HAL
open science

La sexualité des patients en psychiatrie : revue de la littérature

Marie Hapi

To cite this version:

Marie Hapi. La sexualité des patients en psychiatrie : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01978615

HAL Id: dumas-01978615

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01978615v1

Submitted on 11 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 Thèse n°3057

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 juin 2018

Par Marie HAPI

Née le 3 septembre 1984 à Roubaix (59)

LA SEXUALITE DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE :

Revue de la littérature

Directeur de thèse

Madame le Docteur Laurence MERIGLIER

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Président

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Docteur Raphaëlle CHALARD, Juge

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge

Monsieur le Docteur Isaac LE BESQ, Juge

Monsieur le Professeur LANCON Rapporteur

REMERCIEMENTS

A Eric, pour le plus beau cadeau du monde que tu m'ai fais : notre fils, pour ta patience et ton soutien indéfectible durant ces longues années.

A mon fils Basile, ma raison d'être qui a été à chaque seconde une impulsion pour la réalisation de ce travail.

A mon père : je te dédis cette thèse

A ma mère, qui m'a toujours laissé la liberté de croire que tout est possible

A mon frère, tout simplement merci d'exister

A mes sœurs avec tout mon amour

A mes amis :
A Mariannick qui m'a toujours soutenue et surtout m'a ouvert la voie en me montrant que c'était possible. J'espère que tu guideras Basile aussi bien.
A Eléonore et Aymeric pour votre richesse intérieure qui a été et restera toujours pour moi une source d'inspiration.
A Lolita ma si chère amie qui a partagé avec moi ces années dans mon quotidien
A Aurore la première amie que j'ai croisé sur les bancs de la fac avec qui j'ai en tête tous ces moments forts
Au groupe :
Lia, Isa, avec vous j'ai fait le Vietnam au sens propre comme au figuré et ça fait plus que créer des liens. Lia : et dire que Basile prononce déjà ton nom !
Caro, Mouna, Céline, plus j'apprend à vous connaître plus vous m'êtes indispensables, que de rires et déjà de beaux souvenirs, je vous admire pour votre passion.
A mes Nathalies, mes petites sœurs de cœur dont je suis si fière et à Jeanne !
A mes co internes et amies : Claire : toi qui me connais si bien et avec qui j'ai partagé déjà un joli morceau de chemin et Claire-Lise, pour le plaisir de nos visites professorales en toute bonne humeur !
A Quentin qui raconte n'importe quoi.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai eu la chance de rencontrer dans mon cursus et qui m'ont renforcé dans mon envie de pratiquer ce si beau métier.
Aux professeurs de philosophie que j'ai rencontré dans mon parcours qui n'ont fait que nourrir mon amour pour la connaissance.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Christophe LANCON

Professeur de psychiatrie

Médecin des hôpitaux

Centre Hospitalier Conception, Marseille

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de tout mon respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur de Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Épidémiologie,
Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Professeur Hélène Verdoux,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler à vos côtés mais j'ai pu profiter de votre enseignement théorique et clinique de grande qualité. Je connais également vos qualités humaines. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Raphaëlle CHALARD

Docteur en médecine, psychiatre
Praticien hospitalier
Centre hospitalier de Libourne

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance et les compétences cliniques que vous m'avez transmises dès le début de mon internat. J'ai beaucoup apprécié nos discussions cliniques et notre passion commune pour la philosophie. Cela m'a paru ainsi évident de vous solliciter pour juger ce travail.

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Neurosciences
Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux**.**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Bien que n'ayant pas encore eu la chance de travailler à vos côtés j'ai eu celle de bénéficier de votre enseignement et je connais vos qualités humaines et votre bienveillance. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Isaac LE BESQ

Docteur en médecine, psychiatre
Praticien hospitalier
Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Professeur Hélène Verdoux,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je suis très touchée de te compter parmi les membres de ce jury. Je te remercie pour ton soutien, l'enseignement clinique et théorique que tu m'as apporté et tout cela toujours dans la bonne humeur. Ca a été un réel plaisir de travailler à tes côtés.

A MA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Laurence MÉRIGLIER

Docteur en Médecine,

Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Pôle de Psychiatrie Adulte du Docteur Fabien Gorse,

Centre Hospitalier de CADILLAC**,**

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée tout au long de ce travail.

Ta patience, ta disponibilité tes conseils et ton soutien m'ont été très précieux tout au long de mon internat ainsi que pour la réalisation de cette thèse.

Tu es pour moi un modèle et je te remercie pour le savoir clinique et théorique que tu m'as transmis.

A LA PRESIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Coordonnatrice du D.E.S de Psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

Au cours de mon passage au sein de votre pôle j'ai eu la chance et l'honneur de bénéficier de votre enseignement, de votre connaissance et ai ainsi pu bénéficier de votre grande expérience, de votre bienveillance et de vos conseils. Je vous suis très reconnaissante également pour votre aide dans le choix de ce sujet de thèse si passionnant.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et le témoignage de mon profond respect.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **11**

PARTIE 1 : CONTEXTE HISTORIQUE **12**

1 Organisation asilaire : les règlements intérieurs **13**

1.1 L'exemple de l'UMD de Montfavet 13

1.2 Le concept d'institution totale 13

1.3 Cadillac 15

1.4 Charles Perrens 16

2 La sectorisation : ouverture de l'hôpital et mixité **16**

2.1 La sectorisation 16

2.2 Une conséquence dans cette nouvelle organisation : la mixité 17

2.3 Ce que la mise en place de la mixité a pu changer dans la sexualité des patients 17

3 Retour en arrière sur la question des révolutions sexuelles **19**

3.1 Controverse autour de l'idée de révolution sexuelle 19

3.2 Première révolution sexuelle 21

3.3 Deuxième révolution sexuelle 21

3.4 Troisième révolution sexuelle 22

4 Modèles sociaux dominants de la sexualité **23**

5 De l'appropriation de la sexualité par le discours médical aux droits sexuels **26**

5.1 Santé sexuelle ou généalogie de l'association Sexualité/Santé 26

5.1.1 La contraception orale 27

5.1.2 1975 : l'optimisme sexuel 27

5.1.3 Epidémie VIH 28

5.2 Naissance des droits sexuels 28

5.2.1 Première période : politisation des questions sexuelles 29

5.2.2 Deuxième période 29

5.2.3 L'intégration des droits de l'homme dans la question de la santé sexuelle 29

5.2.4 Droits sexuels : perspectives 30

5.3 Enjeux théoriques accompagnant la notion de droits sexuels : nouvelle morale sexuelle 30

5.3.1 Santé sexuelle et morale 31

5.3.2 Comportement sexuel responsable 32

5.3.3 Droits sexuels 32

PARTIE 2 : ENJEUX **33**

1 La question des risques : historique **34**

1.1 Représentation de la sexualité des patients en psychiatrie 34

1.1.1 La métaphore de l'Ange et la bête d'Alain Giami 34

1.1.1. Evolution dans la conception du handicap 34

1.1.2. Des représentations différentes de la sexualité en fonction du genre 36

1.2 VIH 36

1.2.1 Quelques rappels historiques sur la question du VIH 36

1.2.2 VIH et psychiatrie 37

1.2.3 Mesures mises en place et publications 38

1.3 Eugénisme, stérilisation, parentalité 38

1.3.1 Eugénisme 38

1.3.2 Stérilisation 40

1.3.3 Parentalité 41

2 Spécificité des patients en psychiatrie **43**

2.1 Handicap mental/psychique et citoyenneté 43

2.2 La question du consentement 44

2.2.1 Les différents aspects du consentement 44

2.2.2 Les enjeux cliniques du consentement 46
2.3 Droit des patients en psychiatrie 47
2.3.1 Le droit à la vie privée, droit commun 48
2.3.2 Droit des malades relatif à la qualité du système de santé 49
2.3.3 Liberté d'aller et venir 49
2.3.4 Le droit de recevoir des visites 50
2.3.5 La chambre d'hôpital : un domicile ? 50
2.3.6 La liberté de communiquer 50
2.3.7 La place des contrats de soins 51
2.3.8 Jurisprudence 51
2.3.9 Actualité 51
2.4 Les limitations face à ce droit à la sexualité 52
2.4.1 Les mineurs 52
2.4.2 Les personnes hospitalisées sans consentement 52
2.4.3 Mesures de protection juridique 53
2.4.4 Effets de cette volonté de protection des patients 53
2.4.5 Limites institutionnelles : liberté et contractualisation 54
2.4.6 Le poids du règlement intérieur 54
PARTIE 3 : EN PRATIQUE 55
1 Education sexuelle 55
1.1 Historique 56
1.1.1 1945 : discours dominant de la morale chrétienne 56
1.1.2 Deuxième période : influence du discours psychanalytique avec la question du développement psycho-sexuel 57
1.1.3 Les années 1970 57
1.1.3.1 Le retour de la question de l'éducation sexuelle à l'école 58
1.1.3.2 La position de l'institution médicale 58
1.2 Quelle éducation sexuelle aujourd'hui ? 59
1.2.1 L'éducation à la sexualité existante aujourd'hui : valeurs et contenus véhiculés 59
1.2.2 Différentes approches existantes 60
1.2.3 De la difficulté d'élaboration d'un savoir théorique 61
1.2.4 L'éducation des patients mais aussi des professionnels : l'exemple de l'avis sexologique 63
2 La difficile question de l'assistance sexuelle 64
2.1 Etat des lieux – questionnements 64
2.2 Situation actuelle en France – Limites 66
CONCLUSION 68
BIBLIOGRAPHIE 69

INTRODUCTION

La sexualité au travers des époques a été l'objet de discours de bien des institutions. Aujourd'hui elle constitue même un objet médical à part entière puisqu'une spécialité lui est réservée. Qu'on la considère comme un objet médical, un fait culturel ou un besoin répondant à un certain état de nature, elle constitue sans aucun doute un des aspects de la vie de nos patients. Pour autant, il apparait difficile d'en parler dans la pratique quotidienne de chacun à l'hôpital tant la question renvoie à la sphère de l'intime ou bien à l'absence ou souvent la méconnaissance d'un cadre consensuel strict, qu'il s'inscrive dans un savoir théorique ou dans l'organisation de la vie institutionnelle.

Un avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la santé sexuelle et reproductive a été émis le 2 mars 2016 à partir d'un constat : il reste difficile de parler de la sexualité, malgré la nécessité de le faire, tant dans une perspective de protection des risques liés à la sexualité, que dans une perspective de bien être et d'épanouissement comme le souligne l'OMS. « Une stratégie nationale de santé sexuelle » doit donc être mise en place à travers « la concertation et la coordination des acteurs de l'éducation, la prévention, du social et du socioculturel, du sanitaire et du médico-social. » (1) afin de prendre en charge chaque personne dans sa globalité.

Une des questions de ce travail sera de s'interroger sur les raisons de cette difficulté à en parler. Ce que le HCSP souligne ici est l'ancrage de la sexualité dans les différentes sphères de la société. En ce qui concerne nos patients, la sexualité s'inscrit également dans le modèle social de représentation du handicap c'est à dire qu'elle n'est qu'une courroie de transmission des représentations et du traitement des populations les plus vulnérables dans nos sociétés. Ce qualificatif de vulnérabilité peine d'ailleurs à être employé puisque les populations les plus fragiles sont désignées comme avec des « caractéristiques particulières » (1) alors que le constat est clair : « les personnes non autonomes et les personnes handicapées subissent plus de violences et d'abus sexuels que la population générale » « (elles) ont un risque d'infection par le VIH au moins égal, voir supérieur, à celui de la population générale mais font rarement l'objet d'interventions adaptées de prévention et de dépistage. » (1) Ce constat malheureux était déjà fait en 1997 par le Conseil National du Sida qui publiait un rapport s'intitulant : « Les oubliés de la prévention : rapport suivi de recommandations sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH ». (2)

Une autre question peut être dès lors posée de la façon suivante : comment prendre en compte les difficultés rencontrées par nos patients dans leur vie affective et sexuelle sans tomber dans l'écueil d'une représentation de la sexualité de nos patients sous le prisme unique du risque ? La question que nous nous devons également de nous poser concerne les différentes représentations qui accompagnent notre pratique quotidienne lorsque l'on aborde dans le cadre institutionnel la sexualité de nos patients. En ce sens ce travail s'inscrit dans une démarche éthique où la question principale

pourrait être résumée en ces termes : comment prendre en compte ce constat de vulnérabilité pour nos patients tout en évitant de réduire la sexualité à un objet médical et en respectant son rapport avec l'intimité. C'est en ce sens qu'il nous a paru intéressant de réfléchir sur ce que nous pourrions appeler « un espace à inventer ».

Afin d'étudier cette question nous avons donc choisi de resituer la question de la sexualité dans son histoire récente sans et avec ses rapports qu'elle a pu et peut entretenir avec la psychiatrie afin de comprendre quels peuvent en être les déterminants. Dans un deuxième temps nous ciblerons notre réflexion à la psychiatrie en tant qu'espace institutionnel afin de comprendre en quoi la sexualité peut concrètement poser problème dans la vie quotidienne de l'institution. Puis nous finirons par une dernière partie qui interrogera les différentes manières de répondre face à ce constat de vulnérabilité. Tout au long de notre travail nous évoquerons les différentes représentations qui sont et ont pu être associées à la sexualité des patients en psychiatrie : la sexualité en tant que cause de la maladie mentale, objet de répression, de santé, de politique pour se poser également cette question : peut-on parler d'une sexualité spécifique des patients en psychiatrie ?

PARTIE 1 : CONTEXTE HISTORIQUE

1 Organisation asilaire : les règlements intérieurs

Se pencher sur la question des règlements intérieurs nous permet de rentrer directement dans le vif du sujet de ce travail. Autrement dit : qu'en est-il à l'hôpital psychiatrique au sujet de la sexualité des patients? La jurisprudence concernant la condamnation de Cadillac en 2012 pour avoir interdit des relations sexuelles à un patient a également été chronologiquement à l'origine de ce travail de réflexion(3). Nous allons donc présenter ici plusieurs exemples institutionnels concrets.

1.1 L'exemple de l'UMD de Montfavet

Le Dr Deshays travaillant à l'UMD de Montfavet dans le sud de la France s'est également posé la question lors de la préparation d'un colloque sur le même thème en 2015 (4). Ainsi il a étudié les règlements intérieurs de son établissement de 1844 à 2016 afin de voir quelles ont pu être les pratiques mais également les représentations dominantes accompagnant la sexualité des patients.
Son premier constat a été l'absence totale de discours à ce sujet. Deux hypothèses se sont posées dès lors : la sexualité des patients était-elle inexistante ? Si tel était le cas qu'elle pouvait bien en être la raison : un interdit absolu ? L'occurrence du terme sexualité s'est en tous cas avérée être inexistante. Deshays souligne d'emblée l'organisation de la structure qui se présente comme limitante de manière indirecte. Il note en effet une séparation des sexes qui n'est à aucun moment justifiée. A la lecture du reste du règlement il fait l'hypothèse que cette séparation s'inscrit dans un ensemble de pratiques visant au respect de la « probité des bonnes mœurs » au même titre par exemple qu'il est interdit au personnel d'être infidèle, d'être coupable de vol, de rentrer dans l'établissement en état d'ivresse, d'introduire des spiritueux, de distribuer des tracts, des journaux…

1.2 Le concept d'institution totale

Le sociologue Alain Giami, dans son article sur les organisations institutionnelles de la sexualité, propose une réflexion au sujet de différentes institutions, comme l'hôpital et la prison par exemple, en regardant leur fonctionnement à travers la question du traitement de la sexualité (5). Il constate dès 1998 une très grande disparité dans le fonctionnement de toutes ces structures. Il analyse ces institutions à l'aide en partie du concept d'institution totale développé par le sociologue américain Erving Goffman. Ce dernier comprenait sous ce terme des « lieux de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (6). Les prisons, l'hôpital psychiatrique, les couvents

correspondent à des institutions totales. L'intérêt de ce concept est de voir en quoi ces organisations institutionnelles influent sur la vie des patients.

Ce constat de disparité est corroboré par une enquête départementale menée la même année par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) que Giami cite qui portait sur la prise en compte de la sexualité plus précisément un *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées (7).* Malgré cette disparité Giami affirme deux choses qu'il a pu constater à la lecture de divers règlements intérieurs : d'une part il existe bien une préoccupation de la part des institutions actuellement pour la sexualité de leurs usagers ; d'autre part historiquement il existe une rupture entre l'organisation de la sexualité dans les institutions et celle de la société : les institutions iraient même jusqu'à modifier la sexualité des individus.

Le règlement est ainsi parfois explicite avec une vision plus ou moins positive de la sexualité suivant les établissements comme il le montre à travers l'exemple d'une charte relative à la vie affective et sexuelle de résidents d'une institution confessionnelle adhérant aux principes de l'Eglise Réformée de France et qui accueille des centaines de personnes souffrant de handicap mental au sein d'un village. Cette charte représente un exemple de règlement intérieur essayant de prendre en compte la diversité des personnes et des situations tout en introduisant une conception positive de la sexualité qui n'est pas seulement conçue comme un risque. Ainsi il y est inscrit que « La sexualité est un concept large englobant à la fois tout ce qui est du ressort de la génitalité, mais aussi tout ce qui a trait aux besoins relationnels, affectifs de tout être humain. »

La sexualité comprise dans son ensemble est donc vue comme un facteur d'épanouissement des personnes.

Voici deux autres exemples de situations explicites concernant le règlement:

Tout d'abord la prison qui représente un autre type d'institution totale. Ainsi la position par rapport à la sexualité peut être parfois ambivalente. Les relations sexuelles font l'objet d'un interdit explicite uniquement dans les lieux de parloir mais rien n'est prononcé à leur sujet en ce qui concerne les autres espaces. Ceci nous laisse entendre qu'elle est tolérée tant qu'elle n'est pas visible. C'est en partie dans cette façon d'organiser la vie des personnes que le sociologue Goffman parle d'institutions totales. Plus précisément la vie sexuelle des usagers de ces institutions répond à des normes différentes que celles qui s'appliquent au reste de la société non par le simple fait du règlement mais par l'organisation même de ces institutions ; autrement dit de manière indirecte. Par exemple à travers l'organisation de l'espace : une « contrainte silencieuse mais effective. Les murs de l'asile régissent (eux aussi) les espaces d'intimité. » (5)

Pour revenir sur les règles explicites de fonctionnement des établissements, c'est pour l'une d'entre elle que l'hôpital de Cadillac a été condamné en 2012. C'est pour avoir interdit de manière générale la

sexualité à tous les patients d'une unité. Nous reviendrons également plus tard sur cette condamnation.

Si la sexualité n'est désormais plus interdite de manière formelle dans la plupart des règlements intérieurs, il n'en reste pas moins que l'hôpital garde un rôle dans l'organisation de la sexualité des patients.

