

ETHIQUE DU SOIN, SEXUALITE ET INSTITUTION

En préambule, il est nécessaire de signifier la difficulté de « la » question que pose la sexualité dans les institutions, difficulté portant sur deux points principaux :

- 1) La vastitude du sujet qui ouvre le questionnement sur des couples dialectiques (par exemple : sphère intime et sphère publique, individu et institution, transgressions et limites, faillibilité humaine et loi institutionnelle, responsabilité individuelle et vulnérabilité personnelle), et
- 2) Le tabou qui règne, encore et toujours, sur le sujet du « sexuel », zone d'ombre au sein des institutions, en l'occurrence pour ce qui nous concerne, à l'hôpital psychiatrique.

On en parle pourtant, de la sexualité à l'hôpital psychiatrique ; on la lit aussi. L'article paru en 1998 dans un journal féminin « bien connu » et dont le titre, racoleur pour le moins, se trouvait être : « J'ai couché avec mon psy », en est un exemple parlant. Cette « affaire », bien gênante pour « les pys », comme on nous appelle, avait valu au Docteur S., psychiatre, de se voir interdire par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, d'exercer la médecine pendant quatre mois pour avoir eu des relations « intimes » avec une de ses patientes. Le Conseil d'Etat avait rejeté en décembre 2000, le pourvoi en cassation et s'était positionné en faveur de la sanction du Conseil de l'Ordre, invoquant, je cite : « que le Docteur S. avait acquis un ascendant moral sur une patiente [...] ; que même s'il ne semble pas en avoir conscience, ce médecin s'est rendu coupable d'un abus de pouvoir [...] ; qu'un médecin ne peut avoir de telles relations avec un ou une patiente en thérapie. Leurs rapports sont bien trop déséquilibrés, le second étant sous l'entière dépendance du premier. Les règles d'éthique qui s'imposent à la profession de médecin interdisent à ceux-ci par exemple d'abuser de la faiblesse d'un de leurs patients pour tenter soit de lui soutirer de l'argent (CE 18/07/1973, Sebag), de s'approprier les recherches intellectuelles d'autrui (CE 30/01/1980 – Valery) ou lui imposent d'éviter toutes violences physiques dans ses relations avec un patient et/ou sa famille (11/06/1975 – Dame Barbet) [...]. Le médecin psychiatre ne peut abuser, même inconsciemment, de la position de faiblesse de son patient qui s'est totalement livré psychologiquement à lui en raison de la thérapie. La violation de principes fondamentaux, c'est-à-dire de l'éthique médicale, est contraire à l'honneur de la profession et donc non amnistiée ». Texte pour le moins représentatif de notre sujet ; où se concentre les différentes questions autour de l'abus de pouvoir, de l'emprise, de la responsabilité, de la conscience soignante, etc... Là, il est aussi question des principes éthiques, qui prévalent, tiercissent, harmonisent, et adoucissent le rapport si complexe entre soignant et soigné, au creux de l'intime, soit dit la sexualité et son pendant le rapport sexuel.

Deux directions de réflexions apparaissent :

- 1) Ce qui est interdit, « inter-dit » : la loi [et ses rejetons (règles, règlements, codes)] fondatrice, structurelle, restant faite pour penser à partir de l'instant où elle est édictée comme limite, ce qui ouvre à l'institutionnel et à son cadre.
- 2) Ce qui est déséquilibré entre patient et soignant, ce qui en quelque sorte reste dissymétrique. Cette dissymétrie, cette non-réciprocité absolue (dont parle E. Levinas) renvoie à notre responsabilité première, assujettissante presque pour l'ego qui œuvre malgré tout, si difficile à porter parfois au vu de la complexité du rapport soignant en psychiatrie. Ici, dans nos institutions, se joue – et l'on pourrait facilement l'oublier devant la charge de travail, l'épuisement qu'elle amène, etc... – le rapport subtil des deux inconscients : celui du patient en souffrance, celui du soignant en état de responsabilité malgré et au-delà de sa

dimension humaine, soit dit le narcissisme de chacun ; ce deuxième point ouvrant l'interrogation au plan de l'individuel.

