

*RHIZOME n.m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante,
souvent horizontale, émettant
chaque année des racines
et des tiges aériennes.*



Sexualités

Nicolas Chambon

Édito

La sexualité, dans les pays occidentaux, s'affirme dans sa pluralité. Ce titre « sexualités » nous invite alors à interroger les conséquences de cette affirmation plurielle et publique, notamment à propos des *effets* sur les vulnérabilités psychiques et sociales, tout autant que sur la clinique et l'Institution. Cette perspective, et c'est le premier enseignement des articles reçus, modifie le statut de la santé mentale. Elle est moins ce qui qualifie psychiquement le sujet que ce qui est convoqué quand il s'agit de venir étayer la personne dans ses choix. De ce numéro, retenons trois perspectives :

Sommaire

- 4 *Aspects cliniques sur le consentement à la sexualité à l'hôpital psychiatrique*
Alain Mercuel
- 5 > 6 *VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ?*
Gabriel Girard
- 7 *L'accompagnement juridique des personnes homosexuelles en demande d'asile*
Abdellatif Chaouite
Toriki Lehartel
Nathalie Bessard
- 8 > 9 *Liberté, Égalité, Sexualités !
L'accès de toutes et tous à la santé sexuelle, au-delà des inégalités*
L'équipe du Planning Familial 69
- 10 *Vivre avec l'homosexualité*
Isabelle Chollet
- 11 *« Est-ce de ma faute si mon pote s'est suicidé ? »*
Éric Verdier
- 12 > 13 *La transsexualité ou la défaite des théories de la sexualité*
Jean-Luc Swertvaegher
- 14 > 15 *Relations sexuelles : égalité devant la loi, inégalités en situation de handicap*
Eve Gardien
- 16 *L'accompagnement sexuel, un droit liberté ?*
Marcel Nuss
- 17 *Entretien avec Hélène Le Bail, Lotus Bus*
Hélène Le Bail
- 18 > 19 *Le sexuel ? Du traumatisme !*
Jacques Cabassut
- 20 *Actualités*

Sexualités publiques et politiques

Notre sexualité peut être une problématique politique et publique, ou tout du moins il y a un enjeu, pour certains d'entre nous, à ce qu'elle le soit. La version critique de ce constat fait du corps un objet du pouvoir souverain. Cette approche est abordée au sujet des demandeurs d'asiles homosexuels puisqu'un jugement, de droit, s'opère sur les pratiques sexuelles qui peuvent valoir le statut de réfugié s'il est démontré qu'elles peuvent être la cause des persécutions subies. Ici les agents de l'État participent d'un contrôle des corps et les cliniciens sont alors bien en mal pour soigner à partir d'un récit contraint.

Il y a une autre version qui fait de l'affirmation de sa sexualité un enjeu d'émancipation. « Jouissons sans entrave » scandait-on en Mai 1968. L'individu s'émancipe de ses groupes d'appartenances... pour mieux s'inscrire dans d'autres permettant la reconnaissance de sa singularité. Gabriel Girard documente comment la réponse au VIH a donné lieu à un mouvement social original redéfinissant la sexualité en tant qu'objet de santé publique. C'est alors l'État qui paradoxalement peut assumer un rôle de promotion de la santé sexuelle. Les pratiques sexuelles, dans leur diversité, sont une *affaire* de santé publique. Cette prévention apparaît être d'autant plus efficace, si elle n'est pas dans le jugement moral de ce qui serait une bonne sexualité. Ainsi le planning familial inscrit son action, notamment auprès des plus jeunes et des plus vulnérables, à l'aide de certains principes directeurs comme « l'accueil sans jugement ».

« Encore une fois, les intervenants en santé mentale sont aujourd'hui moins interpellés pour déterminer (et guérir) ce que sont les comportements anormaux et « pervers » que pour prendre soin de la personne, à partir de ce qu'elle est. »

À quel titre est convoquée la santé mentale ? Il est à ce titre intéressant de voir l'évolution de la psychologie et de la psychiatrie dans son rapport à l'homosexualité. Encore une fois, les intervenants en santé mentale sont aujourd'hui moins interpellés pour déterminer (et guérir) ce que sont les comportements anormaux et « pervers » que pour prendre soin de la personne, à partir de ce qu'elle est. Toujours est-il que l'affirmation de sa sexualité peut être un facteur de vulnérabilisation. Ainsi, l'association le Refuge héberge des jeunes homosexuels mis à la porte par leur famille. Il faut se soucier des effets sur la santé mentale pour les personnes dans l'affirmation de leur sexualité, mais aussi pour l'entourage, comme nous le rappelle le témoignage d'Éric Verdier sur l'incidence du « coming out ». L'injonction à être « soi-même » interpelle les acteurs de la santé mentale au titre de cette quête de soi mais aussi des impacts de ses propres choix...

La perspective soutenue par le centre Georges Devereux est paradigmatique de cette évolution. La proposition plus radicale – et controversée – de l'ethnopsychiatrie est de penser la transsexualité *autrement* « qu'à partir des théories de la sexualité qui fait passer les transsexuelles pour des malades mentaux ». Non seulement il y a un refus de les réduire à une pathologie, mais qui plus est il y a une revendication « d'avoir accès à toutes les ressources médicales qui existent pour enfin devenir ce que l'on est, sans être ni psychopathologisés, ni psychiatisés ». Cela serait alors au clinicien de s'adapter et de changer de logiciel de pensée pour reprendre les termes de Jean-Luc Swertvaegher.

Inégalités et sexualités

Le deuxième enseignement de ce numéro, et il est important de le rappeler, c'est qu'il y a des inégalités dans l'accès à la sexualité. Ces inégalités sont notamment sociales, de genre et liées aux situations d'handicap. Eve Gardien documente la fréquence moindre des relations sexuelles pour les personnes adultes dépendantes par rapport à la population générale.

Cela peut être vécu comme une injustice et participer à la revendication d'un droit à la sexualité. C'est la proposition de Marcel Nuss, qui appelle de ses vœux, à travers l'association Appas, à l'accompagnement à la vie affective, intime, sensuelle et/ou sexuelle, qualifié ici d'un « droit liberté ». Comment alors prendre en compte ces demandes qui viennent de personnes concernées? Surtout comment l'organiser alors que la revendication a une coloration très libérale: «L'accompagnement sexuel relève d'un choix individuel et tout choix a un coût, être ou devenir citoyen à part entière est à ce prix ». La proposition ici de fait exclut les plus précaires. Mais, il y a fort à parier que les associations, dispositifs et institutions qui accueillent des personnes en situation de précarité se retrouvent de plus en plus aux prises avec ces questions, et qu'ils ne peuvent plus mettre « sous le tapis ».

Veillons cependant à ne pas réduire cette question des inégalités à celle de « l'accès à la sexualité ». Dans les structures à destination des plus précaires, des professionnels soulignent que certains groupes sociaux sont plus exposés à la violence sexuelle. On rejoint en cela une caractérisation possible de la précarité. Il y a ceux, et surtout celles, qui sont des laissés pour compte de ce mouvement de libéralisation et qui peuvent *subir* ces évolutions. Revient alors la difficulté pour les intervenants à appréhender ce qui peut être de l'ordre de l'intimité...

Sexualités et cliniques

Le corps des sujets les plus vulnérables n'appartient plus à l'institution. Alain Mercuel nous rappelle que « dans les anciens asiles, la prise en charge des patients se déroulait « vie entière » ou presque. Les relations sexuelles se multipliaient dans certains endroits appréciés des patients et feints d'être ignorés par les soignants ». L'évolution des établissements de santé invite aujourd'hui les professionnels à autoriser – ou non – les actes sexuels dans les établissements. La clinique du consentement à la sexualité consiste alors à évaluer si souffrance et nuisance il y a.

Mais ne nous payons pas de mots: il y a une permanence de concepts théoriques qui sont pensés comme fondamentaux dans le champ santé mentale. Il y a alors un enjeu à boucler ce numéro par ce qui apparaît comme étant constitutif de l'activité clinique avec Jacques Cabassut: « Le vivre ensemble des hommes dépend du frein à la pulsion » nous remémore-t-il avec Freud. La sexualité est à la fois une menace pour l'humanité et le moyen par laquelle elle se réalise. À voir comment les cliniques se situent au regard des bouleversements et autres revendications documentées dans ce numéro. Comment alors les professionnels du champ de la santé mentale peuvent être interpellés sur cette problématique et participer à la prévention, voir à l'éducation sexuelle? Est-ce que les cliniciens se satisfont d'intervenir sur la « gestion des conséquences », ou ces évolutions permettent-elles de redéfinir ce qui justement est au cœur des théories et pratiques cliniques? Et c'est peut-être là l'enjeu le plus intéressant.

Bonne lecture...



Alain Mercuel

Psychiatre, service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale »
Centre Hospitalier Sainte-Anne
Paris

Aspects cliniques sur le consentement à la sexualité à l'hôpital psychiatrique

Le consentement à la sexualité en institution hospitalière évolue selon l'histoire. Dans les anciens asiles, la prise en charge des patients se déroulait « vie entière » ou presque. Les relations sexuelles se multipliaient dans certains endroits appréciés des patients et feints d'être ignorés par les soignants... Par contre, interdiction totale de rapports sexuels dans les unités de soins.

Les temps changent, l'hôpital s'est transformé grâce aux thérapies, médicamenteuses, psychothérapeutiques, institutionnelles. Un lieu de vie devenu un lieu de soins voire maintenant un lieu de soins intensifs comme nous en rencontrons dans les autres disciplines ou spécialités en médecine. Les séjours se raccourcissent, les frustrations sexuelles moins pénibles à supporter. L'hôpital a gardé sa fonction d'accueil et de mixité sociale, véritable lieu public, un lieu du public, un lieu de service public. L'ère des règlements et procédures est venue l'envahir, certes, mais si de nos jours le règlement intérieur d'un établissement de santé ne peut ni interdire ni autoriser de principe les rapports sexuels librement consentis, ceux-ci ne peuvent malgré tout troubler l'ordre public.

Primum non nocere...

La clinique du consentement à la sexualité en établissement de santé pourrait se condenser en un principe simple d'apparence : la sexualité est un droit mais l'exercice de ce droit ne doit pas nuire. **Ne pas nuire à soi-même.** Cette notion renvoie à la perte de capacité lors d'un état mental perturbé, à la perte de compétence (partielle ou totale, permanente ou temporaire) à faire son propre choix. Dès lors, le patient, sa famille ou son entourage, tout dispositif de défense des patients-usagers-clients, pourraient se plaindre séparément ou ensemble, que l'établissement n'ait pas su protéger son supposé soigné de ses agissements sexuels débordants, lors d'un état maniaque par exemple. S'ajoutent à cela les possibles contaminations d'infections sexuellement transmissibles. De même, des situations complexes apparaissent lors de grossesses secondaires à des rapports demandés dans des moments hors d'état de (se) conduire.

Ne pas nuire à autrui est l'aspect qui suit ce consentement à la sexualité. Là aussi, du patient aux dispositifs divers et variés de défense, tous pourraient se plaindre de l'établissement sur son incapacité à protéger toute personne accueillie des agissements sexuels d'autres patients et des conséquences qui s'en suivent. La capacité à refuser un rapport sexuel peut être abolie ou simplement altérée et peut donc conduire à des rapports « forcés », avec les mêmes conséquences que celles évoquées ci-dessus. Ne parlons pas des mineur-e-s de 15 ans accueilli-e-s dans les services dits « adultes ».

Ne pas nuire aux tiers présents! La monstration ou la démonstration d'une sexualité en public assaille la protection des personnes vulnérables qui pourraient être déstabilisées par de tels agissements, voire incitées ou invitées à participer à ces ébats consentis... ou pas.

Les défenses mises en place lors de l'effroi que peut procurer sa propre folie ou celle des autres, peuvent conduire à souhaiter une sexualité dans un lieu de soins. Mais que signifie ce désir en ce lieu-là? Cette expression d'une sexualité désirée, consentie, est portée par certains soignants. Mais cette réalisation de sexualité s'il convient qu'elle n'est pas acceptable en service de réanimation médicale ou chirurgicale, pourquoi le serait-elle en services de réanimation psychique que représentent actuellement les services de psychiatrie? Ce souhait de sexualité dans un tel lieu représente pour certains soignants un signe clinique d'inadaptation et peut être traité comme tel dans le cadre du projet de soins. Ainsi, en hôpital, le rapport de la personne à la responsabilité de ses actes, notamment celle de proposer ou de consentir à un acte sexuel est une interrogation clinique, médicale. Imaginons un déficient mental souhaitant sodomiser une dame âgée qui ne dit mot... donc consent? Les équipes soignantes ne peuvent que demeurer ultra vigilantes sur le recueil du consentement, c'est-à-dire là, exprimé clairement.

« Je sens que je vais conclure... »

Le temps hospitalier est un temps de protection mais aussi de vulnérabilité liée aux troubles, aux effets des psychotropes éventuels, à la dépersonnalisation parfois nécessaire pour se protéger d'un délire. Favoriser la vie affective et plus si affinités est une des composantes du projet thérapeutique qui peut pousser les patients à s'apparier. Soit. L'envie de s'approcher, se rapprocher, se lier, vérifier que tout marche « comme à l'extérieur » et que les codes sont finalement les mêmes, tend à recréer ces attirances ou ces rejets. Par ce jeu, le patient recrée des rapports de force qui lui permettent de se sentir vivant en face des soignants et non plus passif. Quant à leur sexualité, elle doit s'épanouir dans un lieu de leur choix (hôtel, domicile, ou tout autre...). Tout ceci suppose une information libre et éclairée sur les maladies et infections sexuellement transmissibles, sur la contraception, sur le suivi de grossesse éventuelle. Les distributions de préservatifs, les consultations de gynécologie ou d'information et d'orientation des hommes et des femmes au désir de plaisir sont autant de médiations pour aborder ces sujets.