Voici quelques extraits de règlements intérieurs actuels concernant certaines unités de Cadillac et Charles Perrens afin d'envisager en quoi l'organisation de l'établissement peut continuer d'influer sur la vie sexuelle des patients même si aucune interdiction formelle n'est plus en vigueur :

1.3 Cadillac

Le livret d'accueil de l'unité Daumezon de Cadillac :

On y voit ceci concernant les visites :

« Les heures de visite sont de 14h30 à 18h30. Une pièce est prévue pour les rencontres, qui peuvent aussi avoir lieu dans le parc selon l'appréciation médicale. »

Unité Seglas de réhabilitation :

Dans la section respect des autres :

- ✓ Je ne dois pas toucher le corps de l'autre
- ✓ Je ne dois pas entrer dans la chambre des autres sans y être invité(e)
- ✓ Je ne dois pas entrer dans un dortoir sans y être invité(e) par l'ensemble des occupants
- ✓ Je dois respecter les visites

Puis respect de la pudeur :

- ✓ Je ne dois pas me promener en sous-vêtements (caleçons, culottes…)
- ✓ Je ne dois pas montrer mes parties intimes (sexe, poitrine, postérieur)
- ✓ Je ne dois pas avoir de gestes ni de relations sexuelles en public

Unité Trelat :

Dans la partie : les chambres :

Votre chambre et plus précisément votre lit et son environnement vous est personnel.

Dans la partie les visites :

Elles sont autorisées, sauf contre-indication médicale. Les heures de visite sont de 13h30 à 18h00. Une pièce est prévue pour les rencontres, qui peuvent aussi avoir lieu dans le parc selon l'appréciation médicale.

1.4 Charles Perrens

Dans certains services, l'accès des visiteurs aux chambres des patients peut être refusé pour des raisons médicales ; dans ce cas, les patients peuvent rencontrer leurs visiteurs dans le lieu qui sera jugé le mieux adapté par le responsable de l'unité de soins.

Lorsque le règlement n'est pas détaillé à ce sujet cela est souvent justifié comme le constate Deshays par le caractère privé attribué à l'activité sexuelle. Nous rediscuterons ultérieurement les enjeux d'une telle attitude.
Giami nous a permis d'envisager les règlements intérieurs comme un des déterminants importants de l'organisation de la sexualité des patients en psychiatrie et ce même lorsqu'il ne s'agit pas de leur finalité. Nous verrons par la suite à travers l'exemple de la condamnation de Cadillac qu'il s'agit en effet d'un point d'achoppement toujours d'actualité à la frontière de plusieurs questionnements éthiques notamment concernant la liberté.
Nous allons voir dans la partie suivante les modifications qu'a pu subir l'institution, et qui ont pu en retour modifier la sexualité des patients.

2 La sectorisation : ouverture de l'hôpital et mixité

2.1 La sectorisation

Avec la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 on assiste en France à une réorganisation importante du système de prise en charge des patients en psychiatrie (8). Dans le cadre de cette réorganisation on observe deux objectifs principaux : d'une part éviter les décompensations en prenant en charge les patients à un stade plus précoce puis d'autre part une préoccupation plus sociale qui a pour but d'éviter l'isolement du sujet. « Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. » Le but est bien d'éviter la « désadaptation sociale du sujet. » L'hôpital n'est également plus un lieu maudit avec la société qui contiendrait d'un côté les « bon sujets » et l'hôpital les mauvais sujets. L'hôpital s'ouvre ainsi au reste de la société avec ses patients à travers le tissage d'un véritable réseau de soins

qui s'intègre au reste de la communauté (travailleurs sociaux, médecins généralistes, hôpitaux de jour…)

2.2 Une conséquence dans cette nouvelle organisation : la mixité

La vie des patients s'apparente désormais aux conditions de vie de la cité. Il n'est plus question d'une séparation des sexes comme nous l'avons vue dans la partie précédente. Néanmoins il a pu exister des résistances face à sa mise en place. Preuve en est l'ajout d'une circulaire : circulaire n°12 du 24 janvier 1969 qui vient compléter celle de 1960. Cette dernière est relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques imposée par cette nouvelle organisation en secteur des soins : « les malades d'un secteur, installés dans des locaux séparés, selon le sexe, devraient être regroupés sous l'égide d'un même médecin chef de service » (4)

Retour sur L'exemple de l'UMD de Montfavet vu par Deshays :

Malgré la présence de ce changement important, la question de la sexualité n'est pas forcément abordée de manière explicite dans un premier temps.

Deshays remarque qu'à aucun moment il n'est fait part de questions concernant les relations entre les patients. La question des changements engendrés sur leur sexualité semble donc bien une conséquence de cette organisation plus qu'une finalité.

Il constate ainsi à travers l'exploration des règlements intérieurs de son établissement l'apparition d'une mixité progressive pour les soignants à partir des années 1990.

Il souligne également la présence d'une mixité pour les patients d'UMD seulement en 2010 et ce uniquement lors des soins d'ergothérapie.

Puis la question de la sexualité fait progressivement son apparition dans les règlements intérieurs. Entre les années 1960 et 1990 Deshays note une forte hétérogénéité des pratiques au sein de l'hôpital de Monfavet avec certains chefs de service interdisant toutes relations amoureuses et d'autres prévoyant une chambre « réservée pour les ébats intimes » (4).

Toutefois il note l'apparition explicite progressive de l'interdiction de relations sexuelles qui ne figurait pas auparavant dans les règlements intérieurs.

2.3 Ce que la mise en place de la mixité a pu changer dans la sexualité des patients

Sans faire d'hypothèse sociologique ou physiopathologique Alain Giami fait le constat de la fréquence importante des relations homosexuelles et de la sexualité masturbatoire avant la mise en place de la

mixité. Ceci rejoint le concept d'institution totale que l'on évoquait dans la partie précédente avec l'idée selon laquelle ces formes de sexualité sont le résultat de l'organisation de l'institution.

Ces pratiques sexuelles ont en effet historiquement été successivement considérées comme le stigmate d'une anormalité ou de maladie mentale pour ensuite changer de champ . Dans la thèse de Lewkowicz de 1974 que cite Giami l'auteur va même jusqu'à faire l'hypothèse que ces pratiques sexuelles venaient « confirm(er) (…) la division radicale entre les soignants et les soignés » (5).

A l'extérieur des murs de l'hôpital la norme sociale dominante de l'organisation de la sexualité et de la vie affective est représentée par le couple. Nous reviendrons sur cette question plus tard. L'institution a donc eu avant son ouverture pour effet « d'exclure les personnes vivant en institution de la norme dominante et majoritaire d'organisation sociale de la sexualité » (5) Le sociologue Pierre Brasseur confirme également cette idée à travers son étude systématique de la littérature professionnelle autour de la question du « handicap et de la sexualité » avec le constat que l'homosexualité a été en grande partie contrainte par l'institution (9).

Dans un questionnement différent qui, lui, interrogeait la question du rapport entre pouvoir et sexualité, Foucault défendait l'idée dans son premier tome de l'histoire de la sexualité que ce dernier qu'elle qu'en soit sa forme ne réprimait pas la sexualité mais qu'il pouvait au contraire être producteur de certaines formes de sexualité (10). Ainsi l'exemple de l'introduction de la mixité au sein de l'hôpital psychiatrique à travers l'ouverture de l'hôpital nous montre à quel point le pouvoir ici incarné par l'institution peut être en effet créateur ou du moins organisateur des formes et des modalités de la sexualité.

Un dernier aspect que nous pouvons remarquer concernant les effets de l'introduction de la mixité à l'hôpital est le fait d'envisager la sexualité comme un risque.

Le développement de la sexualité hétérosexuelle coïncide avec l'apparition de plusieurs peurs face à la sexualité des patients : question de la crainte de la grossesse, de la parentalité et question de la crainte du VIH.

C'est également une question sur laquelle nous reviendrons dans la deuxième partie. Ces craintes s'inscrivent donc dans une vision globale de la sexualité des patients qui a pu se réduire à un ensemble de risques.

Pour finir nous pouvons noter que malgré cette vision que l'on peut qualifier de péjorative de la sexualité des patients en psychiatrie, Giami souligne le fait qu'il n'y a pas de notion de l'existence de programme ou discours sur l'éducation sexuelle dans les établissements avant l'introduction de la mixité. Autrement dit l'introduction de la mixité dans les établissements de santé semble avoir contribué à l'accélération de la reconnaissance de l'existence d'une activité sexuelle entre les usagers.

3 Retour en arrière sur la question des révolutions sexuelles

Il paraissait intéressant voir indispensable de s'arrêter quelques instants sur le contexte qui a vu évoluer la question de la sexualité de manière globale à l'échelle de la société. Il ne s'agit pas ici de reprendre toute l'histoire de la sexualité mais certaines périodes et concepts « incontournables » lorsque l'on parle de la sexualité au XXème et XXI siècle.

Nous évoquerons donc différentes questions à travers le concept de révolution sexuelle même s'il s'agit là d'un concept controversé. Le XXème siècle a en effet accueilli si ce n'est de grands changements au moins de nombreux questionnements au sujet de la sexualité ; tout cela au cœur de mouvements sociaux importants de grande ampleur en France notamment en 1968.

Le concept de révolution sexuelle est donc controversé et nous verrons un peu plus loin quels sont les arguments de cette controverse. Si l'on admet que des révolutions sexuelles ont bien eu lieu et qu'elles correspondent bien à «un fait historique social total » Alain Giami et Gert Hekma (11) proposent un découpage historique avec la présence de trois révolutions sexuelles :

-Existence d'une première révolution sexuelle autour de la révolution française

-Deuxième révolution sexuelle entre les débuts de la sexologie à la fin du 19ème siècle et la montée des totalitarismes en Europe dans les années 1930

-Troisième révolution sexuelle ou révolution sexuelle moderne ayant débuté suite à la fin de la seconde guerre mondiale avec une phase de radicalisation à la fin des années 1960.

3.1 Controverse autour de l'idée de révolution sexuelle

Certains auteurs comme Foucault ne considèrent pas qu'il y ait eu de révolution sexuelle dans les années 1960-1970. Pour lui l'hypothèse d'une société qui aurait réprimé le sexe et face à laquelle la jeunesse se serait soulevée est infondée car cette même société, bourgeoise victorienne plus précisément, aurait à l'inverse été le lieu d'une multiplication des discours sur la sexualité à travers notamment le processus de la confession qui aurait encouragé à « tout dire ». Il y aurait donc eu à l'inverse une profusion des discours sur la sexualité. Il montre à quel point le sexe a toujours été un instrument de pouvoir et son rôle fondamental dans l'organisation des institutions avant ou après les années 1970 (10).

Plusieurs auteurs qui font une critique des théories de Foucault précisent qu'il y aurait plutôt eu, si ce n'est une répression des discours, une répression des conduites sélectives. (Par exemple répression de la sexualité non reproductive, sexualité infantile…)

Foucault quant à lui réalise le tour de force de montrer en quoi cette mise en discours de la sexualité, avec une condamnation de certains types de sexualité, a permis une visibilité sur ces types de sexualité, à l'inverse de la répression. Ce qu'il souligne également est l'ancrage profond de la sexualité dans la société. Il va ainsi à l'encontre d'une conception naturaliste, tournée vers le côté inné, biologique de la sexualité.

Pour le sociologue Michel Bozon la révolution sexuelle amenée par la contraception ne semble pas un fait historique évident. Il envisage plutôt les choses dans le cadre d'un changement progressif et plus vaste de la société. Pour lui « toutes les sociétés connaissent, à un moment donné, une transition démographique, qui les fait passer d'un régime de forte fécondité et de forte mortalité à un nouvel équilibre, stable à court terme, caractérisé par une natalité faible… » (12) p21 En France le processus de baisse de la natalité ferait suite à la révolution française et « la seconde révolution contraceptive n'est en fait que l'aboutissement d'un processus séculaire d'autonomisation de la sexualité vis à vis de la procréation. »p22 Les choses sont plus envisagées en terme de long processus englobant beaucoup d'autres aspects de la société.

Il souligne également le fait qu'avec la diffusion de la contraception féminine, « la maîtrise par les femmes du moment où elles ont leurs enfants ne signifie nullement qu'elles se trouvent soulagées des charges et responsabilités de la fécondité (…) la lourde obligation de contrôler les conséquences de l'activité sexuelle pèse exclusivement sur elles et implique dans le cas de la contraception hormonale des traitements médicaux de longue durée. (…) Loin de pulvériser le socle de la domination masculine, la médicalisation de la contraception conduit à remotiver et à renaturaliser l'assignation des femmes à la fonction reproductive. » p72-73

Certains mouvements féministes ont quant à eux considéré que ce qui est appelé révolution sexuelle a engendré une aggravation de la condition des femmes en matière de sexualité. Giami résume cette position en ces termes : les « révolutions sexuelles auraient conduit à accentuer la « domination masculine » en favorisant la mise à disposition des femmes pour la satisfaction des besoins sexuels des hommes. » (11) Ces questions ont fait débat dans les différents mouvements féministes des années 1980 autour de thématiques comme le plaisir sexuel, la pornographie, la prostitution.

Pour ceux qui considèrent qu'une voire des révolutions sexuelles ont eu lieu 3 moments différents sont ainsi identifiés :

- Première période se situant autour de la révolution française avec Diderot inspiré de Rousseau, Sade et Fourier
- Deuxième période allant de la fin du XIXème siècle aux années 1930, période de la montée des nationalismes dont le national socialisme en Europe avec des auteurs comme Baudelaire, Verlaine, Rimbaud (début de la sexologie vers 1880)

-Les années 1960-1970 période de grands mouvements sociaux

3.2 Première révolution sexuelle

Elle aurait donc eu lieu aux alentours du XVIIIème siècle à l'aide de la pensée d'auteurs appartenant au mouvement des Lumières. Il y aurait eu un détachement progressif du rôle et des idées de l'Eglise au sujet de la sexualité.

Différents auteurs sont cités dans l'ouvrage de Giami. Tout d'abord Diderot qui se serait donc inspiré de Rousseau dans son Supplément au voyage de Bougainville au sein duquel il décrit la sexualité des habitants de Tahiti avec l'idée que cette dernière fait partie de la nature humaine. Il faudrait se débarrasser des conventions sociales pour laisser s'épanouir cette sexualité. Dans ce que Giami identifie comme la même période historique Sade et Charles Fourier défendent l'idée en commun avec Diderot d'une sexualité bénéfique tournée vers le plaisir à la différence que pour Fourier et Sade le plaisir sexuel doit s'exercer au sein d'organisation construites. Pour Fourier le but étant que la sexualité doit s'exercer de manière plus démocratique pour que tout le monde puisse y avoir accès. Pour Sade toutes les variations érotiques de la sexualité font partie de la nature humaine, il ne faut pas les condamner. Il propose une façon très réglementée d'exercer la sexualité dans les 120 journées de Sodome en opposition avec les pratiques interdites par l'Etat, l'Eglise et même certains penseurs des lumières. Ainsi il va jusqu'à décrire une aversion pour la sexualité reproductive.

Cette première révolution sexuelle ne concerne pourtant que les « hommes hétérosexuels de haut niveau social » p48

3.3 Deuxième révolution sexuelle

Il y aurait donc eu une deuxième révolution sexuelle entre les années 1880 et 1933 à travers d'une part cette fois ci la connaissance scientifique au service de l'émancipation sexuelle et d'autre part des acteurs de la connaissance scientifique mais portant plus leur théorie à travers des idées politiques. Giami situe le contexte au niveau européen avec la naissance de discours émergeant de sexologues amenant à des idées libérales. La pratique de la sexualité ne s'inscrit ici dans aucune conception politique si ce n'est que c'est la connaissance scientifique qui amène à la justification de la liberté sexuelle qui est nécessaire au bien être des individus. Le lieu principal de développement de ces idées se situe en Allemagne avec des auteurs comme Krafft-Ebing par exemple.

D'un autre côté on retrouve des auteurs plus politisés sur la question comme le médecin psychiatre et psychanalyste Wilhem Reich et l'auteur Herbert Marcuse dont les textes se voulaient cependant apolitiques. Reich dénonce une répression sexuelle donnant lieu à une misère sexuelle en particulier

chez les jeunes exercée par la société capitaliste. Elle doit être combattue au sein d'une véritable révolution sociale.

Reich est un des disciples de Freud qui rappelons le fait partie des théoriciens psychanalytiques à l'origine des concepts majeurs d'inconscient et de sexualité infantile mettant au cœur de la genèse des troubles psychiques les pulsions sexuelles. Reich se distancie de Freud en partie sur son positionnement politique qu'il mêle donc à l'explication de la présence des névroses.

Pour Marcuse il existe également une répression sexuelle mais qu'il ne remet pas totalement en cause. Il y aurait une sur répression liée au principe de rendement dans le cadre du travail. La sexualité ne doit pas faire ici l'objet d'une révolution sociale mais des changements sociaux dans l'organisation du travail pourraient amener à des modifications de la sexualité.

Cette deuxième révolution prendra fin lors de l'accession au pouvoir d'Hitler. Des organisations qui avaient pu incarner cette seconde révolution comme la Ligue mondiale pour la Réforme Sexuelle disparaitront alors du même coup, organisation sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

3.4 Troisième révolution sexuelle

Giami rappelle qu'elle correspond à une entité historique construite dans l'après coup et que l'on peut ainsi distinguer différents foyers de réflexions dans différents endroits d'Amérique du nord et d'Europe à des moments différents. Pour rester en Europe, il décrit une cinétique se déplaçant du nord vers le sud depuis les pays scandinaves pour aller jusqu'à l'Espagne, le Portugal et la Grèce à la fin des dictatures. Il décrit dans les années 1960 le retour à un contexte de prospérité économique qui a donné lieu à la naissance de toute une série de questions dans la jeunesse concernant des thématiques comme l'énergie nucléaire, la guerre du Vietnam, « les questions de race, de sexe et d'orientation sexuelle. » p35 La question de la sexualité s'inscrit donc dans cette dynamique contestataire.

Le contexte culturel est également très riche et donne lieu à profusion d'œuvres et de discours sur la question (ouverture de la pornographie au grand public, Woodstock, multiplication des revues « homophiles » ainsi que sur la question de la misère sexuelle des jeunes et des femmes). Différents courants féministes peuvent se montrer mitigés face aux évolutions qui ont pu avoir lieu dans cette période ; néanmoins force est de constater comme le note Giami qu'il y a tout de même eu des changements radicaux dans la vie sexuelle des femmes. Preuves en sont la présence d'une démocratisation des moyens contraceptifs, la dépénalisation de l'avortement, la régularisation des naissances en dehors du mariage.

