

# L'Expression de la sexualité de patients masculins en milieux de psychiatrie légale.

Myriam Kaszap<sup>1</sup>, Dave Holmes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médecins du Monde Canada, Montréal

<sup>2</sup> Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières

**Cite As:** Kaszap, M. & Holmes, D. (2020). L'Expression de la sexualité de patients masculins en milieux de psychiatrie légale. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, Vol 2(2), pp 54-75. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.78>

## Résumé:

La situation actuelle en milieux de psychiatrie légale ne permet pas aux patients d'exprimer pleinement leur sexualité durant leur hospitalisation. Dans certains cas, les relations sexuelles sont tout simplement interdites. Non seulement, les politiques institutionnelles en place briment, en partie, les personnes dans l'exercice de leurs droits fondamentaux elles manquent aussi de clarté au regard de la façon dont le personnel infirmier devrait gérer les besoins des patients. Une étude ethnographique critique a été conduite dans un centre de psychiatrie légale canadien. La collecte de données a inclus des entrevues semi-structurées, la collecte de documents institutionnels et l'observation du milieu. Nos résultats s'articulent autour de trois thèmes: situer la sexualité en contexte médico-légal, faire l'expérience de la sexualité en tant que patient et gouverner la sexualité des patients. Les données récoltées permettent de constater que ces discours façonnent les croyances et les actions des patients, des infirmières et des autres professionnels tels que les psychiatres, les éducateurs et les psychologues.

## Mots-clés:

ethnographie critique, psychiatrie légale, sexualité masculine, soins infirmiers

## Introduction

L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2010) définit l'exercice de la profession infirmière comme suit : « rendre la personne apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement (...). Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie » (p. 11). Les soins et l'enseignement relatifs à l'expression de la

sexualité des patients ainsi qu'à leur santé sexuelle s'inscrivent dans cette définition, quel que soit le milieu de pratique. Les infirmières ont donc un rôle-clé à cet égard.

La privation de libertés qu'essuient les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale est souvent considérée (dans le discours populaire du moins) comme la peine ultime pour un acte criminel. Parmi ces privations, on note la perte de relations sexuelles (Potter et Tewksbury, 2005). En

effet, les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale ont une capacité très limitée d'exprimer leur sexualité durant leur hospitalisation. Dein et Williams (2008) rapportent qu'il y a un manque flagrant de politiques officielles quant aux relations intimes et sexuelles des patients dans les services de psychiatrie légale. Dans certains cas, ces rapports sont même interdits. Wright, McCabe et Kooreman (2012) ajoutent d'ailleurs que les politiques et les pratiques dans les institutions psychiatriques aux États-Unis reflètent une attitude négative et une approche punitive face à l'expression de la sexualité des patients. Très peu d'institutions semblent s'orienter vers des approches dites « thérapeutiques » ou « favorables » à l'inclusion d'une évaluation compréhensive de la sexualité des patients, de la surveillance des effets secondaires des médicaments sur celle-ci et de l'inclusion des besoins sexuels dans les plans de traitement. Tel que rapporté par Holmes et Jacob (2012), le caractère punitif du dispositif psycholégal priorise le contrôle au détriment des soins. Dès lors, il est peu surprenant que les questions relatives à la sexualité ne soient pas incluses dans les soins.

Plusieurs raisons semblent « justifier » ce manque. D'une part, les professionnels de la santé prennent souvent pour acquis que les patients abandonneront d'eux-mêmes l'idée de relations sexuelles pour quelques années, jusqu'à ce que leur condition clinique se stabilise (Deegan, 2001). Du point de vue institutionnel, cette perception renforce l'idée que la sexualité est un obstacle au rétablissement et que durant cette période, les patients, réputés comme étant malades, ont une capacité limitée à consentir à des rapports sexuels (Brown et al., 2014). De plus, comme il n'y a pas de politique claire quant à l'expression de la sexualité, la décision de permettre ou d'aborder ce sujet avec les patients est souvent remise entre les mains des professionnels, notamment les infirmières. En l'absence de politique institutionnelle claire, celles-ci se réfèrent à leur jugement professionnel (Civic et al.,

1993; Modestin, 1981). Or, dans le cadre de recherches récentes, on souligne que dans plusieurs milieux, les infirmières ne répondent pas aux besoins des patients en matière de santé sexuelle (Magnan et al., 2005; McCabe et Holmes, 2013; Dein et al., 2007) en plus de manquer de connaissances (Merotte, 2012).

Cette situation est problématique à plusieurs égards notamment parce qu'elle brime les droits fondamentaux de patients dont les infirmières ont la charge. Qu'il s'agisse de politiques strictes interdisant les relations sexuelles ou de politiques plus souples, laissant entre les mains des professionnels la décision d'aborder ou non la question de l'expression sexuelle des patients, il s'agit d'une entorse aux droits des personnes qui résident en institution (Dixon-Mueller et al., 2009; Perlin, 2008). L'examen de plusieurs documents-clés relatifs aux droits de la personne problématise le manque de politiques claires à l'égard de la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale (Perlin, 2008). Parmi ces documents, notons : la Déclaration universelle des droits de l'homme (Nations unies, 1948). Ces documents font tous référence à des droits découlant du concept de « droit à la vie privée ». Gostin (2000), référant à l'article 8 de la Convention européenne des droits de la personne, suggère que l'interférence déraisonnable avec les relations sexuelles des personnes institutionnalisées doit être proscrite puisque cette interférence nuit à la santé mentale. À cet égard, il est opportun de se questionner sur le rôle du personnel infirmier qui doit, selon la déontologie professionnelle, défendre « les principes de justice en protégeant les droits de la personne, l'équité et l'impartialité » tout en « favorisant le bien public » (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008, p.17).

La problématique qui gravite autour de l'expression de la sexualité des patients hospitalisés en milieu psycholégal trouve aussi écho dans le domaine de la santé

publique. Étant donné que les politiques institutionnelles dans les milieux psycholégaux sont souvent défavorables à l'expression de la sexualité, les approches de réduction des méfaits (telles que la distribution de condoms) sont très peu supportées par les politiques institutionnelles, les administrateurs et le personnel soignant (Butler, 1997).

Par ailleurs, Kawachi et Berkman (2001) rapportent que des expériences positives en matière de rapports sexuels et de relations intimes augmentent la probabilité de stabiliser la santé mentale. Aussi, il a été démontré que la formation et le maintien de relations interpersonnelles positives (tant d'ordre romantiques que sexuelles) améliorent l'expérience des patients lors de leur hospitalisation et de leur retour en communauté (Gilburt et al., 2008). Des recherches suggèrent aussi que les patients impliqués dans des relations démontrent un plus grand intérêt pour d'autres activités quotidiennes (Eklund et Ostman, 2010), ce qui supporte l'importance de la sexualité des patients en termes de considération clinique (Quinn et Happell, 2015). Dein et Williams (2008) soutiennent également que ce type de relation peut procurer aux patients un sentiment d'espoir et ainsi améliorer leur qualité de vie, tout en les préparant à mieux gérer leurs besoins sexuels et relationnels durant leur hospitalisation et/ou en prévision de leur retour en communauté.

Afin d'explorer davantage cette problématique complexe qui demeure peu documentée dans les écrits scientifiques, nous avons conduit une recherche qualitative auprès d'hommes hospitalisés en milieu de psychiatrie légale, de professionnels de la santé travaillant auprès de ces patients et de membres de la direction des soins infirmiers (DSI). Dans cet article, nous présentons les résultats de cette recherche ayant pour objectif de mieux comprendre l'expérience des patients, l'expérience et le rôle des différents professionnels de la santé

travaillant auprès de ces derniers, et le rôle de la Direction des soins infirmiers quant à l'expression et la santé sexuelle d'hommes hospitalisés en milieux psycholégaux.

### Cadre théorique

Pour faire sens des résultats, plusieurs composantes doivent être prises en compte : le contexte (politique, social, culturel, économique, genre, etc.), l'environnement (institutionnel, carcéral, psychiatrique) et les personnes concernées (professionnels, patients, membres de la direction), ainsi que les dynamiques entre ces différentes composantes et l'impact qu'ont ces dernières sur différents enjeux (violation de droits, pratique professionnelle, etc.). C'est pourquoi le cadre théorique complexe que nous utilisons permettra de bien comprendre tous ces aspects. S'inscrivant dans le paradigme de la théorie critique, ce projet de recherche pose un regard critique sur la situation actuelle en psychiatrie légale quant à l'expression de la sexualité des patients et remet en question les mécanismes en place préservant le *statu quo*.

Ainsi, les écrits de Michel Foucault (pouvoir disciplinaire), d'Erving Goffman (institution totale) et ceux de Gail Mason (violence et homophobie) composent le cadre théorique qui sous-tend cette recherche. Ces trois cadres interagissent entre eux et sont complémentaires dans leur conception des institutions fermées et des pratiques « gouvernant » la vie des personnes hospitalisées en milieux fermés.

