

La sexualité en psychiatrie : la fin d'un tabou, la fin d'une profanation ?

Bertille PATIN, Stéphane HEAS.
IFCS, UFRAPS, Rennes

Résumé

Quel est l'impact du VIH en psychiatrie ? Cette recherche de terrain vise la compréhension des représentations de la sexualité des malades psychiatriques construites par les infirmiers et les psychiatres. Elle montre que troubles psychiatriques, VIH et sexualité constituent un trio impensable. La structure anthropologique fait s'articuler une sexualité naturelle *versus* une sexualité culturelle et son caractère sacré *vs* profane, dans une institution censée vierge de toute souillure où le trouble mental serait porteur de violences sexuelles ou d'absence de désir. Elle détermine les pratiques professionnelles sacrées veillant à l'inhibition des relations sexuelles *vs* les pratiques sexuelles profanes admises hors les murs.

Le conflit entre caractère sacré *vs* profane de la sexualité s'actualise alors dans le caractère sacré de la thérapeutique *vs* profane de l'action éducative, ne permettant pas une approche (réaliste) humaine de la sexualité des malades psychiatriques.

Mots clefs : sexe, sacré, psychiatrie, représentations sociales, structure anthropologique.

La sexualité des Français est, aujourd'hui, largement investiguée par des enquêtes notamment quantitatives : les comportements sexuels, mais aussi les sentiments et les représentations afférentes, tous vecteurs de plaisir érotique, sont amplement médiatisés. Tel sondage précise les pratiques normales¹, celles qui se développent, voire celles qui régressent. Les rapports au corps sont largement bouleversés par l'omniprésence de la nudité dans les publicités quotidiennes, par la multiplication de *talk show* et autre *reality show*, de reportages télévisuels ou dans les magazines dévoilant largement la sphère privée. Le sexe semble omniprésent dans les médias, si ce n'est dans la vie quotidienne.

“ Les connaissances quantifiées sur les comportements sexuels ont d'abord été produites par la démographie, centrée sur la fécondité, mais s'intéressant au choix du conjoint, à la cohabitation juvénile, à l'âge du mariage, à l'usage de la contraception, etc. ” (Lhomond, 1999). Depuis ces premières enquêtes, les précisions apportées apparaissent “ diaboliques ” : la sphère sexuelle privée semble transparente. Ainsi, telle émission précise la sexualité des adolescents en France en 2002 : “ c'est en moyenne à l'âge de 14 ans que les adolescents connaissent leur premier baiser, à

¹ Dans le sens statistique du terme.

l'âge de 17 ans leur première expérience sexuelle ou bien 86% des adolescents entre 11 et 18 ans ont déjà vu un film pornographique². Certains s'en émeuvent au point de convoquer un nouveau *Big Brother* (Brune, 2000) : le sexe ne serait plus tabou, il aurait perdu son caractère privé, voire sacré. Les barrières n'existeraient plus qui interdiraient de montrer corps sexué et corps sexuel au tout venant dans les sociétés modernes. D'autres soulignent la libération sexuelle que des auteurs controversés appelaient de leurs vœux il y a plusieurs décennies (par exemple, Reich, 1972). Le sexe dans les médias ne constituerait que la face émergée d'une révolution corporelle et sexuelle plus globale, et peut-être salutaire.

Les moyens techniques récents permettent, en effet, largement aujourd'hui de montrer sa propre vie sexuelle quotidienne qu'elle soit extraordinaire ou non : la *Webcam* (caméra via Internet) et les téléphones portables avec écran sont des vecteurs efficaces et peu onéreux. Ces prouesses technologiques permettent sans doute le développement de réseaux plus ou moins formels : ils peuvent faciliter des rencontres réelles à partir d'échanges virtuels (Poutrain, 2003). L'Internet comme espace de liberté véhicule nombre d'images pornographiques : "enquête sur la face cachée d'Internet" (Revel, 2000). Les sondeurs, quant à eux, ont grandement affiné leurs démarches d'enquête : les méthodes usuelles du questionnaire ou de l'entretien utilisent de plus en plus l'Internet. Elles recueillent essentiellement des déclarations, si ce n'est des discours : la quantification et la publication des résultats permettent à tout un chacun de se tenir au courant des comportements sexuels "de ses voisins". La réalité même de ces propos n'abuse que les personnes qui le souhaitent. En effet, les biais de telles enquêtes sont connues depuis longtemps maintenant : exagérations pour faire bonne figure, omissions plus ou moins conscientes, travestissements de la réalité, etc. A ces titres divers, la transparence sexuelle apparaît somme toute relative et médiée soit à des outils technologiques iconiques, soit aux filtres reconnus de la figuration sociale (Goffman, 1968). Le sexe dont il s'agit recouvre par conséquent des images et des mots... c'est-à-dire des vecteurs sociaux classiques et largement contrôlés par les instances normatives comme l'école, la famille, et plus généralement l'Etat, les différents milieux professionnels, les médias eux-mêmes, etc.

Qu'en est-il de la sexualité des individus qui pour un moment bref ou d'une manière plus chronique ne se situent/ne sont pas situés exactement dans la norme ? Qu'en est-il, par exemple, de la sexualité des patients psychiatriques ? Elle semble largement mystérieuse, si ce n'est taboue. Les représentations qu'ont les professionnels de la sexualité des malades en général et des personnes relevant de la psychiatrie en particulier, ont fait l'objet d'une recherche de terrain entre 1994 et 1995, qui s'inscrit dans un questionnement plus large se rapportant au problème de l'infection à VIH en psychiatrie (Patin, 2000). Cette manière d'aborder la question est indirecte puisque les personnes souffrant de troubles psychiatriques n'ont pas directement la parole. Par contre, cette manière d'appréhender la réalité privilégie le regard des soignants, ceux qui quotidiennement et professionnellement s'occupent, gèrent, soutiennent, aident les patients dans leur vie désemparée, et le plus souvent douloureuse. Cette vie psychiatrique est plurielle. Tous les patients ne sont pas hospitalisés sur de longues périodes, ni même "internés". Par contre, leur vie quotidienne est largement bouleversée par des difficultés qu'ils assument plus ou moins seuls, plus ou moins bien. Cet encadrement de leur vie est une caractéristique essentielle : elle transforme radicalement les possibilités de rencontres, de contacts avec autrui. Les réseaux de

² www.casediscute.tm.fr.

sociabilité sont susceptibles d'en pâtir à court ou moyen terme, le mal être psychologique, a fortiori la "maladie" mentale, demeurent stigmatisées, même si les soins psychologiques et psychiatriques, privés et publics, sont importants et largement diffusés en France.

La sexualité est immanquablement transfigurée par la position particulière de patient psychiatrique. Les soignants, eux-mêmes, participent consciemment ou non à cette vie particulière. Et surtout, que pensent-ils de la sexualité de leurs patients notamment si leur "maladie mentale" se double d'une infection largement stigmatisante comme le VIH ? Que font-ils lorsqu'ils s'y trouvent confrontés ? Quels sont les éléments récurrents des représentations sociales du sexe en psychiatrie ? Telles sont quelques-unes des questions abordées ici.

Troubles psychiatriques, VIH et sexe : un trio impensable ?

L'infection VIH induit à coup sûr des images sexuelles : cette transmission virale même s'il elle ne se limite pas aux relations sexuelles, loin s'en faut, véhicule un ensemble de stéréotypes, voire de rumeurs. Le VIH intervient dans les interactions quotidiennes qu'on le veuille ou non. Il interfère davantage encore dans les situations nodales d'une vie humaine : premières rencontres, a fortiori premières relations sexuelles, entrée dans une relation soignante plus ou moins imposée, etc. La maladie VIH a été tour à tour attribuée à des relations sexuelles ethniques, voire zoophiles, à des individus toxicomanes, homosexuels ; puis, les modes de transmission non sexuelle ont été mis au jour : transfusions sanguines, interventions chirurgicales, etc. Cette variation étiologique même a largement complexifié l'étiquette sociale de la maladie. Dans ce cadre mixant étologies profane et scientifique, rumeurs, stéréotypes plus ou moins racistes, machistes, et vérités objectives, le VIH combine un ensemble de stigmatisations plus handicapantes les unes que les autres. Concernant aussi le sexe, le VIH a largement contribué sans doute à la non reconnaissance d'une sexualité propre aux patients dont il est question ici, au renforcement si ce n'est à la mise en place d'un tabou puissant et efficace déniait toute activité sexuelle compréhensible aux Autres (les patients en psychiatrie par opposition aux soignants dans le même secteur de soins, et plus largement aux autres, hommes et femmes).

Les formes du déni sexuel

Cette complexité sociale explique sans doute les difficultés rencontrées et verbalisées par les soignants interrogés pour attribuer une infection VIH aux malades et plus largement aux patients dont ils s'occupent. En effet, un *premier constat* précise ce point. Lorsque les professionnels décrivent les répercussions de la maladie mentale sur l'individu, ils ne font pas référence d'emblée à la sexualité des malades qui paraît comme "oubliée" dans les discours si ce n'est par

un seul infirmier sur les 80 interviewés³. Le tabou semble opérer pleinement : l'Autre (le patient psychiatrique) apparaît différent aussi dans son rapport à autrui : pas de sexe, pas de désir ? Comment ce déni peut-il s'articuler ? Les soignants considèrent-ils implicitement que seule la sexualité hors psychiatrie existe, est valable ? Les patients psychiatriques sont alors rejetés dans les limbes de la société : ils relèvent d'un ailleurs précisé par l'étiologie médicale et parfois par les murs d'enceintes psychiatriques lorsque les patients sont hospitalisés...

Deuxième constat, une différence apparaît entre les deux groupes professionnels (infirmiers et psychiatres) quand la question leur est plus particulièrement posée. Ils se rapportent alors à des savoirs différents.

Les infirmiers s'appuient tantôt sur des cas rencontrés dans leur pratique, tantôt sur un savoir collectif pour répondre “ *tout le monde sait que...* ”. Dans ce cadre, les relations sexuelles sont connues, reconnues, sues de tous : le sexe semble banalisé et non pas tabou, encore moins sacré. Exit le déni ? Rien n'est moins sur. Tout se passe comme si le prétendu savoir du sens commun fonctionnait comme un écran permettant de ne pas interroger la réalité du sexe en psychiatrie. L'invisibilité du sexe se couvre paradoxalement d'une connaissance banalisée de la pratique sans, toutefois, être véritablement verbalisée. Les pratiques sexuelles du patient ne sont pas interrogées comme catégorie spécifique, encore moins comme indicateur pertinent de rémission du mal être, voire de guérison. Ces professionnels du soin se fondent aussi parfois sur un savoir profane marqué par une conception hygiéniste des relations sexuelles lesquelles, selon qu'elles sont présentes ou absentes, peuvent améliorer ou altérer l'état mental. Le discours recueilli prend la forme d'une boutade humiliante : “ *Ils ont tellement peu de vie sexuelle que... Ça doit drôlement leur monter à la tête !* ” (Jean Michel, infirmier en province, 55 ans). Cette conception reprend des représentations hygiéniques historiquement importantes : le corps comme circuit hydraulique sur le modèle de la machine à vapeur (Héas, Léziart, 1999). Ce modèle a été largement actualisé par les méthodes de relaxation modernes qui sous couvert d'une auto et/ou d'une hétérorégulation permettent de gérer les stress extérieurs comme les stress intérieurs à l'homme (Héas, 1996). Les relations sexuelles permettent l'échappement des tensions à la fois sur un modèle masculin, celui de l'éjaculation spermatique... mais aussi sur celui de l'hystérie entendue comme dérangement de la matrice (Charcot, 1998). Dans ce cadre représentationnel, l'absence de sexe perturbe sans aucun doute l'individu, mais aussi les personnes qui sont en relation directe avec lui (à savoir les soignants et les autres patients).

Les psychiatres, en revanche, se réfèrent davantage à leur expérience clinique et à la formation qu'ils ont reçue. Leurs approches théoriques sont parfois divergentes. Ainsi, certains psychiatres, en référence aux théories psychanalytiques évoquent la perturbation de la sexualité déterminante de la maladie mentale “ *Pour le Freudien que je suis, la perturbation de la sexualité est même à la base de beaucoup de maladies mentales* ” (Alain, psychiatre Paris, 40 ans). Ce que d'autres réfutent d'une manière radicale, si ce n'est, véhémentement : “ *La sexualité est un des symptômes de son fonctionnement personnel. Ce n'est pas la sexualité qui va faire qu'on est malade ou pas malade. Ça, c'est les théories analytiques...* ” (Bertrand, psychiatre Paris, 35 ans). Le savoir

³ Les différentes méthodologies employées ne seront pas précisées en détail ici. 80 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 40 infirmiers normands et de 40 psychiatres. 197 questionnaires ont été exploités, ils incluaient des scénarios présentant des caractéristiques dégagées à partir de l'analyse des entretiens.

devient clef de voûte de l'argumentaire déployé : étant donné l'ambivalence scientifique de la psychanalyse, il n'est pas étonnant de rencontrer des oppositions aussi radicales. Les soubassements théoriques des pratiques médicales et psychologiques sont aussi hétérogènes que, parfois, inconciliables (Zarifian, 1988).

Les catégories du sexe en psychiatrie : une véritable structure anthropologique ?

Même si les professionnels puisent dans des savoirs différents, leurs analyses sont sensiblement les mêmes. Les catégories extraites de l'analyse de contenu semble s'accorder aux contours d'une polarisation (Lévi-Strauss, 1968). Ils définissent ainsi la sexualité des malades mentaux dans ses rapports à des normes comportementales qui permettent de repérer des modifications qualitatives et quantitatives. D'une part, la sexualité *déviant*e comme la sexualité perverse, criminelle, la pédophilie, l'exhibitionnisme, etc., est opposée à la sexualité *normale*. D'autre part, la sexualité *passive* s'oppose à la sexualité *active*. Cette dernière semble définir une sexualité normale où les rôles se distribuent entre *femmes* et *hommes*. Ces catégories semblent distribuer les comportements autour de quatre pôles : véritable "carré sexuel" sur le modèle du triangle culinaire (Lévi-Strauss, 1964) ? Les valeurs attribuées aux différentes pratiques sexuelles sont sensiblement différentes comme nous le déclarent les enquêté(e)s.