Pour rappel, voici quelques repères chronologiques :

-1967 : loi autorisant la contraception en France

-Abaissement du droit de vote à 18 ans en 1974 (révélateur de la prise de pouvoir ou au moins de parole par la jeunesse)
-1974 : abolition de la censure pour tous les films sous Valéry Giscard d'Estaing (même si apparition de ce que Giami nomme une « censure plus subtile » en 1976 avec la « loi du X » qui cloisonne le porno dans des salles spécialisées)
-1975 : loi Veil autorisant l'avortement

Giami fonde l'idée de la présence d'une révolution sexuelle à cette époque sur le fait que la sexualité soit depuis lors « dégagée du champ restrictif de la procréation et du mariage (ainsi que sur la légitimation des sexualités non reproductives). » (11) p41
L'exemple extrême que prend Bozon pour illustrer cette idée est l'exemple de la PMA qui autrement dit correspond au fait d'avoir des enfants sans relations sexuelles.
Ce que Giami constate également et sur lequel nous reviendrons ultérieurement est le fait que « Les questions sexuelles ont été de plus en plus construites comme l'objet d'enjeux politiques et comme l'expression des luttes pour les libertés individuelles et collectives. » p41

Pour finir, nous voyons bien à quel point la question de la sexualité est une question centrale dans nos sociétés actuelles et ce que l'on soit d'accord ou pas avec l'idée de révolution sexuelle. Foucault était d'accord avec cette hypothèse en replaçant la question de la sexualité au sein d'un dispositif complexe de pouvoirs. Giami formule quant à lui la place de la sexualité ou des révolution sexuelles « au carrefour des utopies littéraires et philosophiques, des révolutions sociales et politiques et de la modernisation scientifique et médicale »p9

4 Modèles sociaux dominants de la sexualité

Nous avons déjà évoqué au cours de la première partie le poids de l'institution dans l'organisation de la sexualité des patients ainsi que son corolaire qui est l'exclusion des patients du reste de la société et donc par là des modèles sociaux dominants qui y sont en jeu.
Nous allons donc nous pencher ici sur ces modèles sociaux dominants contre ou à côté desquels les patients se construisent mais pas seulement puisqu'avec l'ouverture de l'hôpital la séparation hôpital/reste de la société n'est plus si active.

En ce qui concerne ces normes sociétales de manière générale nous avons pu évoquer dans la partie précédente les différentes évolutions auxquelles elles ont donné lieu au cours du XXème siècle notamment. Dans cette partie il s'agira alors aussi de regarder et d'interroger ce qu'il en reste aujourd'hui.

Dans les sociétés que nous appelleront occidentales, depuis de nombreux siècles (en remontant au moins au XIXème siècle puisque nous ne ferons référence à aucun moment de ce travail à une période antérieure) le mariage représente le modèle dominant des relations affectives et le lieu privilégié des relations sexuelles. Au XIXème siècle le mariage et donc le couple est bien le modèle social dominant auquel les jeunes gens sont d'ailleurs préparés dès leur plus jeune âge (12). Cela ne signifie en aucun cas que d'autres formes de sexualité sont absentes mais le mariage reste ce qui est encouragé, ce qui fait donc office de modèle.
Nous avons pu voir à quel point cette question avait pu être bouleversée par les changements amenés au cours de la révolution sexuelle des années 1960-70 avec la dissociation au moins partielle de l'activité sexuelle de l'institution du mariage et de la question de la procréation.
La question qui se pose alors ici est la suivante : qu'en est il du couple et du mariage de nos jours?

Quelques repères concernant l'évolution des rapports entre couple/sexualité/mariage :
Au XIXème siècle on note une dissociation de la fonction érotique et de la fonction procréatrice qui elle se trouve au sein du couple.
En ce qui concerne les sentiments amoureux c'est en tous cas au XVIIIème siècle que le sociologue Michel Bozon identifie l'amour comme un sentiment attendu entre deux conjoints avec l'existence du modèle du mariage d'amour qui commence à apparaître.
Au XXème siècle la fonction érotique est replacée au sein du couple. A la fin du XXème siècle également, « l'idéal du mariage d'amour s'est progressivement dissout dans celui du couple d'amour »
De nos jours : l'institution du mariage a bien été affaiblie depuis les années 1970 même si l'on peut observer des inégalités entre certains pays du nord ou du sud.
Le PACS a connu un succès considérable puisqu'il représente les quatre cinquièmes des unions en 2010.
Le sexe est devenu au sein du couple comme l'exprime Bozon « l'expérience fondatrice des relations conjugales et affectives, le langage de base de la relation » p32 Cette conception est en partie une conséquence de la diffusion des precepts de la sexologie contemporaine avec des acteurs dans cette démarche comme Kinsey, Masters et Johnson. La sexualité est donc centrale et la majorité des personnes vivent en couple, mariées ou non, de nos jours.

Alfred Kinsey (1894-1956) a été un des premiers à contribuer à la réalisation de grandes enquêtes sur la sexualité en sociologie, particulièrement sur la population blanche nord américaine. Son idée était de montrer que certaines pratiques considérées comme délictueuses étaient en fait très répandues. L'exploration d'une diversité de pratiques sexuelles l'a tout de même amené à l'époque à constater que l'activité sexuelle se déployait principalement au sein du couple.

Un exemple intéressant concernant le modèle relationnel que peut constituer le couple concerne les homosexuels. On peut voir la lutte importante qui a été menée pour avoir accès au droit au mariage qui représente une institution traditionnelle de notre société alors que dans les années 1970 la population homosexuelle entre autre s'est fortement opposée à l'institution que pouvait représenter le mariage. On se retrouve donc face à ce que Giami pourrait appeler la persistance de préoccupations hétéronormées.

La vision du couple en tant que modèle social dominant va donc impacter les personnes handicapées psychiques ou mentales qui n'y n'échappent pas au travers de ce que L Nayak appelle une « logique de normalisation » (13)

Au delà du modèle du couple, de la même manière que nous avons pu observer dans le reste de la société, si ce n'est une multiplication des formes de la sexualité au moins une multiplication de leur visibilité, on peut observer chez les patients la même diversité d'expression. On note également une diversité et multiplication actuelle des discours sur la question avec l'évocation de la question dans certains règlements intérieurs, la présence de revues de sciences humaines traitant du sujet, et la multiplication récente de colloques ou journées de réflexion.

A la question qu'on pourrait se poser concernant le rôle des normes actuellement, Bozon propose une analyse qui tend à mettre en lumière non pas une disparition des normes, mais un changement avec une normativité intériorisée opérante. Ca n'est donc pas la société qui est répressive.

Il observe un déclin de la morale religieuse, une augmentation de la mobilité conjugale, la présence importante de débats sur la sexualité dans l'espace public mais surtout une multiplication des discours sur la sexualité comme le décrivait Foucault. Pour autant l'influence de tous ces discours semble moins importante en terme de régulation des comportements car ils « ne sont plus associés à des appareils de contrôle et de sanctions efficaces. » (12). Les individus sont donc enclins à s'orienter de manière plus autonome dans leur conduite en « tissant la logique de leurs expériences ». On comprend bien ici certaines difficultés que peuvent rencontrer les patients en psychiatrie. Autrement dit « l'appel à la responsabilité, à la maîtrise de soi et à l'attention envers l'autre, plutôt qu'au respect d'une morale sexuelle, fait peser sur les individus l'entière et lourde charge du gouvernement d'eux-mêmes et de leur réalisation personnelle. » p36

Le discours actuel sur la sexualité reste en perpétuelle évolution mais semble centré actuellement sur la question des relations sexuelles non consenties en pointant les violences qui peuvent être faites aux femmes. C'est également souvent de cette manière qu'a pu être abordée la question de la sexualité des patients en psychiatrie à travers la question de leur vulnérabilité. Plus qu'un révélateur de fragilité, la question des relations sexuelles continue donc après les révolutions sexuelles de représenter ce que l'on pourrait appeler un outil de politisation des inégalités et discriminations.

Dans ce contexte les questions relatives aux communautés LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres) occupent de plus en plus une place importante dans de nombreux domaines notamment en psychiatrie à travers la terminologie de dysphorie de genre appartenant au registre des maladies mentales et à travers également la convocation de l'avis psychiatrique lors des opérations de changements de sexe. Qu'il s'agisse de la médecine, des droits sexuels, de la question du respect des droits de l'homme on ne peut désormais plus passer à côté de cette thématique.

5 De l'appropriation de la sexualité par le discours médical aux droits sexuels

Nous avons vu précédemment à quel point la sexualité pouvait être si ce n'est conditionnée au moins influencée par son lieu d'expression compris comme unité de temps, de lieu. Ceci pourrait nous amener à nous demander dans quelle mesure la sexualité est-elle quelque chose de culturel ou bien d'acquis ?

Aucune réponse simple ne va de soit face à une telle question mais nous pouvons nous pencher sur ce que disent certains textes élaborés par des organisations internationales ou interroger les textes législatifs afin de trouver certains éléments de réponse face à cette problématique.

Giami note comme un des principaux changements de la sexualité au XXème siècle l'apparition d'une association entre santé sexuelle et droits sexuels. Il identifie plus précisément deux mouvements : l'appropriation médicale de la sexualité puis la transformation de la notion de santé en une valeur morale individuelle et collective.

5.1 Santé sexuelle ou généalogie de l'association Sexualité/Santé

La santé sexuelle est un concept qui est apparu dans les années 1970 dans le cadre de l'OMS.

Il se situe dans le prolongement de celui de la santé qui est également définie par l'OMS comme « un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (14). La santé n'est ainsi plus pensée de manière négative, mais comme

quelque chose de dynamique, un processus qui devra être entretenu et développé au moyen de l'éducation des individus, leur responsabilisation en faisant une promotion de la santé.
Le concept de sexualité a quant à lui subit également des évolutions. Giami nous propose un historique de ces dernières afin de mieux comprendre la genèse de ce concept de santé sexuelle.
Trois moments importants sont ainsi identifiés dans l'élaboration du concept de sexualité :
-apparition et diffusion de la contraception orale
-1975 : l'optimisme sexuel
-épidémie VIH

5.1.1 La contraception orale

Au XIXème siècle la finalité de la sexualité est tournée vers la procréation.
La représentation dominante de la sexualité se fait à travers cette finalité biologique. Cette activité à réguler comprend la lutte contre tout ce qui peut nuire à cette dernière comme les maladies vénériennes, les activités sexuelles non orientées dans ce but comme la prostitution, la masturbation, la sodomie autrement dit selon Lallemand une lutte contre toutes les formes de spermatorrhée qui pouvaient être considérées comme des « causes de potentielles stérilité et d'impuissance et la source de toutes les maladies mentales de l'enfant et de l'adulte. » (14)
Au début des années 1920 on note la présence d'un mouvement d'émancipation des femmes avec la mise en avant de la question de la contraception et de l'avortement notamment au sein de l'association mondiale pour la réforme sexuelle. Sur le plan conceptuel c'est la question de la régulation des naissances qui est mise en avant et non celle de la possibilité d'avoir une activité sexuelle uniquement tournée vers le plaisir.
Concernant la contraception ce n'est que dans un deuxième temps que conceptuellement la dissociation entre activité sexuelle érotique et procréation s'opérera.
Au milieu des années 1960 la pilule contraceptive se diffuse.
Dans cette même période les sexologues américains Masters et Johnson établiront une théorie de l'orgasme en attribuant ainsi une finalité érotique à l'activité sexuelle.
Dans les années qui suivent la sexologie se développe comme pratique clinique médicalisée et la question des troubles sexuels va occuper progressivement la sphère de la santé publique.

5.1.2 1975 : l'optimisme sexuel

Rappel historique sur le rapprochement sexualité/santé :

Giami remarque l'apparition du concept de santé sexuelle en 1974 lors d'une conférence de l'OMS à Genève sous l'impulsion du groupe professionnel international des sexologues. Cette conférence est importante en ce qu'elle vient légitimer de manière internationale la dissociation entre la part érotique et reproductive de la sexualité. La sexualité est tournée vers le bien être. En 1975 la santé sexuelle est définie par l'OMS comme « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST. » (OMS, 1975) (14)
Le rapport rédigé lors de cette réunion d'expert a été peu diffusé mais a marqué un tournant dans l'apparition de ce concept de santé sexuelle, il représentera une base pour les différentes élaborations successives auxquelles il va donner lieu.
Nous sommes à ce moment dans la continuité de ce que différents auteurs identifient comme un optimisme sexuel.

5.1.3 Epidémie VIH

Suite à cette épidémie la place et le rapport à la sexualité dans la société va être profondément modifié. « Le sexe est à nouveau associé à la maladie et à la mort. » (15) p16
Les rapports sexuels sont identifiés comme le principal mode de transmission de la maladie, il n'y a pas de vaccin. La modification des comportements sexuels avec une responsabilisation des comportements apparaît comme unique mode de prévention de la transmission du virus.

Le concept de santé sexuelle va se répandre peu à peu et évoluer entre 1975 et 2015 pour se mêler à la notion de droits sexuels.

5.2 Naissance des droits sexuels

Giami analyse les principaux textes et déclarations concernant les droits sexuels entre 1975 et 2015. Il identifie ce qu'il appelle une « hybridation des notions de santé et de droits de l'homme », qui a lieu dans les années 2000 qui a donné naissance aux droits sexuels. Autrement dit, en référence aux notions que Foucault décrivait sur les discours sur la sexualité, Giami décrit comment dans l'histoire du XXème siècle « les domaines de la santé et des Droits de l'homme (sont devenus) les principaux « régimes de vérité » contemporains de la sexualité » (16). p106 Cette analyse permet une mise en

perspective historique des discours sur la sexualité toujours avec l'idée de Foucault que reprend Giami selon laquelle « des énoncés, qu'ils soient vrais ou faux, ont le pouvoir de s'imposer et d'être reconnus comme porteurs de vérité et d'imposer leur évidence dans les milieux qui sont concernés par ces énoncés. »p106

5.2.1 Première période : politisation des questions sexuelles

Des auteurs comme Wilhem Reich et Rene Guyon défendent l'idée d'une légitimité des actes sexuels non reproductifs.

Il cite également la présence dans les années 1930 d'une ligue internationale pour la réforme sexuelle qui défend la même idée, avec la promotion de la contraception pour la régulation des naissances, l'éducation sexuelle avec la prévention des IST, la médicalisation de l'homosexualité et des perversions sexuelles afin de protéger ces personnes d'éventuelles poursuites judiciaires. (Voir tableau 2) Ces idées s'inscrivent dans ce que Giami repère comme un « projet d'émancipation sociale »

5.2.2 Deuxième période

Elle concerne surtout les notions de planification familiale et les discriminations et violences faites aux femmes. Il cite ainsi différentes conférences ainsi que leur rapports qui sont les suivants :

-1968 : conférence sur les Droits de l'homme et les nations unies

-1993 : deuxième conférence mondiale sur les droits de l'homme à Vienne

-1994 : conférence internationale sur la population et le développement au Caire

-1995 : conférence Mondiale sur les Femmes à Beijing

En 1968 et 1993 la discrimination et les violences sont des notions centrales avec la question de la planification. A partir de 1994 on voit apparaître celle de la vie sexuelle à travers la question du bien-être. La possibilité pour les femmes d'avoir « une vie sexuelle en toute sécurité » est ainsi progressivement interrogée et mise en avant et sera reprise dans plusieurs textes et déclarations ultérieures.

5.2.3 L'intégration des droits de l'homme dans la question de la santé sexuelle

Si les premières conférences sus-citées correspondent à un premier pas dans l'association entre droits de l'homme et santé sexuelle, ce sont les ONG comme la WAS (World Association for Sexual Health) et l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) ainsi que l'OMS qui vont contribuer à

l'élaboration des droits sexuels. En 1975 la santé sexuelle est plus un « état » comme le souligne Giami qu'un droit.

Les premières déclarations de droits sexuels sont élaborées par l'IPPF en 1996 avec une révision en 1997 et en 2008 par la WAS. (voir tableau 3 et 4) L'IPPF met l'accent sur le droit mais dans une perspective de gestion de la santé reproductive quand la WAS de son côté est plus tournée vers la question du droit au « plaisir sexuel ». L'OMS élabore une déclaration en 2002 qui sera publiée en 2006, elle ajoute un focus au niveau individuel sur la notion de consentement et au niveau de la santé publique sur la question d'éducation sexuelle et d'accès aux soins. (tableau 5)

5.2.4 Droits sexuels : perspectives

Les droits sexuels sont désormais indissociables du concept de santé sexuelle. Les facteurs sociaux et politiques sont au cœur de la notion de santé.

Après un intérêt tourné particulièrement vers les femmes et les enfants c'est désormais les questions d'identité de genre qui sont au centre des préoccupations concernant les droits de l'homme. Le droit au plaisir sexuel qui était au centre de la déclaration de la WAS de 1999 a été ajusté : « vivre des expériences sexuelles qui apportent du plaisir, satisfaisantes et en toute sécurité » WAS 2014 (tableau 7) Cette formulation se voudrait plus consensuelle par rapport aux pays qui ne mettent pas au centre de leur politique de santé la question du plaisir sexuel.

Un questionnement est actuellement ouvert au sujet de discriminations que pourrait subir les personnes LGBT. La question des droits sexuels aujourd'hui selon Giami est tournée vers un nouveau questionnement fondamental qui concerne les problématiques *d'orientation sexuelle et d'identité de genre.* Il remarque au sein des différentes déclarations internationales un questionnement au sujet de la pathologisation des « troubles de l'identité de genre ». Un document présenté devant le Conseil des droits de l'homme des Nations unies le 26 mars 2007 vient formaliser ce questionnement sur: les « principes (concernant) l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre » (17)

Les thèmes principaux qui sont mis en avant ne concernent pas la question du plaisir sexuel mais celle des droits civils fondamentaux qui leurs sont parfois bafoués.

5.3 Enjeux théoriques accompagnant la notion de droits sexuels : nouvelle morale sexuelle

A travers l'apparition de la sexualité dans le champ de la santé ainsi que dans la sphère des droits de l'homme, on assiste avec l'association de ces deux champs à une nouvelle forme de moralisation de la sexualité. La formulation de cette nouvelle morale se retrouve au sein des droits sexuels (17).
Historiquement Giami repère d'abord ce qu'il appelle une « inclusion des questions sexuelles dans les luttes d'émancipation des femmes, des gays, des lesbiennes et des personnes trans. » comme nous l'avons vu précédemment puis s'ensuit une véritable institutionnalisation.
L'histoire des droits sexuels s'est construite sur toile de fond de :
-d'une politisation des questions sexuelles : liberté sexuelle et mouvements de la « révolution sexuelle »
-inscription des questions sexuelles dans le registre des droits de l'homme
-inscription des droits de l'homme dans le registre de la santé
La question de l'institutionnalisation des droits sexuels est intéressante en ce qu'elle vient révéler la force du discours actuel sur la sexualité.
Cette idée de moralisation de la vie sexuelle s'appuie sur les travaux de Michel Foucault qui replace toujours le discours sur la sexualité dans sa toile de fond que constitue l'histoire et nous rappelle une fois de plus l'aspect construit de tout discours.