### Méthodologie

#### Devis

L'ethnographie critique permet de porter un regard sociopolitique afin d'explorer les questions de recherche posées. Ici, l'accent est mis sur le contexte (social, politique, historique, culturel, ethnique, genre, etc.). Le principal objectif de cette recherche vise à explorer ce qui se dit et ce qui se vit en

matière d'expression sexuelle des patients dans le contexte particulier de l'institution psycholégale. Ce type de devis de recherche permet d'exposer les effets capillaires du pouvoir qui traversent et qui influencent différents discours (Thomas, 1993). Il permet aussi d'exposer la manière dont les discours (professionnels, organisationnels) pénètrent les corps et modulent les pratiques (sexuelles et institutionnelles) des personnes.

### **Milieu de recherche et échantillon**

L'étude s'est déroulée dans un hôpital psychiatrique à sécurité maximale connu comme un des plus grands centres de psychiatrie légale au Canada. Il compte plus de 280 lits répartis dans 15 différentes unités où sont offerts plusieurs programmes de soins et de traitements spécifiques à la condition des patients. Les participants ont été recrutés parmi les unités d'hommes majeurs uniquement (9 unités non mixtes au total). Nous avons recruté treize patients (n=13) parmi les 9 unités non mixtes. Les critères d'inclusion à l'égard des patients sont les suivants : homme, détenu ou en garde en établissement (dans l'impossibilité de quitter l'institut), âgé de 18 ans et plus. Les patients incapables de consentir, très agressifs ou agités, ou ceux étant traités pour « déviances sexuelles » ont été exclus de l'étude. Dix-sept professionnels ont été recrutés au total. Nous avons recruté des infirmières (n=5), des éducateurs (n=6), un agent d'intervention (AGI) (n=1), des psychiatres (n=3), un psychologue (n=1) et un criminologue (n=1). Ces derniers devaient avoir été à l'emploi au sein de l'établissement pour un minimum de six mois. En ce qui concerne les membres de la Direction des soins infirmiers, trois membres ont participé à notre recherche. Des trois groupes de participants (patients, membres du personnel et membres de la DSI) aucun volontaire répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion n'a été refusé. Nous avons recruté un total de 33 participants.

### **Collecte et analyse des données**

La collecte de données a été faite par le biais de trois différentes méthodes soit : entrevues semi-structurées, documents institutionnels (mission, valeurs et vision de l'organisation, documents en lien avec les politiques et procédures relatives à la sexualité des patients, etc.) et l'observation du milieu. En ce qui concerne le processus analytique, nous avons eu recours à la méthode d'analyse thématique de Paillé (1994) : transcription, codification, catégorisation, mise en relation, intégration et modélisation.

### **Approbation éthique**

Notre protocole de recherche a fait l'objet d'une évaluation par deux différents comités éthiques soit celui de l'institution et celui de l'Université d'Ottawa. Afin d'obtenir les approbations nécessaires et de faciliter l'accès aux différentes unités, nous avons travaillé étroitement avec la direction des soins infirmiers.

### **Résultats**

À des fins de clarification, nous présentons nos résultats en trois temps, suivant trois thèmes mutuellement exclusifs. Le premier thème vise à décrire le contexte ainsi que le milieu où s'est déroulée notre recherche. Le deuxième thème se concentre quant à lui sur l'expérience des patients en ce qui a trait à l'expression de la sexualité et à leur santé sexuelle. Enfin, le troisième thème traite des différents discours professionnels et se concentre sur le gouvernement des pratiques sexuelles.

#### **Thème 1 : Situer la sexualité en contexte médico-légal**

Le premier thème regroupe les résultats concernant le contexte (hospitalier, social et personnel) dans lequel s'exprime (ou non) la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale. Une politique interne interdit officiellement les contacts sexuels entre patients dans l'organisation. Au ressort de notre analyse, nous notons que tant les données relevant de l'architecture et du

dispositif de sécurité que celles relevant des politiques institutionnelles analysées sont des entraves à l'expression de la sexualité des patients.

### *Contexte hospitalier*

Plusieurs patients mentionnent dans quelle mesure le milieu sécuritaire affecte leur sexualité. Cette citation résume la perception de plusieurs participants quant à l'impact du milieu sécuritaire sur les possibilités de contacts sexuels. Dans l'extrait suivant, le participant-patient affirme que le dispositif de sécurité mis en place restreint drastiquement les possibilités de contacts sexuels entre patients :

Non, il n'y a pas vraiment de possibilités non plus. Non parce que les portes sont barrées à tous les soirs ici, puis les portes sont barrées à dix heures et demie le soir, puis c'est surveillé pas mal, tout ça, puis les gars prennent leur douche individuelle, puis c'est bien protégé tout ça là. (Pt-1, parag. 75)

La structure sécuritaire en vigueur dans l'organisation n'est pas sans rappeler l'environnement carcéral où l'idée d'une surveillance continue est induite chez les « surveillés ». En effet, tel que mentionné par certains participants, l'auto-surveillance induite par le dispositif de sécurité module leurs comportements sexuels en instaurant l'idée qu'il n'y a pas de possibilités de contacts sexuels.

L'analyse des données permet de constater que la culture institutionnelle est si forte que des règles informelles ont souvent préséances sur les règles formelles. À titre d'exemple : bien que la politique officielle sur la sexualité des patients mentionne l'interdiction de contacts d'ordre sexuel, en pratique, une interdiction de tout contact physique est appliquée sur les unités, tel qu'expliqué par ce participant :

Les contacts homosexuels, tous les contacts, même les poignées de main trop attachées, les gens [les intervenants] ils ne tolèrent pas ça. (...) moi je parle de ce que je sais, qu'est-ce que je vois, qu'est-ce que j'entends. Mais moi j'ai fait l'unité \*\*\*\*\*, c'est une unité d'admission, il n'y a pas de contacts, après ça j'étais venu ici et il n'y a pas de contacts [non plus], c'est le même principe [partout]. Pas de contacts. (Pt-12, parag. 182)

Cet extrait montre l'intériorisation des interventions des intervenants sur les contacts entre patients. On comprend, par cet extrait, que ce participant-patient a été témoin d'interventions à l'égard de ses pairs en ce qui a trait à des contacts tels que des « poignées de mains » échangées. Il fait également mention de « contacts homosexuels ». Bien qu'il n'élabore pas sur ce qu'il entend par là, on comprend que les interventions ou les interactions avec les patients laissent fortement sous-entendre que les contacts homosexuels ne sont pas acceptés.

Par ailleurs, notons que l'application de ces règles reposent sur « le bon jugement » des membres du personnel, lesquels sont composés à plus de 60% d'éducateurs et d'agents d'intervention, deux groupes professionnels n'ayant pas d'ordre professionnel et n'ayant pour la plupart aucune formation spécifique en santé mentale et en sexualité.

### *Contexte social*

Une autre partie importante de l'analyse des résultats présentée dans ce thème est l'accent mis sur les éléments du discours macrosocial démontrant à quel point le contexte social n'est pas favorable à l'expression sexuelle des patients. En effet, le caractère hétérosexiste de la culture psycholégale affecte les représentations que les professionnels se font des patients et la prise

en charge qu'ils font de leur sexualité. Tel que vu dans les écrits, il a été démontré par plusieurs auteurs (Eigenberg, 2000; Hensley et Tewksbury, 2002) que le milieu correctionnel et psychiatrico-correctionnel est très hétéronormatif. L'hétéronormativité étant une vision ancrée profondément dans notre société, à degré variable, il est difficile d'extraire une citation précise de participant démontrant cette croyance. Il s'agit d'une vision imbriquée dans le discours quotidien, dans la façon de concevoir la normalité et les relations interpersonnelles et sexuelles. Nous ne sommes donc pas en mesure d'illustrer cet aspect par un court extrait d'entrevue. Par contre, à titre d'exemple, il est important de mentionner que bien que la chercheuse principale ait été très claire quant à son sujet de recherche (l'expression de la sexualité chez des patients – hommes – hospitalisés en milieu de psychiatrie légale sur des unités non mixtes), aucun participant n'a initialement rapporté d'anecdotes concernant des contacts homosexuels. Tous les participants, sans exception, ont fait référence à des contacts hétérosexuels lorsqu'ils répondaient à la question « Avez-vous déjà été témoin ou entendu parlé de contacts sexuels entre patients sur votre unité? ». Lorsque la chercheuse réajustait la question en spécifiant l'inclusion de contacts homosexuels, les participants reformulaient leurs réponses. Certains apparaissaient surpris par la question. Ceci en soit nous apparaît comme étant révélateur quant à la qualité hétéronormative très forte de la culture psychiatrico-correctionnelle de l'institution.