Accepter la sexualité en établissement de santé si et seulement si il n'apparaît pas plus de souffrances après... qu'avant : remords, regrets, vécu d'abus ou de maltraitance, etc... Ce qui suppose donc de rester en lien très étroit avec les personnes que nous devons accompagner, leur favoriser des liens d'urgence de parole et d'expression de leurs désirs.

Gabriel Girard

Sociologue, post-doctorant à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
www.gabriel-girard.net

VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ?



Apparue au début des années 1980, l'épidémie de VIH¹/sida a profondément transformé la compréhension et la prise en charge de la sexualité dans les sociétés contemporaines. Historiquement, d'autres maladies sexuellement transmissibles l'ont précédé, comme la syphilis. Mais le VIH s'en distingue à plusieurs titres. D'abord par son issue mortelle à courte échéance, en l'absence de traitement. Ensuite par les caractéristiques sociologiques des personnes affectées dans les pays du Nord : de jeunes adultes, pour la plupart issus des minorités sexuelles, racisées et/ou de populations précarisées. Enfin, la réponse au VIH a donné lieu à un mouvement social original, qui a contribué à redéfinir la sexualité en tant qu'objet de santé publique.

1981 – 1995 : l'urgence de comprendre et d'agir

La découverte des premiers cas de sida, en juin 1981 aux États-Unis, résonne comme un coup de tonnerre. De jeunes hommes, homosexuels, sont emportés en quelques semaines par des maladies habituellement associées à un système immunitaire déficient. Très vite, des cas similaires sont

identifiés dans d'autres régions du monde, suscitant une inquiétude grandissante. Dans les communautés gaies anglo-saxonnes, la mobilisation se dessine : les malades meurent souvent isolés, car rejetés par leur famille ; mais les premiers activistes craignent également que la nouvelle maladie serve de prétexte à une réaction morale vis-à-vis des modes de vie homosexuels. En 1983, le VIH est identifié, et ses modes de transmission sont établis avec certitude : les sécrétions sexuelles, le lait maternel et le sang.

Avec la mise sur le marché des tests de dépistage, on prend conscience de l'ampleur de la maladie. Le VIH s'est diffusé, à bas bruit. Les homosexuels sont particulièrement touchés, mais aussi les toxicomanes et certaines communautés issues d'Afrique et des Caraïbes. Pour les pouvoirs publics, les caractéristiques de l'épidémie posent problème. Aux États-Unis, l'administration Reagan répugne à prendre en charge une maladie des minorités sexuelles et raciales. En France, le malaise est palpable : comment communiquer sur le sida sans parler d'homosexualité ? Paradoxalement, les outrances d'un Jean-Marie Le Pen, qui prône la création de « sidatoriums », suscitent une réaction salutaire : les autorités de santé, aiguillées par les associations, s'orientent vers une prise en charge libérale de l'épidémie, fondée sur l'information du public et la responsabilisation des patients².

AIDES, créée en 1984, joue un rôle décisif dans l'orientation des politiques de santé publique sur le sujet³. L'association se définit comme généraliste, c'est-à-dire qu'elle accueille en son sein des personnes atteintes et leurs proches, indépendamment de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou du genre. Inspirée par la santé communautaire, AIDES offre un réseau de solidarité, mais assume également une mission d'information et de prévention de proximité. Après plusieurs années d'inaction, les pouvoirs publics s'impliquent : en 1987, la promotion du préservatif est autorisée, de même que la vente libre des seringues. Dans le même temps, l'État finance des campagnes de prévention grand public et soutient les campagnes associatives ciblées⁴.

Au tournant des années 1980, la réalité dramatique de l'épidémie s'impose. Le nombre de décès est croissant, décimant des réseaux d'amis et de connaissances. Dans ce contexte, les réticences de la santé publique à aborder l'homosexualité ou la toxicomanie dans les campagnes de prévention suscitent des réactions de colère. La création d'Act Up-Paris, en 1989, constitue une réponse à l'exaspération et au désespoir d'une partie des malades. Par ses modes d'action radicaux, mais aussi par sa mise en cause frontale des manquements des pouvoirs publics, la nouvelle association marque les esprits⁵.

De 1985 à 1995, l'appréhension de la sexualité par la santé publique s'est profondément transformée, rompant avec le traitement paternaliste et hygiéniste des épidémies. Malgré

¹ Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

² Pinell, P. (dir.) (2002). *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Paris : Presses Universitaires de France.

³ Defert, D. (2014). *Une vie politique*. Paris : Éditions Seuil.

⁴ Paicheler, G. (2002). *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris : CNRS Éditions.

⁵ Broqua, C. (2006). *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*. Paris : Presses de sciences Po.

les pressions de l'Église catholique, l'État assume un rôle de promotion de la santé sexuelle, centrée autour de l'utilisation du préservatif et le recours au test de dépistage. La reconnaissance, même timide, de la diversité des pratiques et des orientations sexuelles s'inscrit dans ce mouvement. Ce déplacement politique s'appuie sur un partenariat – parfois conflictuel – avec les associations de patients. Le positionnement de la santé publique dessine les contours d'une nouvelle conception de la prévention fondée sur le refus de la coercition, et la prise en charge responsable et informée de la sexualité par les individus. Une démarche qui accompagne la reconnaissance sociale – et légale – de l'homosexualité.

Depuis 1996 : une normalisation paradoxale

La mise sur le marché de traitements efficaces face au VIH, en 1996, reconfigure profondément l'expérience de la maladie. Les trithérapies réduisent radicalement la mortalité et offrent aux séropositifs la possibilité de retrouver une vie presque normale : « vivre avec » le VIH à long terme devient envisageable. À l'ère des traitements antirétroviraux, la prévention est confrontée à de nouveaux défis.

D'abord, grâce aux médicaments, nombre de personnes séropositives se réengagent dans la sexualité, et de nouveaux besoins émergent : comment gérer les risques au mieux ? Est-il souhaitable de dévoiler son statut sérologique à ses partenaires ? Les acteurs de prévention s'attèlent à élaborer des outils adaptés. La seconde moitié des années 1990 voit aussi apparaître des préoccupations quant au « relâchement » de la vigilance préventive, déjà perceptible depuis le début de la décennie. Les déterminants sociaux des prises de risque ont déjà été documentés : le manque d'information, la consommation de produits psychoactifs ou les rapports de pouvoir dans les relations.

Dans les communautés homosexuelles, des controverses se cristallisent autour d'un terme, le « barebacking », qui signifie « monter à cheval sans selle » dans le milieu du rodéo ; et qui a été approprié par certains gais pour désigner le choix de rapports sexuels sans préservatif. Malgré son caractère minoritaire, le phénomène suscite des débats virulents dans le milieu gai, où il est compris comme une remise en question de la norme de l'utilisation systématique du préservatif⁶.

L'histoire de la prévention du VIH/sida est marquée par une volonté d'émancipation vis-à-vis de cadres interprétatifs « pathologisants » la prise de risque. Dans le champ de l'homosexualité ou de la toxicomanie, les intervenants et les communautés ont plutôt mis l'accent sur la rationalité des acteurs, à même d'opérer des choix responsables pour leur santé. Pour autant, cette lecture n'épuise pas les débats autour du risque : les travaux de psychologues et de psychanalystes ont été régulièrement mis à profit. C'est par exemple le cas des recherches menées par Hubert Lisandre sur les fondements psychiques du « relâchement » préventif⁷. Mais plus récemment, c'est aussi le cas avec les études sur les prises de risque « volontaires » et le barebacking⁸. Dans un autre registre, les analyses du risque en termes de compul-

sion ou d'addiction (notamment sexuelle), très populaires aux États-Unis, connaissent un écho non négligeable en France⁹.

On savait les traitements très efficaces pour contenir le VIH et permettre de « vivre avec ». En 2007, des médecins suisses jettent un pavé dans la mare en affirmant que les antirétroviraux sont très efficaces pour empêcher la transmission. En effet, à condition d'être observant, et en l'absence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), les traitements rendent la charge virale « indétectable », et réduisent radicalement le risque d'infection. Dans la foulée de cette avancée biomédicale, d'autres approches sont à mise à l'étude comme la Prophylaxie pré-exposition (PrEP), la prise de traitement anti-VIH par des individus séronégatifs exposés au risque. Les essais sont concluants et la PrEP s'ajoute à l'arsenal de la prévention : en France, cette approche est prise en charge depuis janvier 2016.

« L'histoire de la prévention du VIH/sida est marquée par une volonté d'émancipation vis-à-vis de cadres interprétatifs « pathologisants » la prise de risque. »

Cette biomédicalisation de la prévention marque sans conteste une nouvelle ère de la prise en charge des risques sexuels. Dans ce contexte, l'expertise associative se recompose. La complexification des approches – on est passé du « tout préservatif » à une prévention combinant une diversité d'outils – conduit les différents acteurs à se repositionner. AIDES s'affirme comme un partenaire communautaire de recherche, en s'impliquant dans plusieurs projets au même titre que les chercheurs. Pour d'autres, la médicalisation de la prévention est l'occasion de réaffirmer une expertise critique. Deux associations, Act Up-Paris et The Warning, jouent notamment ce rôle via leurs sites internet respectifs¹⁰.

Une « épidémie politique »

L'après trithérapies voit aboutir certaines des revendications issues de la première décennie de lutte contre le sida. Le vote du Pacte civil de solidarité (PaCS) en 1999 traduit la reconnaissance sociale des couples de même sexe et, plus largement, de l'homosexualité dans la société française. On s'aperçoit ainsi que l'épidémie de sida, en révélant des situations d'injustices et de discriminations, a servi de levier à l'affirmation des minorités. On pense ainsi aux revendications pour la prise en charge des sans-papiers malades, ou plus récemment à l'affirmation des mouvements trans et aussi ceux des usagers en santé mentale. Depuis le début des années 2000, les acteurs de la lutte contre le VIH/sida font face à un processus de normalisation « paradoxale »¹¹ : la maladie est devenue chronique, et elle disparaît progressivement de l'espace public. Mais dans le même temps, les préjugés et les discriminations envers les séropositifs perdurent.

⁶ Girard, G. (2013). *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

⁷ Lisandre, H. (dir.) (1994). *Les homosexuels et le safer sex. Contribution psychanalytique à la prévention du sida. Rapport de recherche* repéré à : http://www.france.qrd.org/media/rage/ssr94/rapport_final.pdf

⁸ Bonny, P. (2010). *Homosexualités et prises de risque : le sujet divisé*. Repéré à : <http://vih.org/20100826/homosexualite-et-prises-risques-sujet-divise/57482>

⁹ Vörös, F. (2009). L'invention de l'addiction à la pornographie. *Sexologie. Revue européenne de santé sexuelle*, 18(4), 270-276.

¹⁰ <http://www.reactup.fr/> ; <http://thewarning.info/>

¹¹ De Busscher, P.O. et Broqua, C. (2003). La crise de la normalisation : expériences et conditions sociales de l'homosexualité en France. Dans C. Broqua (dir.) et al., *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Éditions ANRS.

Abdellatif Chaouite

Anthropologue
Rédacteur en chef de la revue *Écart d'identité*
Grenoble

Toriki Lehartel

Président de l'association *À Jeu Égal*
Administrateur du centre *LGTB de Grenoble*
Membre de la commission de soutien aux réfugié-es *LGTBI de Grenoble*

Nathalie Bessard

Juriste référente asile de l'association *Adate*
Grenoble

L'accompagnement juridique des personnes homosexuelles en demande d'asile

Le contexte juridique

Les causes de persécutions permettant d'obtenir le statut de réfugié sont très encadrées : l'origine ethnique, la religion, les opinions politiques, la nationalité, l'appartenance à un groupe social. Depuis l'entrée en vigueur de la loi réformant le droit d'asile, le 1^{er} novembre 2015¹, l'orientation sexuelle devient légalement un groupe social².

Pour qu'une personne homosexuelle obtienne le statut de réfugiée, elle doit démontrer qu'elle a été persécutée ou qu'elle craigne d'être persécutée en raison de son orientation sexuelle, réelle ou présumée. Dès que cette personne « prouve » son homosexualité, le simple fait de provenir d'un pays réprimant l'homosexualité doit lui permettre d'obtenir le statut. Aussi, il ne devrait pas être opposé à un-e homosexuel-le le fait qu'il-elle pourrait parfaitement vivre dans son pays en cachant son homosexualité. Malheureusement, ces considérations ne tiennent généralement pas compte des réalités sociales qui diffèrent souvent, selon les régions, les législations et juridictions étatiques.

La réforme introduit un point moins médiatisé que d'autres, la possibilité de regroupement familial pour les concubin-e-s. Jusque-là, pour de nombreuses personnes homosexuelles réfugiées, cette discrimination semblait insupportable, et leur donnait parfois l'impression d'être des réfugiées de seconde zone. En effet, dans tous les pays où l'homosexualité est interdite, le mariage entre personnes de même sexe est, a fortiori, interdit. Or, en matière de mariage, la loi de l'État dont le demandeur a la nationalité s'applique. Cette situation semblait injuste pour de nombreux-euses demandeurs-euses qui souffraient d'être séparé-e-s de leurs concubin-e-s.

L'accompagnement socio-juridique

La première étape de l'accompagnement est d'exposer à la personne demandeuse qu'elle est désormais libre de vivre son orientation sexuelle, et qu'en plus elle bénéficie de protection juridique contre les actes et propos homophobes et transphobe. Il s'agit d'un premier pas qui est parfois complexe car plusieurs facteurs viennent freiner cette réappropriation de leur vie sexuelle.

Le premier facteur est le poids de la communauté-même (de nationalité ou d'ethnie). Arrivées en France, ces personnes, comme d'autres demandeurs-euses, sont en effet principalement aidées, orientées et conseillées par des membres de leurs communautés. Nombreuses parmi elles se trouvent ainsi contraintes de continuer à mentir sur les motifs de leur venue pour ne pas perdre le soutien des leurs. Les représentations négatives, continuent de sévir dans les mêmes groupes ethniques ou nationaux déplacés.