5.3.1 Santé sexuelle et morale

Concernant la santé la question de l'apparition d'une nouvelle forme de moralisation peut s'exprimer ainsi : « La santé comme forme du bien être individuel et collectif, est ainsi devenue une des valeurs centrales et suprêmes du monde contemporain. » (14) p56
Dès la première définition de l'OMS en 1975 on note comme le formule Giami « une ouverture du concept de santé vers des domaines habituellement régulés par la morale »
En ce qui concerne les domaines d'intervention découlant de cette nouvelle perspective conceptuelle, l'OMS fait également directement référence à des questions culturelles en se posant comme objectif d'une part d'intervenir comme nous l'avons vu ci dessus dans des domaines touchant à la « personnalité, la communication et l'amour » d'autre part une lutte contre les mythes et les tabous relatifs à différentes cultures. « Dans de nombreux pays ainsi que dans de nombreuses cultures, l'existence de tabous et de mythes sexuels et la culpabilité et le secret qui en découlent et qui sont imposés par la société sur les sujets sexuels, constituent des obstacles importants à l'éducation sexuelle. » (14) (OMS 1975)
La santé sexuelle devient ainsi comme le dit Giami « une nouvelle conception culturelle de la sexualité fondée sur la reconnaissance du caractère positif de l'activité sexuelle non reproductive, de son

autonomisation par rapport à la vie reproductive et sur la reconnaissance du rôle de la médecine pour réaliser et soutenir les transformations proposées. » (p58)
Une position moins universaliste se développera au fur et à mesure à partir des années 1980.

5.3.2 Comportement sexuel responsable

Dans la définition de l'OMS en 2000 de la santé sexuelle on voit l'importance qui est donnée à la liberté et la responsabilité individuelle. On voit également de nouveau l'attachement à un système de valeurs universalistes.
« Le comportement sexuel responsable est exprimé aux niveaux individuel, interpersonnel et communautaire. Il comprend l'autonomie, la réciprocité, l'honnêteté, le respect, le consentement, la protection et la poursuite du plaisir et du bien-être. Une personne qui revendique un comportement sexuel responsable ne cherche pas à nuire et s'abstient d'exploiter, de harceler, de manipuler et d'exprimer de la discrimination envers les autres. Une communauté favorise des comportements sexuels responsables en fournissant les connaissances, les ressources et en défendant les droits dont les individus ont besoin pour avoir une telle conduite. » (14) (PAHO/OMS,WAS,2000)

5.3.3 Droits sexuels

La santé sexuelle est donc un droit qui prédomine sur les différentes cultures telle qu'elle est décrite par l'OMS.
« L'association entre la santé et les droits de l'homme qui a été développée à partir des années quatre vingt dix sous l'influence de Jonathan Mann, renforce et consacre l'idée selon laquelle la santé est l'une des valeurs fondamentales de la vie sociale et l'un des principaux critères d'évaluation des institutions et des systèmes politiques. (…) L'association entre la santé sexuelle et les droits sexuels s'inscrit dans la stratégie de l'établissement d'un consensus international visant à une nouvelle morale sexuelle fondée sur le principe et la finalité de la santé comme bien-être.» (14)
Le principe santé de manière plus globale va amener à un certain code de conduite sur le plan sanitaire mais également sur le plan de la morale puisqu'elle se présente désormais comme une valeur.
Concernant la santé sexuelle Giami nous souligne d'ailleurs que la WAS qui se présentait auparavant comme une association de sexologie a remplacé ce terme par celui de « santé sexuelle » : World Association for Sexual Health. Elle se présente donc plus désormais comme une ONG que comme une association scientifique.
Pour finir concernant la question des droits sexuels, ils ne sont à l'heure actuelle toujours pas considérés comme des droits. La définition également de la santé sexuelle par l'OMS élaborée en 2002

et publiée en 2006 correspond à une définition de travail. Ils ne constituent en rien des droits opposables et ne font pas partie des droits de l'homme.

Cette première partie nous a permis de nous rendre compte qu'il y avait désormais une reconnaissance de la sexualité des patients en établissement.
De plus, la question du plaisir n'est plus seulement mise en avant comme étant légitime mais comme un véritable droit. On pourra donc en retour observer une reconnaissance plus positive de la sexualité des patients.
La deuxième partie va nous permettre de voir plus en détail d'autres aspects liés à la sexualité qui ont été jusqu'ici évoqués comme par exemple la question de la procréation pour effectuer un état des lieux plus précis de la question.

PARTIE 2 : ENJEUX

Nous allons désormais aborder les questions qui se posent aujourd'hui plus spécifiquement autour de la sexualité des patients en psychiatrie.
La question de la psychopathologie clinique qui accompagne la sexualité avec notamment l'histoire des perversions ne sera pas abordée ici. Ca n'est donc pas la psychiatrie comme instance normalisatrice et donc ici de la sexualité qui est interrogée mais comme instance productrice de soins.

1 La question des risques : historique

1.1 Représentation de la sexualité des patients en psychiatrie

1.1.1 La métaphore de l'Ange et la bête d'Alain Giami

Giami parle dès les années 1980 de l'existence de deux types de représentations qui s'opposent concernant la sexualité des personnes handicapées mentales vivant en institutions spécialisées : celle des parents des patients d'un côté et celle des éducateurs de l'autre. Ces deux visions qu'il nous présente peuvent correspondre également aux différents regards qui traversent les professionnels de santé face à la sexualité de nos patients, qu'ils possèdent un handicap mental ou psychique.
(Nous reviendrons un peu plus bas sur la notion de handicap mental qui peut recouvrir une très grande diversité de profils cliniques.) Dans cette vision les personnes souffrant d'un handicap mental ou psychique seraient perçues comme des « anges » principalement par les familles avec la vision d'êtres innocents ignorant la sexualité. De l'autre côté les éducateurs ou personnels soignants auraient tendance à envisager la sexualité des patients comme celle de « monstres » avec le fantasme d'une sexualité pulsionnelle, bestiale, irrépressible les conduisant seulement à la recherche de l'assouvissement de leurs besoins.
Dans les deux cas « Les personnes handicapées mentales sont renvoyées à l'état de nature, leur sexualité apparaît comme inéducable et incontrôlable ou inexistante. » (18) p280 Pour les parents l'enfant reste un enfant éternel qui ne grandira jamais et sera éternellement dépendant. Cette métaphore nous permet de prendre conscience des représentations agissantes qui peuvent nous faire penser à certains moments qu'il persiste une différence de quelque nature que ce soit en terme d'humanité entre les patients et nous.

1.1.1. Evolution dans la conception du handicap

Par la suite, la personne handicapée est plus envisagée comme une personne. La sociologue Lucie Nayak parle de la coexistence de la vision de la personne handicapée mentale en tant que personne d'un côté et celle de la persistance de leur assimilation à l'ange ou la bête d'un autre côté. Elle propose une analyse pouvant rendre compte des comportements consécutifs à une telle vision. Cette analyse se base sur une enquête qualitative réalisée entre 2009 et 2012 sur les « positionnements éducatifs contrastés en matière d'accompagnement de la sexualité des personnes considérées comme « handicapées mentales » en institution spécialisée. » Elle décrit donc la possibilité d'un

comportement qui s'inscrirait soit dans une logique de normalisation ou bien d'un autre côté dans une logique d'anormalisation.

La sexualité pourra être encouragée ou au contraire interdite :Il s'agit d'un « continuum allant de l'interdit à l'encouragement » (13) et il existe une oscillation constante dans les positionnements des différents interlocuteurs.

Lorsqu'elle est encouragée dans le cadre d'une logique de normalisation avec une conception du patient comme personne qui prédomine c'est la notion de santé sexuelle qui serait mise en avant. Lorsque la sexualité est également encouragée mais dans une perspective ange/bête c'est la notion de compensation d'une différence qui serait ici au centre des représentations.

Quand il s'agit de limiter la sexualité, elle l'est de manière plus formelle lorsqu'il s'agit d'une vision en terme d'ange/bête.

Par exemple en ce qui concerne l'attitude de limitation l'auteur cite un exemple :

Après avoir insisté pour montrer à quel point ces personnes sont des personnes « comme nous » il advient nécessaire de montrer qu'elles ne sont quand même pas tout à fait comme nous. Ainsi « les éventuelles relations sexuelles entre personnes « handicapées mentales » et personnes dites « valides » sont (…) rendues difficiles par la loi » p188

C'est ce que montre l'auteur IACUB que cite L Nayak qui nous rappelle que le code pénal n'interdit pas spécifiquement les relations sexuelles entre les personnes « handicapées mentales » et « valides » mais la jurisprudence montrerait que le partenaire valide pourrait être accusé de viol en cas de plainte déposée par un tiers.

Ainsi même si les personnes handicapées mentales sont désormais considérées comme des personnes, « les « valides » maintiennent celles et ceux qu'ils ont désignés comme « handicapés » dans le domaine de « l'altérité fondamentale » que soulignait déjà Alain Giami dans les années 1980» avec sa vision de l'ange et de la bête. p188 (fait référence à l'ange et la bête de 1983)

Il s'agissait pour cette sociologue L.Nayak de montrer les différents écueils et paradoxes dans les conceptions sous tendant les différents comportements adoptés face à la sexualité des patients en psychiatrie afin de pointer la nécessité de s'assouplir.

André Dupras Professeur de sexologie à l'Université du Québéc vient également souligner cette complexité en montrant que deux types de revendications cohabitent bien chez les personnes handicapées de manière globale : celui de la revendication d'un droit à la ressemblance ainsi que d'un droit à la diversité (19).

1.1.2. Des représentations différentes de la sexualité en fonction du genre

Dans un d'un article sur la question du consentement sexuel chez des patients souffrant de maladie d'Alzheimer en institution, L.Ory doctorante en psychologie cite une étude qui met en avant le fait que les professionnels de santé confrontés à une situation dans laquelle ils peuvent potentiellement percevoir un abus attribuent rapidement à l'homme la figure du prédateur et à la femme le statut de victime. La femme est ainsi associée à d'avantage de vulnérabilité, d'innocence sexuelle et l'homme à plus d'intérêt sexuel (20).

C'est ce que constate aussi le sociologue Michel Bozon y compris en population générale. Malgré les évolutions sociales qui ont pu avoir lieu à la fin des années 1960 il persiste de nombreuses inégalités entre hommes et femmes y compris dans la représentation de leurs rôles. Cela passe également dans la représentation des significations qui sont attribuées à leurs expériences sexuelles. L'idée d'une différence de nature psychologique entre hommes et femmes est à l'œuvre. L'homme est pensé avec des pulsions et des désirs qui réclament satisfaction et les femmes comme des « sujets sexuellement modérés qui doivent savoir répondre au désir de l'autre tout en étant attentives à celui qu'elles peuvent susciter. » On assiste là « dans le domaine intime (à ce qu'il nomme comme) une recomposition incessante des inégalités de genre. » (12) p73 Les attitudes des soignants face à la sexualité des patients en psychiatrie ne sont donc que le reflet de la persistance d'une vision sociale inégalitaire entre hommes et femmes. C'est ce que confirme une étude concernant la représentation de la sexualité des patients présentant un déficit intellectuel par les professionnels les encadrant (21)

On pourrait également y voir une sorte de reproduction avec une division différente de la problématique des représentations de l'ange et de la bête avec d'un côté une figure innocente représentée par la femme et de l'autre côté la figure bestiale représentée par le sexe masculin. « les sexes biologiques servant de frontière entre ange et bête » (22)

1.2 VIH

Si nous avons pu voir dans la première partie en quoi les modifications structurelles de l'hôpital en tant qu'institution avaient pu influer sur la sexualité des patients nous allons ici voir en quoi le VIH a également bouleversé la sexualité des personnes handicapées.

1.2.1 Quelques rappels historiques sur la question du VIH

-en 1983 le VIH est identifié ainsi que ses modes de transmission

le virus touchant la communauté homosexuelle particulièrement la réaction des pouvoirs publics se fait longue

-1987 : la promotion du préservatif est autorisée. L'Etat assure alors un rôle de promotion de la santé sexuelle à travers des campagnes de prévention.
-1996 : mise sur le marché de traitements pour le VIH, les trithérapies
Cela correspond également dans ce que Giami constate à « la trace des premiers travaux de santé publique et des prises de positions administratives et politiques qui posent la question de la prévention du VIH dans le milieu du handicap mental. » p95

1.2.2 VIH et psychiatrie

Une des spécificités du VIH par rapport à d'autres MST qui l'ont précédées dans son histoire hormis son issue mortelle rapide dans les débuts de l'épidémie avant la mise en place des antirétroviraux consiste dans les caractéristiques sociologiques des personnes affectées comme le souligne le sociologue Gabriel Girard. Il s'agissait de « jeunes adultes, pour la plupart issues de minorités sexuelles, racisées et/ou de populations précarisées » (23).
C'est ainsi qu'il va jusqu'à la caractériser « d'épidémie politique » : «L'épidémie de sida, en révélant des situations d'injustices et de discriminations, a servi de levier à l'affirmation des minorités. »
Des questions comme la reconnaissance des couples homosexuels et leur traitement dans la société vont ainsi être mises en lumière. Il évoque également celle de la prise en charge des sans-papiers malades et celle des usagers de santé mentale.
En effet rappelons que l'OMS n'a rayé l'homosexualité de la liste des maladies mentales qu'en 1993.
La question du VIH a donc permis par la force des choses de parler ici en ce qui nous concerne de la sexualités des personnes souffrant d'un handicap psychique et mentale. Les questions sexuelles étaient en effet peu abordées avant les années 1980 comme nous l'avons vu lors de la première partie.
« Le sida va fonctionner comme un cheval de Troie pour légitimer les préoccupations relatives à la sexualité et reconnaître son existence et son importance dans ce milieu. » (23) p95
Les personnes handicapées ont de manière regrettable moins bénéficié au moins dans un premier temps des effets de la prévention. La mise au ban de la société dont elles sont victimes est l'une des raisons expliquant cet effet. Nous pouvons toutefois soulever un deuxième point en jeu par rapport à cette question du VIH : le fait que cette prévention de la transmission dépende également d'une responsabilisation des comportements des individus a pu également présenter une limite. En effet en population générale des enquêtes réalisées autour des années 2000 montrent les limites de la politique de santé publique de protection face à un comportement intime (12). Il n'y a plus comme le constate le sociologue Bozon d'instance sociale ou d'institution assez forte pour réguler les comportements des individus. Il apparaît alors de manière évidente les difficultés qui peuvent se

rajouter chez une population en proie à des troubles de la compréhension et de l'adaptation dans les relations interindividuelles ainsi que dans l'espace social.
Pour finir, nous pouvons rappeler une fois de plus qu'au-delà de son rôle politique que nous avions évoqué au sein de la première partie, la question de la sexualité à cause du VIH fait réapparaitre une vision sanitaire de la sexualité qui s'était estompée pour faire place, comme nous l'avions vu en première partie, à un optimisme sexuel dans la fin des années 1960.

1.2.3 Mesures mises en place et publications

-publication d'une circulaire par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité le 10 décembre 1996 pour la mise en place de « personne ressource VIH » dans les établissements accueillant des personnes handicapées mentales.
-18 décembre 1997 : rapport du Conseil national du Sida : « les oubliés de la prévention ». Ce rapport sera suivi de recommandations. (2)
-circulaire DAS TS1 n°96-743 relative à la prévention de l'infection à VIH dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées mentales.

Nous voyons donc bien en quoi le VIH a pu représenter et représente toujours un risque pour nos patients comme pour la sexualité de tout un chacun. Il a également contribué à véhiculer une image négative de la sexualité conçue comme un risque mais il a aussi permis de mettre en lumière la nécessité de défendre certains droits pour des personnes notamment vulnérables.
Nous allons poursuivre par la suite notre réflexion au sujet de différents aspects qui peuvent faire concevoir la sexualité des patients en psychiatrie comme un risque.

1.3 Eugénisme, stérilisation, parentalité

1.3.1 Eugénisme

Bien que l'histoire de l'Eugénisme en France a été associée à 2 prix Nobel de médecine (Alexis Carrel et Charles Richet) elle est parfois un peu souterraine. Elle n'a en effet jamais fait l'objet d'une quelconque organisation sociale contrairement aux Etats Unis ou à plusieurs pays d'Europe du nord. Autrement dit la France n'a jamais mis en œuvre de politique eugéniste.
Revenons sur certains aspects du sens de l'eugénisme. Il s'agit donc pour rappel d'une théorie basée sur des lois de génétiques, qui cherche à sélectionner les collectivités humaines. Les différentes

théories eugénistes s'inscrivent dans un contexte de relecture erronée des théories de Darwin dont un des premiers théoriciens est d'ailleurs son cousin Françis Galton. Cette théorie s'est répandue principalement à travers l'idée d'une croyance en la possible dégénérescence de l'espèce humaine avec la transmission de la folie, de l'alcoolisme et de la délinquance. On comprend donc dès lors le rôle joué par les médecins et spécifiquement les psychiatres dans le développement de ces théories. En France l'eugénisme a surtout concerné certains médecins hygiénistes comme Edouard Toulouse.

Edouard Toulouse : (1865-1947)

Il est le psychiatre français qui va mettre en avant l'idée d'une prévention des maladies mentales. (24) Il se trouve dans un contexte de multiplication des programmes de santé publique dans les suites des découvertes de Pasteur sur la vaccination. Il est partisan d'une prise en charge pour les patients avec plus de liberté. Il préconise une politique interventionniste de l'Etat avec une vision de l'aliéné comme un sujet en difficulté psychosociale. Il faut dépister, prévenir et corriger les anomalies biologiques à travers notamment une rationalisation de la procréation même s'il reconnaît que « nos connaissances en matière d'hérédité ne sont pas assez sûres pour légitimer la réclamation d'aucune loi tendant à limiter l'union de certains malades. » (25) p90

Chez nos voisins occidentaux, le cas de l'Allemagne nazie représente la dérive la plus extrême de ces théories eugénistes.

Sans aller jusqu'à cet extrême on peut souligner la place importante de ces théories qui ont donné lieu à de véritables politiques publiques aux Etats Unis ainsi que dans les pays scandinaves et ce jusque dans les années 1970.

Pour commencer par les Etats Unis, dès 1907 par exemple dans l'état d'Indiana il existe des lois qui autorisent la stérilisation des « fous et des criminels ». La majorité des stérilisations eugéniques a eu lieu dans l'état de Californie et plus de 60 000 personnes seront stérilisées en vertu de ces lois entre 1907 et 1970 (18). Le contexte est celui de grands bouleversements sociaux entre autre dus à l'abolition de l'esclavage. La stérilisation se fait à la fois dans un contexte qu'on pourrait appeler préventif/eugénique ainsi que coercitif chez des criminels. Les pratiques eugéniques vont connaître un succès entre le début du XXème siècle et les années 1930 avec un regain d'intérêt dans les années 1970 lors de la mise en place de certains dépistages génétiques. L'Allemagne prendra ainsi le relais des états unis dans les années 1930.