L'analyse des données démontre également que les discours en lien avec les droits humains ne font pas le poids contre les discours de dangerosité et de vulnérabilité. Lors des entrevues avec les participants-membres du personnel et de la direction des soins infirmiers, beaucoup de références ont été faites aux droits humains. Certains participants ont un discours contradictoire quant au fait de considérer ou non la sexualité comme un droit. Cette ambiguïté se

manifeste par le fait que certains participants-membres du personnel disent reconnaître la sexualité comme un besoin, mais expriment également ne pas trouver la politique interdisant les contacts sexuels pour tous les patients comme problématique des points de vue éthique et légal. Dans l'extrait suivant, on soulève l'instabilité de la clientèle, le niveau de risque élevé qu'elle représente et la dangerosité du milieu comme éléments justifiant le retrait du droit à la sexualité des patients. On comprend, par le commentaire de ce participant, que dans le contexte particulier de l'institution, les éléments liés au risque et à la dangerosité ont plus de poids que le discours sur les droits humains :

Moi encore une fois, dans un contexte où notre clientèle, la plupart du temps, n'est pas stable ou ne présente pas un niveau de risque bas, (...) je pense qu'il faut être conscient du milieu dans lequel on est et la clientèle qu'on a. Donc (...) il y a toute cette question-là de dangerosité. Mais moi je ramène encore la question de contrôle [qu'on voit souvent chez les patients où ils vont] aller chercher le plus démuné [et chercher à prendre avantage de lui] et la question d'abus [aussi], (...) donc moi je ne suis pas contre la politique. (Pro-9, parag. 46)

Plusieurs participants trouvent normal que les contacts sexuels soient interdits étant donné la particularité du milieu psycholégal.

### *Contexte personnel*

Finalement, l'exploration du vécu sexuel pré-hospitalisation des patients exposée ici permet non seulement d'observer la diversité de vécus des patients, mais elle fait également ressortir la rigidité du milieu psycholégal quant à l'expression de la sexualité en la contrastant avec deux autres milieux fermés (l'institution psychiatrique et le milieu correctionnel). Dans le prochain extrait, par

exemple, le participant stipule qu'il est fréquent que les hommes aient des contacts sexuels en milieu correctionnel. Il mentionne également trouver que c'est un milieu qui est plus ouvert à l'homosexualité. On comprend, par son commentaire, qu'il compare le milieu carcéral avec le milieu psycholégal, et que ce dernier est beaucoup plus contraignant et homophobe :

(...) en prison tu vois plus ça [des contacts sexuels entre hommes], (...), c'est plus ouvert, tu sais, le monde ne se cachent pas de ça, la plupart du moins. (Pt-8, parag. 39).

## **Thème 2 : Faire l'expérience de la sexualité en tant que patient**

Ce thème, portant sur l'expérience des patients relative à la sexualité en milieu de psychiatrie légale, lève le voile sur l'impact du traitement de masse préconisé par l'institution sur la sexualité des patients. Chacune des catégories de ce thème explorent une facette du vécu des participants, mettant ainsi en lumière la prise en charge totale de l'institution au regard de la sexualité des patients, la façonnant et la modifiant par différents processus qui mènent, nous le croyons, jusqu'à la castration.

Les témoignages des patients récoltés permettent de constater que les patients ont tous un rapport différent à la sexualité avant d'être hospitalisés, mais que leur passage en institution psycholégale transforme leurs pratiques et leur rapport à la sexualité. Ceci est constaté par l'intériorisation des règles institutionnelles, par la résilience aux effets secondaires sévères affectant leur sexualité et par les mécanismes d'adaptation qu'ils développent leur permettant de conserver une certaine forme de sexualité.

## ***Intériorisation des règles institutionnelles***

Tous les participants ont mentionné croire que les contacts sexuels entre patients étaient interdits à l'institut, sans toutefois être au courant de l'existence d'une règle ou d'une politique formelle, tel qu'on peut le constater dans cet extrait :

Je ne [sais] pas (...) parce que comme je dis je n'ai pas vu de relations, je n'ai pas vu une intervention là-dessus, mais d'après moi [selon] la manière que ça se passe ici c'[e doit être] interdit. C'est la manière que, de ma perception là. (...) Ah c'est sûr, ils ne laisseraient pas je pense, en fait tu peux être deux gars dans la douche, mais, c'est plus s'il se passe de quoi c'est là, mais la plupart du temps le gars est tout seul, puis aussi ils vérifient souvent, tu sais, ils tassent ton rideau [de la fenêtre de ta chambre] constamment fait que, ça serait assez dur là. (Pt-8, parag. 91)

Nous sommes d'avis que le fait que tous les participants interviewés aient dit croire que les contacts sexuels entre patients étaient interdits sans être au courant de l'existence d'une politique officielle (et dans plusieurs cas sans être en mesure de dire ce qui justifierait cet interdiction) démontre une assimilation de cette règle institutionnelle.

Une intériorisation des règles institutionnelles est également perceptible au regard du discours institutionnel désignant la sexualité comme un privilège. À titre d'exemple, l'approche comportementale ou de « modification de comportement » est encore très présente dans les milieux psychiatriques (bien que contestée par plusieurs). Dans cette approche, on retrouve le concept de « privilège » qui représente une activité ou un objet particulier auquel le patient a droit s'il se comporte bien. L'idée est d'encourager les bons comportements. Cette approche, bien qu'infantilisante, est répandue dans les pratiques institutionnelles et est également

bien connue des patients. C'est à cet effet que plusieurs participants semblent avoir intériorisé le discours institutionnel en associant le droit à la sexualité à un privilège. Cet extrait témoigne de ce phénomène :

Non je ne trouve pas ça correct [qu'on m'interdise d'avoir des contacts sexuels], (...). Je trouve qu'ils m'obligent à travailler pour mériter une sexualité. Comme s'ils me donnent du travail pour avoir plus de privilèges, puis de sortir un petit peu, puis de bien agir tout ça. (Pt-6, parag. 127)

Certains font aussi référence à « bien se comporter », ce qui relève indirectement de l'approche par privilège.

Un autre aspect de l'intériorisation des règles institutionnelles a été exposé par le lien que plusieurs participants font entre la privation de sexualité et une forme de pénitence pour leur délit. Il s'agit d'un discours qui est également populaire chez certains membres du personnel, comme quoi il est normal que les patients (spécialement ceux qui ont commis un crime) se voient privés de droits fondamentaux à l'exemple du droit à une sexualité épanouie pendant qu'ils servent leur sentence. Ce discours semble découler de la culture carcérale où les expressions comme « faire du temps » sont typiques. Cet extrait montre d'ailleurs cette appropriation du discours institutionnel :

Well I don't know, we are doing time so I'd be like, I guess it's normal [d'être privé de contacts sexuels]. (Pt-11, parag. 79)

Cette façon de concevoir l'absence de sexualité comme une pénitence est répandue chez les patients. Lorsque questionnés à savoir s'ils trouvent normal le fait d'être privé de sexualité durant leur hospitalisation, ils sont plusieurs à faire référence à leur délit et à affirmer que oui, pour eux il est normal d'être « puni » à cet effet. Bien qu'au point

de vue légal, la conséquence de certains crimes soit le retrait de liberté (l'emprisonnement), certains participants pensent qu'il est normal de retirer d'autres libertés ou droits tel le droit à une sexualité.

### *Résilience aux effets secondaires*

La résilience aux effets secondaires sévères affectant la sexualité des patients montre selon nous comment le passage en institution psycholégale transforme le rapport à la sexualité. Une variété d'effets secondaires sont associés avec la prise de médicaments fréquemment administrés tels que les antipsychotiques, les anxiolytiques, les stabilisateurs de l'humeur et les antidépresseurs. Parmi ces effets secondaires, de gravité variable, se trouvent des effets non désirables affectant considérablement la sexualité des patients. Typiquement, les hommes expérimentent une baisse de libido telle que vécue par ce participant :

Oui, mais là, même avec ma nouvelle médication, (...) je n'ai même pas envie comme avant, je ne sais pas si c'est l'âge ou ma médication, je suis sûr que c'est ma médication. (...) Mais mon ancien médecin me l'a dit que mon envie va baisser avec cette médication-là, c'est un des effets secondaires, mais il y a des bons effets aussi, donc... (Pt-10, parag. 86)

Cet extrait démontre l'incertitude vécue par certains patients quant à l'état de leur connaissance vis-à-vis des effets secondaires de leur médication, spécialement ceux qui affectent la sexualité. Le participant dit croire que sa baisse de libido est due à sa médication, mais il exprime ne pas en être certain. Ce témoignage porte à croire que peu d'enseignement est fait à l'institution quant aux effets secondaires de la médication affectant la sexualité.