Le second facteur est la cohabitation avec des personnes en demande d'asile dont une grande partie provient de pays où certaines pratiques homosexuelles sont réprimées ou au mieux non tolérées. Dans leurs échanges quotidiens, les demandeurs-euses d'asile homosexuel-le-s cachent souvent leur orientation à leurs

colocataires. La confidentialité des échanges étant exacerbée au sein des centres d'hébergement, il n'est pas rare que les demandeurs-euses homosexuel-le-s demandent à leurs accompagnateur-trice-s d'être extrêmement vigilant-e-s sur les motifs de leur venue.

Pour pallier cette peur et l'isolement du-de la demandeur-euse d'asile, l'intervenant-e social-e oriente souvent la personne vers des associations *LGTB*³, engagées et reconnues pour leur accompagnement des personnes « réfugié-e-s sexuel-le-s ». En leur proposant des moments d'écoute bienveillante et de convivialité, ces associations leur proposent des espaces et des accompagnements pour se reconstruire en se réappropriant leurs orientations affectives et sexuelles.

L'autre moment important et périlleux pour ces « exilés sexuels » est l'étape de la rédaction du récit de vie ou du recours. L'intervenant-e socio-juridique doit aider le-la demandeur-euse d'asile à démontrer qu'il-elle est effectivement homosexuel-le. La difficulté majeure provient du fait que, comme pour toutes les autres catégories, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (l'Ofpra) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) semblent considérer que le-la demandeurs-euses doit rentrer dans des « cases ». Or, ces cases reflètent en fait l'imaginaire de notre société occidentale, avec ses préjugés et clichés. Leurs critères sont souvent éloignés des réalités et particulièrement de la façon dont les demandeur-euse-s d'asile vivent personnellement leur sexualité. Ainsi, de nombreuses questions qui leur sont posées contiennent des injonctions à correspondre à un profil particulier pour prouver son homosexualité (la lesbienne camionneuse, le gay maniéré, etc.). Ces injonctions poussent parfois la personne à modifier son discours, voire sa personnalité, pour tenter d'entrer dans ces cases. Pour une personne qui a dû taire son attirance affective ou sexuelle et donc cacher sa véritable « personnalité » pendant des années, le fait de devoir feindre, une fois de plus, une fausse image de sa sexualité entrave le travail d'accompagnement de ces personnes⁴.

La question de l'homosexualité pose non seulement celle de l'intimité (sur le plan personnel) mais celle de la reconnaissance à la fois juridique et mentale des singularités dans la pluralité sociale. Les demandeurs d'asile homosexuels proviennent de pays dans lesquels l'expression de la sexualité d'un individu en public n'est pas acceptable, voir taboue. L'imprégnation des instances classiques de socialisation, conjuguée à des politiques conservatrices ou répressives dans beaucoup de pays (d'Afrique, du Moyen-Orient et de certains pays asiatiques notamment), mais aussi le poids des préjugés, voire des dénis dans nos propres pays, où ces questions ne se résument pas à la seule législation, continuent d'exposer ce groupe social à différentes discriminations, directes et indirectes. Les accompagnateur-trice-s socio-juridiques et de *LGTB* se trouvent au croisement de cet imbroglio juridico-politico-culturel : ils-elles ont pour mission d'aider à protéger les « réfugiés sexuels » en appui sur la loi.

¹ Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile, entrée en vigueur en novembre 2015. Repéré à : <http://www.gouvernement.fr/action/le-droit-des-etrangers-et-la-reforme-de-l-asile>

² Art. L 711-2 Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA).

³ Lesbiennes, gays, transsexuels et bisexuels (LGTB).

⁴ CJUE - Communiqué de Presse - Arrêt dans les affaires jointes C-148/13 à C-150/13 A, B, C / Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. La Cour de Justice de l'Union Européenne avait pourtant condamné ce système, en considérant que « l'évaluation des demandes d'asile sur la seule base de notions stéréotypées associées aux homosexuels ne permet pas aux autorités de tenir compte de la situation individuelle et personnelle du demandeur concerné. L'incapacité d'un demandeur d'asile de répondre à de telles questions n'est donc pas, à elle seule, un motif suffisant pour conclure au défaut de crédibilité du demandeur ». Cependant, cette situation semble perdurer.

Liberté, Égalité, Sexualités ! L'accès de toutes et tous à la santé sexuelle, au-delà des inégalités



Le Planning Familial 69 est une association qui gère un Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF¹) à Villeurbanne (Rhône) ainsi qu'un dispositif d'accès à l'information pour les jeunes dans les coteaux et les monts du Lyonnais.

Nous accueillons environ 8000 personnes par an pour des entretiens d'écoute, d'information et des consultations médicales. Les demandes des personnes portent essentiellement sur la contraception, l'IVG², la vie affective et la sexualité, la conjugalité, la grossesse, le suivi gynécologique, les IST³.

Le Planning est connu comme un lieu d'accueil pour les jeunes, notamment pour celles et ceux qui souhaitent la confidentialité et un accès gratuit à une consultation médicale, ainsi qu'aux moyens de contraception. Ainsi le public reçu est composé à 75 % de 15-24 ans. Mais nous sommes ouverts à tout public et nous recevons d'ailleurs de plus en plus de demandes de salariées, de plus de 25 ans, ayant du mal à accéder aux soins gynécologiques en ville (manque de gynécologue, problème de dépassement d'honoraires). Nous avons également pour mission de prendre en charge les personnes non assurées sociales pour ces demandes.

La majorité des personnes reçues sont des femmes (95 %). Nous rencontrons plus de garçons lors de nos interventions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

Notre activité a beaucoup augmenté ces dix dernières années. Nous sommes actuellement à un seuil de saturation : deux mois d'attente pour les rendez-vous médicaux sauf urgence, et manque de place dans nos locaux exigus. La demande pour des interventions d'éducation à la sexualité s'est diversifiée : secteur du handicap, maison familiale rurale, mission locale... mais nous manquons de moyens pour pouvoir y répondre.

Une éducation à la sexualité qui permet aux adolescent-e-s de faire leurs propres choix

Aujourd'hui les adolescent-e-s ont de multiples sources d'information : école, médias, famille, réseau amical. De plus, internet offre une multitude d'informations ainsi que l'accès à des sites pornographiques.

Notre rôle en éducation à la sexualité consiste à les aider à développer un regard critique, à travailler leur sens du discernement sur les différentes représentations véhiculées par cette multitude de sources et les injonctions implicites qui en découlent : la « performance » pour les garçons, et la « disponibilité permanente » pour les filles.

Bien qu'ils-elles puissent évoquer, parfois dans un langage « cru », des pratiques sexuelles qu'ils-elles ont pu visionner ou dont ils-elles ont entendu parler, ils-elles manquent souvent d'informations simples et précises concernant leur propre corps : le clitoris, par exemple, reste un grand inconnu pour beaucoup des filles, comme des garçons. Beaucoup de questions se posent autour de la virginité également. L'expression et le questionnement autour de leurs représentations permettent d'ouvrir la discussion et de casser quelques idées-reçues. Comment définir la virginité : est-ce une simple rupture d'hymen, une question de pénétration ? Filles et garçons sont-ils-elles invité-e-s à y accorder la même importance dans notre société ?

Malgré les évolutions de ces dernières décennies, notamment d'un point de vue législatif, la sexualité reste bien sûr empreinte de normes (contraceptives, familiales, sexuelles, affectives, etc..) qui peuvent être des obstacles à l'appropriation de sa sexualité et de sa vie affective. Notre société reste par exemple très « hétéronormée », c'est-à-dire qu'elle prend comme schéma systématique le couple hétérosexuel et ceci peut fragiliser l'estime de soi des personnes homo ou bisexuelle et donc compromettre leur santé psychique. D'ailleurs, le taux de suicide est plus élevé que dans la population générale chez les personnes homosexuelles ou bisexuelles⁴. Avoir une façon de parler incluant les différentes orientations sexuelles lors des séances collectives, ne pas présumer de l'orientation sexuelle des personnes rencontrées, proposer des représentations des sexualités homo ou bisexuelles : autant d'actes indispensables pour permettre aux jeunes de se construire plus facilement.

¹ Il existe 17 CPEF sur le territoire du Grand Lyon, gérés par la Métropole, des associations ou les hôpitaux. Un seul, celui de Villeurbanne, est géré par l'association Planning Familial.

² Interruption volontaire de grossesse (IVG).

³ Infection sexuellement transmissible (IST).

⁴ INPES. (2014). *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire*.

Nous travaillons également sur la notion du consentement pour que chacun et surtout chacune puisse exprimer et faire reconnaître son désir et ses limites, dans une société marquée par les inégalités entre femmes et hommes. L'éducation à la sexualité et à la vie affective est en effet indispensable pour la prévention des violences sexuelles. Comment dire son consentement ? Comment interroger l'autre sur le sien ? De nombreuses questions sont à travailler pour lutter contre les violences sexuelles. Rappelons qu'il est estimé que chaque jour plus de 200 viols ont lieu en France, dont la plupart des auteurs sont, précisons-le, connus de la victime.

Un accueil sans jugement

La France est un des pays où la couverture contraceptive est la plus développée⁵, où l'utilisation du préservatif au premier rapport est massive⁶. Selon le Baromètre Santé 2010, 90 % des jeunes de 15-24 ans ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Pour autant, c'est souvent une prise de risque qui motive un passage au Planning Familial.

Dans les entretiens individuels que nous réalisons, nous veillons à ne pas être dans l'injonction ou le jugement face à ces prises de risque qui peuvent nous être rapportées. Notre objectif est d'aider la personne à analyser la situation qui l'a conduite à prendre un risque (doute sur sa fertilité, méconnaissance des risques VIH⁷, difficulté à négocier le préservatif...) et de lui proposer différents moyens afin de réduire les risques à l'avenir ; moyens qu'elle pourra choisir d'utiliser ou non.

Au-delà de ce travail sur les risques (IST, grossesse non prévue), nous revendiquons une approche positive de la sexualité qui sait aussi se détacher de ces derniers pour s'intéresser aussi à la relation, au plaisir, à l'estime de soi... Il s'agit, dans un entretien ou une consultation, de permettre à la personne de s'exprimer sur son ressenti, son histoire, ses relations.

Notre approche consiste également à produire une pratique réflexive, qui nous amène régulièrement à interroger les évidences qui sont souvent véhiculées par les médias, notamment en ce qui concerne par exemple, les jeunes, les personnes migrantes, ou dites « issues de l'immigration ». Il s'agit donc dans notre travail quotidien de déconstruire ces allants de soi en se détachant d'une approche culturaliste ou essentialiste lorsqu'il s'agit d'accueillir des personnes en parcours de migration ; ou en s'appuyant sur des données en sciences sociales pour nous éloigner de l'archétype « du-de la » jeune qui aurait nécessairement des conduites à risque.

La pratique de l'écoute active nous permet de distinguer les difficultés spécifiques auxquelles doit faire face une personne et son identité singulière. Une femme en parcours de migration peut faire face à des problématiques de précarité, et il faut les prendre en compte, mais ce n'est pas systématique. Une femme en demande d'IVG n'est pas forcément une femme qui prend à la légère sa contraception.

Cette approche sans jugement doit permettre à toute personne de se sentir accueillie, écoutée et prise en compte dans sa singularité, et ce qu'elle que soit son orientation sexuelle, son identité de genre, sa situation de handicap ou non, son origine ou son éventuel parcours migratoire. Elle nous demande de travailler sur nos propres représentations, par exemple, de la sexualité des personnes en situation de handicap.

Travailler pour l'égalité des territoires

Notre pratique en milieu rural nous permet de constater d'importantes inégalités territoriales dans l'accès au soin et à l'information en santé sexuelle. Les problématiques de mobilité et de confidentialité se posent particulièrement dans ces territoires. Des dispositifs itinérants comme le nôtre (permanence dans les MFR⁸ et les espaces jeunes) répondent à une partie de ces difficultés mais ne sont pas suffisamment développés. « Comment avoir accès à une contraception d'urgence lorsque vous n'avez pas de moyen de locomotion et que la pharmacienne du village est de/ou connaît votre famille ? »

Le planning Familial : un organisme de formation

Chaque année nous proposons deux formations à destination des professionnel-le-s ayant une mission éducative auprès d'adolescent-e-s, qui mènent des interventions collectives en éducation à la sexualité (infirmier-e-s scolaires, sages-femmes, CPE⁹, professeur-e-s de l'Éducation nationale, assistant-e-s sociale, conseiller-ère-s conjugales et familiales, chargé-e-s de projet, éducateurs-rices...).

Ces deux formations, « Éducation à la sexualité et contraception, IST, IVG » et « Sexualité et interculturalité »¹⁰ sont co-animées par la chargée de formation et des conseillères conjugales et familiales. Elles abordent à la fois la pratique (d'écoute, d'accueil, d'intervention), la théorie (sociologie, anthropologie, psychologie) et la démarche de déconstruction des représentations (autour de l'IVG, des pratiques contraceptives des « jeunes », de la notion de « culture », etc.).

Liberté, Égalité, Sexualités

Pour conclure, rappelons que le Planning Familial, créé il y a 60 ans, est un mouvement féministe d'éducation populaire : il milite pour l'égalité femmes/hommes. Les rapports de genre ont des conséquences spécifiques dans le domaine de la sexualité, il est fondamental pour nous de contribuer à les déconstruire pour que chacun-e ait la possibilité de vivre une sexualité épanouie, libre et sans violence.

« Au-delà de ce travail sur les risques, nous revendiquons une approche positive de la sexualité... pour s'intéresser aussi à la relation, au plaisir, à l'estime de soi. »

Au moment où le droit à l'avortement est menacé en Europe (exemple récent de la Pologne) nous restons mobilisé-e-s pour défendre le droit des femmes à disposer librement de leur corps (éducation à la sexualité, contraception, IVG...).

Nous nous battons contre les différentes formes de discriminations et d'inégalités des droits, avec des actions dans le champ de la santé et dans le champ politique pour la prise en compte de la sexualité des personnes en situation de handicap, pour l'accès aux soins des personnes migrantes, contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle. D'où notre slogan « Liberté, égalité, sexualités ».