En ce qui concerne les pays d'Europe du nord, plus de 60 000 Suédois des deux sexes auraient été stérilisés entre 1934 et 1974.

En France, le contexte de politique nataliste français n'était pas en faveur comme nous l'avons dit ci-dessus de pratiques eugénistes avec des stérilisations forcées.

« En Mai 1996, le quotidien « Libération » révélait une étude, effectuée en Gironde, montrant qu'un tiers des handicapées vivant en institution étaient stérilisées. À la fin de l'été 1997, la presse internationale révélait l'existence, dans un passé récent, de programmes systématiques de stérilisation concernant, en premier lieu, des personnes handicapées mentales dans certains pays d' Europe, notamment en Suède, ainsi qu'aux États-Unis.(…) C'est dans ce contexte qu'en Septembre 1997, le journal « Charlie-Hebdo » annonçait l'existence de 15 000 personnes handicapées mentales stérilisées en France : bien entendu, ce chiffre ne pouvait être considéré comme fiable, le journal se basant sur l'enquête précitée réalisée en Gironde qui avait porté sur 260 personnes (sur les 1 000 prises en charge par l'Association concernée) et avait révélé qu'environ 30% d'entre elles avaient été stérilisées. » (26)

Les stérilisations qui ont eu lieu en France et qui ont été en partie révélées par Charlie Hebdo en 1997 s'inscrivent donc dans un contexte idéologique qui prend en compte d'autres aspects qu'une seule perspective eugéniste. L'hypothèse que Giami fait à ce sujet est celle d'une tentative de contrôle de la sexualité des personnes handicapées. Ce contrôle externe de leur sexualité se ferait ainsi au nom des représentations sociales dont elles sont victimes ; représentations que nous avons évoquées ci dessus avec notamment l'image de l'ange et de la bête. Dans ces deux types de représentation « les parents et les professionnels expriment un consensus profond quant au refus de la procréation pour les personnes handicapées mentales » (18) p280

Il existe peu de travaux qui permettraient d'avoir une idée de l'envergure des phénomènes de stérilisation cette pratique étant interdite à visée contraceptive avant 1996 mais il paraît difficile de les envisager comme faisant partie d'un véritable projet eugéniste. Elles ont pu toutefois alimenter des motivations indirectes en faveur de la stérilisation des personnes handicapées mentales et psychiques.

1.3.2 Stérilisation

Concernant donc la législation/les pratiques en France :

En 1996 le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) s'est prononcé sur deux questions de manière simultanée concernant la stérilisation et a ainsi émis deux rapports :

-un sur la contraception chez les personnes handicapées mentales (avis et rapport n°49 du 3 avril 1996)

-un sur la stérilisation envisagée comme méthode de contraception définitive (Rapport n°50 du 3 avril 1996)

Cette réflexion éthique est intervenue dans un contexte où les pratiques de stérilisation en France se déroulaient de manière paradoxale : en effet, d'un côté des personnes souhaitent avoir la possibilité d'accès à une stérilisation contraceptive alors que la loi l'interdit et de l'autre des personnes vulnérables se voient proposer ce type de contraception avec le caractère discutable de leur consentement à de telles pratiques.

Ce rapport est donc intervenu suite à ce constat : « Le problème de la contraception des personnes handicapées mentales ne peut en aucun cas recevoir de réponse univoque : il soulève en effet de nombreuses questions qui touchent à leur condition, variable selon les individus et les situations-questions d'une très grande complexité où entre inévitablement en jeu le respect de leurs droits. De plus la demande de contraception émane presque toujours d'un tiers, ce qui suscite des interrogations graves exigeant une réflexion éthique approfondie. »

Ces deux rapports ont été perçus de deux manières : d'un côté le débat sur des « pratiques douteuses » a été posé dans l'espace publique et de l'autre, la stérilisation contraceptive qui sera autorisée plusieurs années plus tard sera perçue dans ces circonstances comme une facilitation de ces pratiques qui devaient être avant tout révélées.

En 2001 la loi du 4 juillet n°2001-588 établit le droit à la stérilisation volontaire à visée contraceptive.

Le CCNE conclurera de la manière qui suit : « la stérilisation n'est pas la seule ou même la meilleure solution contraceptive pour les personnes handicapées mentales. La plupart des femmes handicapées mentales peuvent bénéficier de contraceptions hormonales fiables. Mais pour toutes les formes de contraception, qu'elles soient ou non réversibles, la difficulté principale reste de celle de la validité du consentement libre et éclairé. Les conditions de prescription et de suivi d'une contraception ne doivent pas, par ailleurs, donner prise à un contrôle abusif de la personne handicapée mentale et de ses activités, sexuelle ou autre. » (27)

1.3.3 Parentalité

Pour finir, il s'agit ici de parler du dernier aspect concernant les enjeux du contrôle de la fécondité des personnes handicapées mentales. Après la question de leur place dans la société à travers l'eugénisme, celle du contrôle de leur sexualité tributaire de la représentation qu'on a d'eux, évoquons maintenant la parentalité.

Un paradoxe se pose assez rapidement avec deux aspects à la fois séparés et indissociables: d'un côté celui des droits de chaque personne à avoir un enfant, autrement dit le droit universel à la procréation

et de l'autre celui des droits et de la sécurité de l'enfant à venir. (28) La question de la satisfaction des besoins affectifs d'un enfant ne va de manière évidente pas de soi mais en ce qui concerne sa sécurité il apparaît intuitif que quelqu'un qui présente des difficultés à s'occuper de soi en présentera également pour s'occuper d'un enfant.

Dans ce contexte, face à une personne présentant un handicap mental ou psychique : dans quelle mesure notre rôle doit-il être celui d'un accompagnement à un renoncement à la parentalité?

La parentalité ne renvoie pas uniquement à une fonction biologique de procréation. Les réponses ne peuvent également jamais être univoques face à un désir d'enfant. Ainsi à travers ce désir plusieurs choses peuvent être interrogées. Les raisons d'être de ce désir peuvent être identiques à celles de n'importe quelle personne en population générale. Il peut aussi y avoir l'expression d'un désir de normalité dans la continuité d'une union ou d'un mariage. Le désir de faire comme tout le monde au même titre que travailler par exemple. Ce que nous voyons ici est un des aspects anthropologique contenu dans la fonction parentale. Nous voyons bien dès lors la critique qui peut être faite à la psychiatrie : en quoi a-t-elle quelque chose à dire face à des questions socio-anthropologiques ? Autrement dit c'est la légitimité de son rôle normalisateur qui est ici interrogé.

De plus, imaginer une réponse définitive et fixée comme celle de la stérilisation comme moyen de contraception ne renvoie-t-elle pas à une conception figée de la personne et de son handicap ? C'est le rôle la réhabilitation psycho sociale dans sa globalité qui est ici interrogée.

Nous reviendrons plus tard sur cet aspect à travers la question de l'éducation sexuelle afin d'éviter des pratiques qui tendraient vers ce que Denis Vaginay nomme comme un « eugénisme mou » (22) p222

Ce bref rappel historique concernant le contexte sociétal qui a pu exister autour de la question de la stérilisation nous a permis de nous rendre compte à quel point il s'agissait d'une question éthique et politique bien avant d'être une question médicale. L'exemple qui illustre bien cette idée aujourd'hui concerne la pratique des stérilisations à visée contraceptives en population générale que nous avons évoquées. Si la loi les autorise depuis 2001 il s'agit d'une pratique qui par exemple en France est bien moins répandue qu'au Canada, en Amérique du Sud ou en Asie. On n'imagine donc d'autant plus l'intensité du questionnement qui a pu accompagner la révélation de telles pratiques chez des personnes handicapées. Rappelons que la stérilisation représentait encore au début du XXIème siècle la première méthode de contraception dans le monde.

La gestion de la prévention du VIH ou de la contraception nécessite une autonomisation des personnes concernées par cette prévention. Cela nous rappelle à quel point il s'agit de questions politiques qui concernent l'ensemble de la société. Mais si elles touchent chacun d'entre nous, elles nous renvoient aussi une certaine vision de la société dans son traitement social du handicap, lorsque cette société propose de régler un problème en supprimant un droit aux personnes les plus vulnérables plutôt qu'en

proposant elle-même des adaptations. C'est ce qu'André Dupras appelle « la conception classique de la domination sociale ». (18) p308

Dans la partie qui suit nous allons nous pencher de manière plus formelle sur les droits et libertés actuellement en jeu ou mis en avant dans l'espace social concernant les patients.

2 Spécificité des patients en psychiatrie

2.1 Handicap mental/psychique et citoyenneté

Dans les années 1980 on assiste à un changement comme nous l'évoquions ci-dessus de la vision du handicap : Les personnes handicapées sont avant tout des personnes. Lucie Nayak évoque les travaux d'Irving Zola dans les années 1980 grâce auxquels « le handicap a commencé à être pensé comme socialement construit » (13) p187

« Depuis il est entendu que le handicap n'est pas une caractéristique individuelle mais résulte des obstacles posés par l'environnement à certains individus. Il est donc une situation. »

En France une définition du handicap est proposée par la loi du 11 février 2005 : « constitue un handicap le fait pour une personne de se trouver limitée dans ses activités ou restreinte dans sa participation à la vie en société en raison de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentale, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (29)

Nous pouvons apporter une précision concernant les notions de handicap mental et psychique : L Nayak propose une distinction qui est la suivante :

Le handicap psychique est lié à une pathologie mentale n'affectant pas nécessairement les capacités intellectuelles et relevant de la psychiatrie.

Le handicap mental est en effet définit dans la CIM 10 comme un « arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est à dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales » (chapitre 5 retard mental F70-F79)

Le QI sert à déterminer le degré de retard mental.

Pour revenir sur la nouvelle définition du handicap :

Le Modèle CIF de l'OMS permet une prise en compte de la personne en interaction avec son environnement.

Il permet ainsi de voir en ce qui concerne notre sujet ce que Dupras appelle des « déterminants de la santé sexuelle » (19) qui ne dépendent pas uniquement des potentielles déficiences de la personne.

L'environnement peut être vu comme favorisant ou limitant ce qui implique des modes d'actions différents lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé de manière générale des personnes handicapées.
La loi du 11 février 2005 met ainsi également en avant la nécessité de compensation du handicap.
La personne handicapée est donc avant tout un citoyen avec des droits.

2.2 La question du consentement

Il s'agit là d'une question qui représente le point d'achoppement de la problématique de la vulnérabilité telle qu'elle est posée aujourd'hui lorsque l'on parle de la sexualité des patients en psychiatrie. Même en dehors de ce contexte dès que l'on évoque ce qui peut poser problème autour de la sexualité aujourd'hui cette notion apparaît comme centrale. Nous allons donc voir un peu plus en détail quels sont les différents aspects que revêt cette notion ainsi que les questions en tension qui s'y rattachent.
Il s'agit en effet d'une notion qui ne concerne pas uniquement nos patients. Nous pouvons ainsi citer l'exemple d'une équipe de planning familial de région lyonnaise qui met en avant la question du consentement lors de séances d'éducation sexuelle avec des adolescents (23). Ils mettent au cœur de leur préoccupation la sensibilisation des filles et des garçons à cette notion en soulevant la force agissante des représentations auxquelles peuvent être soumis les adolescents avec ce qu'ils identifient comme des injonctions à la performance pour les garçons et à une « disponibilité permanente pour les filles. »p8 Le but est donc de leur apprendre à pouvoir dire leur consentement ainsi que de pouvoir interroger l'autre sur le sien.
De manière globale comme le formule Lorraine Ory dans un article sur la sexualité des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer : « le consentement apparaît comme (…) une norme centrale de la sexualité légitime et contemporaine » (20)

2.2.1 Les différents aspects du consentement

Tout d'abord, le consentement peut être de différents types : exprès, tacite, implicite ou présumé.
-le concept de philosophie morale :
Le consentement est une notion qui apparaît dans le stoïcisme. Il renvoie à une forme d'acceptation des choses qui ne dépendent pas de nous en référence à un ordre universel qui nous dépasse. Nous pouvons ici juste souligner le fait qu'il est intéressant de voir qu'initialement cette notion fait référence à une forme de passivité contrairement à part à la suite où elle sous-entend une part d'action du sujet.
-droit de la famille

Consentir c'est accepter un mariage. Il s'agit d'une notion qui nous renvoie ici à l'aspect relationnel en jeu dans les relations affectives et sexuelles. Un aspect qui nous rappelle également historiquement que les relations affectives sont toujours prises dans une toile de fond sociologique et qu'elles ne peuvent donc définitivement pas être analysées indépendamment de leur contexte

-droit des contrats

Accord donné à un contrat

On voit d'emblée dans cet aspect apparaître la question de la capacité, capacité à s'engager dans un contrat, comme cela est interrogé chez les personnes ou nos patients sous mesure de protection juridique

-droit de la santé ou le modèle de la relation contractuelle entre médecin et malade

Avec la loi Kouchner du 4 mars 2002 la notion de consentement éclairé a été mise au cœur des soins. Ce consentement implique le malade dans les prises de décision qui le concernent dans le parcours de soins.

"Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment." (30)

Dans les soins la question qui est posée est celle de la capacité de compréhension de l'information et de l'évaluation de cette compréhension en vue d'une prise de décision concernant les soins proposés à une personne. Si elle est désormais le mode de relation qui unit le patient et son médecin doit-il pour autant être la norme de toutes les interactions se passant entre deux personnes à l'hôpital ? Autrement dit : quelle place pour une relation contractuelle dans la relation affective entre deux personnes hospitalisées ?

Denis Vaginay, docteur en psychologie fait le même constat mais s'il paraît évident que tout rapport sexuel doit être consentie il interroge le sens de cette place qu'est donné à la notion de consentement concernant la sexualité. Le consentement serait « l'acquiescement donné à un projet » (31) p172 l'établissement entre les personnes concernées d'un « objectif à atteindre et, peut-être, les étapes pour y arriver. »

Ce qui semble ici interrogé est la notion d'égalité quantitative mesurable concernant les différents aspects qui peuvent mener à une relation sexuelle comme le désir par exemple.

En d'autres termes, si le consentement des deux parties lors d'une relation sexuelle est une condition sine qua non dont il ne faut se passer, la sphère à laquelle nous renvoie cette notion ne peut recouvrir à elle seule le domaine de la sexualité.

Denis Vaginay nous propose ainsi pour décrire la relation entre deux personnes des notions plus dynamiques comme celles « d'accordage et/ou d'ajustement progressif »

Un exemple de jurisprudence qui semble aller également dans ce sens :

Des juges parisiens ont considéré en 2016 que le consentement à l'acte sexuel entre deux personnes pouvait être déduit de leur comportement non équivoque. CA Paris, 9 mars 2016, n°15/07071
Une psychologue d'EHPAD a été licenciée pour avoir rapproché deux résidents. Les juges ont considéré que « les deux résidents ont dans la salle à manger eu un comportement non équivoque de rapprochement de nature sexuelle ayant conduit le personnel présent à installer un claustra » « le comportement réciproque des deux personnes révélait leur consentement »
A l'inverse, la juriste Valériane Dujardin souligne la probabilité pour que dans une situation contraire d'identification de risques le juge regarde ce qu'a pu faire le personnel pour protéger le patient en cause.

2.2.2 Les enjeux cliniques du consentement

Pour finir sur cette notion, un psychiatre de l'hôpital Sainte Anne, le Dr Alain Mercuel nous propose une formulation de différents enjeux (23) p4:
-Ne pas nuire à soi même :
Cette notion renvoie aux tableaux psychiatriques aigus rencontrés lors des phases d'hospitalisation dans les services d'admission. La perte de compétence/capacité à prendre des décisions peut être en effet partielle ou totale et plus ou moins temporaire.
Nous pensons spécifiquement à un état maniaque par exemple au décours duquel il apparaît évident de protéger le patient de potentiels comportements extravertis.

-Ne pas nuire à autrui :
Au sein d'un service d'admission présence de personne fragilisées qui peuvent avoir une capacité à refuser un rapport sexuel altérée.

-Ne pas nuire aux tiers présents :
Cette question rejoint celle de la pudeur et de l'intimité que nous avons déjà évoquée à travers la question des règlements intérieurs. Nous le verrons un peu plus tard mais nous pouvons déjà ici soulever cet aspect : la loi ne disparaît pas à l'intérieur de l'hôpital ou d'une institution.

La question de l'autonomie :
Se demander si une personne est capable de consentir c'est se demander d'une certaine façon dans quelle mesure elle est un sujet à part entière. Suite aux différentes représentations que nous avons évoquées précédemment une question se pose également : sommes-nous prêt à leur concéder leur autonomie ou préférons nous maintenir les patients dans une forme d'altérité ?

Il s'agit bien là d'une réelle clinique du consentement, celui-ci pouvant être particulièrement altéré chez les patients d'unités d'admission. Nous sommes donc au cœur d'une interrogation clinique médicale et pas seulement juridique.
Pour finir une dernière question se pose : en tant que médecin avons-nous la possibilité de dire qu'une personne n'est de manière pérenne pas apte à consentir à une relation? On voit bien ici le questionnement éthique qui se dessine.

2.3 Droit des patients en psychiatrie

Voici les questions principales qui se posent concernant le droit des patients :
Comment l'hôpital en tant qu'institution peut-il respecter le droit à la vie privée des usagers tout en assurant la sécurité des personnes ?
Qu'en est-il d'un point de vue juridique des notions de droit sexuel et de vulnérabilité ?
Quels sont les enjeux autour de cette notion ?
Si la vie sexuelle en établissement de santé est une liberté fondamentale est elle pour autant un droit opposable ?

La notion de sexualité ne correspond à aucune définition en droit. Elle est comme le citent les juristes Eric Péchillon et Valériane Dujardin : « une composante d'un principe plus général, par exemple le respect de la vie privée. » (32)
Alain Dupras dans son article sur les droits sexuels rappelle la difficulté à faire respecter ce droit. L'ONU en 2006, appelle les pays signataires de la convention relative aux droits des personnes handicapées à « prendre des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles sur la base de l'égalité avec les autres » (19) p129
Une des problématiques que souligne Dupras et que nous avions déjà évoquée ci dessus concerne plus un des aspects éthiques contenu dans la notion de droit. Ainsi il s'agit du risque de normalisation. En effet comment prendre en compte les difficultés liées à la maladie de nos patients tout en les considérant comme entièrement égaux dans leur humanité ?
La question du droit de nos patients n'est pas sans nous rappeler les luttes et questions sociales qui ont animé le XXème siècle comme nous l'avons vu lors de la première partie. Pour citer l'exemple de l'homosexualité : comme le formule Michel Bozon « au début des années 1980, le sociologue Michel

Pollak voit dans les styles de vie homosexuels une préfiguration de l'évolution des comportements de tous. » (12) p40

Michel Foucaullt soutenait également que l'homosexualité pouvait être la source d'une certaine inventivité relationnelle. Ainsi peut être le questionnement concernant le droit à la sexualité de nos patients en psychiatrie pourra-t-il être la source d'un questionnement bénéfique pour chacun d'entre nous.

