

Sexualité et santé mentale : le choc des tabous

Texte : **Bernard Pottier**



Autant dans la littérature médicale que dans la perception populaire, la sexualité des personnes atteintes de troubles mentaux demeure un sujet tabou. Au 19^e siècle, Samuel Woodward, fondateur de l'Association américaine de psychiatrie, identifiait la masturbation comme cause principale de la folie¹. En 1931, trente états américains permettaient la stérilisation des malades mentaux, et plus de vingt mille personnes avaient souffert de cette pratique. Même de nos jours, on imagine la sexualité des malades mentaux comme inexistante ou déviante. Pourtant, dans une étude récente, 50% des schizophrènes affirmaient être sexuellement actifs (Cournos, 1994, cité par Buckley & Robben, 1998)².

Pour Gilles Trudel, psychologue et chercheur affilié au Centre Fernand-Séguin, cette situation s'explique principalement par des raisons historiques. « Les hôpitaux étaient gérés par des communautés religieuses, et il fallait à tout prix éviter que ces personnes-là - les malades - aient des enfants. » Patricia Deegan, une psychologue basée au Massachusetts, va plus loin. Elle soutient que la psychiatrie fait erreur en se permettant, face aux patients, une attitude inquisitrice dans ce qui, habituellement, relève de la vie privée. « Le problème n'est pas que des personnes avec un diagnostic de maladie mentale souhaitent s'engager dans des relations intimes. Il vient plutôt de ce que les institutions retirent aux usagers leur contrôle sur ce qui devrait être personnel et sur ce qu'ils choisissent de rendre public ». Deegan appuie sa théorie en citant une femme qu'elle a interviewée : « J'ai été mariée pendant dix ans avant mon admission à l'hôpital. Des étrangers ne m'ont jamais dit ce que je pouvais faire et ce que je ne pouvais pas faire, sexuellement, dans le cadre de ma relation avec mon mari. Et alors que je suis à l'hôpital sous leur garde, les interdits qu'ils m'imposent me font sentir comme une enfant. »

Dans ces circonstances, des lieux peu appropriés comme les toilettes ou les espaces extérieurs deviennent des endroits de prédilection pour des relations sexuelles. On devine alors la difficulté de s'assurer que les relations soient sécuritaires. Pour M. Trudel, « même si les institutions se montrent ouvertes, les patients hospitalisés depuis longtemps ont souvent pris l'habitude de vivre leur sexualité en cachette. Cette façon de faire peut être difficile à briser ». De toute évidence, le lien de confiance entre les patients et les intervenants ne s'étend pas toujours à des aspects de la vie aussi intimes que la sexualité.

On pourra comprendre que les hôpitaux cherchent à protéger des individus déjà vulnérables. Par contre, le développement de relations humaines saines peut justement s'avérer vital dans un contexte de fragilité psychologique. L'évaluation de la capacité de consentement constitue souvent, selon le mot même de chercheurs, un « casse-tête » pour l'équipe traitante³. Patricia Deegan s'inspire d'un avis émis par une avocate pour suggérer que, dans le contexte des unités de soins psychiatriques, le consentement seul ne soit pas un critère suffisant pour permettre des relations sexuelles entre patients. Elle propose plutôt un critère de volonté mutuelle, où les deux parte-



naires exprimeraient un désir commun⁴. Gilles Trudel se dit lui aussi d'accord avec certaines restrictions : « Si on prend l'exemple d'un individu en phase de manie, il peut arriver qu'il démontre un comportement inapproprié ou même excessif, auquel il faudra mettre un frein. »

Les foyers et autres ressources

Dans les ressources communautaires tels que les foyers de groupe, la personne atteinte de maladie mentale se voit offrir, en théorie, une occasion de développer son autonomie. Quand il s'agit de sexualité, cependant, de nombreuses barrières subsistent. Dans une enquête réalisée à Hamilton (Ontario) en janvier 2003⁵, les bénéficiaires de ces organismes identifiaient plusieurs obstacles à l'expression de leur sexualité dans leurs lieux de résidence. De l'avis des usagers, les intervenants étaient mal formés, ou simplement réticents à aborder une question aussi délicate. Il en résultait, à l'occasion, des interventions stéréotypées, où l'on se concentrait sur la contraception chez les femmes, et les dysfonctions érectiles chez les hommes.