Rendue acceptable quand le libre arbitre est avéré, ces oppositions en psychiatrie, renvoient à une forme de domination de certains malades sur d'autres. Un psychiatre déclare ainsi : "...*La sexualité, ça doit être autant que faire se peut chez les gens une décision libre, un choix libre, pas quelque chose d'imposée. Pour les patientes, parce que quand même, c'est quand même les hommes qui ont le rôle le plus actif, souvent... Il y a des patientes qui ont une sexualité subie, dans l'établissement, ce n'est pas un choix !*" (Jean, psychiatre province, 43 ans). Mais la sexualité des malades mentaux se définit par ses modifications quantitatives où la dialectique confronte la sexualité *pauvre ou absente* à la sexualité *débridée*. La sexualité pauvre ou absente paraît le mieux définir la sexualité des malades mentaux, alors que la sexualité débridée fait figure d'exception. Un psychiatre souligne ainsi : "*80% de nos malades ont une vie sexuelle extrêmement pauvre (...)* En gros, c'est des chiffres comme ça, mais c'est 80% ou, l'absence ou quelque fois une vie sexuelle débridée, ça arrive aussi, mais c'est plus rare quand même." (François, psychiatre province, 43 ans).

Ces modifications qualitatives et quantitatives sont mises en relation avec le caractère intrinsèque des malades mentaux et avec leur environnement. Cette bipolarité, ainsi révélée, correspond à une opposition anthropologique fondamentale qui inscrit la sexualité humaine dans une relation dialectique entre la "nature" et la "culture".

Une sexualité naturelle et/ou culturelle : laquelle est sacrée ?

L'environnement des malades mentaux participe à l'explication de la déviance, de la pauvreté ou de l'excès de leur activité sexuelle. Le cadre institutionnel participe fortement à la compréhension des comportements, sexuels ou non, possibles et surtout réels. Les représentations corporelles et

sexuelles participent et sont modifiées par l'espace et les modes de régulation humaine propres aux institutions bureaucratiques modernes. Le sexe agit et est agi pas le contexte comme nous le précisons maintenant.

L'hôpital : une institution vierge de toute souillure.

En premier lieu, la société globale est en cause : en discriminant les malades mentaux, elle fait d'eux des êtres socialement peu désirables et les ampute du choix d'un partenaire sexuel non stigmatisé. Ainsi, l'étiquette psychiatrique couplée au déni de la sexualité de ces patients complique singulièrement la rencontre de l'Autre, l'échange affectif avec ou sans sexe (Vaginay, 2002). Cette limitation concerne les malades hospitalisés d'une manière longue, si ce n'est chronique. *En second lieu*, alors même que la Charte des patients hospitalisés ne le prévoit pas, un règlement intérieur stipule de manière plus ou moins implicite selon les services de soins, que les relations sexuelles sont interdites à l'intérieur de l'enceinte hospitalière. Aussi, l'hôpital, par l'interdit de relations sexuelles qui y règne, participe, comme le soulignent plus souvent les psychiatres, à faire obstacle à l'activité sexuelle des malades. Le contrôle institutionnel limite le sexe à la masturbation, ou bien, comme l'affirment plus fréquemment les infirmiers, il oblige les patients à avoir des relations sexuelles "à la sauvette" dans le parc ou entre deux rondes infirmières. Ces dernières modalités de pratique sexuelle réfèrent implicitement ou non au débridement des comportements "dans la nature" en même temps que les ruses élaborées par les "dominés" face au contrôle instauré à l'intérieur de l'enceinte psychiatrique (Gofmann, 1971). Le sexe réel prend, alors, le plus souvent la forme d'une stratégie d'évitement des contrôles institutionnels en même temps qu'une échappatoire en dehors des murs même de l'institution. La nature devient le terrain propice (d'un point de vue idéal et réel) aux rencontres, sexuelles ou non, en dehors de ces contraintes à la liberté humaine. En outre, par sa vocation d'accueil et par la promiscuité à l'intérieur des locaux, l'hôpital est susceptible de favoriser les rencontres multiples, en même temps que certaines limitations dans le "choix du conjoint". Ces dernières réduisent les pratiques sexuelles à certaines formes comme la sodomie ou les attouchements homosexuels.

Enfin, par son ouverture sur l'extérieur l'hôpital favorise des réseaux de prostitution suspectés et finalement découverts. En effet, quelques professionnels, infirmiers et psychiatres, font état, lors de l'enquête de terrain, d'une situation grave. Dans tel établissement, un trafic est organisé par certains ouvriers d'une entreprise extérieure chargée d'effectuer des travaux dans l'enceinte de l'hôpital. Les patientes apparaissent alors doublement abusées : sexuellement et financièrement, leur rétribution se rapportant à quelques "malheureuses pièces jaunes (sic)"⁴. L'ouverture de l'hôpital sur la cité semble, en outre, permettre une certaine forme de "tournantes"⁵ : différentes situations rapportées mettent en cause "des hommes de l'extérieur" emmenant certaines patientes hospitalisées, à l'extérieur de l'hôpital pour d'abuser d'elles, "entre copains (sic)". Ces relations sexuelles en dehors de tout contrôle (médical) inquiètent légitimement, en même temps qu'elles véhiculent nombres de fantasmes. Cette réalité se retrouve dans d'autres situations moins

⁴ 20 ou 50 centimes de Francs.

⁵ Tristement célèbres en France depuis quelques années.

douloureuses a priori mais où la situation féminine n'est pas systématiquement avantageuse (Héas, Bodin, 2003⁶)...

L'interdit de relations sexuelles, référant du versant culturel de la sexualité, rend ainsi compte de la protection qu'il assure plus ou moins bien vis-à-vis du malade et de sa sexualité. Il rend, en outre, compte du caractère sacré de l'hôpital dont l'image de rigueur serait polluée par le caractère profane de la sexualité "naturelle" des malades mentaux et l'inhumanité qu'elle révèle.

Trouble psychiatrique et désir sexuel : une antinomie révélatrice... des violences vécues et perpétrées ?

Les diagnostics médicaux conduisent à analyser la sexualité des patients à partir de leur état psychique, affectif et physiologique. L'opposition est, alors, établie entre "maladie mentale" et "sexualité" : la première produisant l'annulation, l'exacerbation, ou bien la déviation de la seconde.

Cette opposition constitue un modèle qui aide à définir la sexualité humaine en général : "*Je crois que pour avoir une bonne sexualité, il faut déjà être bien soi-même pour pouvoir recevoir l'autre, et pouvoir donner à l'autre*". Elle permet également de préciser la sexualité des malades mentaux dans ce qu'ils ont de différent des non malades mentaux : "*Quand ils sont perturbés, leur relation à l'autre sexe est très perturbée*". Enfin, elle relativise la sexualité "anormale" des malades mentaux par comparaison avec la sienne propre : "*C'est pas si simple que ça de se voir, de se toucher, de s'aimer tous les jours...*" (Patricia, Infirmière en province 35 ans).

L'opposition entre maladie mentale et sexualité, recouvre deux aspects distincts. *Premièrement*, une difficile articulation entre "raison", "désir" et "besoin" s'opère. En effet, l'expression hors norme de l'activité sexuelle d'une part, et la relation qui s'établit d'autre part entre la perturbation de l'état psychique et celle de la sphère psychoaffective, conduit à nier l'affectivité dans l'expression du désir, du plaisir, et de l'amour. Un psychiatre déclare ainsi : "*Des jeunes patientes, des jeunes filles très, très dissociées qui ont une multiplicité de rencontres ... amoureuses, enfin, non, qui justement sont en dehors d'un contexte amoureux*". L'ambiguïté des propos est difficile à lever, elle révèle la difficulté rencontrée à associer désir sexuel et trouble psychiatrique grave. Une infirmière tente de préciser : "*C'est pas qu'elles ont du plaisir, d'ailleurs, elles ont plusieurs relations dans la journée...*" (Michèle, Psychiatre province, 42 ans). Le refoulement apparaît fort du côté des soignants au point de nier toute participation en terme de désir : "*Je sais même pas si c'est un désir, c'est... c'est quelque chose de mécanique. Je crois que bon, l'organisme fonctionne, mais sans...*" (Janine, infirmière en province, 53 ans). Trouble du soignant devant une sexualité répétée et inconcevable qui devient une simple mécanique corporelle sans investissement affectif des premiers et premières concerné(e)s. Voile de la pudeur

⁶ Dans les troisièmes mi-temps du rugby féminin par exemple, les comportements des joueuses oscillent entre imitation des hommes et revendications féminines anti hommes, ou plus précisément anti machisme masculin. Les rumeurs vont bon train sur ces derniers comportements, car ils mettent en cause l'édifice symbolique traditionnel du sport concerné.

soignante ou minimisation d'un être au monde pourtant fortement contraint, mais tellement " libéré " sexuellement ?...

A la dé-raison et au més-amour, se superposent les pulsions sexuelles, plus ou moins évacuée par les psychiatres parce que l'activité sexuelle est faible et souvent absente chez les malades mentaux. Ils déclarent (doctement ?) "*l'absence de réalisation des pulsions sexuelles*". Quant aux infirmiers, rendus observateurs par leur présence quotidienne et continue auprès des malades ou par la surveillance qu'ils doivent exercer, ils comparent l'expression du besoin physiologique comme acte de nature à la sexualité animale, pour traduire soit la sexualité publique des malades mentaux, soit la sexualité débridée des femmes. "*J'ai même vu ça, quand j'étais stagiaire deux hommes qui faisaient/qui avaient des rapports, hein ? Devant tout le monde ! Dans la cour ! C'est un qui avait forcé l'autre ! Devant, y'avait le personnel qui riait. Pis moi, je leur disais " mais vous allez pas les laisser faire ça ! C'est affreux ! C'est bestial ! " " Bah, c'est la nature ! C'est la nature ! " C'est les anciens qui disaient ça ! "*" (Christiane, infirmière en province, 32 ans).