Si chaque individu est identique du point de vue des droits de l'homme le droit distingue pourtant les personnes les plus vulnérables en faisant de la vulnérabilité lors d'une agression une circonstance aggravante. Des mesures de protection juridique existent également afin de protéger certains de nos patients face à certaines vulnérabilités bien identifiées. Qu'en est-il de la protection que nous pouvons leur apporter concernant leur vulnérabilité dans la vie relationnelle et affective ?

A ce jour, il n'existe pas de règlement clair concernant la vie affective et sexuelle des patients. Le risque face à l'absence de réglementation formelle est toujours que ce soit la morale des individus qui guide leur action. A l'inverse nous voyons bien, vu la complexité du sujet, la nécessité d'individualiser les pratiques.

Nous allons donc regarder ce que dit d'un peu plus près le droit commun afin de trouver quelques repères pour guider notre action.

2.3.1 Le droit à la vie privée, droit commun

Code civil, article 9 :

« Chacun a droit au respect de sa vie privée » (33)

Deux conséquences majeures :

-Respect et discrétion en ce qui concerne la vie intime des personnes

-La garantie de l'exercice des libertés fondamentales

Article 16-1 « chacun a droit au respect de son corps » (34)

De ce droit à la vie privée plusieurs droits corollaires découlent

-secret de la vie privée, de la correspondance

-liberté d'aller et venir

-droit aux relations personnelles

-inviolabilité du domicile

2.3.2 Droit des malades relatif à la qualité du système de santé

Article.L.1111-4 du Code de la santé publique (CSP), introduit par l'article 3 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (J.O 5 mars 2002)

« toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant » (35)

Chaque service doit ainsi penser le patient au cœur de son fonctionnement.

On constate une rupture comme l'explique la juriste Valérianne Dujardin entre le fonctionnement actuel du service public et une approche historique où l'administré était en position de soumission par rapport à l'institution. Chaque service doit désormais mettre en œuvre le principe de mutabilité « Le principe de mutabilité (ou d'adaptabilité) signifie que le service public ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société, mais suivre ses répercussions sur les besoins des usagers. » (32)

Il s'agit donc bien là de l'abandon du paradigme d'institution totale que Goffman nommait comme nous l'avons vu lors de la première partie.

Cour Européenne des droits de l'homme :

Article 8- droit au respect de la vie privée et familiale, droit au respect de la vie sexuelle de son choix: « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (…) Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. » (36)

« ce droit implique le droit d'établir et d'entretenir des rapports avec les autres êtres humains et le monde extérieur, et ce y compris dans le domaine des relations sexuelles, qui est l'un des aspects les plus intimes de la sphère privée, et à ce titre protégé par cette disposition » (32) p10

2.3.3 Liberté d'aller et venir

Les sorties peuvent être réglementées mais ne doivent pas entraver la liberté d'aller et venir

Article 224 du code pénal : possible délit de séquestration arbitraire.

Ceci évidemment lorsque les patients ne sont pas hospitalisés sans leur consentement.

2.3.4 Le droit de recevoir des visites

Les visites ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement du service mais interdire une visite à un patient en soins libres constitue une ingérence dans l'exercice du droit et le respect de la vie familiale.

« Des restrictions peuvent être établies par la décision judiciaire (…) Toutefois c'est au juge qu'il revient de désigner nommément les personnes qu'il ne serait pas autorisé à rencontrer. Une décision qui se contenterait d'énumérer les seules personnes autorisées à rencontrer le mineur violerait le droit au respect de la vie privée. » (37)

Par exemple un centre éducatif ne peut limiter les contacts du mineur aux seuls membres de sa famille.

2.3.5 La chambre d'hôpital : un domicile ?

Article 226-4 du code pénal : inviolabilité du domicile

Une qualité qui lui est reconnue depuis au moins 1986 : exemple de l'affaire Chantal Nobel qui concerne une star qui avait été photographiée par des paparazzis à son insu dans une chambre d'hôpital. Les journalistes ont été condamnés à une peine pour violation de domicile.

A ajouter : code pénal article 432-8 : « Un fonctionnaire ou une personne dépositaire de l'autorité publique commet le délit dès lors qu'il pénètre dans le domicile contre le gré de l'occupant. »

Il paraît évident que toute intrusion dans la chambre des patients ne constitue pas un délit. Il y a bien des nécessités de service avec la réalisation de soins par exemple, une chambre qui est parfois partagée qui explique des incursions. Mais comme le souligne l'ancien avocat directeur de publication du journal de droit des jeunes Jean-Luc Rongé dans son article « Toutefois, il n'est pas vain de rappeler que, constituant un domicile, certes provisoire, la chambre fait partie du territoire de l'intimité dont la préservation doit être garantie. » (37) p36

Quelques remarques concernant nos pratiques :

Ainsi cela nous rappelle la nécessité de certains comportements élémentaires de bienséance tels frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre et attendre une réponse, fermer la porte lors de la réalisation d'un soin, respecter la réception de visiteurs dans la chambre du patient.

Cela interroge également la pertinence de l'existence de chambres collectives dans les services.

2.3.6 La liberté de communiquer

Article 226-15 et 432-9 du code pénal

Les communications postales ou téléphoniques sont protégées par les textes pénaux. Ainsi par exemple le retard délibéré dans la remise d'un courrier peut être considéré comme une infraction.
Pour les mêmes raisons l'usage du téléphone mobile ne peut ainsi être interdit dans les services.
« nul ne peut ouvrir un courrier qui ne lui est pas adressé ni écouter une conversation téléphonique » (38)

2.3.7 La place des contrats de soins

La signature de tout règlement ou contrat peut venir signifier qu'il a été reçu ou lu mais en aucun cas le patient n'est privé par cette signature de ses droits fondamentaux qui sont inaliénables

2.3.8 Jurisprudence

-Le cas de la condamnation du CHS de Cadillac :
Condamnation de Cadillac face au refus du directeur d'abroger une disposition du règlement qui était la suivante :
« (…) les relations de nature sexuelle ne sont pas autorisées. Cette interdiction s'impose dans la mesure où les patients d'un établissement psychiatrique sont vulnérables et nécessitent d'être protégés » (3)
Les juges bordelais qui ont condamné l'hôpital ont rappelé comme le formule Valériane Dujardin : « la liberté doit demeurer la règle et l'interdiction une exception justifiée et proportionnée » (32)
Il n'est ainsi pas possible pour un service de soin d'inscrire dans son règlement une interdiction générale et absolue qui va à l'encontre des libertés fondamentales.
« Pour autant (…) il n'existe pas un droit à la sexualité qui permettrait à un patient d'exiger d'avoir des relations sexuelles (…) il existe en revanche un droit opposable à l'intimité » (32) p11
Il est donc possible de prévoir des restrictions de liberté comme nous l'avons mentionné ci-dessus mais elles doivent bien être proportionnées à l'état de santé du patient. Ce qui est donc bien mis en avant est la nécessité d'une prise en compte et prise en charge individuelle.

2.3.9 Actualité

Nous avons cité dès le début de ce travail l'émission en mars 2016 par le Haut conseil de la santé publique d'un rapport et d'un avis relatif à la santé sexuelle et reproductive. (1)
Il préconise la prise en compte de la sexualité des personnes âgées et handicapées.
Il propose une évaluation du nombre de règlements intérieurs incluant la question de la santé sexuelle ainsi qu'une évaluation des aménagements au sein des institutions comme l'existence de chambres

mixtes par exemple. Il rappelle les principes, le cadre et les dispositifs existants relatifs à la santé sexuelle sans grande nouveauté pour autant. Nous allons en voir quelques aspects dans la partie qui suit mais nous ne notons pas de nouveautés sur le plan juridique.

2.4 Les limitations face à ce droit à la sexualité

2.4.1 Les mineurs

Existence de certaines limites par rapport aux relations sexuelles :

Article 227-25 du Code pénal :

Interdictions des rapports sexuels entre majeur et mineur de 15 ans ou moins même consentis.

Un rapport entre majeur et mineur de moins de 15 ans correspond à un délit (5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende) (39)

Article 227-27 du Code pénal :

Un rapport entre majeur et mineur de plus de 15 ans mais en position d'ascendance ou d'autorité conférée par ses fonctions (exemple : un professeur, un éducateur) correspond à un délit. (40)

En revanche les droits relatifs au respect de sa vie privée sont les mêmes que pour les majeurs ; c'est à dire qu'il n'existe aucune loi interdisant les relations sexuelles entre mineurs. L'article 9 du Code civil est également valable pour les mineurs. Aucun règlement ne peut interdire les relations entre mineurs.

Des mineurs tout de même acteurs de leur sexualité :

Droit des adolescentes à disposer de leur corps : les adolescentes peuvent ainsi se passer de l'autorité parentale concernant la contraception comme l'indique l'article L 2311-4 du Code de la santé publique et l'avortement dans certaines conditions. (41)

Le Mineur a donc une autonomie concernant sa vie affective et sexuelle mais les parents, organismes de tutelle ou responsables légaux doivent intervenir au nom de la sécurité du mineur s'ils repèrent une situation de danger sous peine d'être sanctionnés :

Par exemple retrait de l'autorité parentale ou condamnation des services sociaux.

2.4.2 Les personnes hospitalisées sans consentement

Article L.3211-3 CSP

Existence de certaines restrictions dans l'exercice des libertés individuelles mais elle « doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes

circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée » (37) p33

Nous ne reviendrons ici pas en détail sur toutes ces limitations

2.4.3 Mesures de protection juridique

Les mesures de protection juridique entrainent des incapacités d'exercice. Les personnes ne sont pas privées d'un droit mais de la possibilité de l'exercer seul. La liberté et l'autonomie de la volonté sont jugées comme inaptes.

Les incapacités concernées par ces mesures de protections sont des incapacités spéciales c'est à dire qui n'affectent pas tous les droits.

Depuis le 3 janvier 1968 le droit en France distingue ainsi le médical du juridique avec la question des droits matériels, financiers, civiques et juridiques d'un côté et celle de l'intégrité psychique et corporelle de l'autre.

La mesure de protection constitue donc normalement une protection patrimoniale avant tout.

Pourtant elles peuvent avoir un impact concret sur les relations affectives et la sexualité des personnes.

- exemple de la sauvegarde de justice : la loi interdit les demandes de divorce par consentement mutuel
- tutelle et curatelle : possibilité de se marier uniquement avec l'accord des tuteurs ou des parents

2.4.4 Effets de cette volonté de protection des patients

Le handicap et la vulnérabilité de la personne sont considérés comme des facteurs aggravants lorsqu'une peine est encourue pour agression comme nous l'avons exposé ci dessus.

Alain Giami vient soulever la question du maintien de la sexualité des patients fragilisés dans une forme d'endogamie avec des personnes présentant les mêmes caractéristiques de vulnérabilité si les relations sexuelles entre une personne handicapée et non handicapée sont criminalisées.

Malgré les mesures de protection les patients restent considérés comme des sujets de droit, des citoyens. Cette citoyenneté ne doit en aucun cas être réduite ou déclassée du fait du handicap.

L'exercice du droit à la vie affective et sexuelle n'est aucunement soumis à une autorisation des parents, d'un tuteur ou d'un curateur. La protection juridique ne doit en théorie pas limiter la satisfaction de ce besoin fondamental.

2.4.5 Limites institutionnelles : liberté et contractualisation

Voici certaines questions qui peuvent se poser par rapport aux contrats de soin :

Dans quelle mesure tendent-ils à individualiser les prises en charge ?

Seront-ils amenés à prendre le pas sur les règlements intérieurs ?

Une question que pose également Jean Luc Rongé et qui n'est semble –t-il pas la moins importante : « on peut aussi s'interroger sur les raisons de cette « mode » et de l'opportunité de recourir aux notions du droit contractuel dans un domaine où l'égalité des parties n'est pas assurée. » (37) p38

La réponse est claire comme nous avions pu le voir ci dessus : l'usage des libertés ne peut faire l'objet de restriction par voie contractuelle.

Ainsi « le contrat ne peut déroger aux droits et libertés de l'usager reconnus dans la loi (…) certains droits ne sont pas négociables. Les libertés sont en principe des biens hors commerce ; leur usage ne peut faire l'objet de restrictions par voie contractuelle que de façon tout à fait exceptionnelles et justifiée par d'impérieuses nécessités. » p38 Certaines libertés peuvent donc être négociées dans un cadre thérapeutique comme par exemple une restriction des communications téléphonique le jour d'une arrivée à l'hôpital, mais ces libertés ne seront jamais abandonnées totalement. « Une partie ne peut en aucun cas contraindre l'autre au respect de son engagement en la privant de l'exercice d'une liberté. » (37)

2.4.6 Le poids du règlement intérieur

La réponse est la même que pour ce qui est de la question des contrats : « La reconnaissance de l'intimité du malade mental, du handicapé, du jeune, de la personne hospitalisée constitue une avancée considérable dont le corollaire est la confirmation que les droits attachés à la personne ne peuvent souffrir d'autre limitations que celles strictement liées au traitement ou à l'objectif que l'usager et l'institution ont décidé ensemble d'atteindre. » (37) p39

Ainsi il n'y a pas véritablement de lois concernant la sexualité excepté les interdits relatifs à certaines pratiques comme l'exhibitionnisme, le proxénétisme par exemple et les condamnations en cas d'agression sexuelles.

Nous avons vu à travers les différentes thématiques abordées dans cette partie le cadre juridique qui entoure la sexualité des patients en psychiatrie ainsi que les différents enjeux éthiques qui

accompagnent le rapport des professionnels de santé à la sexualité des patients. Malgré tous ces éléments nous pouvons garder l'impression d'une pratique qui s'inscrit dans une situation de ce que L. Nayak appelle de liminalité. Autrement dit : « de plus en plus rarement interdite (la sexualité) reste tout aussi rarement vraiment permise. » Mais si l'on peut voir la sexualité des patients comme flottante dans les interstices de l'institution, n'est-ce pas dans ces mêmes interstices que peut se construire un espace de liberté ? Jusqu'à quel point doit on encadrer ce qui relève de la sphère intime de nos patients ?

Si ce n'est dans l'encadrement que la réponse se trouve, nous allons voir dans la partie qui suit en quoi peut on accompagner au sens d'aider les patients à se protéger mais également à accéder à une vie relationnelle et sexuelle épanouie.

PARTIE 3 : EN PRATIQUE

1 Education sexuelle

Le parlement européen dans une résolution du 16 septembre 1992 (résolution A3-0231/92) concernant les droits des personnes handicapées mentales « demande que l'éducation affective et sexuelle des handicapés mentaux soit renforcée par une meilleure prise en compte de la particularité de leur situation et qu'ils doivent, comme tous les autres êtres humains, avoir la possibilité de satisfaire leurs besoins sexuels (…) » En 2016 un avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la santé sexuelle et reproductive émet une fois de plus le même avis avec le constat regrettable que « la vie sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap reste encore un sujet tabou que la société et les institutions peinent à reconnaître. » (1) p9

Nous allons donc voir que si l'éducation sexuelle se veut comme une des solutions à proposer afin de pallier à la vulnérabilité de nos patients, elle n'en est pas moins un outil véhiculant des valeurs et

profondément ancré dans une époque, une histoire. Ainsi nous allons nous pencher dans un premier temps sur les aspects historiques entourant cet outil puis dans un deuxième temps nous nous interrogerons sur la forme et le contenu qu'il pourrait revêtir.

1.1 Historique

Le contenu de l'éducation sexuelle reflète les préoccupations d'une certaine époque avec la définition de certains objectifs particuliers. Nous allons résumer leur évolution.

Au début du XXème siècle l'éducation sexuelle s'adressait aux femmes, notamment en Angleterre. Le but était de les former à l'art de l'amour afin qu'elles puissent être en harmonie avec leur mari. La stabilité du mariage était ici recherchée. (12) p47 En France à la même période le public est principalement adolescent avec la préoccupation de la natalité et de la transmission des maladies vénériennes. Le but est de détourner les jeunes gens de la sexualité dans un souci également moral.

Dans ses recherches Alain Giami identifie également à ce sujet, dès le début du siècle, une préoccupation pour ce que Durkheim scinde entre l'hygiène et la morale. Ce dernier défend l'idée que la préoccupation doit d'abord être l'hygiène sur laquelle la morale peut ensuite s'appuyer. Giami propose ensuite un découpage temporel concernant l'histoire de l'éducation sexuelle en France entre 1945 et 1980 en identifiant 3 périodes. Au cours de ses recherches son but était de montrer que quels que soient les intervenants ou le contenu de leur discours à travers les différentes époques la morale fait toujours partie des fondements de l'éducation sexuelle. « les différentes forces en présence sont au service de la morale traditionnelle » (42) p222

1.1.1 1945 : discours dominant de la morale chrétienne

Période après 1945 :

Giami évoque un renouvellement de l'intérêt pour l'éducation sexuelle dans le cadre du « projet de modernisation de la France (et ainsi) de son système éducatif » (42) p223

Il s'agit du plan Langevin-Wallon avec la publication du rapport de la commission François publié en 1948. Dans la continuité du début du XXème siècle, l'objectif de cette éducation sexuelle est de détourner les adolescents de la pratique sexuelle qui est assimilée principalement à la reproduction.

L'école publique est ainsi en charge de l'éducation morale, éducation morale laïque qui est très proche de la morale religieuse.

La nouveauté ici par rapport au début du siècle est de ne plus taire le sujet et de miser sur une sorte de dédramatisation qui pourrait ainsi calmer l'intérêt des adolescents pour la sexualité. La mixité à l'école s'inscrirait aussi dans cette perspective de dédramatisation.

Voici un extrait de cette commission François cité par Giami : « L'éducation sexuelle, c'est à dire le devoir de faire comprendre aux adolescents et aux jeunes gens que l'instinct sexuel est un instinct redoutable qui, laissé sans contrainte, risque de les entraîner à toutes sortes de perversions, de ruiner l'équilibre mental de l'individu et l'équilibre moral de la société, de leur faire comprendre que cet instinct, comme tous les autres, doit être placé sous la dépendance de la volonté et de la raison, et l'instinct purement animal devenir instinct humain ».