Pour éclaircir, cette tension, cette opposition d'intérêt entre collectif et individu, interdit et dissymétrie, j'ai choisi de vous exposer, en trois parties, cette « étrange » question : Que faire avec « le sexuel » au sein de l'institution et comment parvenir à se dégager de cette « zone d'ombre », lourde, âpre, source de confusion, de gêne et, malgré notre époque dite de « libération sexuelle », toujours teintée en sous-jacence de honte ? Ou formulée autrement, quelle aide peut apporter la réflexion éthique aux soignants qui, confrontés à l'inconscient désirant du patient, sont souvent en porte-à-faux avec leur propre problématique ?

En premier lieu, il m'a semblé plus confortable de définir et d'approfondir ce qu'on appelle la réflexion éthique, terme flou, galvaudé fût un temps, et bien moins « à la mode » aujourd'hui ! Par la suite, m'appuyant sur cet éclairage éthique, j'approcherai les concepts d'intimité, de tabou, de transgression et de limites, ce qui me permettra enfin, d'ouvrir le questionnement de la place de la sexualité au sein de l'institution, de la fonction du soin et de la notion de responsabilité individuelle qui sous-tend le suffisamment bon fonctionnement institutionnel.

I – Qu'est-ce que l'éthique

Qu'est-ce que l'éthique ? L'éthique est pour beaucoup le synonyme pédant de la morale. La plupart des auteurs tel Lacan, insistent sur la différence de nature entre l'éthique et la morale. La définition philosophique permet d'appréhender cette différence entre un jugement moral et une réflexion éthique. « L'éthique est une science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal » (A. Lalande).

Au regard de notre travail de psychothérapeute, l'interrogation qui semble être la meilleure formulation du problème de l'éthique serait : « Que font-ils et pour quelle raison ? » Le travail éthique peut ainsi se concevoir comme une recherche du sens de la rencontre thérapeutique. Aussi, faut-il distinguer l'éthique de la technicité, l'éthique de la science, l'éthique de la morale et l'éthique de la déontologie.

Dans son ouvrage « De la biologie à l'éthique », le Professeur J. Bernard écrit : « L'éthique implique une réflexion critique sur les comportements et commence à exister avec Aristote. Et ce mot savant, par opposition avec son parallèle latin « Morale », suppose que l'on s'interroge sur les principes et qu'on en discute. Le mot reflète le merveilleux, fort de lucidité qui caractérise alors la pensée grecque. L'éthique est l'expression de la mesure ». De son côté, F. Quéré, dans « L'éthique et la vie », complète la définition par les éléments suivants : « l'éthique scrute les valeurs et cherche des fondements aux actions des hommes... L'éthique aurait donc l'apanage de la réflexion théorique, elle s'interrogerait sur les sources, la liberté, les valeurs, les fins de l'action, la dignité, les relations aux autres et les concepts qui entourent ces notions difficiles ».

Pour rappel synthétique, l'éthique se présente selon trois dimensions :

- La première est l'interrogation sur les valeurs, qui nous renvoient à la pensée.
- La seconde est une confrontation entre les différents discours, ce qui se réfère à la parole.
- La troisième est une réflexion sur les comportements ; ils concernent l'action.

Chacune de ces trois dimensions se décline en composantes, qui sont les principes sur lesquels l'éthique repose : ils sont au nombre de 6 :

- 1) Le principe de justice : Le traitement de chacun est-il fait selon les mêmes critères ? Est-il fonction de ses mérites et ses efforts ? En fonction de ses engagements et de ses besoins ?
- 2) Le principe de liberté, qui s'applique formellement
 - dans la reconnaissance de l'autre, dans son droit à être libre (de penser, d'aller et venir),
 - dans la non-interférence sur la personne (respect vie privée et intimité),
 - dans l'action des moyens de la liberté.
- 3) Le principe d'autonomie : qui met en jeu la volonté de la personne
 - dans sa faculté de donner son consentement,
 - de s'exprimer souverainement par la parole,
 - de poser des actes indépendants.