De surcroît, les règlements de ces maisons limitaient beaucoup les possibilités de rencontres privées. Parfois, les patients ne pouvaient avoir accès à leurs médicaments s'ils quittaient le foyer pour la nuit, et encouraient ainsi diverses sanctions. L'obligation de rencontrer un ou une partenaire à l'extérieur de la ressource s'avérait souvent un risque additionnel en ce qui a trait à la sécurité personnelle. Le manque d'argent, quant à lui, empêchait la location d'une chambre de motel. « J'ai déjà visité des foyers avec des règlements nettement plus sévères que ceux des hôpitaux » confirme Gilles Trudel. « Dans un cas que je connais, il était interdit à un homme de se retrouver dans la chambre d'une femme, et vice-versa. » Une des conséquences de ces politiques restrictives est que les résidents peuvent se sentir incapables de discuter de leurs expériences négatives avec une personne de confiance.

Les médicaments

Alors qu'il peut être tentant de blâmer des travailleurs bienveillants quoique peu au fait des enjeux, il ne faut pas oublier que l'exemple vient de haut. Les psychiatres eux-mêmes ne portent pas toujours attention à l'impact sur la sexualité des médicaments qu'ils prescrivent. Même lorsqu'ils ne causent pas l'impuissance, on ne peut écarter l'impact de la prise de poids. Un gain de trente à cinquante livres, sinon plus, impli-

quera souvent une perte de confiance en soi dans les relations interpersonnelles. Chez les femmes, la perte ou le dérèglement des menstruations se veut parfois un effet secondaire supplémentaire qu'il est difficile de discuter avec un médecin de sexe masculin.

Dans l'étude de Hamilton, on estimait que tous ces problèmes constituaient une cause majeure de non-observance du plan de traitement. Plusieurs patients mentionnaient qu'ils préféreraient endurer les symptômes de leur maladie que commettre ce qui s'apparentait, selon eux, à un suicide sexuel.

Un contraste

Face à l'avalanche de messages à teneur sexuelle que l'on retrouve dans les médias de masse, il est étonnant de voir l'étendue du silence à laquelle se retrouvent confrontés les malades mentaux dès lors que ceux-ci tentent de développer une vie affective qui faciliterait leur participation active à la société. Dans une culture où beaucoup recherchent le partenaire idéal de la même manière qu'ils magasinent le *char* parfait, la différence continue de susciter craintes et malaises. Pourtant, la maladie mentale n'est ni contagieuse ni dangereuse. Souvent, les personnes ayant combattu ces troubles ont dû piger loin dans leur sensibilité et dans leurs ressources intérieures pour parvenir à mener une vie équilibrée. On peut même se demander s'il n'y aurait pas là un avantage, par rapport aux gens dits « normaux », pour réussir à nouer des relations épanouissantes. Il leur serait d'une grande aide, toutefois, que se dissipe le nuage de gêne et de honte qui entoure encore ce type de maladies. Seulement alors ce qui était vu comme une tare pourra, avec un peu de chance, être considéré comme une qualité peu commune.

Notes :

¹ Deegan, Patricia, « Human Sexuality and Mental illness : Consumer Viewpoints and Recovery principles », [[http : intentionalcare.org/articles/articles_sex.pdf](http://intentionalcare.org/articles/articles_sex.pdf), 2001].

² Buckley, Peter & Robben, Tricia, « A Content Analysis of State Hospital Policies on Sex Between Inpatients », [<http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/51/2/243>, 1998].

³ Mossman et al., « Sex on the wards » : Conundra for clinicians, [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=9460033&dopt=Abstract, 1997].

⁴ Deegan, Op. cit., p. 8

⁵ Wilson, Fiona, et al., « Sexuality and Mental illness in Hamilton : What role should Mental Health Services Play? », [<http://www.hdhc.ca/pub/mh%20sexuality%20report.pdf>, 2003].