On voit là un discours qui se veut fondé sur les sciences naturelles au service d'une vision morale de l'homme. L'éducation et la science sont les deux moyens pouvant aider à réprimer les pulsions sexuelles. Ainsi le Neuropsychiatre Gilbert Robin (1893-1967) spécialisé dans la prise en charge « d'enfants difficiles » se propose de soutenir les approches pédagogiques par des traitements médicamenteux : « Les progrès de la médecine permettent de stimuler ou d'inhiber là où l'éducation morale est inefficace ou insuffisante »

1.1.2 Deuxième période : influence du discours psychanalytique avec la question du développement psycho-sexuel

Si la vision de la sexualité a changé et n'est plus forcément la cause de la maladie mentale elle n'en reste pas moins à réprimer. Cette fois c'est le discours psychanalytique en tant que science du développement de l'enfant qui fait office de fondement à cette répression. La sexualité a en effet longtemps été analysée non comme un simple problème mais comme faisant partie de la genèse de la maladie mentale. Si ici tel n'est plus le cas il faut néanmoins contrôler cette sexualité.

« Si l'éducation sexuelle ne consiste pas à combattre sans trêve un instinct normal, il n'y en a pas moins une sorte d'antinomie à résoudre pour l'éducateur puisqu'il doit d'une part, permettre à l'instinct sexuel d'évoluer normalement vers la maturité et, d'autre part prendre soin de l'empêcher de se manifester d'une façon incompatible avec les exigences sociales. » (42)

1.1.3 Les années 1970

Au cours des années 1970, les plus grands noms de la sexologie française (Béjin 1982, Gilbert Tordjman l'un des membres fondateur de la WAS) traitent la question de l'éducation sexuelle en en faisant une question centrale à travers des arguments médicaux psychologiques. L'éducation sexuelle devient plus

permissive, elle accompagne la libéralisation des mœurs que nous avons vue au cours de la première partie.

La thèse qui est principalement défendue dans les années 1970 est donc celle d'une vision plus positive de la sexualité non reproductive qui fait partie de l'harmonie du couple.

Pour arriver à cette harmonie les sujets doivent être éduqués à la sexualité pour connaître les rouages de la reproduction, contraception ainsi que de la prévention des maladies vénériennes.

La fonction érotique de la sexualité est bien désormais prise en compte dans les discours même si les attitudes par rapport à ce sujet ne sont pas unanimes.

Plusieurs exemples pour illustrer cette ambivalence :

1.1.3.1 Le retour de la question de l'éducation sexuelle à l'école

La Circulaire Fontanet publiée le 23 juillet 1973 définit les grandes lignes de l'éducation et information sexuelle en milieu scolaire.

Cette éducation sexuelle comprend deux parties :

D'une part une information scientifique qui se veut objective et qui sera délivrée en cours de biologie, d'autre part une dimension éducative qui doit être assurée hors des temps scolaires et dont les intervenants possiblement très divers selon leurs idées sont choisis par les familles.

Malgré les évolutions notables concernant la perception de la sexualité, Giami note une fois de plus le déplacement qui s'opère des arguments en faveur de l'encouragement à un retardement des relations sexuelles. En effet ce n'est plus la morale qui fait office de baromètre normatif mais certains acteurs des sciences sociales en reprenant le même argument que leur prédécesseur qui est celui d'une immaturité, immaturité à fonder une famille, immaturité psychoaffective à la construction d'une relation durable.

1.1.3.2 La position de l'institution médicale

En effet, en matière de sexualité il ne s'agit pas uniquement d'une question de sciences naturelles. Afin d'illustrer ce propos Giami prend l'exemple de la position du Dr Carpentier. Il s'agit d'un médecin qui en 1971 a distribué des tracts à la sortie d'un lycée contenant un cours d'éducation sexuelle qu'il aurait rédigé face aux nombreuses questions posées par des adolescents. Suite à cette diffusion il sera suspendu un an par le conseil de l'ordre. Le tract ne comprenait pas d'explications de physiologie médicale mais encourageait les relations sexuelles pour le plaisir en citant la nécessité contraceptive.

Si le corps médical peut montrer des réactions que l'on qualifierait probablement aujourd'hui de réactionnaires il commence de l'autre côté à s'approprier la question de la sexualité avec la naissance

et du développement de la sexologie. Un exemple de pratique sexuelle peut venir illustrer ces différentes évolutions : la masturbation. Si autrefois elle faisait partie des pratiques qui illustraient la pathologie mentale d'un individu, elle fait désormais partie intégrante de la sexualité normale. Selon le Dr Gilbert Tordjman que cite Giami, elle permettrait même « aux adolescents de nouer une relation imaginaire avec autrui. »

1.2 Quelle éducation sexuelle aujourd'hui ?

Comme nous l'avons vu dès le début de cette partie, le parlement européen réclame une éducation sexuelle pour les personnes handicapées de manière globale. En France la loi va évidemment dans le même sens : la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception demande aux établissements accueillant des personnes handicapées de leur prodiguer une éducation, une information à la sexualité et à la contraception.

L'OMS a également mis en avant dès 1975 la place centrale qu'occupait la sexualité pour chaque individu avec la volonté de créer de véritables droits sexuels au même titre que d'autres droits de l'homme.

« L'éducation, (…) et la thérapie peuvent être considérées comme des aspects inséparables d'un effort global en vue de la prise en charge de la santé sexuelle. Tout d'abord, le développement d'une formation à l'éducation à la santé sexuelle, au sein de la communauté, aux médecins et aux autres professionnels de la santé, constitue la plus haute priorité, car elle peut être réalisée avec le minimum de formation tout en atteignant le plus grand nombre de gens. »

Dans ce contexte, la question de la légitimité d'une éducation à la sexualité se présente dans la continuité de la défense de ces droits sexuels. Elle n'est donc plus à démontrer.

La question qui se pose ici plus concrètement serait : quelle éducation sexuelle? Autrement dit quelle éducation sexuelle dans une société libérée de multiples contraintes sociales puritaines? Et quelle éducation pour nos patients en psychiatrie? Nous allons donc ici tenter de soulever différents enjeux que peuvent soulever la pratique d'une éducation sexuelle pour essayer de trouver des ébauches de solutions à la question de la place pour la sexualité des patients en psychiatrie?

1.2.1 L'éducation à la sexualité existante aujourd'hui : valeurs et contenus véhiculés

Dans ce que nous appelons milieu ordinaire, il existe comme nous l'avons vu ci-dessus depuis de nombreuses décennies des séances d'éducation sexuelle qui sont obligatoires à l'école.

Ainsi tout établissement accueillant des mineurs doit veiller à ce qu'une information et éducation à la sexualité soit faite selon l'article L 312-16 du code de l'éducation.

« Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain » (1)

Les questions qui sont principalement abordées restent tout de même la biologie avec la question de la prévention des risques de type IST et grossesses non désirées. Les adolescents sont sensibilisés à une responsabilisation de leurs conduites. Les valeurs défendues sont les mêmes que celles en population générale. Nous sommes à l'heure comme le souligne Dupras du néolibéralisme avec la promotion de valeurs comme la liberté et l'individualisme qui occupent toutes les sphères de la société (15). Le contexte n'est donc plus celui d'une société autoritaire mais celui d'une société qui appelle à la maitrise de soi, ici de sa santé et à la responsabilisation de ses actes. Un des objectifs de cette éducation scolaire est donc : « favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre » L'individu doit apprendre à se gouverner lui-même. L'avis du HSCP 2016 précise : « les programmes d'éducation à la sexualité basés sur les données provenant de la recherche peuvent, lorsqu'ils sont menés par des éducateurs formés, accroître les connaissances en matière de sexualité et diminuer les pratiques sexuelles à risque. Ils ne promeuvent pas une activité sexuelle plus précoce ou plus intense chez les jeunes. » (1)

L'approche proposée se veut comme « résolument sociale » avec « l'ouverture à des champs de la prévention comme les violences sexuelles, le sexisme, l'homophobie. »

Malgré cette évolution nous pouvons remarquer l'absence d'évocation de la question du plaisir et du bien-être qui étaient mis en avant par l'OMS.

Cette réflexion sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire est applicable pour la psychiatrie. Elle nous aura permis de regarder un support officiel, qui n'existe pas concernant nos patients. En effet, un autre constat est celui de l'absence cruelle de support. C'est ce que notent différents auteurs spécialistes des questions de sexualité des patients en psychiatrie. Les stress et les inquiétudes pouvant être générés par cette absence de diffusion d'information sont une raison supplémentaire en faveur de la mise en lumière de la question de la sexualité des patients en institution.

1.2.2 Différentes approches existantes

S'il n'existe pas de programme ou support officiel dans le milieu sanitaire et médico-social à l'heure actuelle en France, différents auteurs comme Serge Wunsch enseignant chercheur en neurosciences

et André Dupras que nous avons déjà cité ont répertorié plusieurs approches pédagogiques qui peuvent nous donner des exemples de type d'intervention qui peuvent exister sur le sujet. Ainsi Dupras cite une étude de Jones qui aurait répertorié vingt huit approches différentes en éducation à la sexualité qu'il regroupe en quatre orientations idéologiques : « conservatrice (transmission des sexualités dominantes), libérale (acquisition des connaissances et habiletés sexuelles nécessaires au choix rationnel et développement personnel), critique (participation étudiante fondée sur des principes alternatifs) et postmoderne (exploration théorique de la sexualité, du genre, des structures et des options sexuelles) »

Dans sa comparaison transculturelle Wunsch, quant à lui, identifie différents types de pratiques sociales relatives à la sexualité dont découlent différents modèles éducatifs. Il identifie ainsi des sociétés répressives, restrictives, permissives et éducatives. La micronésie représenterait un lieu où la société serait éducative. Ces différentes comparaisons lui permettent de souligner la difficulté dans notre société à pouvoir penser ce que nous pouvons appeler une partie pratique dans l'éducation à la sexualité. (43)

Cette absence de coordination nationale était également un des constats de l'avis du HSCP et faisait partie des objectifs à mettre en place.

« Aucune information concernant la mise en œuvre de ces dispositions n'est disponible au niveau national, ni aucun bilan des contenus délivrés » (1)

1.2.3 De la difficulté d'élaboration d'un savoir théorique

Ce que la multitude d'approches existantes vient souligner est la notion de savoir complexe que représente la sexualité comme objet. La sexualité n'est en effet en rien réductible à un simple fait biologique et c'est donc ce qui rend son approche si complexe. Les données éthologiques montrent bien à quel point elle est avant tout un fait culturel (43). Ce point explique les différences de pratique suivant les cultures. Au sein d'une même culture une question se pose dès lors : existe-t-il une bonne façon de vivre sa vie sexuelle et qui pourrait être enseignée ? Nous voyons bien la pluralité des orientations et pratiques sexuelles qui existe au sein même de nos sociétés occidentales et qui vient elle aussi complexifier l'idée de l'enseignement d'un savoir ou d'une conduite univoque. Il apparaît ainsi évident que de la même manière qu'il n'existe pas une façon d'accéder au bonheur, il n'existe pas une manière de vivre sa sexualité.

Une autre question se pose également : au vu de la complexité que représente la sexualité, comment enseigner quelque chose de clair ? En effet, comme d'autres faits sociaux, la sexualité est intriquée avec d'autres savoirs et d'autres faits sociaux dont l'apprentissage semble parfois implicite. Est –il également nécessaire de théoriser au sujet de tous ces savoirs implicites ? Si un apprentissage est

nécessaire comme pour n'importe quelle compétence sociale, une éducation a-t-elle un sens ? Quel intérêt pour nos patients ?

Comme nous l'avons souligné précédemment, le handicap mental ou psychique ne représente absolument pas une entité clinique homogène. Ainsi le sujet ici ne peut en aucun cas être de proposer une description clinique en fonction des différentes pathologies de toutes les difficultés que peuvent rencontrer les patients dans leur sexualité mais nous pouvons proposer certains axes de travail proposés dans la littérature :

- L'apport de connaissances concernant la biologie : anatomie, physiologie, prévention des IST et des grossesses non désirées.

-Comme évoqué dans le programme de l'éducation nationale : faire de la sexualité une question politique en en faisant un enjeu de respect du sexe opposé et du respect des différences avec l'abord si nécessaire des questions de genre.

-La question d'une éducation au consentement apparaît également à plusieurs reprises. Apprendre à exprimer le sien et demander celui de l'autre. (23) (43)

-L'aide au développement de tout ce que l'on pourrait appeler des capacités connexes. C'est en effet toute la question de la relation à l'autre qui est en jeu. Décrypter les émotions d'autrui. Apprendre à gérer les conflits, les frustrations face à un non.

L'éducation sexuelle viserait donc l'acquisition d'une autonomie avec une capacité de protection et d'épanouissement.

Voici trois limites que nous pouvons noter face à cette question de l'éducation à la sexualité :

- le risque de ne se questionner que sur la question de la vulnérabilité et dans une perspective de protection pourrait être de réduire la sexualité à cet aspect en la transformant en un objet dangereux. « Le rôle de l'éducation à la sexualité est non seulement de prévenir les troubles sexuels, mais aussi de favoriser la santé et le bien être sexuel » (OMS 2010)

- la réticence culturelle à pouvoir ne serait ce qu'envisager une éducation pratique à la sexualité. C'est d'ailleurs dans cette continuité que se pose la délicate question de la place de l'assistance sexuelle que nous allons évoquer ci dessous.

Il est toujours nécessaire de garder à l'esprit que la question de l'éducation sexuelle quel que soit le public concerné doit viser l'acquisition de compétences et non d'un savoir théorique. En cela elle doit consister en un artisanat qui doit en permanence s'adapter à son public. André Dupras cite l'exemple d'une approche de sexologie critique : « La sexologie critique propose de ne pas se limiter à enseigner un ensemble de techniques et de compétences, mais de faire découvrir les dimensions éthiques, sociales et politiques de la sexualité pour former des citoyens capable de comprendre l'activité sexuelle. (…) Un programme d'éducation sexuelle fondée sur la pédagogie critique a été expérimenté au Danemark, en mettant l'accent sur une vision holistique et positive de la sexualité. » (15)

1.2.4 L'éducation des patients mais aussi des professionnels : l'exemple de l'avis sexologique

Si l'absence d'éducation à la sexualité ou du moins le défaut de prise en compte de cette dernière peut faire avant tout du tort aux patients, c'est aussi l'absence d'éducation ou de sensibilisation des professionnels les encadrant qui peut être également en partie responsable de ce tort.

Une fois de plus nous ne pouvons que réitérer le constat du côté délétère de l'absence de support ou du manque de communication à ce sujet.Une étude réalisée en 2001 chez différents professionnels de santé et de l'éducation confirme le fait que les professionnels encadrant des adolescents ou des adultes souffrant d'un handiap mental se sentent plus à l'aise pour gérer des situations compliquées concernant la sexualité lorsqu'ils bénéficient de recommandations claires et qu'ils ont pu être formés (44)

Le risque d'un manque de sensibilisation est d'agir au travers d'une attitude moralisante et normative avec une grande disparité des pratiques au sein d'une même équipe.

Au delà de l'idée d'un savoir formalisé, afin de répondre aux situations institutionnelles auxquelles les équipes de soin peuvent être confrontées, Dupras prend l'exemple de l'avis sexologique (45). Il s'agit d'une opinion formulée par un comité composé de différents professionnels médicaux, paramédicaux et autre dans un établissement qui proposent une conduite à tenir face à une situation sexuelle particulière. Cet avis sexologique est émis par un Comité qui s'apparente à un Comité d'Ethique. Cet exemple de Dupras se fonde sur l'expérience d'un établissement de type centre d'hébergement et de soins de longue durée. Cet avis sexologique a vocation d'aide à la décision et à l'action pour les équipes toujours dans un souci de prévention des risques et d'aide à l'épanouissement personnel des usagers. Il s'agit d'un outil mis en place face aux difficultés rencontrées par les équipes de soins. Difficultés s'exprimant principalement par un malaise « face à l'expression de la sexualité des résidents, se manifeste par la tendance à réduire la complexité de la situation à ses composantes administrative et juridique. » p131.

Il s'agit en effet d'un autre point important à souligner : la question du droit ne doit en aucun cas être l'unique prisme pour apporter cet éclairage. Les aspects administratifs mais aussi scientifiques et éthiques doivent être pris en compte. Une approche clinique à elle seule ne peut ainsi également suffire car elle pourrait risquer de se centrer sur les symptômes du patient. C'est donc une considération biopsychosociale qui est visée avec comme toile de fond les notions de liberté, d'autonomie de responsabilité et de sécurité mais avec la volonté que les équipes de soin puissent s'approprier concrètement cet avis. Ce qui est intéressant dans ce fonctionnement est la tentative permanente de « transformation des représentations et des pratiques (…) qui ne se limite pas

seulement à mettre en œuvre des procédures préétablies, mais nécessite surtout une modification profonde du regard porté sur les personnes en situation de handicap et de leur sexualité. Ce nouveau regard (doit) contribue(r) à traduire (un) projet institutionnel en pratiques quotidiennes (et) réduire l'écart entre les valeurs portées par les textes et leur mise en acte. » (46) p176 Nous constatons aussi qu'il n'y a pas de proposition concernant spécifiquement les patients en psychiatrie.

Au terme de cette réflexion sur l'éducation sexuelle nous pouvons souligner une fois de plus l'absence cruelle de ressources et supports partout dans le monde avec le constat également que cette disparité est le reflet de celle dans l'accès aux soins et à l'information concernant la santé sexuelle des personnes souffrant d'un handicap mental. (47) Aux états Unis l'utilisation des données accessibles par la couverture médicale universelle constituerait un moyen intéressant pour avoir un meilleur reflet de cet accès aux soins. L'émergence également de plus en plus d'études interrogeant les patients eux même sur leur volontés et besoins en terme d'éducation sexuelle semble une méthode pertinente pour répondre à ces derniers. Ainsi par exemple une étude met en évidence leur demande d'aborder des sujets comme les relations en ligne, l'usage des médias et la parentalité (48) (49).

2 La difficile question de l'assistance sexuelle

Loin de proposer une solution, l'idée de parler de l'assistance sexuelle est apparue naturellement au fil des lectures ayant amenées à la rédaction de ce travail et ce même si cette pratique est interdite par la loi en France. Son statut n'est pas le même chez certains de nos voisins européens. Malgré son interdiction elle a pu faire débat dans l'espace public et continue de le faire au sein des associations de patients et famille. Il nous a paru ainsi indispensable de faire un bref point sur la question afin de voir les différents enjeux qui l'entoure et comprendre pourquoi elle peut diviser. Si la sexualité se veut défendue comme un droit, l'assistance sexuelle est-elle la représentation de la limite de ce droit à la sexualité ? Ou bien il y aurait-il un continuum entre éducation sexuelle et assistance sexuelle ?
Nous pouvons d'emblée souligner le mérite de la présence de ce débat qui nous oblige à parler de la question de la sexualité des personnes souffrant d'un handicap de manière globale.

2.1 Etat des lieux – questionnements

Pour commencer nous pouvons citer certains de nos voisins occidentaux pour tenter de comprendre quelle place pourrait bien occuper l'assistance sexuelle.