⁵ Repéré à : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population_societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf

⁶ Repéré à : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC13f_VE6_sante.pdf

⁷ Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

⁸ Maison familiale rurale (MFR).

⁹ Conseiller principal d'éducation (CPE).

¹⁰ Les plaquettes de ces formations sont disponibles sur le site : <http://www.leplanning-rhonealpes.org>

Isabelle Chollet

Psychologue
Association le Refuge
Montpellier

Vivre avec l'homosexualité

Le Refuge

Le Refuge est une association fondée en 2003 à Montpellier par Nicolas Noguier, actuel président, pour accueillir des jeunes de 18 à 25 ans, filles et garçons, en situation d'isolement du fait de leur attirance pour des personnes de même sexe. L'association compte actuellement 15 délégations et antennes dont 14 proposent de l'hébergement. Il y a 4 090 adhérents, 350 bénévoles pour 1100 000 € de budget national. Les axes prioritaires sont notamment la formation et l'intervention dans les établissements scolaires afin de sensibiliser les jeunes adolescents à la problématique de l'homophobie, la prévention des pratiques à risque et la lutte contre le suicide. Il est d'ailleurs à noter que le Refuge participe depuis 2012 à l'Observatoire national du suicide dont il est membre fondateur et qu'il est en train de réaliser une recherche sur la prévention du suicide dans six de ses délégations.

Le regard sur l'homosexualité évolue et de fait, modifie les pratiques de certains professionnels. En regardant par exemple les pratiques psychiatriques, il est heureux de constater que l'appréhension de l'homosexualité a évolué : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a attendu 1993 pour rayer l'homosexualité de la liste des maladies mentales. Certains psychologues considèrent « soigner » l'homosexualité.

Même si nous rencontrons encore aujourd'hui des professionnels de la relation d'aide homophobes de façon consciente ou non, la question de l'accompagnement des personnes homosexuelles a évolué même si la formation n'est pas encore très développée sur le sujet.

Psychologue de l'antenne de Montpellier et référente à l'Observatoire national du suicide pour le Refuge, j'ai souhaité depuis longtemps réfléchir sur la façon d'aider des thérapeutes accompagnant des personnes trouvant difficile d'assumer leur homosexualité¹. C'est en 2009 que j'ai commencé une recherche sur cette thématique, coordonné par Michel Dorais, sociologue, chercheur à l'université Laval (Montréal, Canada), qui a donné lieu à l'édition de l'ouvrage *Être homo aujourd'hui en France*².

Ce qui m'intéressait essentiellement dans cette recherche, c'était de savoir quels pouvaient être les besoins thérapeutiques de mes patients afin de m'adapter au mieux à leurs demandes sans évidemment émettre de jugement.

Notre enquête³ a montré qu'il était important d'être attentifs à certains éléments, notamment la fragilité dans laquelle ils peuvent être et l'incompréhension qu'ils peuvent ressentir de la part des « aidants ». Près de 80 % des personnes interrogées déclarent avoir traversé des périodes dépressives et 3 sur 10 avoir fait au moins une tentative de suicide ; chiffre qui rappelle que les personnes homosexuelles ou bisexuelles auraient 10 à 13 fois plus de risques de faire des tentatives de suicides que leurs pairs hétérosexuels⁴.

Dans cette recherche, nous avons également tenté de savoir quelles étaient selon les personnes interrogées les problématiques les plus fréquentes chez les personnes homosexuelles. Les réponses qui sont ressorties étaient l'acceptation de soi, la mauvaise estime de soi, la honte et la culpabilité ayant pour conséquence un très grand isolement, une solitude et un repli

sur soi. La peur du regard, peur du rejet, peur du jugement des autres mais également la peur de décevoir ont été aussi grandement citées. En effet, les personnes vont devoir déjà accepter qui elles sont avant de pouvoir le partager (moyenne de cinq à neuf ans avant de l'exprimer). Socialement, la personne se sent isolée, ne se sent pas comprise, se sent en danger, se sent de trop, subit des moqueries, de l'homophobie, ne connaît pas le milieu homosexuel et ses codes et ne se sent pas de pouvoir en parler. Les personnes qui généralement viennent consulter ne veulent pas trouver des réponses sur le pourquoi mais plutôt sur le comment vivre avec. Par ailleurs, elles seraient en attente non pas que leur thérapeute soit homosexuel mais qu'il soit, pour 71 % des personnes interrogées et selon Michel Dorais, « homo-sensible » : c'est-à-dire qu'ils aient des connaissances sur les réalités homosexuelles masculines et féminines sur le plan historique, sociologique et culturel. Je me suis en effet rendu compte à travers mes collègues de formation qu'il y avait une urgence à informer les professionnels sur la question.

À travers les interventions en milieu scolaire que le Refuge organise, des formations initiées dans le secteur médico-social auprès des travailleurs sociaux en formation mais également des formations que j'ai pu proposer à des professionnels thérapeutes, il m'apparaît important de pouvoir donner quelques repères, des références leur permettant d'engager un accompagnement de qualité.

Il est essentiel de former à la diversité sexuelle qui est peu, voire pas abordée dans les formations de la relation d'aide.

Deux délégations du Refuge ont comme psychologue des thérapeutes par le Jeu et la Créativité.

Il est important dans le cadre de la thérapie de pouvoir permettre l'expression de la manière la plus aisée qui soit. L'approche en Thérapie par le Jeu et la Créativité permet de proposer une manière un peu différente d'être en relation en proposant de s'exprimer autrement que par la parole. Mettre en mots n'est pas facile surtout lorsque la parole a été dévastatrice pour certains jeunes qui se sont retrouvés dehors après avoir annoncé leur homosexualité. Il est donc important d'élargir le champ d'expression.

Créer par Verity J Gavin⁵, cette approche thérapeutique met en jeu la relation, la créativité et le sens de la vie. Elle intègre des perspectives existentielles, winnicottiennes et d'anthropologie sociale dans une manière de penser et de pratiquer la psychothérapie pour tous les âges. Elle est fondée sur la rencontre dans un grand respect du potentiel créatif inné de la personne et de celui du thérapeute. Le but va être de développer le potentiel du patient dans la relation à lui-même, à l'autre (le thérapeute) qui permettra donc de développer le courage d'être, le fait d'oser s'exprimer et donc d'exister.

Cette approche un peu différente permet aux jeunes de démystifier la relation au « psy » qui pour certains a pu être difficile. L'accompagnement psychologique et social des professionnels et des bénévoles permet aux jeunes de retrouver un équilibre et une estime de soi pour entrer dans l'âge adulte.

¹ Lors de la rédaction de mon mémoire de Thérapie par le Jeu de la Créativité en 2009, j'ai créé un questionnaire de 35 questions qui devait donner une photographie de la situation. Le Refuge a permis que je puisse mettre mon enquête en ligne et 508 personnes ont répondu à l'appel.

² Dorais, M. et Chollet, I. (2012). *Être homo aujourd'hui en France*. H&O.

³ L'enquête s'est basé sur le résultat de 508 répondants au total (72 % d'hommes contre 28 % de femmes), dont l'âge médian était de 28 ans.

⁴ Shilly, M. (2003). Young Men Having Sex with Men. *British Medical Journal* (327), 939-940.

Éric Verdier

Psychologue communautaire
Marseille

« Est-ce de ma faute si mon pote s'est suicidé ? »

C'est ainsi que m'aborde Thibaud, un jeune de 19 ans, fils d'une collègue de travail qui lui avait offert mon premier livre *Homosexualités et suicide*¹. J'avais stupidement pensé qu'il était concerné directement, ce qui me laissait dubitatif sur la délicatesse de sa maman. Elle nous a placés côte à côte lors d'un repas qui se veut convivial, mais où ni lui ni moi n'osons briser la glace.

Il me raconte alors s'être moqué de Mathieu un an auparavant, cet ami avec qui il a fait les 400 coups depuis toujours, après une soirée très arrosée et tout aussi enfumée. Thibaud a même éclaté de rire lorsque Mathieu lui a « avoué » être « PD » et être amoureux de lui, lui répondant même « *Ah oui ? Et tu encules les chèvres aussi ?* ».

Le soir même, Mathieu s'était pendu.

Thibaud me raconte alors qu'il ne dort plus depuis un an, qu'il a perdu la moitié de son poids et le goût de vivre par la même occasion. Il me dit aussi qu'il est prêt à casser la gueule au premier « *connard homophobe* » qui profère une insulte dans la rue ou le bus, et qu'il y passe une bonne partie de ses journées. Thibaud est grand et costaud, et il arrive la plupart du temps à leur faire « *ravaler leur morve* », « *et si on me prend pour une tapiole, je m'en bats les couilles* » ajoute-t-il.

Très touché par cette confiance et par la violence de sa culpabilité, je commence par l'écouter dérouler tout ce dont il a pris conscience depuis cet évènement tragique. Je lui précise ensuite que pour être un homme aujourd'hui, un vrai, « il faut des couilles pour ne pas en avoir », et que ce qu'il fait depuis en mémoire de son ami est le plus beau cadeau posthume, réparateur même pour lui et pour tout autre jeune homo ou bi qui le verrait oser se rebeller ainsi contre ce harcèlement sournois que tous les « *déviants sexuels* » subissent au quotidien.

Quant à savoir s'il est responsable du suicide de Mathieu ? Non, je ne le crois pas, et je le lui dis. Car l'homophobie ce n'est pas uniquement ces flots d'insultes proférées au quotidien depuis les cours de récré, c'est aussi la récente « *Manif pour Tous* » qui reléguerait les homos à un statut d'humain inférieur, ou la fascination de certains intellectuels dits de gauche pour les lesbiennes qui se font inséminer avec leur bénédiction laïque, tout en condamnant sans appel les gays qui ont recours aux mères porteuses. Si Thibaud porte une responsabilité dans le suicide de Mathieu, alors elle est infime tellement elle est partagée.

Je lui raconte enfin que j'ai récemment rencontré un autre jeune du même âge que lui, homosexuel venant de faire son coming out auprès de ses parents. Ces derniers sont tous deux militants chez Europe Écologie Les Verts, et comptent plusieurs couples de même sexe parmi leurs amis. Pressentant néanmoins que ce serait moins accepté qu'on ne pourrait le supposer, il a préféré laisser une lettre explicite sur la table

de la cuisine le matin avant de partir à la fac. Depuis ce jour-là, la lettre a disparu mais aucune allusion n'est faite quant à la révélation épistolaire. Un seul changement notoire dans l'attitude de son père l'a d'abord déçu, puis blessé : ce dernier ne rate pas une occasion de lui faire remarquer combien telle fille est jolie, ou lui demande si telle autre est à son goût...

Pour Didier Eribon « au commencement, il y a l'injure »², désignant ainsi la construction identitaire chez les jeunes homos, et Daniel Welzer-Lang parle de « peur de l'autre en soi » pour caractériser l'homophobie³. Dans tous les cas, ce qui entoure le coming out (dévoilement choisi) dans le meilleur des cas, l'outing (dévoilement imposé) dans le pire, ne va pas de soi. Le dégoût, et la haine qui en découle encore trop souvent, à l'égard de ceux et celles qui ont été longtemps considérés comme des déviants sexuels dans nos sociétés perdurent. Peu d'autres « particularités humaines » ont reçu autant de propos et d'attitudes perverses, tout en les désignant comme telles. « La cruauté d'un homme envers son semblable s'est rarement mieux exprimée que dans la condamnation et le châtiement de personnes de ce que l'on nomme "perversions sexuelles". (...) Seules les persécutions raciales et religieuses présentent un tel degré de cruauté »⁴.

J'interviens en milieu scolaire⁵ pour prévenir et lutter contre les phénomènes de bouc-émissaire⁶. Au-delà de la différence de sexualité, c'est surtout le fait de transgresser les normes de genre qui est moqué, raillé, harcelé. Sauf si le garçon « trop sensible » ou la fille « trop libre » parvient à trouver refuge auprès des jeunes de l'autre sexe... Car il est plus que jamais difficile pour un garçon de n'être ni narcissique ni intimidant (autrement dit pas viril), et malgré les avancées du mouvement des femmes, ni victimisante ni manipulatrice (pas « matrilie » pourrait-on dire par analogie) pour une fille.

Il n'est pas un collège, pas un lycée, où ne nous sont pas contées les violences au quotidien que ces jeunes « rebeaux » et rebelles endurent⁷. Je ne citerai à ce titre que cet assistant d'éducation rencontré dans un collège de la grande région parisienne, précisant qu'il n'interviendrait pas s'il s'agissait d'un jeune homo victime de harcèlement, car il estimait qu'il était libre de ne pas trouver cela normal au regard de ses croyances religieuses.

L'antidote ? Une alliance entre jeunes et adultes, celle de la femme tigre et de l'homme araignée. Les violences du tigre sont aussi dites viriles, car narcissiques et intimidantes, et réprimant la sensibilité au masculin ; celle de l'araignée sont dites matrilie par analogie, car victimisantes et manipulatrices, et sanctionnent la liberté au féminin. L'antidote tient dans l'alliance du masculin sensible et du féminin libre, qu'incarnent symboliquement et conjointement la femme tigre - donc libre - et l'homme araignée - super-héros le plus sensible - autant entre jeunes qu'entre adultes, et entre jeunes et adultes⁸.

¹ Verdier, E., et Firdion, J.-M. (2003). *Homosexualités et suicide. Études, témoignages et analyse*. St-Martin de Londres: H&O.

² Eribon, D. (1999). *Réflexions sur la question gay*. Paris: Fayard.

³ Welzer-Lang, D. (dir.), Dutey, P. et Dorais, M. (1994). *La peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*. Québec: VLB.

⁴ Bering, J. (2016). *Pervers, nous sommes tous des déviants sexuels*. St-Martin de Londres: H&O. Citant Alfred Kinsey.