Cette anecdote (?) permet de préciser le *deuxième aspect* de l'opposition maladie mentale/sexualité. Elle recouvre la vulnérabilité et la violence comme expressions antagonistes des relations sexuelles qui se décrivent dans le rapport " passivité " *versus* " activité " , elle-même reflet des caractéristiques féminines *versus* masculines. La sexualité débridée intéresse autant les hommes que les femmes, pourtant, ces dernières, seules, semblent stigmatisées. Quand les femmes occupent la place active (sollicitant des relations sexuelles), le regret qu'elles expriment au détour de la phase maniaque ou les faibles rétributions qu'elles obtiennent en échange de relations sexuelles (comme des cigarettes, un bijou en pacotille, des bonbons) confirment le trouble mental et le schéma de passivité féminine. En revanche, l'impuissance des hommes ou la sexualité passive des jeunes hommes psychotiques sont données en exemples, et marquent les esprits.

Autrement dit, les normes attachées au sexe s'expriment dans l'enceinte psychiatrique par le silence qui entoure les femmes ayant une sexualité faible et passive et les hommes dont la sexualité est active et débridée.

Des pratiques professionnelles sacrées versus des pratiques sexuelles profanes ?

Comme nous allons le voir maintenant, ces représentations s'enrichissent de valeurs professionnelles parfois divergentes qui, en l'absence de réflexion institutionnelle, entrent en conflit lors de l'analyse des pratiques. Pris dans un ensemble cohérent, ces éléments représentationnels sous-tendent l'approche thérapeutique comme autant de guides d'action. L'approche thérapeutique est surdéterminée par des normes institutionnelles, et par les fonctions occupées, les psychiatres se rapportant à leur rôle de prescription des conduites à tenir et au questionnement éthique qui se pose parfois, et les infirmiers, à leur mise en application et à la difficulté qui en résulte. Ainsi, à des pratiques sexuelles profanes, répondent des pratiques

professionnelles qui ont pour but de ré-humaniser le patient en le protégeant ou en le respectant et qui tirent leur force du caractère sacré de la thérapeutique.

Sexe inhibé, sécurité assurée ?

Le devoir de protection des personnes en danger et par suite le maintien de l'ordre moral apparaissent comme des valeurs professionnelles d'autant plus évidentes (aux soignants) qu'elles sont nourries par une vision de l'activité sexuelle des malades mentaux caractérisée par sa violence et/ou par son expression " pathologique " débordante. Les médicaments sont censés réguler l'activité sexuelle des patients comme l'explique ce psychiatre : "*Je peux aussi taper sur... sur cette sexualité débridée et puis arriver à la régulariser*" (Martine, psychiatre, Paris, 48 ans). Les effets secondaires des neuroleptiques sont alors reconnus pour entraver l'activité sexuelle, comme l'affirment une minorité de psychiatres et une majorité d'infirmiers qui expliquent ainsi les inobservances (arrêts de traitement).

L'interdit de relations sexuelles apparaît comme une norme institutionnelle imposée par une majorité de psychiatres, de manière le plus souvent implicite en province et explicite à Paris, et statistiquement de manière significative, surtout chez les chefs de service, et chez les psychiatres femmes. Il est fondé alors sur une conception médicale de la pathologie mentale qui confère au malade une forme de vulnérabilité et d'incapacité de jugement au moment de son hospitalisation. Outre la protection qu'il permet d'assurer, l'interdit apparaît pour sa fonction symbolique structurante, pour des patients dits " déstructurés " (justement). Et quand, à la souffrance produite par la maladie mentale, on oppose la jouissance que permet la sexualité, il sert de rempart à la débauche. Ce psychiatre explique : "*Ils ne sont pas là pour baiser, ils ne sont pas dans un lupanar*" (Gilles, psychiatre province, 48 ans). Statistiquement, les infirmiers se déclarent majoritairement en opposition avec ce principe de l'interdit en exprimant leur impuissance pour le faire appliquer. Pourtant, ils en reconnaissent le bien fondé quand le comportement sexuel des malades contrevient à leurs normes socioculturelles et leur renvoie une image d'animalité, accusant alors les psychiatres de ne pas les aider à le mettre en œuvre : "*les médecins disent c'est interdit : OK c'est interdit, mais qu'est-ce qu'ont fait ?*" (Chantal, infirmière en province, 40 ans).

Quand la situation mentale paraît extrême - on évoque les femmes en phase maniaque ou le risque de contamination par le VIH -, l'interdit de relations sexuelles semble ne pas suffire. Les professionnels s'accordent pour préconiser alors l'enfermement voire, si l'état mental le permet, l'éviction de certains malades comme le pervers infecté par le VIH parce qu'on s'attend à ce qu'il cherche à contaminer les autres patients comme une revanche contre le sort qui l'accable.