Aux Etats Unis il existe dans certains états la possibilité de faire appel à un service d'assistance sexuelle qui n'est pas seulement réservé à des personnes en situation de handicap et qui se distingue bien pour autant de la prostitution. Il s'agit d'une méthode inventée par les sexologues Masters et Johnson en 1970. Cette rééducation devait être réalisée à l'aide de « sex surrogates » ou partenaires de remplacement. Elle s'adresse aux personnes en difficulté avec leur sexualité y compris sur le plan émotionnel. Cette rééducation peut être prescrite par un sexologue (50).

En Europe, la réflexion autour de la sexualité des personnes handicapées s'est développée dans les années 1980. Ainsi on observe en 1982 aux Pays-Bas la naissance de la Stichting Alternativen Relatiebemiddeling (fondation pour les relations alternatives). Il s'agit d'une association créée par des personnes en situation de handicap mécontentes du fait de ne pouvoir accéder aux maisons closes. Leur fondation propose comme l'explique Pierre Brasseur, Docteur en Sociologie, et Pauline Detuncq étudiante en Sociologie une « aide à la vie sexuelle, mais aussi un service d'information et d'éducation à la sexualité » (50) p52

En Allemagne on assiste également en 1995 à la création de l'association Sensis qui est un service de contact corporel. En France la question apparaît également de manière plus concrète à travers deux événements marquants selon Brasseur :

- d'une part : la loi de 2005 avec la question de la compensation du handicap
- d'autre part : en 2009 l'instauration de l'assistance sexuelle en Suisse romande qui a fait écho dans la presse française

En effet, la question de la compensation du handicap paraît indissociable des questions de citoyenneté et de droit comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail et c'est donc un questionnement sur les limites du droit à la sexualité qui ont pu émerger à partir de cette affirmation qui a été posé :

Article L.114-1 du Code de l'action sociale et des familles : « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens (…) » « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie » (51)

Si la presse étrangère a fait écho en France on note également une augmentation progressive du nombre de publications à ce sujet même s'il reste très difficile de trouver des études concernant globalement la sexualité des personnes souffrant d'un handicap qu'ils soit physiques, mental ou psychique.

Nous pouvons également citer ici les différents acteurs publics et sociaux ayant participé et participant à ce débat sur la question de l'assistance sexuelle :

Alain Giami recense ainsi quelques exemples d'intervenants et d'interventions :

-Marcel Nuss conférencier et écrivain. Il appartient au collectif handicap et sexualités (CHS). Il a rédigé en 2008 « Handicaps et sexualités : le livre blanc » qui correspond à un regroupement de revendications de personnes handicapées. Il a également dirigé en 2007 une journée d'étude au parlement européen : « Dépendance physique : intimité et sexualité », en collaboration avec l'AFP (association des paralysés de France, l'AFM (association française contre les myopathies) et Handicap international)

Selon Brasseur Nuss, décrit le but de l'assistance sexuelle comme une « découverte de son corps et « l'apprentissage » de la sexualité pour des personnes qui n'en ont jamais fait l'expérience. Il s'agit donc de retrouver confiance en soi et dignité à travers le contact érotique, sensuel et/ou sexuel avec l'autre. » (50) p 53

- Nous pouvons également citer l'exemple de l'association en France Appas qui milite pour l'assistance sexuelle (23)

-L'association des paralysés de France se prononce également en faveur de l'assistance sexuelle

- Deux associations contre sa mise en place : l'association « Femmes pour le dire » à laquelle Maudy Piot appartient ainsi que le collectif féministe « handicap, sexualité, dignité ».

Au niveau politique :

- Jean-François Chossy ex député UMP qui a été l'auteur d'un rapport effectué en 2011 à la demande du 1er ministre de l'époque sur la question. Il s'est positionné en faveur de l'assistanat sexuel.

- Roselyne Bachelot ex-ministre de la santé a quant à elle manifesté sa franche opposition sur la question.

Une fois de plus et pour la dernière fois nous ne pouvons que souligner l'aspect positif de la médiatisation de la question car à travers la question du traitement des personnes handicapées c'est toute la société qui est concernée. C'est d'ailleurs souvent à travers le traitement des plus vulnérables que se font les avancées sociales de l'ensemble d'une société.

2.2 Situation actuelle en France – Limites

En France la situation est claire : cette pratique est interdite. Elle est assimilée à de la prostitution. Voici pour rappel quelques définitions :

Prostitution :

« Pour la chambre criminelle de la Cour de cassation « la prostitution consiste à se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui » (Cour de cassation, 27 mars 1996) et en droit civil elle « s'analyse comme un louage de service (art. 1780 Civ.) dont la prestation caractéristique est la prestation sexuelle. Selon la jurisprudence du juge de l'Union européenne, la prostitution est licite quand elle est exercée par une

personne « hors de tout lien de subordination en ce qui concerne le choix de cette activité, les conditions de travail et de rémunération, sous sa propre responsabilité, et contre une rémunération qui lui est intégralement et directement versée » (52) p55

Proxénétisme :

Selon l'article 225-6 du Code pénal le proxénétisme est le « fait par quiconque, de quelque manière que ce soit de faire office d'intermédiaire entre deux personnes dont l'une se livre à la prostitution et l'autre exploite ou rémunère la prostitution d'autrui » (53).

Si la situation est claire d'un point de vue juridique, en 2012 la réunion d'un comité d'éthique montre toutefois que la réponse face à la présence d'une telle pratique ne va pas de soi. Un comité consultatif national d'éthique avec la thématique suivante : « Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle » (54) a donc émis l'avis 118 en octobre 2012 après s'être réuni à la demande de Roselyne Bachelot. Il s'est prononçé de la manière suivante :

En « matière de sexualité des personnes handicapées, le CCNE ne peut discerner quelque devoir et obligation de la part de la collectivité ou des individus en dehors de la facilitation des rencontres et de la vie sociale, facilitation bien détaillée dans la loi qui s'applique à eux »

Il s'oppose donc à l'assistanat sexuel mais met en avant la question de l'isolement dans lequel les personnes handicapées peuvent être placées.

Le passage par le CCNE indique bien à quel point il est difficile de répondre à cette question.

Ca n'est en tous cas pas au principe des nombreux arguments que l'on pourrait opposer à la prostitution comme l'exploitation des femmes par exemple comme le cite Brasseur mais au principe de la non marchandisation du corps que cette pratique a été interdite.

Un autre argument que l'on peut opposer à l'assistance sexuelle est celui de la ghettoïsation des personnes handicapées. Cet argument se pose face à une question fondamentale que l'on peut formuler comme suit : existe-t-il une sexualité des personnes handicapées ?

L.Nayak souligne le fait que la question de l'assistance sexuelle vient renforcer les conduites endogames entre personnes handicapées (13). Elle viendrait également renforcer une attitude normalisatrice par rapport aux personnes handicapées en voulant les rendre conformes aux attentes sociales.

Rémi Gendarme auteur réalisateur de films documentaires et porteur d'un handicap physique, Zig Blanquer et Pierre Dufour sociologue également porteur d'un handicap physique défendent également cette position : contre la mise en place d'un accompagnement sexuel qu'ils qualifient selon les termes de Pierre Brasseur de « revendication particulariste (qui) va à l'encontre du modèle social du handicap et de l'impératif d'inclusion promu par la loi de 2005. » (50) p55

Dit autrement Giami note que « ce type de proposition constitue une forme d'évitement de la remise en question de l'organisation sociale des institutions dans la mesure où il répond à un besoin créé en grande partie par « l'isolement » et la séparation des sexes imposées dans les établissements que l'on peut continuer à qualifier selon l'expression de Goffman comme des institutions totales, c'est à dire fondées sur des exigences et des finalités administratives qui entrent parfois en concurrence avec les besoins des personnes qui y sont accueillies. »(55). Il parle même d'un « isolement socialement construit dans le processus de la prise en charge »(55) p94

André Dupras quant à lui pose le problème en ces termes : « Pour orienter les luttes pour les droits sexuels, posons nous la question suivante : faut-il demander aux personnes handicapées d'intégrer la société par la normalisation sexuelle ou bien revendiquer de nouvelles formes de vie sexuelle ? » (19) p131

Nous voyons bien qu'à travers la question de l'assistance sexuelle c'est la question globale du traitement social du handicap dans sa globalité qui peut poser question.

CONCLUSION

Au terme de ce travail nous voyons plus que jamais pourquoi la sexualité représente comme le nomme le sociologue Mauss un phénomène social total. Nous pouvons constater comme l'écrit également Bozon que c'est bien une « une abstraction d'imaginer un désir sans normes, pouvoir et contrôle ou une sexualité hors des rapports sociaux ou de pouvoir qui la rendent possible et des représentations qui lui donnent sens. » (12) p42

Dans notre société actuelle elle occupe ainsi une place majeure, elle est un « élément central de la construction de soi et du couple. » (12)p43. George Eid parle même de la sexualité comme un moyen au même titre que le travail de « subjectivation et de normalisation » (56) p9. Pour cette raison nous ne pouvons donc pas éluder cette question dans les prises en charge de nos patients, ce d'autant plus qu'ils sont déjà pénalisés à ce sujet par la vie institutionnelle (57). Le risque d'une telle attitude ne résiderait pas uniquement dans un risque sanitaire mais surtout dans une méconnaissance de nos patients en tant que personnes et citoyens du même espace social que nous partageons. Afin de ne pas non plus laisser place à l'arbitraire dans nos pratiques nous avons tout de même un rôle à jouer qui reste à définir tout en gardant toujours à l'esprit l'idée de ne pas faire de la sexualité un objet purement médical.

Toutes les études internationales évoquent également à l'unanimité la nécessité de réaliser des explorations de grande ampleur afin d'uniformiser au moins en partie les contenus d'éducation sexuelle qui pourraient être délivrés.

Une limite importante que nous pouvons toutefois noter dans ce travail est qu'à aucun moment nous n'avons pu trouver de travaux ou réflexions spécifiques à la psychiatrie en dehors des questions juridiques. La plupart du temps aucune distinction n'est faite entre handicap mental et psychique même si la nécessité de transmission de connaissances mais aussi d'habiletés sociales dans l'éducation sexuelle recentre la question sur la nécessité d'une adaptation clinique pratique à cette éducation et donc par là nous invite à la prise en compte de chaque personne de manière spécifique ainsi que de la pathologie dont elle souffre.

Pour finir, « l'éducation à la sexualité adopte une perspective politique lorsqu'elle fait la promotion de l'égalité (…) Analyser l'éducation à la sexualité selon le prisme de l'émancipation s'inscrit dans un contexte contemporain caractérisé par un souci de se déprendre des rapports sociaux inégalitaires et d'initier des projets de transformation de la société. » p27 Ainsi tel pourrait être un des premiers espace d'invention d'une forme d'émancipation de nos patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive [Internet]. 2016 mars. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa201600302_santesexuelleetreproductive.pdf.

2. Conseil National du Sida. Les oubliés de la prévention. Handicaps mentaux, sexualité et VIH. Paris; 1997.

3. Cour Administrative d'Appel (CAA) de Bordeaux. nov 6, 2012. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000026654357

4. Deshays C. Sexualité en institution psychiatrique : commencer une réflexion éthique. Sexologies. juill 2016;25(3):114‑21.

5. Giami A. Les organisations institutionnelles de la sexualité. Handicap-Rev Sci Hum Soc. 1999;(83):3‑29.

6. Goffman E, Castel R. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: Les Ed. de Minuit; 2013.

7. Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/177612/

8. circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [Internet]. 1960. Disponible sur: http://www.chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/circulaires/circulaire-15-mars-1960.pdf

9. Brasseur P. De la mixité au droit : sexualité et intimité dans les institutions accueillant malades et handicapés depuis les années 1970. Httpwwwem-Premiumcomdocelecu-Bordeauxfrdatarevues11581360unassignS1158136016300305 [Internet]. 16 août 2016 [cité 26 avr 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/1073614/resultatrecherche/1

10. Foucault M, Foucault M. La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1997. 211 p. (Histoire de la sexualité).

11. Giami A, Hekma G. Révolutions sexuelles. Paris: La Musardine; 2015.

12. Bozon M. Sociologie de la sexualité. 2013.

13. Nayak L. Paradoxe et conflits autour de la sexualité des personnes «handicapées mentales» en institution spécialisée. Hermès Rev. 2014;(2):186‑91.

14. Giami A. Santé sexuelle: la médicalisation de la sexualité et du bien-être. J Psychol. 2007;(7):56‑60.

15. Courtois FJ, Bonierbale-Branchereau M. Médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016.

16. Giami A. Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels. Sexologies. juill 2015;24(3):105‑13.

17. Giami A. De l'émancipation à l'institutionnalisation: santé sexuelle et droits sexuels. Genre Sex Société. 2016;(15).

18. Giami A, Léridon H. Les Enjeux de la stérilisation. Paris: INSERM : INED; 2000.

19. Dupras A. Les droits sexuels des personnes en situation de handicap : entre uniformité et diversité. Sexologies. juill 2015;24(3):128‑33.

20. Ory L. Le consentement sexuel en institution accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. VST-Vie Soc Trait. 2014;(3):31‑6.

21. Gilmore L, Chambers B. Intellectual disability and sexuality: attitudes of disability support staff and leisure industry employees. J Intellect Dev Disabil. mars 2010;35(1):22‑8.

22. Vaginay D. Sexualité et handicap mental: sous quel regard éthique? In: Handicap: l'éthique dans les pratiques cliniques. ERES; 2008. p. 205‑22.

23. Chambon N. Edito. Rhizome. 2016;(2):1–3.

24. Koupernik C. Eugénisme et psychiatrie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2001;159(1):14‑8.

25. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 2006.

26. Stérilisation des personnes handicapées mentales: Extraits de la documentation UNAPEI. Contraste. 2005;22‑23(1):273.

27. Comité Consultatif National d'Ethique. Avis sur la contraception chez les personnes handicapées mentales. Rapport. [Internet]. 1996 avr. Report No.: Avis N°49. Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis049.pdf

28. Diserens CA, Vatré F. Une personne handicapée mentale peut-elle être parent? Thérapie Fam. 2003;24(2):199‑211.

29. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id

30. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte

31. Vaginay D. Sexualité et handicap mental. Lois, majorités et consentement. In: Sexualité, handicaps et vieillissement. ERES; 2011. p. 159‑82.

32. Eric Péchillon Valériane Dujardin. Vie affective et sexuelle en établissement psychiatrique. mai 2016;10‑1.

33. Code civil article 9 [Internet]. Code civil, article 9. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419288

34. Code civil article 16-1 [Internet]. Code civil. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419293&cidTexte=LEGITEXT000006070721

35. Code de la santé publique article L1111-4 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767

36. Cour européenne des droits de l'homme article 8 [Internet]. Disponible sur: https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680063776

37. Rongé J-L. Sexe et sentiments en institution. J Droit Jeunes. 2004;(5):31‑9.

38. Code Pénal Article 226-15 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417954&dateTexte=20090620

39. Code Pénal Article 227-25 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418101

40. Code pénal Article 227-27 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418110&dateTexte=&categorieLien=cid

41. Code de la santé publique Article L2311-4 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687572&dateTexte=&categorieLien=cid

42. Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). Sexologies. juill 2007;16(3):219‑29.

43. Wunsch S. L'éducation à la sexualité. Perspectives des données neuroscientifiques. Sexologies. janv 2017;26(1):54‑63.

44. McConkey R, Ryan D. Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. J Intellect Disabil Res JIDR. févr 2001;45(Pt 1):83‑7.

45. Dionne H, Dupras A. L'avis sexologique : un outil de réflexion et d'action pour les soignants de centres de soins de longue durée. Sexologies. juill 2008;17(3):127‑34.

46. Ménoreau J-S, Dupras A. Accompagner la sexualité des personnes ayant une déficience intellectuelle : l'apport d'un changement institutionnel et d'une formation professionnelle. Sexologies. oct 2014;23(4):173‑8.

47. Friedman C, Owen AL. Sexual health in the community: Services for people with intellectual and developmental disabilities. Disabil Health J. juill 2017;10(3):387‑93.

48. Schaafsma D, Kok G, Stoffelen JMT, Curfs LMG. People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. Sex Disabil. 2017;35(1):21‑38.

49. Brown M, McCann E. Sexuality issues and the voices of adults with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. Res Dev Disabil. mars 2018;74:124‑38.

50. Brasseur P, Detuncq P. L'assistance sexuelle: qu'est-ce à dire? Quels enjeux? VST-Vie Soc Trait. 2014;(3):51‑6.

51. Code de l'action sociale et des familles Article L114-1 [Internet]. Article L114-1. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796449&dateTexte=&categorieLien=id

52. Les cahiers de l'actif. Vie affective et sexualité en ESSMS De la prévention des conduites à risques à l'accompagnemeny à la parentalité. 2015.

53. Code pénal Article 225-6. Code pénal.

54. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées Question de l'assistance sexuelle [Internet]. Paris; 2012 sept. Report No.: Avis N°118. Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_ndeg118.pdf

55. Giami A. Sexualité et handicaps : de la stérilisation eugénique à la reconnaissance des droits sexuels (1980–2016). Sexologies. juill 2016;25(3):93‑9.

56. Eid G. Handicap et sexualité: déni, oubli et reconnaissance. Lyon: Chronique sociale; 2017.

57. Giami A, de Colomby P. Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » (HID). ALTER - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap. avr 2008;2(2):109‑32.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

La sexualité des patients en psychiatrie : Revue de la littérature

Résumé

La sexualité a toujours été l'objet de bien des discours que ce soit dans les sciences humaines et sociales, les sciences naturelles ou les différentes institutions porteuses d'une éducation morale au cours de l'histoire. En médecine une discipline entière lui est même consacrée. Elle a été jusqu'à faire partie de la genèse des maladies mentales avec toute une classification qui s'est étoffée autour d'elle au cours du XXème siècle en même temps que la psychiatrie dans son ensemble s'est développée. Le constat ayant amené à la réalisation de ce travail est simple : la sexualité des patients qui sont hospitalisés existe ainsi que chez nos patients vivant en institution médico-social.

L'OMS ainsi que de nombreuses institutions internationales tentent de faire de la sexualité un droit au même titre que les autres droits de l'homme. Comment pouvons nous donc accompagner la sexualité de nos patients sans l'envisager sous le prisme unique du risque ?

L'objet de ce travail sera donc une réflexion éthique à travers une revue de la littérature qui se penchera sur les aspects historiques, sociologiques et médicaux légaux entourant la sexualité des patients en psychiatrie en tant qu'espace institutionnel afin de tenter de répondre au mieux à notre mission de protection des patients mais également de respect de leurs droits.

MOTS CLES : Sexualité, psychiatrie, droit des patients, histoire de la sexualité, risque, vulnérabilité, éducation sexuelle

DISCIPLINE : Psychiatrie

Université de Bordeaux, 146 Rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX