

The top half of the poster features two stylized faces. The upper face is black with white eyes and a wide, white, curved smile. The lower face is white with black eyes and a simple black curved line for a mouth. The faces are positioned as if they are part of a yin-yang symbol, with the black face on top and the white face on the bottom. The background consists of large, soft-edged, overlapping shapes in shades of gray and white.

Maladies psychiques

Vie affective Sexualité Désir d'enfant

6 et 7 mai 2015

26^e Congrès du Graap-Fondation
Casino de Montbenon Lausanne

Actes

 **graap** | fondation | association
groupe d'accueil et
d'action psychiatrique

 **Coraasp**
Coordination | Romande des Associations
d'Action pour la Santé Psychique

SANTÉ SEXUELLE Suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

Remerciements

C'est avec reconnaissance et gratitude que nous adressons ici nos remerciements aux membres du Conseil scientifique de ce congrès, ainsi qu'au Comité d'organisation.

Conseil scientifique

- Marianne Bornicchia – Avocate retraitée et ancienne tutrice générale
- Fanny Bovey – Collaboratrice bénévole au Graap-Fondation, doctorante en anthropologie
- Sylvie Reymond Darot – Directrice de la Fondation Profa
- Marie Israël – Cheffe du secteur Communication et développement communautaire, Graap-Fondation
- Richard Joray – Directeur du Département de l'action sociale, Graap-Fondation
- Yasser Khazaal – Médecin psychiatre aux HUG, président de la SSPS
- Florence Nater – Directrice de la Coraasp
- Emilio Pitarelli – Professeur HES, psychosociologue, thérapeute de couple, HES-SO VS
- Anne-Françoise Pont Chamot – Assistante sociale, professeure EESP, Unité de formation continue, HES-SO VD
- Madeleine Pont – Présidente du Graap-Association
- Jean-Pierre Zbinden – Directeur général du Graap-Fondation

Les textes de cette brochure ont fait l'objet d'une transcription sur la base des enregistrements réalisés lors des deux journées de notre congrès ou nous ont été aimablement communiqués par les intervenants. Les versions les plus longues sont publiées ici sous une forme résumée.

Sommaire

Première journée

Allocution de bienvenue

Pierre Chiffelle

2

Santé et droits sexuels en Suisse

Noël Tshibangu

4

Les fondements du couple

Véronique de Fombelle

9

Synthèse des ateliers citoyens

Florence Nater

16

Ateliers citoyens

Les relations

21

Mes droits strictement personnels

Estelle de Luze

25

Impact des maladies psychiques sur le quotidien

D^r Giuliana Galli Carminati

28

Ateliers citoyens

Sexualité et séduction

33

J'ai choisi la vie: être bipolaire et s'en sortir

Hélène Gabert

Marie Alvery

38

Deuxième journée

Vie affective et sexuelle... entre rien et tout!

Catherine Agthe Diserens

46

Ateliers citoyens

Vie affective en foyer

56

La consultation de santé sexuelle au service des personnes et des institutions

Geneviève Margnetti

Alain Pfammatter

59

Sexualité en institution, et si nous en parlions?

Laurent Chenevard

67

Désir d'enfant, choix personnel? Choix social?

D^r Eliane Perrin

76

La quête du bonheur: un défi subjectif et social

D^r Astrid Stuckelberger

84

Allocution de bienvenue

Pierre Chiffelle
Président du Conseil
du Graap-Fondation



C'est un plaisir, un honneur et une fierté que d'ouvrir ce 26^e Congrès du Graap-Fondation, placé cette année sous un thème audacieux et interpellant: maladie psychique, vie affective, sexualité, désir d'enfant. Ce sujet délicat, profond, touche à la sphère privée et intime de chacun et questionne autant les représentations personnelles que sociales.

Quels immenses pas ont été franchis depuis le XIX^e siècle, époque à laquelle les seules questions de sexualité, qu'elles touchent tout individu ou des personnes malades psychologiquement, étaient un véritable tabou! La sexualité était alors ravalée, sur le plan social, à une fonction purement reproductive. Pire encore, dans un contexte d'eugénisme, certaines personnes étaient purement et simplement stérilisées, car considérées comme rebelles ou mal adaptées... Rappelons que de tels drames se sont encore produits dans notre pays jusque dans les années 80. Heureusement, depuis lors, bien du chemin a été parcouru. Il suffit pour s'en convaincre de lire ce que

l'Organisation mondiale de la santé dit au sujet de la sexualité:

«La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir, sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.»

Ce qui est source de plaisir, libre de toute coercition, discrimination ou violence pour celui qui partage un tel point de vue, l'est-il aussi pour son/sa partenaire? Comment peut-on contribuer à ce qu'une personne fragilisée par la maladie puisse réaliser ses aspirations naturelles dans des conditions respectueuses d'elle-même et des autres? À quel moment la préoccupation bien naturelle de veiller au bien-être de l'autre fait-elle courir le risque d'imposer ses valeurs de professionnel, de proche, à l'autre? Comment les institutions peuvent-

elles réguler les inévitables tensions entre les valeurs des collaborateurs, les craintes des proches ou les normes sociales explicites ou implicites, avec les droits personnels de tout être humain, qu'il soit fragilisé ou non?

En choisissant les thématiques de la vie affective, de la sexualité et du désir d'enfant, le Congrès du Graap-Fondation souhaite contribuer à la déstigmatisation de ces questions. Bien entendu, nul n'a la prétention d'apporter des solutions individuelles ou sociétales. Mais, parler de ces problèmes, c'est déjà les faire sortir de l'ombre, amener au grand jour les aspirations qui les sous-tendent, générer, penser et ouvrir des possibles.

Au nom du Conseil de Graap-Fondation, je souhaite exprimer ma reconnaissance aux deux instances qui ont co-organisé ce congrès: Santé Sexuelle Suisse et la Coraasp (Coordination romande des associations d'action en santé psychique). J'aimerais aussi remercier chaleureusement les partenaires qui ont constitué le conseil scientifique de ce congrès: M^{me} Marianne Bornicchia, avocate et ancienne Tutrice générale, M^{me} Fanny Bovey, doctorante en anthropologie, M^{me} Florence Nater, directrice de la Coraasp, M^{me} Anne-Françoise Pont Chamot, professeur à l'Eesp (École d'études sociales et pédagogiques), M^{me} Sylvie Reymond Darot, directrice de Profa, ainsi que Messieurs Yasser Khazaal, médecin psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève et président de la Société suisse de psychiatrie sociale, et Emilio Pitarelli, professeur à la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).

J'aimerais également remercier les partenaires qui ont soutenu financièrement l'organisation de ce congrès. S'agissant du canton de Vaud, par l'intermédiaire du Service de prévoyance et d'aide sociale, du Service de l'assurance sociale et de l'hébergement et du Département de psychiatrie du CHUV. S'agissant des hautes écoles spécialisées: l'Eesp, la HES-SO et La Source. À ajouter les organisations que j'ai déjà mentionnées, soit: Santé sexuelle suisse, la Coraasp, ainsi que la Société suisse de psychiatrie sociale et l'établissement socio-éducatif Le Rôtillon.

Le Conseil du Graap-Fondation aimerait témoigner de sa gratitude aux intervenants qui, au fil de ces deux jours, apporteront leur regard sur la thématique et alimenteront nos réflexions.

Il convient de relever que cette édition a été précédée d'ateliers citoyens dans les différents cantons romands. Ces ateliers, animés par les organisations membres de la Coraasp, ont bénéficié de l'appui des consultations régionales en santé sexuelle. Nous nous réjouissons de découvrir leurs restitutions qui constitueront des éclairages directs issus du vécu et des interpellations des personnes directement concernées par cette problématique.

Le Conseil de Fondation adresse également ses vifs remerciements aux personnes qui ont préparé ces journées ou en assurent le bon fonctionnement en coulisse.

Le Graap vous souhaite un bon congrès, fructueux, qui alimente vos réflexions personnelles et les réflexions collectives au sein des organisations. Je vous souhaite de très belles journées.

Santé et droits sexuels en Suisse

Noël Tshibangu,
Responsable secteur
Promotion & prévention à
Santé Sexuelle Suisse



Nous remercions M. Noël Tshibangu d'avoir accepté de remplacer, à la dernière minute, M^{me} Barbara Berger, directrice de Santé Sexuelle Suisse.

Santé Sexuelle Suisse est une fondation dont le but est de promouvoir la santé sexuelle et reproductive en Suisse. Organisation faîtière en matière de santé sexuelle, de planning familial, de services d'éducation sexuelle et des associations professionnelles, elle est aussi membre de la Fédération internationale de planification familiale (IPPF) et partenaire officiel de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Santé Sexuelle Suisse est également l'organe référente pour les titres professionnels des spécialistes en santé sexuelle et reproductive en Suisse.

Notre vision et notre ligne directrice peuvent se résumer ainsi: toute personne, tout au long de sa vie, doit bénéficier de l'accès aux prestations d'information, d'éducation, de conseil et de soins dont elle a besoin pour lui permettre de vivre la meilleure santé sexuelle et reproductive possible, en toute sécurité, liberté et responsabilité. Chacune et chacun connaît ses droits et ceux-ci sont respectés.

Qu'est-ce que la santé sexuelle?

Cette notion complexe intègre deux pôles qui doivent être compris comme un tout. Il est d'abord question de «santé». L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit cette dernière comme «un état de bien-être complet», intégrant aussi bien la dimension physique, mentale que sociale. La santé n'est donc pas simplement synonyme d'«absence de maladie», mais doit être regardée comme un tout.

Quant à la sexualité, l'OMS et l'IPPF reconnaissent d'abord qu'elle est un aspect central de l'être humain, qui ne se restreint pas à une seule époque de la vie, mais s'inscrit dans la durée et la continuité. Par ailleurs, elle englobe aussi bien le sexe biologique, l'identité, le genre, mais aussi l'orientation sexuelle, l'érotisme, l'intimité et la procréation. Elle est donc la somme et le mélange de composants biologiques (sexe biologique,

réactions physiologiques...), sociaux (connaissances, éducation, valeurs...) et psycho-affectifs (sentiments, émotions, imaginaire).

Cette définition prend aussi en compte la manière dont se vit et s'exprime cette sexualité: pensées, fantasmes, désirs, convictions, attitudes, valeurs, comportements, pratiques, rôles et relations. En définitive, la sexualité est conçue comme une construction culturelle, fruit de représentations et lieu d'un imaginaire. Elle n'est pas quelque chose de tout fait, mais l'objet de la conjugaison de multiples influences: personnelles, familiales, sociales et collectives.

Qu'entendre alors par «santé sexuelle»? Si ce concept a beaucoup évolué ces dernières décennies, l'OMS le résume depuis 2006 comme un «état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité, qui ne saurait se réduire simplement à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités». Pour nous, la santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes, en toute sécurité, sans coercition, discrimination et violence. À cette fin, il est impératif de protéger les droits sexuels de chacun et chacune.

Droits sexuels

Les droits sexuels dérivent des droits humains, dont ils sont indissociables. Publiés en 2008 par l'IPPF, ces droits en

matière de sexualité «visent à identifier explicitement les droits sexuels et à encourager une vision inclusive de la sexualité». Ils constituent un outil et un référent utiles pour agir et vivre la sexualité dans un contexte de droit, de libre choix et de consentement éclairé. La principale mission de Santé Sexuelle Suisse est de défendre et promouvoir ces droits, de manière à ce que toute vie sexuelle puisse se réaliser dans la liberté, la sécurité et la responsabilité.

Les principes fondateurs des droits sexuels peuvent se résumer de la manière suivante:

- La sexualité fait partie intégrante de l'être humain et le plaisir qui en découle est au cœur de la vie de tout être humain.
- Les droits sexuels, lorsqu'ils s'appliquent aux enfants et aux jeunes, tiennent compte de leur situation particulière et de leur capacité évolutive.
- La non-discrimination est un principe de base en matière de droits sexuels.
- La liberté et la protection contre toute forme de violence doivent être garanties.
- Les Etats doivent respecter et protéger l'ensemble des droits sexuels (droits indivisibles).

Il est à présent important de passer en revue chacun des principaux articles composant les droits sexuels. Nous relèverons au passage la manière dont ceux-ci peuvent s'appliquer dans un contexte institutionnel.

1. «**Le droit à l'égalité, à l'égle protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre.**» Au sein d'une institution donnée, il conviendra d'introduire ou de rappeler le principe de non-discrimination dans les règles de fonctionnement de l'établissement et de chercher à développer des postures professionnelles et un langage qui ne cèdent pas aux stéréotypes. À un niveau plus personnel, cet article implique de travailler sur ses propres représentations relatives aux différents modes d'expression de la sexualité.

2. «**Le droit à la participation pour tous et toutes, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre.**» Tout bénéficiaire d'une institution, enfants, jeunes, adultes ou personnes âgées, doit être intégré dans les processus de décision d'une institution donnée et impliqué dans la définition des règles de fonctionnement et de vie en commun. Cela revient aussi à tenir compte des besoins exprimés par chacun-e en matière d'intimité et de vie affective et sexuelle.

3. «**Le droit à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle.**» Dans le contexte de l'institution, il s'agit de garantir la bientraitance dans les prises en charge et de poser une limite claire entre ce qui relève de la sphère intime ou privée et de la sphère publique. Promouvoir des relations saines et des règles de base pour la prévention des abus sexuels fait aussi partie des priorités, notamment en ce qui concerne les enfants. Cela requiert de bien connaître et

de rappeler la loi en la matière (droits et devoirs, protection des mineurs, harcèlement, etc.), mais aussi de prévenir, au niveau des procédures institutionnelles, tout abus ou violence relationnelle et sexuelle et de faire connaître les ressources à disposition en la matière.

4. «**Le droit au respect de la vie privée.**»

Le respect de la vie privée en milieu institutionnel nécessite de s'interroger en particulier sur les rapports entre l'intime et le public, sur la confidentialité des données relatives aux personnes, sur l'organisation aussi des espaces de vie.

5. «**Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi.**» Chacun-e est appelé à respecter les choix ou les modes de vie de l'autre, quels que soient notamment son orientation sexuelle, son genre, son handicap, etc. Quelles que soient nos différences, nous avons tous le droit à la même reconnaissance devant la loi et cette équité doit être garantie.

6. «**Le droit à la liberté de penser, d'opinion et d'expression; et le droit à la liberté d'association.**» En institution, il est important d'avoir une parole sur la sexualité, de débattre sur des questions de société liées à la sexualité, d'encourager l'expression et les échanges sur les thèmes liés à la sexualité et à la santé sexuelle et de prendre en compte les opinions des bénéficiaires dans les accompagnements proposés.

7. «**Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science**» La connaissance des ressources existantes en matière

de sexualité et l'accès aux prestations s'y référant doivent être garantis par les institutions. Il s'agit de promouvoir les informations relatives notamment aux moyens de contraception et aux règles du *safer sex*. Il est également important de connaître les réseaux, les lois et les procédures institutionnelles, par exemple en cas de grossesse chez les adolescentes.

8. «Le droit à l'éducation et à l'information.» Il est primordial de garantir l'accès à des informations concernant la sexualité, la santé sexuelle et les lieux de conseil (à disposition dans les institutions). En outre, il faut se donner les moyens de répondre de manière adaptée aux questions des enfants et des jeunes et d'offrir des espaces d'échange et de réflexion sur le thème de la sexualité, de la vie relationnelle, etc.

9. «Le droit de choisir de se marier ou non, de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment.» Cela nécessite d'avoir une attitude respectueuse des choix effectués par les bénéficiaires en ce qui concerne le mode de vie ou le maintien ou non d'une grossesse, par exemple. On peut également proposer aux jeunes ou aux bénéficiaires des débats de société sur la santé reproductive et le sens du libre choix en la matière. Connaître et informer sur les lois concernant les mariages forcés, l'interruption de grossesse, etc. est également important.

10. «Le droit à l'application des principes de responsabilité et de réparation.» Il convient de mettre à disposition des

ressources pour toute personne qui souhaiterait faire des démarches afin obtenir réparation suite à des violences sexuelles. Les institutions doivent alors être capables d'offrir une écoute active lors d'un témoignage, de noter les informations et de les transmettre aux personnes relais. Cela exige notamment d'être au clair sur ses responsabilités et ses limites face à de telles situations.

Ici en Suisse, avec d'autres partenaires, Santé Sexuelle Suisse cherche à promouvoir une meilleure politique de santé sexuelle. L'important est de développer une approche globale en la matière, qui ne segmente pas les divers domaines de la sexualité comme cela se faisait autrefois, avec, par exemple, santé reproductive d'un côté, violences sexuelles de l'autre. Il s'agit de montrer les liens entre les différents domaines d'actions de la santé sexuelle et par conséquent de créer des synergies et des collaborations entre les réseaux d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre et de réfléchir à l'échelon national sur une stratégie de santé sexuelle qui englobe tous les champs de la sexualité.

À l'heure actuelle, un des principaux objectifs de Santé Sexuelle Suisse est de faire reconnaître la santé sexuelle comme faisant partie intégrante de la santé psychique. Il existe effectivement un lien très clair entre bien-être sexuel et santé mentale. Ainsi, toute discrimination liée à la sexualité, au genre, à l'identité ou à l'orientation sexuelle, à l'état de santé ou aux situations de vie particulières risque d'avoir un impact négatif sur la vie psychique de la personne concernée. De

même en cas de grossesse non désirée, d'infertilité, de diagnostic de séropositivité au VIH, sans oublier bien entendu les violences ou les abus d'ordre sexuel. Concernant ce dernier point, il faut savoir qu'en Suisse, une femme sur cinq, au cours de sa vie, est victime de violences physiques ou sexuelles, que 8 % des garçons et 22 % des filles mineurs âgés de 15 à 16 ans ont subi des formes de violence sexuelle avec contact, que 9,5 % des garçons et 28 % des filles signalent avoir déjà été importunés sexuellement par le biais des médias électroniques, dont environ un tiers à cinq reprises ou plus.

Il est fréquent que de telles violences se transmettent d'une génération à l'autre, d'où la nécessité de travailler avec les victimes et les auteurs de ces violences pour mieux combattre ce phénomène. Pour Santé Sexuelle Suisse, l'éducation sexuelle a un rôle majeur à jouer dans la prévention de ces violences. Là aussi, une approche holistique est plus efficace que celle axée sur les risques seuls ou qui se limiterait à des aspects biologiques.

www.sante-sexuelle.ch

Les fondements du couple

Véronique de Fombelle
Conseillère conjugale, Paris



Parvenir à rencontrer l'autre et à entamer une relation de couple n'est pas toujours aisé. Certaines peurs peuvent venir entraver ce processus et bloquer l'accès à une vraie rencontre. Dans mon cabinet de conseil conjugal à Paris, j'ai d'ailleurs mis en place un groupe de partage, spécialement conçu pour les célibataires qui ne parviennent pas à entrer en relation. Pour les aider à franchir ce pas, je les encourage dans un premier temps à nommer leurs peurs, de manière à ce qu'ils en prennent bien conscience, qu'ils n'en soient pas dupes et s'en libèrent.

Comme je l'ai constaté, le plus souvent, ces peurs s'apparentent d'abord à une défiance vis-à-vis de soi-même, une difficulté à s'accepter, à croire que quelqu'un puisse nous aimer vraiment, pour ce que l'on est, tel que l'on est. D'où la nécessité, avant de vouloir entrer en relation avec un autre, de commencer par apprendre à se rencontrer soi-même et à s'aimer tout simplement. Il est difficile de faire confiance à l'autre, de se livrer, de se dévoiler lorsque l'on n'a pas encore appris à se considérer comme un cadeau, comme une merveille. Apprendre à s'aimer soi-même

est sans doute la première tâche à laquelle s'atteler lorsque l'on désire fonder un couple.

Face à de telles peurs, les célibataires devront soit tenir compte de leur crainte et constater qu'ils ne sont pas prêts pour l'aventure, soit la dépasser, avec audace. Oser courir le risque et s'exposer, d'une certaine façon, est indispensable pour pouvoir vivre des rencontres en général et LA rencontre en particulier.

Fréquemment, la peur de passer à côté de cette grande relation, de ne pas la trouver, de ne pas y arriver peut virer à l'obsession chez certains. Or, mon expérience me dit que pour accueillir l'amour, il ne faut pas trop l'attendre. Ou, en tout cas, ne pas l'attendre dans la tension, l'idée fixe, l'urgence. Il est bon – et quelque part normal – que l'amour soit une surprise à laquelle nous pouvons simplement nous disposer à nous ouvrir.

La rencontre, si elle est presque toujours une surprise, n'est par contre jamais à mon avis le fruit du hasard. Je ne suis pas la seule à le penser et je l'expérimente dans

ma pratique. Ce point de vue est aussi étayé par des études très sérieuses.

Les fondements du couple

Lorsqu'un couple en difficulté vient me voir, nous essayons ensemble de revenir au mythe fondateur de leur rencontre. Qu'est-ce qui les a intéressés dans l'autre? Pourquoi et par quoi étaient-ils attirés au début? En quoi se sont-ils éventuellement reconnus? On remarque alors que nous sommes allés chercher chez l'autre, de manière la plupart du temps inconsciente, des similitudes ou plutôt des analogies, comme une même blessure: une mère autoritaire, un père absent, une enfance solitaire, par exemple. L'autre nous intéresse justement parce qu'il a mis en place une stratégie de défense différente de la nôtre. Ainsi, nous comptons sur lui pour venir réparer nos blessures anciennes qu'il connaît bien, puisqu'il semblerait qu'il ait expérimenté un peu les mêmes. Ses ressources viendront compenser l'inefficacité ou l'insuffisance de nos propres ressources. Cette stratégie semble pour le moins judicieuse et devrait nous aider. Sauf que la plupart du temps, ce n'est pas le cas.

D'une part, parce que notre demande, notre besoin sont de l'ordre du puits sans fond. Un puits qui s'est creusé depuis notre tendre enfance et même à l'état *in utero* et que personne ne pourra jamais parvenir à combler totalement. En revanche, et cela est heureux, l'autre ne se privera pas de nous apporter plein d'autres choses sur la base de ses

ressources propres, de nous ouvrir d'autres horizons, de venir combler d'autres attentes. Mais cela sera toujours de l'ordre de la compensation, du compromis... Toujours un peu à côté de ce que nous attendions au fonds. D'où des frustrations et des incompréhensions.

D'autre part, parce qu'il y a généralement, au sein même du couple, un manque de communication autour de ce problème particulier. Effectivement, souvent, nous n'avons pas suffisamment conscience de nos blessures originelles. Nous nous contentons alors de réagir de plus en plus fortement, avec de plus en plus d'agacement ou de souffrance et d'incompréhension, à ce que nous prenons pour des agressions de la partie adverse. Nous n'essayons pas de comprendre pourquoi cela nous fait si mal ni d'instaurer le climat de confiance et de sécurité indispensable pour communiquer ensemble, dans le respect et l'empathie. D'où le malentendu qui se creuse.

À mon sens, les crises de couple sont d'ailleurs bien souvent des malentendus au sens propre: J'aime ma femme, j'aime mon mari, je veux la/le rendre heureux/se, mais je n'écoute pas son ressenti, je ne cherche pas à en comprendre l'origine, je me disculpe, je me justifie, je lui renvoie ses reproches, je me protège, ou alors j'agresse carrément. Ce qui nous a attiré au départ, ce sur quoi nous nous fondions pour de justes raisons devient justement ce qui nous est aujourd'hui insupportable. Les exemples de telles situations sont multiples.

Construction et déploiement du couple

Un couple, cela se construit et se déploie dans le même temps. Fruit d'efforts et d'un élan qui dure. L'élan joyeux des débuts de l'aventure, l'élan du désir amoureux, que l'on croit bien souvent qu'il s'est perdu en route ou même qu'il n'a jamais existé. Les efforts vont justement contribuer à entretenir cet élan sur la durée.

Comme vous le savez, l'amour est appelé, à la longue, à se transformer. Au début, le cœur s'enflamme, la vie est belle, avec l'impression d'être enfin complet. C'est le temps de la fusion. Nous étions deux, nous ne formons plus qu'un. On baigne alors dans quelque chose qui a le goût du couple, la couleur du couple, mais qui n'en est pas encore un. Car un couple a un besoin premier d'altérité: l'autre est autre.

Il n'empêche que ce stade fusionnel est non seulement bien agréable, mais aussi bien utile pour donner l'élan, l'énergie de l'engagement. Cela est normal et tout à fait positif pour la suite. À condition de ne pas en rester là. Mes clients regrettent en général cette période qu'ils évoquent avec nostalgie, comme si elle était le tout de l'amour. Et pourtant, il faut le redire fermement, la fusion ne fait pas le couple. C'est même le contraire. Elle est intenable sur le temps et mortifère. « $1 + 1 = 1$ » n'est pas une équation conjugale, n'en déplaît aux romantiques invétérés. Il est indispensable de reconnaître ses différences, ses spécificités et de les

développer le plus possible, sans rien renier de ce qu'on est.

« $1 + 1 = 2$ » n'est pas une équation conjugale non plus. On aurait affaire dans un tel cas à une association, un partenariat, certes nécessaire, mais pas suffisant pour faire un couple. La bonne équation conjugale consisterait à partir du principe que le couple est un corps vivant, une création nouvelle, réalité que l'on ne retrouve pas dans les deux équations précédentes. Souvent, pour mes clients, il s'agit là d'une découverte lumineuse et bouleversante.

Pour former un vrai couple, il faut une alliance (sans forcément que cela soit synonyme de mariage). Cette alliance débouche sur un plus: plus de vie, plus de force, plus de vraie liberté, si bien que des phases précédentes comme la fusion va s'opérer une forme de mue. De la chrysalide que représente la fusion, grâce à la richesse de l'autre, doit émerger le couple, équipé pour durer et pour se déployer. Alors, « $1 + 1 = 3$ », «toi plus moi = nous». Le couple est ainsi appelé à créer une entité nouvelle, originale et unique. Ce chef d'œuvre créé à deux, combinaison unique et précieuse, sera forcément fécond. Cette fécondité ne se restreint pas obligatoirement aux enfants, même si ceux-ci ont toujours le potentiel d'apporter un gain de vie, d'épanouissement. Ce «nous» désigne en fait le rayonnement, le projet, l'engagement, les intérêts communs, les passions, l'ouverture au monde.

Mais, pour y parvenir, il y a une décision à prendre, un pas décisif à effectuer, qui engage volonté, courage, liberté et

intelligence. Le couple n'existe que lorsqu'a été posé, à un moment donné, un vrai choix, qui délimite un «avant» où tout peut arriver et un «après» où l'on devient acteur et responsable de sa vie. L'«être ensemble», le «on verra bien» ne suffisent pas. Bien au-delà du cœur qui palpète, le choix suppose qu'un regard lucide a été posé sur les sujets compliqués: la différence de l'autre, les risques objectifs, la maladie éventuelle. Et cette démarche est forcément vertigineuse ou, en tout cas, elle devrait l'être.

Le corollaire du choix, ce sont les deuils à faire, avec toute la douleur et la peur que cela sous-tend. Car choisir, c'est renoncer au reste. Un consentement sans renoncement a quelque chose de suspect. En effet, celui-ci n'est efficace que s'il est fermement adossé à un renoncement où intervient la volonté lucide. Tout au long de la vie du couple, ce choix sera réaffirmé et le consentement redonné, avec tous les efforts que cela suppose. Certes, parler d'efforts n'a rien de très glamour aujourd'hui. Pourtant, une chose est sûre: l'effort en vaut la peine! et se transforme en grande satisfaction quand on constate que le chantier prend forme, que la construction tient ses promesses de déploiement.

