guide d'entretien sont ouvertes et exploratoires afin de favoriser l'expression la plus subjective possible.

Les informations épidémiologiques concernant les participantes sont récoltées par écrit en fin d'entretien et sont les suivantes: l'âge, le statut matrimonial, le nombre de

grossesse et le nombre d'enfants (GxPx), le niveau d'étude, la profession et le diagnostic psychiatrique.

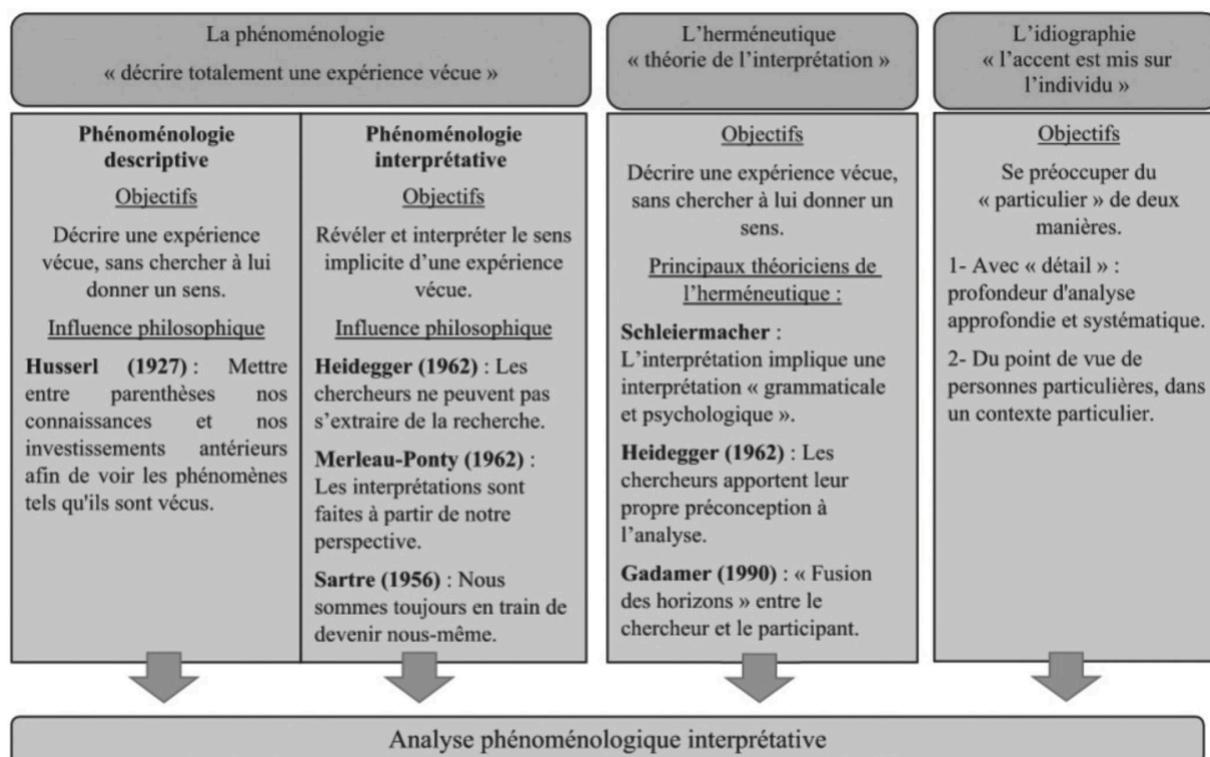
Le guide d'entretien a été relu et optimisé grâce aux conseils de deux médecins psychiatres et d'un sociologue. Il comprend 16 questions avec des relances (**Annexe 2**). Le guide a été testé auprès d'un psychiatre, de trois internes en psychiatrie et d'une interne en médecine générale. Un seul entretien a été réalisé par volontaire.

Chaque entretien a été enregistré sur un matériel dédié (dictaphone) puis transcrit de façon dactylographiée sous forme de verbatim à l'aide du logiciel « O'transcribe ». La pseudonymisation a été assurée par l'attribution pour chaque participante d'un code composé d'une lettre majuscule « P » pour « Participante » et d'un numéro unique assigné par ordre croissant, correspondant à l'ordre de passation des entretiens.

Les enregistrements audio ont été détruits dès la transcription réalisée, soit le plus rapidement possible après l'enregistrement et dans un délai maximal d'une semaine. L'ensemble des données pseudonymisées obtenues pour les besoins de l'étude sont stockées sur un espace sécurisé créé sur la plateforme NextCLoud et géré par la F2RSM Psy, à l'exclusion de tout support ou espace personnel. Aucune participante n'a souhaité apporter de modification aux transcriptions réalisées.

## 5. Analyse

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, nous avons réalisé une analyse inductive des données inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative. L'IPA repose sur trois principes fondamentaux : la phénoménologie, l'herméneutique et l'idiographie illustrés par la figure suivante:



*Les trois piliers de l'analyse interprétative phénoménologique (d'après Charlick, Pincombe, McKellar et Fielder, 2016; Smith, Flowers et Larkin, 2009) (21).*

Ainsi, pour chaque entretien réalisé, nous avons reproduit un cycle rigoureux et systématique d'analyse après une lecture active réflexive de chaque transcription.

Dans un premier temps, nous avons apposé en marge les commentaires initiaux qui peuvent être descriptifs, linguistiques et/ou conceptuels. Puis, nous avons extrait les thèmes émergents du verbatim. Chaque thème émergent est illustré par des extraits du verbatim. Enfin, nous avons regroupé les thèmes émergents en axes principaux

d'expérience à l'aide du logiciel d'analyse qualitative « Nvivo » avant de passer à l'analyse du cas suivant.

En guise de schématisation globale, nous avons illustré les axes principaux d'expérience et les connexions entre eux issus de l'analyse de l'ensemble des verbatims.

Cette étude a été confrontée aux critères de bonne pratique en analyse qualitative de la grille COREQ (**Annexe 3**).

## **6. Cadre réglementaire**

Dans le cadre de cette recherche non interventionnelle impliquant la personne humaine (RIPH 3), le protocole de recherche a été rédigé en collaboration avec la F2RSM Psy en vue d'une demande d'avis auprès d'un Comité de Protection des Personnes. Le dossier a été examiné en séance par le CPP Île de France VIII. Le comité a notifié que le projet de recherche proposé ne requérait pas l'avis favorable d'un CPP pour être débuté.

Le traitement des données a été réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la délibération n°2016-262 du 21 juillet 2026 portant modification de la méthodologie de référence pour les traitements de données personnelles opérés dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine (MR-003).

Chaque participante a reçu une information complète, claire et loyale à travers une lettre d'information adaptée spécialement rédigée pour l'étude. Chaque participante a été informée des risques et éventuelles contraintes liés à la participation à l'étude. Le fait de

répondre au questionnaire fait office de non-opposition. La non-opposition à la recherche a été tracée dans le dossier médical de la patiente. La participation à l'étude est volontaire et toute participante reste libre de mettre fin à sa participation.

Les résultats globaux de l'étude et les publications seront disponibles sur simple demande de la part de la participante auprès de la F2RSM Psy, promoteur de l'étude. Les documents et les données sont conservés par la F2RSM Psy pendant 5 ans.

# Résultats

## 1. Caractéristiques de la population

	Âge	Statut matrimonial	GxPx	Niveau d'étude	Profession	Diagnostic psychiatrique	Durée
P1	41 ans	Divorcée Célibataire	G2P1	BEP carrière sanitaire et sociale	Formation commis de cuisine Sans emploi	Trouble schizoaffectif	25'13
P2	29 ans	Célibataire	G0P0	BacPro commerce	Sans emploi	Trouble schizophrénique	22'16
P3	42 ans	Célibataire	G3P1	CAP Restauration	Sans emploi	Trouble schizoaffectif	66'54
P4	31 ans	Divorcée Célibataire	G2P2	BTS MUC	Sans emploi	Trouble schizoaffectif	18'20
P5	34 ans	Mariée	G4P2	Lycée, terminale	Sans emploi	Trouble schizoaffectif	25'12

Cinq patientes ont été interrogées. Elles avaient entre 29 et 42 ans avec une moyenne d'âge à 35,4 ans (écart-type = 5,86; médiane = 34).

Sur le plan conjugal, quatre participantes sur cinq étaient célibataires dont la moitié d'entre elles étaient divorcées. Une seule participante était en couple et mariée au moment de l'entretien. Elles avaient eu entre 0 et 4 grossesses soit une moyenne de 2,2 grossesses (écart-type = 1,48; médiane = 2) avec 0 à 2 grossesses menées à terme soit 1,2 enfants en moyenne (écart-type = 0,84 et médiane = 1).

Sur le plan scolaire et professionnel, quatre participantes sur cinq ont effectué une formation diplômante. Néanmoins, l'ensemble d'entre elles était sans emploi.

Sur le plan psychiatrique, quatre patientes interrogées sur cinq souffrent d'un trouble schizo-affectif.

Les entretiens individuels ont duré entre 18 minutes 20 secondes et 66 minutes 54 secondes. Ainsi, la durée moyenne des entretiens est de 31 minutes 43 secondes (écart-type = 19min83sec; médiane = 25min12sec).

## 2. Quelles représentations de la sexualité chez les patientes ?

### 2.1. La sexualité, un terme complexe à définir

Les patientes amènent une définition à multiples facettes rendant compte du caractère composite de ce que peut représenter la sexualité pour un individu. Elles évoquent dans nos échanges un **processus dynamique conjuguant la notion de sentiments amoureux, de désir sexuel et de plaisir sexuel s'inscrivant dans le cadre d'une relation interpersonnelle duelle ... :**

**P1 :** *“C’est pas faire l’amour alors qu’on désire pas la personne, ça c’est à laisser tomber ça sert à rien. (...) dans le sens on prend plaisir avec la personne que j’aime.”*

**P2:** *“ (La sexualité) c’est prendre du plaisir, avoir envie des relations sexuelles”*

**P4:** *“C’est une manière d’exprimer notre amour, ce qu’on ressent l’un envers l’autre, une proximité qu’on a avec personne d’autre”*

**P5:** *“C’est basé sur l’amour. Je pense que si... parce que pour moi il n’y a pas que l’acte sexuel, il y a le avant aussi. Avant l’acte sexuel, il faut aimer la personne, avoir confiance en elle, se sentir aimé, voir dans les yeux de l’autre qu’on est aimé, bien s’entendre tout ça... avant d’avoir un rapport, je trouve qu’il faut avoir un bonne entente avec le partenaire”*

**...ne se réduisant pas au rapport sexuel pénétrant :**

**P3:** *“La sexualité c’est pas que l’acte charnel, pénétration, ça se définit pas qu’à ça l’acte en soi-même, ça peut être sous différentes formes (...) Si l’acte sexuel c’est que de la pénétration ... en plus en général c’est quoi? Ça dure combien de temps? Ça serait pas beau (...) il y a d’autres formes de sexualité”*

## 2.2. Quelle place pour la sexualité dans la vie des patientes ?

De façon unanime, les patientes rencontrées confient accorder une importance à la sexualité dans leur vie.

Pour certaines, la sexualité est un **phénomène naturel** faisant partie intégrante du quotidien :

**P4:** *“C’est important surtout, ça fait parti de la vie”*

La sexualité est aussi décrite comme un **besoin primordial et instinctuel** à assouvir :

**P1:** *“Pour moi c’est primordial (...) En espérant tous les jours ...de me lever : ça va être aujourd’hui, ça va être aujourd’hui ! C’est tout hein. Trop difficile.”*

**P3:** *“Ça faisait très longtemps et c’était juste ça. Une pulsion bestiale peut-être (...)ça manque on va dire (...) Le sexe en soi-même c’est vrai c’est important, dans la vie de tout le monde, pas que des malades”*

Pour d’autres, la sexualité trouve son importance moins comme un acte sexuel en tant que tel mais plutôt comme un **élément constitutif du couple**. Elles amènent ainsi l’idée que l’essence-même du couple comprend une activité sexuelle :

**P3:** *“L’acte en lui-même ou la tendresse ? L’acte en lui-même il n’a pas une grande importance, et ... la tendresse ben ... c’est primordial”*

**P4:** *“Je pense que c’est très important dans un couple”*

*P5: "C'est important pour moi parce que d'avoir une relation avec son mari, d'être bien, de ressentir du plaisir c'est important, c'est un contact qui est important pour moi surtout quand on aime la personne"*

### **2.3. Qu'est-ce-que la satisfaction sexuelle pour les patientes ?**

La satisfaction sexuelle relève d'une harmonie entre **cognitions** (désirs, besoins), **affects** (réciprocité, complicité, consentement mutuel) et **comportements** (réveil corporel, relation charnelle) :

*P1: "C'est que la personne elle est contente, moi je suis contente (...) Qu'on soit à l'aise à deux. Je trouve que c'est très important d'être ensemble et de se désirer ensemble et de créer une histoire."*

*P2: "Que j'ai un copain, qu'il est d'accord avec moi, qu'on est d'accord sur les bases"*

*P3: "On veut donner mais on veut recevoir. (...) que ca soit des deux côtés que quand moi j'ai envie de sa présence que soit charnel, qu'il soit réceptif et que moi aussi... (...) Et même si c'est pas spontané, que l'envie soit réciproque. C'est l'amour tout simplement. Maintenir la flamme (...) que la personne soit partante, qu'elle ait le même délire en fait."*

*P4: "Un rapport consenti des deux côtés, prendre notre temps, se retrouver ... voilà. (...) Quand on écoute le désir de chacun, quand on est l'écoute de son partenaire. Je pense qu'il ne faut pas se contenter d'écouter ce qu'on veut, ce qu'on désire, ce qu'on recherche, il faut avant tout rechercher ce que le partenaire souhaite et euh... partager un moment deux, c'est pas juste soi, ce qu'on désire, ce qu'on veut, c'est un moment à deux. "*

*P5: "Qu'il fasse en sorte que j'ai mon plaisir aussi, pas que lui"*

La question de la **fréquence des rapports sexuels** est amenée par les patientes avec la notion d'un ajustement entre les partenaires sur la rythmicité de l'activité sexuelle :

**P1:** *“J'avais une relation sexuelle tous les six mois, et voilà du coup moi ça m'allait pas.”*

**P4:** *“Une vie sexuelle stimulée c'est à dire tous les jours ça ne me dérangerait pas (...) donc vraiment spontanée et euh... souvent et fréquente.”*

**P5:** *“Avec mon mari c'est pas souvent en fait (...) Avant on avait des rapports deux à trois fois par mois et depuis que je suis sous traitement c'est ... allez... maximum une fois par mois.”*