Les pertes d'érection ou même l'impuissance, l'incapacité d'éjaculer ou

l'éjaculation tardive sont aussi fréquentes, comme le soulignent ces deux prochains extraits :

Oui, on dirait que j'ai moins de puissance de ces temps-ci. (Pt-6, parag. 147)

Ça m'est déjà arrivé [l'impuissance] pendant deux ans là. (...) je n'ai pas aimé ça du tout. (Pt-2, parag. 82)

Ces effets sont toujours difficiles à accepter pour les patients concernés, qui présentent parfois de la détresse face à leur situation :

I can't ejaculate no more. But they [the medical team] need to bring it back cause that's bad, I want to have babies one day. [My doctor] prescribed me a spermogram. But the day I got to do the spermogram is the day I can't get hard. Je ne peux pas bander, je suis comme what the fuck ! (Pt-11, parag. 116)

Lors des entrevues, la plupart des patients parlent ouvertement des inconvénients des effets secondaires de leur médication sur leur sexualité. Certains sont moins confortables d'aborder cette question, d'autres semblent soulagés de pouvoir ventiler à ce sujet. Tous disent être incommodés par cette situation bien qu'ils sachent que les contacts sexuels sont interdits à l'institution.

Une mauvaise prise en charge des effets secondaires qui affectent la sexualité des patients peut avoir de graves conséquences telles que l'arrêt complet ou la prise irrégulière de médicaments (certains patients vont délibérément omettre de prendre leurs médicaments seulement les jours où ils ont des permissions de sorties, par exemple) dans le but d'éviter ou de diminuer les effets secondaires. C'est le cas de ce participant qui se questionne à ce sujet et considère arrêter son traitement pharmaceutique pour retrouver une vie sexuelle satisfaisante :

Peut-être que si j'arrêtais complètement mes pilules, peut-être que ça ré-augmenterait [ma libido], je ne sais pas. (Pt-6, parag. 156)

Typiquement, les patients vont suivre un traitement pharmacologique lorsqu'hospitalisés sans nécessairement se plaindre d'effets secondaires au niveau de leur santé sexuelle étant donné le manque d'opportunité d'expression sexuelle durant cette période. Une fois qu'ils reçoivent leur congé, lorsqu'ils tentent de reprendre leur vie sexuelle telle qu'ils la connaissaient pré-hospitalisation, ceux-ci arrêtent leur traitement car ils souhaitent se débarrasser des effets secondaires de leur médication (perte d'érection, diminution considérable de la libido, etc.). Ces cas sont très fréquents et, vu la nature des médicaments administrés, l'arrêt ou l'omission de la prise de médication peut devenir nuisible à la continuité du traitement et à la condition générale du patient. Aussi, comme certains patients sont inconfortables de discuter ouvertement de leurs problèmes sexuels, il est fréquent qu'ils mentent lors de leur suivi psychiatrique quant à l'arrêt de leur médication, ce qui amène des complications au niveau de leur traitement. Le médecin peut ainsi croire à l'inefficacité d'un médicament et prendre la décision de changer de molécules alors que le patient, qui avait été mal informé des effets secondaires de la médication sur sa sexualité, avait de lui-même mis fin au traitement.

### *Mécanismes d'adaptation*

Les différents mécanismes d'adaptation mis en œuvre par les patients afin de vivre une certaine forme de sexualité durant leur hospitalisation sont un autre aspect démontrant les effets d'un traitement de masse sur la sexualité des patients. Quatre mécanismes d'adaptation sont ressortis dans notre analyse de données, soit : une sexualité en attente, une sexualité vicariante, les fantasmes sur les membres du personnel et,

finalement, les mécanismes d'adaptation liés aux contraintes.

Un mécanisme qui semble commun chez plusieurs patients est l'idée de mettre sa sexualité « en attente » jusqu'à leur prochaine permission de sortie non supervisée. La longueur d'attente afin d'avoir cette permission est souvent variable selon les différentes situations des patients et fait ainsi varier la longueur de la « pause » imposée à la sexualité. Par « pause » on entend ici le fait d'ignorer ses besoins, désirs ou pulsions sexuelles, de les réprimer en quelque sorte, pendant un certain temps. Dans l'extrait suivant, un participant explique cette idée :

Là tu te dis j'aimerais ça être dehors pour faire l'amour, des affaires comme ça mais tu es pris ici. Le premier quatre mois seulement ça passe, mais quand ça fait seize ans, ça devient plus difficile surtout quand tu n'as pas de sorties, si tu avais des sorties, ça passerait mieux. (...) Lors de ta sortie de neuf heures de temps, tu as le temps de faire tes besoins, d'aller voir ton ex ou une nouvelle fille ou *whatever*. (...) Tu as le temps de te vider et puis passer à autres choses puis la semaine continue, jusqu'à ta prochaine sortie. Mais quand tu n'en as aucune sortie ou tu as des sorties juste devant \*\*\*\*\*[l'institut], c'est plus difficile. (Pt-13, parag. 26)

Tel que mentionné par ce participant, certains patients n'ont pas de sorties et mettent en « pause » leur sexualité pour toute la durée de leur hospitalisation, jusqu'à leur congé :

Puis ici, nous autres on n'a pas d'activité sexuelle rien, puis moi je n'aime, ça ne m'attire pas non plus ça les, tu sais, moi faut que je refasse ma vie puis j'ai hâte de sortir d'ici, puis ça va revenir tu

sais. Bon là avec la médication qu'on prend, moi je n'ai pas l'idée à ça non plus tu sais. (...) Non [pas juste à cause de la médication] parce qu'on n'a pas de sortie non plus, puis c'est pas mal ça. (Pt-1, parag. 68)

Le terme « sexualité vicariante » est utilisé ici pour illustrer une façon différente de vivre sa sexualité. Il a été question, dans certaines entrevues, de sexualité vécue de façon « verbale », par des conversations avec les pairs. Ce mécanisme d'adaptation semble permettre aux patients une certaine forme d'expression sexuelle. Bien que certains patients émettent le commentaire que la sexualité est taboue et qu'ils n'en parlent point entre eux, plusieurs admettent en parler ou, du moins, écouter leurs pairs en parler entre eux. C'est d'ailleurs de cette façon que ce participant explique vivre sa sexualité durant son hospitalisation :

C'est plus par conversation [qu'on vit notre sexualité ici]. (Pt-6, parag. 6)

Le même participant explique qu'en dépit de ne pas avoir de sortie ou d'opportunité de contacts sexuels avec d'autres patients, ils « en parlent » :

Mais eux ils peuvent sortir, ils peuvent sortir mais quand, mais les autres qui ne peuvent pas sortir, alors ils en parlent [de sexualité], ils en parlent c'est tout. (Pt-6, parag. 124)

Ce dernier explique qu'il s'agit de parler de sujets excitants :

Oui par la conversation comme parler des danseuses, dans les bars de danseuses, tout ça puis comme des danseuses ou bien des ex, leur blonde ou bien des choses comme ça. (Pt-6, parag. 37)

Plusieurs membres du personnel interviewés rapportent que les patients semblent excités par les membres féminins de l'équipe traitante. L'extrait suivant en témoigne :

Quand c'est les filles [qui font les tournées sécuritaires], ils en profitent les gars, certains gars en profitent pour se masturber quand ils voient passer les filles qui font les tournées. (Pro-5, parag. 28)

Certains patients avouent avoir des fantasmes portant sur des membres du personnel. Un participant confie, une fois l'enregistrement arrêté, qu'il a rêvé de sa psychiatre la veille. Il me mentionne cette anecdote en ajoutant que pour lui, la situation est grave d'en être rendu à fantasmer sur sa psychiatre. Il nomme qu'en l'absence de sortie, de visite de conjoint ou ami et de matériel érotique, il ne lui reste plus beaucoup d'objets de fantasme. En général, les participants sont conscients qu'il est inapproprié de fantasmer ou d'espérer une relation avec un membre de l'équipe traitante :

Mais ça ne marche pas comme ça il y a des règles, tu comprends ce que je veux dire, c'est les règles. (...) C'est comme si on me dit que le staff femme pourrait faire l'amour avec moi, c'est une femme, mais ça ne marche pas. Il y a une barrière entre moi puis elle. (...) une barrière professionnelle. (Pt-13, parag. 74)

Lors de séances d'observation, il a été noté que le personnel accorde une grande importance à ces « fantasmes », qui semblent d'ailleurs relever de préoccupations cliniques car plusieurs membres du personnel confient ce genre de témoignages. Ceux-ci sont l'objet de discussions lors des réunions d'équipe et de mises en garde à certains membres du personnel (principalement féminin) lors des changements de quarts de travail.

À défaut de pouvoir exprimer leur sexualité, les patients développent des pratiques sexuelles dites « inappropriées ». Les membres de l'équipe traitante réfèrent souvent à ces pratiques comme étant exhibitionnistes ou désinhibées. Cet extrait d'un participant-patient décrivant des appels érotiques qu'il faisait dans la salle commune illustre comment les patients, eux, perçoivent ces pratiques :

Au début [de mon hospitalisation], je ne vais pas mentir, au début moi j'appelais mon ex, j'appelais mon ex puis on faisait des *sex phone*. Oui, ici [dans la salle commune] oui. Puis là on parlait, puis moi je ne pouvais pas parler parce que je ne voulais pas que le monde entende. Moi j'écoutais le téléphone. J'ai fait ça pendant trois, quatre fois, mais après je me suis tanné parce que *shit* c'est *fucked up*. (Pt-13, parag. 166)

On comprend dans cet extrait que le participant s'adonne à des pratiques avec lesquelles il n'est pas nécessairement confortable, mais qu'il le fait tout de même en l'absence d'alternatives.