Quels matériaux pour cette œuvre à construire? Chaque couple doit inventer et créer ses propres outils. Il n'y a pas à copier ou à reproduire. Par contre, il existe des matériaux valables pour tous, dont voici une liste nullement exhaustive:

•**Volonté.** Il faut rappeler qu'aimer c'est à un certain moment aussi vouloir aimer. Et, lorsque l'on sait ce que l'on veut, on sait aussi en prendre les moyens ou on y arrive mieux.

•**Attention**, à ce que tu dis, à ce que tu veux, à ce que tu es. Il s'agit ici d'ailleurs de la première demande des femmes, si l'on en croit les études statistiques.

•**Respect**, de moi, de toi, de notre couple. Respect du temps, mais aussi de l'espace dévolu à chacun, au couple, respect des règles en particulier, du rôle masculin (qui semble être la première demande des hommes).

•**Confiance**, qui va de pair avec la fidélité et la vérité.

•**Patience**, bien sûr...

•**Générosité**, qui dépasse la stricte comptabilité de «qui fait quoi»...

•**Émerveillement**, qui va de pair avec respect, estime, considération.

•**Humour**, qui arrange bien des choses!

Deux ingrédients fondamentaux pour la vie de couple ne figurent pas dans ce récapitulatif: la communication et la sexualité.

La communication

Tout le monde le sait, le manque de communication tue le couple plus ou moins lentement, mais toujours sûrement. À l'époque du téléphone portable, des SMS, des mails, il semble pourtant évident que l'attention que le conjoint attend exige un échange d'une autre profondeur. L'attitude de base de la communication est de prendre du temps pour écouter et pour

exprimer. Rappelons que cela ne consiste pas à convaincre, à reprocher, à accuser, mais bien à dire à l'autre ce que l'on porte au fond de soi.

Pour autant, le simple fait de parler ne suffit pas. Encore faut-il choisir le bon moment, la bonne forme et répéter ces échanges dans le temps. C'est ce que l'on pourrait appeler l'«entretien conjugal». Je le prescris d'ailleurs régulièrement à mes clients. Les règles du jeu d'un tel entretien contribuent certainement à créer le climat de sécurité et de confiance préalables évoqué plus haut.

Concrètement, il s'agit de se fixer des rendez-vous réguliers, de décider de la fréquence de ces rendez-vous et de s'y tenir absolument. Le lieu de rendez-vous est également important. L'idéal pour moi est de se voir en dehors du domicile conjugal. Chacun aura préparé de son côté l'entretien et saura de quoi il veut parler. Celui qui prendra la parole en premier ira jusqu'au bout de ce qu'il a à dire, en veillant à ne parler que de lui, de ce qu'il ressent. Il évitera ainsi le «toi, tu...», au profit du «moi, je...» L'autre se contentera de l'écouter activement, de manière ouverte, accueillante et empathique, sans interrompre ou chercher à préparer une réponse. À la fin de ce monologue, il sera important de se ménager un temps de silence, afin de digérer ce qui a été dit. Celui qui aura écouté prendra alors la parole, en respectant les mêmes règles. Enfin alors, on choisira un objectif ou un point de vigilance jusqu'au prochain rendez-vous. Dans cet intervalle, l'un et l'autre n'hésiteront pas à se rappeler

mutuellement les résolutions prises. Très simple et très formelle, cette démarche peut se révéler libératrice et éclairante pour chacune des parties.

Pour mieux communiquer, je conseillerais aussi la lecture d'un ouvrage de l'Américain Gary Chapman* qui montre qu'il n'existe pas un seul langage de l'amour, mais au moins cinq. Si vous n'exprimez pas votre amour sur le même mode d'expression que le conjoint, et que ce dernier ne comprend pas ce langage particulier, on risque de tomber dans un dialogue de sourds qui perdurera. Comme Chapman le dit, il est important de connaître sa propre langue de l'amour, de l'apprendre à son conjoint, de découvrir la sienne propre et de s'exercer l'un et l'autre à pratiquer la langue de l'autre.

S'il est essentiel d'évoquer les problèmes avec son partenaire, communiquer sur ce qui est premier, à savoir l'amour qui fonde ou a fondé le couple, est tout aussi important. À chacun de le dire avec les mots qui lui conviennent. Mais cela doit être exprimé et pas seulement montré. L'autre ne peut pas deviner. L'omettre peut devenir une grande source de frustration qui s'accumule avec le temps.

La sexualité

Les approches de la sexualité sont nombreuses. Mais toutes évoquent une énergie à l'œuvre dans l'être humain, comme dans la nature tout entière. Cette pulsion sexuelle ou libido constitue un moteur puissant, qui semble inépuisable et jamais

facile à gérer. Elle est à l'image d'un fleuve qui coule avec évidence parfois, d'autres fois de manière souterraine, sans qu'on le voie, ou encore sous d'autres formes: sources, torrents, cascades, etc. «Peut-être d'ailleurs gagnerait-on à désenclaver la pulsion sexuelle de la pure génitalité et à la considérer comme une énergie sexuelle au sens large, c'est-à-dire polyvalente, capable de s'investir dans tous domaines ou activités: le pouvoir, la religion, la faim, l'amour, etc. sans être elle-même un instinct spécifique.»** Cette réalité, ceux qui me consultent à ce sujet l'ignorent bien souvent. Ils perçoivent la sexualité de manière très restrictive, ce que l'on peut comprendre.

Certains de mes patients viennent parce qu'ils ne font pas, plus ou difficilement l'amour. Il y a là un symptôme qui signe pour l'un et/ou l'autre la mort plus ou moins annoncée de l'amour. Les couples qui font face à ce problème sont toujours plus nombreux. Le constat est souvent trop tardif, parce que l'on s'est accommodé du fait que les moments d'intimité étaient de moins en moins fréquents, de plus en plus de l'ordre de la corvée. Le glissement peut se produire pour toutes sortes de raisons: fatigue, surmenage, éloignement, rancune, manque de temps et de communication. Fréquemment, cela se produit chez les femmes, parfois en représailles lorsqu'il y a insatisfaction sur d'autres plans. En conséquence, des désaccords, des doutes, des angoisses s'installent au sein du couple. Pour autant, cela ne veut pas dire que la sexualité en soi est morte. Seulement, il n'y a plus de partage, plus de don sous cette forme-là, peut-on dire. Or, si

l'acte sexuel a une telle importance, ce n'est pas seulement à cause du plaisir qui existe, mais bien parce qu'il est un langage privilégié de communion des corps. Celui-ci est sous-tendu par un équilibre délicat et précaire entre désir et don. Cet équilibre, chacun doit s'efforcer de le trouver, de le maintenir par lui-même et pour lui-même à partir de son expérience personnelle, de ses besoins, de son ressenti. Il est important de s'en ouvrir l'un à l'autre, de chercher ensemble, de rectifier, de libérer la créativité, de dédramatiser aussi. L'enjeu est de réveiller cette puissance vitale, tapie au fond de soi, par le flux de la communication, de la curiosité pour l'autre, etc. Un sexologue disait que lorsque ça ne marche pas au lit, il faut sortir, aller danser, se promener, écouter de la musique. La sexualité est aussi là-dedans et ces activités entraîneront le reste. Il n'y a aucune règle dans ce domaine, mais mille façons d'y parvenir et chaque couple développe sa recette. Aucun besoin d'être performant, mais simplement d'être fidèle à soi-même, attentif à l'autre et de faire un effort commun de dévoilement l'un pour l'autre. Non seulement livrer son corps, mais son cœur et son âme. Cette voie est beaucoup plus exigeante et ambitieuse qu'il n'y paraît.

Le désir d'enfant

Il existe un danger pour les couples: c'est de se dissoudre dans la famille. Le couple, impérativement, doit rester premier. Un père et une mère sont d'abord des amants, des époux, des compagnons, avant d'être des parents. Le couple préexiste ainsi aux

enfants. Et c'est en veillant à respecter cet ordre que les partenaires seront sûrs de donner aux enfants l'essentiel de ce dont ils ont besoin.

Et qu'en est-il lorsque le légitime et ardent désir d'enfants échoue? Lorsque l'enfant ne vient pas ou que l'on sait qu'il ne pourra pas venir? La douleur est alors souvent un abîme de non-sens qui va parfois jusqu'à vider de son intérêt l'idée même de couple. Certains couples n'y résistent pas. D'autres, en revanche, ont le courage de s'attaquer au travail de deuil évoqué plus haut. Renoncer d'abord pour mieux consentir à vivre pleinement tout ce qui reste. Et c'est ainsi que par une fécondité autre, le couple non seulement survivra, mais entendra d'autres appels, déploiera d'autres missions, répondra à sa vocation propre... Qui signifiera que la communion est toujours féconde (rappelez-vous

$1 + 1 = 3$) si l'on accepte de ne pas s'en tenir à l'échec apparent.

En conclusion, j'ai envie de vous dire que tout au long de l'aventure conjugale, les menaces, les périls, les orages ne manqueront sans doute pas. On appelle cela des crises. On peut faire bon usage des crises parce qu'elles peuvent devenir des crises de croissance!

Votre couple connaît des fluctuations? Rien de plus normal puisque c'est un organisme vivant: il est fait pour se transformer de crise en crise, comme un enfant qui grandit! Et qui trace son propre chemin de maturation. Et de bonheur.

* Gary Chapman, *Les 5 langages de l'amour*, Paris, Édition Leduc, 2008 (2004).

** Henri Boulad, *Amour et sexualité*, Sillery, Édition Anne Singier, 2003.

Synthèse des ateliers citoyens

Florence Nater
Travailleuse sociale, directrice de la Coraasp, Sion



Cette année, pour la troisième fois depuis 2011, la Coraasp (Coordination romande des associations d'action en santé psychique) est associée aux préparatifs et à la tenue du Congrès du Graap-Fondation.

En tant que fédération d'une vingtaine d'associations actives dans le champ de la santé psychique en Suisse romande, la Coraasp se réjouit de pouvoir partager dans le cadre de ce congrès les réflexions et les considérations issues des ateliers citoyens romands. Ceux-ci, au nombre de seize, se sont tenus partout en Suisse romande et ont accueilli en tout plus de 100 personnes. Parmi elles, principalement celles et ceux concernés par un trouble psychique, mais aussi des proches et de nombreux professionnels. Ces ateliers ont par ailleurs été complétés par une récolte de témoignages effectuée auprès de personnes vivant en institution. Celles-ci ont ainsi eu la possibilité de participer activement à ce processus.

Avant de vous décrire la manière dont ces ateliers ont fonctionné, j'aimerais, au nom de la Coraasp, adresser toute ma gratitude

au Graap et aux principaux organisateurs de cet événement, en particulier à Jean-Pierre Zbinden, directeur général, et à Marie Israël, responsable du secteur du développement communautaire et de la communication.

J'aimerais également adresser mes remerciements à nos membres qui se sont pleinement impliqués dans l'organisation de ces ateliers cantonaux. Merci en particulier à l'Avep (Association valaisanne d'entraide psychiatrique), le Croepi (Comité romand d'orientation et d'éducation professionnelle des invalides), l'Anaap (Association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique), l'Afaap (Association fribourgeoise d'accueil et d'action psychiatrique), l'Association Parole à Genève, A3 Jura et l'Ajaap (Association jurassienne d'accueil et d'action psychiatrique).

Mes remerciements vont également à Liliane Sticher, membre du Comité de l'Afaap, qui a pensé et mis en œuvre la collecte de témoignages de personnes vivant en institution. Merci également à Anne Leroy, membre de l'association

vaudoise L'ilôt et du Comité de la Coraasp, qui a copiloté à mes côtés la coordination de ces ateliers.

Mais, ces ateliers n'auraient sans doute pas pu être réalisés sans la contribution très active de plusieurs professionnels spécialisés: sexologues, psychologues, conseillers en santé sexuelle et en planning familial, ergothérapeutes spécialisés en sexologie clinique, infirmiers, médecins, psychiatres, et j'en oublie peut-être. Des professionnels qui ont apporté non seulement de leur temps, mais aussi des compétences et de leur expérience pour animer ces ateliers. Un grand merci à ces professionnels qui nous ont accompagnés pour réaliser ce défi.

Et enfin, merci à tous les participants et participantes de ces ateliers, qui ont fait le pas de venir, de participer, de se renseigner, de partager, d'interpeller, de questionner, voire de participer directement à la restitution de ces échanges au cours de ce congrès. Sans l'implication de ces derniers, rien n'aurait pu être fait.

Au cours des mois passés, les défis à relever ont été nombreux: le premier résidait sans aucun doute dans le concept même d'«atelier citoyen», que la Coraasp explore et implante peu à peu en Suisse romande. Un tel atelier s'inscrit comme un outil de réflexion et d'action d'un genre nouveau dans le champ sociosanitaire de la santé mentale. Que l'on soit directement concerné par la maladie psychique, que l'on soit proche, professionnel du réseau psychiatrique médical ou social, toutes et tous nous connaissons l'importance des

groupes de parole pour le rétablissement en santé mentale. Nous connaissons aussi l'impact que peut avoir l'organisation de conférences-débats sur des thématiques où des experts scientifiques vont s'exprimer, parfois avec l'intervention complémentaire d'un témoin concerné, et cela devant un public qui pourra ensuite interpeller les orateurs et poser des questions. Dans un atelier citoyen, on retrouve ces deux dynamiques. D'abord la chaleur, la convivialité, mais aussi l'ouverture et l'intimité propre aux groupes d'entraide, où l'on peut être accueilli et partager son vécu avec d'autres participants. Puis, aussi, quelque chose qui rappelle le cadre de la conférence-débat, avec la présence d'un ou de plusieurs experts qui partagent leurs connaissances spécifiques au profit de tout un groupe, avec la possibilité pour les participants de poser des questions.

Mais, l'atelier citoyen ne se réduit pas à ces deux dimensions. En faisant quelques recherches sur Internet, vous constaterez que le concept d'atelier citoyen est mieux connu en politique que dans le domaine de la santé mentale. Si l'on en croit les différentes définitions, l'atelier citoyen est un «outil de participation citoyenne, un dispositif ponctuel de démocratie participative qui permet d'éclairer la décision politique ou de donner un avis collectif sur un enjeu d'intérêt général».

Ce n'est donc pas un hasard si la Coraasp a choisi de développer cet outil en Suisse romande dans le champ de la santé psychique. Notre fédération possède une vision éminemment sociale et citoyenne de la santé psychique et considère les

personnes concernées, proches et professionnels avant tout comme des citoyens acteurs, susceptibles de construire avec d'autres des réponses à des problématiques individuelles ou collectives. Les ateliers citoyens constituent dès lors des espaces permettant ce que j'appelle «l'émergence d'un savoir collectif, construit à la fois sur des compétences spécifiques de spécialistes et sur l'expertise de chacune et chacun d'entre nous, au travers de son vécu, de ses expériences et de ses représentations».

Ce savoir collectif, vous le verrez au travers des différentes présentations des ateliers, peut être de l'ordre de la restitution, du constat, de la proposition, voire de l'action. Il est ce que j'appelle volontiers le savoir du professeur «nous», dont nous avons besoin pour construire la société de demain. Dans tous les cas, c'est une des convictions qui animent les actions et les projets de la Coraasp.

Néanmoins, animer un atelier représente un véritable défi, même pour les organisations membres de la Coraasp, pourtant rompues à un tel exercice. Cela nous oblige en effet à sortir de nos zones de confort, à nous frotter à l'incertitude et à faire usage de plusieurs outils ou compétences: écoute empathique, animation dirigée, transmission d'informations, élaboration d'une pensée créative, etc.

Le défi s'est révélé encore plus grand au regard de la thématique choisie pour ce congrès. Organiser des ateliers citoyens au sein d'associations actives dans le domaine de la santé psychique sur le thème de la

vie affective, de la sexualité et du désir d'enfant, il fallait oser! Sans doute faut-il avoir ce petit grain de folie, ce goût du pari et du défi, cher à la Coraasp et à ses membres, pour se lancer dans une telle aventure. Mais, le pari a été tenu et le défi relevé avec brio!

Tout au long de ces deux journées, le congrès prévoit des temps destinés à la restitution des réflexions des ateliers. De manière très scrupuleuse, le programme annonce un premier temps consacré aux relations, un second temps à la sexualité et enfin un espace-temps sur le désir d'enfants. Mais me voilà cependant obligée de vous décevoir tout de suite: la créativité et l'émergence d'un savoir collectif ne se marient pas très bien avec les contraintes trop rigides d'un programme, raison pour laquelle nous avons laissé aux ateliers citoyens la liberté de construire leur projet de restitution selon les points forts qu'ils ont choisis de mettre en exergue.

Ainsi, au cours de ce congrès, les délégations valaisannes, fribourgeoises et genevoises vous parleront de rencontre, d'émotions, d'estime de soi, de relations. Quant aux Vaudois et aux Neuchâtelois, ils vous conduiront sur les chemins de la séduction et de la cuisine alchimique de la sexualité. Après ce détour, la délégation jurassienne partagera avec vous les résultats d'un sondage qui aura été distribué préalablement auprès du public assistant à ce congrès. Enfin, Liliane Sticher partagera avec vous ce qui a motivé sa démarche auprès des institutions et le résultat des témoignages qu'elle a recueillis.

Bien entendu, ces interventions ne pourront restituer de façon exhaustive tout ce qui s'est dit et partagé au sein de ces différents ateliers romands. Des choix ont été opérés et, par conséquent, des renoncements.

Permettez-moi cependant, en tant qu'animatrice du groupe de coordination de ces différents ateliers, de partager avec vous et pour la dernière partie de mon intervention trois grands points forts qui ont traversé tous ces ateliers. J'ai choisi de croquer pour vous et en exclusivité quelques propos, regards, considérations qui ont alimenté les réflexions des différents groupes.

1. Sexualité: santé, vie, élan de vie tout au long de la vie

Je crois que sans exception tous les ateliers ont découvert ou redécouvert que la sexualité - cette dimension à la fois si intime et si universelle - conte l'histoire de notre vie. Elle commence dans le ventre de la mère, se découvre dès la plus tendre enfance, par exemple par les sensations éprouvées sur une balançoire ou lorsque l'on joue au docteur avec ses petits camarades.

La sexualité peut se vivre tout au long de notre chemin de vie. Si pour la plupart d'entre nous il est bien trop tard pour la carrière de danseur étoile ou d'alpiniste chevronné, pour vivre notre sexualité, il n'est jamais trop tard. La sexualité fonctionne toute la vie, mais il faut se donner la chance de la connaître. Elle est un plaisir de la vie qui peut permettre de vivre plus heureux. La sexualité est vivante et, si

elle peut s'éteindre, elle peut également être rallumée, qu'on se le dise! La sexualité fait partie de notre santé, comme le dit l'Organisation mondiale de la santé.

2. Sexualité: apprendre, se connaître, agir, respecter

L'épanouissement de notre sexualité n'est pas donné par la nature. Faire l'amour, cela s'apprend. C'est important de pratiquer la sexualité avec soi-même pour apprendre comment l'on fonctionne, comment son corps se met en route. Il faut savoir où se situent les zones sensibles de son corps et celles qui sont érogènes. Se donner du plaisir sexuel amène au plaisir dans la vie. Le sentiment amoureux, qui mobilise notre tête, notre corps, notre cœur et qui provoque cette sensation de papillons qui volent dans le ventre aide à découvrir la sexualité. Se connaître, oser en parler sans gêne, avoir de l'ouverture sur sa propre sexualité, une voie idéale. Mais, pas facile de lever les tabous, de passer du rigolo à l'intime.

3. Maladie psychique: perturbateur vs exhausteur. Estime de soi, rencontre, persévérance.

Dans le chemin de la vie, la maladie psychique est un peu l'invité-surprise, celui qu'on n'attendait pas, qui vient s'asseoir à votre table sans y avoir été convié. La maladie psychique perturbe tout: la création du lien, l'estime de soi, le rapport à son corps. La maladie psychique génère beaucoup de souffrances, de solitude, d'isolement, d'incompréhension. Alors, la rencontre, la vie affective, la sexualité se compliquent. Le réconfort vient dans la rencontre avec une personne qui nous

ressemble. Ma souffrance ouvre à la souffrance de l'autre. On pourrait alors construire une plateforme, un tremplin, une passerelle, un bal, pour que les personnes différentes puissent se rencontrer. L'acceptation de la maladie par ses proches, cela aide à oser une vie affective, à oser en construire une, peu à peu. Un regard bienveillant sur soi, la reconnaissance de ses ressources permet d'aller mieux. Faire de petits pas vers les autres permet de se sentir moins seul. Pour garder l'espoir, il faut pouvoir faire confiance, ne pas baisser les bras, s'exercer et recommencer, persévérer sans abandonner. Et, pour la rencontre, être vrai, authentique, transformer les expériences passées en du

positif. Et soyons fous! La maladie psychique, c'est peut être aussi un exhausteur dans le couple. Cela peut amener plus de sensibilité, plus de chaleur, plus de piquant.

Vous l'aurez sans doute compris, le voyage que vous proposent les porte-parole des différents ateliers s'annonce humainement riche et bien loin d'être monocolore. Et, en clin d'œil à l'actualité cinématographique de cette Saint-Valentin 2015, ce voyage ne s'appelle pas «50 nuances de Grey», mais plutôt «vivre, aimer et s'aimer en 50'000 nuances». Je vous souhaite un bon voyage.

Ateliers citoyens

Les relations

Atelier valaisan

Danielle

Pour moi, une rencontre, c'est comme un cadeau. Tel un papier multicolore, un regard bref cache le cadeau. J'ai peut-être envie de répondre d'un regard plus appuyé. Cela donne un cadeau éphémère. Peut-être que l'autre répondra par un sourire. Alors là, la vraie rencontre peut germer. À chacun de la faire croître. À partir de là, sentir l'autre se révèle possible, peu à peu ou à grands pas.

Lorsque nous allons bien, chaque rencontre nous enrichit. Mais, lorsque tout chavire autour de nous, elle prend une dimension différente: celle de la compréhension, du soutien inconditionnel. Le respect de notre sensibilité à fleur de peau, cela nous maintient debout.

Je découvre l'autre par mon écoute, par mon attention, mais aussi par ce que je lui offre de moi, de mes gestes, de mon attitude. Et la rencontre évolue au gré du temps, au gré des dons réciproques, au gré de l'accueil de ces dons. Rencontre brève, rencontre chaleureuse, rencontre aidante, qui se métamorphose en amitié ou évolue plus profondément. C'est alors que bien des questions nous assaillent. Oserons-nous sublimer cette rencontre-là par

la maternité, la paternité? Là, le dialogue dans la confiance et l'entourage de professionnels nous aide à avancer.

Je découvre qu'une rencontre est bien plus qu'un cadeau. C'est comme un voyage. Un voyage au cœur de nos émotions. Qu'en penses-tu Claire-Lise?

Claire-Lise

Je pars dans le voyage des émotions, le voyage de la peur, je prends le sous-marin, le voyage de l'amour, je prends la montgolfière, le voyage des émotions, je suis en mouvement vers l'extérieur. La rencontre, l'autre, avec ses souvenirs de voyage dans le passé et la projection dans le futur. Et le présent, alors? Voyage de l'amour? Voyage de la peur? L'amour prend racine dans l'âme. Voyage dans le cœur de l'âme. Et quand l'âme voit le jour avec sa palette de couleurs sublimes, il rend le cœur plus vivant que jamais.

Accepter le voyage des émotions, vivre intensément et se découvrir à soi-même, à travers le temps et les différents paysages à faire. Tristes ou joyeux, chaque voyage, chaque couleur offrent ses secrets. La vie est une toile inachevée, qui prend forme peu à peu. Et c'est par nos émotions que nous créons notre avenir. Et pourquoi pas dans la confiance?

Loïc

Qu'est-ce que la confiance? C'est une grande question à laquelle beaucoup de personnes et de grands philosophes ont essayé de répondre, à leur façon. Selon moi, aucun d'entre eux n'avait raison, mais aucun d'entre eux n'avait tort non plus. Car, pour moi, il n'existe pas une seule forme de confiance, comme il n'existe pas un type de caractère ou même de personnalité unique. Pour moi, la notion de normalité n'a pas lieu d'être. Certains ont un caractère différent, mais chacun a son intégrité physique. Et c'est pour moi la base de toute relation, qu'elle soit de confiance ou non. J'irais même jusqu'à dire que s'il n'y a pas de confiance, il n'y a pas de relation, ou seulement une relation malsaine.

Il y a pour moi un contraire à la confiance: la jalousie. D'un point de vue personnel, s'il y a de la jalousie, il ne peut y avoir de

confiance, car la jalousie est l'absence de confiance. Je dirai que sans confiance il n'y a pas de relation saine possible, que ce soit d'un côté, comme de l'autre. Sans confiance, aucune relation, même éloignée, n'est vraiment possible. Mais si une question doit rester, c'est celle-ci: malgré toute la confiance que l'on peut avoir en une personne, doit-on quand même garder une certaine distance, même minime, dans un but de protection? Au fait, Sandra, «se protéger», qu'est-ce que ça veut dire?

Sandra

Pour moi, se protéger, c'est s'écouter, se respecter, se faire confiance aussi, aller vers celles et ceux qui nous aiment, vers des choses qui nous font du bien. C'est comme un manteau invisible que l'on se construit et qui nous va bien lors de temps plus orageux. Trop mince, la protection est comme un nuage qui ne nous retient pas dans les épreuves. Trop épaisse, elle est



comme une prison qui nous empêche de voir les rayons du soleil et l'horizon. Tout le travail est de la maintenir en équilibre pour laisser passer l'amour mais pas l'abandon de soi. Dans les moments plus intimes où les corps et les sentiments se baladent ensemble, on peut toujours compter sur elle, comme une amie intérieure. Elle me fait penser aussi au préservatif, cette petite capuche qui protège de la pluie tropicale chez soi. Elle laisse place au plaisir. Et viennent parfois des moments de partage sous cette pluie d'amour à deux.

La vie continue, la vie se crée, l'amour est sublimé, le désir d'enfant exaucé et un troisième tout petit pair grandit bien au chaud, comme par magie. Alors, pousse en soi un soleil qui nous réchauffe les cœurs, que l'on protège. Dès les premiers instants de vie, nous avons tous besoin les uns des autres. Se protéger, c'est s'aimer. Protéger, c'est aimer l'autre. Et pousse parfois une vie en nous qui nous sourit. La protection prend soin de l'autre, la confiance investit en soi une balance pour un voyage des émotions, qui danse dans une vie affective.

Atelier fribourgeois

René

Ce que je veux dire tient en peu de mots: toute personne a le droit de vivre une sexualité normale. Y compris les personnes atteintes dans leur santé psychique ou celles qui ont une sexualité différente.

Jacques

Pour ma part, j'aimerais faire quatre remarques:

- L'homosexualité ajoutée à une maladie psychique génère deux fois plus de tabous et donc de difficultés dans la vie. Les professionnels doivent en être conscients et se montrer accueillants lorsqu'une personne homosexuelle s'ouvre à eux.

- En Europe, on estime que l'homosexualité n'a pas de causes biologiques, alors que dans certaines parties des États-Unis, les jeunes sont internés, car on pense justement que la cause est biologique.

- Certaines personnes handicapées peuvent passer par une phase d'homosexualité, car il est plus facile pour elles d'entrer en relation avec une personne du même sexe.

- Même si l'homoparentalité ne pose pas de problème dans la vie quotidienne, elle n'est toujours pas reconnue en Suisse.

- Toute personne, homosexuelle ou hétérosexuelle a la possibilité de faire un test VIH anonyme en se rendant dans un planning familial.