**MC:** *“À quoi ressemblerait une vie sexuelle idéale à vos yeux?”*

*“Déjà c'est de le faire avec mon mari, de le faire assez régulièrement”*

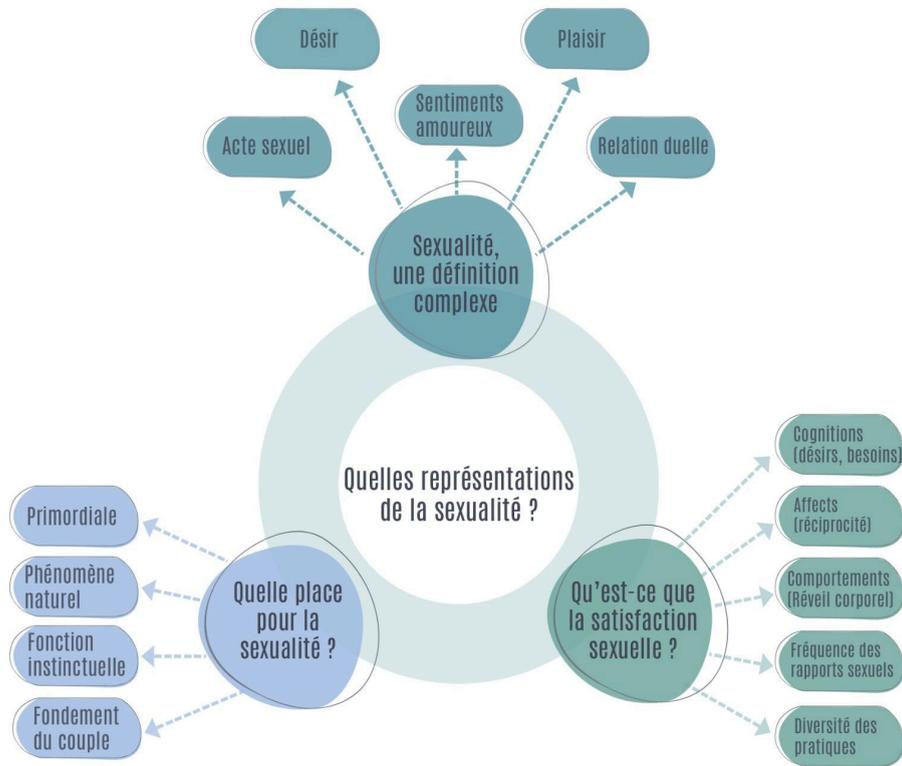
Cet ajustement semble également devoir être recherché par les partenaires en ce qui concerne la **diversité des pratiques sexuelles** :

**P3:** *“Y'a des personnes qui ont des relations à risques. Quand je dis à risques, je parle pas de risque de contagion mais dans des endroits insolites... bah que la personne soit partante, qu'elle ait le même délire en fait...”*

**P4:** *“J'aime prendre l'initiative, mais j'aime surtout qu'on prenne des initiatives.”*

**P5:** *“De le faire avec mon mari, de le faire assez régulièrement, de pas toujours faire la même chose”*

## 2.4. Schématisation



**Figure 2** - Les représentations de la sexualité chez les patientes

## 3. Les caractéristiques individuelles des partenaires influencent la sexualité des patientes

### 3.1. Les facteurs d'influence liés à la patiente

#### 3.1.1. Les facteurs qui stimulent le désir sexuel

L'augmentation du désir sexuel est conditionné par la présence du **sentiment amoureux** :

**P3**: "Ben si je suis amoureuse j'aurais envie de la personne."

**P5:** *“Je ne ferai jamais ça sans amour quoi (...) Plus il y a d’amour, plus il y a de désir plus on a envie de la personne je trouve”*

Ce désir sexuel peut être potentialisé par le **bien être psychologique** de la patiente qu’elles définissent notamment par l’estime de soi et la confiance en soi :

**P4:** *“Être plus dans... prendre plus d’initiatives... être un peu plus à l’aise, décontractée, en confiance”*

Une patiente aborde la notion de **maturité affective** préalable à une sexualité, c’est à dire l’aboutissement du développement psychosexuel permettant à la patiente de se sentir suffisamment à l’aise avec son propre corps et celui de l’autre avant d’initier une activité sexuelle :

**P2:** *“Je suis pas prête d’entamer une relation sexuelle pour l’instant (...) pourtant j’ai 29 ans, je suis grande, je suis mature je pense...”*

### **3.1.2. Les facteurs qui freinent le désir sexuel**

Certains **facteurs psychologiques** sont reconnus par les patientes comme principaux inhibiteurs de sexualité tels que l’indisponibilité psychique, le sentiment de mal-être ou encore les manifestations anxieuses :

**P1:** *“Parce qu’on est là pendant l’opération (rire) ça nous travaille, on prend moins de plaisir.”*

**P3:** *“En fait, il suffit que je suis pas bien, l’acte en lui-même je vais être une poupée, ça sera plus pour son plaisir à lui que pour son plaisir à moi, j’en aurais pas.”*

**P4:** *“C’était la nuit de nocces donc c’était ... stressé... et ça s’est fait dans la soirée, dans la nuit c’était euh... j’ai pas eu de désir tout de suite. Il y a eu beaucoup de préliminaires parce que j’étais pas... j’avais peur.”*

Les **relations antérieures traumatiques** sont décrites également comme interférant négativement avec le désir sexuel en raison d’une appréhension pour la patiente à revivre une expérience sexuelle potentiellement traumatique :

**P1:** *“Mon ancienne relation avec qui j’ai eu un enfant avec la personne qui m’a vraiment laissé, abandonné, à me jeter carrément dehors alors que j’étais enceinte... des trucs vraiment inhumains ... c’est écœurant ... même pas un respect. Surtout que l’enfant c’est lui qui l’a plus désiré. Donc là j’ai dit manque de confiance, les hommes ils savent pas ce qu’ils veulent”*

**P3:** *“J’ai eu beaucoup de traumas liés à l’amour. Comme je suis traumatisée de l’amour, je veux plus de rapport sexuel. C’est peut-être ça?”*

A l’instar des facteurs psychologiques, des **facteurs physiques** peuvent influencer sur le désir sexuel, notamment l’état de fatigue :

**P1:** *“J’étais fatiguée j’avais moins d’envies.”*

**P4:** *“Quand je suis fatiguée parfois avec mon traitement pendant une semaine je peux être K.O”*

## 3.2. Les facteurs d'influence liés au partenaire

### 3.2.1. Les facteurs qui stimulent le désir sexuel

Une seule patiente sur les cinq interrogées évoque des **caractéristiques physiques** comme facteur d'augmentation du désir :

**P2:** *“Brun, aux yeux noirs, châains, je sais pas... celui que je trouve le mieux”*

Pour la plupart, l'attraction ressentie pour le partenaire passe par des **qualités morales** (attention, confiance, respect, valorisation, considération) :

**P1:** *“Ça dépend beaucoup de la personne, elle peut être moins valorisante que Tom Cruise et ben on a plus de sensations avec cette personne que Tom Cruise vous comprenez?” “Vous dire des mots gentils, attentionnés”*

**P2:** *“Je veux qu'il m'aime bien”*

**P3:** *“Alors déjà c'est avoir quelqu'un présent à ses côtés, qui est tendre, qui est dans l'affection, dans la tendresse” “Quelqu'un qui me valorise dans ses propos en fait, qui est toujours en train de m'encourager (...) des petits détails, des petits compliments, qu'il s'intéresse à vous de pleins de manières”*

**P4:** *“Peut-être que maintenant je suis plus sensible, donc peut-être que je chercherais plus de délicatesse” “Gentil, calme et attentionné.”*

**P5:** *“Que la personne me donne de l'attention, que j'ai de l'importance aux yeux de la personne que j'aime c'est ça le plus important en fait, se sentir aimé (...) que je vois dans le regard, dans les attentions, dans les gestes”*

La **séduction** et l'**expression du désir** par le partenaire majore le désir le sexuel :

*P1: “La personne me fait les yeux doux (...) qu’il joue de son charme, qu’il soit rigolo, qu’il me prend pas la tête”*

Le **réveil corporel** par la stimulation physique, à savoir une **activation sensorielle** passant par le contact physique (des caresses par exemple) facilite l’initiation d’une activité sexuelle :

*P3: “Si je suis pas réceptive, que je n’ai pas envie de faire la chose, il suffit qu’il me travaille au corps et ca y est c’est bon ! (Rires) qu’on se fait des papouilles et un peu plus à la fin de la nuit”*

*P4: “Je suis pas stimulée non plus, j’ai pas de petit copain donc on va dire que je suis pas stimulée non plus à avoir du désir”*

La **performance sexuelle** du partenaire est une dimension relevée par l’une des patientes comme favorisant les rapports sexuels :

*P4: “A l’écoute, compréhensif, doux et euh... vaillant (Rires)”*

### **3.2.2. Les facteurs qui freinent le désir sexuel**

Les **attitudes et comportements jugés inappropriés, voire manifestement violents** sont rédhibitoires pour les patientes :

*P2: “Mais j’aime pas quelqu’un qui profite de moi ou violent.”*

*P3: “Si c’est quelqu’un de destructeur c’est foutu. Le sexe c’est une corvée...”*

**P4:** *“Un mauvais comportement. Un mauvais comportement ... la dureté ou une dispute, un moment où ça va pas là ça peut freiner mon désir, beaucoup”*

**P5:** *“Le comportement de la personne, si la personne n’est pas bien avec moi si je ne la sens pas m’aimer”*

Une **maladresse verbale** de la part du partenaire pendant ou en dehors d’un rapport sexuel peut nourrir le **manque de confiance** dans la relation lorsqu’elle débute ayant pour conséquence d’entraver la sexualité au sein du couple :

**P1:** *“Elle aborde un sujet au milieu d’un rapport ou qu’elle dit des trucs pas logiques et ça vous énerve. Et y’a aussi le manque de confiance de la personne par rapport au début d’une relation”*

Par ailleurs, les patientes rapportent aussi que la **rapidité dans les rapports sexuels** est source d’une perte d’intérêt pour la sexualité :

**P1:** *“Moi j’avais un ex c’était un bisou et on finit au lit, une fois qu’il a fait son truc c’est bon hein, mais je pouvais rester comme ça, ça m’a écoeuré.”*

**P5:** *“C’était le plat. C’était vraiment... c’était pas vraiment ce que j’aimais vraiment, ça s’est passé vraiment rapidement et j’ai pas ressenti grand chose quoi”*

### **3.3. Les facteurs d’influence liés au couple**

#### **3.3.1. Les facteurs qui stimulent le désir sexuel**

Une sexualité stimulée passe par une bonne entente au sein du couple majoritairement conditionnée pour les patientes par la **communication**, le **partage** et la **complicité** :

*P1: "Qu'on puisse rigoler sur ça ... aborder le sujet de voilà quoi ... qu'il est vraiment intéressé."*

*P2: "J'attends qu'on fait tout ensemble (...) du moment qu'il me respecte et que je le respecte et qu'on parle de tout ça et qu'on soit pas dans le conflit"*

*P4: "Des attentions au sein du couple ... un élan d'amour ou une preuve d'amour ponctuelle qui a été spontanée je pense que ça peut inciter à avoir des rapports."*

*P5: "Qu'on ait beaucoup de discussions, qu'on partage énormément de choses et au fil de tout ça il y aura un bon accord sexuel"*

Elles insistent sur la nécessité de **prendre son temps** et de passer par les **préliminaires** pour éveiller le désir :

*P1 : "Les préliminaires ! C'est la base. C'est le démarrage des sensations."*

*P3: "C'est vraiment le côté préliminaires en lui-même, les câlins, l'affection, la tendresse (...) Les préliminaires c'est la base, le sexe c'est la finition" "s'il n'y a pas de préliminaires c'est bestial (...) les préliminaires c'est important, le sexe, non."*

*"Il faut de la tendresse. Parce que la tendresse, c'est de là que tout découle, l'envie d'aller plus loin."*

*P5: "De le faire avec mon mari (...) de faire les préliminaires"*

Lorsque les partenaires **assument de façon réciproque leurs désirs sexuels dans leur diversité** alors l'envie de renouveler l'expérience sexuelle avec ce partenaire est favorisée :

*P3: "C'est une personne quand je suis avec, j'ai pas honte, je suis pas honteuse de me lâcher, de crier, de faire toutes les positions du kamasutra, j'ai pas honte"*

Les **rapports sexuels réguliers** contribuent à renforcer positivement le désir sexuel des patientes envers leur partenaire :

**P1:** *“Avoir une relation deux à trois fois par semaine ça va mieux, il y a plus de goût.”*

**P4:** *“Une vie sexuelle stimulée c’est à dire tous les jours ça ne me dérangerait pas (...) donc vraiment spontanée et euh... souvent et fréquente.”*

**P5:** *“De le faire avec mon mari, de le faire assez régulièrement (...)”*

### **3.3.2. Les facteurs qui freinent le désir sexuel**

La dynamique relationnelle du couple peut influencer négativement sur la sexualité de la patiente.

Elles abordent l’effet néfaste voire inhibiteur d’une **pression à l’activité sexuelle exercée par le partenaire** au sein du couple :

**P1:** *“On commence par étape, c’est pas “vas-y on enchaîne”. On enchaîne car veut dire quoi ça? Y’a rien après c’est pas beau.”*

**P2:** *“En fait il arrêterait pas de me demander à chaque fois de faire du sexe avec lui et moi je voulais pas”.*

Les **tensions dans le couple** peuvent générer des préoccupations individuelles et des sentiments négatifs à l’encontre du partenaire empêchant une activité sexuelle :

**P1:** *“Si elle tire une drôle de tête ou que ca s’énerve bon ben pour moi c’est pas satisfaisant.”*

**P3:** *“Freiner mon désir sexuel euh ... si je n’aime plus la personne, où si je suis en colère contre la personne ou tout autre, si j’ai un sentiment négatif c’est niet. Si la personne m’a contrarié, m’a mis en colère...”*