On peut voir, dans cette sous-catégorie portant sur les mécanismes d'adaptation, les différentes façons dont les patients modulent leur comportement pour vivre une forme de sexualité durant leur hospitalisation. Nous percevons ces adaptations comme étant intégrées, c'est-à-dire que les patients utilisent ces stratégies d'adaptation en réponse aux contraintes de l'institution. Ces contraintes définissent des façons de faire et des façons d'être bien précises. Nous voyons, dans la façon dont les patients décrivent ces comportements, une manière de se réapproprier leur vie (sexuelle) dans un environnement tentant de les mortifier.

Nous comprenons aussi que les patients subissent une forme de castration qui se manifeste de différentes façons, soit par un

désintéressé total de la sexualité (tant dû à la prise de médication, au manque d'opportunité de contacts ou à l'intériorisation des règles institutionnelles), soit par une répression complète des habitudes sexuelles. Peu importe le facteur de castration en cause, ce que l'on voit ici est qu'une fois institutionnalisés, les patients modifient complètement leur sexualité, allant jusqu'à l'abandon de toute vie sexuelle.

### **Thème 3 : Gouverner la sexualité**

Dans ce troisième thème, nous exposons en détail les éléments qui constituent le discours infirmier, le discours médical ainsi que le discours des autres professionnels en ce qui a trait à la sexualité des patients. Les représentations des patients comme être sexuels ainsi que la perception que chacun a de son rôle par rapport à la sexualité des patients ont servi de points de comparaisons entre les différents discours. Les représentations des patients dans des cadres rigides dichotomiques de vulnérabilité-dangereux, abuseur-abusé, asexuel-hypersexuel sont des notions récurrentes dans tous les discours professionnels et contribuent grandement au façonnage tant des pratiques professionnelles que de la sexualité des patients.

#### ***Les discours professionnels***

Le discours infirmier dresse un portrait dichotomique des patients lorsqu'il est question de leur sexualité. En effet, le prochain extrait fait valoir une idée plutôt répandue dans l'ensemble des discours professionnels au sujet des patients comme appartenant à un groupe de « dominants » ou de « dominés ». Cette dualité place non seulement les patients dans des cadres rigides, leur conférant ainsi peu de façons d'exister autrement comme êtres sexuels, mais elle semble aussi façonner l'établissement des routines sur les unités. À titre d'exemple, l'extrait suivant présente le témoignage d'un participant décrivant comment l'organisation de la prise des

douches est pensée en fonction des patients qui sont soit « dominants » soit « victimes » :

[En équipe] on a déjà réfléchi sur ça, (...) l'accès aux douches avec des patients qui ont des profils plus dominants puis des patients qui ont des profils plus de victimes. (D-3, parag. 18)

Des considérations similaires ont été observées par la chercheuse principale lors de la planification de diverses activités sur les unités. Il est fréquent que les membres du personnel tiennent compte ou commentent ledit « statut » (« dominant » ou « victime ») des patients lors d'attribution de tâches à certains d'entre eux, ou lorsque des patients passent du temps ensemble dans les aires communes. Cette micro-gestion témoigne de préoccupations majeures quant aux perceptions que le personnel infirmier a des patients, préoccupations venant du fait que l'on craigne les abus entre un patient plus « dominant » et un patient plus vulnérable. Le prochain extrait dépeint les patients dans une dichotomie similaire, utilisant des termes plus cliniques tel que « vulnérabilité » et « traits antisociaux » :

Il y a toujours des histoires sur des unités où il y a des patientes plus vulnérables avec des patients plus dans une dynamique antisociale où là des fois il y a des demandes de faveurs sexuelles qui se font, puis c'est tout un contexte de vulnérabilité, d'abus, d'obligation, mais en même temps de besoin de base naturel. (Pro-14, parag. 48)

Encore une fois, le patient est conceptualisé selon deux cadres où on le positionne, de façon automatique, soit en victime, soit en agresseur. Il devient donc difficile pour les patients d'exprimer leur sexualité à l'extérieur de ces cadres. En décrivant un « contexte de vulnérabilité, d'abus, d'obligation », ce participant renforce l'idée que les patients sont ancrés dans l'un ou

l'autre de ces rôles exclusifs (abuseur ou abusé). Il est à noter qu'il y a en effet des patients portant officiellement un diagnostic de troubles psychiatriques avec trait de personnalité antisociale. Par contre, ce terme est utilisé plus souvent par le personnel qu'il n'est officiellement diagnostiqué. Ce participant mentionne également un élément ajoutant à la complexité de la situation, soit le « besoin de base naturel ». On comprend ici que le participant reconnaît que les patients ont des besoins sexuels et ce, malgré le contexte de « vulnérabilité et d'abus » qui est automatiquement identifié.

Une tendance dichotomique est aussi observée dans le discours des éducateurs selon laquelle les patients seraient soit « asexuels » (c'est-à-dire désintéressés ou trop désorganisés pour considérer avoir une sexualité) soit « hypersexuels ». Cet extrait témoigne du désintéressement lié à la désorganisation des patients :

Tu sais ça arrive rarement qu'il va y avoir des contacts entre deux patients parce que quand ils sont ici, ils sont plutôt fermés sur eux-mêmes, donc ils ont de la misère à établir des rapports avec les autres parce qu'ils sont vraiment désorganisés. (Pro-6, parag. 23)

À l'inverse, dans l'extrait suivant, le participant décrit les patients comme étant tellement actifs sexuellement que cela nuit au bon fonctionnement de l'unité. On décrit les patients hypersexuels comme ceux qui se masturbent souvent et de façon désinhibée :

Je te dirais que la sexualité est assez cachée. Puis tu as des patients, certains qui sont malades, tu vas faire une tournée, ils vont se masturber souvent. Il y en a qui ont des rideaux, [d'autres] pas de rideaux. (...) Puis quand c'est [les femmes qui font les tournées], ils en profitent les gars, certains gars en profite pour se masturber quand ils

voient passer les filles [qui] font les tournées. (Pro-5, parag. 24)

Un autre aspect très présent dans le discours infirmier est la fragilité des patients de façon générale. Cette fragilité semble plus flagrante lorsqu'il est question de sexualité. Plusieurs participants de divers groupes de professionnels ont tenu ce discours. Dans tous les cas, les patients sont très souvent décrits comme étant très fragiles. Dans l'extrait suivant, on mentionne que cette fragilité nécessiterait plus d'enseignement auprès des patients et on exprime un questionnement quant à la façon dont cette fragilité pourrait s'exprimer en réponse à d'éventuelles fin de relations entre patients :

Je pense qu'il y aurait aussi beaucoup d'enseignement à faire [dans le cas où] ça ne marche plus [la relation prend fin] (...) parce que, tu sais, c'est des patients qui sont tellement fragiles. (Pro-6, parag. 79)

L'idée qu'une peine d'amour soit plus dommageable pour des personnes atteintes de maladies mentales revient souvent dans le discours des participants infirmiers :

Oui parce que je me dis c'est certain qu'une peine d'amour, ça fait mal pour tout le monde, mais imagine quand tu as une maladie mentale, ça doit être encore [pire]. (Pro-6, parag. 85)

Nous entendons, dans cette conception récurrente des patients comme des êtres fragiles, la croyance que la maladie mentale empêche la gestion adéquate des émotions. Il est vrai que, pour certains patients, leurs problèmes de santé mentale peuvent affecter leurs habiletés à gérer leurs émotions, mais ce n'est pas le cas pour tous les patients et à tout moment de leur hospitalisation. Les ruptures de relations sont choses fréquentes et sont difficiles tant pour les personnes non affectées par la maladie mentale que pour les

personnes qui le sont. Puisque les ruptures sont des événements qui arrivent fréquemment dans la communauté, il serait bénéfique d'intégrer cet aspect à l'enseignement lié à la réinsertion sociale des patients. D'autre part, il nous apparaît pertinent de souligner que les contacts sexuels sont officiellement réglementés à l'institution, mais il n'en est rien des attachements émotionnels. Aucune politique n'empêche officiellement les patients d'être en relation affective. Par contre, lors de nos observations, il a été noté que les intervenants indiquent aux patients qu'ils ne peuvent être en couple. Lorsqu'informellement questionnés sur les raisons soutenant cet interdit, on indique à la chercheuse principale que « les patients sont ici pour se concentrer sur leur traitement. Dès lors, les relations de couples viennent distraire les patients et les empêchent de se concentrer sur leur guérison ».

La conceptualisation de la sexualité comme un besoin versus un droit est un autre point de comparaison des différents discours professionnels. Il a été exposé que, de façon générale, les infirmières reconnaissent la sexualité comme un besoin plutôt que comme un droit alors que les éducateurs ont peine à la reconnaître comme un besoin.

### *Gouvernement des conduites sexuelles*

L'analyse de nos données dépeint un milieu polarisé où les infirmières se retrouvent en négociation constante entre leur rôle caritatif, lié traditionnellement à la prise en charge de la santé sexuelle, et un rôle de contrôle attribué par le milieu psycholégal. Les différents discours documentés dans les résultats interagissent et rationalisent l'application de modes d'exercice de pouvoir pour gouverner la sexualité des patients. Peu importe les rôles traditionnellement attribués aux différents professionnels quant à la sexualité des patients, chacun devient un acteur dans le gouvernement des conduites sexuelles des patients à l'institution.

Trois différents modes d'exercice de pouvoir sont ressortis de notre analyse de données soit : le dressement, la surveillance et la répression. Ici, il est question de la surveillance. Tel qu'il en a été question dans le premier thème, la surveillance est un aspect inhérent au milieu psycholégal. L'architecture et l'aménagement des espaces sont pensés en termes d'observation. L'une des fonctions principales de chaque membre du personnel, indépendamment du groupe professionnel, est de maintenir un état de surveillance constant et de documenter les activités des patients. Cette fonction du dispositif psycholégal a été largement abordée dans les catégories précédentes. Or, ce dont il est question ici est la surveillance qui est exercée spécialement en cas de soupçons d'activité sexuelle. Tel qu'exprimé par plusieurs participants, lors de soupçons d'activités sexuelles, la surveillance du patient est intensifiée. Dans l'extrait suivant, le participant nomme des mesures prises en termes de surveillance lorsque les professionnels rapportent des soupçons de contacts sexuels entre patients. Il mentionne que ces informations sont partagées en réunion d'équipe afin de « surveiller de façon plus intense » :

Mais on faisait attention quand même, c'était nommé dans les réunions [d'équipe], on savait qui souhaitait avoir des relations puis on le surveillait de façon plus intense. (Pro-12, parag. 44)

Ce qui est mentionné dans cet extrait reflète ce que nous avons observé sur le terrain. Les soupçons, les tentatives de contacts sexuels ou même les rumeurs que des patients pourraient être ou désirer être en relation avec d'autres patients deviennent des informations cliniques traitées avec grande importance. Elles font l'objet de discussions cliniques entre les membres du personnel et sont discutées lors des réunions d'équipe. Souvent, un appel à la vigilance est lancé et il est décidé que la surveillance des patients concernés sera intensifiée. À titre d'exemple,

une présence soutenue en salle (spécialement auprès des patients concernés) sera déployée, la fréquence des tournées sécuritaires augmentera lors d'activités tel que les douches, la lessive, les visualisations de films dans la salle de tv, etc. On documentera également au dossier du patient les observations faites en lien avec sa sexualité sous prétexte d'assurer un meilleur suivi entre les professionnels et plus de cohérence au niveau des interventions.

Alors que différents professionnels appliquent différentes formes de surveillance, celles-ci interagissent ensemble pour exercer de façon coercitive ou non une forme de contrôle sur les comportements sexuels des patients. Ainsi, que ce soit une surveillance physique appliquée en salle par un éducateur, une observation notée au dossier d'un patient par une infirmière quant à un comportement de nature sexuelle ou la collecte de données d'un psychiatre orientée vers l'expression sexuelle du patient, ces formes de surveillance s'imbriquent les unes aux autres et modulent les comportements des patients. C'est en ces termes que l'on rationalise les techniques de surveillance et que celles-ci deviennent un mode d'exercice de pouvoir afin de gouverner la sexualité.

### Discussion

À la lumière des données recueillies lors de notre recherche, l'institution étudiée combine les caractéristiques de l'asile et de la prison (Mason et Mercer, 1999). Elle s'inscrit à la croisée des dispositifs psychiatrique et pénal, lesquels sont tous deux décrits par Goffman (1968) comme des institutions totales c'est à dire des « lieux de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p. 41). Sous le couvert du traitement de patients, de la réhabilitation de criminels ou de l'éducation des enfants à l'école (Hacking, 2004), on

façonne les personnes, on les transforme ou, comme dirait Foucault (1975), on « les rend dociles ». Goffman reconnaît quatre principales caractéristiques aux institutions totales : la coupure du monde extérieur, une prise en charge complète des besoins des reclus par l'institution, un mode de fonctionnement bureaucratique et finalement, des contacts entre reclus et surveillants limités. L'analyse des résultats tend à montrer que ces caractéristiques étaient toutes présentes dans l'institution et que cette transformation dite « totale » s'étend effectivement à toutes les sphères de la vie des patients allant jusqu'aux sphères les plus intimes telles que la sexualité. L'expression sexuelle ne fait donc pas exception à cette « docilisation des corps » à laquelle Foucault fait référence.

Le gouvernement des conduites sexuelles, illustré dans l'analyse des données, s'opère selon trois modes d'exercices du pouvoir (dressement, surveillance et répression) et s'inscrit dans une approche disciplinaire typique du milieu psycholégal. Une série d'interventions a été décrite par les participants en réponses aux comportements sexuels « incorrects », à l'indécence, à la désobéissance de la politique sur la sexualité, etc. À titre de punition, les participants ont rapporté toute une série de procédés subtils allant du châtement physique léger (retour en chambre – isolement) à des privations mineures (retrait de certains privilèges) et à de petites humiliations. Au point de vue théorique, Foucault mentionne qu'un système disciplinaire vise à réduire les écarts, à être correctif. Ces punitions sont essentiellement des mesures correctives qui relèvent du contrôle des déviations reliées au temps, aux activités, aux comportements, au langage, au corps ou à la sexualité (Foucault, 1975). Elles s'inscrivent aussi dans les différents mécanismes de contrôle décrits par Mason (2006).

Une autre notion relevant de la discipline, et inhérente aux institutions totalitaires, est le fait qu'elles appliquent à la personne un

traitement collectif (massifiant) répondant à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins, quelle que soit la nécessité ou l'efficacité de ce système (Goffman, 1968). C'est précisément ce que nous avons observé au regard de la prise en charge de la sexualité. Aucune différenciation n'est faite quant au statut du patient, à son état mental et à ses besoins quant à l'application de la politique sur l'expression sexuelle. Les contacts sexuels sont interdits au même titre pour tous.

Les différents discours professionnels qui ont été exposés lors de notre analyse de données reflètent l'idée que la sexualité des patients est propriété publique, c'est-à-dire qu'elle ne leur appartient pas et assujettie à la gestion d'autrui. En effet, notre analyse de données permet de constater que la sexualité des patients doit être discutée et gouvernée afin d'empêcher qu'elle soit mal utilisée, malsaine, abusive, déviante, inappropriée. L'idée que la sexualité doit faire l'objet de politiques officielles a émergée au 18<sup>e</sup> siècle, explique Foucault. C'est à partir de ce moment historique que la sexualité est devenue propriété publique. En tant que propriété publique, elle est devenue une ressource potentielle pouvant être une menace pour l'ordre public, nécessitant par conséquent une prise en charge par des experts (Danaher, Schirato et Webb ; 2000).

Par ailleurs, comme nous l'avons présenté dans la recension des écrits, l'expression de la sexualité ainsi que la santé sexuelle relèvent des droits humains fondamentaux (Dixon-Mueller et al., 2009; Perlin, 2008). Outre les droits sexuels proprement dits, c'est-à-dire les droits découlant du droit à la vie privée et à l'expression sexuelle de façon libre et consentante, les droits relatifs à la sécurité, à la dignité ainsi qu'à l'absence de discrimination sont également en cause. Il a été soulevé par plusieurs participants que

l'interdiction de contacts sexuels mettait la sécurité des patients en jeu. En effet, l'exemple donné par certains participants, notamment les professionnels rencontrés, concerne l'absence de matériel de protection ou de routine de dépistage d'ITSS; cela constitue une entrave aux droits humains des patients par le fait que cette absence de matériel met la sécurité de ces derniers en jeu (Association Médicale de l'Ontario, 2004). L'interdiction de contacts sexuels faisant en sorte qu'il n'y a point d'espace dédié pour que les patients expriment leur sexualité en privé et de manière sécuritaire affecte leur dignité. À cet effet, Goffman (1968) affirme que les institutions totales limitent les rapprochements et favorisent la délinquance, forçant la mise en place d'« adaptations secondaires »<sup>2</sup> par les patients. En effet, les patients qui tentent, malgré l'interdit, d'avoir des contacts sexuels de façon clandestine se mettent ainsi à risque. En plus du risque de provoquer des réactions homophobes, le règlement interdisant les contacts sexuels entre patients accentue l'interdit qui caractérise la sexualité entre hommes en milieu psycholégal. À la lumière des commentaires généraux exprimés par les participants-patients, nous notons effectivement de la honte, de la culpabilité, une peur du jugement et une impression de ne pas avoir le droit d'avoir une vie sexuelle. Plusieurs auteurs soulèvent des questions quant à la portée que peuvent avoir ces sentiments négatifs à l'égard de leur sexualité une fois de retour en communauté (Brown et al., 2014; Pitt et al., 2007), reflétant ainsi un impact à long terme sur les droits fondamentaux des patients.