⁵ Sentinelles et Référénts® en milieu scolaire. Les jeunes apprennent à repérer trois attitudes liées aux violences, - à savoir les postures Bouc Émissaire, Normopathe et Perverse - puis à refuser ce « triangle de l'abus » qu'elles incarnent - en développant la posture dite rebelle, qui dit non à la soumission, non à la fuite et non à l'attaque.

⁶ Verdier, E., et Coutant, E. (2016, à paraître). *Boucs émissaires, combattre l'indifférence, refuser la soumission*. St-Martin de Londres: H&O.

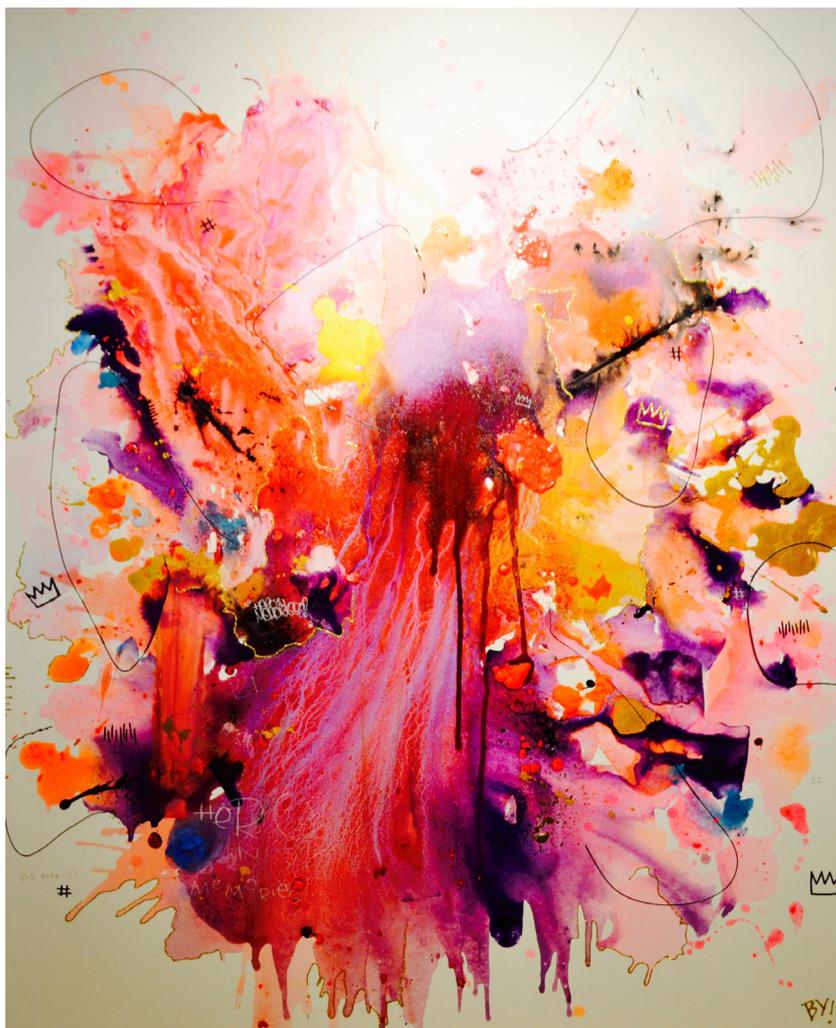
⁷ Probablement au moins un suicide sur quatre chez les garçons. Verdier, E. et Firdion, J.-M., *Op. Cit.*

⁸ Clerc, O. (2004). *Le tigre et l'araignée: les deux visages de la violence*. Jouvence.

Jean-Luc Swertvaegher

Psychologue clinicien
Centre Georges Devereux
Paris

La transsexualité ou la défaite des théories de la sexualité



Rencontre

Dans les années 2000, l'équipe de psychologues du Centre Georges Devereux ¹ a été sollicitée par une association de personnes transsexuelles pour réfléchir ensemble à un problème majeur auquel se heurtaient la plupart des « trans » durant leur parcours de réassignation.

Alors qu'ils-elles ressentaient la nécessité d'être soutenu-e-s sur le plan psychologique, fragilisé-e-s qu'ils étaient par les multiples épreuves de leur transformation, les « psy », au lieu de les aider à mobiliser leurs forces, s'obstinaient à les penser comme des patients dont le noyau psychique était la véritable source de leurs problèmes : « *Tous souffrent, ils sont même si pathétiques qu'ils finissent par entraîner les médecins dans un affolement de la boussole du sexe et obtenir d'eux au finish ce qu'ils ont décidé d'obtenir* »².

Au mieux, certains « psy » acceptaient de les accompagner dans leur démarche de réassignation en pensant que de tels patients n'avaient pas d'autre choix que de changer de sexe tant leur souffrance psychique d'être assigné à leur identité de sexe de naissance leur était insupportable ; au pire, certains « psy » se donnaient pour mission de traiter leur conviction d'appartenir à l'autre genre grâce à un travail de psychothérapie.

Les enjeux

Les enjeux de notre rencontre avec ces représentants des personnes transsexuelles ont été immédiatement posés en ces termes : « L'ethnopsychiatrie est-elle capable de penser la transsexualité autrement qu'à partir des théories de la sexualité qui nous font passer pour des malades mentaux alors qu'aujourd'hui, ce que nous réclamons en tant que communauté LGBT³, c'est le droit d'avoir accès à toutes les ressources médicales qui existent pour enfin *devenir ce que l'on est*, sans être ni psychopathologisés, ni psychiatrisés ? ».

Les principes de l'ethnopsychiatrie clinique

L'ethnopsychiatrie clinique, conceptualisée par Tobie Nathan, telle qu'elle est mise en œuvre au Centre Georges Devereux, n'a jamais eu d'autre prétention que d'obliger le praticien à accueillir les personnes qu'il reçoit en partant de leurs propres pensées et non pas des siennes.

L'application d'un tel principe se traduit, pour le psychologue, par une nécessité de se mettre à l'école des mondes auxquels appartiennent les personnes qu'il reçoit et de tenir compte de leurs attachements (à leur langue, à leur(s) divinité(s), leurs êtres invisibles, à leurs objets et leurs rituels thérapeutiques, à leurs groupes, à leurs traditions, etc.).

La transsexualité : une maladie ou une modalité de construction de soi ?

Ce que nous ont d'abord appris les *trans*, c'est que la transsexualité, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, n'existait pas — on peut même affirmer qu'elle ne pouvait exister avant le développement de la psychiatrie moderne, de l'endocrinologie et de la chirurgie plastique ou de réparation.

Autrefois, les *trans* étaient des individus isolés vivant dans un monde dans lequel la simple idée de changer de sexe ne pouvait être que de l'ordre de la fiction ou de la mythologie. Deux événements ont radicalement transformé leur existence et dessiné un nouveau destin.

¹ Le centre George Devereux est un laboratoire de clinique et de recherches en clinique fondé et animé par le Pr Tobie Nathan. Voir le site internet : <http://www.ethnopsychiatrie.net/>

² Chiland, C. (1997). *Changer de sexe*. Paris : Odile Jacob, p. 41.

³ Le terme LGBT désigne un collectif militant rassemblant les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et transsexuelles.

Comment les trans se font fait-e-s capturer par la pensée des psy

Le premier événement remonte à la fin du XIX^e siècle quand la psychiatrie cherche à s'instituer comme science experte des conduites sexuelles anormales. Les « déviants sexuels » qui, relevaient auparavant de la parole des prêtres, vont se trouver pris dans de nouveaux filets. La psychiatrie moderne les décrira comme des malades souffrant d'un syndrome qu'elle seule est à même de diagnostiquer. Dès lors, les psychiatres vont se comporter en véritables « propriétaires » de populations d'invertis, de sadiques, de masochistes, de fétichistes, les assignant à une identité relevant de leur seul domaine d'expertise : la psychopathologie.

Dès la fin du XIX^e siècle, des autorités comme Richard von Krafft-Ebing, Karl von Westphal (sans doute le premier à décrire l'homosexualité comme une maladie mentale) et, dans une moindre mesure, Magnus Hirschfeld, vont multiplier des descriptions de cas de trans qui seront intégrés dans la catégorie des perversions sexuelles. Jusqu'à ce que les psychiatres, adeptes de la psychanalyse naissante, ne les classent dans la catégorie des psychoses — les personnes maintenant le projet délirant de changer de sexe.

Pourtant, dès le début du XX^e siècle, une telle revendication s'avérera de moins en moins délirante, suivant pas à pas les progrès de l'endocrinologie et ceux, fulgurants, de la chirurgie réparatrice née sur les fronts de la première guerre mondiale⁴.

Finalement, c'est Harry Benjamin, un psychiatre et sexologue, convaincu que les thèses de Freud étaient inappropriées pour décrire et traiter les problématiques des trans⁵, qui, le premier, va doter les personnes transsexuelles d'un groupe d'appartenance spécifique. C'est ainsi qu'il définira en 1953, le *syndrome de transsexualisme*. Pour la psychiatrie, il était devenu urgent de réussir à regrouper les trans dans une catégorie psychopathologique spécifique afin de préserver l'expertise des psychiatres. Une population entière risquait de leur échapper en s'adressant directement à l'endocrinologie et à la chirurgie. C'est alors que les psychiatres, avec l'aide des psychologues, vont imposer un protocole contraignant de prise en charge des candidats au parcours de réassignation qui allait durablement empêcher toute possibilité de dépsychiatriser et de dépsychopathologiser la transsexualité.

Comment les trans ont finalement réussi à dépsychiatriser la transsexualité

Les psychiatres et les psychologues ne s'attendaient sans doute pas à ce que les trans viennent se loger dans leur proposition et s'organiser collectivement en créant des associations militantes⁶. Leur première revendication consistera à contester l'acharnement des psy à les définir comme une catégorie de malades et, de ce fait, à empêcher leurs parcours de réassignation. En France, cette lutte menée par les collectifs trans finira par porter ses fruits puisqu'un décret de déclasserement de la transsexualité des affections psychiatriques de longue durée sera promulgué en 2010⁷.

Et si on parlait de la pensée des personnes concernées pour appréhender la transsexualité ?

Si on choisit d'appréhender la transsexualité de l'intérieur, c'est-à-dire en tenant compte de ce que les trans peuvent nous en apprendre, on découvre un univers radicalement différent de celui que les psy avaient décrit. Dès lors qu'on leur donne la parole, les trans nous expliquent volontiers que ce n'est pas à partir de notions comme « la différence des sexes » ou des théories psychanalytiques de la sexualité qu'il convient de les penser :

« Depuis que j'ai achevé mon parcours de réassignation, je ne me considère plus comme une personne transsexuelle mais comme une femme à part entière. Après avoir vécu avec une identité masculine alors que je sentais, au plus profond de moi, que mon être était du côté des femmes, j'ai été obligée de convaincre un psychiatre d'accepter de reconnaître que mon seul problème était ma transsexualité pour qu'il me délivre une attestation stipulant que je souffrais d'un syndrome de transsexualisme. Sans ce papier certifiant que j'étais atteinte d'une maladie psychopathologique qui ne pouvait être traitée que par des actes médicaux, la sécurité sociale n'aurait pas pris en charge le coût des traitements médicaux et para-médicaux et je n'aurais pu poursuivre mon parcours de réassignation et obtenir mon changement d'état civil »⁸.

Ce que ne cessent de réclamer les transsexuel-le-s, les transgenres, les trans-identitaires, c'est le droit de disposer de leur corps en ayant librement accès aux nouvelles offres de devenir que la médecine hi-tech a fait entrer dans l'espace des possibles. Véritables détecteurs des nouvelles capacités de la médecine de pointe, les trans se sont propulsés à l'avant-garde de cette recherche qui a commencé à poindre au début du XX^e siècle quand les médecins ont mis au point les premiers traitements hormonaux et ont été capables de réaliser des mammectomies et des vaginoplasties. Les trans sont devenus, de fait, les représentants d'un monde où il devient possible d'être acteur dans la fabrication de son être — un monde qui d'un seul coup rendait obsolète celui des psy qui les assignaient au statut de malades.

Notre approche ethnopsychiatrique de la transsexualité nous a finalement appris que l'accompagnement des personnes transsexuelles durant leur parcours de réassignation supposait de la part du psychologue une prise en compte du fait que le monde dont nous parlent les transsexuel-le-s, les transgenres et les trans-identitaires n'a plus rien à voir avec celui dans lequel des notions telles que « la différence-des-sexes » pouvaient être encore significatives pour penser les personnes.

À l'avant-garde d'un monde qui va, les trans ont obligé les psychologues que nous sommes à changer « leur logiciel de pensée ». Par leur décision de se libérer de leur assignation au genre défini par leur naissance, dans leur opiniâtreté à devenir acteurs de la fabrication de leur soi, en s'articulant aux offres d'une médecine de jour en jour plus hi-tech, ils ont été les premiers à nous dessiner le monde à venir qui sera fait, c'est certain, de nouveaux devenirs métamorphosiques.

⁴ L'histoire de la réassignation hormonale et chirurgicale de George/Christine Jorgensen par l'équipe du Pr Hamburger à Copenhague, sera largement médiatisée.

⁵ Lors d'une rencontre à Vienne en 1930 avec Freud, Harry Benjamin soutient l'idée que nombre de cas de dysphorie de genre seraient dus à des dysfonctionnements des glandes endocrines.

⁶ Une d'entre elles se nommera Association du Syndrome de Benjamin.

