

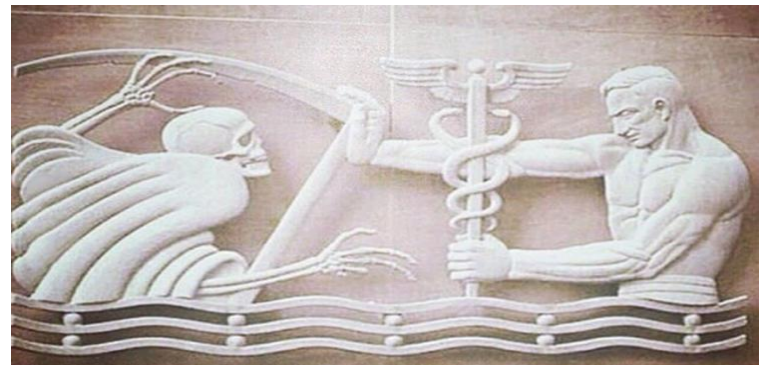
# LA SEXUALITÉ EN PHASE PALLIATIVE

*RICHARD CLAUTIAUX  
PSYCHOLOGUE ET SEXOLOGUE  
SERVICES UROLOGIE  
CHU-HÔPITAUX DE ROUEN*



# PLAN

- Introduction : pourquoi parler de sexualité ?
- Quelle(s) sexualité(s) ?
- Les freins à la sexualité
- Les aides à la sexualité
- Clés de communication
- Vignettes cliniques (non disponibles)
- Ce qu'il faut retenir



# Introduction : pourquoi parler de sexualité ?

**OMS : 2006 : santé sexuelle, approche positive, expériences sexuelles agréables et respect, aspect central de l'être humain, Et plus seulement prévention des IST / grossesses et absence de pathologies**

En parallèle, le développement des SP → vie et sexualité = vie aussi...

Donc vie → sexualité et soins palliatifs...

Et puis surtout, la demande émerge de + en +.

Face aux symptômes et aux tr. Sexuels au cours des maladies, les patients osent en parler... Et les professionnels osent en parler aussi...

Le sujet existe enfin !

# Introduction : pourquoi parler de sexualité ?



Sexualité ≠ Fonction sexuelle et coït

Sexualité : processus où l'on donne et reçoit un plaisir sexuel associé à un sentiment d'appartenance ou d'acceptation par l'autre

Intimité : euphémisme répandu pour parler de la fonction et des rapports sexuels.

- Le terme intimité convient mieux au « partage identitaire », à l'acceptation mutuelle, à la proximité et à la réciprocité; il est davantage lié aux communications qu'à la fonction sexuelle.
- Quelle soit agie ou pensée
- voire même refusée, réfutée ou interdite
- Elle existe pour TOUT LE MONDE...

# Introduction : pourquoi parler de sexualité ?

Bien être sexuel = Indice de qualité de vie++

La sexualité apporte des bénéfices incontestables pour la santé :

- bien être (*endorphines*)
- Antihypertenseur (*dopamine*)
- Réduction du stress, de l'anxiété (*ocytocine*)
- Réduction de la dépression, meilleur sommeil (*sérotonine*)
- Maintient physique, moindre diabète (*testostérone*)
  
- A l'inverse, **frustration sexuelle = facteur de déséquilibre** physiologique et psychologique

# Quelle(s) sexualité(s)?

**Il y a des milliers de façons de vivre sa sexualité, de faire l'« Amour »...!!**

La maladie = mise à distance de la sexualité...

La mort = mise à distance encore plus grande

Le corps en fin de vie = « Soins palliatifs » devient une extension de la personne et parfois, elle peut-être réduite à ce corps \*

Mais l'esprit ? La psyché ?

Fin de vie = temps d'une forme de bilan ; Temps où s'affronte la mort à venir, la mort ressentie (pulsion ?)

Que deviennent les pulsions ?



# Quelle(s) sexualité(s) ?

Nous sommes des êtres sexués, sexuels, et de sexualité.

Plusieurs facteurs conditionnent la sexualité :

- niveaux physio (endocrino-neuro-vasculaire...),
- psycho (intra et inter),
- conjugal,
- éducatif,
- environnemental,
- religieux,
- et sexuel (histoire, pratiques, autorisations)

Et l'âge, bien sur, car il existe pour chacun un vieillissement sexuel physiologique

# Quelle(s) sexualité(s) ?

Et la libido dans tout cela?

- d'où vient cette pulsion ?
- Comment s'exprime-t-elle ?
- Trouve-t-elle toujours une modalité d'expression ?
- Va-t-elle s'inscrire dans l'individu, dans le couple ?
- A-t-elle une fin (finitude, but) ?