D'un point de vue théorique, Perlin (1992, 2002, 2008) souligne que le sanisme est la source de plusieurs dénis de droit de la personne affectée par des troubles de santé mentale et, plus particulièrement, celle qui influence les professionnels de la santé à ne

<sup>2</sup> Goffman (1968) définit les adaptations secondaires ainsi : « des pratiques permettant aux

reclus dans une institution totale d'obtenir des satisfactions interdites ou autorisées, mais par des moyens défendus » (p. 245)

pas considérer les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale comme étant aptes à avoir des contacts sexuels. La psychophobie ou le *sanisme* est une forme de discrimination et d'oppression à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques (Birnbaum, 1974). Plusieurs témoignages recueillis nous portent à croire que l'application d'un traitement de masse qui impose des restrictions à l'expression sexuelle des patients relève de la psychophobie. Perlin (2008) ajoute par ailleurs que l'attitude des professionnels de la santé en regard de la sexualité des personnes atteintes de problèmes de santé mentale reflète le *sanisme*:

Society tends to infantilize the sexual urges, desires, and needs of the mentally disabled. Alternatively, they are regarded as possessing an animalistic hypersexuality, which warrants the imposition of special protections and limitations on their sexual behavior to stop them from acting on these "primitive" urges. By focusing on alleged "differentness", we deny their basic humanity and their shared physical, emotional, and spiritual needs. By asserting that theirs is a primitive morality, we allow ourselves to censor their feelings and their actions. By denying their ability to show love and affection, we justify this disparate treatment. (p.502)

Cet extrait reflète largement ce qui a été entendu lors des entrevues. En effet, plusieurs professionnels rencontrés lors des entrevues soutiennent que les patients nécessitent une prise en charge totale de leur sexualité puisque ceux-ci sont vulnérables et inaptes à gérer leur sexualité. Des craintes face à l'hypersexualité potentielle des patients ont été soulignées.

Perlin (2008) explique que les croyances relevant du *sanisme* justifient les règles et les

pratiques en place qui cherchent activement à prévenir les relations sexuelles sur la base du risque et de la protection de ceux qui sont vulnérables et potentiellement incapables de consentir (Bartlett et al. 2010; Dixon-Mueller et al. 2009). Bien que les questions juridiques et éthiques soient des considérations importantes, l'approche actuelle empêche une prise en charge holistique et individualisée (Pacitti & Thornicroft 2009), axée sur le rétablissement et centrée sur la personne (Slade et al. 2014).

Nous sommes d'avis que les différentes représentations que les professionnels se font des patients ont un impact direct sur leur expression sexuelle. Qu'il s'agisse de discours macrosociaux décrivant une image des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale comme étant asexuels, hypersexuels, dangereux ou vulnérables, chacune de ces représentations affectent l'expression sexuelle des patients. À titre d'exemple, plusieurs participants-patients soulevaient des préoccupations quant à la normalisation de leur sexualité. Certains tentaient de justifier leurs pratiques sexuelles comme n'étant pas « obsessives » ou « anormales ». Selon Brown et al. (2014), le fait de se représenter les patients comme étant soit des victimes, soit des agresseurs, transforme grandement l'image qu'ils se font d'eux-mêmes ainsi que leur propre rapport à la sexualité. Par le biais des témoignages recueillis, on a pu observer que les pratiques sexuelles des patients sont transformées de façon directe (tel que par les pratiques disciplinaires et la surveillance), mais également de façon indirecte. Nous entendons par ceci que la mise en place de politiques par les décideurs et l'application de ces politiques par les professionnels est influencée par les discours ambiants (discours médiatiques et populaires). Dans les écrits, ce fait a été rapporté de plusieurs façons. McCann (2003) soutient que les attitudes discriminatoires d'autrui peuvent influencer négativement les besoins sexuels et relationnels des patients. Étiqueter des patients comme étant asexuels est une des

manières de leur refuser leurs droits en tant qu'adultes à part entière (Earle, 2001). En outre, les cliniciens supposent souvent qu'en raison d'une maladie chronique, une discussion sur la sexualité n'est pas pertinente parce que les patients sont peu susceptibles de créer une relation (Ford, Rosenberg, Holsten et Boudreaux, 2003). Dès lors, le fait que leur sexualité soit ignorée affecte grandement celle-ci.

Les questions entourant la sexualité des patients à l'institution sont pensées dans un cadre hétéronormatif et ne sont pas abordées d'un point de vue « neutre ». En effet, les deux principaux risques perçus par les participants-membres du personnel et de la direction concernaient : les risques à l'égard de la responsabilité de l'institution quant aux possibles conséquences relevant de contacts sexuels ou les risques relevant de la situation de vulnérabilité de certains patients (abus, agressions). Ceci reflète les principales préoccupations cliniques mais suggère aussi l'absence de contacts homosexuels consentants en milieu fermé. Cette possibilité n'étant pas considérée, on définit par défaut tout contact sexuel entre deux hommes comme étant une agression. Ceci a également été rapporté dans les écrits d'Eigenberg (1992; 2000) et Eigenberg et Baro (2003).

Le problème avec cette conceptualisation hétéronormative des contacts homosexuels en milieu fermé est qu'elle perpétue l'invisibilité de ces pratiques. D'un point de vue strictement infirmier, la prévention et le dépistage des ITSS s'en trouvent affectés. Comme la vision de la sexualité est strictement hétéronormative, on ne conçoit pas que des hommes, qui se disent hétérosexuels (ou qui se disaient hétérosexuels avant l'hospitalisation), puissent modifier leurs pratiques sexuelles pendant leur hospitalisation. D'un point de vue hétéronormatif, considérant que la plupart des unités de vie sont non mixtes, la politique prohibitive ne semble point problématique. Les témoignages de plusieurs participants-membres du personnel

soulignaient leur croyance à l'effet qu'aucun patient n'était homosexuel et que ceux qui l'étaient courraient un plus grand risque de se faire agresser. Ce constat a aussi été rapporté dans les écrits (Hensley et Tewskbury, 2005). Dès lors, la distribution de matériel de protection et l'enseignement pour des pratiques homosexuelles sécuritaires n'est pas nécessaire.

En mettant l'accent sur l'exemple de la violence homophobe et de l'hostilité, Mason (2006) souligne les interactions entre différentes identités sexuelles et différents systèmes de connaissances dans la mise en œuvre, dans l'expérience et dans les implications d'une telle violence. Elle insiste sur la manière dont la violence s'infiltré, et ce, non seulement sur les pratiques quotidiennes par lesquelles les homosexuels négocient la sécurité, mais également sur les systèmes de connaissance à travers lesquels nous construisons et reconnaissons les identités sexuelles. Ce que nous soulignons dans notre analyse et qui concorde avec certains auteurs (Sit et Ricciardelli, 2013) est que l'homosexualité n'est pas reconnue comme une identité sexuelle équivalente à l'hétérosexualité. Le fait qu'on n'en tienne pas compte dans la prise en charge des patients ou qu'on en tienne compte essentiellement comme élément de risque atteste de cette violence homophobe telle que théorisée par Mason (2006).

### Conclusion

Le domaine des soins infirmiers en psychiatrie légale est une surspécialité des soins infirmiers qui est encore mal définie et dont les normes de pratique ne sont pas encore bien établies au Canada. L'étendue et les limites du rôle infirmier, comme l'étendue et les limites des rôles des autres professionnels œuvrant dans ce domaine (psychiatres, juristes, criminologues, psychologues, éducateurs, agents d'intervention, etc.), demeurent encore floues. La psychiatrie légale constitue un champ d'exercice (et un milieu institutionnel)

hautement spécialisé dans le soin d'une clientèle à risque, où les objectifs de garde et de protection du public de même que les impératifs de sécurité chevauchent les objectifs du soin psychiatrique et de la réhabilitation sociale. Bien que l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec encadre l'exercice de la profession infirmière en la définissant de façon générale tout en établissant des lignes directrices et imposant un code déontologique, certaines dimensions du rôle infirmier en contexte de psychiatrie légale, demeurent absentes de cet encadrement. La prise en charge de l'expression sexuelle et de la santé sexuelle en est un exemple.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons exploré la manière dont était vécue l'expérience de la sexualité entre hommes hospitalisés en milieu de psychiatrie légale à partir de la perspective des patients, des membres du personnel (infirmier et non infirmier) et de la direction des soins infirmiers. Le vécu de chacun ainsi que la définition et la perception du rôle des professionnels quant à l'expression sexuelle et la santé sexuelle ont mené à une nouvelle compréhension du processus par lequel la culture psycholégale module l'expérience sexuelle des patients. Les résultats de notre recherche montrent que l'expérience de la sexualité en milieu de psychiatrie légale est grandement influencée par le contexte institutionnel (architecture, surveillance, politiques prohibitives à l'égard de la sexualité), le contexte social (représentation hétéronormative de la sexualité en milieu fermé, absence de pleine reconnaissance des droits humains fondamentaux des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale), les effets secondaires des traitements pharmacologiques et les différents discours professionnels (lesquels sont souvent basés sur les valeurs personnelles des membres du personnel). L'organisation de l'ensemble des actions posées à l'égard de l'expression sexuelle des patients semble obéir à une rationalité spécifique visant à prévenir la

matérialisation des risques associés à la sexualité.