Liliane

Avoir des relations intimes au sein d'une institution n'est pas facile. Il faut faire venir la personne, l'inviter. Et puis, souvent, les sanitaires ne sont pas dans la chambre.

À la limite, il est possible de vivre en couple dans le cadre d'un foyer. Mais, si survient un désir d'enfant, alors il faudra aller habiter dans un appartement. Vivre à l'extérieur, d'accord. Mais, il y a une chose à savoir: ce n'est pas parce qu'on prend un appartement que la maladie va disparaître...

Selon moi, de nombreuses personnes en institution se privent de relations intimes ou sexuelles par difficultés.

Rose

Les médicaments génèrent une prise de poids et modifient la libido. Les médecins doivent à mon avis prendre en compte ces effets indésirables qui peuvent constituer un frein à l'épanouissement sexuel de leurs patients.

Le public est invité à se livrer à une petite expérience: sortir un billet de banque et le chiffonner...

D'après vous, ce billet chiffonné a-t-il toujours la même valeur? Pour moi, oui. Il en va de même pour la maladie psychique: même malade, on possède la même valeur que les autres. Croyez en vous... et vous franchirez des montagnes (entonnent en chœur les autres intervenants)!

Atelier genevois

Diego

Dans notre groupe, les échanges ont été tout aussi fructueux et intéressants. Ce qui est ressorti de nos réflexions peut se résumer de la manière suivante: lorsque l'on évoque la vie affective, la sexualité ou le désir d'enfant, on parle avant tout de relation et de rencontre. Qu'on porte l'étiquette de malade psychique ou pas, entamer une relation, c'est prendre un risque. Celui de se dévoiler, d'être rejeté ou peut-être encore pire: que l'autre s'intéresse à nous.

Pour donner une preuve par l'expérience, chacun dans le public, est invité à entrer en relation avec son voisin.

Mes droits strictement personnels

Estelle de Luze
Professeure assistante
au Centre de droit privé, UNIL



La conférence d'Estelle de Luze a fait l'objet d'un article paru dans le magazine «Diagonales» (n° 107 - Septembre-Octobre 2015 - Auteure: Marie-Françoise Macchi) dont voici le texte.

Quels critères font qu'une personne est incapable de discernement et par conséquent pas en mesure de se marier? Aura-t-elle néanmoins le droit de mener une vie sexuelle, de choisir sa contraception, de se prononcer seule sur son traitement médical? Ces interrogations trouvent leur réponse dans un cadre légal précis qu'a décrit Estelle de Luze, docteure en droit et professeure assistante au Centre de droit privé de l'UNIL, lors du 26^e Congrès du Graap-Fondation. Ce domaine du droit est délicat, comme l'a souligné en préambule la professeure: «Il est des situations juridiques souvent à la limite des réponses que peuvent apporter les juristes.»

Capacité de discernement

Pour disposer du plein exercice des droits civils, trois conditions sont nécessaires: être majeur (avoir plus de 18 ans), être capable de discernement et ne pas être sous le coup

d'une mesure de protection qui prive de l'exercice des droits civils, comme la curatelle de portée générale qui prive d'emblée la personne de l'entier de l'exercice de ses droits civils. La notion centrale, récurrente dans tous les cas de figure exposés par Estelle de Luze, est la capacité de discernement. Les juristes décomposent cette faculté en deux éléments cumulatifs. Le premier est intellectuel: la personne doit avoir la capacité de comprendre l'information qui lui est transmise. Le second est volitif: elle doit réussir à se déterminer librement par rapport à la compréhension de l'information reçue.

La loi prévoit plusieurs causes pouvant altérer la faculté de discernement. Il s'agit, entre autres, de l'ivresse, de la prise de stupéfiants et de certains médicaments. Elle nomme aussi la déficience mentale et les troubles psychiques, par exemple les psychoses, les démences séniles. «Mais il n'est pas impossible de démontrer que, malgré l'existence d'une

de ces causes d'altération, notamment lors de troubles psychiques, la personne reste capable de discernement», a précisé la conférencière.

Il est important de souligner que la capacité de discernement est une notion relative, liée à un acte précis, à un moment donné. En principe, la capacité de discernement est présumée. Toutefois, l'expérience générale de la vie peut conduire à une présomption inverse lorsque la personne se trouve dans un état durable de dégradation des facultés de l'esprit liée à la maladie ou à l'âge, comme les personnes souffrant de démences séniles.

Exercice des droits civils

Jouer pleinement de l'exercice de ses droits civils signifie que la personne peut accomplir tous les actes juridiques qu'elle souhaite et assumer toutes les conséquences produites par ses actes. Elle pourra ainsi conclure un contrat de bail, acheter une voiture, se marier, adopter un enfant... Au contraire, en être privé implique que la personne ne peut pas s'engager pleinement pour tous les actes quotidiens privés. Si elle conclut un contrat, comme acheter une maison, celui-ci ne sera pas valable.

Les droits strictement personnels

Un individu, privé de l'exercice de ses droits civils (en partie ou totalement), mais

capable de discernement, conserve l'exercice de ses droits strictement personnels. Les droits strictement personnels sont des droits subjectifs privés qui portent sur des attributs essentiels de la personne. Ainsi, un individu disposant de sa faculté de discernement pourra se fiancer, se marier, divorcer, conclure un partenariat enregistré, donner ou non son accord pour un traitement médical de façon autonome. Cependant, pour certains actes, dont le fait de reconnaître un enfant, la personne devra encore obtenir le consentement de son représentant légal.

D'une manière générale, la personne incapable de discernement n'a pas l'exercice de ses droits civils et ses actes sont dépourvus d'effets juridiques. Ce mécanisme juridique sert à la protéger. Quant aux droits strictement personnels, c'est en réalité le représentant légal (en général le curateur) qui va les exercer, au nom de la personne. Par exemple, il est autorisé à prendre des décisions générales d'ordre médical.

Inhérent à la personnalité

Cependant, certains droits strictement personnels ne souffrent aucune représentation, en raison de leur lien étroit avec la personnalité, et sont qualifiés d'absolus. Ainsi, le représentant légal n'a pas le pouvoir de représenter la personne incapable de discernement pour les actes tels que se fiancer, se marier, conclure un partenariat enregistré ou encore reconnaître un enfant.

Toute personne, qu'elle soit capable ou incapable de discernement, peut développer une vie affective et sexuelle, puisque ce sont des actes inhérents à sa personnalité. Reste cependant à s'interroger sur la capacité de la personne incapable de discernement à consentir librement à des relations sexuelles. Le Code pénal apporte une partie de la réponse: afin de prévenir tout abus en la matière, il sanctionne celui qui profite d'une personne, incapable de discernement ou de résistance, pour commettre sur elle des actes d'ordre sexuel ou analogues.

Enfin, une question particulièrement complexe est celle de la stérilisation. Vu la gravité de l'acte, elle se voit soumise à une loi spécifique. Il convient de distinguer deux situations: la stérilisation des personnes capables de discernement et la stérilisation des personnes incapables de discernement. Une personne capable de discernement, sous curatelle de portée

générale et âgée de plus de 18 ans, ne peut être stérilisée que si plusieurs conditions sont réalisées: elle doit donner, par écrit, son consentement libre et éclairé; son représentant légal doit également donner son consentement et le médecin qui pratique l'intervention est tenu de respecter différentes obligations, dont celle de requérir l'approbation de l'autorité de protection de l'adulte avant l'intervention. La stérilisation d'une personne âgée de plus de 16 ans et durablement incapable de discernement est interdite, sauf exception et à des conditions légales restrictives. Quant à la stérilisation des personnes passagèrement incapables de discernement, elle est interdite. On rappellera qu'en cas de doute sur le discernement d'une personne, une expertise psychiatrique devra être demandée.

Impact des maladies psychiques sur le quotidien



Dr Giuliana Galli Carminati
Psychiatre - psychothérapeute FMH,
psychanalyste IIPB

La présentation qui va suivre est le fruit d'une réflexion personnelle. Elle n'aura donc rien de normatif et vous êtes bien entendu en droit de ne pas être d'accord avec son contenu.

«On ne pense qu'à ça!»

L'acte sexuel, en tant que tel, est par définition de l'ordre de l'intime. Et pourtant, en l'espace de neuf mois, un bond vertigineux se produit entre le privé et le public. Nous sommes vous et moi, comme *grosso modo* l'humanité tout entière, le résultat très apparent, très public d'un acte sexuel. Il est ainsi inévitable que ce dernier soit au centre des attentions de tous, non seulement au niveau individuel, mais également social. C'est à travers l'acte sexuel que l'humanité - et donc la société - se régénère. Dès lors, rien d'étonnant à ce que les lois, l'économie, l'éthique, la religion, la politique, la culture soient touchées et interpellées par le sexe. Je crois qu'on peut le dire: «On ne pense qu'à ça!» Pourtant, l'admettre a nécessité beaucoup de temps et de réflexions. Il faut des pages

entières à Freud, et presque des excuses, pour coucher noir sur blanc que le sexe est le centre des névroses, de notre équilibre psychique. Le sexe est ainsi au cœur de la vie, probablement au moins depuis que les premiers êtres sexués sont apparus sur terre.

Nous, les êtres humains, passons de l'enfance à la vie adulte, et de là à la reproduction. Même si nous n'aurons pas tous des enfants, nous pouvons constater que ce cycle est bien inscrit en nous, dans notre destin d'êtres vivants. Cette chaîne inéluctable lie les générations les unes aux autres.

Troubles psychiques et sexualité naissante

Parfois, nous faisons barrage au fait que nos enfants deviennent à leur tour adultes et continuent leur chemin sans nous. Peut-être avons-nous alors peur de nous sentir dépassés, inutiles ou vieillissants, d'où cette posture parentale. Mais, heureusement, ce barrage est en règle générale

assez facilement dépassé par nos enfants, grâce à la «bonne désobéissance»: n'en faisant qu'à leur tête, ceux-ci vont vivre leur vie, faire leurs expériences, commettre leurs erreurs, comme nous l'avons fait par le passé. Être désobéissant, c'est pouvoir faire autrement que ce qu'on a compris, c'est avoir la possibilité aussi de dire des mensonges.

Mais, lorsqu'un enfant souffre de troubles psychiatriques, de déficiences intellectuelles ou de troubles du développement, ses parents auront plus de difficulté à concevoir que celui-ci puisse éprouver des besoins d'homme et de femme sur le plan de la sexualité. La situation peut devenir encore plus délicate et douloureuse s'ils sentent que leur enfant court un danger en la matière. Ce dernier, en raison de ses troubles, aura par ailleurs plus de peine à manier la «bonne désobéissance», à dépasser les blocages imposés par ses parents.

Parfois, ces derniers se sentiront très impliqués, voire trop impliqués, dans le futur de leur enfant qui, d'une manière ou l'autre, leur apparaît comme peu capable de prendre des décisions, de gérer la réalité, de trouver son chemin. Accepter sa sexualité est d'autant plus dur qu'ils tendent à invoquer plusieurs raisons, vraies ou fausses, pour la freiner: danger pour l'enfant de se faire agresser, de se faire exploiter, d'agresser quelqu'un et d'aller en prison, peur d'une grossesse, d'une sexualité «scandaleuse», d'attirer la honte sur la famille, etc.

Il y a probablement une autre cause à cette inquiétude, moins facile à dire pour

les parents: c'est à travers leur propre acte sexuel que l'enfant porteur de difficultés est venu au monde et ils en éprouvent de la culpabilité. Pour ma part, je pense que cela fait partie de l'aventure humaine, de notre lot possible à tous et que, finalement, on peut y trouver de la richesse. Il n'empêche que vivre cette culpabilité n'est pas aisé. Ce qui me fait dire que la sexualité est un sacré carrefour entre besoins, désirs, peines, peurs...

Des dieux générateurs?

Ce qui suit ici est le résultat d'une réflexion personnelle, d'observations de différentes situations faites autour de moi ou à l'intérieur de moi. J'ai d'abord constaté que les êtres humains ont souvent peur de la reproduction, car elle reste un mystère, un miracle troublant. Je me souviens m'être dit, au moment où j'ai vu mon enfant pour la première fois: est-ce vraiment moi qui ai fait cet enfant? Il a suffi d'un acte sexuel, il y a neuf mois, pour me retrouver maintenant avec cette créature qui me regarde... Il y a là quelque chose qui dépasse notre entendement. Quelque part, cette potentialité à nous reproduire nous oblige à accepter d'être des dieux ignares, inconscients, qui génèrent d'un geste insouciant la vie d'un être vivant.

Étonnamment, le devoir de se reproduire pourrait être le pendant de cette peur. Il serait alors conçu comme répondant à une logique supérieure: la survie de l'espèce, la volonté des dieux, la force d'une nation, etc. La reproduction serait alors au service

d'une instance transcendante qui, elle, a le droit de générer la vie. Plus concrètement, cette obligation de se reproduire serait donc une réponse à la peur d'être nous-mêmes des dieux générateurs.

Autre écueil dans la mer agitée de la sexualité: nous avons de profondes difficultés à concevoir une sexualité complètement détachée de la reproduction, mise en œuvre simplement pour le plaisir. Car, tout en le désirant extrêmement fort, nous avons peur du plaisir en général et du plaisir sexuel en particulier. Celui-ci nous donnerait en quelque sorte accès à un paradis qui nous est interdit. De plus, le plaisir amène avec lui une perte de contrôle, parfois extrêmement angoissante. Il arrive aussi qu'il nous fasse expérimenter une profonde sensation de liberté qui, elle aussi, nous effraie.

La question du mérite (et du démerite) dans notre société vient aussi compliquer les choses: qui mérite le plaisir? Les bons, les riches, les savants, les beaux, les sains...? Il n'y a pas de vraie démocratie en matière de plaisir. Entre hommes et femmes d'ailleurs, le concept même de distribution égalitaire est très récent et pas encore tout à fait bien acquis.

Au-delà de la connotation négative de la sexualité sans reproduction qui perdure encore de nos jours, le concept même de droit au plaisir n'a rien d'évident. En particulier pour les personnes atteintes dans leur santé psychique ou porteuses d'un handicap. Lorsque les portes du paradis s'ouvrent, que l'accès au plaisir est garanti, c'est la panique et l'angoisse. Non

seulement pour les équipes éducatives et soignantes, mais aussi pour les personnes directement concernées.

Les rapports difficiles entre plaisir et reproduction ne sont rien à côté de ceux entre sexe et amour et de la hiérarchie des valeurs entre l'un et l'autre. Vouloir que l'amour soit plus important que le sexe ou le contraire, vouloir à tout prix que l'un vienne avec l'autre, tout cela peut être dangereux pour la stabilité des individus.

À l'occasion d'un groupe de parole, j'ai pu constater qu'une majorité des personnes suivies souhaitaient avoir un partenaire et fonder une famille. Mais, derrière cette demande, nous nous sommes vite rendu compte que s'exprimait avant tout un besoin d'affirmation sociale, d'accès à un statut valorisé et valorisant dans notre société. Ce qui les séduisait, c'était plutôt l'image, celle du grand amour, de la fête avec les invités, des beaux bébés. Dans une certaine mesure, nous sommes toutes et tous concernés par ces images. Mais, en abordant avec les personnes de ce groupe les points importants de l'engagement réciproque, moral, économique, de l'effort que le fait d'avoir un bébé exige, lorsqu'il faut se lever la nuit, etc., force fut de constater que leur enthousiasme tendait à se dégonfler. La plupart de ces personnes n'avaient en effet pas vraiment envie de «partager», que ce soit leur argent, leur espace vital, leur temps ou de se «sacrifier» dans le rôle de parent. Dans la pratique, des problèmes surgissaient aussi au niveau de la sexualité. L'intimité n'était pas facilement acceptée par ces hommes et ces femmes. Puisque l'autre est

vraiment l'autre, l'étranger, l'inconnu, le sexe à deux peut présenter des difficultés d'ordre «territoriale», lorsqu'il s'agit d'entrer en contact intime avec un autre corps.

Si les difficultés à «partager sa vie» et à «partager soi-même» ne sont pas négligeables, il n'en demeure pas moins que ces personnes ont elles aussi un besoin de sexe et de sexualité qui existe clairement. Or, si ce besoin est présent et important, le nier représenterait une violence «par omission» et l'abstinence deviendrait une souffrance. Il y a, je l'ai remarqué, une certaine facilité à dire qu'il ne faut pas obliger quelqu'un à une activité sexuelle. Certes, mais on oublie qu'obliger quelqu'un à ne pas en avoir est tout aussi générateur de souffrances.

En pratique, que peut-on donc faire face au nœud des désirs, des besoins, des rêves? Je conseillerais avant tout de rester zen. Nous tous, nous faisons à tout moment des compromis entre désirs, besoins, rêves et réalité. Nous tous, nous devons naviguer à vue entre le dedans et le dehors. Nous tous, nous vivons des compromis entre ce que l'on voudrait et ce que l'on peut, par exemple entre le mariage d'amour et le mariage d'intérêt, entre la femme et la maîtresse, entre le mari et l'amant, entre l'enfant idéal et le cancre rebelle qu'on aurait voulu être. Si nous sommes nous-mêmes trop peu au clair avec nos besoins nos envies et nos limitations (la partie émergée de l'iceberg) et encore moins au clair avec nos phantasmes, vices et frustrations (la partie immergée de l'iceberg), si nous sommes trop peu conscients de notre part d'ombre, nous aurons l'ombre devant

et non pas derrière notre propre regard. Au lieu de voir les besoins de l'autre (la personne avec troubles psychiatriques, déficiences intellectuelles, trouble du développement), nous ne verrons qu'à travers l'écran de fumée (pour ne pas dire fumeux) de nos propres besoins, envies, limitations, phantasmes, vices, frustrations. Ce qui va rendre difficile (si ce n'est impossible) de voir et de comprendre les besoins propres de l'autre, ses envies et ses limitations (ne parlons pas du reste), surtout dans un domaine socialement difficile comme la sexualité. Cette vision déformée va produire des malentendus qui peuvent aller d'une obligation à l'abstinence à une obligation à la vie de couple ou à la sexualité. Cela peut dépendre du contexte culturel ou familial. Il y a des familles dans lesquelles il faut se marier, fonder une famille, avoir des enfants, sans quoi il est impossible d'être considéré comme adulte, comme normal; la normalité étant d'ailleurs une chimère insaisissable.

L'art du compromis

«Je veux cela mais je me contente d'une chose un peu différente qui me satisfait tout de même.» «Je veux être cela mais je me contente d'être une personne un peu différente qui me satisfait tout de même.» Dans la recherche de la satisfaction sentimentale et sexuelle, l'idéal romantique du sexe absolument lié à l'amour ou celui de l'amour absolument lié au sexe risque de devenir une source de stress, qui pose des objectifs trop difficiles à atteindre. Si, de plus, cet objectif est mis comme

un a priori dans le développement de la personne, par exemple dans le passage difficile de l'adolescence à l'âge adulte, le sentiment d'inadéquation peut devenir écrasant. Si dans la découverte de la sexualité figure aussi l'obligation d'avoir le sentiment amoureux, c'est comme de vouloir faire un 200 m haies avec un sac de 30 kg sur le dos. À la fin, notre vie sexuelle croulera sous les difficultés, parce qu'on aura trop voulu ou trop prétendu au niveau de notre affectivité, de nos sentiments. Les idéaux de beauté, de réussite, qui sont en rapport étroit avec le lien social, le lien interpersonnel et le lien intime peuvent ainsi littéralement écraser un individu. Nous sommes tous soumis à ces types de pression difficiles à supporter. Pour celles et ceux qui en plus souffrent d'une limitation, cette forme d'écrasement devient réellement insupportable.

Clarifier les besoins réels

Pour les personnes souffrant d'un trouble psychique ou du développement, les parents ainsi que les professionnels du soin, du fait du lien de dépendance matérielle et psychologique toujours présent, restent souvent à jamais «les adultes». Pour moi, ces derniers devraient avant tout écouter ce que la personne exprime, de la manière la plus neutre possible, afin de permettre à la personne de devenir elle aussi adulte et de ne pas rester bloquée dans un rôle d'éternel enfant dépendant. Il serait aussi judicieux de solliciter l'avis d'un sexo-pédagogue ou d'un sexologue afin de clarifier les besoins réels de la personne, de déterminer ce qu'elle souhaite

vraiment. En la matière, il serait en effet dangereux de se tromper et d'imposer des choix qui ne correspondent pas aux besoins et aux désirs de la personne. Parfois, le simple fait d'être reconnu en tant qu'adulte ayant une sexualité peut déjà avoir un effet apaisant et aidant...

Si un projet concret se profile, il s'agit de bien mesurer les capacités réelles de la personne. Une exigence trop importante d'autonomie peut faire capoter un couple qui, dans une institution protégée, aurait pu vivre une vie tout à fait satisfaisante. Il est donc nécessaire de trouver le bon niveau d'autonomie. Parfois, grâce à un peu d'aide et de soutien, le couple peut vivre tranquillement sa vie de couple et avoir une intimité, une vie relationnelle et sentimentale de qualité.

Ces personnes ont-elles dans notre société assez de pouvoir pour avoir le droit de pratiquer le sexe, avoir du plaisir, vivre une vie sentimentale, avoir des enfants? Difficile de répondre... Probablement, dans notre société, cela semble être souhaitable, ou tout du moins quelqu'un le souhaite.

Ateliers citoyens

Séduction et sexualité

Atelier neuchâtelois

Nous sommes dans une salle de bal. Un couple danse un slow sur l'air «Only you». Nous entrons dans leurs pensées...

Danseuse

Oh! là là! Moi qui rêvais d'un grand blond, voilà que je me retrouve avec un chauve et barbu en plus! C'est bien ma veine... Et cette barbe, on dirait une barbe de 3'000 jours, ça chatouille. Pfff... C'est vraiment désagréable...

Danseur

Ah là là, je la sens bien cette soirée, je la sens bien! Je vais la ramener chez moi, sortir une bouteille de champagne, lui montrer ma collection de fers à cheval. Ça, c'est sûr, ça va lui plaire!

Danseuse

J'en ai marre quand même... Je suis là, au beau milieu de cette scène, à danser alors que je n'aurais qu'une envie: me barrer d'ici! S'il n'y avait pas les copines, je serais déjà chez moi... Ah! là là, elles doivent être vertes de jalousie de me voir danser avec ce gars!

Danseur

Allez mon coco, c'est le moment ou jamais de tester si ton impression se confirme... Je

vais lui mettre la main dans les cheveux et elle aimera! Je suis irrésistible de toute façon!

Danseuse

Non, mais alors!! Il exagère ce pauvre type! Il est en train de démolir mon brushing! Moi qui ai passé deux heures dans ma salle de bain pour faire ces misérables boucles. S'il continue, je lui balance deux claques... Ce n'est pas possible qu'il soit aussi à l'aise! On n'a pas traité les vaches ensemble quand même!

Danseur

C'est dans la poche, mon coco, tu y es presque... Mais je sens que la chanson se termine bientôt, il faut que je fasse quelque chose, que je lui dise qu'elle me plaît... Il est temps de passer aux choses sérieuses!

Fin de la chanson et de la danse. Les danseurs retrouvent chacun leur groupe d'amis respectifs.

Copine 1

Wouah!! C'était beau de vous voir danser! Vous formez un beau couple! Je ne pouvais pas m'empêcher de vous imaginer avec plein de gamins dans les jambes! Et alors, comment tu te sens? Il te plaît? C'était bien?



Copine 2

Oh! là! là! Attends voir une seconde! J'ai bien vu qu'il t'avait caressé les cheveux! Franchement, si j'étais à ta place, je serais partie en courant. Il ne faudrait pas confondre vitesse et précipitation non plus!

Danseuse

Oui, c'est vrai, mais tu sais, finalement, au bout du compte... Eh bien, c'est plutôt sympa un homme entreprenant, j'ai quand même bien aimé! T'as vu les autres, ses copains? Il n'y en a pas eu un seul capable de se bouger!

À l'autre bout de la salle de bal...

Copain 1

Tu as osé, toi! J'avais envie de l'inviter et tu as été plus rapide que moi! De toute

façon, j'étais sûre qu'elle n'accepterait pas de danser avec moi. En plus, je ne sais pas danser...

Copain 2

Oui, mais bon, tu dis ça à chaque fois! Si tu ne te lances pas, un jour, tu n'y arriveras jamais! Et qui c'est qui va finir les soirées tout seul, hein? Qui?

Danseur

Eh bien oui, en y allant, j'avais le trac, moi aussi, mais j'y suis allé! J'avais vraiment envie de danser avec elle! D'ailleurs, j'ai bien fait, je n'ai aucun regret!

Du côté des filles, la discussion se poursuit...

Copine 1

Franchement, je ne comprends pas pourquoi

on ne m'a pas proposé de danser... Quels lâches ces garçons... J'ai mis une nouvelle robe, je suis aussi bien qu'elle, non? La prochaine danse, c'est moi qui y vais!

Copine 2

Moi non plus, personne ne m'invite. De toute façon, c'est tout le temps comme ça, aucun gars ne s'intéresse à moi. Je trouve que tu as vraiment de la chance...

Danseuse

Oui, c'est vrai, j'ai eu de la chance! Mais j'espère qu'il aura envie de me revoir... Qu'est-ce que je fais? Il ne m'a pas demandé mon numéro! J'aurais dû lui demander le sien! Mais peut-être qu'il est sur Facebook? Mais je ne connais pas son nom de famille!

On retrouve les garçons...

Copain 1

Et maintenant, qu'est-ce que tu vas faire? C'est bientôt la fin de la soirée, il faudrait que tu te bouges!

Copain 2

Moi, à ta place, je lui dirais franchement que, malgré ton costume trois-pièces, tu es paysan à Bioley-Orjulaz et que tu as mis du parfum pour camoufler l'odeur de l'écurie!

Danseur

Eh bien, c'est qui je suis! Pourtant, je suis sûre qu'elle doit s'imaginer que je suis un dragueur professionnel... Si elle savait, pourtant... Je m' imagine vraiment vivre avec une femme comme elle! Construire

une famille avec elle! Ce serait dommage de passer à côté d'une belle histoire...

Copain 1

Tiens, et si tu allais lui poser la question directement, finalement?

Atelier vaudois

Marc

L'excitation sexuelle est un mécanisme. De même que nous ne pouvons pas éternuer sur commande, impossible d'être excité sur commande. Par contre, si l'on vient nous mettre un poivrier sous le nez, nous allons tous avoir immédiatement une réaction.

En matière de sexualité, c'est un peu plus complexe. Nous avons imaginé ce mécanisme sexuel comme une grande salade mêlée dont voici quelques-uns des ingrédients nécessaires:

Erica, Marc, Monique, Nicole, Ariane

Le plaisir, la douceur, la complicité, un zeste d'humour, des sentiments, de l'attraction, des sensations, des envies, des caresses, des fantasmes, des baisers, des émotions, des films pornos, de la sensualité, de la passion, des livres érotiques, de l'alchimie, de la découverte du corps, des coups de foudre, de la musique, des regards.

Animatrice

Dans la vie, nous ne décidons pas toujours... Et parfois, lorsque nous sommes



touchés dans notre santé, nous manquons cruellement d'aide et de reconnaissance. Voici quelques-uns des ingrédients qui rendent la salade moins goûteuse.

**Erica, Marc, Monique, Nicole, Ariane
(à tour de rôle)**

Les médicaments, les hospitalisations, les handicaps, les abus, les échecs, les tabous, le manque de communication.