Le respect du sujet et de son intégrité s'applique à la sexualité des malades mentaux : "*C'est toujours le fameux rôle " ne pas être intrusif ", ne pas se mêler de certaines choses*" (André, psychiatre province, 50 ans). Les infirmiers le confirment largement : "*Ce serait porter atteinte à la sphère privée et à l'intégrité de la personne !*" (Roselyne, infirmière en province, 48 ans). Cette valeur professionnelle est d'autant plus efficiente qu'elle est alimentée par une vision plus

ou moins déformée de l'activité sexuelle décrite comme plutôt apragmatique⁷. Car, la sexualité des malades mentaux, que l'on estime pauvre ou absente, conduit à ce qu'elle ne soit pas prise en considération, ce que nous confirme ce psychiatre : *“ Avant, il avait une vie de moine. Alors c'est vrai qu'après, j'imaginai pas trop qu'il puisse rencontrer quelqu'un parce qu'il avait une vie tellement renfermée ! Pourtant, j'aurais peut-être dû y penser parce qu'en plus il a eu une hépatite ”* (Pierre, psychiatre Paris, 36 ans). Tout se passe comme si ce psychiatre n'avait pas envisagé que ce malade pouvait avoir des relations sexuelles alors même qu'il avait antérieurement contracté une hépatite C... qui est une MST.

Le déni de relations sexuelles apparaît alors comme une manière de ne pas affronter la réalité. Or, le risque de contamination par le VIH a obligé les professionnels à s'interroger. Les infirmiers mettent en cause la culture hospitalière qui fait régner un tabou sur la sexualité dans les services de soins. Ils reconnaissent alors qu'ils n'intègrent pas les problématiques sexuelles des malades dans les démarches de soins, et ils remettent en cause chez eux un sentiment de pudeur que leur formation initiale ne leur a pas permis de dépasser. Selon eux, le malaise est comparable chez les psychiatres. A quoi les recommandations de ces derniers font écho : *“ Je pense que le psychiatre ne doit pas avoir peur d'aborder avec ses patients le domaine de ses comportements sexuels. ”* (Psy). Vœu pieu ou simple aveu d'impuissance ?

Le respect de la liberté du sujet, constitue une valeur humaniste d'autant plus active qu'elle est confortée par une vision de la sexualité des malades mentaux comme une expression de nature, prisonnière de ses impérieuses pulsions génitales. Ceci conduit à évoquer la contraception chez les femmes, parfois les méthodes abortives ou stérilisantes, pour permettre à la sexualité de s'exercer sans que la procréation puisse en être la consécration. *“ Elles refusent la pilule, elles ne la prennent pas régulièrement, elles sont incapables de... Alors on fait une ligature des trompes. Bon, on est pris dans tout ça... Mais c'est justement, c'est pour respecter la sexualité de ces malades, et de leur éviter d'avoir tous les deux ans un autre enfant ”* (Jacques, psychiatre Paris, 60 ans). Est-ce à dire que l'enfant né de relation sexuelle non conforme perd son caractère sacré ? Le *“ laisser faire ”* paraît la réponse la mieux adaptée à la sexualité de nature, reconnue souvent explicitement chez les infirmiers et plus implicitement chez les psychiatres quand ils se réfèrent aux temps et aux lieux d'hospitalisation.

Les espaces-temps du sexe

Les contraintes légales et réglementaires sont largement fonction du temps qui passe et donc des relations qui peuvent se nouer entre malades, mais également entre malades et soignants.

Ainsi, les durées excessives d'hospitalisations justifient un laisser faire dans les conduites à tenir, surtout si les patients sont chroniques et largement désocialisés. Sans lien social extérieur, les relations à l'intérieur deviennent moins réprimables : *ipso facto*, le sexe devient plus prégnant. Le temps qui passe réduit considérablement la vigilance tout autant que l'incompréhension mutuelle entre les patients et les soignants.

⁷ L'apragmatique sexuel indique l'impossibilité d'entrer en action sexuelle pour des raisons psychiques comme par exemple, l'absence d'érection, de désir.

Par ailleurs, les espaces de liberté sexuelle semblent variables. Les enquêté(e)s soulignent la localisation géographique discriminante ou non : l'interdit de relations sexuelles ne s'appliquant pas à " l'extérieur " de l'hôpital selon certains, " à l'extérieur " du service selon d'autres. Plus encore, quelques psychiatres reconnaissent la valeur thérapeutique de la transgression de l'interdit... ce qui complique sensiblement l'activité professionnelle psychiatrique, et les prises en charge concrètes au jour le jour...

Ces différents éléments, seulement évoqués ici, conduisent à une forme de tolérance inavouée à laquelle les infirmiers répondent par leur malaise quand ils découvrent deux patients dans le même lit lors de leurs rondes nocturnes. Leur sensibilité personnelle plus qu'une politique de soins, leur dicte alors la conduite à tenir face à cette forme de profanation des lieux : certains sont interventionnistes lorsque d'autres font comme s'ils n'avaient rien vu. Notons enfin que la dimension affective est rarement prise en compte dans les pratiques pour permettre une forme d'éducation à la sexualité où le patient apprendrait à écouter son propre désir et à respecter celui de son partenaire.