Certains de nos résultats de recherche nous amènent à affirmer que les pratiques actuelles en ce qui a trait à la sexualité en milieu psycholégal vont à l'encontre des meilleures pratiques et des approches de rétablissement et de réduction des méfaits. Elles sont porteuses de messages contradictoires quant à la reconnaissance des besoins des patients et du droit à l'expression sexuelle. Cette observation ne sous-entend nullement l'imposition d'une vision unique et normative au regard de la manière dont la sexualité devrait se vivre en milieu de psychiatrie légale. Nous n'affirmons donc pas, à titre d'exemple, que les pratiques sexuelles devraient être permises entre tous les patients. Comme autant d'autres pratiques en milieu de psychiatrie légale, elles requièrent une évaluation adéquate et individualisée de l'état mental des patients, de leur capacité à consentir et de leur potentiel de dangerosité immédiat. Toutefois, il est primordial que, d'une part, les dimensions légales soient respectées et que, d'autre part, les besoins et les droits des patients soient considérés de façon individuelle plutôt que par le biais d'un traitement de masse.

## Références

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2008). Code de Déontologie des infirmières et infirmiers. Relevé du site web : <http://cna-aiic.ca/fr>.
- Association médicale de l'Ontario. (2004). Improving Our Health: Why is Canada Lagging Behind in Establishing Needle Exchange Programs in Prisons?, octobre 2004. Relevé du site web : [www.oma.org/phealth/omanep.pdf](http://www.oma.org/phealth/omanep.pdf)
- Bartlett, P., Mantovani, N., Cratsley, K., Dillon, C., & Eastman, N. (2010). 'You may kiss the bride, but you may

- not open your mouth when you do so': policies concerning sex, marriage and relationships in English forensic psychiatric facilities. *Liverpool Law Review*, 31(2), 155-176.
- Birnbaum, M. (1974). The right to treatment: Some comments on its development. *Medical, moral and legal issues in mental health care*. Baltimore: Williams and Wilkins, 122.
- Brown, S., D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014). Transformations of self and sexuality: Psychologically modified experiences in the context of forensic mental health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 18(3), 240-260.
- Butler, T. (1997). *Preliminary findings from the inmate health survey*. Sydney, NSW : New South Wales Corrections Health Service.
- Civic D, Walsh G and McBride D (1993) Staff perspectives on sexual behavior of patients in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 887-889.
- Danaher, G., Schirato, T., & Webb, J. (2000). *Understanding Foucault*. Sage.
- Deegan, P.E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. In : Brown, C. (ed.) *Recovery and Wellness : Models of Hope and Empowerment for People with Mental Illness*. New York : Haworth Press, pp.5-21.
- Dein, K., Williams, P.S., Volkonskaia et al. (2007). The sexuality of inpatients in secure settings : the views of psychiatrists and psychologists working in forensic unit. In : *North London Forensic Service 10th International Conference*. London : Queens College Cambridge.
- Dein, K., et Williams, S. (2008). Relationships between residents in secure psychiatric units : Are safety and sensitivity really incompatible? *Psychiatric Bulletin* 32 : 284-287.
- Dixon-Mueller, R., Germain, A., Fredrick, B., & Bourne, K. (2009). Towards a sexual ethics of rights and responsibilities. *Reproductive Health Matters*, 17(33), 111-119.
- Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of advanced nursing*, 36(3), 433-440.
- Eigenberg, H. M. (1992). Homosexuality in male prisons: Demonstrating the need for a social constructionist approach. *Criminal Justice Review*, 17(2), 219-234.
- Eigenberg, H. M. (2000). Correctional Officers and Their Perceptions of Homosexuality, Rape, and Prostitution in Male Prisons. *The Prison Journal*, 80(4), 415-433.
- Eigenberg, H., & Baro, A. (2003). If you drop the soap in the shower you are on your own: Images of male rape in selected prison movies. *Sexuality & Culture*, 7(4), 56-89.
- Eklund, M., & Östman, M. (2010). Belonging and doing: important factors for satisfaction with sexual relations as perceived by people with persistent mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 336-347.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris, France : Gallimard.
- Ford, E., Rosenberg, M., Holsten, M., & Boudreaux, T. (2003). Managing Sexual Behavior on Adult Acute Care

- Inpatient Psychiatric Units. *Psychiatric Services*, 54(3), 346–350.
- Gilbur, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC health services research*, 8(1), 92.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.
- Gostin, L. O. (2000). Human rights of persons with mental disabilities: The European convention of human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2), 125–159.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277–302.
- Hensley, C., & Tewksbury, R. (2002). Inmate-to-Inmate Prison Sexuality: A Review of Empirical Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(3), 226–243.
- Holmes, D., & Jacob, J. D. (2012). Entre soin et punition: la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 57-66.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E. & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MedSurg Nursing* 14, 282-289.
- Mason, G. (2006). The Book at a Glance. Symposium: The Spectacle of Violence: Homophobia, Gender and Knowledge. *Hypatia* 21 (2) : 174-206.
- Mason, T., & Mercer, D. (1999). Forensic psychiatric nursing. *Advanced Practice in Mental Health Nursing* (Clinton, M. and Nelson, S., eds.), Blackwell Science, Oxford, UK, 236-159.
- McCabe, J., & Holmes, D. (2013). Nursing, sexual health and youth with disabilities: a critical ethnography. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 77-86.
- McCann, E. (2003). Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis—a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 640-649.
- Merotte, L. (2012). Sexuality in prison: Three investigation methods analysis. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health / Revue Européenne De Sexologie Et De Sante Sexuelle*, 21(3), 122-125.
- Modestin, J. (1981). Patterns of overt sexual interaction among acute psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 64: 446–459.
- Nations unies. Assemblée générale (1948). La Déclaration universelle des droits de l'Homme. *United Nations*, 217 (III) A, 1948, Paris, art. 1. Relevé du site web : <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2010). Online : [https://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf)
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181.

- Pacitti, R., & Thornicroft, G. (2009). Sex, relationships and mental health. *A Life in the Day*, 13(1), 27-30.
- Perlin, M. L. (1992). Hospitalized Patients and the Right to Sexual Interaction: Beyond the Last Frontier. *New York University Review of Law & Social Change*, 20. Retrieved from [http://www.narpa.org/beyond\\_the\\_last\\_frontier.htm](http://www.narpa.org/beyond_the_last_frontier.htm)
- Perlin, M. L. (1992a). On Sanism. *SMU Law Review*, 46. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/Page?handl e=hein.journals/smulr46&id=387&div =&collection=>
- Perlin, M. L. (2002). You Have Discussed Lepers and Crooks: Sanism in Clinical Teaching. *Clinical Law Review*, 9. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/Page?handl e=hein.journals/clinic9&id=689&div= &collection=>
- Perlin, M. (2008). "Everybody is Making Love/Or Else Expecting Rain": Considering the Sexual Autonomy Rights of Persons Institutionalized Because of Mental Disability in Forensic Hospitals and in Asia. *Washington Law Review*, 83, 481-512.
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., et al. (2007). Researching recovery from psychosis: A user-led project. *Psychiatric Bulletin* 31: 55-60.
- Hospitals in the United States. *Journal of Ethics in Mental Health*, vol.7, 2012.
- Potter, R. H., & Tewksbury, R. (2005). Sex and prisoners: Criminal justice contributions to a public health issue. *Journal of Correctional Health Care*, 11(2), 171-190.
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Consumer sexual relationships in a Forensic mental health hospital: Perceptions of nurses and consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 121-129.
- Sit, V., & Ricciardelli, R. (2013). Constructing and Performing Sexualities in the Penitentiaries Attitudes and Behaviors Among Male Prisoners. *Criminal Justice Review*, 38(3), 335-353.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Thomas, J. (1993). *Doing Critical Ethnography*. Newbury Park, CA : Sage.
- Wright E.R., McCabe H., Kooreman H.E. (2012). Institutional Capacity to Respond to the Ethical Challenges of Patient Sexual Expression in State Psychiatric