

**L** La sexualité continue à être un sujet tabou ou du moins un sujet qui met mal à l'aise. Comme le montre le texte de monsieur Gineste en ouverture à ce numéro, les rires, l'embarras ou l'indignation que provoque spontanément la confrontation à la sexualité des patients en sont le signe patent. En témoigne encore le silence à peu près complet sur ces questions dans la formation tant des jeunes infirmières que des médecins. Certes l'anatomie est étudiée mais rien sur le désir d'aimer et d'être aimé qui fait la sexualité. C'est que les soins du corps exigent que le soignant apprenne à ne plus voir ou entendre un tel désir chez le patient, pour mieux réduire son sexe à un organe. Mais, pour y parvenir, ce même soignant aura dû également consentir à faire taire ses propres désirs ou émotions. On pourrait le regretter et dénoncer ici les méfaits de l'objectivation des corps et donc de la déshumanisation des personnes, opérées par la médecine scientifique. Pourtant, comment nier que cette mise entre parenthèses reste une condition nécessaire pour que le patient accepte de mettre son corps à nu et pour que le soignant s'autorise à le toucher ? Comme le montre le professeur Cassiers, il revient aux institutions de créer et préserver un tel espace neutre, permettant la relation de soins. Et le psychanalyste J.-P. Lebrun de laisser entendre, dans son interview, qu'un tel espace institutionnalisé, parce qu'il est aussi objectivant, risque certes de réduire les désirs à de simples besoins anatomiques que des professionnels ou des spécialistes des questions sexuelles pourraient soi-disant satisfaire. Mais en même temps, il est aussi une condition pour préserver le désir du sujet, en le maintenant précisément en dehors de la sphère du médical. Alors, où est le problème ?

Le premier problème tient dans le fait que le cadre en quelque sorte a-sexué qu'impose la relation de soins ne saurait entièrement suffire à museler le désir. Tel patient a une érection pendant que l'infirmière fait sa toilette, tel(le) soignant(e) est troublé(e) par la beauté d'un corps nu. Dans un contexte où le désir est banni, ces réactions, ces émotions sont vécues comme autant de dérapages inadmissibles. D'où des patients et des soignants qui se demandent s'ils sont « normaux » d'éprouver ce qu'ils ressentent, là, dans ces lieux de soins qui sont, pour certains d'entre eux, leur lieu de travail. Et les uns comme les autres se retrancheront dans un silence gêné. L'impact négatif du tabou de la sexualité ne réside pas dans le fait qu'il bannit toute sexualité dans les relations de soins, mais dans le fait qu'il fait passer pour « déviant » des sentiments on ne peut plus humains. Développer des relations de soins professionnelles ne peut signifier que l'on a appris à ne plus rien ressentir, c'est-à-dire à faire le mort. C'est au contraire avoir appris à continuer à éprouver des sentiments, mais en sachant les gérer, et notamment en en parlant plutôt qu'en les taisant. C'est l'un des enseignements qui ressort des articles tout en nuance signés par R. Gueibe, M. Barrea et R. Lequeux.

Le deuxième problème concerne certaines institutions qui sont devenues pour les patients non plus de simples lieux de passage mais des lieux de vie à part entière : nous avons songé aux institutions de longs séjours qui s'occupent de santé mentale et aux maisons de repos. Dans la mesure où ces institutions restent des institutions de soins, pour les raisons qu'on a dites la sexualité semble devoir en être bannie. Mais l'interdit est ici redoublé car, malgré une certaine libération des mœurs, l'idéologie sociale rechigne toujours à prêter aux personnes âgées et aux personnes handicapées mentales une vie sexuelle active. C'est donc au prix d'un travail sur eux-mêmes, pour prendre distance par rapport à l'idéologie sociale mais aussi par rapport à leurs propres réticences, que de nombreux soignants en viennent à faire preuve d'ouverture. En tout cas, les auteurs qui ont accepté de prendre la plume, et notamment J. Delville et D. Jacquemin, estiment qu'il est nécessaire de reconnaître que le désir d'aimer et

d'être aimer est fondamental pour tout être humain, quel qu'il soit. Evidemment, cela ne signifie pas que, dès lors, tout doit être accepté. On ne peut d'emblée exclure que certains comportements sexuels sont moins la manifestation du désir d'aimer qu'un symptôme lié à telle ou telle pathologie, demandant dès lors une intervention. On ne peut en tout cas prétexter du droit à la différence pour évacuer cette possibilité. Mais même sans cette difficulté, des limites restent nécessaires qui garantissent la vie en institution. La question est de savoir lesquelles. Qui a le « droit » de les édicter ? Au nom de quelles principes, de quelles valeurs ou conception de la sexualité ? Qui doit les faire respecter et que fait-on en cas de transgression ? Si A. Liégeois propose un avis « éthique » qui codifie et institutionnalise en quelque sorte les réponses à apporter aux différentes situations possibles et imaginables qui peuvent se poser en santé mentale, P. Jeangille, V. Bouchat, A. Martin, M.-J. Fiasse et G. Voyer semblent plutôt privilégier une éthique de la discussion, changeante en fonction de l'évolution des patients.

L'intention qui anime ce numéro d'*Ethica Clinica* n'est certainement pas de donner des recettes ni de contribuer au bavardage ambiant autour de la sexualité. Nous avons cherché, plus modestement, à mettre des mots sur des situations dérangeantes, trop souvent tues, pour que des questions puissent enfin être posées. Dans l'intérêt des patients comme des soignants.

Jean-Michel Longneaux