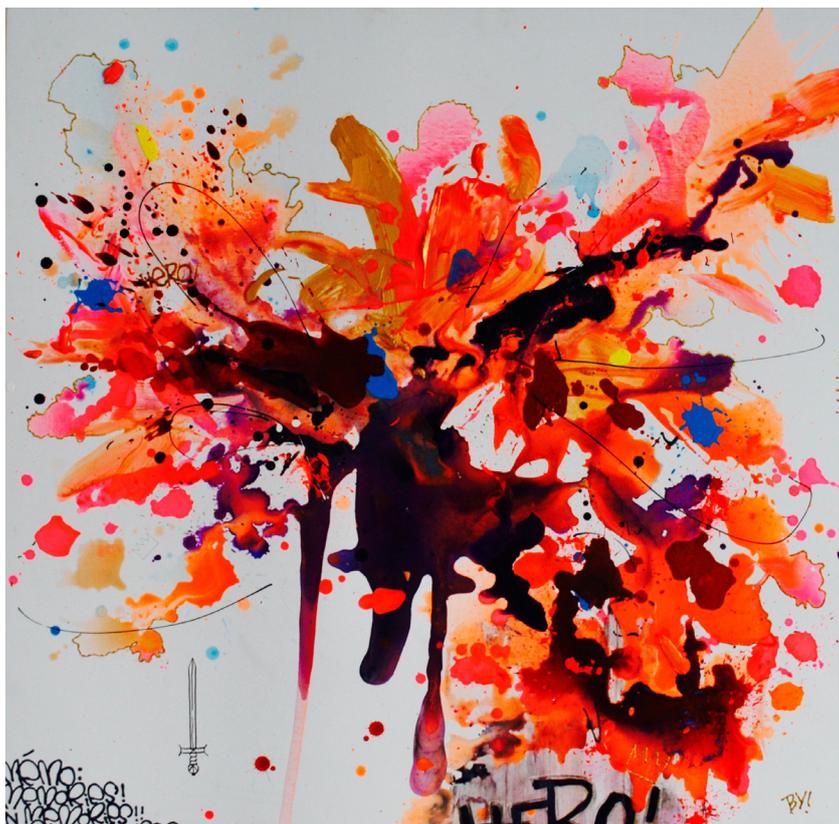
⁷ En France, le Ministère de la santé a annoncé, le samedi 16 mai 2010, que « la transsexualité ne sera plus considérée comme une affection psychiatrique en France » - annonce dont le décret d'application interviendra quelques mois après, le 10 février 2010.

⁸ Voir : Swertvaegher, J.-L. (1999). *Que sont devenues les personnes réassignées ?* Mémoire de DEA en psychologie clinique et pathologique, Université Paris VIII.

Eve Gardien

Maître de conférence en sociologie
Université Rennes 2 - ESO (UMR 6590)

Relations sexuelles : égalité devant la loi, inégalités en situation de handicap



Une différence significative en termes de fréquence des relations sexuelles entre personnes handicapées et valides en France

Malgré leur intérêt pour les politiques de santé publique, il est encore aujourd'hui difficile de produire des données fiables et représentatives sur les comportements sexuels des Français. Néanmoins, une étude comparative, mise en œuvre par l'équipe « Sexualité, Société, Individu » de l'unité 292 de l'INSERM, a permis de prendre la mesure des écarts constatés entre les comportements sexuels de la population française¹ et ceux des Français en situation de handicap². Trois constats saillants peuvent être retenus :

1) Tout d'abord, une moindre fréquence des relations sexuelles pour les personnes adultes handicapées au regard de la population générale³. 2) Cette différence en termes de fréquence des relations sexuelles est considérablement renforcée si l'adulte handicapé est hébergé en institution. 3) Enfin, l'hébergement en institution a également une influence défavorable sur la possibilité pour les personnes handicapées de se marier⁴.

Écarts de fréquence des relations sexuelles : causalité biologique ou causalité sociale ?

L'étude des chiffres montrent des liens de corrélation entre moindre fréquence des relations sexuelles et l'existence de déficiences et/ou d'incapacités. La variable « déficience » semble jouer un rôle mineur dans ce lien de corrélation, tandis que la variable « incapacité » aurait une influence plus prononcée objective ainsi un lien entre des facteurs biologiques et écart en termes de fréquence des relations sexuelles. Ce lien de corrélation désigne néanmoins un public moins large que le seul public handicapé. L'écart de fréquences en termes de relations sexuelles concerne seulement les personnes vivant avec une ou des dépendance(s) au quotidien.

« Si l'on ne tombe pas amoureux de n'importe qui, l'on ne rencontre pas davantage n'importe qui. »

Pour autant, ce lien de corrélation n'est pas un lien de causalité directe, il n'est pas suffisant pour expliquer à lui seul l'écart constaté. Aussi, si des facteurs biologiques participent à l'explication, ils ne sont pour autant la cause du phénomène constaté. D'ailleurs, des incapacités juridiques ou financières sont mentionnées comme contribuant à cet écart de fréquence des relations sexuelles. Or ces incapacités ne sont jamais uniquement les résultantes d'un ordre biologique, mais toujours le fruit d'une socialisation plus ou moins réussie. Par ailleurs, d'éventuelles variables intermédiaires mériteraient d'être explorées.

Enfin, rajoutons que ce résultat en termes de lien de corrélation vaut pour un contexte de vie en institution. Cette corrélation entre type de déficience et potentialité de relations sexuelles demanderait donc à être vérifiée pour le milieu ordinaire. Une autre interprétation des mêmes chiffres peut ainsi être avancée : la vie en milieu institutionnel serait défavorable à l'engagement de relation sexuelle, et ce d'autant plus si l'on est dépendant.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il n'y a pas d'atteinte à la libido, les exemples ne manquent pas de personnes très dépendantes, vivant à leur domicile en milieu ordinaire, ayant investi et entretenu des relations sexuelles, ayant également fondé une famille. Les déficiences et les incapacités ne sont donc pas des obstacles insurmontables. D'autres hypothèses⁵ ont été et continuent à être travaillées pour expliquer cet état de fait.

¹ Enquête ACSF : Enquête analyse des comportements sexuels en France, 1993.

² Enquête HID : Enquête handicap incapacité dépendance, 1998-2001.

³ Brouard, C. (2004). *Le handicap en chiffres*. Paris : CTNERHI, p. 56.

⁴ De Colomby P. et Giami, A. (2001). Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution. Dans *DREES, Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*. Série Études (16), 50-51.

⁵ Laval, D., Giami, A. et Humbert, C. (1983). *L'ange et la bête – Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Paris : Édition Du CTNERHI.

Une construction sociale des différences en matière de relations sexuelles ?

À l'endroit de l'élection du partenaire, les critères de choix endogamique ou de complémentarité sont aujourd'hui bien connus. Mais d'autres critères existent. Le handicap, s'il est visible ou connu, peut devenir un critère excluant ou désavantageux. Comme tout stigmate⁶, le handicap impose des restrictions dans les relations aux valides, une gêne ou un désagrément difficilement compatible avec le sentiment amoureux.

Plus avant, si l'on ne tombe pas amoureux de n'importe qui, l'on ne rencontre pas davantage n'importe qui. Les relations sexuelles découlent des réseaux de socialité établis par l'individu. Or, là encore, le handicap est statistiquement un facteur diminuant les possibilités de rencontre par un moindre investissement dans divers domaines de la vie. Tout d'abord, alors que de nombreux couples en France se rencontrent sur le lieu de travail, les personnes handicapées sont pour une part reconnues en incapacité de travailler, pour une autre part cherchent un emploi (le taux de chômage des personnes handicapées en France est de façon constante depuis 20 ans au moins deux fois supérieur à celui des chercheurs d'emploi non handicapés), pour une part sont en emploi (le taux d'emploi des personnes handicapées correspond environ à la moitié du taux d'emploi des personnes non handicapées). Par ailleurs, concernant les personnes adultes vivant en milieu ordinaire, l'enquête HID (1998-2001) a montré un moindre investissement en matière de sorties culturelles, de pratiques sportives, de départs en vacances. Il va sans dire que les rencontres ne pourront se produire que dans des espaces sociaux accessibles, ce qui réduit à nouveau les champs des possibles.

« Déployer une activité sexuelle suppose une socialisation antérieure, des expériences concrètes que la dépendance rend difficile à expérimenter. »

La vie en institution est encore moins propice à des rencontres avec tout un chacun que la vie en milieu ordinaire. Elle favorise une socialité entre personnes handicapées. En outre, des relations sexuelles entre résidents d'une même institution ne sont pas sans poser question dans nombre d'établissements⁷. L'intimité est souvent difficile à préserver⁸. Cette intrusion quasi inéluctable d'autrui dans l'intimité d'un couple naissant peut fragiliser cette affinité élective, ou encore amener à renoncer à ce projet.

Ensuite, si les incapacités d'un individu impliquent le besoin d'une aide humaine de façon quasi constante, alors plusieurs autres freins à l'établissement de relations sexuelles apparaissent. Du fait de l'organisation par un prestataire de service (formule la plus courante en France) des interventions des aides humaines au domicile, la gestion de son temps échappe

en partie au contrôle de la personne handicapée et rend difficile le bon déroulement des rendez-vous. Ensuite, cette présence humaine implique une intimité plus rare, une vie privée déployée sous de multiples regards et jugements, etc.⁹

En outre, le corps étant un apprentissage social, une matière marquée par les nombreuses influences de son environnement¹⁰, déployer une activité sexuelle suppose une socialisation antérieure, des expériences concrètes que la dépendance rend difficile à expérimenter. Comment connaître son corps et explorer sa sensualité, si la dépendance impose autrui non comme partenaire mais comme intermédiaire ? Le non accès à son propre corps peut être un obstacle au déploiement d'une sexualité épanouie.

Enfin, comment rencontrer sexuellement son partenaire si un tiers est nécessaire à l'accomplissement de caresses, à l'actualisation de la tendresse et à l'assouvissement du désir ? Ce tiers doit-il être envisagé et recherché ? Quel pourrait être ce tiers¹¹ ? Son statut ? Quelle éthique ? Quelle formation ? Quelle sélection ? Autant de questions restant à débattre.

Peut-on parler d'inégalités sociales en matière de relations sexuelles pour les personnes dépendantes ?

Les diverses enquêtes statistiques sur les comportements sexuels des Français permettent le constat d'une moindre fréquence des rapports sexuels des personnes handicapées corrélés avec deux facteurs au moins : la dépendance à autrui et la vie en institution. Un certain nombre d'autres procès sociaux contribuent également à construire cet écart, au nombre desquels : la stigmatisation des personnes handicapées, une limitation des possibilités de rencontre liée à la moindre participation sociale, des restrictions comportementales imposées dans le cadre d'un hébergement en institution, les difficultés à maîtriser sa vie quotidienne en cas de dépendance à autrui, l'absence de proposition éducative d'apprentissage du corps pour les individus dépendants.

En France, le tournant historique de la libération sexuelle des années 1970, l'avènement de la contraception médicale, le travail des femmes, etc., ont ouvert à davantage de libertés sexuelles. Ceci-dit lesdites libertés semblent en pratique inégalement réparties. En effet, les personnes handicapées ont par principe les mêmes droits que les autres concitoyens en matière sexuelle, et les plus vulnérables sont même davantage protégés. Or, ce cadre réglementaire a pour corollaire une différence significative en termes de moindre fréquence de relations sexuelles pour les personnes handicapées.

Ainsi, si les mêmes droits protègent les mêmes libertés sexuelles pour l'ensemble des citoyens, la dite égalité découle d'un raisonnement de principe. En réalité, les possibilités concrètes d'entretenir des relations sexuelles sont nettement moindres pour les personnes dépendantes dans les actes de la vie quotidienne. La liberté en situation n'est pas identique. L'égalité des droits n'élimine pas de nombreux obstacles concrets spécifiques aux situations de handicap.

⁶ Goffman, E. (1963 [1975 version française]). *Stigmates – Les usages sociaux du handicap*. Paris : Édition De Minuit.

⁷ Nuss, M. (2008). *Handicaps et sexualités – Le livre blanc*. Paris : Dunod.

⁸ Boucand, M.-H. (1998). *Intimité, secret professionnel et handicap*. Lyon : Chroniques Sociales ; APF Formation. (2011). *Les interdits – sexualité, parentalité vie affective*. Paris.

⁹ Gardien, E. (2012). Le corps sexué au cœur du politique : dépendances et justice sociale. *Gérontologie et Société* (140), 79-93.

¹⁰ Gardien, E. (2008). *L'apprentissage du corps après l'accident – Pour une sociologie de la production du corps*. Grenoble : PUG.

¹¹ C'est notamment pour répondre à ces deux séries de questions que l'accompagnement sexuel est aujourd'hui envisagé comme une réponse intéressante par de nombreux activistes et quidam.

Marcel Nuss

Président de l'Appas
Erstein

L'accompagnement sexuel, un droit liberté ?

L'Association pour la promotion de l'accompagnement sexuel (Appas)

Les membres fondateurs et/ou administrateurs de l'Appas sont psychologues, sexologues, juristes, avocates, directeurs d'établissements médico-sociaux, philosophes, accompagnants sexuels, parents de personnes déficientes intellectuelles, traductrices, écrivains, formateurs, etc. Un quart d'entre eux est en situation de handicap physique. En un an, elle a comptabilisé 190 demandes d'accompagnement sexuel, 118 personnes postulant à la formation d'accompagnants sexuels, dont près de la moitié sont des hommes. Vingt personnes ont été formées en 2015, dont douze pratiquent plus ou moins régulièrement – il devrait y avoir au moins le double d'ici fin 2016 – et, si nous comptons les quatre personnes formées en Suisse et les trois escorts-girls qui ont rejoint spontanément l'association, il y a aujourd'hui dix-neuf accompagnant(e)s sexuel(le)s qui proposent leur savoir-faire et leur savoir-être à des personnes en situation de dépendance de tous âges, souffrant de misère affective et sexuelle ; les trois quarts des accompagnants sexuels viennent du milieu médical, médico-social, associatif, sanitaire et paramédical.

Nous vous invitons à vous rendre sur le site de l'Appas :
<http://www.appas-asso.fr/>

Paradoxe français

La France aime cultiver les paradoxes.