**P4:** *“Les disputes aussi s’il y en a, la vie quotidienne.”*

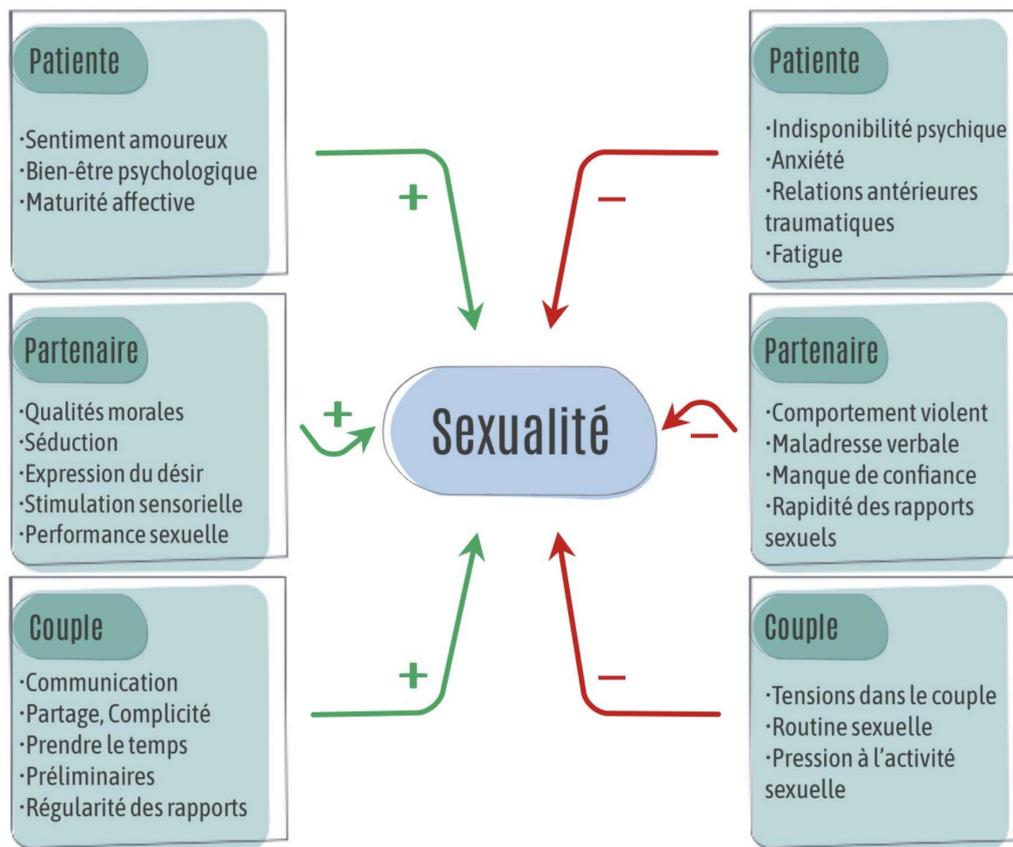
L’installation d’une **routine sexuelle** entre les partenaires, c’est-à-dire des rapports sexuels programmés et identiques peuvent être déclencheur d’une diminution voire d’une disparition de l’attrait pour la sexualité au sein du couple :

**P1:** *“Quand j’étais mariée trop ça va pas après le désir et ben ...si la personne elle prend pas de distance de temps en temps ça va pas, ca fait un dégoût.”*

**P2:** *“Tous les jours quand même, pas marquée par un temps ... le lundi, le vendredi... ça c’est rédhibitoire pour moi”*

**P5:** *“Les rapports sont répétitifs, c’est de la même manière à chaque fois donc au bout d’un moment c’est la même chose, c’est la routine donc je me sens pas bien”*

### 3.4. Schématisation



**Figure 3** - Les caractéristiques individuelles des partenaires influencent la sexualité des patientes

## 4. L'influence de la société sur la sexualité

### 4.1. La sexualité, un sujet tabou

Le tabou sociétal autour de la sexualité s'est manifesté de diverses manières au cours des rencontres avec les patientes. Il a pu s'agir d'éléments sémantiques (**éviction ou substitution du mot**), comportementaux (**mécanisme défensif par le rire**) ou verbaux (**gêne exprimée**) :

**P1:** *“Pendant l’opération (rire)”, “... aborder le sujet de voilà quoi ...”, “qu’on puisse rigoler sur ça...”, “Je lui parle de ... non. Je vais pas aborder comme ça “aujourd’hui j’ai ken” (Rires), “après il y a des trucs qu’on n’a pas envie de dévoiler... donc.. c’est un peu gênant...”*

**P3:** *“C’est un sujet tabou... Je vais parler plutôt d’amour, je vais pas dire « viens on va parler de sexe”. Déjà entre couple, des fois c’est compliqué. On a une nouvelle fréquentation, bah non, y’a des trucs on est timides, ça c’est une barrière que même les personnes pas malades ont”*

**P5:** *“La sexualité on en parle pas souvent, c’est un peu tabou (...) c’était pas quelque chose que je parlais couramment quoi”*

## **4.2. L’ éducation sexuelle comme première approche de la sexualité**

Le développement psycho-sexuel d’un individu est influencé par de multiples facteurs psychosociaux dont l’éducation sexuelle transmise aux patientes par le biais de la famille, de l’école ou de la religion.

### **4.2.1. Au sein de l’unité familiale**

Aborder la sexualité de façon décomplexée au sein du système familial peut favoriser l’expérimentation et l’expression d’une sexualité épanouie. A contrario, une éducation sexuelle familiale jugée pauvre, fermée et/ou inexistante participe à la **construction d’une sexualité inhibée sous le poids des valeurs morales familiales :**

**P1:** *“C’est ... Mon père... il faut pas en parler!”*

*Ma mère euh... c’est pas...elle me disait toujours de faire attention.”*

**P3** *“MC: Quelle éducation sexuelle avez-vous reçue?”*

*Aucune”*

**P4:** *“Ça a plus inquiété mon frère et du coup il m'en parlé cru, c'était des choses crues, il m'a montré des vidéos donc c'était cru.”*

**P5:** *“Ben... c'était assez tabou chez moi, on n'en parlait pas facilement”*

#### **4.2.2. En milieu scolaire**

Dans l'histoire des patientes, l'école est décrite comme le **premier lieu** où la question de la sexualité est abordée :

*MC: Dans quel contexte vous a-t-on parlé de sexualité pour la première fois?*

**P1:** *“Au collègue.”*

**P2:** *“En SVT !”*

**P4:** *“Quand j'étais jeune, au collègue”*

**P5:** *“J'ai appris à l'école”*

L'éducation sexuelle en milieu scolaire offre un **enseignement théorique** aux patientes qui reste néanmoins **dénué d'affectivité** et de la notion de plaisir, désir et satisfaction sexuelle au profit d'un apprentissage scientifique autour de la procréation et des infections sexuellement transmissibles :

**P2:** *“Bon ils parlaient de la fécondation, de la grossesse, des trucs des gènes, des spermatozoïdes tout des trucs comme ça ... à l'école hein.”*

**P5:** *“En cours, ils étaient venus pour la prévention tout ça en expliquant qu'il fallait se protéger tout ça... ça y est je me souviens”*

#### 4.2.3. Dans l'enseignement religieux

La sexualité peut être en partie déterminée par l'éducation religieuse reçue. Certaines patientes évoquent une sexualité possible uniquement dans le cadre du **mariage** et à visée **procréatrice** :

*P2: "La sexualité c'est positif si je fais des enfants et que j'ai de la sexualité avec quelqu'un que j'aime bien et qu'on se marie, qu'on fait notre mariage et qu'on fait nos enfants moi ça me dérange pas (...) pour nous dans notre religion on est obligés d'avoir le mariage avant la sexualité"*

*P4: "Bah c'était assez simple ... vierge jusqu'au mariage"*

Et il peut être difficile de se détacher des valeurs religieuses inculquées dans l'enfance souvent vécues comme **restrictives** :

*P3: "Le côté où je m'en veux ... c'est mon côté religieux ... c'est ma conscience sinon mon corps il est satisfait."*

#### 4.3. Une sexualité façonnée par des injonctions sociétales

La société est porteuse d'injonctions paradoxales concernant la sexualité pouvant avoir des conséquences directes sur les comportements des patientes.

Par exemple, l'idée reçue selon laquelle **santé du couple** est étroitement **liée à la présence d'une sexualité active** entre les partenaires :

**P1:** *“Bah c’est pas normal ... si j’avais une personne et qu’elle considère être avec moi et qu’il n’y a jamais de relation sexuelle vous trouvez ça normal vous? (Rires)”*

*“Surtout les hommes qui veulent tout faire vite pour rien et au final c’est pas bon parce que ca joue psychologiquement à la personne”*

**P3:** *“Il y avait des rapports parce qu’automatiquement quand on est un couple, je le faisais plus pour dire ... parce que je sais que quand on est couple il faut des échanges physiques ...”*

**P5:** *“Elles (mes sœurs) me disent que c’est pas normal, que c’est pas normal qu’il se passe rien quoi.”*

Le concept de **devoir conjugal** peut être source de perte de sens dans la sexualité du couple, ainsi l’installation d’habitudes sexuelles en réponse à des conventions sociales peut mener à une automatisation de la sexualité au sein du couple :

**P3:** *“pas se dire que ben je fais machinalement parce que style c’est mon devoir d’homme ou c’est mon devoir de femme”*

L’idée transmise d’une sexualité masculine dominée par l’obsession de la **pénétration** qui est à l’origine de frustrations chez les patientes :

**P3:** *“on va dire c’est eux (les hommes) ils voient que l’acte, ils voient que la vidange et ils voient pas l’à côté.”*

**P4:** *“Bah c’était assez simple ... vierge jusqu’au mariage donc toutes mes sœurs... mais les garçons c’était pas ça, les garçons fallaient qu’ils le fassent au bout d’un moment”*

**P5:** *“Et je comprends pas non plus parce que pour moi un homme il a des désirs”*

L’empreinte d’une **société hétéronormée** à l’origine d’auto-stigmatisation et de conflits internes pour la patiente entre son propre désir sexuel et les normes sexuelles alignant genre biologique, identité de genre, expression de genre et orientation sexuelle entre sexe opposés :

**P3:** *“J’ai eu peur d’être bi. Dire aux gens que ça peut arriver mais ça veut pas dire pour autant que la sexualité est définie. Parce que moi j’ai eu peur, j’ai du appeler une copine, je suis pas sortie pendant trois jours jusqu’à ce qu’elle me dise « t’inquiète même moi ca m’est déjà arrivé ». J’ai eu peur, j’ai culpabilisé”*

Une sexualité faisant office de **rite culturel de passage** marquant la première expérience sexuelle comme permettant une transition sociale du statut de “fille” au statut de “femme”:

**P5:** *“Ma première fois ... c’est la chose que je retiendrais toujours ça m’a fait super mal c’est tout. J’étais une autre personne après la relation, j’ai eu l’impression de ne plus être la même après, ça m’a changé totalement. C’est une expérience que je connaissais pas... on va dire que ça m’a fait devenir femme un peu.”*

#### 4.4. Schématisation

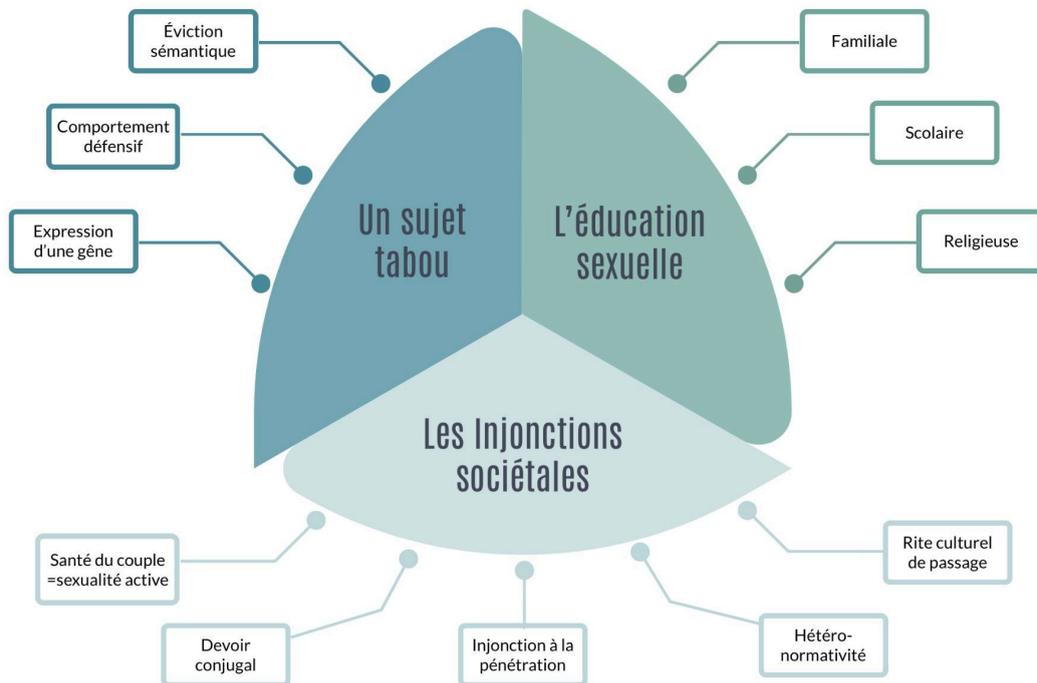


Figure 4 - L'influence de la société sur la sexualité des patientes

### 5. Une sexualité perturbée par la symptomatologie active du trouble psychotique

#### 5.1. L'expression du désir sexuel et de ses manifestations

Le **désir sexuel individuel** est ressenti et exprimé par les patientes interrogées. De leur point de vue, ce désir sexuel **ne semble donc pas être impacté par la maladie** lorsqu'elle est stabilisée :

**P1:** "Si on n'a pas trouvé la bonne personne (...) on est obligé de s'abstenir c'est tout."  
"Vous savez il y a des sentiments variés j'ai remarqué (...).C'est magnifique. La façon dont il me regardait, la personne je la touchais, je sentais une chaleur..."

**P3:** *“On commence à être stabilisée, à être bien, que le médicament il fait partie de nous comme on peut dire, bah du coup il y a des sensations qui commencent à refaire surface encore plus quand la relation elle avance en bien, ça fait même un esprit plus coquin qui revient. Il faut du temps pour rééquilibrer, c’est pas tout de suite... mais ça revient”*

**P4:** *“On va dire qu’il me semble que ça n’a pas d’impacte sur mes choix euh.. j’aime toujours les mêmes types d’hommes (...) on va dire que j’ai du désir, je ne pense pas être bloquée ni freinée avec les traitements, j’espère que ce sera normal au retour, je me sens normale avec un désir qui pourrait être là si besoin est.”*

## **5.2. L’impact des symptômes positifs**

Les patientes souffrant d’un trouble psychotique chronique rapportent des épisodes de **décompensation** à l’origine de modifications de leur comportement sexuel. Elles décrivent alors des périodes **d’exaltation de l’humeur, d’hypersexualité et de désinhibition sexuelle** pouvant conduire à des **pratiques sexuelles à risque** :

**P1:** *“Ma maladie c’est schizoaffective donc tout ce qui est affectif, tout ce qui est amour, tout ce qui est avoir une relation sexuelle avec amour donc bien sur ça peut impacter. “  
“Heureusement j’étais qu’avec une personne. On faisait une dizaine de fois par jour.  
C’était jamais satisfaisant, c’était une bouilloire à l’intérieur.”*

**P3:** *“Avant j’avais une trop ... une trop... après c’est la maladie sûrement aussi ... j’ai une sexualité trop importante (...) Si je vais être en crise, je vais charmer (...) Je vais être dans l’extrême, je vais charmer, je vais aguicher plein de choses ... rien que mes*

*tenues... ah non c'est vrai que même moi quand j'y repense ... je suis une folle quand je suis en crise ... je suis capable de plein de choses. ”*

***P5:** “Je vous explique, je fais des décompensations, là avec le traitement ça va, ça fait quatre ans que j'ai plus rien mais j'ai des pics d'humeur parfois, je peux être super rigolote, je vais parler à n'importe qui et je vais pas faire attention aux gens autour de moi, et comme je suis trop trop trop active et ben...ils m'internent. Et pendant ces épisodes et bah ça se passe bien sur le plan sexuel, c'est même au-dessus du bien, c'est bizarre... je sais pas comment l'expliquer, j'ai de l'attirance, c'est vraiment super... même pour mon partenaire il me dit que c'est super et tout, je sais pas, c'est bizarre... Et c'est plus souvent aussi... une à deux fois par semaine à peu près.”*

Dans d'autres cas, il peut persister une **symptomatologie résiduelle** telle que des **phénomènes hallucinatoires cénesthésiques actifs** modifiant la perception de soi et des autres avec une répercussion directe sur la sexualité de la patiente :

***P2:** “Ben... des fois je me sens mal à l'aise comme si que j'ai eu des rapports sexuels... J'ai des sensations désagréables et donc je veux pas avoir de relations sexuelles. Je me sens dégoûtée, dégueulasse, je me sens pas bien physiquement et mentalement parce que ça joue dans mon cerveau. Je me dis toujours ça, je pense, je pense et à l'intérieur de moi je me sens pas bien.”*

### **5.3. L'impact des symptômes négatifs**

Le trouble psychotique peut se manifester par une symptomatologie négative ayant des conséquences sur les capacités à entrer en interaction avec l'autre.