- 4) Le principe de non maléfience qui est un droit négatif de la personne. Il se fonde sur le désir de prévenir le mal, d'écartier ce qui est mal et souffrance. Enfin, de ne pas nuire et d'ajouter du mal au mal.
- 5) Le principe de bienfiance : c'est le devoir de bien qui tend à l'universalité.
 - Est-ce bienfaisant pour l'individu et la société ?
 - Apporte-t-on un effet favorable avec des moyens adaptés ?
 - L'action apporte-t-elle plus de bien que de mal ?
- 6) Le principe de communication : c'est la communication de « bonne foi ».
 - Il concerne la coopération dans la communication entre les acteurs.
 - La qualité de la communication (est-elle non agressive, polie, tact, persuasive ?).
 - La relation est-elle vraie, affective ou seulement utilitaire ?

L'éthique est en quelque sorte une démarche rigoureuse, qui interroge la visée des valeurs humaines. Elle se construit par une réflexion confrontant les discours et les comportements. La décision éthique est une prise de risque en direction du juste et du bien (ou plutôt du meilleur et du mieux). Son intention s'exprime par la pensée, la parole et l'action selon les six principes fondamentaux : justice, liberté, autonomie, non maléfience, bienfiance, communication.

La démarche éthique nécessite une aptitude à la critique (par exemple : de soi, des concepts théoriques) et une attitude constructive et rigoureuse, ayant pour but de prendre une décision risquée en vue du meilleur et de ce qui est estimé bon et obligatoire au regard des droits humains. Paul Ricoeur, dans son livre « Soi-même comme un autre », écrit que nous pouvons « appeler visée éthique, la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes. Toute l'éthique suppose cet usage non saturable du prédicat BON ».

Cette démarche éthique appliquée à la sexualité dans l'institution permet de par sa rigueur et sa visée harmonisante, d'éviter de porter un jugement de nature morale (qui ne ferait que déshumaniser le sens de la question en le rigidifiant) et de se distancier des obligations déontologiques pour ouvrir le débat sur le sujet si gênant, si difficile et si complexe, de la sexualité : soit dit la dialectique entre l'intime et le public, l'individuel et l'institutionnel, la transgression et la limite, le faillible et la loi, enfin la responsabilité et la vulnérabilité.

II – L'intime

L'intime, du latin *intimus*, est le superlatif de *intérieur* et se définit comme : « ce qui est contenu au plus profond d'un être ou comme ce qui lie étroitement par ce qu'il y a de plus profond ». Dans le langage courant, la discrétion et la pudeur obligeant, on dit bien : « avoir des relations intimes avec telle ou telle personne », ce qui peut sous-entendre qu'on a des rapports sexuels avec. L'intime, c'est donc tout ce qui est tout à fait privé et qu'on cache généralement aux autres.

L'intime, c'est le jardin secret. Selon le philosophe Jean Baudrillard, « l'intimité semble tracer une sphère enchantée, qui serait celle du sujet avec ses affects, ses pensées, son discours intérieur ; mais en réalité, c'est un jeu de miroirs, de dédoublement et de complicité avec soi-même et avec quelqu'un ou quelque chose d'autre ».

Dans les soins, l'intimité avec le patient est incontournable et paradoxale. Proximité et pudeur ne vont pas toujours de pair. Cette intimité physique, mentale, voire spirituelle, que nous côtoyons chaque jour à l'hôpital, et qui amène le soignant à vivre son contre-transfert entre attirance et dégoût, compassion et rejet, attention et indifférence, est bien souvent et inconsciemment redoutée par tous ceux qui se consacrent aux corps malades. Ce corps sujet, ce corps parlant, ce corps « objet de soins » est facile à appréhender s'il reste objet. Tout se complexifie lorsqu'il devient un corps « sujet de soins » : ce corps sujet, sexué, le soignant peut choisir de l'ignorer, renforçant alors le tabou de l'intimité, annulant dès lors une grande partie de ce qui fait la richesse de son rôle.