Bien que l'Appas contrevienne à la loi sur le proxénétisme, celle-ci forme depuis mars 2015, en toute légalité, des accompagnants sexuels et met régulièrement en relation, en toute illégalité, lesdits accompagnants sexuels avec des personnes handicapées ou en perte d'autonomie souhaitant bénéficier d'un accompagnement à la vie affective, intime, sensuelle et/ou sexuelle. Et ce en toute clarté et en toute transparence. Pourtant, bien que pouvant être poursuivie pour proxénétisme bénévole et, sachant que la pénalisation des clients de prostituées risque d'être votée, l'association maintient son cap, restant fidèle à ses engagements, à son éthique et à sa volonté d'obtenir la reconnaissance de l'accompagnement sexuel en France, à l'instar de nombreux pays d'Europe où les bienfaits de celui-ci, très particulier et si humanisant, ont été largement prouvés ; comme l'Appas l'a également démontré depuis qu'elle milite en faveur de cette cause si polémique dans l'Hexagone.

Du reste, forte de ses nombreuses avancées, de son prix « coup de cœur » décerné le 15 juin 2015 par l'Ocirp¹, du soutien de certaines personnalités politiques ainsi que de la société civile, l'association veut obtenir une modification de la loi sur le proxénétisme ou, a minima, une jurisprudence respectant la liberté d'avoir des expériences sexuelles tarifées à des personnes qui en sont privées du fait de leur dépendance physique, mentale ou psychique.

L'Appas est donc gérée par des personnes responsables et pleinement conscientes des implications et des « risques » potentiels

de leur engagement en faveur d'une cause à but humaniste, humanitaire et humanisant. Toutes s'opposent avec force et convictions aux diktats iniques, dogmatiques, désincarnants, déssexualisants, discriminants et liberticides des adversaires à l'accompagnement sexuel, négligeant par là même les souffrances qui sont à l'origine de cet accompagnement et de leurs conséquences psychologiquement destructrices. Mais, tandis que les membres de l'Appas respectent sans détour aucun la position de leurs opposants, le contraire n'est malheureusement pas vrai puisque ceux-ci n'ont qu'une volonté : obtenir l'interdiction de pratiquer l'accompagnement sexuel en France, au même titre que la prostitution volontaire et indépendante.

Fondements et avenir de l'accompagnement sexuel en France

En fait, ce n'est pas tant l'exercice de l'accompagnement sexuel qui pose problème aux détracteurs de cette liberté spécifique mais le fait que celui-ci soit rémunéré, relevant ainsi juridiquement d'une forme de prostitution. S'il était fait de façon bénévole, il ne gênerait personne en dehors des esprits puritains. Or, l'Appas est favorable à la rémunération de l'accompagnement sexuel. D'une part, parce que tout travail mérite salaire – et l'investissement personnel, la profonde humanité, les compétences et les capacités que requiert cette activité sont particulièrement importants. D'autre part, il ne faut pas que ce type d'accompagnement devienne un dû au regard des bénéficiaires, ce qui serait le cas s'il était gratuit, les maintenant ainsi insidieusement dans une posture d'assistés, alors qu'il a vocation à être responsabilisant et autonomisant.

L'accompagnement sexuel relève d'un choix individuel et tout choix a un coût, être ou devenir citoyen à part entière est à ce prix. Pour l'Appas, l'accompagnement à la vie affective, intime, sensuelle et/ou sexuelle ne doit pas seulement permettre d'accéder à une liberté légitime, à l'exploration et à la découverte de soi-même, de sa corporalité et de sa charnalité, il doit aussi avoir une portée éducative et valorisante, voire libératrice.

L'accompagnement sexuel est un droit-liberté. À ce titre, comme toute liberté individuelle respectueuse de son prochain et reposant sur un consentement mutuel, il doit être défendu.

Cependant, force est de constater qu'aujourd'hui que l'intransigeance des détracteurs de cette cause rend le dialogue quasi impossible. Ce qui est bien dommage.

Pourtant, l'Appas n'aura de cesse d'être entendu, de faire entendre la voix des personnes qu'elle défend et des professionnels du médico-social qui sont démunis face à cette réalité si douloureuse et par trop niée par des esprits intolérants et sourds à la vie, donc à toute forme de liberté individuelle.

La liberté, il y a ceux qui en parlent et ceux qui la défendent en actes concrets. L'Appas agit !

¹ Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (Ocirp).



Pour aller plus loin...

Nous vous invitons à lire les ouvrages : Nuss, M. (2015). *En dépit du bon sens*. Éditions de l'éveil ; Nuss, M. (2011). *Je veux faire l'amour*. Éditions autrement.

Hélène Le BailCo-responsable de mission Lotus Bus à Médecin du monde
Paris

Entretien avec Hélène Le Bail, Lotus Bus

Lotus Bus

Le Lotus Bus est un programme de Médecins du Monde (MDM) de promotion de la santé et des droits des travailleuses du sexe chinoises à Paris. Sa mission est de réduire les risques liés aux pratiques prostitutionnelles et de favoriser l'accès des femmes aux soins et aux droits. Les migrantes chinoises travailleuses du sexe cumulent les facteurs de vulnérabilité et sont exposées à de multiples risques liés à leur activité prostitutionnelle et à leur situation de migrantes. L'équipe du Lotus Bus est composée d'une trentaine de bénévoles, professionnels médicaux, sinophones, chauffeurs, et de quatre postes salariés : un coordinateur, une travailleuse sociale, une animatrice de prévention, et une juriste chargée de la thématique « violences ».

1 Infections sexuellement transmissibles (IST).

2 La loi adoptée le 13 avril 2016 vise à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

3 Aujourd'hui, le délit de racolage est abrogé, mais certaines femmes étaient arrêtées fréquemment.

4 Une étude réalisée par le Lotus Bus entre 2010 et 2012 auprès de 86 personnes révèle une exposition aux violences alarmante. Plus de 86% des femmes ont rencontré au moins une forme de violence depuis leur arrivée en France, dont 63% des retraits de préservatif non-consentis, 55% des violences physiques et 38% des viols. La majorité des victimes, y compris de viols, n'a pas recours aux soins suite aux violences et n'a pas recours à la justice. Médecins du Monde. (2009). Lotus Bus: Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris (Dossier de presse).; Médecins du Monde. (2014). Lotus Bus (Rapport d'activité).

5 Le programme vise à renforcer les capacités des travailleuses du sexe, favoriser l'accès aux soins des victimes et garantir leur accès aux droits. Il est destiné à l'ensemble des travailleuses du sexe en Île de France.

6 Les amis du bus des femmes est une association communautaire créée en 1990 par et pour les prostituées à Paris. Ses actions principales sont la prévention du VIH, des hépatites et des IST, l'accueil et l'accompagnement, la lutte contre l'exclusion et les discriminations ainsi que l'accès aux droits fondamentaux. <http://www.lesamisdubusdesfemmes.org/>

Rhizome : À partir de quels constats est né le dispositif du Lotus Bus ?

Hélène Le Bail : Le programme est né en 2004 pour répondre à deux constats soulevés par les équipes de Médecins du Monde : d'un côté la présence croissante des travailleuses du sexe chinoises à Paris avait été repérée depuis deux ans, et d'un autre côté aucune association du territoire qui intervenait auprès des travailleuses du sexe ne proposait de l'interprétariat en chinois à destination de ces femmes. Beaucoup d'entre elles ne parlaient pas du tout le français et avaient très peu de connaissance sur tous les risques de santé, en particulier au sujet des IST¹. De ce constat est née l'idée de faire un programme médical, qui s'inscrit dans le domaine de la réduction des risques, à destination de ces femmes avec de l'interprétariat en langue chinoise. Le nombre de travailleuses du sexe chinoises à Paris avait effectivement augmenté depuis une dizaine d'années, mais les chiffres diminuent depuis un an.

La majorité des femmes que nous recevons ne sont pas clandestines, puisqu'elles arrivent sur le territoire avec un visa et leur situation devient irrégulière après l'expiration de celui-ci. Les passages clandestins sont quant à eux plus rares. De nombreuses femmes en arrivant doivent rapidement rembourser les dettes qui leur ont permis de se rendre en France (les billets d'avion, le visa, le passeur...). Très souvent les femmes ne sont pas endettées auprès de leur passeur, mais auprès de leurs proches, notamment leurs familles qui leur ont prêté de l'argent pour le voyage et qui ne sont pas informés de leur activité de prostitution. Les femmes ont souvent d'autres emplois, à une époque dans le domaine du textile, plus récemment dans celui de la garde d'enfant ou du ménage au sein de la communauté chinoise ou autre. Celles qui ne gagnent pas assez d'argent, qui perdent leur travail, ou alors qui n'en trouvent pas, car depuis quatre, cinq ans c'est de plus en plus difficile, finissent par savoir qu'elles peuvent aussi se prostituer. Le cas de femmes qui arrivent en France et qui se prostituent du jour au lendemain est un phénomène vraiment récent et qui reste rare. En général, les migrantes sont dans des situations précaires à cause des dettes qu'elles ont contractées au pays. Certaines se prostituent pour subvenir aux besoins de leurs enfants en leur payant des études supérieures ou leur logement. La précarité dans laquelle elles se trouvent est donc souvent relative, peu d'entre elles travaillent pour manger le lendemain.

Aujourd'hui, le Lotus Bus rencontre environ mille personnes différentes annuellement. Malgré le fait que le dispositif ait été, au départ, créé à destination des femmes chinoises, le Lotus Bus est ouvert à toute personne. Si un homme ou une transsexuelle se présentent du matériel leur sera fourni. D'ailleurs, actuellement certaines permanences accueillent plus de femmes d'origine nigériane que chinoise. Toutefois, l'accompagnement individuel des femmes avec traduction en dehors des permanences, est limité à la traduction en langue chinoise.

Rhizome : Quelles sont les problématiques des femmes migrantes chinoises que vous rencontrez ?

Hélène Le Bail : Suite aux deux ans de débats au sujet de la loi de lutte contre la prostitution², la prostitution se fait de moins en moins dans la rue. Les femmes ont observé que le nombre de clients a très clairement chuté pendant et après le vote de la loi, et que la répression policière à Paris augmentait pendant ce laps de temps. Depuis un an et demi on constate que le travail se développe autrement. D'une part, via les offres sur internet et par téléphone. D'autre part, on remarque également que beaucoup de femmes quittent Paris pour se rendre en province, notamment à cause de la répression policière et le ras-le-bol de se faire arrêter régulièrement³. Si le travail sur internet ou en province se développe, le travail de prévention santé du Lotus Bus devra être repensé. Nous réfléchissons donc depuis un an aux moyens de faire évoluer nos actions de réduction des risques via internet ou via d'autres liens quand ces femmes quittent Paris.

Nous nous sommes rendus compte avec d'autres associations que la difficulté majeure que l'on rencontrait était le soutien psychologique des travailleuses du sexe, et en particulier pour les personnes victimes de violences dans le cadre de leur travail. Nous ne faisons pas forcément référence ici au proxénétisme ou au fait que les personnes soient forcées de se prostituer, mais à toutes les autres violences qu'elles peuvent vivre et qui comprennent un immense panel. Le taux de violences graves, coups et viols, est extrêmement élevé dans notre programme⁴. Les vols, les insultes dans la rue et le sentiment d'être harcelées par la police sont également élevés et reviennent très souvent dans le discours des femmes. Les violences de tout type, des plus graves aux plus stigmatisantes, sont un problème hégémonique relevé par toutes les associations. De ce constat est né le programme « Tous en marche contre les violences faites aux travailleuses du sexe » en septembre 2015⁵, porté par Médecins du Monde et l'association Les amis du bus des femmes⁶. Le but étant également pour les différentes associations d'accompagnement de créer un maillage de professionnels ressources qui peuvent soutenir les femmes sans porter de jugements. À ce sujet, une de nos plus grandes difficultés actuelle est de trouver des psychologues qui acceptent de travailler avec interprète ainsi que des interprètes capables de faire ce travail en étant formés aux problématiques de victimes et à l'interprétariat en santé mentale. À cette difficulté s'ajoutent les barrières culturelles des migrantes chinoises qui sont très réticentes à être suivies par un psychologue ou un psychiatre.

Jacques Cabassut

Psychanalyste, Professeur de Psychopathologie clinique
Nice / Saint Laurent d'Aigouze

Le sexuel? Du traumatisme!



1 Sauret, M.-J. (1999). *Freud et l'inconscient*. Toulouse: Les éditions Milan, p. 42.

2 « Propriété du corps vivant sans doute, mais nous ne savons pas ce que c'est que d'être vivant sinon seulement ceci, qu'un corps cela se jouit. Cela ne se jouit que de le corporiser de façon signifiante ». Lacan, J. (1972-73). *Le Séminaire. Livre XX, Encore*. Paris: Seuil, Points-Essais, p. 33.

3 « Le fait copulatoire de l'introduction de la sexualité est traumatisant ». Lacan, J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Le Seuil-Essais, p. 75.

pulsion du fait d'être déchiré entre les exigences biologiques et langagières : le sujet est séparé de l'organisme par le langage et la parole¹. Orale, anale, invocante [voix] ou phallique, la pulsion nous empêche ainsi de régresser à la conception naturaliste et biologisante de la sexualité, reproduction de l'espèce ou accomplissement du « stade » génital.

Le sexuel est traumatique car pulsionnel... ce qui vaut pour le sujet de l'individuel comme du collectif.

À la place, tout sujet construira un rapport à lui-même, aux autres et au monde dans le travail permanent d'appareillage langagier de cette poussée, de cette énergie sexuelle pulsionnelle [ou libido] : le corps sexué est aussi et avant tout « un corps de signifiants » pour Lacan². Chacun devra inventer le dialecte intime [symptôme, fantasme, ...] du ratage qui est le sien, à faire rentrer dans les mots ou les images, bref dans la représentation, ce sexuel pulsionnel qui n'y rentre pas puisqu'il insiste et résiste [à se dire, à se vivre, à se penser...] comme Réel : hors-sens, non anticipable, « mauvaise rencontre »... du sexuel³, de la maladie, de la mort, de la folie...