Sur le plan cognitif et affectif, elles décrivent un **sentiment d'incurabilité et de solitude** ainsi qu'une **mésestime d'elle-même avec autodépréciation** empêchant l'instauration d'une relation intime durable soit par un déficit d'interaction sociale soit par la multiplication des relations dans un contexte de quête affective et de réassurance :

*P1: "Et oui bah de se dire qu'on arrivera jamais dans cette vie, qu'on va être tout seul, qu'on a besoin d'un réconfort sentimental qui peut nous aider parce quand on n'a pas ça on se sent seul face à ce monde."*

*P3: "Cette maladie grosso-modo ceux qui sont en dépendance affectif en ceci en celà, le sexe ça addict pour combler un manque, un mal-être, on le cherche à travers la sexualité (...) c'était le besoin de me sentir aimée (...) c'était pour combler un manque. Et même des problèmes, un manque d'amour en moi-même"*

Sur le plan comportemental, les patientes expliquent l'installation progressive d'un repli sur soi cause d'**isolement social**, donc pouvant compromettre la rencontre avec des partenaires :

*P2: "J'ai pas encore trouvé l'homme idéal... J'avais des amis avant, des amoureux, quand j'étais petite mais après ils se sont reculés de moi je sais pas pourquoi, jusqu'au lycée, après ils ont commencé à m'esquiver, à partir, à me laisser tout seul (...) Je fréquente pas trop de garçons. Et puis voilà. Je vais plus en cours, je reste que chez moi et je fais du sport du côté et je suis avec mes frères et sœurs toute la journée donc ... "*

*P4: "Quand j'ai eu ma maladie c'était une période difficile parce que j'étais euh... j'ai euh... eu un très mauvais comportement vis à vis de mon ex-époux, j'avais un repoussement, j'avais un refus de relation, je voulais que ça se termine, j'étais vraiment très négative avec lui."*

## 6. Une sexualité contrariée par les soins psychiatriques

### 6.1. Le rôle des traitements médicamenteux

Selon les patientes, certains psychotropes modifient l'appétit sexuel qu'il s'agisse d'exacerbation ou d'inhibition de la libido :

*P1: "Et pour le traitements ben j'ai eu plusieurs traitements. Il y a eu un traitement, j'étais à bout, c'était trop, c'était le RISPERDAL et AU SECOURS, j'avais des envies mais de malade. (Rires) (...) Du coup moi je dis que c'est pas normal, je suis pas comme ça moi voilà, et bah j'avais que des envies comme ça..."*

*P3: "Je sais que pendant une période, les médicaments ça freinait. C'est ce côté là qu'on parle pas beaucoup au patient est présent. C'est vrai que ... les médicaments ça freine." "bah y'a certains médicaments ben je sais pas mais il faudrait donner un truc pour stimuler la sexualité à côté. (...)Y'a plus de désir sexuel."*

Les effets indésirables neurologiques centraux (**sédation**) et périphériques (**sécheresse des muqueuses**) constatés par les patientes altèrent leur sexualité en particulier la phase de désir et la phase d'excitation lors du rapport sexuel :

*P1: "Je pense au HALDOL. J'étais fatiguée j'avais moins d'envies."*

*P4: "Et les traitements aussi, la maladie ça fatigue."*

*P3: "Sachant que quand on est sous médicament, bah nous les femmes il faut qu'on sécrète sinon ça fait mal. En plus, les médicaments ça assèche, c'est pour ça..."*

Les effets indésirables métaboliques (**prise pondérale**) peuvent compromettre l'attirance physique entre les partenaires. En d'autres termes, cela suppose pour l'une des patientes, une diminution du désir sexuel de la part de son conjoint :

*P5: "Avec mon mari c'est pas souvent en fait (...) je sais pas si c'est parce que j'ai pris du poids, j'ai pris énormément de poids aussi, je faisais 55 kgs avant mes traitements et je sais pas si c'est l'effet que je suis changée physiquement enfin voilà quoi."*

## **6.2. Les répercussions sur la patiente**

A l'introduction médicamenteuse, les patientes décrivent un bouleversement sensoriel avec un **sentiment d'étrangeté dans les ressentis physiques** et une **perte de sensation** pendant les rapports sexuels. Ces modifications brutales contrastent avec l'exacerbation des sensations corporelles lors des épisodes de décompensation entraînant possiblement une forme de **nostalgie de la phase active de la maladie avec ses sensations décuplées** :

*P3: "Bah y'a plus de sexualité, y'a plus de sensations (...) on n'a plus de sensations en nous-même. Le cœur qui bat, le toucher que ça fait ... y'a plus rien. Comme quand on a des raideurs, il y a des choses bizarres... parce que ça fait peur, parce que moi quand j'ai toujours eu une sexualité débordante et qu'après plus rien, wallou, dans les sensations ça fait peur. On se demande bah qu'est ce que j'ai, qu'est ce qui m'arrive c'est pas que la pathologie des foies, c'est les médicaments."*

*P5: "mais depuis que je suis suivie régulièrement et que j'ai un traitement je sais pas si c'est moi ou si c'est mon mari mais je ressens pas la même chose sous traitement."*

*C'est mécanique, je ressens pas les mêmes choses, je le fais pour le faire, et euh... je ressens rien"*

Cela peut avoir pour conséquence une **mauvaise observance thérapeutique** voire une demande d'**arrêt définitif** du ou des psychotropes incriminés :

**P1:** *"C'est moi qui gère mes sentiments c'est pas le médicament qui gère ma ... libido. J'ai dit écoutez moi je le veux plus de ce traitement, ca va pas ... ah non!"*

### **6.3. Les répercussions sur le partenaire**

Le partenaire peut changer de regard sur sa conjointe, voire changer radicalement de point de vue sur le caractère envisageable ou non de la relation, du fait de la **stigmatisation** des personnes souffrant d'un trouble mental :

**P1:** *"Ça peut avoir un impact parce que quand par exemple on fait une rencontre avec une personne et la personne ne sait pas que vous avez des troubles psychiatriques, donc une fois dit ben la personne soit elle s'éloigne soit elle vous considère plus comme au départ."*

Le partenaire est alors **spectateur des variations de comportement** de sa conjointe :

**P3:** *"Avec les médicaments aussi, quand on est en voie de guérison, il se retrouve avec une autre personne (...) il faut du temps pour rééquilibrer c'est pas tout de suite"*

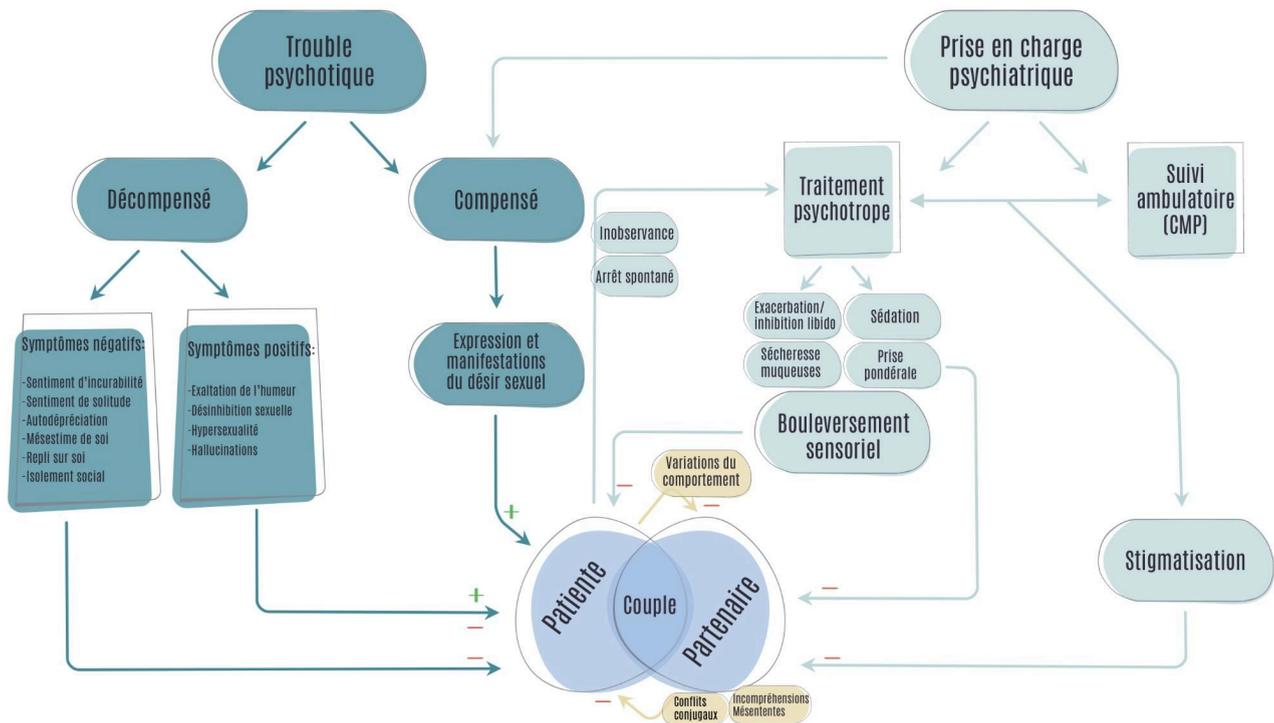
**P5:** *"Ma maladie elle joue beaucoup sur mon couple parce que j'ai des phases ou je suis bien, des phases ou je suis pas bien, des phases ou je suis fatiguée et à chaque*

*fois que j'essaye d'en parler à mon mari il me dit "Roh c'est toujours pareil, t'es toujours pas bien tout ça" donc je sais pas si on peut dire que je suis malade vu que j'ai traitement et que ça va mieux, je suis plus en décompensation, mais je trouve que peut-être que ma maladie ça peut jouer aussi."*

Ce qui peut engendrer des **incompréhensions** au sein du couple lors des rapports sexuels et des **conflits conjugaux** du fait d'une confusion pour le partenaire entre les éléments relevant de la personnalité et les manifestations pathologiques dans le comportement de la patiente :

**P3:** *"Ben l'acte en lui-même ... je l'aimais bien... mais euh... comme je ressentais rien pour moi ... je l'aimais bien... mais je me disais dans ma tête «il est nul au lit». Mais c'était pas lui en fait, c'était moi (...). Mais les trucs psychotropes c'est vraiment hard (...). Vous ressentez rien, pour nous c'est désagréable mais même pour le partenaire en fait qui se dit « elle prend pas de plaisir ». Ca peut créer des conflits, des malaises, « je suis avec une poupée gonflable »."*

## 6.4. Schématisation



**Figure 5** - La sexualité des patientes contrariée par la symptomatologie du trouble psychotique et les soins psychiatriques qui en découlent

## 7. Les bénéfices d'une satisfaction à l'égard de leur sexualité

### 7.1. Les bienfaits psychologiques

Les patientes expliquent les bienfaits psychologiques d'une vie sexuelle satisfaisante pouvant participer à un amendement progressif de la symptomatologie négative.

Au premier plan, elle permet une **revalorisation individuelle** avec une majoration de l'estime de soi et de la confiance en soi associée à un **effet anxiolytique** :

*P1: “Ça joue parce que c’est psychologique et quand on a de l’affection au niveau du sexe ca nous reconforte ca nous donne envie de se battre dans cette vie”*

*P3: “C’est vrai que quand on a un rapport on est euphorique, on est jovial, on se sent bien (...) la sexualité, la tendresse c’est prolongé, ça fait du bien, ça a un effet sur le long terme.”*

*P5: “Je pense que si on est comblée sexuellement et bien le moral irait mieux(...) il n’y a pas que le sexe non plus, mais je pense que si on est bien sexuellement, je pense que ça va bien moralement aussi”*

Elle contribue aussi au **sentiment d’intégration dans la société** par l’identification à l’entité sociale que représente le couple, à savoir l’appartenance aux codes sociaux de la population saine (être en couple, avoir une relation stable, avoir des rapports sexuels) :

*P3: “Si j’ai des rapports sexuels c’est que j’ai un compagnon, si j’ai un compagnon je vais me sentir un peu mieux, ça va me sortir de la déprime ou ca va être un défouloir, il va me permettre d’extérioriser, de beaucoup de choses en fait (...) à me sentir mieux et petit à petit j’ai retrouvé confiance en moi, je me sentais plus nulle parce qu’automatiquement s’il était avec moi je me disais « je suis pas folle », il me revalorisait en fait (...) Avoir quelqu’un, avoir de l’amour, ressentir de l’amour c’est un moteur de guérison ”*

## **7.2. Les bienfaits physiques**

Les patientes mettent en avant **l’effet cathartique** des relations sexuelles. Elles expriment un **relâchement physique** en réponse à un besoin instinctuel :

**P1:** *“Ça fait un grand bien de faire l’amour, c’est un soulagement, c’est « pfiouuu » c’est comme si qu’on a un truc qui nous fait du bien.”*

**P3:** *“MC: Est- ce que la sexualité peut impacter votre maladie ?*

*Bah nan... enfin ça soulage! (...) L’acte en soit-même ça fait du bien”*

### **7.3. Les bienfaits sur le couple**

La sexualité est un **renforceur du couple** grâce à une intimité partagée créant une connexion privilégiée entre deux individus :

**P3:** *“C’est quelque chose ... ça devrait être symbolique vraiment un échange ... c’est important les échanges de fluides de ceci de celà, ça marque en fait. C’est notre corps, nos émotions, notre intimité”*

*“Y’a qu’une personne avec qui ça a été fusionnel comme ça, même s’il y a plus d’amour, mais sexuellement parlant ce mec il parle à mon corps. Et c’est une personne quand je suis avec, j’ai pas honte, je suis pas honteuse de ma lâcher etc”*

**P4:** *“C’est un ciment du couple je pense”*

**P5:** *“Moi je pense que quand on est bien avec son partenaire je pense que la sexualité a vraiment un rôle dans le couple (...) je trouve que quand on a un rapport ça amplifie l’amour qu’on a pour son partenaire, parce que je trouve que c’est un moment où on ressent des choses qu’on peut pas ressentir habituellement et je trouve que le fait d’avoir des relations c’est très important dans un couple”*