Animatrice

Chacun a besoin d'avoir du plaisir pour mieux vivre. À tout âge, on peut se donner la chance de développer une sexualité vivante. Même avec un parcours semé

d'embûches, les réparations sont possibles. Il y a toujours de l'espoir.

**Erica, Marc, Monique, Nicole, Ariane
(à tour de rôle)**

La réparation, le dialogue, la déculpabilisation, les spécialistes, la tendresse, l'amitié, la confiance, et surtout, beaucoup d'amour!

Intermède musical, sur une chanson de Dominique Scheder, avec Guillaume Martineau au piano, Alex Bellegarde à la contrebasse et Laurent Bortolotti au chant. À la danse, Murielle Bortolotti.

Pas te prendre

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme une eau claire qu'on ne veut
fendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme un fruit qu'on ne veut dépendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme un poème est à défendre
Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme le silence se fait entendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme l'ami chez qui on entre
Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme une main qu'on aime tendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme tombe neige en décembre
Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme l'arc-en-ciel vient nous
surprendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme le temps peut se suspendre
Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme une naissance à attendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme la nuit vient se répandre
Non, je ne voudrais pas te prendre
Comme un enfant dort dans la
chambre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Oh! bel Amour, si pur, si tendre
Non, je ne voudrais pas te prendre
Ce que tu donnes comment le rendre*

*Non, je ne voudrais pas te prendre
Seule la Madone peut nous comprendre
Non je ne voudrais pas te prendre
En ce monde où tout est à
vendre*



J'ai choisi la vie: être bipolaire et s'en sortir

Hélène Gabert

Coach sportive, administratrice de l'association d'entraide Le Funambule, Bruxelles

Marie Alvery

Marie Alvery, éditrice, Paris
(auteures du livre du même nom)

Hélène Gabert



Agée de 42 ans, mariée, avec deux enfants, je vis à Bruxelles. J'ai fait de ma passion, à savoir le coaching sportif, mon activité professionnelle.

Je suis également administratrice de l'association bruxelloise d'entraide, le Funambule*, créée par et pour les personnes atteintes de troubles bipolaires.

Marie Alvery

J'habite actuellement à Paris où je travaille comme éditrice. J'ai vécu huit ans à Bruxelles, où j'ai rencontré Hélène. Je suis également mariée et j'ai deux enfants. Je suis atteinte d'un trouble bipolaire de type I. Ce dernier se caractérise par une alternance de phases maniaques et de phases dépressives sévères, avec des intervalles plus stables. En épisode maniaque, la personne manifeste une exaltation exacerbée, qui peut l'amener à perdre pied



avec la réalité et donner lieu à des crises de délires et de paranoïa. Cette phase dure en général plusieurs jours, voire plusieurs semaines et est systématiquement suivie d'une période de profonde dépression, pouvant aller de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Hélène Gabert

Je souffre pour ma part d'un trouble bipolaire de type II, diagnostiqué lorsque j'avais 32 ans. Si l'on compare ce trouble avec celui de Marie (type I), les phases maniaques sont moins fortes, raison pour laquelle on les qualifie d'hypomaniaques. Celles-ci durent aussi plus longtemps. Elles sont également suivies de périodes dépressives intenses. À relever que 4 à 5 % de la population souffre de troubles bipolaires.

C'est par hasard, lors d'un vernissage à Bruxelles, que Marie et moi nous sommes rencontrés. À l'époque, l'affaire Strauss-Kahn battait son plein. Comme tout le monde, nous en avons discuté. Ayant moi-même été en proie à des pulsions, je me souviens avoir dit que je pouvais comprendre ses dérapages, tout en précisant que je n'excusais ni ne cautionnais ses actes. Ce sont des pulsions que j'ai connues avant que je sois diagnostiquée et traitée pour ma bipolarité. Marie m'a regardé avec de grands yeux... Au fil de la discussion, Marie m'a parlé de son expérience de la bipolarité et je lui ai raconté la mienne. Nous ne nous sommes pas vraiment retrouvées dans le vécu l'une de l'autre, puisque nos troubles respectifs étaient différents. Bref, le contact était noué et s'est poursuivi.

En lien avec mon travail pour l'association Funambule, j'avais le projet de publier un recueil de témoignages de personnes atteintes de troubles bipolaires. Je me suis bien évidemment permis de demander conseil à Marie, qui était éditrice. Elle m'a offert son aide et ensemble nous avons travaillé sur un synopsis. Il en est sorti un récit** écrit à quatre mains, dans lequel nous avons raconté notre vécu.

Vie affective

Hélène Gabert

Je viens d'une famille unie, aimante, très catholique pratiquante et qui n'avait pas été épargnée par la guerre. Même si les membres de ma famille étaient très peu démonstratifs dans leurs sentiments, cela ne m'a pas empêchée d'être une petite fille joyeuse, souriante et très sociable, avec un besoin par contre très fort de contact. Mais, au fil du temps, ce besoin s'est teinté d'une forme de nostalgie, qui trahissait un manque affectif grandissant. J'avais de plus en plus le sentiment d'être mal aimée par ma famille, par mes parents.

Très jeune, j'ai commencé à cultiver de grands idéaux de relation qui répondaient à cette carence affective. Très fleur bleue, je m'amourachais du premier beau jeune homme venu. C'est avec impatience que j'attendais l'arrivée du prince charmant qui m'apporterait enfin toute l'affection dont je manquais. Cependant, j'ai très vite déchanté. Lors de ma première relation sérieuse, le garçon m'a dit: «Si tu m'aimes, fais-le!» C'est ainsi, de manière

très froide, que je suis entrée dans la sexualité... On me proposait quelque chose qui, pour moi, ne correspondait pas du tout à mes attentes. Cela m'a rappelé quelques abus et attouchements dont j'avais été victime petite, par la générosité de mes parents qui accueillait un enfant orphelin pendant les vacances. Cette entrée dans la vie sexuelle n'a donc pas été très heureuse et tous mes sentiments se sont effondrés.

Marie Alvéry

J'ai moi aussi ressenti un manque affectif très fort, en particulier durant mon enfance. Issue d'une famille normale, plutôt aisée avec trois frères et sœurs, j'ai pâti d'une mère désengagée de son rôle. *Grosso modo*, il ne fallait pas l'embêter. À trois mois, j'ai été hospitalisée pendant trois-quatre semaines à cause d'une coqueluche. À aucun moment, mes parents ne sont venus me voir. De nos jours, on sait que cela ne fait pas du bien à l'enfant. À l'époque, il aurait certes fallu faire preuve d'un peu plus d'imagination... C'est à partir de cette expérience que s'est développé en moi un très fort sentiment d'abandon, que je parviendrai à identifier au cours d'une psychanalyse et que je retrouverai lors de certaines crises maniaques.

J'ai donc eu une enfance triste et assez malheureuse, bien que confortablement installée. Je portais en moi quelque chose de sombre, même si par ailleurs j'avais beaucoup d'amies en classe, que j'étais assez gaie quand je quittais la maison. Si ce manque affectif, ce sentiment d'abandon n'ont pas été à l'origine de ma maladie, je pense qu'ils ont contribué à

l'aggraver. Ce symptôme a d'ailleurs été le déclencheur de nombreuses crises. Lorsque j'étais jeune, j'avais du coup beaucoup de mal à m'endormir le soir. Ma mère, au lieu d'essayer de me parler, me donnait des somnifères pour adultes, ce qui n'était évidemment pas très indiqué.

Mon adolescence s'est plutôt bien passée, puisque j'ai pu me défaire de l'emprise de mes parents et profiter d'une grande liberté. Sans pour autant faire les 400 coups, je me suis bien amusée et ça a été une période lors de laquelle j'ai découvert la séduction. J'espère ne pas en avoir profité.

C'est à l'âge de 23 ans que j'ai connu mon premier vrai sentiment amoureux, en même temps que ma première crise maniaque. J'étais très liée à une amie que je voyais très souvent. On s'écrivait, on se téléphonait, on partait en vacances, etc. Et puis, un jour, je me suis rapprochée de son frère qui par ailleurs me courtisait énormément. On est sorti ensemble et ce rapprochement affectif a créé entre nous trois une véritable tornade émotionnelle. En fait, ma meilleure amie avait le sentiment que je lui avais volé son frère. Ce dernier ne voulait se fâcher ni avec sa sœur ni avec moi. De mon côté, je voulais simplement que l'on me fiche la paix et qu'on me laisse vivre cette relation amoureuse tranquillement. Tout cela peut paraître un peu enfantin, mais c'est bien ce qui a déclenché une première crise maniaque très forte; d'autant plus forte que personne n'a su la comprendre: ni mes parents, ni mes amis, ni mon compagnon et encore moins le médecin chez qui mes

parents avaient réussi tant bien que mal à m'envoyer. Il se passait quelque chose de grave, je le sentais. Ces états d'exaltation me faisaient tellement souffrir, que j'ai finalement moi-même demandé à être hospitalisée. Je ne savais pas si cet état avait été provoqué par cette tornade émotionnelle à trois ou par un sentiment amoureux qui, je le sentais, allait durer. Cet homme est d'ailleurs devenu mon mari. L'hospitalisation a duré trois semaines et demie et a été suivie d'une dépression sévère. À l'époque, les troubles bipolaires étaient peu connus et je n'ai pas pu mettre de nom sur ce qui m'était arrivé. Plus tard, j'allais connaître sept autres crises, suivies de sept autres hospitalisations et de sept autres dépressions sévères.

Hélène Gabert

Entre mon adolescence et mon entrée en vie de couple, il s'est écoulé quinze ans de relations et de séparations, de rencontres et de ruptures. En fait, j'étais en permanence en quête d'affection. J'ai été jusqu'à consulter non pas un sexothérapeute, mais un astrologue et un numérologue, afin que l'on me dise quand j'allais enfin rencontrer la bonne personne.

À l'époque, j'étais cadre commercial, ce qui m'amenait à rencontrer de très nombreuses personnes et de nouer bien des relations, d'autant plus que j'étais quelqu'un de très sociable. À un moment donné, j'ai été déçue par toutes ces relations affectives. J'avais le sentiment que ma demande d'affection n'était pas suffisamment prise en compte, que l'on me considérait comme un objet sexuel. Je me suis alors dit que j'allais rendre la monnaie

à mes partenaires et les traiter comme ils le faisaient. Je suis donc rentrée dans un monde de plaisir, dans des relations multiples et variées, aux dépens du respect et de la protection de ma personne. Ma vie était calquée sur mes humeurs.

Pendant les trois ans qui ont précédé le diagnostic, les crises hypomaniaques et les épisodes dépressifs s'étaient intensifiés. J'étais traitée à coup de somnifères, anxiolytiques et antidépresseurs. Là déjà, d'un point de vue purement physique et sexuel, les choses changeaient. Lorsque j'étais en pleine forme, je mincissais, j'étais pleine de confiance en moi et la relation s'installait très vite. Ma libido était exacerbée. Et puis, le coup d'après, c'était la dépression. Je grossissais, j'avais une image de moi-même totalement dégradée, une estime de soi proche de zéro et une libido qui baissait très nettement sous l'effet aussi des médicaments. Tout cela venait faire barrage à la relation, jusqu'à ce que la vie de couple devienne quasi ingérable. Entre «tout bien» ou «tout mal», ça oscillait tout le temps.

Après plusieurs années de ce rythme, j'ai commencé tout à la fois à me fatiguer et à me poser des questions. J'aspirais à plus de constance, de pérennité, et souhaitais construire quelque chose. Après une énième rupture, la psychiatre qui me suivait a posé le diagnostic du trouble bipolaire. Le ciel m'est alors tombé sur la tête! À aucun moment, je n'avais imaginé que ces changements d'humeurs puissent être causés par une maladie. Cela fut tout à la fois un soulagement et un choc. Comme on me l'a expliqué alors, ce

trouble ne se soignait pas. Non traités ou pris en charge, les changements d'humeur risquaient avec le temps de devenir de plus en plus rapides, sans avoir forcément besoin de causes exogènes pour se manifester. Il allait falloir que j'apprenne à vivre avec ces troubles, que je gère tout ce qui relevait des traitements et de la psychothérapie.

Quelques semaines plus tard, j'ai rencontré un homme qui m'a proposé de boire un café. «Un décaféiné allongé», ai-je dit. «T'es déjà pas compliquée toi, comme fille!» a été sa première phrase. «Non, je ne suis pas très simple», lui ai-je répondu. Lorsqu'il m'a déclaré sa flamme, j'étais encore sous l'effet de l'annonce du diagnostic et il ne fallait pas me parler de relations ni de quoi que ce soit. Je lui ai sorti de but en blanc: «De toute manière, on vient de me diagnostiquer un trouble bipolaire, donc si tu as envie de moi, tu prends tout ou tu ne prends rien!» Et là, il a dit «Banco! Moi je prends tout!» J'ai eu de la chance: cet homme-là est devenu mon mari. Nous avons très vite fait des projets. Au bout de six mois, on achetait une maison, après un an, on était marié et deux ans après naissait notre premier enfant.

Vie de couple

Marie Alvéry

Cela fait 22 ans que je vis avec mon mari. Nous avons eu deux enfants. Contrairement à Hélène, lui n'a pas su dès le départ que j'étais atteinte d'un trouble bipolaire. Mille fois, il aurait pu s'en aller, tellement

je lui en ai fait voir! Non seulement il y avait mes changements d'humeur, mais aussi des crises maniaques qui me faisaient parfois perdre tout repère. Je me rappelle qu'à une occasion, au cours d'une grosse crise, je m'étais imaginé que son piolet de montagne, entreposé à la cave, allait lui servir à trucider toute la famille. Je me souviens avoir amené mes enfants chez les voisins afin de les protéger de ce danger imaginaire. De retour de son travail, mon mari avait dû parlementer avec nos voisins. Finalement, j'avais laissé mes enfants repartir à la maison avec lui. Mais moi, il était hors de question que je regagne le domicile. Il y a ainsi eu de nombreuses crises, beaucoup de cris et de larmes. À plusieurs reprises, mon mari a été entraîné malgré lui dans mes délires, dans mes histoires.

Dans de telles conditions, la vie de couple est un art assez périlleux. La maladie nous a un peu abîmés et, parfois, je me demande comment mon mari a tenu le coup, pourquoi il a choisi de rester. Par amour? C'est un mot qui veut tout dire et ne rien dire à la fois. Je pense que les raisons sont multiples. Peut-être est-il parti du principe que les crises maniaques duraient trois semaines au maximum, les hospitalisations trois-quatre semaines et qu'ensuite tout reprenait son cours habituel, comme si de rien n'était. Quelque part, c'est peut-être en faisant un petit déni de la réalité de la maladie qu'il a réussi à supporter tout ça et à rester. Même si l'on est plutôt bien ensemble, tout n'est pas rose au quotidien. Parfois, j'ai l'impression qu'il ne comprend rien à mes dépressions, notamment lorsqu'il me

demande de me lever le matin alors que j'en suis incapable, de ne pas faire de sieste alors que je ne rêve que de m'effondrer dans le canapé. En permanence, il m'a poussée et je crois que c'est aussi de cette manière qu'il a peut-être réussi à accepter une situation aussi démente.

Hélène Gabert

J'ai eu la chance d'être soignée par une psychiatre qui estimait que la prise en charge de la maladie devait être globale et impliquer l'entourage. Loin de se poser comme l'unique détentricrice du pouvoir thérapeutique, elle considérait que nous étions tous sur un terrain d'égalité et que nous avions chacun notre rôle à jouer. Elle a donc aussitôt décidé de convoquer mon futur mari afin de lui expliquer en quoi consistait ma maladie, lui montrer le rôle d'allié qu'il pouvait jouer et son «devoir de surveillance et d'accompagnement».

Nous voulions fonder une famille et c'est naturellement que la question du traitement médical s'est posée. Il était hors de question d'envisager une grossesse sans médicaments qui garantissent la stabilité de mon humeur. Aujourd'hui, il est tout à fait possible, dans ce type de situation, d'utiliser des normothymiques. Mais, à l'époque, seul existait le lithium. Avec des risques, lors des cinq premiers mois de grossesse, d'incidences sur le développement du cœur du fœtus. À un moment donné, j'ai décidé de me lancer tout de même dans l'aventure, d'avoir foi en la vie. Il y a eu bien entendu beaucoup de stress jusqu'au cinquième mois, mais finalement tout s'est bien passé et un beau bébé est né.

Très vite, j'ai choisi d'avoir un deuxième enfant et suis tombée enceinte. Malheureusement, je n'ai pas échappé à la dépression postnatale consécutive à mon premier accouchement. Du coup, ma deuxième grossesse s'est faite non seulement sous lithium, mais aussi sous antidépresseurs. Cette période a été plus difficile pour moi. Lorsque mon enfant est né, la sage-femme a dit que tout allait bien, que le bébé avait par contre onze doigts. Pendant un moment, je me suis demandé si elle plaisantait... Effectivement, mon enfant avait bien six doigts à une main. Cela était quelque chose de très courant et on m'a vite rassurée. Depuis lors, ce doigt supplémentaire a été supprimé.

Je me suis donc retrouvé avec deux enfants en l'espace de douze mois. L'un ne dormait pas le jour, l'autre a mis un an à faire ses nuits. Mon mari était très souvent en déplacement professionnel et ne pouvait guère m'aider. Je me suis ainsi vite retrouvée en burn-out maternel. Cette période a été si difficile que j'ai décidé par la suite de me faire ligaturer les trompes. Une troisième grossesse aurait en effet été inenvisageable. Il n'a d'ailleurs pas été facile de trouver un médecin qui accepte de faire cette opération sur la femme de 34 ans que j'étais. Il a fallu que je bataille et que ma psychiatre intervienne pour que cette stérilisation puisse avoir lieu.

Avoir des enfants lorsque l'on souffre de troubles psychiques pose donc de nombreuses difficultés. On ne peut s'empêcher aussi d'avoir peur de lui transmettre cette maladie. Ce que vous ne souhaiteriez

même pas à votre pire ennemi, on ne le souhaite en tout cas pas à son enfant. Ma psychiatre me disait que si jamais cela devait arriver, je serais la mieux placée et la mieux informée pour pouvoir gérer la maladie et l'accompagner. Aujourd'hui, mes enfants ont huit et neuf ans et j'avoue que je suis très attentive à eux, tout en veillant à ne rien projeter sur eux. Je laisse la vie se faire.

C'est lorsque j'ai fait une nouvelle crise, il y a cinq ans, alors que je changeais de traitement, que j'ai enfin repris mes esprits et acquis une stabilité d'humeur qui m'a permis de savourer les instants de bonheur avec mes enfants. Avant, j'étais tellement épuisée qu'il m'était difficile de profiter au maximum de leur présence.

Pour finir, je dirais que le fait d'avoir des enfants représente beaucoup de travail, de contraintes, de fatigue, ce qui peut devenir à la longue difficile à gérer lorsque l'on souffre de troubles psychiques. Mais, en même temps, heureusement qu'ils sont là, parce qu'ils viennent apporter de la vie. Parfois, ce sont eux qui vous tirent du lit. Ils ne vous donnent pas le choix et vous imposent de vous mobiliser, ce qui est aussi utile.

Vie familiale

Marie Alvéry

J'ai également eu deux enfants. Mais je n'ai pas connu les mêmes problèmes qu'Hélène lors de mes grossesses, puisque ma maladie n'avait pas encore été diagnostiquée et que je ne prenais aucun

médicament. J'ai fait un avortement entre les deux, d'ailleurs assez tardif, à cause d'un virus qui avait endommagé le cerveau du fœtus. Cette période a été très douloureuse pour moi. Un peu plus tard, j'allais connaître une nouvelle crise maniaque, très forte, deux ans après ma troisième grossesse. C'est après cette deuxième naissance que j'ai commencé à prendre des médicaments.

Par la suite, alors que je désirais avoir un troisième enfant, j'ai été très mal conseillée par un psychiatre qui estimait que les hormones de grossesse compenseraient le lithium que j'aurais dû arrêter de prendre. Mais, sans médicament, je me suis très vite retrouvée à l'hôpital. Finalement, je n'ai pas eu de troisième bébé.

Mes enfants ont aujourd'hui 18 et 21 ans. On ne parle pas du tout de la maladie à la maison. Alors heureusement, pour eux, quelque part, qu'il y a eu l'écriture de ce livre, qui leur raconte un peu de leur histoire et leur remémore certaines choses. Ma fille a pu visiter et revisiter certains événements de sa vie. Quant à mon fils, il m'a rendu le livre. Probablement l'a-t-il lu, mais ne souhaite pas le dire. Il y a de sa part un énorme déni autour de la question de ma maladie. D'autant plus grand peut-être que lui-même ne va pas très bien en ce moment et qu'il fuit probablement les questions que lui pose ce livre. Cette situation me cause bien du souci. On sait en effet que les troubles bipolaires peuvent se transmettre aux enfants; parfois, il peut aussi s'agir d'autres types de maladie psychique. Lorsque quelque chose ne tourne pas rond chez un de nos enfants, on ne

peut s'empêcher de se poser des questions. J'essaie malgré tout de faire confiance. Et de me dire aussi que l'adolescence n'est peut-être pas la période de vie la plus propice pour dialoguer avec eux autour de ce thème-là.

Hélène Gabert

Mes enfants, du haut de leurs huit-neuf ans, ne me posent pas beaucoup de questions sur ma maladie, mais m'interrogent sur mes réunions avec mon association, les interviews ou toute autre activité autour du livre. Peut-être est-ce une façon détournée de s'y intéresser, mais cela ne les préoccupe apparemment nullement. Lorsque je leur parle d'alternance entre haute et basse énergie, de médicaments, tout cela ne leur évoque encore pas grand-chose. «Prendre un médicament pour un

trop-plein d'énergie, c'est nul! C'est bien l'énergie» me dit mon fils.

Quant à mon mari, il n'a pas lu le livre. Il n'estime pas nécessaire de lire ce qu'il a en grande partie déjà vécu. Lors de la sortie du livre, il m'a avoué qu'il était très enthousiaste à l'idée de s'embarquer dans cette histoire avec moi, sauf qu'il ne savait pas combien de temps il allait être capable de supporter cela. Mais il est toujours là. Et aujourd'hui, en ayant changé de traitement, en ayant maintenant une vie quasiment normale, tout va pour le mieux pour nous, ou presque.

* www.funambuleinfo.be

** Marie Alvery et Hélène Gabert, *J'ai choisi la vie. Être bipolaire et s'en sortir*, Payot, 2013.

Deuxième journée

Vie affective et sexuelle... entre rien et tout!

Catherine Agthe Diserens
Sexo-pédagogue spécialisée,
formatrice pour adultes, présidente de
l'Association SEHP
(SExualité et handicaps pluriels)



Ce texte émane de la compilation faite entre une présentation PowerPoint et des propos oraux enrichissant cette dernière (conférence en plénière du 7 mai 2015). Les formulations utilisées ci-dessous relèvent donc majoritairement du langage parlé!

Mes interventions de professionnelle indépendante en sexo-pédagogie et à titre de présidente de l'association SExualité et Handicaps Pluriels (SEHP) sont souvent restreintes (dans l'esprit du public) aux champs des handicaps mentaux et/ou physiques. Même si des recoupements (ou des dénominateurs communs) sont possibles, cette conférence s'inscrit de manière ciblée: celle de la sexualité en lien avec *les troubles ou les maladies psychiques*.

Les enjeux ne sont, de loin, pas les mêmes que pour les handicaps cités ci-dessus.

La complexité résidant dans cette subtilité de la mesure: où commence la maladie et où elle se finit, soit à quel moment elle est passagère... ou elle devient un handicap réel et durable?

En préambule, je tiens aussi à rappeler qu'il n'existe pas *une seule* sexualité, mais une multitude de sexualités personnelles, chacune devant être respectée dans son rythme et dans ses expressions propres.

Si la personne vivant avec des troubles ou des difficultés psychiques ne parvient pas d'elle-même à accéder à des réponses liées à sa vie affective ou sexuelle, à entrer dans un certain cheminement personnel à cet égard, il conviendra de la soutenir, au même titre que nous le faisons dans d'autres dimensions de sa vie. *Dans la mesure des possibles existants!*

Aujourd'hui, on tend à considérer qu'au nom des Droits fondamentaux de l'homme et au nom des Droits sexuels (IPPF) il n'y aurait plus de tabou en lien avec la sexualité et que toute «bonne» réponse

imaginable relèverait du sexuel! Les choses sont évidemment bien plus complexes dans le domaine des troubles psychiques, précisément parce que ces derniers sont fluctuants dans leur intensité, les besoins sont difficiles à identifier (aussi bien par la personne elle-même que par son entourage) et les aspects relationnels, souvent entravés, constituent l'obstacle majeur dans un projet de vie amoureuse et sexuelle.

Certes, en collaboration avec le monde de la psychiatrie, nous entrevoyons aujourd'hui certaines voies à suivre, mais elles sont toujours extrêmement subtiles et complexes à mettre en place.

«Entre rien» il y a un certain nombre d'années... «et tout» (1) aujourd'hui, voire demain... de nombreuses interrogations et réponses ont surgi et viennent nous interpeller dans nos pratiques quotidiennes.

Voici quelques interpellations recueillies:

- *Jusqu'où l'autre serait-il/elle prêt-e à aimer un-e partenaire différent-e?*
- *Quelle part de soi-même livrer ou cacher?*
- *Comment vivre l'amour lorsque le sexe est confisqué? Et comment vivre le sexe pour le sexe?*
- *Que faire du sentiment de honte lorsque l'on ne s'aime pas soi-même?*
- *Est-il possible de se sentir relié-e (et aimable) à ses semblables?*
- *Comment résoudre l'équation de l'amour et de la sexualité lorsque le cœur ou le corps refusent d'obéir, ou se faisant parfois prison?*
- *Et quid de la perte de la libido?*

À relever que ces questions interviennent dans une société qui brandit l'étendard de la performance et de l'excellence en matière de sexualité. Les faiblesses ou les lacunes sont intolérables et nous devrions tous faire preuve de compétences dans ce domaine!

Le décalage avec la réalité peut être grand, que l'on souffre ou non d'un handicap ou d'un trouble psychique. C'est également oublier un peu vite que la vie affective et sexuelle se décline de manière très diversifiée et qu'elle ne saurait se réduire à un discours unilatéral.

Chaque tranche de vie relève d'une histoire fondamentalement singulière, tout comme les réponses apportées se doivent d'être adaptées à chacun-e. Trop souvent, dans notre société, le mot «sexualité» est réduit à la pure génitalité.

Rappelons que la sexualité est un langage du corps, du cœur et aussi de la «tête» (il faudrait pouvoir mettre du sens sur nos actes et, a minima, comprendre les codes sociaux!).

Langage du corps

Lorsque l'on vit des troubles ou des difficultés d'ordre psychique, le corps peut être vécu comme une «prison». Avec son cortège de malaises, de manques, de douleurs parfois, notre corps devient notre «maître».

Par exemple lorsqu'un soin dans l'hygiène intime est perçu comme une intrusion: la

toilette (et ses effets imprévus!) prodiguée par un-e accompagnant-e peut devenir alors un problème délicat à gérer, tant pour la personne concernée que pour le/la professionnel-le d'ailleurs.

Autre exemple: en raison de leurs effets secondaires, les médicaments peuvent également contribuer à «emprisonner» le corps: manque de libido ou exacerbation du désir, troubles de l'érection, privation de certaines sensations. L'image de soi en prend alors un coup... et le corps est vécu comme un «maître-traître»!