Sacré sexe, sexe sacré

Apostoldis a mis en évidence au sein de la représentation de la sexualité la distinction entre les " pratiques sexuelles " et les " pratiques amoureuses " (Apostoldis, 1993). Dans le cas des malades mentaux, la représentation de la sexualité semble largement annuler les " pratiques amoureuses " pour ne conserver que les " pratiques sexuelles ". Cette représentation dominante de la sexualité des malades mentaux s'éloigne du modèle anthropologique de Jeannière (1961) selon lequel la sexualité humaine ne peut s'épanouir que dans une dialectique amoureuse. Modèle qui laisserait cependant courir le " risque " de la procréation potentielle (ici des malades, plus largement des personnes stigmatisées).

Ces représentations de la sexualité du malade mental sont marquées par un enracinement certes professionnel quand on se réfère à la pathologie mentale, parfois sociologique quand on reconnaît les effets iatrogènes de l'enfermement, mais aussi profane, empreint des normes socioculturelles quand on se réfère à la sexualité de nature et au partage des sexes dans l'activité sexuelle. Il résulte de ces différents enracinements, des attitudes contradictoires et des pratiques incertaines qui posent le problème de l'efficacité du soin en maintenant le respect des libertés individuelles. Avec l'avènement de l'épidémie VIH, ces questions conduisent à des arbitrages entre priorité à la collectivité ou bien à l'individualité. Ces débats essentiels et nécessaires débouchent sur trois modes d'action principaux : le contrôle, le déni ou le laisser faire.

Ces actions n'ouvrent pas systématiquement sur des projets éducatifs. Les difficultés de mises en œuvre soulignent, selon nous, au-delà des distinctions implicites entre sexe sacré des normaux et sexe profane des malades, le conflit entre le caractère sacré de la thérapeutique et celui davantage

profane de la prise en charge éducative. La compréhension fine des comportements des uns (les patients psychiatriques) mais aussi des autres (les soignants, mais également les personnes extérieures aux services spécialisés comme les proches ou les voisins) doit sensibiliser chacun et permettre une reconnaissance mutuelle de toutes les activités humaines, y compris sexuelles. Le déni du sexe des uns ou des autres conduit inmanquablement à la construction d'étiquettes sociales, médicales, stéréotypiques sans aucun lien avec la réalité concrète vécue...

BIBLIOGRAPHIE

- Brune F., (2000). *Sous le soleil de Big Brother. Précis sur 1984 à l'usage des années 2000; une relecture d'Orwell*, Paris, L'Harmattan.
- Charcot J.-M. , Trillat E., (1998). *L'hystérie*, Paris, L'Harmattan,
- Goffman E., (1968). *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit.
- Goffman E., (1971). *Asile*, Paris, Editions de Minuit.
- Héas S., (1996). “ *La relaxation comme "médecine" de ville ?*”, Thèse de Doctorat en Sciences Sociales, mention Sociologie, D. Le Breton (dir.), Strasbourg, 01/10.
- Héas S., Léziart Y., (1999). “ Nervosité et sports aux débuts du XXème siècle ; Pierre de Coubertin : pionnier de la relaxation sportive ? ”, *S.T.A.P.S.*, n°48, hiver, pp.39-54.
- Héas S. & Bodin D., (2003). “ La fête sportive : essai de compréhension chez les footballeuses et les rugbywomen ”, *Histoire et Anthropologie*, n° 27.
- Jeannière A., (1961). *Anthropologie sexuelle*. Aubier, Montaigne.
- Jodelet, D., (1989). (sous la direction de). *Les représentations sociales*. Paris, Puf.
- Jodelet, D., (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris, Puf.
- Lévi-Strauss C., (1964). *Mythologiques ; Le cru et le cuit*, Paris, Plon.
- Lhomond B., (1999). “ Sexualité ”. In : H. Hirata et al., *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, pp. 200-205.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris, Puf (2ème Ed°. 1976)
- Patin, B., (1998). *Maladie mentale et infection à VIH. Représentations et comportements en milieu psychiatrique*. Rapport final de recherche à l'ANRS, Paris.
- Patin, B., (2000). *Maladie mentale et infection à VIH. Etude psychosociale des représentations et des comportements en milieu psychiatrique. Prise en charge. Prévention. Responsabilité*. Thèse de doctorat en psychologie sociale. EHESS. Paris.
- Poutrain V., (2003). *Le sado-masochisme*, Paris, Belin.
- Reich W., (1972). *L'Irruption de la morale sexuelle, étude des origines du caractère compulsif de la morale sexuelle*, Paris, Payot.
- Revel R., (2000). “ Enquête sur la face cachée d'Internet ”, *L'Express*, 25/05.
- Vaginay D., (2002). *Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale*, Edition de la Chronique sociale.
- Zarifian E., (1988). *Les jardiniers de la folie*, Paris, O. Jacob.