## 8. Les conséquences d'une sexualité non satisfaisante

### 8.1. Les incidences psychologiques

La souffrance psychique créée par une insatisfaction sexuelle peut être liée à **l'inadéquation entre sexualité et niveau d'engagement du partenaire dans la relation** provoquant un sentiment de déception voire de trahison :

**P1:** *“La dernière [expérience sexuelle] c'était pas terrible parce que des promesses, des promesses (...) Bah ... délaissée bah de dire que bah voilà il n'y a pas d'amour dans cette vie alors qu'au départ c'est des je t'aime bien et après ils changent vite leur veste quoi. Moi je me projette avec cette personne”*

Ou à **l'inadéquation entre sexualité et valeurs morales**. Les patientes mentionnent alors des idées de culpabilité, de regrets ou de manifestations anxieuses :

**P3:** *“Mais c'était pas par amour c'était juste pour le sexe et encore une fois que c'est fini, comme c'est pas par amour, on se sent pas bien, ben moi en tout cas après une personne lambda je sais pas (...) j'ai eu des regrets, j'ai culpabilisé”*

**P4:** *“Peut-être que ça peut m'angoisser un petit peu, c'est possible, ce serait pas étonnant”*

**P5:** *“A la fin, j'étais vraiment pas bien parce que j'ai l'impression que les rapports sont répétitifs (...) J'ai pas osé au début mais comme ça me rongait de l'intérieur j'en ai parlé à mes sœurs (...) je me dis c'est pas normal de pas avoir de rapports, je trouve que c'est important”*

## 8.2. Les incidences physiques

Les conséquences peuvent être physiques avec l'apparition d'une **sensation de saleté corporelle** au décours d'un rapport sexuel non satisfaisant :

*P2: "Je me réveille le lendemain matin je me sens comme si j'allais faire un malaise, que je suis pas propre (...) Donc je suis obligée de me laver pour me sentir mieux"*

*P3: "L'acte avec n'importe qui sans amour, sans relation, juste pour l'acte maintenant je veux plus j'accepte plus, je trouve ça pas propre"*

## 8.3. Les incidences sur le couple

Une sexualité insatisfaisante engendre une **remise en question des fondements du couple** et de la projection commune dans l'avenir :

*P1: "Bah c'est pas normal ... si j'avais une personne et qu'elle considère être avec moi et qu'il n'y a jamais de relation sexuelle vous trouvez ça normal vous? (Rires)"*

*P4: "Bon normalement ce sera après un mariage mais peut-être que je me dirais si ça va pas, si ça fonctionne pas peut être que je me poserais des questions."*

*P5: "Avant on avait des rapports deux à trois fois par mois et depuis que je suis sous traitement c'est ... allez... maximum une fois par mois. Et je comprends pas non plus parce que pour moi un homme il a des désirs et je me demande si lui aussi n'a pas un blocage quelque part et ça peut pas être que de ma faute"*

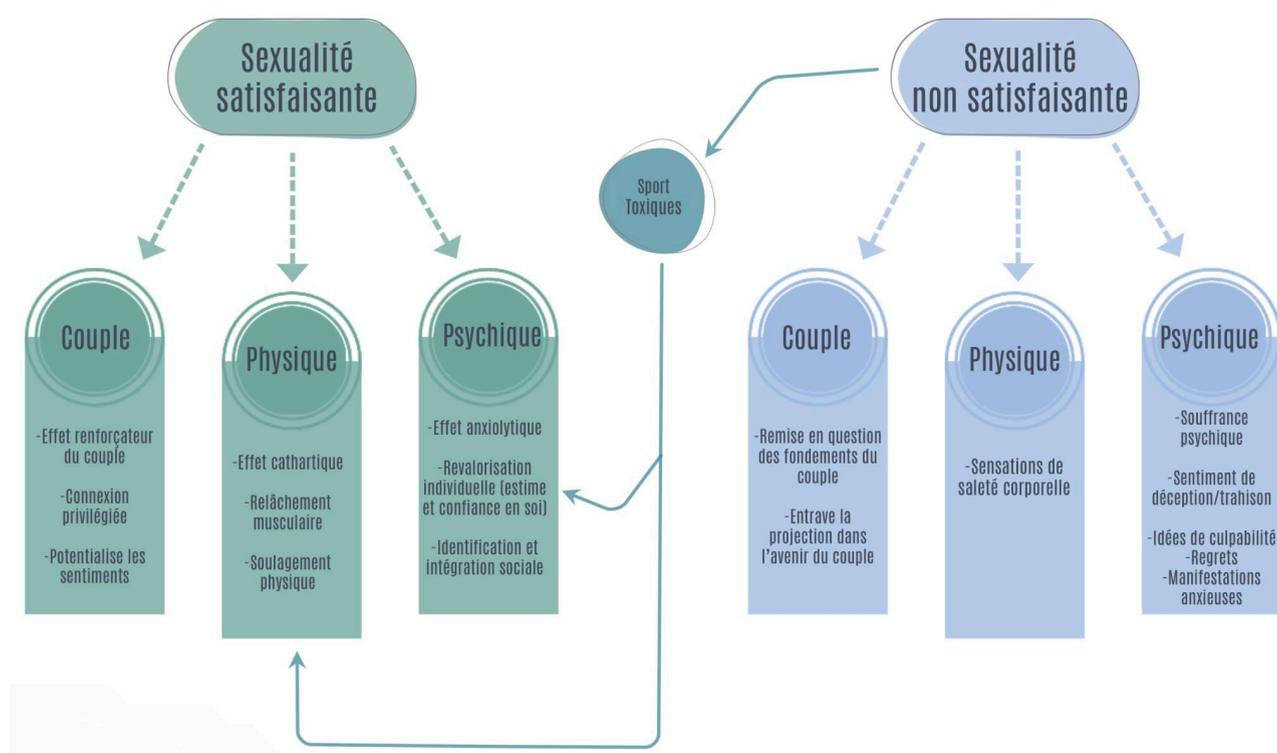
## 8.4. La mise en place de stratégies alternatives compensatrices

Une patiente utilise des stratégies alternatives à visée compensatrice comme le **sport** ou la consommation de **toxiques** face à une insatisfaction sexuelle afin d'atteindre les bénéfices équivalents à une sexualité satisfaisante :

**P3:** "Ce qui me permet de tenir, je vais beaucoup au sport, le sport ils disent c'est un truc qui crée la même molécule que le plaisir, donc j'arrive à tenir"

**P3:** "il fut un temps où je buvais et je prenais des substances ben là c'est automatique on va dire (...) j'ai voulu boire pour me sentir mieux, plus à l'aise... mais les médicaments ils étaient trop puissants, ça n'a pas marché ! Je voulais retrouver des sensations."

## 8.5. Schématisation



**Figure 6** - Les bénéfices et conséquences de la satisfaction sexuelle pour les patientes

## 9. La nécessité de maîtriser sa sexualité et ses conséquences

### 9.1. La place de la contraception

La conception est une conséquence potentiellement directe d'une sexualité active. Dans la population étudiée, les **moyens contraceptifs sont existants, intégrés et importants** dans le discours des patientes afin de se **protéger** des infections sexuellement transmissibles et de **contrôler** leurs menstruations et leur fécondité. Nous constatons qu'il s'agit majoritairement d'une réflexion portée par la femme au sein du couple:

*P1: "Très importante (...) Ah ouais entre les maladies euh de tomber enceinte (...) l'avantage avec le stérilet c'est les règles. Après y'en a qui disent c'est normal c'est hormonal et tout ça mais moi je peux pas les règles."*

*P3: "J'ai connu le père à ma fille, on s'est mis ensemble, ça fait j'avais plus besoin de protection a part la pilule mais je pouvais pas la prendre [ je prends du TEGRETOL qui est pas compatible avec la pilule] donc j'avais un stérilet et après quand je me suis séparée ça a été le préservatif (...), ça protège les MST et de tomber enceinte."*

*P4: "Je voulais pas prendre de pilule mais quand je voulais espacer mes grossesses, j'ai deux garçons, on prenait le préservatif."*

*P5: "Elle est importante (...) J'avais un stérilet auparavant mais j'étais gênée donc je l'ai enlevé et là je suis sous pilule ça va faire 1 an et demi"*

### 9.2. Une inégalité des sexes autour de la sexualité

Dans ce lien étroit entre sexualité et conception, l'inégalité des sexes s'illustre par la **responsabilité incombée à la femme d'une grossesse non désirée** :

**P1:** *“S’il y a un accident ok moi au moins je suis au protégée (...) De tomber enceinte de galérer avec l’enfant et qu’on me le prend après c’est pas la peine donc voilà. Et si la personne elle est pas en accord et que vous vous tombez enceinte et tout ça c’est vous qui allez porter le fardeau c’est pas monsieur.”*

En découle légitimement, un besoin de **maîtrise de la maternité** expliqué aussi par l’impact psychologique et physique d’une grossesse et/ou d’un accouchement qui peuvent parfois être traumatiques :

**P4:** *“Je voulais espacer mes grossesses”*

**P5:** *“Elle [la contraception] est importante parce que j’ai fait deux hémorragies à mes accouchements et à chaque accouchement je fais une dépression donc elle est très importante (...) c’est vraiment les accouchements qui m’ont fait très très peur. J’ai eu des hémorragies comme je vous ai dit aux deux accouchements et je peux pas revivre ça en fait.”*

### 9.3. Schématisation

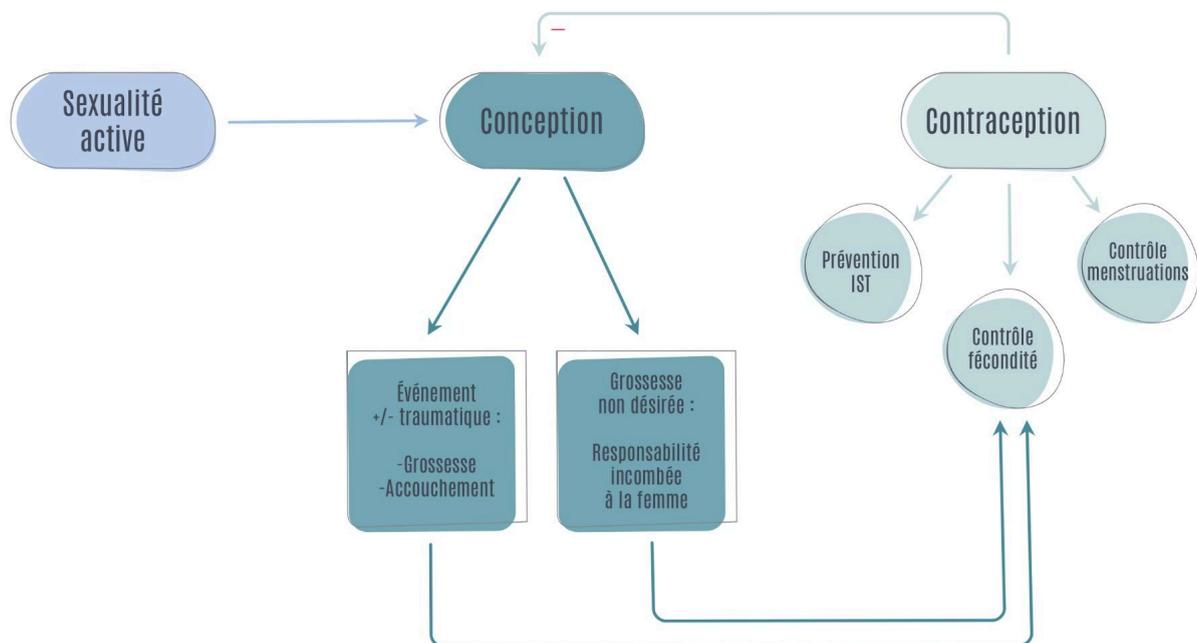


Figure 7 - La nécessité pour les patientes de maîtriser leur sexualité et ses conséquences

## 10. La sexualité : un sujet qui n'est pas abordé par les patientes avec leur médecin

### 10.1. Une thématique absente au cours du suivi psychiatrique

La sexualité est un **sujet qui n'est pas abordé spontanément** lors des entretiens psychiatriques :

*"MC: Parlez-vous de sexualité avec votre psychiatre?"*

*P1: Je lui parle de ... non."*

*P2: Non j'en ai jamais parlé."*

*P3: Non. C'est vrai que non."*

*P4: Bah non"*

*P5: Non (Rires).*

## 10.2. Les facteurs inhérents à la patiente

Les patientes expliquent avoir de la difficulté à aborder spontanément cette thématique tabou en raison d'une **pudeur** et parfois d'un sentiment de **honte** :

*P1: "Je lui parle des rencontres, oui mais non je parle pas de ... c'est trop intime."*

*P2: "Je suis un peu gênée de parler de tout ça malgré qu'il est médecin. Mais je suis trop timide, j'ai trop honte. "*

*P3: "C'est un sujet tabou... sauf si c'est elle [la psychiatre] qui en parle ... ou dans des groupes... Je vais parler plutôt d'amour, je vais pas dire « viens on va parler de sexe »"*

*P5: "Non, jamais, j'ai jamais osé (...) J'ai pas osé... j'ai honte un peu de parler de sexualité, c'est pas quelque chose dont on parle couramment (...) je me suis dit déjà elle m'aide sur ma maladie alors j'ai pas envie de l'embêter à parler de ça quoi."*

Dans d'autres circonstances, la **thématique sexuelle est reléguée au second plan** par la patiente en particulier lors d'épisode de décompensation en raison du caractère envahissant des symptômes psychiatriques qu'il s'agisse de symptomatologie positive, négative et/ou de désorganisation :

*P3: "Après, voilà dans l'état de mal-être dans lequel j'étais j'aurais pas su le verbaliser à la psy. Et même si le problème est présent, la réalité c'est que c'est un dixième de notre problème tellement on est mal à ce moment-là."*

## 10.3. Les facteurs inhérents au médecin

Le **statut** de l'interlocuteur (médecin vs psychologue), la **spécialité médicale** (psychiatre vs gynécologue) ou encore **l'identité de genre** du médecin (homme vs

femme) influent sur la liberté de parole de la patiente. En effet, elles auraient plus de facilité à échanger autour de la sexualité avec un professionnel de santé féminin spécialisé dans le domaine :

**P1:** *“J’ai un gynécologue, un monsieur, c’est gênant (...) le docteur (...) je venais d’avoir des relations, j’étais jeune, c’est un homme, c’est un peu délicat d’aller demander voilà j’ai des rougeurs ou des trucs comme ça...Ça me mettait mal à l’aise.”*

**P2:** *“Mon médecin traitant...c’est un homme, c’est pour ça que je suis un peu gênée de parler de tout ça malgré qu’il est médecin”*

**P3:** *“Je pense qu’on a plus de facilité à parler avec une personne spécialisée dedans”  
“Maintenant s’est installé un suivi avec chaque thématique (...) Avec la psychologue je parle plus de ma vie sentimentale (...) la psychologue c’est plus intime”*