Aborder la sphère de l'intime et oser approcher la sexualité du patient, qui par ce jeu de miroir dont parlait J. Baudrillard, renvoie aux soignants les échos désirants, absorbants, parfois redoutables de leur propre état d'être parlant et désirant, c'est autoriser la prise de parole pour l'autre. Le soignant peut se défendre par l'annulation, par l'excès de maternage, par des disqualifications masquées ; il peut en rire, s'en moquer, utiliser le caustique, le cynisme, le clivage... il n'en demeure pas moins que la confrontation à ce réel-là perdure et reste difficile à parler, voire à penser. Ce que renvoie le

patient, c'est l'extrême nécessité d'une réflexion sans complaisance sur la propre intimité de chacun, afin de pouvoir aborder sereinement celle de l'autre, la comprendre et le respecter.

Oser parler de l'intimité à l'hôpital, plus encore de la sexualité, c'est enfreindre un tabou, c'est lever le voile, c'est faire lumière sur la zone d'ombre, persistante dans l'institution psychiatrique, et, aussi, existante en chacun de nous. Freud, pour revenir à la théorie psychanalytique, n'a-t-il pas décrit l'existence d'une sexualité infantile définie « comme la capacité de tout organe creux (bouche, anus) ou plein, à provoquer de la jouissance indépendamment de la fonction physiologique qui est la sienne. Il a ainsi ouvert le mot sexualité qui, ne se limitant plus qu'aux seules pratiques sexuelles et à la seule reproduction, devient dès lors selon lui « toute une série d'excitations et d'activités, présentes dès l'enfance, qui procurent un plaisir irréductible à l'assouvissement d'un besoin physiologique, et qui se retrouvent à titre de composantes dans la forme dite normale de l'amour sexuel... ». La sexualité, « ça » renvoie à l'identité et au désir, et à la liberté, à la norme aussi. Si nous pouvons avoir une définition commune du sexuel, chacun d'entre nous réagit différemment lorsque le sexuel est présent dans le soin.

Le sexuel s'objective par le réel du corps ; la sexualité est plus complexe puisqu'elle contient du subjectif et du subjectivé. Chacun de nous soigne avec qui il est, non seulement avec ses références théoriques et ses connaissances intellectualisées, mais aussi avec son intime et sa subjectivité. Tout notre être intervient dans les soins, où se joue aussi ce que le soignant apporte avec lui, de son passé, de son désir inconscient, de son identité sociale. En matière de sexualité, nous avons tous un système de valeurs acquis au cours de nos expériences vécues, qui trouve des répercussions sur notre façon d'appréhender l'autre et sa sexualité. On peut penser que le silence et le tabou qui règnent sur la sexualité à l'hôpital psychiatrique seraient dus à des représentations sociales qui feraient d'eux des monstres à la sexualité déviante ou des individus asexués.

Freud encore, parlant de l'inconscient, note que « la sexualité est le domaine où l'être humain ne peut se constituer que comme sujet marqué d'une ignorance, d'un non-savoir de ce qu'il est lui-même à l'intérieur de ce champ ».

Lorsque nous sommes confrontés à des conduites à caractère sexuel chez des patients malades mentaux, ne sommes-nous pas gênés parce que cela nous confronte à nos limites, à cette « ignorance fondamentale » ? « Nous abordons le sexuel chez les patients selon les critères de notre propre développement psycho-affectif, c'est-à-dire selon les lois d'une sexualité génitale mature ».

III – Le tabou de la sexualité

La sexualité est le lieu où « se nouent et se dénouent, selon Foucault, les rapports entre l'institutionnel et l'individuel ». L'institutionnel renvoie à la culture, et l'individuel à la nature propre de l'homme. Entre les deux, il peut y avoir tension, opposition voire contradiction : la loi ici intervient, structurant les rapports, les harmonisant, les équilibrant, utilisant pour ce, ses caractéristiques de justice, d'équité et d'harmonisation.