Evaluation du mode de fonctionnement du couple... (quels motifs de sexualité)

Il se peut que le couple soit confronté à une « nouvelle » sexualité car nombreux changements :

- Rapports intimes
- +/- pénétration\*
- Tendresse
- Sexualité non-coïtale\*



# Quelle(s) sexualité(s) ?

Etude de Redelman (2008):

- l'importance accordée à la sexualité varie peu avec la maladie
- **Par contre, l'expression de la sexualité change...**
  - **Elle est moins physique**
  - Diminution progressive des contacts sexuels
  - Augmentation des rapports verbaux et non-coïtaux :
    - Proximité physique
    - Câlin
    - Le toucher
    - Les baisers
    - Les regards expressifs



# Quelle(s) sexualité(s) ?

Conséquences au niveau du couple :

- Restructuration+++ → changement de rôle, de place dans le couple
- Sollicitation? Ou Abandon? Ou recherche d'adaptation ?
- **On est pas « de principe » prêt aux changements**

L'investissement libidinal, dans ce contexte, est très souvent déplacé, sublimé, intellectualisé : (MDD face à frustrations)

ce qui l'oblige à se « **déguiser** » sous une autre forme pour devenir plus acceptable / supportable.

Ce sont les Mécanismes De Défense (MDD) psychologiques propres À l'individu qui vont se charger de lui trouver une nouvelle forme.



# Les freins à la sexualité

La sexualité de pénétration va être dépendante de nombreux facteurs limitants = Dysfonctions Sexuelles (DS) :

Impact Physiologique :

- **Traitements :**

- **Anti hypertenseurs**
- Diurétiques
- Digitalines
- Hypocholestérolémiantes
- **Antiandrogènes (Cancer Prostate)**
- (Médicaments Oestrogéniques\*)
- Antiulcéreux
- **Psychotropes (Neuroleptiques, Antidépresseurs, Anxiolytiques, antiépileptiques)**
- Drogues (Héroïne, cocaïne, MDMA, LSD, Cannabis, alcool...)
- **Cytotoxiques (chimiothérapies)**

# Les freins à la sexualité

## **Les grands facteurs non médicamenteux :**

**Age :** ménopause, DALA, modifications corporelles et physio

## **Maladies Chroniques :**

- Vasculaires, Neurologiques, Endocriniennes, cellulaires
- Modifications anatomiques\*, Physiologiques
- Etat général ? Handicap ? Psychiatrie ?

## **Maladies aiguës...**

- **Les troubles cardio-respiratoires, infectieux, etc.**

## **Les mésententes conjugales...**

**Le stress :** Adrénaline = active système sympathique et blocage système parasympathique → puissante réorganisation anti-sexualité \*

# Les freins à la sexualité

**Psychologiquement = Annonce de la maladie et de son évolution :**

**→ Affronter n'est pas facile...**

- Non-guérison / Crainte de la mort / achèvement de la vie / crise existentielle / Temps du bilan / envie de partir...
- → idée de sa propre finitude
- Temps qui passe, modifications physiques, dégradations du corps (image, symptômes, handicaps)
- Evolution des réactions sexuelles (Baisse désir, excitation, réponse sexuelle, plaisir, attractivité)
- Les traitements prescrits, subits, effets secondaires néfastes.
- Le changement des habitudes, parfois du lieu de vie...

# Les freins à la sexualité

**Le regard des équipes : Gène ? Incompréhension ?\*  
dégout ?**

**→ Normalité / Moralité**

Etude de Redelman (2008)

Motifs avancés par les soignants pour ne pas aborder le sujet :

- peur de choquer, être indiscret, inopportun
- Comprendre inclusion de la sexualité dans les soins
- pas à l'aise avec discours patient s/ sexualité
- connaissances insuffisantes sur le sujet
- angoisse p/r pratiques, ethnies, âge, handicap
- sexualité = domaine d'un autre professionnel
- manque de temps ou intimité
- confiance limitée dans communication du domaine de l'intime

*Souvent le soignant se range dans une position médicale (Impact des TTTs sur ménopause, érection, fertilité), et moins dans la réflexion.*

# Les aides à la sexualité

Il peut exister un moment où certaines conditions sont réunies (pour le patient) et où il se sent en capacité...

Et puis il y a la communication (cf chapitre suivant).

**Et le fait que les personnes ont besoin, parfois, d'avoir « l'autorisation de ... »**

Notre rôle est simplement de s'assurer que les conditions sont possibles pour permettre un temps de :

- rencontre
- et d'intimité

**Et ce qui se passe une fois la Porte refermée ne nous Appartient pas...!**



# Les aides à la sexualité

Comment réussir une sexualité face au corps médicalisé, abîmé, vieillissant ?

- D'abord, il y a l'Amour (Attachement) « *L'amour ne voit pas avec les yeux, mais avec l'âme* » William Shakespeare
- Il peut y avoir du morcellement, de l'organicisme (se centrer sur une partie perçue comme érotique chez l'autre)
- Il y a la tension sexuelle
- **Parfois, il y a le Viagra® (Ou Cialis®, Vitaros®, Edex®...) et les lubrifiants...**

Cela aide les gens à se trouver, se retrouver et s'aimer.  
Et parfois, le fait de **savoir qu'ils pourraient le faire**, suffit...