#### **10.4. Les facteurs inhérents à l’environnement**

Il existe des **interlocuteurs privilégiés en dehors du monde médical**. Les interactions et l’avis de l’entourage (famille, partenaire) façonne la manière et la capacité d’aborder la question de la sexualité de façon générale y compris avec son psychiatre :

**P1:** *“Ouais je déconne de temps en temps avec ma mère c’est tout.”*

**P2:** *“Bah j’ai déjà parlé à ma mère ou ma sœur autour de moi mais ... rien.”*

**P4:** *“Bah mes sœurs hein... ma mère et tout on peut parler. Mais euh... ma famille oui...”*

**P5:** *“J’en ai pas parlé à Mme xxx mais j’en ai parlé à mon entourage (...) mes sœurs.”*

*“J’en ai parlé à mon mari hier”*

## 10.5. Un non-dit occasionnant un hiatus dans la prise en charge

S'agissant d'une thématique qui n'est pas ou peu traitée lors des consultations, il est impossible d'identifier l'impact de la prise en charge sur la sexualité et inversement. Cela peut donc être une source **d'incompréhension dans la relation thérapeutique**, c'est-à-dire d'inobservance médicamenteuse, d'irrégularité dans le suivi ambulatoire etc :

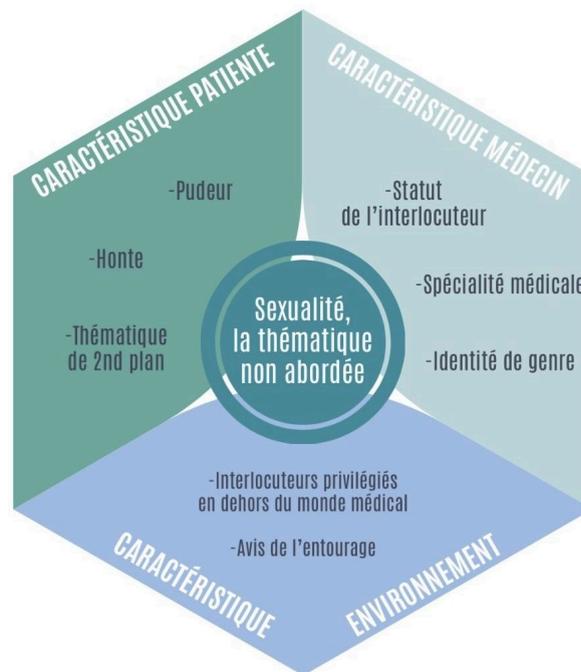
**P1:** *“J’ai dit écoutez moi je le veux plus de ce traitement, ça va pas... ah non ! (...) Non j’ai pas tout à fait expliqué ça mais j’ai dit voilà moi je ne supporte pas ce traitement, je ne suis pas bien donc elle m’a proposé d’autres traitements et puis ça allait mieux.”*

**P3:** *“MC: Est-ce que vous avez abordé avec votre psychiatre l’impact des traitements sur votre sexualité ?*

*-Non, même pas.”*

**P3:** *“Et pendant cette période où je le [ex-conjoint] côtoyais je ne la [psychologue] voyais plus. D’où le fait que quand on a quelqu’un on se sent un peu mieux (...) J’oubliais les rendez-vous, je me sentais bien.”*

## 10.6. Schématisation



**Figure 8** - La sexualité, une thématique qui n'est pas abordée par les patientes auprès de leur médecin

## 11. Les attentes des patientes envers le soignant

### 11.1. La nécessité d'une relation de confiance avec son psychiatre

L'empathie, la tolérance, la bienveillance, la patience et la réassurance sont des qualités estimées requises par les patientes pour instaurer une **alliance thérapeutique** solide et un **climat de confiance** permettant d'aborder des thématiques intimes :

**P1:** "Si elle peut dire bah voilà « tentez ça » « faites attention à ça » sans dire que voilà « non faut que t'arrêtes !» ”

**P2:** "Oui. J'aimerais parler de tout avec elle, sans gêne (...) J'aimerais qu'elle m'aide"

**P4:** *“Qu’il soit à l’écoute, patient, délicat et franchement je pense qu’il me faudrait de la douceur quand même et compréhensif tout simplement.”*

## **11.2. Les missions multiples du psychiatre**

### **11.2.1. Aborder la question**

Les patientes **attendent du psychiatre qu’il brise le tabou** en abordant la question spontanément :

**P1:** *“Ben que pour quelqu’un qui connaît ça serait d’en parler.”*

**P4:** *“Je pourrais aussi en parler avec ma psychiatre le moment venu, ça me dérangerait pas qu’elle me pose des questions dans les grandes lignes, de pas rentrer dans les détails mais ça me dérangerait pas d’en parler”*

Elles verbalisent le **bénéfice ressenti** à échanger avec un interlocuteur tiers à la famille au sujet de leur sexualité :

**P2:** *“Je l’ai bien vécu, ça m’a permis de me défouler un peu... de dire tout ce que je voulais à quelqu’un comme vous et je suis contente aujourd’hui d’avoir tout dit devant vous.”*

**P5:** *“Ça m’a fait du bien parce que je peux parler avec quelqu’un d’autre que la famille (...) Le fait d’en parler aujourd’hui ça me fait du bien parce que ça m’éclaire un petit peu”*

Et y voient un moyen de **renforcer l'alliance thérapeutique** :

*P4: "Je pense que c'est important quand même qu'elle sache où ça en est comment j'avance, je pense que c'est important d'en parler et ça me dérangerait pas de lui en parler. Parce que c'est pas anodin. C'est un acte important donc de voir comment mon corps réagirait face à ça, comment je vivrais ce renouveau"*

### **11.2.2. Faire de la prévention**

Les patientes interrogées s'estiment insuffisamment prévenues des potentiels **effets secondaires des traitements psychotropes** y compris l'éventuel impact sur les ressentis corporels et leur sexualité :

*P3: "On donne des médicaments, mais on n'explique pas les effets, les sensations, on explique pas en fait, il y a peut-être ça aussi... c'est vrai c'est pas bête: ça devrait être mis en place, de dire « bah si vous ressentez ça c'est normal... », on est obligées d'aller sur Google, surtout moi parce que je suis Madame Google. D'aller voir comme quand on a des raideurs, il y a des choses bizarres ... c'est pas expliqué. Expliquer et rassurer, prévenir. Parce que ça fait peur."*

Une des patientes souhaiterait que son psychiatre fasse de la **prévention sur les maladies sexuellement transmissibles** :

*P2: "Moi aussi j'aimerais bien savoir pour les maladies transmissibles comme le VIH etc"*

### 11.2.3. Conseiller les patientes

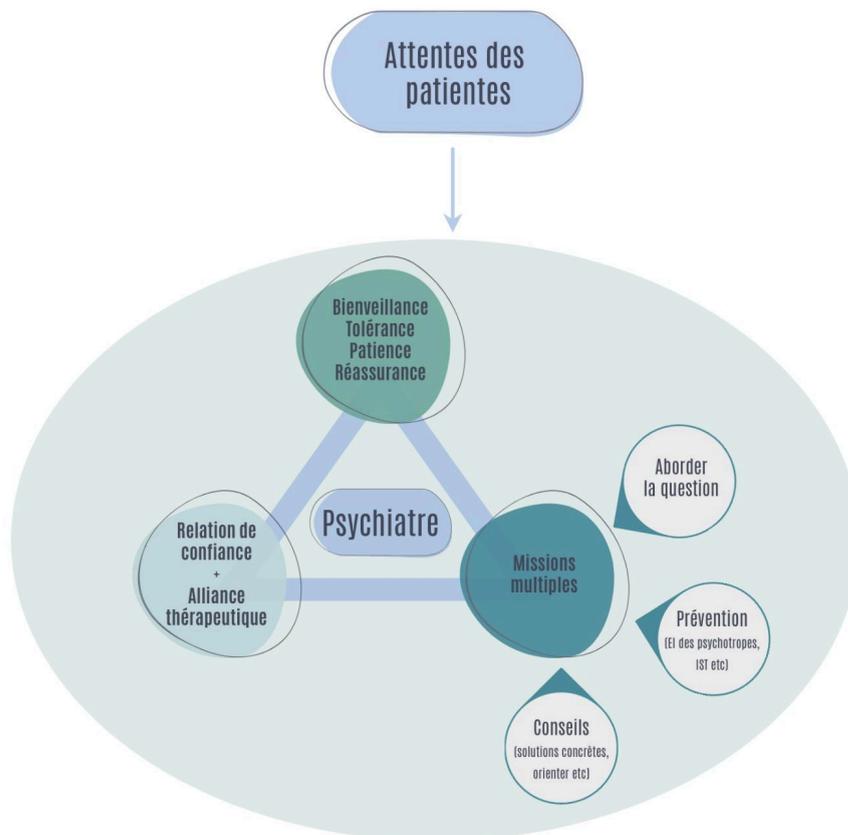
Pour finir, certaines patientes attendent **d'être conseillée** par leur psychiatre dans le cadre d'un **accompagnement global** autour de la question de la sexualité :

**P1:** "Si elle peut dire bah voilà « tentez ça » « faites attention à ça » sans dire que voilà « non faut que t'arrêtes ! ». Juste voilà qu'elle alerte si c'est bon pour moi ou pas."

**P4:** "Et puis si je rencontre un problème ou que je suis pas à l'aise par exemple j'aimerais bien avoir son avis de professionnelle là dessus."

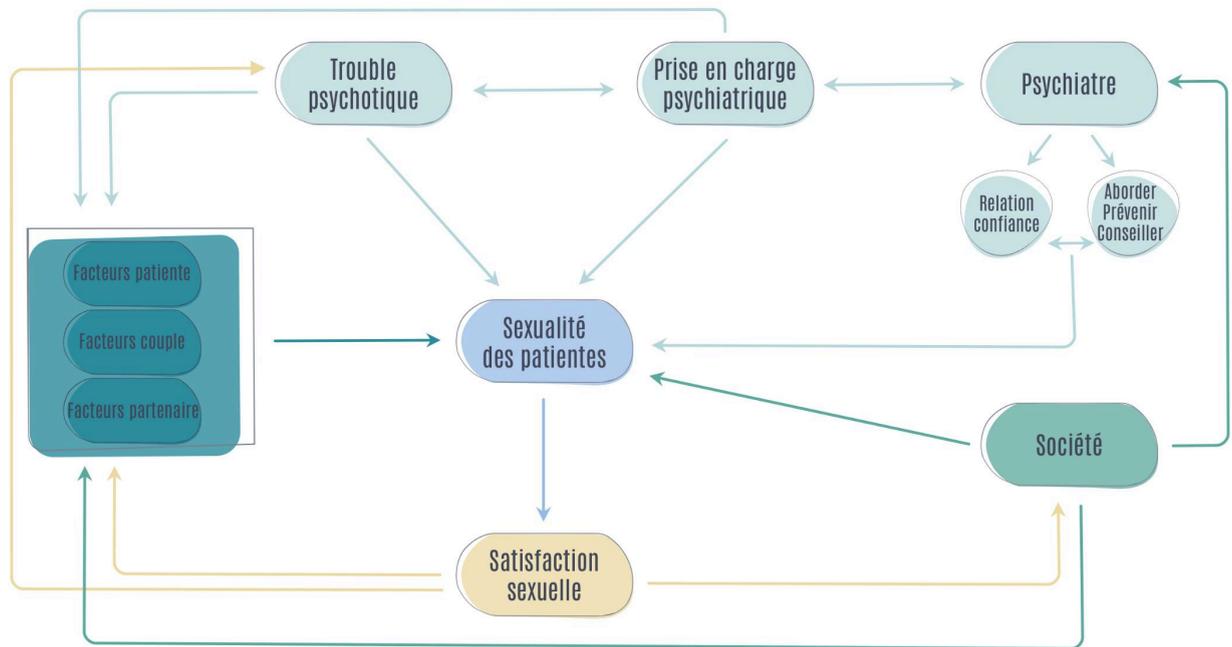
**P5:** "Bah qu'elle me conseille. Qu'elle me donne des conseils positifs, qu'elle puisse m'aider, qu'elle puisse me donner son point de vue et voilà après ..."

### 11.3. Schématisation



**Figure 9** - Les attentes des patientes envers leur psychiatre concernant la sexualité

## 12. Schématisation finale



**Figure 10** - Vécu subjectif et représentations de la sexualité chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique chronique

# Discussion

## 1. Discussion des résultats

Pour les patientes vivant avec un trouble psychotique chronique, la sexualité est une composante essentielle à leur équilibre bio-psycho-social.

Leur sexualité participe activement à leur bien être psychologique et physique et à leur intégration dans la société par leurs représentations du couple. Contrairement aux idées reçues associant la maladie mentale à une sexualité inexistante (18) ou considérée « à risques » (15), les patientes décrivent une sexualité active, primordiale dans leur quotidien et satisfaisante lorsqu'elle évolue au sein d'une relation affective duelle, exclusive et hétérosexuelle. La sexualité est alors décrite de façon conventionnelle sans que la masturbation, les pratiques sexuelles moins classiques ou les diverses orientations sexuelles ne soient intégrées dans leurs représentations de la sexualité. Nous pouvons alors nous interroger sur la part d'autocensure et/ou de tabou sociétal concernant ces résultats. Le stéréotype d'une sexualité hétéronormative, pénétrante dans un contexte d'obligation conjugale reste bien ancrée et semble participer à la construction globale de leur sexualité.

Bien que la société prône aujourd'hui l'importance de la santé sexuelle chez tout individu quelles que soient ses spécificités (6)(8), elle reste pourvoyeuse d'injonctions paradoxales et stigmatisantes pour les patientes notamment vis-à-vis de leur partenaire. Ces résultats entrent en résonance avec la littérature qui rapporte une discrimination négative dans 27% des cas pour les patients schizophrènes par rapport à leur vie intime et sexuelle (13).

La sexualité des patientes peut, en effet, être fragilisée par l'évolution chronique de la maladie psychotique notamment lors des épisodes de décompensation du trouble à l'origine de modifications des perceptions de soi et des autres. En dehors des épisodes de décompensation, les patientes décrivent un désir sexuel individuel intact, comme retrouvé dans certaines études (13). Ces résultats peuvent s'expliquer par la forte proportion de patientes ayant un trouble schizo-affectif dans notre échantillon car ces patientes seraient moins sujettes aux dysfonctions sexuelles que les patientes souffrant d'un trouble schizophrénique (25). Nous pouvons alors supposer que la composante thymique du trouble psychotique entraîne une relation singulière à la sexualité. En effet, les périodes actives de la maladie se caractérisent par une exaltation de l'humeur associée parfois à une augmentation de l'appétit sexuel, une hypersexualité et une désinhibition sexuelle. Cette symptomatologie peut rester résiduelle lors des périodes de stabilisation et pourrait peut-être expliquer la moindre propension aux dysfonctions sexuelles chez ces patientes.