Mais revenons au concept de tabou :

On en parle peu de la sexualité dans l'institution. Ne vaudrait-il pas mettre des mots justes et communiquer plus pour qu'elle s'éclaire d'une parole de bonne foi, qui ferait tomber de ce fait les gênes, hontes, sidération, fascination qui l'entourent ? Qui évoque sexuel, sexualité, ne renvoie-t-il pas à l'Autre le sombre et l'obscur que ces concepts contiennent en partie : ce livre de chevet que nous avons tous eu, ces « Trois essais sur la théorie de la sexualité », publiés en 1905, n'est-il pas inadmissible ? N'est-il pas révoltant de pouvoir penser que les pires des aberrations sexuelles se déduisent logiquement de ce pervers polymorphe qu'est le petit enfant que nous avons tous été ? Freud pose un postulat absolument terrifiant : celui par lequel il dit que la sexualité humaine est par essence dérangée. Gênant pour le moins, n'est-ce pas ? Et qu'est-ce à dire de la perversion ? Lacan, après Freud, ne nous apprend-il pas que le sexuel est par essence l'amoralité même, pour rappeler en finalité que « dans la sexualité humaine, il n'y a aucun instinct de reproduction à l'œuvre, aucun accomplissement de l'être, seulement du désir pour rien, complètement improductif, inutile, passionné, d'une seule chose, mais là, à mort, la jouissance du corps ». Platon parlait de la « grande souffrance du désir ». La sexualité renvoie à la vie et à la mort, renvoie à l'Autre incontournable, à soi si petit, renvoie au sombre. Alors taboutifiée, ce concept apparaît bien humain puisque ce qui renvoie à la mort est indicible, impensable et si difficile à se représenter. Mieux vaut fermer les yeux et clore les bouches.

Plus facile et moins dérangeant à première vue, plus complexe quand on soigne et qu'on est en rapport permanent avec autrui souffrant. Ne nous est-il pas arrivé à tous d'essayer d'écouter un patient nous parler de ses relations sexuelles et d'en sentir le malaise, d'en trouver le disconvenant, le non complaisant pour nous-même ? Si parler du génital (opérateur) ou des relations sexuelles (utilitaires) ne peut se confondre avec la sexualité, celle du patient engage tout entière celle du soignant jusque et y compris dans la fascination. Là, se jouent les risques de la relation soignante.

Mettons-nous par empathie en place du soigné : différentes questions peuvent se poser à sa conscience ? Puis-je parler ou penser les relations sexuelles ? Qui sait même si évoquer la jouissance sexuelle (celle de l'orgasme) ne va pas la provoquer ? Et cependant en parler, ce n'est pas y toucher (qui prendra jamais la mesure de notre tact ? Avoir du tact, c'est avoir du toucher !). Le soignant est un humain derrière sa fonction. Un discours de souffrance peut le rassurer peut-être bien plus qu'un discours de satisfaction, tout autant légitime qu'inquiétant pour d'autres raisons. Tout discours sur le sexe qu'il soit ambigu, timide, allusif, voire torride, parce qu'il nous est adressé, dans le cadre de la relation de soin, parce qu'il comporte en quelque sorte son adresse, ne proclame-t-il pas, plus ou moins haut et fort, l'envie de séduire de celui ou celle qui en est l'auteur ? C'est que la séduction commence bien avant le toucher et avec le parler. Le discours soignant en réponse peut rester opératoire, en quelque sorte technicisé. On peut toujours tenter de ravalier le sexe au niveau de l'organe. Mais quel organe, à l'image de quel sexe, dans son approche scientifique, nous dispensera jamais de la tyrannie et des aléas du désir.

De ce qui précède, parce que la sexualité renvoie au voile obscur du désir et aux peurs et angoisses de la mort, parce qu'elle nous fonde tous dans notre identité, on peut comprendre de quoi procède la nécessité du tabou qui se perpétue.

Mais, et c'est le pendant à ce silence, qui dit tabou, dit transgression des limites. Ce qui ne se dit pas assez, ce qui reste dans le silence du désir a d'autant plus de risque d'émerger en passage à l'acte transgressif des limites posées. Quelle est-elle la limite instituée dans le soin en ce qui concerne la sexualité ? La loi et la déontologie édictent de façon formelle qu'il est interdit d'avoir des relations sexuelles au sein de la rencontre soignante, et pour aller plus loin au sein des institutions de soins. Règlement intérieur de toute institution qui prolonge la loi et l'incarne. Cette loi (qui tiercise, qui distancie, qui structure) est celle de l'interdit de l'inceste dont découle celle des institutions y compris celle de soin, et qui est régi par ce que Didier Anzieu a appelé « le double interdit du toucher », nécessaire et suffisant à toute relation thérapeutique.