Que faire alors de ce dernier s'il ne réagit plus, ou au contraire s'il se manifeste trop «sexuellement» selon les situations? Lorsque la communication est brouillée avec notre corps, ce dernier nous domine. Cette complexité donne parfois lieu à une dynamique particulière où le «corps prison» et le «corps maître» constituent comme une clé de voûte d'un attachement trop serré, trop fusionnel entre la personne concernée, le/la partenaire de vie, les parents, les accompagnant-e-s, les soignant-e-s, etc. Parce que le corps souffre ou se ressent en manque, la personne imaginera (espérera) parfois que l'accompagnant-e serait susceptible de combler ses désirs, ses besoins.

La dialectique créée entre les personnes impliquées peut devenir difficile à gérer. Pris dans cette dynamique, certain-e-s garderont de la distance et se méfieront même du tiers professionnel, alors que d'autres s'enfermeront dans leurs projections, se persuadant que leur vie ne pourrait (devrait) se décliner que dans des

corps à corps avec l'accompagnant-e, le-la soignant-e, le-la bénévole, le-la partenaire, etc.

Ces attachements et ces détachements devront être fréquemment pensés ou repensés au sein des équipes accompagnantes, en veillant à ne pas dénier le corps désirant («cela ne me regarde pas!») ni à tomber dans une hypersexualisation («toute demande et toute réponse sont forcément sexuelles!»).

Entre minimiser ou banaliser et tout dramatiser... une multitude de possibles existent. Encore faut-il courir le risque de les regarder de plus près! Un exemple va nous permettre de mieux comprendre:

Une femme (45 ans) sans déficience cognitive, mais souffrant de longue date de troubles psychiques, doit vivre en foyer psychiatrique. Elle n'a pas l'autonomie affective et relationnelle pour se prendre en charge sans accompagnement au quotidien. Les soignant-e-s souhaitaient que je la rencontre, parce qu'ils/elles désapprouvaient sa *manière d'être* avec deux hommes du foyer.

- Vous savez, Madame Agthe, les soignants ont un problème parce que moi j'ai des relations avec deux hommes... mais pas en même temps (elle rit!). Les soignants ne peuvent même pas comprendre que dans un endroit aussi renfermé que ce foyer, ma foi... nous les résidents on fait pas comme eux!
- S'il est possible de le dire, que faites-vous au fond?
- Vous savez, de temps en temps, la

nuit, je vais voir Bernard qui habite ici au foyer. Il est vraiment gentil, c'est un tout brave. Ça lui fait du bien si je lui donne un petit plaisir sexuel, et moi ça ne me dérange pas. Bon, moi je ne jouis pas, mais je veux bien lui faire plaisir et passer un bon petit moment avec lui, au lit. Il est très content et reconnaissant. D'ailleurs vous savez quoi, Madame Agthe? Ben, Bernard... c'est tout bien parce qu'il me donne des clopes! Et puis, ce qu'ils aiment pas les soignants, c'est que de temps en temps je vais aussi vers Francis. Ah... Francis, j'adore faire l'amour avec lui, alors là je jouis, je prends mon pied. Mais vous savez quoi, Madame Agthe? Francis, lui, il veut des clopes!»

Dans l'esprit des soignant-e-s surgissent aussitôt des images de corps marchandé, une représentation de la prostitution, etc. tableau pas très «propre» dans un foyer de vie. Je tiens à préciser que les deux hommes sont tout à fait au courant des allers-retours de cette dame et ne manifestent aucune jalousie.

Au fond ce sont avant tout les cigarettes qui posent problème... plutôt que la sexualité! J'ai alors soumis la question suivante à cette dame:

- Et si vous achetiez des cigarettes à Francis plutôt que d'aller faire l'amour avec Bernard pour les obtenir?
- Mais Madame Agthe, vous savez ce que ça coûte les clopes? C'est pas possible ce que c'est cher! Et ici on fume beaucoup, alors... Et puis vous savez, si j'achète des clopes à Francis, Bernard n'aura plus de

plaisir de ma part. Le pauvre... il est tellement content que je vienne de temps en temps vers lui. Si moi je n'y vais plus, il n'aura plus personne dans son lit. Et vous savez, Bernard c'est un gentil et un généreux et il mérite ce plaisir. Donc vous voyez, c'est mieux comme ça. Nous trois on aime bien cette organisation. Et puis les soignants c'est pas leur problème. Nous on ne fait de mal à personne!

Une organisation «à trois», c'est un peu hors des normes sociétales habituelles! Mais, à y regarder de plus près, dans la vie de tous les jours, savons-nous qui fait quoi, avec qui et dans quel intérêt?

J'ai recommandé aux soignant-e-s de laisser cette résidente continuer ses allers-retours (d'ailleurs pas si fréquents que cela) entre ces deux messieurs, avec ou sans cigarettes.... dans la mesure où elle ne fait souffrir personne.

N'oublions pas que cette dame et ces deux messieurs vivent dans un environnement clos, où l'on agit souvent avec ce que l'on a sous la main. Ce regard n'a pas valeur d'un jugement de valeur, mais il relève du constat d'une réalité.

Enfin... ne serait-ce pas une «fidélité à trois?»

Langage du cœur

«Tout désir d'amour est en même temps aussi désir d'être aimé», disait Lacan. Au fond, l'amour fonde la condition humaine.

Être aimé et aimer relèvent d'une nécessité vitale, quelque chose qui nous contraint et qui, régulièrement, demande à être libéré. Mais ce processus est complexe, plus particulièrement lorsque l'on vit avec des troubles psychiques.

Selon la nature de la maladie psychique et son intensité, les états d'âme et les élans affectifs de la personne s'exprimeront de manière inattendue: la personne pourra se montrer versatile ou inhibée, timide ou farfelue... dans sa vie intime. Ces manifestations désespèrent l'entourage, complexifient l'entrée en relation lorsque l'on souhaite s'ouvrir à une histoire à deux et compromettent souvent les contacts.

Le handicap psychique peut être vecteur de toutes sortes de problèmes dont il faudra tenir compte dans nos interventions: perte de l'identité, blessure narcissique, brouillage des repères sociaux, oubli des habiletés relationnelles (si elles avaient été acquises), peurs, phobies, absence de désir, fantasmes. Ces derniers sont les plus compliqués à gérer pour les accompagnant-e-s. En effet, certaines personnes passent l'entier de leur temps à contenir les fantasmes sexuels et l'entourage professionnel ou familial, à force de compréhension et de bienveillance, n'est toutefois pas habilité à réaliser ces fantasmes. Même lorsqu'il s'agit d'assistance sexuelle (personnes formées et donc accréditées pour l'intime de l'intime), nous devons veiller à ne pas libérer ce qui avait été patiemment contenu et qui n'aurait pas forcément à être ouvert. Certes, le sexe pour le sexe peut-être satisfaisant, voire thérapeutique, mais en ayant au

préalable, très soigneusement évalué l'impact de cette réponse!

La personne malade est souvent centrée sur elle-même afin de «tenir debout» en dépit des multiples difficultés. Cela représente un effort gigantesque. Or, la relation affective, amoureuse, est très exigeante.

Dans de telles conditions, comment la personne concernée parviendrait-elle à sortir d'elle-même afin d'être à l'écoute de l'autre?

L'exemple des personnes avec autisme d'Asperger montre combien elles doivent produire d'efforts prodigieux, du matin au soir, pour tenter de s'accorder aux nombreux codes en vigueur dans la société. Gérer une relation affective, amoureuse,, voire sexuelle, avec une personne proche devient dès lors très fatigant, puisque les codes de communication du premier ne correspondent de loin pas à ceux du deuxième.

Chacun-e essaiera de tenir le coup, voire de faire semblant, mais l'échec est souvent au rendez-vous.

La relation est aussi complexifiée en cas de maladie psychique par le fait que le rythme de vie de l'autre personne ne coïncide pas avec ses propres besoins.

Les centres d'intérêt, les projets, etc. sont inexistants ou trop différents entre les deux partenaires.

Enfin, les projections individuelles vont le

plus souvent en direction des personnes dites «valides»! Par exemple:

Jérémie, la trentaine, souffre de psychose et se rend en consultation chez moi, parce qu'il souhaite tant «trouver une amoureuse». Sans détour, il me dit: «Madame Agthe, il paraît que vous pouvez me trouver une femme?» Il est vrai que je favorise les rencontres (parce que je vois défiler tant de solitudes), mais je ne suis ni une agence de rencontre, ni une agence matrimoniale!

J'ai répondu à Jérémie que si un jour je croisais une femme susceptible de lui correspondre, j'aurais le plaisir de la lui présenter, mais que cela n'arrivait pas toutes les semaines et qu'il lui faudrait faire preuve de patience. Ensuite, lui plairait-elle, et vice et versa? Il acquiesce. Puis nous passons le temps de la séance à parcourir ses intérêts, ce qu'il imaginerait de cette personne, ce qu'il se verrait faire avec elle, etc.

A la fin de l'entretien Jérémie me demande soudain: «Cette jeune femme que vous me présenterez elle sera bien scandinave?» Étonnée par cette précision je lui ai répondu: «A priori non... mais au fond pourquoi devrait-elle être scandinave?» sachant que les probabilités n'étaient pas de mon côté ici en Suisse. «Si elle n'est pas scandinave, alors ça ne vaut pas la peine. Je ne veux qu'une femme scandinave!», m'a-t-il dit. Pourquoi ce choix pour le moins exclusif?

Parce qu'il avait vu une photo d'une magnifique femme scandinave dans un magazine et s'était fixé là-dessus. Utopie,

tout le monde a le droit de rêver, mais... trop d'exigences restreint les possibilités de rencontres, et d'autant plus les rencontres entre pair-e-s. Cet exemple révèle l'écart entre les projections, les images que l'on se fait du partenaire idéal et la réalité.

Reconnaissons que nous nourrissons tous de tels idéaux.

Ou bien, hypothèse intéressante encore: si LA femme scandinave inatteignable... n'était que le prétexte (combien humain!) de se protéger. Car dans cette société de la performance et de l'excellence, chacun-e doit prouver être apte de relations, d'amour, de vie à deux. Si nous ne nous sentons pas à la hauteur de cette exigence, si le handicap psychique nous empêche de faire le pas, si la peur d'entrer en relation nous tenaille... exiger un idéal si éloigné nous garantit de ne pas devoir nous y confronter!

Langage de la tête

La sexualité n'est pas uniquement de l'ordre du corps ou du cœur, mais aussi de quelques compréhensions mutuelles.

La question à se poser est la suivante: les désirs que j'exprime sont-ils plaqués sur les conventions sociales ordinaires ou témoignent-ils d'un projet authentique? Est-ce que je suis avec quelqu'un pour me montrer avec une personne à mon bras lorsque je sors en soirée afin de correspondre à l'idéal sociétal? Ou suis-je dans une démarche authentique, avec pour

souhait de construire quelque chose qui m'appartienne? Ces distinctions ne sont pas faciles à intégrer. Or, partager à deux dans la vie affective et sexuelle c'est aussi se consulter. La relation exige un minimum de jugement, d'anticipation et de raisonnement... en plus du seul amour!

Lorsque l'on souffre de troubles psychiques, que l'on vit dans la solitude et dans un désert de sensualité, des biais peuvent s'installer. Sous l'influence de la publicité et des films, la personne sera parfois portée à croire que tout le monde vit en couple, que chacun-e fait l'amour! En conséquence, le sentiment de solitude est renforcé.

A ce sujet, serait-il utile de repenser la manière dont les accompagnant-e-s évoquent la vie de tous les jours: pourrions-nous rappeler une pluralité de modes de vie, que tant de personnes dites «valides» ne sont pas forcément couple, qu'elles ne font pas toutes l'amour, etc. histoire de montrer que l'épanouissement reste une quête pour beaucoup.

Ébauche de réponses possibles

L'essentiel réside certainement dans un **questionnement personnel** à exercer de la part des professionnel-le-s quant à leurs valeurs, leurs représentations et leurs projections dans le domaine de la sexualité. Si nous restons figé-e-s dans la représentation de la vie affective et sexuelle résumée au couple hétérosexuel, amoureux et fidèle, mettant au monde quelques enfants... nous

«perdons» une grande majorité de personnes qui vivent avec un handicap psychique.

Élargissons donc les définitions du couple, de l'amour, de la relation sexuelle. Pour la dernière elle est souvent évoquée par «je veux faire l'amour» ou «j'ai fait l'amour», mais lorsqu'ils/elles vous expliquent ce qu'ils/elles entendent par là, il s'agit de caresses, de jeux, d'embrassades, d'enlacements, de corps à corps certes, mais sans pénétrations. Alors, ne les contredisons pas en leur prouvant «que faire l'amour c'est pénétrer» plutôt que de les conforter en valorisant les gestes prodigués en dehors des pénétrations: c'est aussi faire l'amour!

Acceptons l'idée que certaines personnes concernées développeront des expressions atypiques en matière de sensualité ou de sexualité, parfois très éloignées de ce que nous vivons nous-mêmes. Pour autant, ne les jugeons pas... sauf bien entendu s'ils donnaient lieu à l'usage de la violence, auquel cas il faudrait poser une limite claire.

Développons ou exerçons un regard humanisant sur les situations de solitude. Ouvrons nos représentations vers d'autres projets personnels, faisons la part belle à la créativité... et ne misons pas tout sur l'amoureux et le sexuel!

La valorisation par le travail ou une activité-plaisir autre que sexuelle... renforce l'estime de soi, voire nous éloigne du manque amoureux ou sexuel.

Soyons **inventifs**. Autour du désir, de la libido, n'y aurait-il pas parfois à transcender ou à sublimer, à travers notamment des activités artistiques ou d'expressions? Tout cela contribue à construire la personne, à la valoriser. Pour beaucoup d'entre elles, qui ne pourront jamais vivre de vie amoureuse ou sexuelle, quel bonheur de se découvrir capable de créativité, de dépassement de certaines hantises liées au corps. La découverte d'autres sources de vie, comme les massages de bien-être (et non pas ré-éducatifs ou physio-thérapeutiques) qui constituent presque toujours une réponse très «nourrissante», aident à se sentir plus présent-e et plus aimable à soi-même (peut-être aux autres?).

Nous avons à **favoriser une parole médiatrice autour du corps intime**, de l'absence de réaction de ce corps ou, au contraire, autour d'une forme d'érotisation excessive. Il est nécessaire de se donner des espaces et du temps pour mettre en mots ce vécu, souvent difficile à porter. Parler du plaisir des sensations ou de l'absence de plaisir permet de ne pas laisser le corps parler tout seul et ainsi se laisser dépasser par lui, au travers d'érections, de désirs sensuels ou sexuels qui mettent mal à l'aise. Cette parole atténuera les gênes qui sont d'ailleurs tout à fait humaines dans la relation à l'accompagnant-e.

Favorisons un nouvel élan relationnel et construisons une plus *juste proximité*. Les centres de consultation en santé sexuelle sont là pour accueillir celles et ceux qui ont besoin de partager ce vécu.

À ce propos, je préfère de loin une «juste proximité» à la place de la sempiternelle «juste distance»! Tout en reconnaissant que face à une personne schizophrène, ou une personne en état de crise ou de décompensation, la «juste distance» prévaudra, mais ce n'est pas une raison de tenir toute personne handicapée à distance. La bienveillance se traduit aussi par le toucher. Un toucher ni érotique, ni sexuel (de la part des soignant-e-s et des éducateur-trice-s) mais un toucher amical-bienveillant.

Nous avons à **(re) donner une place au plaisir pris dans son sens large**, et non exclusivement orgasmique. Cela peut se faire au moyen d'approches sensorielles, comme les massages de détente et de bien-être, ou au travers de la pratique d'activités sportives adaptées, à l'exemple de la danse libre. Les possibilités sont multiples et contribueront à redonner à la personne un sentiment de vie.

Nous avons également à **valoriser les relations affectives à travers des amitiés** et à quitter le «tout amoureux». L'amitié peut d'ailleurs être tout aussi exigeante que l'amour. Il existe des groupes de rencontres de type «slow dating» (au lieu de «speed dating»), mis en place par des professionnel-le-s de l'accompagnement afin d'aider les personnes à «faire connaissance», à savoir que se dire, à apprendre à regarder les autres, à se faire beau/belle, etc. Des habilités, un «mode d'emploi» (pour certain-e-s) leur seront donnés de manière à faciliter le dialogue. L'enjeu étant d'abord une recherche amicale, voire plus si entente... comme le dit l'usage courant!

Cette réflexion en vue de réponses élargies, s'exerce entre autres, au travers des formations intitulées «DU CŒUR AU CORPS» (2) destinées aux professionnel-le-s du soin, de l'éducation, aux thérapeutes, cadres, etc. voire aux parents.

Enfin il peut être nécessaire de **penser l'impensable**. Nous entrons là dans le sujet délicat de l'assistance sexuelle (3).

Comme déjà dit plus haut, il faut préciser que c'est dans le domaine des troubles psychiques que ce type d'intervention est la plus complexe à mettre en place. Elle doit rester une réponse de dernier recours, parce qu'elle n'est pas banale et qu'elle va dans l'intime de l'intime.

Elle ne s'adresse qu'aux personnes qui peuvent comprendre ses enjeux. Le risque serait que la personne concernée s'illusionne quant au rôle restreint de l'assistant-e sexuel-le et soit entraînée dans une nouvelle dépendance, à savoir la dépendance affective ou la projection amoureuse à l'égard de l'assistant-e. Lorsque l'on vit depuis des années dans une solitude affective et que soudain quelqu'un vient nous prodiguer un certain plaisir, il peut être effectivement très difficile de rester stoïque au niveau émotionnel. Des sentiments amoureux peuvent naître et devoir gérer la frustration engendrée, peuvent être un facteur de déstabilisation psychique.

Nous veillons ainsi à ne pas trop rapprocher les séances en assistance sexuelle (environ une rencontre toutes les 3 ou 4

semaines), en espérant que le bénéficiaire n'investira pas trop intensivement (sur le plan affectif) l'assistant-e sexuel-le, au détriment d'autres dimensions de sa vie. Il est essentiel que la personne handicapée maintienne ses relations sociales courantes, participe à certaines activités, etc. plutôt que de se centrer sur la seule visite de l'assistant-e sexuel-le. Cette suppléance ne doit pas restreindre le champ de vie de la personne bénéficiaire. Au contraire, elle devrait le lui élargir.

En effet, le recours à l'assistance sexuelle relève du développement personnel.

A cette fin les besoins de la personne bénéficiaire doivent être soigneusement décryptés. Les assistant-e-s sexuel-le-s, les associations et institutions, ainsi que les médecins, psychiatres e psychologues travaillent main dans la main pour évaluer au mieux la pertinence de cette aide *extra-ordinaire*.

Conclusion (non exhaustive)

Nous devons faire face à la réalité de la personne en évaluant authentiquement, en partenariat avec les personnes concernées et leurs familles, tous les possibles. Mais en tenant compte des impossibles!

Certes, aujourd'hui, des droits en la matière existent. Mais, attention à ne pas basculer dans l'extrême qui exigerait que l'on doive forcément exercer tous ses droits!

Il est essentiel d'évaluer le pour et le contre dans chaque situation.

Se persuader de tous les possibles risquerait d'égarer les personnes concernées.

À l'opposé, ne voir que les impossibles réduirait la personne à ses troubles, à son handicap. Trouver le bon équilibre... quel art!

Une fois les ouvertures repérées et les limites reconnues, rien ne devrait empêcher les acteurs sociaux que nous sommes de nous faire les «complices éclairés» et les «avocats» d'un peu plus de «mieux-être»... à défaut de pouvoir viser le bien-être.

Jean-Michel Longneaux, philosophe belge, dit à ce sujet: «N'oublions pas ce paradoxe permanent entre "envie irréprouvable" et "limites" qui guide nos existences, que l'on vive avec ou sans fragilité psychique. La recherche du bonheur est le propre de la vie. Mais cette recherche inclut inévitablement la frustration aussi.»

Cet équilibre est subtil dans l'accompagnement du quotidien de ces personnes. Souvent, elles nous disent qu'elles ne vivent que de frustrations: «Je veux être comme le modèle présenté dans les publicités!»

Et lorsque la frustration affective et sexuelle ne trouve vraiment pas de réponse, exprimons au moins aux personnes en difficultés relationnelles et psychiques qu'elles sont bien vivantes. Déterminons ce qui peut être fait ensemble

avec ce vivant. Ce mouvement les considère au moins comme des femmes et des hommes à part entière.

Je vous laisse cette magnifique pensée de Nietzsche: «Dans la vie, il n'y a pas que le bonheur, il y a la vie.»

Pour tout renseignement: www.sehp.ch et catherine.agthe@netplus.ch

(1) Catherine Agthe Diserens, *Sexualité et handicaps. Entre tout et rien*, Édition Saint-Augustin, Collection «Aire de Famille», Saint-Maurice (Suisse), 2013.

(2) Formation «DU CŒUR AU CORPS», destinée aux professionnels de l'éducation et de l'enseignement spécialisés, soignants, thérapeutes et parents. **Prix Suisse 2001 de Pédagogie Spécialisée et Curative SPC / SZH**, Luzern. Auteurs Mmes C. Agthe Diserens et F. Vatré, sexo-pédagogues spécialisées et formatrices pour adultes. Niveaux d'approfondissements (II et III) + niveau dit «Habilités en éducation sexuelle spécialisée» + session spécifique destinée aux Directions et à leurs adjoint-e-s : Mme C. Agthe Diserens, www.catherineagthe.ch

(3) Catherine Agthe Diserens et Françoise Vatré, *Assistance sexuelle et handicaps, au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec créativité*, Chronique sociale, collection «Comprendre les personnes», Lyon, édition revisitée et enrichie, 2012 (2006).

Ateliers citoyens

Vie affective en foyer

Atelier fribourgeois

Liliane Sticher

Je remercie Florence Nater, directrice de la Coraasp et Jean-Pierre Zbinden, directeur du Graap-Fondation de m'avoir permis de réaliser ce projet et de le présenter dans le cadre de ce congrès.

Je suis une personne concernée par la maladie psychique et une proche. J'ai aussi suivi la formation de pair praticienne en santé mentale. Mon mari vit dans un foyer depuis huit ans.

Avant de rapporter les paroles des résidents de foyer au sujet de leur vie affective, je vais revenir brièvement sur l'aventure de ce projet.

Il est parti d'une constatation: beaucoup de personnes vivant dans des foyers ne se rendent pas ou peu dans les associations de personnes concernées et n'ont donc pas pu participer aux ateliers citoyens de ce congrès. Il me semblait important de recueillir leurs voix.

J'ai d'abord écrit à la direction de quatre foyers dans les cantons de Fribourg et Genève en expliquant ma démarche en détail. Florence Nater et moi avions préa-

blement discuté du contenu de cette lettre afin de nous assurer que celle-ci était claire et ne heurtait pas le lecteur. J'avais pensé contacter les personnes que je connaissais dans ces foyers et leur poser la question suivante: seriez-vous intéressé à dire quelque chose sur le sujet du congrès, à savoir «maladie psychique: vie affective, sexualité, désir d'enfant»?

J'ai obtenu trois réponses des directions de foyer, deux oui et un oui partiel. La direction de la quatrième résidence ne m'a pas répondu. Après un mois d'attente, j'ai téléphoné et ai demandé à parler aux personnes que je connaissais dans cette résidence. L'éducateur qui m'a répondu m'a demandé la raison de mon appel. J'ai expliqué. Il m'a alors redirigé vers le directeur, lequel m'a prié de lui écrire une lettre contenant les questions exactes que je voulais poser, ainsi que le nom des personnes que j'interrogerais. Il transmettrait cette lettre aux autorités et me redonnerait la réponse. J'ai alors renoncé à contacter ces personnes. Je ne voulais surtout pas les mettre dans une situation embarrassante.

Il restait trois foyers. Sur les quinze personnes interrogées, sept ont accepté de me livrer leur témoignage.

Témoignages

Dominique

«Depuis 20 ans, on me prescrit de l'Androcur, une hormone qui inhibe le désir. Je ne peux pas envisager une vie intime avec quelqu'un et des enfants. Cette substance me fait malheureusement pousser la poitrine.

J'aimerais ne plus prendre ce médicament afin d'avoir une vie amoureuse pour le temps qu'il me reste à vivre.

Mais mon poids de 155 kg me pénalise pour rencontrer quelqu'un.

Je suis tout de même très affectueux. Quelquefois, je demande aux éducateurs de me prendre dans leurs bras et me faire un câlin.»

Laurence

«La nudité me dégoûte. J'aime qu'on me caresse les cheveux, c'est très affectueux et pas sexuel.

Avoir trop de poids est une protection contre le regard des hommes. Tant que je n'accepterai pas ma féminité et de susciter du désir, je ne parviendrai pas à perdre du poids. Être en institution est aussi une protection. Mais je serais plus heureuse si j'arrivais à accepter ma féminité.

Ça ne m'est jamais venu à l'idée d'avoir des enfants. Si l'on n'est pas capable de s'occuper de soi-même, il vaudrait mieux ne pas faire d'enfant.»

Éliane

«Ce n'est pas un souci pour moi. Je suis célibataire. Je pourrais avoir besoin d'être touchée, mais ne suis pas en manque d'affection. De nombreux médicaments baissent la libido et cela engendre une souffrance pour beaucoup. Dans la prise en charge d'une personne, les soignants devraient être à l'écoute et attentifs à ces besoins-là.

C'est très positif que le Graap aborde ce thème dans un congrès, car il est souvent mis de côté et beaucoup de personnes sont en souffrance à ce sujet. Je souhaite que ce congrès ouvre des portes d'écoute et de partage sur ces sujets si intimes à chacun et si importants.»

Patrick-Simon

«Quatre blessures, pas de famille à soi, pas de maison, pas la santé, pas de travail rémunéré. Un désert à traverser seul ou accompagné. Maladie psychique, affection, désir enfant, une place...»

Philippe-René

«En tout et pour tout, des trucs corrects entre gens corrects, afin qu'un cœur éventuel puisse s'affermir en cristal.»

Patrick

«Sur le plan sexuel, je me débrouille très bien tout seul. J'ai besoin de tendresse, mais je suis comblé. Je n'ai jamais eu envie d'enfant.»

Sophie

«Si j'avais eu une vie normale entre 30 et 40 ans, j'aurais aimé avoir une famille et des enfants. Je regrette un peu.

Maintenant, c'est trop tard. Il faudrait rencontrer quelqu'un et être certaine d'une relation stable. Ce n'est pas si facile surtout lorsqu'on est dans une institution. Je peux faire plein de choses dans ma vie sans avoir un enfant.

Mes parents ne m'ont pas donné beaucoup d'affection, alors je suis habituée. J'en ai moins besoin qu'à une certaine époque.

Pour une rencontre, je me sentirais plus à l'aise si j'étais dans un appartement. Je ne sais jamais quoi dire à propos de là où j'habite.

Je ne peux inviter personne et n'ai pas un endroit vraiment à moi.

J'aimerais bien une vie amoureuse, mais j'aime ma liberté. J'aimerais quelqu'un dans ma vie, mais pas vivre avec.

J'ai davantage de liberté ainsi. Qu'est-ce que je ferais d'un mec?

J'ai une vie riche.»

La consultation de santé sexuelle au service des personnes et des institutions

Geneviève Margnetti

Conseillère en santé sexuelle, Profa, Vaud

Alain Pfammatter

Responsable psychosocial et conseiller en santé sexuelle, Profa, Vaud

Nous travaillons tous deux à la Consultation de santé sexuelle, de Profa. La Fondation Profa offre des espaces de paroles sur les questions d'intimité. Six services différents permettent de répondre aux besoins des hommes et des femmes.