Concernant les psychotropes, les patientes décrivent un bouleversement sensoriel à l'introduction thérapeutique souvent source d'une nostalgie de la phase de décompensation sur le plan sexuel. Les modifications du comportement de la patiente induites par la maladie psychiatrique et/ou par la phase d'adaptation thérapeutique sont perçues par les patientes comme ayant aussi un impact majeur sur le partenaire en raison d'une possible confusion entre la personnalité de sa compagne et les manifestations pathologiques de la maladie. Le couple étant directement impacté par les changements parfois brutaux de l'appétit sexuel et des pratiques sexuelles souhaitées par la patiente. En conséquence, elles rapportent des expériences thérapeutiques à l'origine d'une modification du désir sexuel (inhibition/exacerbation) et d'autres effets indésirables (prise pondérale, sécheresse des muqueuses, sédation) pouvant mener à une mauvaise observance thérapeutique voire une rupture thérapeutique. Les études montrent, en effet,

qu'après un an, 50% des patients présentant des dysfonctions sexuelles interrompent leur traitement et 75% après deux ans (15). Lorsque l'équilibre thérapeutique est obtenu avec une atténuation voire une disparition de la symptomatologie psychotique et après une période de réappropriation corporelle, les patientes recouvrent un équilibre quant à leur désir sexuel pour leur partenaire.

À propos des attentes des patientes envers le psychiatre sur la question de la sexualité, plusieurs études montrent que 90% des patients souhaiteraient que le sujet soit traité au cours d'une consultation médicale. 15% évoquent une gêne à l'idée d'aborder cette thématique. Parmi ces 15%, 75% d'entre eux attendent tout de même que le sujet soit amené directement par le médecin (19). Dans notre étude, toutes les patientes interrogées ont exprimé le souhait que le sujet de la sexualité soit traité avec leur psychiatre afin de permettre une meilleure prise en charge globale et renforcer l'alliance thérapeutique. Elles attendent de lui qu'il aborde spontanément la question, qu'il fasse de la prévention et qu'il les conseille avec bienveillance dans le cadre d'une relation de confiance médecin-patient.

Face à ce constat, comment expliquer que les psychiatres n'abordent pas la question de la sexualité avec leurs patients ? En effet, moins d'un tiers des psychiatres aborde régulièrement la question de la sexualité à plus de 80% de leurs patients (12). Dans notre étude, l'ensemble des patientes interrogées confirme que le sujet n'est pas abordé en consultation. Au-delà du manque de formation en sexologie, aborder la sexualité avec les patientes c'est aussi se confronter en tant que psychiatre, et individu à part entière, à ses propres représentations de la sexualité et ses propres tabous. Il semble néanmoins, selon les patientes, que la responsabilité d'être proactif sur la question de la sexualité incombe au médecin afin de favoriser des soins de meilleure qualité et répondre aux besoins des patients.

Nous voyons dans cette réflexion une forme d'idéalisation de la relation avec le psychiatre et nous pourrions également présumer que les troubles de la sexualité ne soient pas abordés du côté de la patiente par anticipation d'une éventuelle réponse médicale en faveur d'un changement de molécule face à des effets indésirables invalidants. Sachant qu'un switch thérapeutique est une période à risque de décompensation du trouble psychotique pour les patientes, ne pas aborder les effets indésirables en consultation peut relever d'une stratégie d'évitement pour la patiente comme pour le soignant.

## **2. Discussion de la méthode**

L'intérêt pour la santé sexuelle dans la schizophrénie augmente depuis la fin du XXème siècle avec de plus en plus d'études scientifiques publiées à ce sujet. En parallèle, depuis 2017, la formation des professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire fait partie des objectifs du Ministère de la Santé et des Solidarités (8). C'est pour ces raisons qu'il est d'autant plus surprenant que le CPP n'ait pas jugé nécessaire d'avoir un avis favorable pour la réalisation de cette étude. En effet, dans le cadre de cette Thèse de Docteur en Médecine, un protocole de recherche élaboré avec l'aide de la F2RSMPsy a été déposé au CPP qui a statué avec les termes suivants : « cette étude n'entre pas dans le champ de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique qui définit les Recherches Impliquant la Personne Humaine comme des "recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales" ».

Cette réponse incite à la réflexion et nous pouvons nous questionner sur le consensus scientifique autour des études qualitatives. Jusqu'à récemment, les méthodes qualitatives étaient utilisées uniquement dans le domaine de la sociologie et seules les

études quantitatives, fournissant une preuve statistique, étaient considérées comme valables d'un point de vue scientifique. L'idée selon laquelle certains phénomènes nécessitent une recherche sur l'expérience subjective du patient est récente, considérée comme une méthode pouvant être complémentaire des méthodes quantitatives afin d'améliorer la qualité de soins. La conclusion du CPP indique peut-être une vision encore stéréotypée de la recherche qualitative qui n'apporterait pas de gain d'intérêt d'un point de vue scientifique ni de données médicales valables sur les patientes, par opposition à la recherche quantitative.

Par ailleurs, il s'agit aussi peut-être de la preuve que le chemin est encore long pour que la sexualité soit considérée comme une information médicale et que la sensibilisation à l'importance de la santé sexuelle chez les patients devrait être renforcée auprès des psychiatres.

À ce jour, la majorité des études menées sur le sujet offrent des résultats statistiques globaux plus qu'une approche expérientielle des patientes (13). La singularité de cette étude repose donc sur le choix d'une analyse qualitative en IPA qui est la méthode la plus pertinente pour appréhender le vécu subjectif, les représentations et les besoins des patientes en matière de sexualité. En effet, le choix d'une méthode qualitative a permis de proposer aux patientes souffrant d'un trouble psychotique un espace inédit d'expression autour de la sexualité. Le caractère exploratoire des questions ouvertes lors des entretiens semi-dirigés nous donne l'occasion d'être au plus près de l'expérience des patientes. L'analyse a été réalisée de façon rigoureuse et approfondie permettant une analyse détaillée du cas particulier afin d'appréhender le plus précisément possible le ressenti des patientes. La subjectivité imposée par l'analyse qualitative a été contrôlée par la triangulation des sources et des chercheurs. Les données médicales obtenues par cette

recherche complètent les résultats statistiques des études quantitatives précédemment menées.

Cependant, cette étude présente plusieurs limites. La première notable concerne l'effectif réduit lié principalement aux critères d'inclusion restrictifs et la difficulté à recruter des participantes volontaires pour aborder cette thématique intime et tabou. Il reste toutefois acceptable au vu de la méthodologie utilisée. En effet, la littérature recense des travaux en IPA dont les effectifs varient entre 1 et 14 participants pour une moyenne de 9 participants (35).

Nous pouvons également nous questionner sur le profil des patientes incluses dans l'étude. Seules les patientes sensibles à la question de la sexualité et réellement intéressées pour en échanger ont accepté de participer à l'étude. De plus, l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale des patientes souffrant d'un trouble psychotique chronique du fait de l'exclusion des patientes sous mesure de protection et la sur-représentation du trouble schizo-affectif dans la population recrutée. L'ensemble de ces éléments laisse à penser qu'il existe un biais de sélection. L'échantillon est considéré ici comme une "perspective" amenant une réflexion collective plutôt qu'une population qui permettrait la validité externe de l'étude.

Ensuite, concernant la méthodologie du recueil de données, il existe un biais de déclaration du fait d'une probable inhibition de la participante causée par le caractère inconnu pour elle de l'interlocuteur et la présence d'un dictaphone. Abordant une thématique tabou lors de l'entretien, il se peut effectivement que de façon consciente ou inconsciente, les patientes omettent ou déforment certains aspects de leur sexualité voire

racontent une sexualité idéalisée qui correspondrait à leurs représentations d'une sexualité conventionnelle.

Enfin, concernant la qualité des données utilisées, la nécessité de nombreuses relances et reformulations en lien avec les caractéristiques parfois déficitaires de la population ont pu être source d'induction involontaire dans les réponses des participantes à l'origine d'un biais de l'observateur. Nous notons aussi l'absence de saturation des données dans cette étude, c'est-à-dire du moment où l'inclusion s'arrête lorsque la dernière participante incluse n'apporte pas de données supplémentaires sur le sujet étudié, qui est un critère de qualité en recherche qualitative. Néanmoins, la méthode d'échantillonnage par la saturation des données est inappropriée en recherche IPA qui exige un échantillon de petite taille, raisonné et homogène. Ainsi, afin de garantir l'homogénéité de cet échantillon, un travail de sélection des participantes est une condition préalable à l'analyse en IPA. Il s'agit donc d'un recrutement sélectif des participantes qui pourront répondre le plus précisément possible aux questions du guide d'entretien dans l'objectif d'apporter un maximum d'informations sur le sujet étudié afin de comprendre au mieux ce même sujet.

### **3. Perspectives**

Cette étude apporte une approche expérientielle de la sexualité chez les patientes souffrant d'un trouble psychotique chronique, complétant les données scientifiques quantitatives actuelles. Les résultats globaux concordent avec les résultats de la littérature et renforcent l'idée selon laquelle il est nécessaire lors des entretiens médicaux d'explorer la sexualité en tant que fonction instinctuelle mais aussi à visée renforçatrice de l'alliance thérapeutique favorisant ainsi l'observance médicamenteuse.

Cette étude pourrait être complétée par une étude avec un échantillon plus important qui serait plus représentatif de la population psychotique générale en incluant notamment les patientes sous mesure de protection judiciaire. Une analyse des dysfonctions sexuelles selon le diagnostic psychiatrique (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant persistant) et une analyse des facteurs associés aux dysfonctions sexuelles seraient pertinentes afin d'affiner les données scientifiques actuelles. Nous pourrions également interroger les soignants en psychiatrie sur leurs représentations quant à la sexualité des femmes psychotiques puisque nos patientes nous confirment qu'ils n'en parlent pas spontanément lors des consultations.

Devant le constat que la persistance de ces troubles sexuels aurait un impact négatif important sur la santé mentale des patients, sur la satisfaction des patients à l'égard du traitement, de l'observance et de la relation thérapeutique (18), nous pourrions envisager également une étude d'évaluation d'un outil de psycho-réhabilitation centré sur la vie affective et sexuelle.

## Conclusion

Contrairement aux idées reçues sur la sexualité chez les patients souffrant d'une maladie mentale, pour les patientes vivant avec un trouble psychotique chronique, la sexualité est primordiale et définie comme un processus dynamique avec des variations normales du désir et du plaisir sexuel dans le temps. La sexualité ne se réduit pas à l'acte sexuel en lui-même, elle résulte plutôt d'une interaction intime entre la patiente et son partenaire alliant sentiments amoureux et sensualité. Cette sexualité s'est construite par expériences et influences de la société qu'il s'agisse d'éducation sexuelle dans l'enfance et/ou d'injonctions sociétales établies autour d'une sexualité conventionnelle et hétéronormée dans l'inconscient collectif.

La maladie psychotique de part l'expression de ses symptômes et de la prise en charge psychiatrique qui en découle fragilise et contrarie cette sexualité considérée comme primordiale à l'équilibre psychique des patientes. Les troubles de la sexualité apparaissent lorsque la sexualité est source de souffrance pour la patiente du fait d'une insatisfaction sexuelle pérenne et/ou lorsqu'elle a un impact négatif sur le partenaire ou sur le couple.

L'hétérogénéité des facteurs d'influences sur la sexualité ne permet pas d'offrir une réponse unique sur les perturbations de la vie sexuelle des patientes souffrant d'une maladie psychotique chronique. En revanche, il semble que le psychiatre aît un rôle fondamental dans l'exploration de ces perturbations qu'il s'agisse de prévention, de conseils et d'orientation afin de favoriser une prise en charge globale et de meilleure qualité à ces patientes.

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b> Diagramme de flux de l'étude	19
<b>Figure 2.</b> Les représentations de la sexualité chez les patientes	30
<b>Figure 3.</b> Les caractéristiques individuelles des partenaires influencent la sexualité des patientes	39
<b>Figure 4.</b> L'influence de la société sur la sexualité des patientes	45
<b>Figure 5.</b> La sexualité des patientes contrariée par la symptomatologie du trouble psychotique et les soins psychiatriques qui en découlent	53
<b>Figure 6.</b> Les bénéfices et conséquences de la satisfaction sexuelle pour les patientes	58
<b>Figure 7.</b> La nécessité pour les patientes de maîtriser leur sexualité et ses conséquences	61
<b>Figure 8.</b> La sexualité, une thématique qui n'est pas abordée par les patientes auprès de leur médecin	65
<b>Figure 9.</b> Les attentes des patientes envers leur psychiatre concernant la sexualité	68
<b>Figure 10.</b> Le vécu subjectif et les représentations de la sexualité chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique chronique, schématisation finale	69

## Références bibliographiques

1. Lakhdari S. Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud. Savoirs et clinique [Internet]. 2007 [cité 6 févr 2024];8(1):201-9. <https://www.cairn.info/revue-savoirs-et-cliniques-2007-1-page-201.htm>
2. Veronique. Charcot à la Salpêtrière - Europ Explo Charcot à la Salpêtrière [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2024]. <https://www.europexplo.com/charcot-a-la-salpetriere/>
3. La marche vers la loi - Événements - Anniversaire loi Veil - Assemblée nationale [Internet]. [cité 6 févr 2024]. <https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi#>
4. Que reste-t-il des interdits judéo-chrétiens en matière de sexualité ? [Internet]. 2016 [cité 6 févr 2024]. <http://agis.fr/que-reste-t-il-des-interdits-judeo-chretiens-en-matiere-de-sexualite/>
5. Knop AJJ, Spengler S, Bogler C, Forster C, Brecht M, Haynes JD, et al. Sensory-Tactile Functional Mapping and Use-Associated Structural Variation of the Human Female Genital Representation Field. *J Neurosci*. 9 févr 2022;42(6):1131-40.
6. Santé sexuelle [Internet]. [cité 13 juin 2023]. <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
7. Feuille de route 2021-2024 de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle [Internet]. 2021 [cité 13 juin 2023]. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/feuille-de-route-2021-2024-de-la-strategie-nationale-de-sante-sexuelle>
8. Stratégie nationale de santé sexuelle - Feuille de route 2018-2020 [Internet]. 2018 [cité 13 juin 2023]. <https://www.promosante-idf.fr/actualites/strategie-nationale-de-sante-sexuelle-feuille-de-route-2018-2020>
9. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry* [Internet]. 1 nov 2014 [cité 22 déc 2023];29(8, Supplement):625. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933814003150>
10. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry* [Internet]. 20 juin 2012 [cité 23 mai 2024];12(1):64. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-64>

11. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 24 nov 2023]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f405565289>
12. Seitz T, Ucsnik L, Kottmel A, Bitzer J, Teleky B, Löffler-Stastka H. Let us integrate sexual health-do psychiatrists integrate sexual health in patient management? Arch Womens Ment Health. août 2020;23(4):527-34.
13. Huguelet P, Bianchi-Demicheli F, Mohr S, Yaron M, Perroud N, Boucherie M. Désir et pratiques sexuelles chez les femmes souffrant de psychose. Rev Med Suisse [Internet]. 16 sept 2015 [cité 13 juin 2023];486:1691-5. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-486/desir-et-pratiques-sexuelles-chez-les-femmes-souffrant-de-psychose>
14. Korchia T, Achour V, Faugere M, Albeash A, Yon DK, Boyer L, et al. Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 1 nov 2023;80(11):1110-20.
15. Dallon C, Abraham G. Psychose et sexualité. Rev Med Suisse [Internet]. 18 mars 2009 [cité 13 juin 2023];195(11):635-7. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-195/psychose-et-sexualite>
16. Martin-Du Pan R, Baumann P. Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements. Rev Med Suisse [Internet]. 26 mars 2008 [cité 13 juin 2023];150(12):758-62. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-150/dysfonctions-sexuelles-induites-par-les-antidepresseurs-et-les-antipsychotiques-et-leurs-traitements>
17. Soldati L. Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique. Rev Med Suisse [Internet]. 16 mars 2016 [cité 13 juin 2023];510:544-7. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-510/troubles-sexuels-chez-les-patients-atteints-d-un-trouble-psychiatrique>
18. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. Schizophr Bull. 1997;23(4):623-35.
19. Mangion G. La sexologie en médecine générale: point de vue des praticiens, et acceptabilité du repérage précoce - intervention brève dans le Nord. 2023. [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2023/2023ULILM053.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM053.pdf)
20. Masson E. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle [Internet]. [cité 13 juin 2023]. <https://www.em-consulte.com/article/818833/les-questionnaires-recommandes-en-medecine-sexuelle>

21. Miele C, Lacambre M, Moulin V. Exploration dimensionnelle des interactions sexualité/handicap psychique. Exemple d'application dans le champ de la psychose schizophrénique. *Sexologies* [Internet]. 1 janv 2022 [cité 13 juin 2023];31(1):61-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136021000839>
22. Melou F, Mélou C, Michaël G. L'éthique des petits pas dans le quotidien du travail : approche par une analyse phénoménologique interprétative. *Bulletin de psychologie* [Internet]. 2022 [cité 23 nov 2023];Numéro 575(1):43-55. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2022-1-page-43.htm>
23. Interpretative phenomenological analysis. [Internet]. [cité 23 nov 2023]. <https://psycnet.apa.org/record/2003-06442-003>
24. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. mars 2005;162(3):441-9.
25. www.unitheque.com. Référentiel Collège de Psychiatrie et Addictologie [Internet]. [cité 24 nov 2023]. <https://www.unitheque.com/referentiel-college-psychiatrie-addictologie/l-officiel-ecni/presses-universitaires-francois-rabelais/Livre/349976>
26. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 2005 [cité 13 juin 2023];81(2):21-7. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-21.htm>
27. Herder T, Spoelstra SK, Peters AWM, Knegtering H. Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. *J Sex Med*. 28 juin 2023;20(7):965-76.
28. Koenig-Flahaut M, Castillo MC, Blanchet A. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie* [Internet]. 2011 [cité 13 juin 2023];Numéro 514(4):339-46. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-4-page-339.htm>
29. McCann E. The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *J Adv Nurs*. juill 2000;32(1):132-8.
30. Un cerveau nommé désir - Éditions Odile Jacob [Internet]. [cité 6 févr 2024]. [https://www.odilejacob.fr/catalogue/sciences-humaines/ethologie/un-cerveau-nomme-desir\\_9782738134219.php](https://www.odilejacob.fr/catalogue/sciences-humaines/ethologie/un-cerveau-nomme-desir_9782738134219.php)
31. Masters of Sex - Série (2013) [Internet]. [cité 6 févr 2024].
32. Libres! Manifeste pour s'affranchir des diktats sexuels de Diglee, Ovidie, Anne-Claire Thibaut-jouvray, Diglee - Album | Editions Delcourt [Internet]. [cité 25 janv 2024].

<https://www.editions-delcourt.fr/bd/series/serie-libres-manifeste-pour-s-affranchir-des-diktats-sexuels/album-libres-manifeste-pour-s-affranchir-des-diktats-sexuels>

33. Barker LC, Vigod SN. Sexual health of women with schizophrenia: A review. *Front Neuroendocrinol.* avr 2020;57:100840.
34. Schlagdenhauffen R. Parler de sexualité en entretien. Comment rendre publics des propos privés. *Hermès, La Revue* [Internet]. 2014 [cité 17 sept 2023];69(2):34-8. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2014-2-page-34.htm>
35. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française* [Internet]. 1 déc 2017 [cité 17 juill 2023];62(4):373-85. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033298416300012>
36. Jovelet G. Psychose et amour. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2010 [cité 13 juin 2023];86(8):677-84. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-8-page-677.htm>
37. Confluence des Savoirs. 3 mai 2017 : Un cerveau nommé désir : sexe, amour et neurosciences (Conférence entière) [Internet]. 2022 [cité 6 févr 2024]. <https://www.youtube.com/watch?v=pUsiRmk-VCs>
38. Ressources et guides [Internet]. [cité 14 juin 2023]. <https://www.f2rsmpsy.fr/rubrique-269.html>
39. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue* [Internet]. janv 2015 [cité 25 févr 2024];15(157):50-4. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
40. (PDF) L'analyse interprétative phénoménologique [Internet]. [cité 17 juill 2023]. [https://www.researchgate.net/publication/312590966\\_L'analyse\\_interpretative\\_phenomenologique](https://www.researchgate.net/publication/312590966_L'analyse_interpretative_phenomenologique)
41. Gelin Z. Introduction à l'Interpretative Phenomenological Analysis. 16 octobre 2013. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Introduction-%E2%80%A6-IIPA.pdf>

# Annexes

## Annexe 1. Lettre d'information pour les patientes

**LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS  
POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE**

***SEXUALITÉ CHEZ LES FEMMES SOUFFRANT D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE. APPROCHE  
QUALITATIVE.***

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre de la réalisation d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine qui concerne les expériences et les représentations de la sexualité chez les femmes vivant avec un trouble psychotique au long cours.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

**Justification de l'étude :**

La sexualité est un sujet tabou notamment pour les patients souffrant de pathologie mentale. La sexualité peut fortement impacter la qualité de vie du patient et c'est ainsi que les troubles de la sphère sexuelle sont l'une des causes les plus fréquentes d'inobservance thérapeutique. Malgré ce constat, il s'agit d'une question peu explorée au cours de l'entretien psychiatrique.

**Objectifs de l'étude :**

L'objectif final de l'étude est de mieux aborder la sexualité chez les femmes vivant avec un trouble psychotique chronique afin d'améliorer le suivi et la prise en charge globale.

**Déroulement de l'étude :**

Je suis Marion CABOCHE, interne en psychiatrie adulte, et je vous recevrai en entretien individuel afin d'aborder votre vécu, vos représentations, vos expériences et vos projections dans l'avenir concernant la sexualité. L'entretien se déroulera dans un endroit calme et adapté dans votre CMP habituel et selon vos disponibilités. Il durera 30 à 45 minutes. Notre échange sera enregistré et anonymisé.

**Bénéfices de l'étude :**

Nous espérons que cette étude permettra une amélioration de la prise en charge globale des patientes vivant avec un trouble psychotique au long cours.

**Résultats :**

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France ([contact@f2rsmpsy.fr](mailto:contact@f2rsmpsy.fr)).

**Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :**

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès du médecin responsable : *Dr Stéphane POT, chef de pôle et praticien hospitalier en psychiatrie adulte à l'hôpital Lucien Bonnafé - Établissement Public de Santé Mentale de L'Agglomération Lilloise, site Roubaisien.*

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous a proposé de participer à cette étude ou auprès du responsable du traitement, le promoteur de la recherche: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) 211 rue du Général Leclerc – 59 350 Saint-André-lez-Lille (contact@f2rsmps.fr)

L'absence de réponse aux questionnaires de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre aux questionnaires fera quant à lui office de non-opposition de votre part.

Si vous vous sentez mal à l'aise à la sortie de l'entretien individuel et que vous ressentez le besoin d'échanger avec un professionnel de santé, contactez votre CMP ou un service d'urgence.

-59G12 : CMP Philippe PAUMELLE, 74 avenue de la Fosse aux chênes à ROUBAIX. Tél: 0320282570

-59G14 : CMP ERASME, 33 rue Lille à ROUBAIX. Tél:0328330160

-3114: Numéro national de prévention du suicide.

-Service des urgences de l'hôpital Victor PROVO, 11 boulevard Lacordaire, CH de Roubaix.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

## Annexe 2. Guide d'entretien semi-dirigé

### **I-Sexualité et vécu subjectif**

- Quelle importance accordez-vous à la sexualité dans votre vie?  
*Relance: Quelle est la place de la sexualité dans votre vie?*
- Pour vous, qu'est ce qui peut influencer votre sexualité/désir sexuel?  
*Relances: Qu'est ce qui la stimule? Qu'est ce qui la freine?*
- Si vous vous sentez suffisamment à l'aise, que pourriez-vous me dire de votre dernière expérience sexuelle?  
*Relance: Comment vous êtes-vous sentie?*
- Quelle est la place de la contraception dans votre vie?  
*Relance: Avez-vous un moyen de contraception ? Qu'est ce qui motive votre choix ?*

### **II-Vécu de la maladie et de la prise en charge**

- Quel impact votre maladie a-t-elle sur votre sexualité?
- Quel est l'impact de la prise en charge psychiatrique sur votre sexualité?  
*Relance: il y a-t-il des choses dans votre suivi actuel qui influent sur votre sexualité?*
- Pensez-vous que votre sexualité peut impacter votre maladie?

### **III-Attentes des patientes envers le soignant**

- Parlez-vous de sexualité avec votre psychiatre?  
*Relance: Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de lui?*
- Avez-vous des interlocuteurs avec lesquels vous vous sentez à l'aise d'aborder la sexualité?

### **IV-Développement psycho-sexuel**

- Quelle éducation sexuelle avez-vous reçue?  
*Relance: Dans quel contexte vous a-t-on parlé de sexualité pour la première fois?*
- Si vous vous sentez suffisamment à l'aise, pourriez-vous me parler d'une expérience sexuelle qui a été marquante pour vous ?
- Avez-vous connu des périodes sans activité sexuelle ?  
*Relance: Qu'est ce que vous avez ressenti?*

### **V-Projections dans l'avenir et sexualité**

- Qu'est ce qu'une vie sexuelle épanouie selon vous?  
*Relance: À quoi ressemblerait une vie sexuelle idéale à vos yeux?*
- Concernant la sexualité, qu'attendez-vous de votre partenaire?  
*Relance: Comment décririez-vous le partenaire idéal ?*

### **VI- Conclusion**

- Est-ce qu'il y aurait des aspects sur la sexualité que nous n'avons pas abordé et que vous aimeriez partager?
- Comment avez-vous vécu l'entretien?

### **VII-Recueil d'informations sur la patiente**

- âge
- niveau d'étude/profession
- statut matrimonial
- GxPx

### Annexe 3. Grille COREQ, traduction française

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1: Équipe de recherche et réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.Marion CABOCHE	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.Validation du 2ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, M</i>
3.Interne en psychiatrie	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.Inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.Interne en psychiatrie. Réalisation d'une étude sur la sexualité dans le cadre de la rédaction d'une thèse de docteur en médecine.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.Interne en psychiatrie	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2: Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.Analyse inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.Échantillonnage raisonné théorique	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.Téléphone puis face-à-face	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.Cinq	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.Six refus d'emblée. Deux	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer

rétractations. Ne souhaitent pas aborder leur intimité avec un interviewer inconnu.		ou ont abandonné ? Raisons ?
<b>Contexte</b>		
14. Bureau du centre médico-psychologique habituel pour la participante	Cadre de la collecte de donnée	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Âge, niveau d'étude/profession, statut matrimonial, GxPx, diagnostic psychiatrique	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
<b>Recueil des données</b>		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable auprès d'internes en médecine générale et psychiatrie	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretien répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Entretien individuel d'une durée moyenne de 31 minutes et 53 secondes	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Non nécessaire	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3: Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24. Deux. L'auteur et un chercheur pour le codage thématique. L'auteur seul pour le codage axial.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. NVivo	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<b>Rédaction</b>		

29.Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative 2015;15(157) *Kinesither Rev*: 50–54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>. (38)

**AUTEUR : Nom :** CABOCHE **Prénom :** Marion

**Date de Soutenance :** 29/10/2024

**Titre de la Thèse :** Sexualité chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique chronique. Approche qualitative.

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** Médecine

**DES + FST ou option :** Psychiatrie

**Mots-clés :** psychiatrie, sexualité, santé sexuelle, désir sexuel, trouble psychotique, schizophrénie, trouble schizo-affectif, psychose.

### **Résumé :**

**Introduction:** La sexualité est un sujet tabou empreint de stéréotypes et de représentations contradictoires notamment pour les patients souffrant de pathologie mentale. Les dysfonctions sexuelles sont présentes chez 55,4% des hommes et 60% des femmes souffrant de schizophrénie et représentent l'une des causes majeures d'inobservance thérapeutique. Pourtant, la sexualité est une fonction instinctuelle peu explorée au cours de l'entretien psychiatrique. L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu subjectif et les représentations autour de la sexualité directement auprès de patientes vivant avec un trouble psychotique chronique. L'objectif secondaire est de déterminer les attentes des patientes à l'égard des soignants concernant cette question.

**Matériel et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur l'Analyse Phénoménologique Interprétative d'entretiens semi-dirigés. Cinq patientes ont été incluses à partir de la file active de psychiatres au sein de l'EPSM-AL. Le recueil des données a eu lieu en mars 2024 par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés individuels fondés sur un guide d'entretien élaboré avec la F2RSMPsy. L'analyse des verbatim s'est faite à l'aide du logiciel « NVivo ».

**Résultats :** Pour l'ensemble des patientes interrogées, la sexualité est primordiale pour leur équilibre bio-psycho-social. Cette sexualité s'est construite par expériences et influences de la société. La maladie psychotique de part l'expression de ses symptômes et de la prise en charge psychiatrique qui en découle fragilise cette sexualité considérée comme nécessaire à leur équilibre psychique. Les troubles de la sexualité apparaissent lorsqu'une insatisfaction sexuelle pérenne est exprimée par la patiente ou lorsqu'elle a un impact négatif sur le partenaire ou sur le couple. Les patientes attendent du psychiatre qu'il aborde spontanément la question de façon bienveillante et sans jugement.

**Conclusion :** Pour les patientes vivant avec un trouble psychotique chronique, la sexualité ne se réduit pas à l'acte sexuel en lui-même. Les variations du désir et du plaisir sexuel sont considérées comme normales dans le temps. L'hétérogénéité des facteurs d'influences sur la sexualité ne permet pas d'offrir une réponse unique sur les perturbations de la vie sexuelle des patientes. L'ensemble de ces facteurs doivent être pris en compte par le psychiatre qui a un rôle fondamental dans le dépistage des dysfonctions sexuelles.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Madame le Professeur Mathilde HORN

**Assesseur :** Madame le Docteur Hélène MORIZUR

**Directeur :** Monsieur le Docteur Emmanuel AZOUGUI