IV – La loi institutionnalisée : Transgressions et limites.

En quelque sorte, c'est par l'édition et la référence à cette loi première, que le lien entre l'individu et l'institution se fait. La loi est à l'interface ; elle protège l'individu de la folie désirante et permet à l'institution de structurer et de faire parler. Autour de l'interdit fondamental – de l'inceste – (1^{er} texte chez les Hittites - 2000 avant J.C.), peut se « dire » la sexualité. La loi permet de sortir de la dualité individuelle en ouvrant et harmonisant les relations inter individuelles. Qui dit loi, dit limites, et transgressions.

M. Foucault dans sa « préface à la transgression », évoque leur lien de proximité. Selon lui, « la limite et la transgression se doivent l'une à l'autre la densité de leur être ». Et il pose cette question : « Le jeu de la limite et de la transgression serait-il de nos jours l'épreuve essentielle d'une pensée qui serait, absolument et dans le même mouvement, une critique et une ontologie, une pensée qui penserait la finitude et l'être ? »

L'émergence de la sexualité dans notre culture est un événement à valeur multiple : la sexualité interroge les limites de chacun et en son sein, fait se remplacer le mouvement des contradictions et des contestations par le geste transgressif. Selon Foucault, « la sexualité est liée enfin à une mise en question du langage par lui-même. La sexualité n'est décisive pour notre culture que parlée et dans la mesure où elle est parlée [...]. L'apparition de la sexualité comme problème fondamental marque le glissement d'une philosophie de l'homme travaillant à une philosophie de l'être parlant [...]. Du jour où notre sexualité s'est mise à parler et à être parlée, le langage a cessé d'être le moment du dévoilement à l'infini ; c'est dans l'épaisseur et la gravité de la parole que se situe l'expérience de la finitude et de l'être » (Histoire de la sexualité, Tome III « De la volonté de savoir »).

La sexualité dès lors qu'elle se parle, définit l'espace d'une expérience où le sujet se parle, au lieu de s'exprimer, au lieu de discourir, au lieu de s'exposer. La loi institutionnalisée est le vecteur

culturel de cette parole qui, au sein de la sexualité, renvoie celui qui le parle à sa propre finitude et à sa propre mort.

Qui dit limite pouvant être transgressée, appelle à la notion de « contre nature » et au concept de « perversion ». Qui n'a pas ses petites perversions ? C'est bien pour éviter et atténuer les conséquences de notre « part d'ombre » à tous, qu'existent les lois, règles et convenances institutionnelles. Selon Foucault, la société d'aujourd'hui est « une société de perversion éclatante et éclatée ». La loi viendrait, par le biais de son pouvoir dissuasif, « réguler à peu près les sexualités multiples que la société produit, y compris les sexualités qui investissent de façon diffuse des relations telles que (médecin – malade - pédagogue – élève - psychiatre – fou) ». La régulation reste difficile malgré tout puisqu'il s'agit-là, autour de la sexualité, de ce qui reste fondamentalement intime et secret.

V – Nécessité d'une réflexion éthique : pour penser (panser ?) « le sexuel » dans la relation soignante

Nous l'avons vu, la loi institutionnalisée met une rampe régulatrice et tiercisante tant dans la réalité du vécu soignant que dans sa dimension symbolique où elle met les limites à ce qui serait malveillant et dangereux pour les soignés et les soignants. Nous utilisons tous la loi au sein de nos discours : « je » me réfère à un cadre de soin, aux règles de l'institution de soins et aux interdits absolus qui les fondent. On s'appuie sur les textes juridiques et on pense avec un savoir théorique.