# Les aides à la sexualité

Du côté des équipes : dépasser les MDD des soignants :  
Déni, évitement, vulnérabilité, projection

→ **Les patients ne sont pas des « pervers sexuels »**

Le patient face à sa sexualité renvoie au soignant sa propre attitude face à sa sexualité...

Comment apporter un accompagnement vers un épanouissement sexuel si côté soignant :

- ne se l'autorise pas pour lui-même
- ne peut pas (pour différentes raisons)
- a une sexualité pas / peu épanouissante
- n'a pas de sexualité

# Clés de communication

Confrontation à l'Hyper-présence...  
Que ce soit à l'Hôpital ou à la maison...

Le patient est-il seul ?  
A-t-il des moments d'intimité ?  
A-t-il des moments d'intimité seul ?  
Se sent-il autorisé à en faire la demande ?

Et nous ?  
Sommes-nous prêt à lui laisser ce temps ?  
À comprendre cette nécessité ?  
→ Qu'elle soit utile / utilisée ou non ?  
  
→ Comment répond-on aux besoins du patient  
(proactif / laisser-libre) ?

# Clés de communication

D'abord et avant tout :

- NE PAS JUGER! et NE PAS TOURNER AUTOUR DU POT
- si on est mal à l'aise, le patient le sera aussi

Place de la sensorialité (toucher, vision, olfaction, audition, goût)

- Perçue, vécue, partagée
- Envahissante, gênante , inquiétante
- Douloureuse, dégoûtante, aversive

Place du rapport à l'autre :

- Couple / conjugalité / co-habitation (1 ou 2 lits ?)

Soins palliatifs chez soi :

- Intimité, proximité, dualité

Soins palliatifs en institution (\*affiche : un temps pour soi)

- Collectivité, distance, pluralité

# Clés de communication

Les personnes attendent AVANT TOUT que ce soit le soignant qui aborde le sujet.

- **Le faire avec tact, questions ouvertes, des mots simples**
- Dès que l'occasion se présente
- Ce qui compte c'est se positionner en interlocuteur potentiel (c'est selon que l'on se sent prêt / disponible / capable)
- Le tempo du patient ce n'est pas le tempo du soignant, donc c'est quand lui est prêt.
- Identifier les personnes ressources au cas où il faudrait passer la main.



# Ce qu'il faut retenir

## Aimer l'autre et le désirer fait partie du mode de communication des couples

Aborder ce problème n'est pas simple, mais ce doit être une démarche essentielle, saine et qui devienne habituelle.

### → Se former pour informer

- Le tempo du patient ce n'est pas le tempo du soignant.
- éviter les frustrations qui font mal et renferment

La libido et l'affectivité **dépendent du temps psychique\*** et ce n'est pas le temps biologique



# Ce qu'il faut retenir

Bien être sexuel = Indice de qualité de vie

Bénéfices psychologiques :

- Améliore l'estime de Soi
- Amélioration de l'estime de l'Autre
- Favorise le maintien des liens d'attachement
- Lutte contre la dépression, l'anxiété, l'insomnie
- Améliore la concentration et la mémorisation
- Calme les tensions agressives (liées à la testostérone => lien libido fort)
- Apporte un état de détente (post orgasmique) puissant... et durable\*

# Ce qu'il faut retenir

L'attitude des gens nous surprendra toujours.

Il est fondamental de laisser une dimension à l'autre, cette dimension qui n'appartient qu'à lui = son jardin secret...

Il faut accepter que l'Autre est différent de Soi

Offrir un temps et un lieu peut suffire à une personne pour se donner du « bon » temps.

Le temps qui reste est, parfois, suffisant pour se dire que l'on (s')aime.



# CE QU'IL FAUT RETENIR

**Nous n'avons pas à nous demander si cela est possible de faire l'amour quand on est en SP**

Nous ne devons pas juger la sexualité de l'Autre

Nous avons à nous demander si on peut mettre en place des conditions suffisantes pour permettre aux patients de vivre en intimité un temps partagé, un temps qui n'appartient qu'à eux, **pour eux.**

**Tête à tête, corps à corps, cœur à cœur...**(\*M-L GAMET, Sexologue)

**La ligue contre le cancer : livret Onco-sexualité à paraître (nov-déc 2019)**





**Merci de votre attention**



# **BIBLIOGRAPHIE**

**Médecine sexuelle : Fondements et pratiques (2016)  
Frédérique Courtois et Mireille Bonnierbale. Ed Lavoisier**

**Redelman (2008): Is there a place for sexuality in the Holistic  
Care of Patients in the Palliative Care Phase of Life ?  
(American Journal of Hospice and Palliative Medecine; April  
2008) (lien sur Google Scholar pour l'article avec articles  
connexes).**