- **Le Service d'éducation sexuelle:** des formateur-trice-s interviennent dans les écoles obligatoires de tout le canton, également dans les institutions accueillant des personnes mineures.

- **Le Centre de compétences et prévention des maladies sexuellement transmissibles** regroupe des prestations de santé communautaire, le «Check-point» pour les HSH et les personnes trans et des programmes de prévention par les pairs, «Les Georgettes in love» et «Migration et intimité».

- **Le Conseil en périnatalité:** une sage-femme et une assistante sociale accompagnent les futurs parents, pour des questions liées à la grossesse et à l'arrivée d'un enfant.

- **La Consultation de couple et de sexologie** reçoit des couples et des personnes seules lorsqu'il y a des difficultés de communication dans le couple ou des difficultés sexuelles.

- **Le Centre Lavi** reçoit et aide les victimes d'infractions.

- **Le Service de consultation de santé sexuelle - Planning familial**, dont il sera très largement question dans la suite de cet exposé.

Profa dispose de huit centres répartis dans les villes du canton: Lausanne, Renens, Morges, Nyon, Vevey, Aigle, Payerne et Yverdon. Toute personne, homme ou femme, qui se pose des questions de santé sexuelle, peut y venir en consultation.

Qu'est-ce que la santé sexuelle?

Selon l'OMS, la santé sexuelle désigne le bien-être en relation avec la sexualité, incluant les différents plans physiques,

relationnel, émotionnel, relationnel et social.

Dans nos consultations, la santé sexuelle se décline en diverses prestations:

- Le choix et la prescription d'une **contraception** adaptée. Face à une grossesse imprévue, la femme ou le couple peut être accompagné-e-s, particulièrement dans les situations d'ambivalence face à la grossesse.
- Le dépistage et le traitement des **infections sexuellement transmissibles** (VIH et autres IST).
- Des informations en matière de sexualité et un accompagnement lorsqu'il y a **difficultés sexuelles ou questionnement sur l'orientation ou l'identité sexuelle**.

Nous avons également commencé à développer, en milieu institutionnel, des ateliers destinés aux professionnels, lorsque se posent des questions par rapport à l'intimité des résidents. La place de la sexualité dans l'institution, le respect de l'intimité des résidents et les choix possibles, une réflexion sur la distance/proximité induite par le rôle professionnel et d'autres thématiques, en lien avec les besoins des professionnels.

Comment se déroule une consultation?

- La prise de rendez-vous peut se faire par téléphone ou en passant à la réception.

•Lors d'une première consultation, la personne est reçue d'abord par un-e conseiller-ère puis par un médecin.

•Les entretiens sont gratuits, financés par la santé publique. Les consultations médicales sont payantes au tarif Tarmed. Pour des questions de confidentialité, lorsque la personne ne souhaite pas faire marcher son assurance maladie, il est possible de payer sur place.

•Les médecins sont formés en gynécologie ou ont eu, dans le cadre de leur cabinet, une pratique en gynécologie. Tous sont formés pour recevoir également des hommes.

•Les conseiller-ère-s en santé sexuelle proviennent de métiers du domaine de la santé, de la psychologie ou du domaine social. Tous ont en commun de disposer d'une formation universitaire en santé sexuelle de deux ans.

•Nous ne sommes pas des spécialistes en matière de troubles psychiques; d'où la nécessité de collaborer avec les professionnels de ce domaine, selon les besoins des différentes situations.

Afin d'illustrer la manière dont se déroule un entretien, nous avons sélectionné plusieurs situations et problématiques auxquelles nous faisons régulièrement face dans notre service

1. Demande de contraception

Une femme s'est rendue dans un de nos centres afin de choisir un moyen de contraception adapté à ses besoins. Au cours de l'entretien, la conseillère a

d'abord appris qu'elle vivait une relation stable depuis peu de temps, mais aussi qu'elle était en phase de retour progressif à une vie autonome après une hospitalisation en psychiatrie. Pour elle, le moyen de contraception devait être facile à utiliser. La conseillère en santé sexuelle a passé en revue les divers modes de contraception existants, tout en précisant que le choix final serait fait d'entente avec le médecin, qui lui ferait une prescription. La question des infections sexuellement transmissibles a également été abordée et un autre rendez-vous fixé afin de procéder à des dépistages.

Par la suite, cette femme a rencontré le médecin du centre. Ce dernier, ayant appris qu'elle suivait un traitement médicamenteux, a sollicité son accord pour contacter l'institution dans laquelle elle se trouvait afin de pouvoir prescrire une contraception qui soit appropriée.

Son compagnon ayant accepté de se faire également dépister, c'est à deux qu'ils sont revenus quelques semaines plus tard.

Dans cette situation, on constate que le médecin a pris contact avec l'institution. L'accord de la personne est toujours demandé. Ce qui est transmis traite de la thématique abordée, mais aucunement de l'intimité de la personne.

Dans l'idéal, le partenaire est inclus dans le dépistage proposé. Nous essayons aussi de faire en sorte qu'il soit impliqué dans le choix de la contraception. Si celle-ci venait à ne pas fonctionner, l'homme serait en effet tout autant concerné que la femme.

Investi dès le départ, le partenaire pourra avoir un comportement adéquat, responsable et ainsi mieux gérer la situation.

2. Ambivalence face à une grossesse

Lors d'une grossesse imprévue, il y a un laps de temps lors duquel la personne ou le couple ne parvient pas à décider si celle-ci doit être maintenue ou interrompue. C'est ce qu'on appelle l'ambivalence face à une grossesse. En voici un exemple :

Le couple a entre 30 et 40 ans. Ils ont déjà un enfant, avec le projet d'en avoir un deuxième. La femme a donc arrêté de prendre son contraceptif. Mais, lorsqu'elle s'est retrouvée avec un retard de règles, des angoisses très fortes ont commencé à la submerger. Il faut savoir que, cycliquement, cette personne souffre de dépression. Dans ces périodes-là, elle dort très mal et a tendance à se dévaloriser. Enceinte, elle ne peut s'empêcher de remettre en question ses compétences à accueillir un deuxième enfant, tout en gérant le premier. Sa situation professionnelle entre aussi en ligne de compte. Elle est suivie par un médecin de famille et un psychothérapeute.

Plusieurs entretiens avec une conseillère ont été nécessaires afin de réfléchir à l'avenir de cette grossesse. Qu'est-ce qui se passerait si elle décidait de garder la grossesse? Et si elle choisissait de l'interrompre? Un travail est alors fait autour des représentations liées à ces deux cas de figure.

Au fil des entretiens, le couple s'est montré solidaire et les discussions ont été très riches. La question de ce désir d'enfant et de la mise en place de ce projet a été abordée en tenant compte des difficultés rencontrées par la partenaire, mais aussi de son impact sur la vie de couple. Après bien des échanges, la conseillère a pu mettre en avant que cette femme souhaitait se retrouver enceinte, mais qu'elle aurait voulu d'abord régler ses problèmes de dépression et d'angoisse. Il y avait donc un décalage entre ce qu'elle espérait et sa situation présente. Parallèlement à son travail en thérapie, il a fallu se demander s'il existait des aides dans son entourage afin que cette grossesse se passe dans les meilleures conditions possible. Le couple a envisagé différentes possibilités. Au final, ils ont décidé de garder cette grossesse. La femme a commencé un traitement médicamenteux. Notre travail a alors pu s'arrêter et le couple a continué à être suivi cette fois par le service de périnatalité.

Dans cette situation, on remarque que le passage du désir de grossesse à un projet de grossesse bien réel peut comporter des hauts et des bas. Il est donc important d'envisager avec le couple toutes les solutions possibles et de clairement en mesurer les conséquences.

3. Demande d'informations sexuelles

Ce type de demande nous est fait très régulièrement. Il peut s'agir de questions sur la sexualité de manière large, sur l'anatomie, le cycle, la fertilité, le désir,

l'excitation sexuelle, les relations sexuelles, etc. En voici une illustration:

Un jeune homme se présente dans un de nos centres. C'est son psychiatre qui a souhaité que nous le rencontrions afin de lui donner quelques informations de base sur la sexualité. Nous sommes aussi informés qu'il souffre de psychose.

Ce jeune homme est en couple depuis peu. Mais la relation n'est pas très bonne. Lui exprime très facilement ses besoins sexuels, dit avoir l'habitude de se masturber très fréquemment et souhaite que sa partenaire le fasse jouir très régulièrement. Sa partenaire, de son côté, a une vision tout autre: elle aimerait de la tendresse, de la communication, prendre son temps. Ce qui tendait à exaspérer assez fortement le jeune homme, qui ne parvenait pas à comprendre qu'elle puisse avoir une autre vision de la réalité que lui. Son psychiatre avait précisé qu'il avait regardé des films pornos. La question de la pénétration était quelque chose qui le fascinait et qui le dégoûtait à la fois. Un sentiment ressenti par beaucoup de personnes la première fois qu'ils voient un film porno, mais exacerbé dans son cas de figure.

Reçu par un conseiller, les bases de l'anatomie ont d'abord été reprises avec lui, notamment au niveau du fonctionnement des organes génitaux de l'homme et de la femme. Parallèlement, la question des différences en matière de besoin sexuel a été examinée. Le but? Lui faire comprendre que ses besoins ne sont pas forcément ceux de sa partenaire et ainsi retrouver un

équilibre à ce niveau-là. Cela ne fut pas chose facile.

À côté de nos entretiens, le jeune homme continuait à voir son psychiatre. Ce dernier s'était proposé comme aide au cas où ses troubles envahiraient trop l'entretien et empêcheraient de pouvoir progresser, ce qui n'a pas été le cas. Nous avons également proposé à sa partenaire de se joindre à nos rencontres.

Dans cette situation, le conseiller a été amené à travailler avec le jeune homme autour de la différence entre la pornographie et la réalité d'une relation. Il a aussi abordé la question des différences individuelles qui font que chez certains une relation doit d'abord se tisser par la tendresse, puis seulement après par la sexualité (ou pas).

4. Demande de contraception et désir de grossesse

Pour nous professionnels, l'idéal serait qu'il y ait contraception lorsqu'il y a rapports sexuels sans désir de grossesse et, en cas de désir d'enfant, élaboration d'un projet, puis arrêt de la contraception. Dans la vraie vie, les choses ne se passent pas toujours de cette manière et nous devons nous adapter à de nombreuses situations, à l'exemple de celle qui suit:

Une femme d'une trentaine d'années se rend dans un de nos centres. Elle suit un programme de retour à la vie autonome.

Lors du premier rendez-vous, elle est d'ailleurs accompagnée par une personne référente. Nous apprenons que cette femme est en couple depuis longtemps. Mais la relation est fluctuante: les deux partenaires se séparent, se retrouvent, se séparent, etc. Tous deux souffrent de maladie psychique. Depuis un certain temps, la femme a émis un souhait de grossesse. La personne référente souhaite qu'elle bénéficie d'un suivi gynécologique et que, si possible, une contraception soit mise en place. Elle demande en même temps que son désir de grossesse soit pris en compte.

La conseillère a pu offrir un espace de paroles pour «élaborer» autour du désir de grossesse. Parallèlement, la question de la contraception a été traitée en collaboration avec le médecin. Au départ, cette femme était opposée à la prise d'un contraceptif. Pour elle, l'important était son envie d'être enceinte. Au fil des entretiens, la conseillère l'a amenée à prendre petit à petit en compte la réalité des besoins d'un enfant, de la durée de l'engagement dans un rôle parental, de la nécessité de composer avec un partenaire autour d'un enfant. La contraception ne serait que momentanée, lui a-t-on dit, le temps de transformer son désir d'enfant en un projet qui puisse tenir la route. Elle a donc fini par accepter de prendre la pilule. La conseillère se demandait parfois si elle la prendrait ou pas.

L'accompagnement s'est poursuivi. Cette femme a pu exprimer ce que représenterait une grossesse pour elle. Celle-ci allait lui donner un statut de femme dans sa

famille, un statut social aussi. Il y avait aussi une forme de souhait de réparation par rapport à une fausse couche vécue dans le passé. Tout au long de nos rencontres, il y a eu des contacts ponctuels avec la personne de référence afin de faire le point, tout en respectant la confidentialité et en se mettant d'accord sur ce qui allait être retransmis. À ce jour, la situation est en attente. Le partenaire de cette femme a été invité à se joindre à ces entretiens pour discuter de ce désir d'enfant, mais il n'a jamais souhaité venir. Le couple est à présent dans une phase où ils ne sont plus ensemble...

Qui fait quelle demande dans cette situation? C'est ce qui a rendu notre travail très délicat. D'un côté, une institution nous dit qu'il est tout à fait possible de travailler sur la question du désir d'enfant, tout en nous demandant de mettre en place une contraception. De l'autre, nous sommes en présence d'une femme qui affirme vouloir non pas une contraception, mais un bébé. Il y aurait de quoi discuter longuement de la responsabilité de chacun. Nous faisons cependant en sorte que chaque situation s'élabore de manière individuelle.

Une problématique liée à la temporalité s'est également posée. Le fait d'amener une personne à réfléchir à la question de son désir et de son projet d'avoir un enfant est un processus long. Mais, il ne faut pas oublier que pendant ce temps de réflexion, la personne peut tomber enceinte, avec au final une demande d'interruption de grossesse si celle-ci ne se sent finalement pas prête. Il y a en tout cas un inconfort pour nous en tant que professionnels de laisser

partir des personnes sans trop savoir ce qu'elles vont faire, si elles vont revenir, ce qui se passera d'une fois à l'autre. Mais cela fait partie de notre travail, nous sommes d'ailleurs supervisés pour gérer cela.

5. Demande de dépistage

Une jeune femme ayant eu des relations sexuelles non protégées est envoyée par l'infirmière de son institution afin que l'on aborde avec elle la question des maladies sexuellement transmissibles, ainsi que celle de la contraception. Elle a d'abord passé un test VIH. Le conseiller qui s'en est chargé s'est rendu compte que cette jeune femme était en train de découvrir sa sexualité, qu'elle était dans un mode exploratoire. Elle multipliait les partenaires rencontrés sur Internet, sans savoir grand-chose d'eux et ne souhaitait en aucun cas entrer dans une relation sérieuse. Le conseiller s'est quand même posé la question des abus pendant l'entretien, puisque cette jeune femme semblait avoir des difficultés à comprendre certains codes relationnels. Ne risquait-elle pas de se retrouver dans des situations où elle n'aurait pas eu les moyens de pouvoir dire non? Heureusement, cela ne semblait pas avoir été le cas.

Par la suite, notre médecin l'a rencontrée afin de procéder à d'autres dépistages et de mettre en place une contraception. Le conseiller a revu cette jeune femme un peu plus tard, afin de mettre en place des comportements de protection lors de ses prochaines rencontres.

Comme cet exemple le montre, le conseiller peut accompagner la personne pour tenter de réduire les risques, mais ne pourra jamais les supprimer totalement. En l'occurrence, dans cette situation, la jeune personne avait un comportement exploratoire, courant à son âge, et présentait des troubles qui l'amenaient à négliger les risques encourus. En règle générale, nos conseils en la matière sont extrêmement pragmatiques. Par exemple, lors d'un rendez-vous avec un partenaire connu par Internet, quelques règles de prudence peuvent être utiles, comme se voir d'abord dans un lieu public. La question de l'usage du préservatif, comment le demander, que faire si le partenaire ne veut pas le mettre, sont des questions qui peuvent être discutées en entretien. Et des dépistages réguliers peuvent être proposés.

6. L'orientation sexuelle

Nous offrons au sein de notre consultation des espaces neutres pour pouvoir discuter et réfléchir autour de la question de l'orientation sexuelle. Généralement, plusieurs entretiens sont nécessaires puisqu'il s'agit de tout un processus qui se base sur des expériences et des réflexions.

Sur les conseils d'une amie, une jeune femme se rend dans notre consultation. Elle se trouve dans une impasse au niveau de sa vie amoureuse. À la fois, elle a besoin d'en parler, mais en même temps ce n'est pas facile pour elle. Cette situation a nécessité un suivi sur un certain temps afin qu'un lien de confiance puisse se tisser entre elle et la conseillère.

Ensemble, elles ont parlé de ses relations passées et ont essayé d'explorer ce qui l'attire. Il faut préciser qu'elle est suivie par un psychiatre en raison de phobies et d'angoisses qui la paralysent. Cette jeune femme a expliqué que dès son plus jeune âge, elle s'était sentie attirée par les filles. Elle avait envie de tendresse et, avec elles, tout lui paraissait plus simple. Pourtant, elle avait aussi eu des expériences avec des garçons, ce qui lui avait fait réaliser que les relations sexuelles avec eux lui procuraient plus de plaisir que celles avec les femmes. Mais elle avait aussi conscience d'avoir très peur des hommes et de ne pas sentir en sécurité en leur présence.

La conseillère et la jeune femme ont aussi cherché ensemble à comprendre ce qui l'empêchait de tomber à nouveau amoureuse. Elle était à la fois mal à l'aise de se dire qu'elle allait de nouveau tomber amoureuse d'une fille et que le plaisir sexuel ne serait pas au rendez-vous. En même temps, elle ne se sentait pas suffisamment à l'aise non plus pour imaginer une relation avec un homme.

Au fil du temps, elle a pris confiance et a commencé à parler plus librement et à poser des questions plus concrètes sur les risques d'infection, sur la contraception. Au point que les entretiens ont porté plus sur la prévention. La jeune fille a demandé de faire des dépistages. Elle souhaitait aussi qu'une contraception soit mise en place. Le suivi s'est terminé peu après qu'elle ait exprimé à sa conseillère qu'elle se sentait à présent assez forte pour ne pas savoir de qui elle allait tomber

amoureuse. Cette évolution était à la fois le résultat de ses entretiens avec nous, avec son psychiatre et d'une croissance personnelle.

Cet exemple montre que l'orientation sexuelle n'est pas quelque chose de figé, qu'il y a toujours une fluidité et des possibilités d'évolutions. Nous veillons donc à ne pas enfermer les personnes dans des étiquettes afin de leur laisser la possibilité de se définir elles-mêmes, en ne fermant aucune porte. La jeune femme reste ici avec des incertitudes, que l'on pourrait penser inconfortables, mais l'important est qu'elle se positionne différemment, dans la recherche de quelqu'un, homme ou femme, avec qui elle se sentira bien et avec qui elle pourra nouer une relation. Le fait de se fermer des portes pourrait avoir pour conséquences de passer à côté de quelqu'un. Prendre un peu de recul sur soi-même et garder l'horizon ouvert n'est pas forcément évident, mais de l'aide est possible par rapport à cela aussi.

Pour plus d'informations: www.profa.ch

Sexualité en institution, et si nous en parlions ?

Laurent Chenevard
Travailleur social



Depuis presque 20 ans, je travaille au sein de différentes structures accueillant des personnes atteintes de troubles psychiques. Le Graap a pris contact avec moi suite à la parution d'un article dans la revue d'informations sociales Reiso en lien avec mon sujet de mémoire master en travail social: «Schizophrénies et sexualités: entre trouble et paradoxes, les travailleurs sociaux ont-ils un rôle à jouer?»*

En guise d'introduction, trois précisions s'imposent. Lorsque nous parlons de sexualité, nous évoquons généralement celle des personnes jeunes, hétérosexuelles et en bonne santé physique et psychique. Toutes autres catégories de personnes en semblent quasiment exclues. À mon avis, il est essentiel d'élargir ce cadre en parlant de sexualités plurielles, pour tous ceux qui le souhaitent, dans les limites de la légalité. Elles concernent les hommes, les femmes, les personnes transgenres, les relations hétérosexuelles, homosexuelles, bisexuelles et ne se résument pas à la génitalité. Autre précision: le qualificatif «personne schizophrène» ne désigne qu'une des très nombreuses facettes de la

personne qui ne saurait se réduire à un trouble. Dernière précision: mes opinions n'engagent que moi.

Récits d'un professionnel du domaine socio-éducatif

En 2005, il y a 10 ans, j'ai lu dans la revue du Graap «Diagonales» une citation d'une personne atteinte de troubles psychiques qui m'a interpellé:

«[...] La sexualité des patients psychiques est aussi essentielle dans leur vie que pour tout autre individu. En plus, pour un malade, il est très difficile de vivre des relations sexuelles accomplies, car le contact avec les autres est plus malaisé. Il nous est difficile d'aller vers l'autre, alors le séduire! Ajoutez à cela les effets secondaires de certains médicaments. Et puis les gens ont peur de la maladie et de l'image qu'ils donnent à leur famille en fréquentant un patient psychique.»

Ce témoignage rejoint mes observations et questionnements tout au long de mon

parcours professionnel. Je vais vous les rapporter ici sous forme de récits, qui illustreront la manière dont certains résidents ont tenté de parler et de vivre leur sexualité en me faisant comprendre que ce domaine concerne aussi ma pratique professionnelle.

Une femme et ses envies de masturbation

Le premier récit dont je voudrais parler remonte à presque 20 ans. Une femme vivant en institution en raison d'une déficience mentale et de troubles psychotiques avait pris l'habitude de dérober les déodorants des autres résidents. Lors d'un colloque entre éducateurs, j'ai appris à demi-mot qu'elle s'en servait pour se masturber. Les résidents et les éducateurs étaient particulièrement gênés, soit parce qu'ils ne trouvaient plus les déodorants, soit parce qu'ils les retrouvaient dans un drôle d'état. Comme beaucoup de personnes débutant dans le métier, j'ai tout de suite cherché LA solution. Pour moi, celle-ci résidait dans l'achat d'un vibromasseur. Je pensais qu'un de mes collègues allait forcément évoquer cette solution. Pas du tout. L'équipe a exigé que la référente de cette dame lui rappelle qu'il était interdit de voler les affaires des autres résidents.

Quelques jours plus tard, j'ai questionné une éducatrice à ce sujet. Elle m'a répondu que le vibromasseur avait déjà été envisagé lors d'un colloque, mais que certains de ses collègues s'y étaient farouchement opposés, en argumentant

que son utilisation contribuerait à augmenter les fantasmes de cette femme et ses envies de masturbation. J'ai été très interloqué et dérangé par cette réponse. Notre travail devait-il s'arrêter à un interdit, sans autre alternative?

Un monsieur âgé en quête d'excitation

Dans la même institution, je m'occupais d'un homme de 75 ans environ. Atteint d'une maladie qui crispait tout son corps, il vivait en fauteuil roulant et avait besoin de beaucoup d'accompagnement dans les gestes du quotidien. Un soir, alors que je l'aidais à se mettre au lit, j'ai vu un liquide blanchâtre autour de sa sonde urinaire, ainsi qu'une blessure sur son pénis. J'ai aussitôt pensé qu'il souffrait d'une infection devenue purulente. Très inquiet, j'ai appelé l'infirmière qui est venue voir de quoi il s'agissait. Puis, sans m'adresser la parole, elle est ressortie de la chambre. Cela était surprenant: la plupart du temps, nous échangeons sur chaque situation, mais là, pas un mot. J'en ai parlé le lendemain avec l'éducateur référent de ce monsieur. Gêné, celui-ci m'a expliqué que ce résident s'était masturbé et qu'il n'y avait pas de problème d'infection. Moi, à l'époque, jamais je n'avais songé qu'un monsieur de 75 ans en fauteuil roulant pouvait encore éjaculer. Je me suis senti honteux et un peu stupide. Ce monsieur avait les mains si crispées, qu'il s'était blessé en se masturbant. Sans que cela ne pose apparemment de problème à qui-conque. Nous le savions mais nous n'en parlions pas.

Quelques mois plus tard, alors qu'à nouveau je l'aidais à se mettre au lit, un film était diffusé à la télévision: *Basic Instinct*. L'homme semblait tout guilleret et, pour sûr, les courbes de Sharon Stone ne le laissaient pas indifférent. Je lui ai alors demandé s'il aimait voir les femmes à la télévision: «Oui» m'a-t-il répondu. «Est-ce que vous aimez voir des femmes nues?» Cet homme s'est complètement éclairé de l'intérieur, il m'a offert un magnifique sourire en hochant sa tête. «Est-ce tu aimerais voir un film avec des femmes nues qui font l'amour?» Lui qui avait passé toute sa vie en institution m'a aussitôt répondu qu'il le souhaitait.

L'équipe de l'institution a été d'accord avec ma proposition de lui acheter la vidéo d'un film érotique, qu'il pourrait regarder le soir dans sa chambre. Pour certaines personnes de l'équipe de veille, cela ne posait aucun problème. Mais d'autres éteignaient systématiquement le magnétoscope, ce qui ne manquait pas de me choquer.

Par la suite, j'ai achevé ma formation de travailleur social, tout en continuant à me poser certaines questions sur la sexualité de celles et ceux qui vivent en institution. J'ai trouvé un emploi d'éducateur dans un foyer d'accueil pour des personnes adultes atteintes de troubles psychiques.

Un jeune homme ayant besoin de parler de sa sexualité

Dans le cadre d'une activité, un jeune homme schizophrène a très brièvement évoqué devant moi sa sexualité, se référant

à certains événements traumatisants qu'il avait vécus. Ne sachant pas trop comment réagir, j'en ai parlé au colloque. Quelque chose de fondamental au niveau de ma conscience professionnelle s'est alors produit: la directrice m'a dit que cela faisait partie de mon travail de lui «ouvrir une porte» et de l'écouter me parler de sa sexualité. Si j'éprouvais de la peur à le faire, si je ne m'en sentais pas capable, c'était à moi à progresser, à apprendre, à acquérir les compétences pour être à l'aise avec de tels propos et questionnements. Peut-être sentait-elle que j'en étais capable? La pression était tout de même forte.

Quelques jours après, j'ai proposé à ce jeune homme un entretien. Il m'a parlé pendant presque une heure. Effectivement, il avait vécu des événements traumatisants sur le plan de la sexualité et il ne savait pas s'il était homosexuel ou bisexuel. Ce dont il avait besoin, c'était de quelqu'un qui l'écoute dans une attitude bienveillante de non-jugement. Peut-être était-ce important pour lui de le faire hors de tout contexte médical? Je l'ai écouté et je l'ai remercié pour sa confiance. À la fin de l'entretien, j'ai senti qu'il avait déposé quelque chose et qu'il se sentait mieux avec lui-même.

Un jeune homme et ses troubles érectiles

Durant la même période, j'étais référent d'un autre jeune homme schizophrène. À la fin d'un entretien, alors que l'on parlait de toute autre chose, il m'a dit: «Vous savez, depuis que je prends ces médicaments, je ne me réveille plus

jamais en bandant. Avant je me réveillais toujours en bandant, c'était bon.» Je n'ai pas fait qu'entendre, j'ai écouté et je lui ai témoigné mon ressenti: «Ça me touche ce que vous me dites. J'en suis désolé.» Ensuite j'ai questionné: «Vous semblez faire un lien avec vos médicaments, en avez-vous parlé à votre psychiatre?», il m'a confié: «Oui, je lui ai dit. Elle m'a dit que c'était possible que les médicaments fassent ça, que c'était ainsi pour l'instant et qu'être en bonne santé était plus important.» Je me suis demandé si quelque chose pouvait être proposé pour qu'il puisse retrouver ce qui lui fait du bien. Nous en avons discuté, puis décidé que je l'accompagnerais lors de son prochain rendez-vous chez le psychiatre. Entre-temps, je l'ai aidé à préparer cet entretien afin qu'il puisse se sentir à l'aise pour s'exprimer le moment venu. Sa médication a pu être un peu modifiée et il a retrouvé sa capacité érectile le matin au réveil. Ce jeune homme a rencontré plus tard une femme avec qui il a eu une relation pendant plusieurs années.