Que reste-t-il au fond qui soit si âpre et si difficile à parler du sexuel dans la relation de soin ? Serait-ce comme le dit M. Fustier, que « nous sommes toujours en contradiction avec notre moi narcissique, tout-puissant, infantile, pervers polymorphe, et notre soi soignant, voulant et désirant soigner, bienveillant à autrui en souffrance » ? Serait-ce en quelque sorte cette mort à l'œuvre, cette castration de notre égo qu'amène le soin par définition ? Serait-ce que l'humain reste humain malgré tout et qu'on voudrait souvent l'oublier parce qu'il souffre lui aussi ?

Serait-ce que la sexualité du patient souffrant, lorsqu'elle se montre, s'impatiente, s'agit, s'agite, se dit au travers du corps sujet, nous est insupportable ? Le patient ayant par définition du mal à se parler, utilise dès lors son corps pour le faire, serait-ce donc que cette sexualité détournée ou trop visible nous confronte comme le pense Foucault à « la mort dans sa noirceur et son indicible » ?

Il faut bien être une équipe soignante, représentative, peut-être, d'un corps qui se parlerait pour garantir l'humain (qui se cache derrière le soignant) de toute faute ? Parler de sexualité en équipe, parler de la sexualité, douloureuse parfois, avec un patient dans le huis clos de la rencontre thérapeutique, présuppose un travail de et sur les pulsions de vie et de mort.

Au plan individuel, l'accueil de la mort présente en nous, la prise en compte du caractère inéluctable de son travail de sape, l'acceptation de la temporalité irréversible, par la reconnaissance de notre finitude que nous pouvons accéder à l'ordre du vivant et devenir homme, pris dans un tissu relationnel dans lequel il respire. Etre humain, c'est aussi se connaître faillible, transgresseur sans devenir pervers, passionné sans impulsion hystérique, créateur sans être paranoïaque. C'est aussi prendre parole, se remettre en cause, défaire des liens, provoquer des ruptures en soi » (M. Fustier). « Etre humain, c'est accepter ses incohérences, ses contradictions, ses conflits, ses échecs, ses désirs et leur extravagance. C'est en quelque sorte savoir reconnaître qu'on peut avoir du chaos en soi et qu'on peut s'y confronter seul ou avec une aide extérieur. Ce à quoi l'individu dit normal, cuirassé dans ses certitudes, serait définitivement inapte. Dès lors, parler de sexualité au sein d'une équipe soignante institutionnelle, c'est prendre conscience des rapports contradictoires, voire paradoxaux qui existent entre l'individu et le collectif, entre le soi et le moi, entre le faillible de l'humain et l'universalité de la loi, entre la responsabilité du soignant face à la vulnérabilité de lui et de l'autre.

C'est ici, au creux de l'indicible, entre la mort et la vie auxquelles renvoie le sexuel, que prend place, la réflexion éthique, qui par le décalage et le réfléchissement qu'elle implique, peut permettre de passer de l'indicible à l'ineffable. Quand circule la parole vraie, quand le libre arbitre de chacun des soignants dans sa volonté d'autonomie, de liberté, dans l'obligation de justice assujettie à la loi institutionnelle s'exprime, alors peut s'envisager et se travailler en chacun des soignants et pour une équipe entière, la conscience d'une responsabilité première, fondamentale dont parle E. Levinas. Selon lui, cette responsabilité transcende la relation intersubjective. Selon lui, toute relation à autrui est fondamentalement dissymétrique, non réciproque, inégale. « Autrui souffrant ou non, nous renvoie à l'inconnu, hors du champ spatial ou conceptuel ». Autrui est « unique parce qu'il est unique ». L'autre fondamentalement n'est pas un être que nous rencontrons, qui nous menace ou qui veut

s'emparer de nous. L'altérité donne toute la puissance à celui qui, étranger à nous-même, reste questionnement au-delà de tout savoir. « L'altérité est l'essence de l'être ». La sexualité est au centre et fait se condenser aussi ces réflexions, nous renvoyant à l'individualité singulière qui nous fonde.