Grâce à lui, *i.e* au ratage, naît le Désir, ce manque structurel à l'humain, qui l'incite et l'oblige à « se » parler, qu'il s'agisse du colloque singulier qu'il entretient à lui-même, comme à l'échange avec autrui. Telle est d'ailleurs la définition du lien social, qui est lien langagier. Freud ne dit rien d'autre dans son « *Malaise dans la culture* » [1929] : le vivre ensemble des hommes dépend du frein à la pulsion, car sa poussée ne pouvant être résolue, elle constituera une forme de résidu incurable de l'humain.

Le sexuel est traumatique car pulsionnel... ce qui vaut pour le sujet de l'individuel comme du collectif... donc, pour tout collectif institutionnel.

Le Sexuel est à ce titre la grande question de l'institution pour chacun comme pour tous [qu'elle soit langagière⁴, familiale⁵, du médico-social, de la santé, de la psychiatrie etc...], excitant sans fin le rapport intime à la « Chose » pour le sujet qui en compose son Collectif [professionnels, patients, usagers, résidents etc...]. La loi de l'interdit de l'inceste régule les rapports de jouissance pour créer les possibilités du vivre-ensemble.

Bref, il faut bien le dire, « *l'institution n'échappe pas aux effets de la lutte des pulsions* », autrement dit à la nécessaire reconnaissance de l'inconscient, de sa mise en acte dans le transfert, comme de la répétition qui les caractérisent⁶.

Le sexuel est traumatique.

Telle est la position freudienne, invariable depuis les « *Études sur l'hystérie* » (1895) jusqu'à « *l'Homme-Moïse* » (1939), quels que soient les remaniements de la théorie traumatique imposés par la clinique des névroses de guerre ou de l'hystérie.

Le sexuel est traumatique car pulsionnel.

La pulsion n'est pas l'instinct, ce savoir génétique, « naturel » de l'animal, qui lui dicte de façon programmatique ses conduites et ses comportements [dont sexuels] dans l'assouvissement de ses besoins. Chez l'homme, le besoin mute en

Le sexuel est traumatique car pulsionnel... ce qui vaut pour le sujet de l'individuel comme du collectif... donc, pour le collectif institutionnel... Hélas ! L'inverse n'est pas vrai pour autant !

Je veux dire par là que, si le sexuel est traumatique, tout traumatisme n'est pas sexuel : le trauma de la mort [cf. névroses de guerre] constitue le pendant traumatique du sexuel. Les deux traumas structurels à l'humain questionnent donc particulièrement les dimensions éthiques et cliniques, dans le travail de « parolisation »² d'un réel que le courant de la psychothérapie institutionnelle, via Tosquelles et Oury, accomplissait par la prise en compte du politique et du clinique institutionnel. Et pour cause : « le réel est ce qui ne relève pas du signifiant mais ne peut s'attraper que par lui »⁸.

Pour le premier, nous pouvons adopter l'une des définitions qu'en donne Lacan : « La clinique est le réel en tant qu'il est l'impossible à supporter »⁹. Nous le savons, le « Klinos » grec -d'où provient le terme de clinique- signifie le lit, ou plutôt l'inclinaison, ce certain penchant pour et sur le lit. C'est fou tout ce qu'on fait dans un lit ! : on y naît ; on y meurt ; on y jouit ; on y souffre en cas de maladie ; on peut occasionnellement y dormir¹⁰.

La rencontre peut donc clouer au lit tout professionnel, du fait de la répétition de l'insupportable : « une histoire traumatique se joue pour le soignant dans sa rencontre avec le psychotique »¹¹.

Pour le second, Lacan¹² « prescrit » de pas renoncer à son désir. Je rajouterai à son désir de soignant, que nous ne possédons pas mais qui nous possède, reposant indéfiniment la question éthique léguée par Oury, « Qu'est-ce que je fous là ? » [Où l'on notera le verbe « foutre » signifiant de jouissance s'il en est !].

L'éthique n'est autre que cette mise en tension du désir du soignant, de ce qui, dans l'ombre, nous amène à faire ce métier impossible défini par Freud : éduquer, soigner, gouverner... de choisir la confrontation traumatogène à un autre qui ne cesse, en tant que sujet désirant, que d'y objecter. C'est dire si le rapport à la jouissance est perpétuellement sollicité, dans ce qu'elle a d'excès en terme de pouvoir, de savoir et de risque de réduire le sujet à n'être qu'un objet de soins, livré à la jouissance de l'Autre institutionnel¹³. Accomplissement des logiques ségrégatives, d'entre soi et d'exclusion à l'œuvre dans tout groupe institutionnel.

Clinique et éthique donc.

L'une dépend de l'autre. Or, ce qui caractérise aujourd'hui cette « clinique » soumise à la rationalité du soin, c'est bien le déni, voire la forclusion du pulsionnel sexuel, dont les pas-

sions archaïques se veulent neutralisées par des protocoles, visions managériales, conduites à tenir et autres démarches -plus ou moins de- qualité qui rendent muets les professionnels en privilégiant le faire sur l'acte de parole. Peut-être parce que « La rencontre avec l'immaîtrisable révèle au soignant sa propre pulsionnalité (...). Le traumatisme, qu'on ne veut ni voir ni admettre, n'est-il pas produit par la révélation pour le soignant de sa propre libido comme de sa propre destructivité ? »¹⁴

L'application au lieu de l'implication dans la rencontre clinique, éducative, sociale etc... L'évacuation de l'angoisse, la méconnaissance du transfert [d'amour, de haine...] et de la jouissance du pouvoir, alimentent cette perversion institutionnelle généralisable à tous ses acteurs, du fait de la répétition pulsionnelle.

Le sexuel est traumatique car pulsionnel... ce qui vaut pour le sujet de l'individuel comme du collectif... donc, pour le collectif institutionnel... Heureusement ! L'inverse n'est pas vrai pour autant !

La mauvaise rencontre du sexuel et de la mort, confronte le sujet à un « traumatisme », soit un trou dans les savoirs [y compris inconscients] qu'il ne pourra résorber qu'à border de signifiants, en les faisant graviter autour : circulation de la parole dans des espaces-temps formels cliniques [analyse du contre-transfert institutionnel -Tosquelles] et politiques [élaboration des conditions du vivre ensemble] indispensables à cet effet. Ces espaces-temps restaurent le sujet de l'inconscient et celui de la démocratie dans l'exercice du pouvoir de parole, et la possible (ré)appropriation de son acte même [y compris chez ceux qui n'ont pas accès à la verbalisation]. Laquelle ne peut donc consister à un bla-bla « technique », une communication d'informations, au service d'une gouvernance. Bref, l'important en institution, c'est qu'on « se » parle de l'innommable ou de l'indicible... par le biais de l'amour [de transfert].

⁴ Si l'on se réfère au latin « *Instituare* », signifiant « faire tenir, fonder », l'on peut considérer que c'est bien la parole qui originellement institue l'humanité de l'humain. Se reporter à : Cabassut, J. (2009). *Petite grammaire lacanienne du collectif institutionnel*. Nîmes : Champ Social Éditions.

⁵ La famille, lieu du conflit puisque véritable laboratoire d'expérimentation et de structuration des enjeux œdipiens : du fait du signifiant (Père, sœur, soignant...) je ne peux faire de toi l'objet de ma jouissance toute (car tu te nommes fils/fille, frère, soigné...).

⁶ Ansermet, F et Sorrentino, M-G. (1991). *Malaise dans l'institution*. Paris : Anthropos-Economica, p 5-9.

⁷ Le terme est de : Lapeyre, M. (2000). *Complexe d'œdipe et Complexe de castration*. Paris : Anthropos-Economica.

⁸ Menez, M. (2007). *Un trauma bénéfique : « la névrose infantile »*. Paris : Éditions du Champ Lacanien, p. 30.

⁹ Lacan, J. (1977). *Omnicar ? N° 9*.

¹⁰ Cabassut, J. (2016 à paraître). *Bonjour l'Institution ? !*. Nîmes : Champ Social Éditions.

¹¹ Ansermet, F, et Sorrentino, M-G. *Ibid*, p 6.

¹² Lacan, J. (1959-60). *Le Séminaire, Livre VII, L'Éthique de la psychanalyse*. Paris : Seuil (1986), p. 370.

¹³ « (...) C'est ainsi que le soignant opte le plus souvent pour l'éclectisme des savoirs, des discours et des techniques, dans une tendance compulsive à l'organisation. » Ansermet, F, et Sorrentino, M-G, *Ibid*, p 13.

¹⁴ Ansermet, F, et Sorrentino, M-G. *Ibid*, p 7.

Directeur de publication :
Christian LAVAL

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de lecture :

- Arnaud BÉAL, psychologue social, Orspere-Samdarra (Lyon)
- Nicolas CHAMBON, sociologue, responsable de la recherche, Orspere-Samdarra (Lyon)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Élus, Santé Publique et Territoires » (Paris)
- François CHOBEAUX, responsable des secteurs social et jeunesse des CEMEA, sociologue (Paris)
- Philippe DAVEZIES, enseignant-chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin, président de Créteil Solidarités (Créteil)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, DIHAL (Paris)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Univ. Lyon 2)
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg-en-Bresse)
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)
- Antoine LAZARUS, président de l'OIP et professeur de santé publique (Univ. Paris XIII)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Alain MERCEUL, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Éric MESSENS, directeur de la LBFSM (Bruxelles)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, président de la Conférence des Présidents de CME de CHS (Lille)
- Marie-Noëlle PETIT, Chef du pôle Avignon Nord (CH de Montfavet, Avignon)
- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Bertrand RAVON, professeur de sociologie (Univ. Lyon 2)
- Pauline RHENTER, politologue (Marseille)
- Étienne RIGAL, magistrat (Lyon)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nadia TOUHAMI, aumônier des hôpitaux (Marseille)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :

Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Création & réalisation : Médiacité

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 8500 exemplaires

Artiste du numéro : BY !

Benjamin Dupuy est né à Lyon en 1978. Il a commencé par le dessin, le graff et le tag dans les années 90. Il s'inspire principalement de l'Art Urbain et de ses propres expériences pour réaliser des œuvres atypiques qui inspirent émotions et réflexions : deux notions clés dans le travail de l'artiste. Les superpositions et les éclats de couleurs, les phrases chocs, les traits « maladroitement » alignés participent à l'expression d'un thème récurrent dans le travail de BY ! : notre existence et l'expérience de la vie, notre vie. Son style possède une originalité graphique de par l'impression de relief et des messages subliminaux qu'il incorpore à ses œuvres. Cet artiste au style atypique apporte une dimension humaniste à son travail et lui donne ainsi une dimension philosophique et poétique.

➤ **Galerie sur rendez-vous (06 86 72 47 64) au 18 rue de Sèze, Lyon 6^e arrondissement**

➤ **Page BY ! sur Facebook / Instagram et Facebook : Amalle Dupuy**

➤ **amalle.dupuy@gmail.com**



Agenda

- La Chaire Unesco « Santé sexuelle et droits humains » organise la 2^e journée internationale sur l'innovation et la recherche en éducation sexuelle et aux droits humains sur le thème de « *La santé sexuelle des femmes au cœur des Droits de l'Homme* ».
➤ Date et lieu : vendredi 2 septembre 2016, à Paris.
- Festival Art et Psy au théâtre Toursky : « *Toursky, les journées folles. Entre folie artistique et artistique folie* ». Organisé par le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) Lou Blaï.
➤ Date et lieu : du 23 au 24 septembre 2016, à Marseille.
Informations : loublaifestival@gmail.com / 04 96 13 04 70
- Journée d'étude Orspere-Samdarra « *Femmes en exil* ».
➤ Date et lieu : jeudi 6 octobre 2016 à la Salle Canopé, Grenoble.
Inscriptions et programme : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>
- Journée d'étude Orspere-Samdarra « *Les adolescents dits difficiles: Une catégorie ? Des publics ? Quelle prise en charge ?* ».
➤ Date et lieu : vendredi 9 décembre 2016 à la Salle Pierre Laroque au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris.
Inscriptions : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>



Parution

- **Identités et orientations sexuelles.** (2015). *Revue Santé mentale au Québec*. Volume XL (3). Gatineau, Québec.
- **Sex story. La première histoire de la sexualité en BD.** (2016). Brenot, Philippe et Coryn, Lætitia. Édition Les Arènes.
Selon son éditeur, *Sex Story* met à mal le tabou du sexe pour proposer un éclairage neuf. Fruit défendu, sexualité des dieux, éveil des sens, devoir conjugal... Mais aussi comportements sexuels méconnus de personnages pourtant incontournables, des excentricités de Cléopâtre à l'homosexualité de Michel-Ange en passant par le libertinage de Louis XV, c'est une immense fresque historique et anthropologique qui s'étale sous nos yeux. Deux cent pages pour voir l'histoire sous un autre angle. Tout, vous saurez tout sur le sexe ! En complètement de ce Rhizome, on apprend plein de choses et surtout on est souvent pris à sourire !
- **Thématique du bulletin Rhizome n° 61 : « Virtualité »**

Appel à contribution : Cahiers de Rhizome n° 63 « Cliniques et migrations »

Le prochain Cahier de la revue Rhizome, dont la sortie est prévue en décembre 2016, portera sur « cliniques et migrations ». Ce numéro sur la santé mentale des migrants fera suite au bulletin n° 48 de 2013 sur « le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales ». Au regard de l'actualité, il nous semble important de questionner la souffrance et la prise en charge en santé mentale de ce public. Afin de permettre au plus grand nombre de contributeurs de participer à la revue, un appel à contribution est disponible sur le site de l'Orspere-Samdarra. Ces contributions peuvent émaner de chercheurs (des sciences humaines et sociales, de médecine...), mais aussi de professionnels (travailleurs sociaux, cliniciens...).

Pour répondre à cet appel à contribution, vous pouvez envoyer un résumé comprenant un titre (2000 caractères maximum) en précisant votre nom, prénom et statut avant le 31 août 2016 (puis envoi de l'article finalisé avant le 31 octobre 2016).

Pour plus de précisions ou pour envoyer votre proposition de contribution, vous pouvez écrire à Natacha Carbonel à l'adresse suivante : natacha.carbonel@ch-le-vinatier.fr