Un monsieur et une assistante sexuelle

La dernière situation dont j'aimerais parler concerne un monsieur schizophrène de presque 40 ans, présentant aussi une déficience mentale. Il avait beaucoup fréquenté les lieux de prostitution, il n'avait eu dans sa vie que des relations sexuelles avec des personnes prostituées. Il en parlait beaucoup, cela le préoccupait. Un soir, il a commencé à se masturber dans un lieu commun du foyer: le salon. Nous

avons évidemment réagi et lui avons dit que ce comportement n'était pas possible, qu'il devait protéger son intimité et celle des autres, que le lieu adéquat pour se masturber était sa chambre porte fermée. J'ai essayé de comprendre et de donner du sens à ses agissements. Lui m'a dit que le soir, sur certaines chaînes, à partir de minuit, il y avait des films érotiques qui l'excitaient et qu'il avait du plaisir à les regarder au salon tout en se masturbant. Je lui ai alors proposé d'acheter un lecteur DVD portatif qu'il pourrait utiliser dans sa chambre. Cela lui a manifestement convenu, puisque les séances de masturbation au salon ont cessé.

Ce monsieur continuait à fréquenter des prostituées. Lorsqu'il revenait, il se sentait extrêmement mal et nourrissait des idées assez étranges: il avait peur d'«attraper» les tatouages des personnes prostituées, peur d'être attaqué par les bijoux qu'elles portaient. Il craignait aussi de mourir après avoir éjaculé. Il était très angoissé et plein de culpabilité. Petit à petit, au fil des mois, il a développé des symptômes dépressifs, avec un retrait social et une forte apathie. En réfléchissant avec lui, en prenant aussi contact avec une sexopédagogue, je me suis dit qu'il y avait peut-être quelque chose à tenter pour lui du côté de l'assistance sexuelle, avec une femme ayant suivi une formation, avec qui il serait possible de préparer le contact sexuel, une femme qui saurait aussi le rassurer. Cela a nécessité un travail d'une année avant qu'il soit prêt à vivre ce contact sexuel particulier. Il devait comprendre que rencontrer une assistante sexuelle, ce n'était pas l'épouser, qu'il s'agissait d'une

rencontre limitée dans le temps, planifiée, et d'une relation purement sexuelle. Il a fallu aussi obtenir l'aval et le soutien de son médecin, ainsi que l'autorisation de son tuteur pour recevoir l'argent nécessaire.

La sexopédagogue rencontrée m'avait parlé d'une accompagnatrice sexuelle qui acceptait les «relations complètes», incluant fellation et pénétration, selon les souhaits de ce monsieur. Un rendez-vous a été fixé avec elle dans un bistrot, en ma présence, afin de savoir si elle et lui parvenaient à se mettre d'accord sur ce qui pourrait se passer entre eux et si une attitude était suffisante.

Lorsque j'ai annoncé à ce monsieur que j'avais peut-être trouvé une assistante, sa première question a été: «Est-ce qu'elle a de gros nichons?» Cela peut paraître un peu surprenant et grossier. J'ai réalisé que je n'avais posé aucune question sur l'apparence physique, alors qu'il s'agit évidemment de quelque chose d'essentiel dans le cadre d'une relation sexuelle.

La semaine d'après, au bistrot, après discussion, tous deux furent d'accord pour concrétiser un rapport sexuel prochainement dans une chambre d'hôtel. Monsieur s'est donné beaucoup de peine pour se préparer et se montrer à son avantage le jour du rendez-vous à l'hôtel. Puis il est parti vivre ce qu'il souhaitait vivre. De retour au foyer, il est venu vers moi avec un léger sourire, ce qui était extrêmement rare chez lui. «C'est fait» m'a-t-il dit. C'est tout ce qu'il m'a dit. J'ai trouvé cela extraordinaire. Je me rappelais de ses

angoisses et de ses discours délirants lorsqu'il revenait après avoir vu des prostituées. Là, il était calme, il avait l'air content. Son silence signifiait aussi qu'il avait progressé en autonomie: il ne ressentait plus le besoin de me raconter ce qu'il avait vécu. De cette expérience, son identité est ressortie renforcée, tout comme sa vision de lui-même. Au niveau de la socialisation, il avait rencontré une nouvelle personne avec qui il avait pu discuter, préparer et vivre quelque chose d'important favorisant son mieux-être.

Schizophrénies et sexualités en institution

Dans le cadre de mon mémoire master en travail social, j'ai décidé de continuer à réfléchir sur le thème des sexualités en institution, et plus particulièrement chez les personnes atteintes d'une schizophrénie. Je constatais qu'il me manquait des connaissances des effets des symptômes et de leurs traitements sur la sexualité des résidents, des éventuelles conséquences sur leurs représentations de leur corps et de celui du ou de la partenaire et sur l'expression de leurs désirs. Est-il possible pour une personne atteinte de psychose de vivre une sexualité qui lui fasse du bien? Il y avait là tout un champ à explorer.

À mon étonnement, je n'ai trouvé que peu de littérature en français sur le sujet. Ou alors, principalement des ouvrages de psychanalyse. Les témoignages que j'ai lus provenaient de psychiatres, de temps en temps de proches, mais extrêmement rarement de personnes atteintes de

psychose. J'ai décidé de partir des propos de ces personnes pour élaborer ma recherche.

Je tiens à le redire: durant toutes ces années de pratique professionnelle, j'ai pu observer que la sexualité préoccupe certaines personnes schizophrènes. Les sollicitations pour en parler et s'informer étaient fréquentes. J'avais l'impression qu'elles souhaitaient que nous nous en préoccupions, que nous les écoutions et les soutenions, voire même que nous trouvions des solutions. Les hommes me parlaient de leurs dysfonctions sexuelles: troubles érectiles et difficultés ou impossibilité à éjaculer, les femmes évoquaient leur prise de poids et le sentiment que leur corps se déforme. Avec pour conséquences chez chacun et chacune une image de soi dégradée, une baisse de désir et d'intérêt pour la sexualité, augmentant le retrait social et la peur de tout contact sexuel. Parfois aussi, l'apparition d'une hypersexualisation, certaines femmes ayant une très faible estime d'elles-mêmes.

Entre trouble et paradoxes

Pour élaborer ma thématique de recherche, j'ai retenu entre autres l'hypothèse que le sujet de la sexualité dans le domaine psychiatrique est régulièrement étudié pour éviter d'ébranler la conviction que les symptômes et les traitements des schizophrénies entraînent une quasi-annulation du désir et des capacités sexuelles. À ceci s'ajoute la peur de la procréation et de la transmission. Cette problématique,

marquée par le trouble et le paradoxe, révèle des enjeux de tension qui concernent également le travail socio-éducatif.

Mon exploration s'est précisée en partant du témoignage de quatre personnes atteintes de troubles psychotiques sur le thème des sexualités, trois hommes (deux d'une vingtaine d'années, un d'une cinquantaine d'années) et une femme (la trentaine). Deux habitaient en appartement tout en fréquentant des institutions dans le cadre de leur travail et de leur suivi thérapeutique. Les deux autres personnes vivaient en foyer.

En préparant les entretiens, j'ai retenu trois questions principales: quelles sont les représentations de ces personnes concernées par la psychose de la maladie, des symptômes, des traitements, de la sexualité et de leur vécu sexuel? Quels sont les enjeux et tensions en matière de schizophrénie et de sexualité dans le domaine psychiatrique? Quels sont les attentes et besoins des personnes schizophrènes en matière de propositions psychoéducatives en milieu institutionnel psychiatrique?

Parallèlement à ce travail, j'ai lu de nombreux ouvrages ou articles sur les sexualités. On parle de droit fondamental, que nul ne devrait être discriminé entre autres à cause de déficiences psychiques. En même temps, mon expérience des lieux socio-éducatifs me montrait que l'accès à celles-ci était fortement limité. La sexualité peut être un moyen de se construire socialement en tant que sujet et de renforcer son identité, il ne s'agit pourtant pas d'une obligation à la sexualité. Les

personnes schizoéphrènes qui souhaitent se percevoir en tant qu'individus sexués vivant leur sexualité auront, de par les symptômes de leur maladie, davantage de difficultés pour appréhender leurs fantasmes, leurs désirs et les concrétiser. Lorsqu'une personne a manifestement besoin d'aide dans ce domaine, comment nous, travailleurs sociaux, pouvons-nous tenter d'y répondre?

Le flou est régulièrement la norme dans les milieux psychiatriques en matière de sexualité. Je n'ai par exemple pas réussi à obtenir une réponse claire à ce sujet dans les hôpitaux psychiatriques. Apparemment, les relations sexuelles y sont interdites, sans que cela soit clairement nommé. Certains règlements d'institutions éducatives ne donnent que de maigres indices, attendant d'aborder le sujet le jour où il se passera quelque chose. Ce qui semble être un choix dangereux: souvent, lorsqu'il arrive quelque chose, il y a traumatisme et les décisions sont prises dans l'urgence. À noter cependant que certaines institutions encouragent les résidents ou patients à parler de leur sexualité.

Je me suis souvent heurté aux mêmes réponses par rapport à la sexualité en institution: en parler risquerait de provoquer une décompensation de l'état de santé de la personne, de déstabiliser, de provoquer des comportements sexuels aberrants et une méfiance vis-à-vis des traitements. De mon côté, j'avais plutôt observé que parler permet de limiter les risques, de favoriser la prévention et l'information, de ne pas attendre un événement traumatisant pour agir, de promouvoir l'élan vital et le mieux-

être. En parler est aussi un moyen de renforcer la réhabilitation psychosociale.

Quatre personnes parlent de leur sexualité

Il s'agit bien sûr d'une recherche qualitative et non quantitative, de par le nombre restreint de personnes interrogées. Les quatre entretiens se sont déroulés dans une atmosphère agréable et détendue. Ces personnes m'ont confié qu'elles ressentaient un certain plaisir à pouvoir parler de leur sexualité dans ses conditions. Elles se sentaient reconnues en tant qu'hommes ou femmes ayant une vie sexuelle, et non pas uniquement comme des résidents d'institution atteints de troubles psychiques. Lorsque je leur ai demandé de se présenter, toutes ont commencé par annoncer leur diagnostic, leurs symptômes et leur traitement. Seule la femme a fourni d'autres informations sur qui elle est. Très vite, tous m'ont parlé des effets négatifs de leur médication: ils ont reconnu un mieux-être au niveau de leurs capacités cognitives, de leurs compétences à communiquer et à entrer en relation, tout en relevant des aspects très négatifs au niveau de leur sexualité. Les trois hommes ont tous déclaré que la prise de ces médicaments avait quasiment fait disparaître leur érection. Ils ont témoigné aussi de la difficulté ou de l'impossibilité à éjaculer. Leur image d'eux-mêmes s'est dégradée, ceci s'ajoutant à leurs troubles psychiques et augmentant encore leur fragilité. La femme a parlé de prise de poids conséquente avec certains médicaments et de la disparition de sa libido. Tous

m'ont confié combien il est compliqué de rencontrer une personne et de tenter de la séduire en subissant cela.

Aucune de ces personnes n'a été informée par leur médecin des effets secondaires de leur traitement sur la sexualité. Lorsque ceux-ci apparaissent, ils sont la cause de beaucoup d'angoisses, de tristesse. Les hommes de mon étude ont eu tendance à se renseigner auprès de leurs pairs qui leur ont fourni des informations. Malgré la difficulté d'une telle démarche, deux en ont parlé ensuite à leur médecin, qui a pu adapter la prescription. Tous m'ont dit qu'ils auraient aimé connaître les effets secondaires de leurs médicaments et surtout qu'on leur propose d'en parler, plutôt que de se sentir seul en les découvrant et de devoir fournir l'effort énorme et gênant d'oser aborder le sujet sans y avoir été invité.

Ces quatre personnes m'ont déclaré qu'il existait maintenant dans les lieux socio-éducatifs davantage d'informations sur la sexualité qu'autrefois et des préservatifs en libre-service, ce qu'elles estiment positif. Ils savent qu'il est possible d'en parler dans le cadre d'un entretien avec un éducateur ou une éducatrice. Elles m'ont dit qu'elles avaient entre autres besoin d'aide pour savoir comment dire à leur partenaire qu'elles peuvent avoir des difficultés: elles ne souhaitent pas forcément cacher leurs troubles psychiques, elles cherchent davantage à vivre avec dans le cadre d'une relation amoureuse ou d'un contact sexuel. Nous avons à ce sujet des conclusions toutes faites: un homme voudra parler à un éducateur, une femme à une éducatrice.

Parmi les quatre personnes rencontrées, un jeune homme m'a dit qu'il préférerait en parler avec une femme, me disant: «Les femmes, c'est comme pour les cadeaux, elles ont toujours de meilleures idées».

Créer une politique institutionnelle

Parmi ces personnes, et plus particulièrement chez la femme, le fait d'aborder la question de la sexualité fait partie des responsabilités de l'institution: «On fait comme si cela n'existait pas, comme si les patients psychiques n'avaient pas de sexualité, comme si elles n'avaient pas à en avoir, mais il y a des choses qui se passent.» Elle est restée assez mystérieuse à ce sujet, elle savait de quoi elle parlait, après plusieurs années en institution. Ses propos renforcent la nécessité au niveau socio-éducatif de prendre en compte dans les institutions le désir de parler des personnes qui souhaitent se voir comme des individus sexués, vivant une sexualité. En les écoutant et en poursuivant mes recherches théoriques, j'ai constaté que parler et faire parler d'amour, de sensualité, de sexualité, rattache au vivant, à l'élan vital, à l'amour de la vie. Des programmes psychoéducatifs découlant d'un engagement institutionnel devraient favoriser le développement des habilités sociales et des conduites appropriées en matière de sexualités. Il ne s'agit pas d'imposer ce sujet dans le cadre institutionnel, ni de le figer, encore moins de trop le réglementer, mais de le proposer et de définir comment et dans quel cadre, de créer, en lien avec la charte éthique

de chaque établissement, une politique institutionnelle sensibilisée à ce sujet et sensibilisant les professionnels pour développer des compétences, une audace et une aisance.

Pour terminer, voici un bref extrait des échanges avec la femme qui a participé à mon étude. À un moment donné, je lui ai posé cette question: «Est-ce que la sensua- lité et la sexualité pourraient être un moyen de développer le mieux-être?» Elle

m'a répondu: «Oui, pour se sentir mieux». Et moi: «Pour se sentir plus solide, pour mieux lutter contre les symptômes de sa maladie?» Et elle m'a répondu: «Oui. Fran- chement pour moi cela m'aide à me sentir femme, c'est une des plus belles choses qui soient.»

* Laurent Chenevard, *Schizophrénies et sexualités: entre trouble et paradoxe, les travailleurs sociaux ont-ils un rôle à jouer?*, HES-SO, master en travail social, Lausanne, 2013.

* * * * *



Les interventions des Clownanalystes de la compagnie Bataclown ont rythmé la 2^e journée du congrès. Leur humour, leur réactivité et la pertinence de leur jeu ont conquis le public.

Désir d'enfant, choix personnel? Choix social?

Dr Eliane Perrin
Docteure en sociologie, Genève



Sociologue de formation, j'ai enseigné et fait de la recherche pendant plus de 35 ans. À la retraite depuis trois ans, je n'en continue pas moins à chercher. Et quelle meilleure occasion que la question que le Graap m'a proposé de traiter dans le cadre de ce congrès?

Désir d'enfant: choix personnel? Choix social? Une première réponse me paraît assez évidente: le désir d'enfant est toujours à la fois personnel et social. Il ne se produit jamais dans le vide, mais en relation avec des circonstances, des moments de la vie, etc. La question du choix est à mon avis beaucoup plus compliquée et m'a donné bien du fil à retordre. J'ai souvent eu l'impression d'avancer dans des sables mouvants, au milieu de concepts dépassés, flous, mal définis ou même vidés de leur sens et proches de l'absurde. Les recherches que j'ai consultées étaient parsemées d'injonctions paradoxales à faire ou à ne pas faire des enfants. Tantôt, je lisais que les personnes malades psychiques devaient en faire, avaient le droit d'en faire, pouvaient en faire. Et puis, un peu plus loin, qu'il était préférable qu'elles n'en fassent pas.

Mon propos ne vise pas à trancher dans ce débat et à vous apporter une réponse définitive sur le sujet. J'ai décidé de ne pas vous noyer sous des statistiques et me contenterai de quelques références que je juge utiles et importantes.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais faire une remarque générale: lors de ces deux journées de congrès, il a été largement relevé que les personnes souffrant de troubles psychiques avaient le droit d'avoir une vie affective, des relations sexuelles, de désirer et de faire des enfants. Le fait d'organiser un congrès sur la question montre que ces droits restent difficiles à mettre en pratique. Souvent, la réalité sociale, politique et économique résiste. Tout comme les mentalités. Un vote dégage une majorité, pas un consensus et encore moins une pratique. Si à ce sujet la réalité résiste, nous devons nous demander pourquoi. C'est la question qui me paraît la plus importante et que je vais essayer de développer à présent.

Il s'agit d'abord de prendre en compte les représentations sociales et culturelles des fous et de la folie. Et de constater qu'elles

ont toujours été vectrices de peurs irrationnelles, qualifiées par certains d'ancestrales. Comme l'a bien montré dans les années 60 le sociologue américain Erving Goffman*, ces peurs sont à l'origine de processus de disqualification et de stigmatisation. Voici comment il les décrit:

«La société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories. Les cadres sociaux établissent des catégories de personnes qu'il est probable d'y rencontrer. La routine des rapports sociaux dans les cadres établis permet d'avoir affaire aux autres, habituellement présents, sans leur accorder une intention et des pensées particulières.»

La «routine» désigne ce qui se passe habituellement dans un lieu où l'on se trouve tous les jours, qu'il s'agisse d'un quartier, d'un immeuble, d'une institution, etc. Il n'y a pas trop de questions à se poser, les personnes y jouent un rôle attendu.

«Par la suite, lorsqu'un inconnu se présente à nous, ces premières apparitions ont toutes les chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son "identité sociale". [...] Nous appuyant alors sur ces anticipations, nous les transformons en attentes normatives, en exigences présentées à bon droit.»

C'est le cas par exemple lorsqu'un nouveau directeur débarque pour la première fois

sur son lieu de travail. Instantanément et inconsciemment, les employés le compareront à l'idée qu'ils se font de ce à quoi un directeur doit ressembler. Il sera automatiquement rangé dans une catégorie. Ce qui peut s'exprimer par des remarques entre collègues: «Il a l'air un peu mou pour un directeur, tu ne penses pas...» C'est de ce type de processus qu'Erving Goffman nous parle.

«Tout le temps que l'inconnu est en notre présence, des signes peuvent se manifester, montrant qu'il possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie de personnes qui lui est ouverte, devenant ainsi moins attrayant et qui, à l'extrême, fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais, ou dangereux ou sans caractère. [...] Un tel attribut constitue un stigmaté, surtout si le discrédit qu'il entraîne est très large; parfois aussi on parle de faiblesse, de déficit ou de handicap.»

Plus loin dans son ouvrage, Goffman distingue et définit trois grands types de stigmatés:

- Les stigmatés qui renvoient à des différences physiques visibles, comme les monstruosité du corps, les difformités ou les handicaps. Ils sont fondés sur une différence physique, avec une norme qui est «nous», les «autres».
- Les stigmatés qui renvoient au dérangement mental, à la prison, à la drogue, à l'alcool, au chômage, au suicide, etc. Ceux-ci ne sont pas forcément visibles immédiatement. Ils vont apparaître comme

lorsqu'on développe une photo et que tout d'un coup l'on se dit: «Il y a là quelque chose de bizarre... Celui-là, il n'est pas normal.» Donnons un exemple: une personne monte dans le tram. Tout d'un coup, elle montre des signes d'agitation ou se met à parler toute seule. On observera alors que les autres passagers du tram vont progressivement s'écarter d'elle. Si cette personne s'assied à côté d'un voyageur, il y a bien des chances que ce dernier descende à l'arrêt suivant pour remonter dans le wagon d'après. Toutes ces stratégies sont liées à la peur de l'inconnu, au besoin d'évitement et de mise à distance immédiate d'une menace potentielle.

- Les stigmates qui renvoient à la race, à la nationalité, la religion, etc. Ceux-ci concernent des groupes et des catégories sociales entières, visibles ou non.

À l'échelle d'une population donc, les stigmatisés représentent un nombre considérable de personnes discréditées et lésées. Goffman perçoit encore d'autres éléments dans ce processus:

«Dans tous les cas de stigmates [...], on retrouve les mêmes traits sociologiques. Un individu qui aurait aisément pu se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmaté, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions. Quant à nous, ceux qui ne

divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les normaux.

Les attitudes que nous, les normaux, prenons vis-à-vis d'une personne affligée d'un stigmaté et la façon dont nous agissons envers elle, tout cela est bien connu, puisque ce sont ces réactions que la bienveillance sociale est destinée à adoucir et à améliorer. Il va de soi que, par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne.»

Le processus de stigmatisation est donc le plus souvent inconscient et consiste à prendre la partie pour le tout. Si quelqu'un présente un défaut par rapport à la norme attendue, il est considéré, au fond, comme totalement défectueux, dans tous les domaines, ce qui est évidemment lourd de conséquences. Il n'est plus qu'un énorme défaut.

Autre conséquence tout aussi grave: l'individu stigmatisé tend lui-même à avoir les mêmes idées que nous sur l'identité. Il finit donc par intérioriser qu'il est normal qu'il n'ait pas le droit de faire toute une série de choses qu'il est pourtant parfaitement capable d'accomplir. Cela veut dire qu'il n'y a pas de différences entre ce que les «normaux» considèrent comme «normal» et ce que les personnes stigmatisées considèrent comme «normal».

En matière de désir d'enfant, le processus de stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques peut se résumer dans le contexte actuel sous la forme de cette question: comment des personnes qui ne sont pas capables d'être indépendantes, autonomes à tous points de vue, économique, social et individuel, pourraient-elles assumer la responsabilité de devenir parents et d'élever un enfant? C'est le discours que l'on entend partout du côté des «normaux», voire même des familles des personnes concernées. À quoi s'ajoute évidemment la crainte que le handicap soit transmis à l'enfant. De plus, par les temps de crise que nous traversons, ce désir d'enfant représente un coût pour la société, et donc pour nous les «normaux». Ces arguments, il faut les nommer. Trop souvent, on cède à une forme de consensus tacite qui veut que ceux-ci n'existent pas alors qu'ils se manifestent tous les jours.

D'autres arguments peuvent évidemment venir contrer de telles représentations. J'ai choisi de vous en donner quelques-uns, tirés d'un petit livre extraordinaire, paru il y a plus de 30 ans et intitulé: *Manuel à l'usage des enfants qui ont des parents difficiles*** . Il a été signé sous le pseudonyme de Jeanne van den Brouck et est généralement attribué à la pédiatre et psychanalyste française Françoise Dolto. Cet ouvrage détonnant et provocateur est basé sur le postulat suivant: lorsqu'un enfant vient au monde, il hérite le plus souvent de deux parents qui ne vont pas très bien et dont il va devoir prendre soin pendant de nombreuses années. L'auteur du livre nous parle tout au début de la «fonction des parents». Après avoir lu une multitude de

textes flous et peu définis, truffés de termes comme parentalité, parentalisation, etc., la «fonction du parent» vue par l'enfant n'est pas si compliquée que cela.

«Un parent, à quoi ça sert? D'après une vieille légende, Dieu a créé le parent pour servir l'enfant avec dévouement et fidélité. Si les idées concernant la fonction du parent n'ont pas varié quant à l'essentiel, les théories sur l'origine du parent ont beaucoup évolué. Certains prétendent que le parent descend du singe. Certes, la ressemblance est frappante. Cependant, il y a aussi une ressemblance avec l'enfant. Aussi, de nombreux chercheurs soutiennent avec d'excellents arguments à l'appui que le parent descend de l'enfant. D'autres affirment sur la base d'arguments aussi solides que c'est l'enfant qui descend du parent. Quoi qu'il en soit, la controverse est en cours, il est impossible de se prononcer définitivement dans l'état actuel des choses.

Mais revenons à la fonction du parent. Peu à peu, il a fallu se rendre à l'évidence que le dévouement, la docilité, la fidélité, l'amour du parent ne pouvaient pas être des fonctions puisqu'il s'agissait de choses qui ne pouvaient pas être exigées. Bien sûr, l'enfant est en droit d'espérer que s'il traite son parent avec amour et considération, cela lui sera payé en retour. Mais, par fonction, nous entendons quelque chose de bien plus simple, de bien plus concret. Tout au début, la fonction du père est de faire en sorte que le spermatozoïde soit délivré au bon moment et à la bonne adresse. Ce

n'est pas toujours facile! On peut se tromper d'adresse. La fonction de la mère est de ménager une entrevue au bon moment entre le spermatozoïde et l'ovule qui s'est portée volontaire, en veillant à ce qu'elle ait lieu dans des conditions confortables. La fonction suivante consiste à assurer au fœtus le logement, le couvert, le chauffage et les transports. Le contrat doit porter sur toute la durée nécessaire à la maturation du fœtus. Selon l'usage établi, cette durée est généralement de neuf mois. Cependant, des dérogations peuvent être accordées, si les circonstances l'exigent. Jusqu'à la naissance, cette fonction est assumée pour l'essentiel par la mère. Mais la qualité des services dépend largement de la coopération plus ou moins compétente du père.

Après la naissance, il est indispensable que quelqu'un continue à remplir ces fonctions pendant un certain temps, mais pas nécessairement les parents. Les parents disposent du droit de grève et il y a un certain nombre de refus ou d'abandons de poste, volontaires ou involontaires. On peut donc estimer que les fonctions proprement dites du parent prennent fin au moment de la naissance. Toutefois, nous avons constaté que si le parent peut continuer à assumer volontairement ces fonctions au-delà de ce délai, tout le monde s'en trouve mieux. Nous pensons que la prolongation du fonctionnement parental dépend essentiellement d'une utilisation judicieuse du parent par l'enfant depuis le tout début. Le rodage du parent est très délicat. Il faut veiller à ce qu'il ne manque

de rien, le traiter avec ménagement, ne pas le pousser au-delà de ses capacités de performance et entreprendre immédiatement des vérifications quand quelque chose ne tourne pas rond. Un parent, bien entretenu fonctionne sans accrocs et s'avère pratiquement inusable. Bien sûr, il ne faut pas en déduire qu'il est éternel. Mais, quand il cesse de fonctionner, ce n'est pas par usure, c'est par extinction.»

L'astuce de ce livre revient à considérer que ce qui est dit habituellement aux parents qui attendent un enfant est également vrai pour un enfant qui attend des parents. Les auteurs appliquent le principe de réciprocité, excluant a priori toute supériorité, toute domination de l'un sur l'autre. Après tout, un parent est aussi fragile qu'un enfant, même si nous nous entêtons à supposer le contraire. La lecture de ce livre nous renvoie tantôt à notre enfance (nous leur en avons fait voir, à ceux-là!), tantôt à notre période d'adulte (il nous en a fait voir, celui-là!). Cet extrait nous rappelle trois choses importantes:

- L'enfant est, dès le début, un acteur, disposant certes de moins de moyens lorsqu'il vient de naître, mais qui est capable d'utiliser ce dont il dispose avec une très grande efficacité: hurler, empêcher les parents de dormir, refuser de manger, etc.
- La fonction de parent peut s'étendre sur une durée extrêmement variable: s'arrêter à la naissance ou durer jusqu'au décès du parent.
- La fonction de père est réduite au

minimum jusqu'à la naissance de l'enfant. En effet, dès que la fécondation a eu lieu, c'est la femme qui décide de poursuivre ou non sa grossesse. Si elle la poursuit, c'est elle qui va prendre tous les risques physiques, mettre en danger son corps et parfois sa vie. Le fait de porter un enfant est un domaine où l'égalité entre hommes et femmes n'existe pas. C'est le point noir sur lequel butent toutes les luttes pour l'égalité. Pour l'instant, la réalité résiste à notre volonté d'égalité. Du moins aussi longtemps que nous ne pourrions pas faire de bébés entièrement hors du corps, c'est-à-dire des bébés-éprouvettes conçus en laboratoire.