Ainsi, au sein de la relation soignante, l'autre souffrant s'impose à notre responsabilité et impose de consentir à un face – à – face sans intermédiaire, où dans une proximité avec l'autre, la distance se doit d'être intégralement maintenue. Cette responsabilité de soi pour autrui nécessite une conscience en éveil de la question du bien et du juste, et oblige chacun à garder vigilance et à poursuivre un cheminement laborieux sur ce que représente la fragilité humaine, l'irrémissible de la souffrance de l'autre et ce que représente le désir et ses avatars. Soigner, c'est transférer du meilleur à venir pour l'autre. C'est « consentir à la distance » par bienveillance, par empathie, parfois par mansuétude ou par compassion, et par responsabilité demander à l'autre quel est son tourment. Parole éthique au sein de la relation soignante. Simone Weill la commente ; Ne dit-elle pas avec grâce : « La plénitude de l'amour du prochain, c'est d'être capable de lui demander : quel est ton tourment ? » La sexualité nécessite la parole pour qu'elle s'humanise et qu'elle s'adoucisse. Prendre parole dans le soin n'est-ce pas prendre sa place d'humain faillible, toujours, et cherchant à accéder au toujours plus vrai, plus juste pour le patient, pour soi, pour l'équipe, pour autrui, pour le collectif.

Responsabilité donc, toujours première, de prendre distance avec son égo, avec autrui, pour laisser œuvrer et émerger le vivant de l'autre visage, qui requiert toute notre attention. N'est-ce pas là le sens même de la responsabilité ?

Références bibliographiques

- 1) Chauvin P. Il était une fois deux sexologues au fond des bois... ou intérêt et place de la sexologie en institution psychiatrique. Le journal de nervure journal de psychiatrie supplément ; novembre 1999 ; tome XII n° 8 ; 8-9.
- 2) Collectif. L'intimité et la relation soignant-soigné. Soins n° 652 ; février 2001 ; p. 31-51.
- 3) Collectif, Kaes R, Bleger J, Enriquez E, Fustier P, Roussillon R. L'institution et les institutions – Etudes psychanalytiques. Paris : Dund, coll. Inconscient et culture ; 1987.
- 4) Dekussche C. Sexualité : une zone d'ombre en institution. Infirmière magazine ; septembre 1998 ; 130 ; 20.
- 5) Dorey R, Collectif, Foucault M. L'interdit et la transgression. Paris : Dunod ; 1983.
- 6) Dupras A. La sexualité en institution psychiatrique : les avantages et les limites d'une politique. Information psychiatrique 1998 ; 74 n° 7 ; 693-698.
- 7) Elchardus JM. Ethique et sexologie. Psychologie médicale 1986 ; 18 n° 3 ; 455-458.
- 8) Foucault M. Surveiller et punir – naissance de la prison. Paris : Gallimard ; 1975.
- 9) Foucault M. Histoire de la sexualité – 3 – Le souci de soi. Paris : Gallimard ; 1984.
- 10) Foucault M. Histoire de la sexualité – 2 – L'usage des plaisirs. Paris : Gallimard ; 1984.
- 11) Foucault M. Histoire de la sexualité – la volonté de savoir. Paris : Gallimard ; 1976.
- 12) Fustier P. Objet transitionnel ou poupée gonflable ? Journal des psychologues 1992 ; 96 ; 44-47.
- 13) Genoud F, Schnarenberger C, Vuilleumier J. Intimité et vieillissement ou les personnes âgées et leurs intimités. Revue de gériatrie ; février 1994 ; 19 n° 2 ; 71-80.
- 14) Lévinas E. Le temps et l'autre. Quadrige / PUF ; 1998.
- 15) Lévinas E. Ethique et infini. Essais Poche ; 1997.
- 16) Lévinas E. Hors sujet. Essais Poche ; 1997.
- 17) Schwartz R. L'éthique médicale et les relations amoureuses entre un psychiatre et sa cliente. Revue de droit sanitaire et social n° 1 ; janvier – mars 2001 ; p. 59-62.
- 18) Vasseur C. Thérapie et sexe ou les dents de l'Amour. Psychiatrie française 1992 ; 4 ; 138-141.
- 19) Verdiglione A. La sexualité dans les institutions. Paris : Payot ; 1976.
- 20) Weill S. La pesanteur et la grâce. Agora Pocket ; 1991.