Si le désir sexuel et le fait d'avoir une vie sexuelle active si possible épanouie sont aujourd'hui généralement acceptés, qu'on soit malade ou en bonne santé, il n'en va pas de même avec le désir d'enfant ou plutôt le non-désir d'enfant qui, lui, reste tabou. J'ai participé à de nombreuses études sur l'avortement et, sur les centaines de femmes qui m'ont accordé un entretien, seule une jeune femme a osé me dire qu'elle ne voulait pas d'enfant, qu'elle n'aimait pas les enfants. Nous avons appris plus tard que cette jeune avait été repérée et avait dû consulter un psychiatre avant d'obtenir un avortement. Les autres, lorsqu'elles n'avaient pas d'enfants, ont toutes précisé qu'elles voulaient en avoir un plus tard.

Cela montre combien la pression sociale en faveur de la natalité est forte à présent. Cette pression s'exerce évidemment à travers les parents, mais aussi à travers les messages des médias concernant nos socié-

tés vieillissantes et les menaces que notre faible taux de natalité fait peser sur le financement des assurances sociales, des assurances maladie, de l'AVS. Il existe aussi des propagandes racistes sur Internet qui encouragent les personnes d'une même origine ethnique ou religieuse à se reproduire en masse pour ne pas voir leur civilisation disparaître ou perdre le pouvoir. Il y a quelques années, je suis tombée sur le site de la secte protestante américaine de M. Bush père, qui prônait la contraception et l'avortement libres et gratuits pour toutes les femmes, sauf pour les blanches. On devine que le but était de défendre le pouvoir de la «race blanche» contre les Hispaniques, les Asiatiques et les Noirs, tous en expansion rapide. Sur le plan social, la promotion de la natalité comporte parfois des motivations assez troubles.

Même si, depuis la nuit des temps, le désir d'enfant a été socialement lié à la survie collective par la reproduction de l'espèce et la transmission de l'histoire personnelle, les enfants étaient tantôt désirés, tantôt non désirés et, de temps à autre, ils arrivaient. S'ils n'étaient pas bienvenus, voire malvenus ou très malvenus, les hommes et les femmes essayaient d'éviter les grossesses par diverses manœuvres et protections peu fiables. Et lorsque les femmes étaient malgré tout enceintes, elles tentaient de se débarrasser de leur grossesse par toutes sortes de moyens artisanaux, le plus souvent au péril de leur vie.

Dans nos sociétés occidentales, l'enfant du désir tel que nous l'entendons aujourd'hui existe depuis à peine plus de 50 ans. Il est

né avec la maîtrise de la fécondité qui a permis de dissocier sexualité et procréation. Si l'on ne désire pas d'enfant, il suffit de recourir à l'une ou l'autre des très nombreuses méthodes contraceptives mises sur le marché depuis les années 60. Rappelons que nulle n'est fiable à 100 % et qu'elles doivent toutes être mises en œuvre par les femmes. À part la stérilisation masculine, aucune méthode masculine n'est pour l'heure commercialisée.

Si pour diverses raisons les femmes ont une grossesse non désirée ou non voulue, elles peuvent recourir à l'interruption volontaire de grossesse. Paradoxalement, on remarque que toutes ces innovations pour lesquelles les femmes se sont battues dans les années 60 au nom de leur libération, de leur liberté, sont devenues pratiquement des contraintes. Dès leurs premières règles, les jeunes femmes, si elles ne veulent pas d'enfant, doivent prendre la pilule. Et en cas d'oubli, une pilule d'urgence, du lendemain ou du surlendemain. Et si cela ne suffit pas, il y a encore l'IVG. Les femmes n'ont donc plus d'excuses, pensent aujourd'hui de nombreux professionnels de la santé et une partie de la population.

Mais, si au contraire, elles désirent un enfant et qu'elles n'arrivent pas à le concevoir par la méthode naturelle classique, le couple peut alors s'adresser aux médecins spécialistes des traitements de l'infertilité. Différentes techniques sont apparues dès les années 70: fécondation *in vitro*, gestation pour autrui dans certains pays, techniques d'insémination artificielle pour les couples de même sexe ou pour les

personnes âgées. Si je rappelle tout cela, c'est pour montrer qu'au fond nous sommes maintenant sensés pouvoir faire ce que l'on veut, planifier nos vies comme nous l'entendons. Mais toutes ces nouvelles techniques n'en ont pas moins créé de nouveaux problèmes. Dans les représentations sociales, le niveau d'exigence pour bénéficier du droit de faire un enfant a augmenté en même temps que la maîtrise de la fécondité a progressé. Avec un mot d'ordre: être capable d'assumer ses responsabilités, ce qui signifie aujourd'hui être majeur, en bonne santé physique et mentale, avoir un partenaire stable, des revenus assurés, mener une vie régulière, avoir de l'instruction si possible et pouvoir assurer l'éducation et le bien-être de ce futur enfant au minimum jusqu'à sa majorité, mais probablement au-delà. Qui peut aujourd'hui faire un tel pari? Nul n'est à l'abri d'un accident de la vie, d'une maladie, d'une grave dépression, d'un déclassement professionnel, d'une période de chômage, d'une délocalisation, d'une rupture sentimentale, etc. Bref, plus rien n'est assuré pour la vie. Alors, comment peut-on s'engager sur cette voie lorsque l'on est «normal», faire un pari aussi fou? Bien sûr, lorsqu'on a envie d'un enfant, on dit «oui» à tout. Et «non» à tout lorsque l'on n'en a pas envie. Mais dire «oui» en s'engageant à prendre de telles responsabilités paraît démesuré.

J'aimerais faire une dernière remarque: nous avons produit une représentation de nous tous comme des individus maîtrisant l'ensemble de nos choix d'existence. À ce propos, un parallèle peut être fait avec ce que dit le sociologue Jean-Claude

Kaufmann*** lorsqu'il analyse nos rapports à la nourriture et les raisons de l'augmentation du nombre de personnes obèses et d'anorexiques (encore des stigmatisés):

«Depuis plusieurs siècles, un modèle de représentation s'est imposé à la base du développement de l'économie capitaliste et de la politique démocratique, celui de l'individu maîtrisant rationnellement ses choix d'existence. Il est un pur cerveau. La réflexivité rationnelle étant historiquement grandissante, le modèle se trouve confirmé. Le problème est qu'un individu n'est pas un modèle. Il ne peut être réduit à son seul cerveau, notamment dans le domaine alimentaire [cela vaut aussi pour la sexualité]. Pire, dans la pratique ordinaire, les séquences de rationalité ouverte sont quantitativement très faibles, comparé à l'omniprésence de la mémoire, à l'influence des représentations magiques, au jeu des sensations et à la force du contexte sur lequel nous nous reposons pour guider nos conduites.»

Comme le déclare Jean-Claude Kaufmann, nous ne sommes pas des «purs cerveaux» régis par des modèles qui nous renverraient à une pure rationalité et qui nous rendraient capables de nous projeter et de réaliser nos projets. La «force du contexte», ne serait-ce pas ce qui nous pousse à «choisir» d'avoir un enfant?

En conclusion, j'aimerais dire qu'aujourd'hui, de nombreuses personnes stigmatisées ou non, atteintes de maladie psychique ou non, ont des enfants. Elles ont besoin de divers soutiens, pour des

durées plus ou moins longues. Ces soutiens changeront au fur et à mesure que l'enfant grandit, que les parents vieillissent, que l'entourage se modifie, que les politiques sociales et institutionnelles changent. Tous ces paramètres ne sont pas prévisibles à l'avance, et cela est heureux. Lutter contre la stigmatisation et les discriminations qu'entraîne la situation des personnes atteintes de maladie psychique et de tout autre «stigmatisé» me paraît d'une importance capitale. Cela nous permettrait aussi, à nous les «normaux», de nous faire avancer. Bien que dotés de plus de moyens, nous aussi avons à être responsables et à planifier notre vie, ce que nous ne sommes pas toujours capables de faire.

* Erving Goffman, *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*; trad. de l'anglais par Alain Kihm, Paris: Les Éd. de Minuit, 2012 (1963).

** Jeanne van den Brouck, *Manuel à l'usage des enfants qui ont des parents difficiles*; préf. de Françoise Dolto, Paris: Seuil, 2006 (1979).

*** Jean-Claude Kaufmann, *Casseroles, amour et crises: ce que cuisiner veut dire*, Paris: A. Colin, 2005.

La quête du bonheur : un défi subjectif et social

D^r Astrid Stuckelberger
Docteure en psychologie, privat-docent, chargée de cours et de recherche, UNIL, UNIGE



Apparues il y a plus de 20 ans aux États-Unis, la psychologie positive et les études sur le bonheur ont connu un large essor, marquant aujourd'hui l'entrée dans une nouvelle ère. Le bonheur est d'ailleurs en passe d'être considéré, au sein de la communauté scientifique, comme un concept pleinement valide. Ce qui fait dire à certains que les implications de ce champ d'études mériteraient d'être intégrées en médecine. L'ONU, réputée pour son sérieux en matière de sciences et dans le domaine de gouvernance, a d'ailleurs jugé utile, au cours de ces dernières années, de produire deux rapports sur le bonheur dans le monde.

Le premier remonte à 2012 et examine l'état des lieux du bonheur et du bien-être à l'échelle de la planète. Il montre comment la science du bonheur pourrait expliquer certaines variations, relevées tant sur le plan personnel que collectif. Qu'est-ce qui fait qu'un peuple est plus heureux qu'un autre? Au sein d'un peuple donné, pourquoi un individu est-il plus heureux qu'un autre dans les mêmes conditions sociales? Autant de questions auxquelles ce rapport a tenté de répondre.

Le second rapport de l'ONU, daté de 2013, affirme que le bien-être devrait être considéré comme un élément de mesure du développement économique et social d'un pays donné. Il serait ainsi naturel que le PNB (produit national brut) de chaque Etat en tienne compte. À relever que le Bhoutan, un petit pays bouddhiste devenu un système modèle, est, lui, allé encore plus loin et a remplacé, dès 1971, le PNB par le «Produit national du bonheur».

Ajoutons encore que l'ONU a récemment institué une journée mondiale du bonheur, qui a désormais lieu tous les 23 mars. Elle est l'occasion de sensibiliser les personnes comme les gouvernements à l'importance du bonheur individuel et celui de la nation. Non seulement ce dernier est agréable en soi, mais il permet aussi de vivre plus longtemps, d'être plus productif, d'avoir un salaire plus élevé, etc.

Ces rapports ont l'avantage de mettre en lumière certains paradoxes. Alors qu'ils montrent clairement que la santé mentale est le facteur le plus important en matière de bonheur, seul le tiers des personnes

affectées par des troubles psychiques au niveau mondial ont accès à des médicaments, qui pourtant ont fait leur preuve en termes d'efficacité. Il existe d'autres paradoxes de ce type sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Ce qui rend heureux

L'université de Harvard a posé la question suivante aux participants d'une étude sur le bonheur: «Qu'est-ce qui vous rendrait le plus heureux? Serait-ce de gagner à la loterie ou de perdre la capacité de marcher?» Des recherches ont comparé le niveau de bonheur un an après être devenu paraplégique vs un an après avoir gagné à la loterie. Les résultats sont pour le moins surprenants et inattendus: une année plus tard, les paraplégiques sont en effet à peu près aussi heureux que les gagnants de la loterie. Certes, l'argent peut augmenter le bonheur, mais seulement jusqu'à un certain point. Le bonheur n'est ainsi pas toujours lié aux facteurs que l'on attendrait, à l'exemple de l'argent, de la beauté, du succès, etc., mais comporte des paramètres plus subjectifs ou sociaux, de l'ordre de la richesse intérieure.

L'université de Pennsylvanie est à l'origine d'une étude très intéressante sur le sujet, conduite par le Prof. Martin Seligman. Nommé à la tête de la prestigieuse Association américaine des psychologues, ce dernier a choisi comme thème pour son mandat d'un an d'explorer les raisons pouvant expliquer pourquoi certaines personnes sont épanouies, engagées et véritablement heureuses. Pour lui, «la

santé mentale doit être plus que l'absence de maladie mentale. Cela devrait être quelque chose de semblable à une remise en forme dynamique et musculaire de l'esprit humain et de l'esprit. [...] Il n'est pas suffisant dans nos professions de réduire à néant les conditions invalidantes et arriver à zéro [absence de maladie]. Il faut se demander: "quelles sont les conditions favorables pour que les êtres humains puissent s'épanouir? Et comment arriver de 0 à +5 [= absence de maladie + bonheur].»

Santé mentale et bonheur

Il s'agit d'abord d'examiner la manière dont le bonheur peut être défini. Le dictionnaire *Larousse* en offre trois définitions:

- «État de complète satisfaction. Par exemple: "Rien ne peut troubler leur bonheur"
- Joie, plaisirs liés à une circonstance. Par exemple: "Quel bonheur de se retrouver ici!"
- Bonne chance, circonstance favorable. Par exemple: "Nous avons eu le bonheur d'arriver à temps"»

On le remarque, la dimension subjective est très présente dans les deux premières définitions. Seule la dernière fait place à l'objectivité et donc à un facteur social.

Quant à la santé mentale, elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme «un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son potentiel, peut s'adapter aux stress normaux de

la vie, peut travailler de manière productive et enrichissante et est capable de contribuer à sa communauté». Les concepts qui ressortent ici sont avant tout le fruit de la réflexion de psychiatres, parfois de psychologues. On relève ainsi l'existence d'un continuum entre santé et santé mentale et entre absence et présence de troubles mentaux. Mais, pour l'essentiel, cette définition reste très fidèle à l'esprit de l'OMS, à savoir centrée sur les maladies.

La définition qui recueille aujourd'hui le plus large consensus entre neuroscientifiques, psychiatres, psychologues, économistes mais aussi représentants du domaine religieux stipule que le bonheur ou le fait d'être heureux équivaut à «vivre une vie qui a du sens, à utiliser ses talents et son temps, à vivre avec pensée (conscience) et à avoir un but.» Il est intéressant de relever que les concepts de base de cette définition viennent de l'économie, de la religion (ou de la philosophie), des gouvernements religieux et de la psychologie positive.

Ces deux dernières définitions s'inscrivent dans des perspectives bien distinctes. La première se centre sur la maladie, sur la pathogenèse et l'épidémiologie, avec une liste de classification de maladies mentales et de désordres psychiques. Ce n'est pas le bonheur qui est classé, mais la négativité. La santé et le bonheur correspondent ainsi à l'absence de désordres. La seconde définition, plus large, considère, elle, que le bonheur est lié à la «salutogenèse», c'est-à-dire à la capacité de générer et de créer ce même bonheur. Dans cette

compréhension, la personne est actrice, elle peut avancer, progresser.

Modèles et mesures du bonheur

Il existe plusieurs modèles ou manières d'appréhender le bonheur en sciences. Il y a d'abord le modèle dit «bio-psychosocial», assez largement utilisé et qui, comme son nom l'indique, considère la santé mentale en tenant compte de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Le modèle «écologique», lui, a la particularité de tenir compte des déterminants de l'environnement écologique et de l'impact des interventions politiques, communautaires, organisationnelles, interpersonnelles, etc. L'OMS, elle, depuis une décennie, se réfère dans ses priorités stratégiques à un autre modèle: celui des «déterminants sociaux et environnementaux» et des inégalités en matière de santé. Très nombreux et variables, les facteurs de ce modèle peuvent être: l'éducation, le travail, l'emploi, l'eau, les systèmes de santé, l'habitat, mais aussi les individus, la famille, les communautés. Apparu au début des années 90, ce modèle commence seulement aujourd'hui à être mieux étudié. La recherche sur les déterminants sociaux en santé montre qu'il y a des inégalités dans l'accès aux soins, et donc des formes de discrimination. Pourquoi celles et ceux qui ont de l'argent bénéficient-ils de meilleurs services de santé que les autres? Pourquoi les personnes vulnérables, telles les personnes âgées ou discriminées en raison d'autres facteurs, ne bénéficient-elles pas de

services de santé adéquats et sont les grands délaissés dans la politique d'ailleurs?

Les publications consacrées au bonheur ont nettement augmenté entre 1945 et 2006. On peut relever d'abord que le bien-être est en augmentation depuis l'après-guerre, ce qui s'explique par une meilleure qualité de vie au niveau de la santé, de l'espérance de vie. De nombreuses études, notamment dans l'OCDE, tentent ainsi de mesurer le bonheur ou le bien-être par pays à l'aide d'indices d'ordre personnel, subjectif, mais aussi politique ou socio-économique. On demandera à la personne combien elle a d'enfants, si elle va régulièrement au cinéma, si elle est satisfaite de sa situation personnelle, de son travail, de ses revenus, etc. Dans tous ces rapports, la Suisse se porte plutôt bien.

Comment mesurer à présent le bonheur au niveau social? Si l'on prend l'exemple du travail, on peut citer d'abord le *Nouvel Observateur* qui a détaillé les études de l'OCDE concernant le degré de bonheur de la France. Le facteur qui ressort en premier est lié à la reconnaissance au travail. On apprend aussi que l'attachement à la famille unique est très grand chez nos voisins français.

Les derniers rapports montrent aujourd'hui que le bonheur n'est pas aussi fermement et significativement corrélé à l'économie que certains le pensaient, tels les économistes. On estime notamment que «la richesse ne peut être limitée à la dimension financière. Elle doit faire intervenir le capital humain (éducation, santé), le

capital naturel (environnement) et le capital manufacturé (infrastructures)».

Aujourd'hui, grâce aux technologies, les études sur le bonheur vont encore plus loin. On utilise actuellement les téléphones portables pour mener des enquêtes de type «Tracking Daily Life Happiness». En clair, des personnes déclarent par le biais de leur terminal si, présentement, elles se sentent heureuses ou pas. Ces mesures faites dans l'instantanéité montrent d'abord qu'une personne n'est jamais totalement malheureuse ou heureuse pendant 30 jours d'affilée, mais aussi que des changements se produisent au cours d'une journée. On peut aller plus loin, à l'image de la très sérieuse université de Harvard, qui demande de manière répétée aux participants d'études: qu'est-ce que vous faites? Avec qui êtes-vous? Où êtes-vous? Quelle heure est-il? Et, comment vous sentez-vous? Ce mouvement amorcé il y a déjà longtemps aux États-Unis est en passe d'ailleurs de gagner durablement l'Europe. Avec toutes ces mesures, nous entrons de plain-pied dans l'ère de la quantification du soi.

Récemment, le fameux Massachusetts Institute of Technology (MIT) a cherché à identifier des facteurs du bonheur. Dix clés du bonheur ont été déterminées (voir tableau, p.87). Elles ont très largement inspiré la psychologie positive en France, qui en a repris une bonne partie. Y figure par exemple le fait de donner, d'entretenir une relation avec d'autres personnes, d'être connecté à soi et au monde, de faire de l'exercice physique, d'apprécier la vie. On conseille d'ailleurs souvent aux

GREAT DREAM

10 Clés pour Vivre plus Heureux

Anglais

Giving
Relating
Exercising
Appreciating
Trying out
Direction
Resilience
Emotion
Acceptance
Meaning

Français

Donner – Faire des choses pour les autres
Être en relation – Se connecter aux gens
Faire des exercices – Prendre soin de son corps
Apprécier – Faire attention au monde autour de soi
Essayer – Continuer à apprendre de nouvelles choses
Direction – avoir des buts qui nous font plaisir
Résilience – Trouver des moyens de rebondir
Emotion – Prendre une approche positive
Accepter – Être confortable avec qui je suis
Signification – Faire partie de quelque chose de plus grand

Basés sur des recherches menées par Karine Spine et al., Dpt de Psychologie, Université d'Hertfordshire, Grande-Bretagne

personnes de tenir un «journal de gratitudes» pour augmenter leur bonheur, mais aussi de faire du volontariat, de cultiver une passion, etc. Toutes ces clés peuvent légèrement varier d'un pays à l'autre. Chacun les modélise à sa sauce et développe ses propres recettes du bonheur.

Paradoxes: entre santé et bonheur, entre subjectivité et normes

Est-on prédéterminé à être heureux ou à être en bonne santé? Les études bio-comportementales faites sur le devenir de jumeaux homozygotes ou hétérozygotes séparés à la naissance montrent clairement que l'impact du facteur génétique, bien que fort au départ, s'atténue avec le temps pour n'avoir que 25-30 % d'influence sur notre vieillissement. Chaque jour, ce

que nous faisons, ce que nous mangeons, les changements que nous apportons au niveau de l'épigénétique (l'expression du gène) viennent modifier l'évolution de notre personne, au-delà de nos gènes. Il est à ce sujet frappant de constater que les femmes enceintes qui se trouvaient dans le World Trade Center et qui ont échappé de justesse à la mort ont donné naissance plus tard à un enfant avec un gène muté, cela en raison du traumatisme vécu. Mais il est encore plus étonnant de constater -que cette mutation est réversible. Il reste encore beaucoup de mystères par rapport à ces phénomènes qui malheureusement ne sont que trop peu pris en compte par les médecins et les chercheurs. Je vous donne ces clés pour vous montrer qu'il y a des espoirs énormes aujourd'hui dans les générations et que le désir d'enfant est tout à fait légitime, puisqu'on peut changer les choses et on peut changer le destin génétique prédéterminé. Même si l'on peut être

«prédestinés» à être plutôt de mauvaise humeur, il est possible, par un travail sur soi, sur son comportement, son style de vie, de changer l'expression du gène concerné et d'augmenter son bonheur. Un tel pouvoir existe, mais à condition d'être exploité.

Autre paradoxe: le bonheur n'est pas lié à la santé physique. Et cela se constate de manière très nette en interrogeant les personnes âgées. J'ai personnellement été impliquée dans de nombreuses études sur le vieillissement et l'«antivieillesse». Il ressort que plus les personnes sont âgées, plus leur satisfaction de vie et leur bonheur augmentent. La «santé subjective», concept recouvrant différentes dimensions de la santé physique, psychique et sociale, est un excellent prédicteur de longévité, voire meilleure que la santé objective, selon plusieurs études longitudinales. Dans un tel modèle, la norme de la santé n'est pas une référence extérieure, mais quelque chose produit par soi-même.

Le bonheur est affaire de subjectivité et donc de «sentiment de contrôle». Certaines personnes estiment que tout est prédéterminé, qu'il n'y a rien à faire pour devenir plus heureux et ne sentent pas en contrôle de leur destinée. D'autres, par contre, estiment qu'elles ont le pouvoir de changer les choses. Ce savoir va les inciter à se mobiliser, à voir leur situation de manière plus positive. Ce simple état d'esprit va les faire avancer. En effet, en santé subjective, on sait aujourd'hui que la pensée a un impact biologique sur le corps. Le simple fait de regarder quelqu'un se muscler ou de mentaliser une telle action va

avoir des répercussions sur ses propres muscles. Les neurosciences prouvent aussi l'effet de la musique et de la méditation au point où l'Université de Genève a officialisé un Certificat sur le «Mindfulness» (méditation selon les préceptes de la «pleine conscience» de Thich Nhat Hanh, moine zen bouddhiste du Vietnam et installé en France.

Muscler son bonheur

Il m'est arrivé, au cours de ma vie, de traverser des moments très douloureux, en raison notamment de circonstances familiales lourdes. Ce fut dur, mais au final, cela m'a aidé à créer de nouveaux muscles, à muscler mon bonheur. Je dispose désormais de stratégies personnelles lorsque quelque chose me trouble. Même si ce n'est pas simple sur le moment, je parviens à prendre de la distance et à relativiser. Je fais un «zoom arrière» ou je monte dans «ma montgolfière». Mais cela n'est pas facile au début. Le bonheur, c'est un peu comme apprendre à faire du ski. Il y a des muscles spécifiques à entraîner. Et c'est en tombant, en faisant des erreurs, en construisant ses stratégies et sa force, que l'on devient petit à petit un skieur chevronné. Dans la vie, nous avons toutes et tous la possibilité de décider d'être heureux, de nous prendre en main. Il faut par contre se rappeler que devenir heureux, cela s'apprend, se travaille tous les jours.

Pour autant, le bonheur en lui-même est souvent simple. Cela peut être tout simplement de serrer un chien dans ses bras, de contempler une fleur au bord du chemin ou

d'écouter profondément un son. Quand vous dites aux gens que le bonheur est une question simple, ils vous en veulent toujours... Mais ne les laissez jamais vous remettre en question. Je conclurais en citant Lao Tseu (sage chinois, père fondateur du taoïsme, 570 - 490 av. J.-C.): «Il n'y a pas de chemin vers le bonheur, le bonheur, c'est le chemin.»

Quand la maladie psychique frappe, cinq lieux où parler!

Graap Lausanne

Réception et direction
Du lundi au vendredi, 9 h - 12 h, 14 h - 17 h
Rue de la Borde 25, case postale 6339, 1002 Lausanne
Tél. 021 643 16 00
info@graap.ch, www.graap.ch

Accueil, ateliers, animations
Restaurant Au Grain de Sel
Rue de la Borde 23
Tél. 021 643 16 50
Du lundi au vendredi, 7 h 30 - 20 h, samedi fermé
Dimanche et jours fériés, 10 h - 16 h

Le Cybermag

Accueil, kiosque et cybercafé
Du lundi au vendredi, 9 h - 17 h
Site de Cery, 1008 Prilly, tél. 021 643 16 85

La Roselière

Accueil, ateliers, animations, restaurant
Du lundi au vendredi, 9 h - 12 h, 13 h 30 - 16 h 30
Restaurant, du lundi au vendredi, 8 h - 15 h 30
Rue de la Roselière 6, 1400 Yverdon-les-Bains
Tél. 021 643 16 70

La Berge

Accueil, ateliers, animation
Du lundi au vendredi, 9 h - 12h, 13 h 30 - 16 h 30
Cafétéria, du lundi au vendredi 9 h - 16 h 30
Rte de Divonne 48, Centre Articom, 2^e étage, 1260 Nyon
Tél. 021 643 16 60

La Rive

Accueil, ateliers, animations
Du lundi au vendredi, 9 h - 12 h, 13 h 30 - 16 h 30
Cafétéria, du lundi au vendredi, 8 h 45 - 15 h 30
Rue du Mûrier 1, 1820 Montreux,
Tél. 021 643 16 40

Impressum

Editeur

Graap-Fondation

Responsable

du secteur Editions
Stéphanie Romanens-Pythoud

Adaptation des textes

Joël Meylan

Mise en page

Joël Meylan

Correction

Stéphanie Romanens-Pythoud
Joël Meylan

Photos

Matthieu Gigon
Jean-Max Mamin

*Exemplaire à commander
à la réception du
Graap-Fondation Lausanne*

Impression

Atelier Bureau
Graap-Fondation
© Tous droits réservés

Coraasp
Coordination Romande des Associations
d'Action pour la Santé Psychique



Département
de psychiatrie



éesp école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

Hes-so VALAIS
WALLIS
Haute Ecole de Travail Social
Hochschule für Soziale Arbeit

SANTÉ SEXUELLE Suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera



Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP)
Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS)
Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS)