

## Article

---

« La politique institutionnelle en matière de sexualité : la nécessaire transformation du paradigme sexologique »

André Dupras

*Santé mentale au Québec*, vol. 20, n° 1, 1995, p. 57-76.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032333ar>

DOI: 10.7202/032333ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## **La politique institutionnelle en matière de sexualité: la nécessaire transformation du paradigme sexologique**

---

André Dupras\*

De plus en plus de centres hospitaliers et de réadaptation intègrent la sexualité dans leur mandat; certains d'entre eux ont élaboré une politique en la matière ou souhaitent le faire. À partir de l'étude des politiques recensées, l'auteur discute des composantes de la politique: sa légitimité, sa nécessité, son contenu et son implantation. La majorité des politiques consultées s'articulent autour d'une conception de la sexualité comme problème. La politique est alors conçue comme un instrument de normalisation et de contrôle social. Un autre paradigme est proposé: concevoir la sexualité d'une manière positive en termes de qualité de vie sexuelle à améliorer. Dès lors, la politique s'intéresse davantage au sens de la sexualité qu'aux normes et règles sexuelles. Cette deuxième conception élargit le champ de la politique institutionnelle, de la sexualité-problème à la sexualité-santé.

**L**a reconnaissance du droit fondamental des malades mentaux vivant en institution à l'exercice de leur sexualité constitue un signe indéniable de la modernisation de l'hôpital psychiatrique. La morale sexuelle répressive préconisée par le Dr Philippe Pinel lors de l'institution de l'asile a été remplacée par un nouvel ordre sexuel au sein de l'hôpital qui permet aux malades d'avoir une vie sexuelle active. Un rappel historique permet de constater que ce changement de mentalité ne s'est pas accompagné d'une transformation en profondeur du paradigme<sup>1</sup> qui prévaut depuis la création de l'asile.

Dès l'institution de l'asile, la sexualité doit être extirpée des aliénés. Le traitement moral de la folie préconisé par Pinel (1801) comprend des mesures de surveillance pour «éviter la contagion des mauvaises mœurs» (p. 291). Dans son livre sur l'histoire de la folie, Michel Foucault (1972) montre que le traitement moral de la folie préconisé par

---

\* L'auteur est professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Le présent article a d'abord été conçu comme document de travail pour les membres du comité sur la politique en matière de sexualité de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. L'auteur remercie les membres de ce comité pour leurs commentaires et suggestions.

Pinel visait à promouvoir la primauté des valeurs sociales et la répression des comportements qui s'opposaient aux vertus essentielles de la société bourgeoise. Parmi les vices qui constituaient des obstacles à la guérison, il y avait la masturbation :

Qu'un grand hospice, comme celui de la Salpêtrière, ne peut qu'offrir des exemples nombreux d'un vice qui n'est que trop fréquent dans les rassemblements des personnes du sexe : je parle de l'onanisme dont la malheureuse habitude a été souvent contractée avant la puberté, mais que des jeunes personnes les plus réservées et les plus décentes peuvent aussi éprouver par une suite de l'excitation nerveuse qui distingue l'état maniaque. Ce vice peut n'être que passager [...] se perpétuer et devenir une sorte d'affection chronique, ou plutôt se communiquer par une sorte de contagion à d'autres aliénées, si une extrême surveillance n'empêche le progrès du mal (Pinel, 1801, 68).

La psychanalyse va jouer un rôle important dans la levée de l'interdit sexuel dans les établissements en montrant le rôle de levier thérapeutique de la sexualisation de l'institution psychiatrique. Pour la psychanalyse, la libido reste bloquée chez les malades mentaux puisque la maturation affective et la relation objectale sont perturbées. Les activités sexuelles des malades sont alors décrites comme des satisfactions sexuelles de type infantile. En parlant de démence précoce, Freud (1911) précise que :

La régression ne se contente pas d'atteindre le stade du narcissisme (qui se manifeste par le délire des grandeurs), elle va jusqu'à l'abandon complet de l'amour objectal et au retour à l'autoérotisme infantile (p. 320).

En conséquence, il est rentable thérapeutiquement de réintroduire le malade dans son vécu sexuel afin de permettre l'émergence et le dépassement des pulsions et de leur conflit. En laissant s'exprimer la sexualité, on favorise la reconstruction d'un milieu institutionnel proche du monde extérieur, riche d'échanges affectifs et de relations objectales nécessaires pour décoder les investissements libidinaux inconscients et culpabilisés. Dès lors, la sexualité ne se verra plus niée dans l'institution, mais elle n'aura toujours pas de valeur en soi ; elle ne vaudra que pour son utilité thérapeutique selon une perspective de normalisation sexuelle du malade. Selon Foucault (1972), la psychanalyse va entraîner un glissement des structures asilaires pour privilégier une intériorisation des règles morales.

La configuration idéologique et structurale de l'institution psychiatrique va se modifier afin de créer un environnement qui ressemble le plus possible au monde extérieur. À titre d'exemple, on va y introduire la mixité, qui aurait pour effet d'enrichir la vie relationnelle des

malades et de faciliter l'exercice de la sexualité. L'application du principe de normalisation des services offerts aux personnes handicapées ou malades va venir systématiser la transformation des établissements de santé et de réadaptation. Cette nouvelle philosophie des services, formulée et diffusée en Amérique du Nord par Wolfensberger (1972) mettra l'accent sur «l'utilisation des moyens culturellement valorisés afin de permettre aux personnes de vivre des vies culturellement valorisées» (p. 28). Ce mouvement de normalisation va contribuer à faire reconnaître le droit des personnes handicapées ou malades à vivre et à exprimer leur sexualité d'une manière aussi normale que possible. Flynn et Sha'Ked (1977) ont constaté que la présence de comportements sexuels normalisants chez les bénéficiaires de quinze établissements était significativement associée avec des activités sociales intégratives planifiées par ces établissements dans le but d'intégrer socialement leurs bénéficiaires.

Pour favoriser l'exercice d'une vie sexuelle normale, on propose de formuler une politique institutionnelle qui énonce des orientations et des valeurs par rapport à l'exercice de la sexualité des bénéficiaires. À titre d'exemple, Keitner et Grof (1981) encouragent les hôpitaux psychiatriques à élaborer une politique en matière de sexualité afin de définir des principes et des lignes directrices qui favoriseront l'adoption d'un consensus sur la façon d'intervenir face à un comportement sexuel. Les travaux de Hall et Sawyer (1978) de même que ceux de Striar (1981) ont développé des approches structurées et des outils pour élaborer et implanter une politique en matière de sexualité. Le souci de mettre en place des pratiques institutionnelles délibérées et planifiées est partagé par des intervenants québécois puisqu'au début des années quatre-vingt, on voit apparaître au Québec une première vague d'élaboration de politiques réalisée par des établissements offrant des services à une clientèle déficiente intellectuelle (Boudreault et Brueckmann, 1985; Boyer, 1984; Gravel, 1984; Lemay, 1985; Snowden, 1983). Elle sera suivie d'une seconde vague au début des années quatre-vingt dix (Boyer, 1992; Bonin, 1990; McDonough et al., 1990; Pavillon du Parc, 1990; Pomerleau, 1992; Roy, 1991).

À l'instar de la mixité proposée durant les années 1960 ou du principe de normalisation des années 1970, l'élaboration de politiques en matière de sexualité durant les années 1980 peut constituer un déplacement tactique du dispositif de normalisation sexuelle des malades mentaux. Ces politiques présentent généralement des règles et des procédures afin de résoudre des problèmes que suscite la sexualité. Cette approche s'appuie sur une conception de la sexualité comme

problématique qui exige des correctifs pour la normaliser. Ainsi les politiques s'inspirent d'un paradigme que l'on retrouve lors de la création de l'asile, soit une vision négative et normalisante de la sexualité. Un retournement de perspectives et une mutation des interventions concernant la sexualité des malades deviennent possibles en considérant la sexualité de manière positive. Ce nouveau paradigme suggère des orientations différentes et innovatrices dans le but d'améliorer la qualité de vie sexuelle des bénéficiaires. Dès lors, la politique ne se bornerait plus à mettre en place des dispositifs pour prévenir ou régler des désordres causés par la sexualité mais proposerait un contenu visant à améliorer le bien-être sexuel des bénéficiaires.

Afin de dégager le contenu de ces paradigmes et montrer en quoi chacun oriente la façon de concevoir une politique, nous allons analyser des politiques qui furent développées par des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux depuis le début des années quatre-vingt-dix. Nous allons discuter de quatre questions fondamentales que l'on peut se poser lors de l'élaboration d'une politique: est-ce légitime de formuler et d'implanter une politique en matière de sexualité? Est-elle nécessaire? Que devrait-elle contenir? Comment l'implanter?

## **Les politiques actuelles**

Avant de procéder à l'analyse critique des politiques actuelles et de proposer un nouveau paradigme, il s'avère nécessaire de présenter les quatre principaux éléments qui les composent.

### *1. La légitimité de la politique*

La question de la politique sur la sexualité dans les centres hospitaliers ou de réadaptation soulève un premier débat: doit-on prendre en considération explicitement la question de la sexualité des bénéficiaires? De plus en plus d'écrits exhortent les établissements à se doter d'une politique en matière de sexualité en mettant de l'avant ses bienfaits. Par exemple, il est évoqué que l'instauration d'une politique permet de protéger les droits sexuels des résidents (Hall et Sawyer, 1978) et d'intervenir à partir de principes plutôt qu'à partir des attitudes et des anxiétés du personnel soignant (Striar et Ensor, 1986).

Devant cette proposition, un soupçon apparaît aussitôt: la sexualité ne relève-t-elle pas du domaine privé, personnel? De quel droit l'établissement peut-il s'immiscer dans la vie privée des résidents? Des oppositions à la politique institutionnelle en matière de sexualité se sont fait entendre niant aux parents, administrateurs ou éducateurs le droit

d'établir des règles visant à gérer la sexualité (Morel, 1982) et d'imposer des normes et des croyances qui découlent de leurs convictions idéologiques (Rio, 1982). On préfère que la socialisation sexuelle des bénéficiaires se fasse dans le cadre d'un jeu qui soit libre de convictions personnelles plus ou moins partagées. On trouve suffisantes et appropriées les réactions spontanées (non programmées par une politique) des éducateurs face à l'expression singulière de la sexualité chez les bénéficiaires.

En ne voyant pas l'urgence de développer une politique et en évitant d'amorcer ce processus, de nombreuses institutions préfèrent croire et se faire croire que tout le monde dans l'établissement se range sous la bannière de la responsabilité de chacun à participer à l'épanouissement sexuel des bénéficiaires. Ce rêve ne correspond pas toujours à la réalité puisque l'enquête réalisée par Dupras et Lévy (1984) dans les centres d'accueil pour personnes déficientes intellectuelles a permis de constater que 83 % des répondants dans les centres reconnaissent la nécessité d'activités d'éducation à la sexualité s'adressant à leur clientèle mais seulement 47,9 % des centres ont organisé de telles activités. Comme le mentionne Tremblay (1992), la politique permet de réduire l'anomie, c'est-à-dire le fossé entre les objectifs qu'ils se proposent et les moyens qu'ils mettent en place pour les atteindre.

Les partisans de la politique préconisent que l'épanouissement sexuel des bénéficiaires fasse partie de la mission de l'établissement. Doucet et al. (1993) mentionnent que l'institution hospitalière a la responsabilité éthique de s'occuper de la sexualité des bénéficiaires:

Un milieu institutionnel comme un hôpital psychiatrique ne servirait donc pas les meilleurs intérêts des personnes qu'il accueille s'il excluait la sexualité de son mandat. Il y va au sens strict du terme, de la bonne vie des personnes qui y séjournent (p. 8).

De plus, les éducateurs interviennent d'une façon ou d'une autre sur la vie sexuelle des personnes dont ils ont la charge. La participation inévitable de l'établissement à la socialisation sexuelle des bénéficiaires conduit les intervenants à s'interroger sur «notre rôle et nos responsabilités dans l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle au niveau du vécu de leur sexualité» (Roy, 1991, 1). Dans ce contexte, des établissements arrivent à la conclusion qu'il est plus convenable de poursuivre de façon consciente et systématique des objectifs relatifs au domaine de la sexualité.

## 2. *La nécessité de la politique*

La nécessité d'établir un consensus sur les valeurs à préconiser et les actions à mener en ce domaine constitue l'une des raisons majeures

qui motivent l'élaboration d'une politique. Le guide de référence en intervention sexo-éducative du Pavillon du Parc (1990) qui sert de politique mentionne que l'établissement a dû prendre en considération la diversité des normes sexuelles et la pluralité idéologique qui les inspire :

Chacun de ces milieux possède ses propres normes et influe sur les relations interpersonnelles des individus qui les fréquentent. Confronté à la diversité de ces milieux de vie et espérant trouver un consensus, le personnel se questionne sur l'ensemble des règles qui devraient guider l'intervention sexo-éducative (p. 1).

Dans le même sens, l'introduction de la politique élaborée À La Croisée (Boyer, 1992) soulève la question du pluralisme des valeurs qui prédomine au sein de l'établissement :

Enfin, l'évolution rapide du modèle religieux traditionnel vers un monde pluraliste dans lequel se retrouvent différentes valeurs et tendances et une plus grande ouverture amènent des questionnements quant à notre rôle comme centre de formation socioprofessionnelle et dispensateur de services de jour (p. 4-5).

L'établissement serait tributaire d'un filet fort complexe de valeurs et d'objectifs qui s'entremêlent, se combinent et s'affrontent. Palumbo et Hallett (1993) ont effectivement constaté la présence d'une diversité d'objectifs adoptés par les intervenantes et les membres de la direction d'un centre de réadaptation pour jeunes filles délinquantes. La diversité et la divergence des points de vue sur les finalités poursuivies par l'établissement ne sont pas révélées seulement par des enquêtes sociologiques: on peut également les observer lors de l'élaboration d'une politique sur la sexualité. Les débats sont souvent houleux, les rapports tendus, la convivialité cède le pas aux affrontements. Beaucoup de temps et d'énergie sont investis avant d'arriver à un compromis. Howard et al. (1991) et Linzer (1992) ont relaté la difficile tâche de réconcilier les valeurs sexuelles des différents agents sociaux (intervenants, parents, fonctionnaires, membres de la communauté) que les responsables de la formulation de la politique ont dû assumer. Le résultat ne plaît pas à tout le monde étant donné que les personnes consultées n'y retrouvent pas tous les points de vue qu'elles voudraient voir adopter.

### 3. *Le contenu de la politique*

#### a. *Une définition de la sexualité*

Les politiques consultées réfutent la vision réductionniste de la sexualité: « Bien sûr la sexualité, c'est beaucoup plus que la génitalité » (Bonin, 1990, p. i; Boyer, 1992, p. 9). Elles préconisent plutôt « une conception multidimensionnelle de la sexualité (anatomie et physiolo-

gie, affectivité, sociabilité)...» (Pavillon du Parc, 1990, p. 1). Trouvant le concept de sexualité trop restrictif, la politique du Renfort (Pomerleau, 1992) a mis en valeur la notion d'affectivité; en conséquence, son contenu porte sur l'expression des besoins socio-affectifs.

#### **b. Une référence à des valeurs**

La politique en matière de sexualité accorde une place prépondérante aux valeurs puisqu'elle a pour mandat de proposer des finalités et des valeurs qui serviront à orienter et à évaluer les actions professionnelles. Les valeurs constituent des programmes mentaux qui servent de référence aux intervenants dans les jugements et les conduites qu'ils doivent adopter dans des situations sexuelles. Le recours aux valeurs suscite l'espoir d'une réponse institutionnelle plus stable et plus valable parce qu'elle est fondée sur un choix collectif et qu'elle trouverait ses racines dans des repères plus fiables.

La politique doit déterminer les valeurs qu'elle privilégie. Cette tâche n'est pas facile à accomplir. Le système de valeurs proposé doit-il prendre sa source dans ce que souhaitent les intervenants, ou ce que vivent les bénéficiaires? Pour éviter la discorde et les débats interminables, les politiques consultées se réfèrent à des chartes des droits et libertés, en plus de transposer des valeurs et des normes de la sphère publique dans la sphère privée. En ce sens, la politique du Pavillon du Parc (1990) propose les sept valeurs fondamentales suivantes: égalité des sexes, liberté et attirance sexuelles, mixité des milieux, consentement mutuel, intimité, individualité et responsabilité. Ces valeurs vont permettre de régir les conduites des intervenants, de résoudre des conflits et de prendre des décisions éclairées et fondées.

#### **c. Une déclaration de principes humanitaires**

Dans la plupart des politiques consultées, le thème des droits humains est évoqué comme principe directeur qui permet d'interroger et de finaliser les interventions sexo-éducatives. Ainsi, les politiques s'inspirent des chartes canadienne (1984) et québécoise (1979) des droits et libertés de même que de la Déclaration des droits du déficient mental (UNAPEI, 1969). Si on interroge les interventions en regard de ces droits, nul doute que des manquements pourraient y être constatés dans le domaine de la sexualité (ex.: droit à l'intimité). La politique en matière de sexualité aurait pour rôle de réaffirmer les principes véhiculés dans les chartes et de les faire respecter.

#### **d. Un cadre de référence**

Les principes adoptés par les politiques recensées sont reliés aux rôles et aux fonctions accomplis par l'établissement. À titre d'exemple,



le cadre général de la politique en matière de sexualité correspond à celui qui guide toute intervention à Nor-Val (Bonin, 1990, p. 5) ou À la Croisée (Boyer, 1992, p. 13):

1. le respect de l'individu, la promotion et la défense de ses droits;
2. la primauté des droits et des libertés de la personne dans la définition de ses besoins et dans le choix des moyens pour y répondre;
3. l'application des principes de la valorisation des rôles sociaux et de la promotion de la santé;
4. la pratique de l'appropriation et du partenariat;
5. l'adhésion aux valeurs fondamentales de la culture nord-américaine en cette matière.

Le plan directeur de ces établissements s'inspire des principes de la valorisation des rôles sociaux (Wolfensberger et Thomas, 1988) et de nouvelles pratiques sociales (ex.: empowerment et partenariat). Il ne semble pas y avoir qu'un cadre de référence mais plusieurs. Là encore, la pluralité et la diversité triomphent. Il existe ainsi différentes écoles de pensée (ex.: la psychanalyse, le cognitivisme, la psychosociologie) qui apportent des éclairages différents sur la façon de comprendre la sexualité et d'intervenir pour améliorer le bien-être sexuel des bénéficiaires.

#### e. Une formulation de normes sexuelles

Dans la plupart des politiques consultées, une section importante est consacrée aux normes sexuelles. À titre d'exemple, la politique de Nor-Val (Bonin, 1990) et celle d'À la Croisée (Boyer, 1992) regroupent les phénomènes sexuels sous trois rubriques: (1) ce qui est socialement valorisé (les relations affectives, amicales, amoureuses, sexuelles et conjugales; le mariage; la maternité et la paternité; la contraception; la masturbation); (2) ce qui est socialement accepté et toléré (l'homosexualité; la transsexualité; l'avortement; l'adoption; la stérilisation); (3) ce qui est socialement reconnu comme devant être prévenu ou corrigé (l'hygiène sexuelle; les abus et la violence; la déviance sexuelle; la prostitution). Pour chacune des situations ou des activités sexuelles évoquées, un cadre de référence et des lignes de conduite sont proposés.

#### 4. *L'implantation de la politique*

Une fois élaborée, la politique définit les orientations de l'établissement par rapport à la sexualité, et les voies techniques pour les actualiser. Cela ne veut pas dire que la politique va s'insérer automati-

quement dans la réalité quotidienne. Le problème de la politique réside moins dans sa formulation que dans son application: il arrive que l'application n'a pas lieu ou se révèle difficile à réaliser. Ainsi il se peut qu'une politique bien conçue et construite, témoignant d'un travail de réflexion et de conception élevé, ne réussisse pas à s'inscrire dans le quotidien. L'établissement se dote généralement de moyens pour mettre en œuvre efficacement sa politique.

### **Le changement de paradigme**

Les politiques actuelles mettent l'accent sur le normal, l'ordre et la régularité en matière de sexualité et d'intervention sexologique. Une analyse critique de ces politiques permet de constater qu'elles s'inspirent d'un paradigme qui conçoit la sexualité selon une perspective négative. Son remplacement par une vision positive de la sexualité favorise la prise en considération et l'intégration de la déviance, de la crise et de l'irrégularité qui sont devenues les nouvelles réalités des organisations sociales et sanitaires.

La politique institutionnelle est légitimée du fait que ses partisans ne veulent pas livrer l'éducation sexuelle des bénéficiaires au hasard ou à l'initiative personnelle, et ne se contentent pas du flou des déclarations de principe et des bonnes intentions. Ils souhaitent que l'établissement prenne en considération explicitement cette mission qui lui est dévolue et formule une ligne de conduite claire face aux manifestations sexuelles des bénéficiaires. Dans l'étude de Trudel et Desjardins (1992), réalisée au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, 48,9% des répondants se montraient tout à fait d'accord et 25,9% quelque peu d'accord avec l'affirmation suivante: «Les membres de notre institution auraient avantage à disposer d'un ensemble de lignes de conduite lorsqu'ils ont à s'occuper des comportements sexuels des résidents.»

Le souhait d'une politique reflète les interrogations et le malaise des intervenants face à l'exercice de la sexualité des bénéficiaires. Pour plusieurs, la politique constitue une réponse provisoire aux problèmes quotidiens qu'ils rencontrent. La politique sert de protection élémentaire contre l'angoisse qui naît de ne pas savoir, face à un geste sexuel de la part d'un bénéficiaire, si ce qu'on fait est bien ou mal, si les collègues ou la direction vont approuver l'intervention. La politique devient source de sécurité affective et de santé mentale.

Au plan institutionnel, la politique est investie d'un caractère rédempteur qui consiste à sauver l'institution de la discorde, à rétablir la stabilité. Sans politique précise, l'institution est prise dans tout un jeu

de confrontations et de contradictions qui ne lui facilitent pas la tâche d'éducation sexuelle. La politique prend du coup l'allure d'un pacte de paix, d'une police d'assurance. Ce faisant, elle risque de s'engluer dans l'immobilisme en préconisant des valeurs sexuelles intangibles, définies une fois pour toutes. En faisant croire à une meilleure gestion de la sexualité par l'obtention d'un consensus, la politique témoignerait de la difficulté qu'éprouve l'établissement à repenser sérieusement et sereinement le bien-être sexuel des bénéficiaires.

En formulant des normes, la politique peut être utilisée dans le but de régulariser et de moraliser la vie sexuelle des bénéficiaires. Elle impose des règles afin de constituer des habitudes sexuelles. La politique est conçue comme un processus de fabrication d'habitudes sexuelles qui assure à l'établissement une bonne ordonnance et une conformité. Elle édicte des principes et des règlements qui tiennent lieu de loi dans le but de créer un ordre sexuel et une sécurité. On souhaite ainsi un bénéficiaire régularisé qui ne résiste pas à la mise en ordre sexuelle.

Au lieu de chercher sécurité et stabilité, la légitimité de la politique dictée par le nouveau paradigme devrait reposer sur le potentiel de changement qu'elle permet d'envisager au sein de l'établissement. Elle invite les intervenants à réorienter et à modifier leur conception de la sexualité des bénéficiaires afin de mieux répondre à leurs besoins. La réponse à cette invitation sera positive si les intervenants ont développé le sentiment d'être capables de maîtriser cette tâche d'éducation et la conviction que les bénéficiaires sont capables de s'investir positivement dans leur vie sexuelle en faisant des apprentissages et en s'épanouissant. Toomey (1993) rapporte que les professionnels s'engagent dans un programme d'éducation sexuelle et maintiennent leur engagement quand ils croient posséder les habilités nécessaires pour intervenir efficacement. Dès lors, ils sont prêts à laisser tomber la routine et à innover s'ils perçoivent que les bénéficiaires et eux-mêmes peuvent en tirer profit. La politique peut avoir pour effet de développer une plus grande confiance des intervenants par rapport à leur rôle et à leurs interventions, leur permettant ainsi de créer un environnement dynamique favorable à l'épanouissement sexuel des bénéficiaires.

Selon le nouveau paradigme, la nécessité de la politique ne suppose pas de réduire la pluralité des valeurs sexuelles et des approches éducatives pour obtenir un consensus mais de penser et d'intervenir par la pluralité; il ne s'agit pas d'affirmer sans discussion des valeurs qui guident la résolution de problèmes particuliers, mais plutôt d'entreprendre une démarche de recherche collective pour se mettre d'accord sur le

sens à donner à la sexualité tout en respectant la diversité du sens qui pourrait lui être reconnu. La politique ne devient plus l'affirmation de principes qui guident l'action mais un appel pour une quête, une recherche de principes. La politique devrait faire valoir la signification profonde du mot consensus: chercher le sens ensemble. Les intervenants tentent de définir ensemble les orientations à donner à l'éducation sexuelle des bénéficiaires et de les mettre en œuvre.

Le contenu de la «politique en matière de sexualité» recouvre un ensemble de réalités qu'il faut distinguer afin de débroussailler son champ d'application. Certains titres donnés aux politiques associent plusieurs réalités distinctes que l'on risque d'assimiler et de confondre. Par exemple, le document élaboré par Nor-Val (Bonin, 1990) et par À la Croisée (Boyer, 1992) annoncent une politique sur les relations affectives, amicales, amoureuses et sexuelles. Il va sans dire que la politique en matière de sexualité doit se préoccuper de l'affectivité et de la sociabilité si elle préconise le développement d'une sexualité intégrée. Une place importante doit être accordée au développement harmonieux de la vie affective et sociale mais sans pour cela devenir l'objectif principal de la politique sur la sexualité puisqu'il ne relève pas entièrement de cette dernière d'assumer l'éducation affective des bénéficiaires. À elle seule, la politique sur la sexualité ne peut assurer toute l'éducation affective, sentimentale et sociale des bénéficiaires.

En l'associant à l'affectivité ou en la transformant en affectivité, on arrive à perdre de vue la spécificité de la sexualité, à la dépouiller de sa composante essentielle: le plaisir sexuel qui ne conduit pas nécessairement à l'exercice du génital et ne s'exprime pas nécessairement dans un contexte amoureux. Ce processus d'épuration de la sexualité ne cache-t-il pas une peur de la sexualité, une difficulté à reconnaître le plaisir sexuel. Dans une étude de la politique informelle en matière de sexualité dans un centre hospitalier, Dupras (1986) a constaté que la sexualité évoquait l'impureté tandis que l'affectivité était associée à la pureté; si on interdisait la première, on encourageait cependant la seconde. L'affection est perçue comme une force positive qui conserve la vie et donne la santé, assure la stabilité et la régularité tandis que la sexualité est une force négative qui rend faible et malade, instable et irrégulier. L'affection provoque l'approbation tandis que la sexualité suscite la répulsion, car «l'affection assure la cohésion; la sexualité engendre la dissolution» (p. 469). Dans un contexte où la sexualité fait peur de par son potentiel de désorganisation, la politique représente une demande de limite, de barrière, de garde-fou; elle constitue une occasion d'imposer un ensemble de réglementations de l'instinct sexuel.

Inspirée par un paradigme négatif, la politique sert à conjurer la sexualité.

La grande majorité des politiques consultées s'articulent autour d'une conception de la sexualité comme problème; on s'intéresse à la sexualité parce qu'elle risque d'être dysfonctionnelle, qu'elle est porteuse de pathologie et de désordre, et qu'elle doit être soignée ou contrôlée. En proposant des lignes de conduite, les politiques adoptent un modèle de résolution de problèmes en restant fixées sur le problème. Selon le nouveau paradigme, les politiques devraient mettre entre parenthèses les problèmes sexuels pour se centrer sur la santé et la qualité de vie sexuelles. Elles devraient s'intéresser davantage au sens à donner à la sexualité qu'à formuler des normes et des codes sexuels. Les orientations qu'elles proposent ne seraient plus définies en termes de problèmes à résoudre mais de valeurs sexuelles à privilégier et de ressources à développer.

Les politiques recensées n'annoncent pas explicitement et clairement les valeurs sexuelles qu'elles aimeraient voir adopter par les bénéficiaires, comme si elles étaient démunies face à leur éducation sexo-éducative, et n'avaient rien à proposer. Les politiques font appel à des valeurs humanistes classiques ou à des principes moraux qui semblent répondre à des nécessités pratiques (ex.: hygiène sexuelle, sécurité) afin d'assurer la vie en groupe? Est-ce le projet sexo-éducatif que l'on doit privilégier pour le bénéficiaire? Sous l'impulsion du nouveau paradigme, la politique devrait proposer un projet sexo-éducatif qui témoigne de la volonté de l'établissement de faire quelque chose pour le développement et l'épanouissement sexuels du bénéficiaire. La politique ne devrait pas chercher à conjurer la sexualité par la réglementation et la normalisation mais l'éduquer et l'améliorer. Elle doit inviter à trouver, à donner un sens positif à la sexualité plutôt que d'affirmer des principes moraux. Elle devrait valoriser explicitement le fait que le bénéficiaire puisse faire exister sa sexualité, s'y engager et s'y épanouir; elle devrait proposer des valeurs qui motivent et engagent à la conquête de son mieux-être sexuel. Selon cette dernière optique, la politique invite à une réorientation fondamentale des finalités sexo-éducatives et à une révision des interventions afin de les faire correspondre aux valeurs préconisées.

Un consensus peut être recherché en demandant un acquiescement aux droits de la personne. Ce faisant, on risque de déboucher sur une forme de conscience moins développée et articulée des besoins sexuels des bénéficiaires. En se référant aux droits de la personne pour définir ces principes, la politique laisse l'impression qu'il y a une évidence à

respecter et non un choix de valeurs à effectuer. Si on veut faire des droits humains le socle de la politique, on doit éviter de la transformer en tables de loi qu'il faudrait respecter aveuglément. La politique qui adopte le nouveau paradigme doit dégager une conception dynamique et critique de la sexualité, et non pas figée et passive en exigeant une soumission aux droits de la personne. En demandant au personnel de critiquer les principes fondamentaux de la politique et d'y adhérer librement, on l'invite à œuvrer de façon réfléchie, consentie, conséquente et finalisée à l'épanouissement des bénéficiaires.

La politique devrait encourager les intervenants à développer un niveau de conscience le plus élevé possible des besoins sexuels des bénéficiaires. En s'inspirant de la hiérarchie des jugements cognitifs de Oser (1985), on pourrait rencontrer, à un premier niveau, des intervenants qui trouvent des solutions aux situations problématiques sans se questionner; ils se veulent fonctionnels. À un second niveau, ils adoptent une réponse en connaissance de cause en analysant les faits; ils se veulent rationnels. À un troisième, ils se réfèrent à des règles et à des normes afin de faire respecter les conventions et l'ordre sexuels; ils se veulent normalisants. À un quatrième niveau, ils fondent leur évaluation et leur action sur une conception finalisée de la sexualité et des bénéficiaires; ils se veulent éducateurs. Commons et al. (1992) ont constaté que les professionnels d'une institution psychiatrique avaient tendance à se référer à des normes conventionnelles (ex.: la nature et le lieu de l'activité sexuelle; le sexe de ceux ou celles qui y participent, celui du patient) plutôt qu'à des normes professionnelles (ex.: la compétence des patients et leur degré de consentement) quand ils évaluent les comportements sexuels des patients. La politique doit inviter les intervenants à accéder à un niveau de jugement postconventionnel qui s'avère plus propice au développement du bien-être sexuel des bénéficiaires.

Le cadre de référence de la politique doit être fondé sur des considérations cliniques, sinon, comme le mentionne Weisbrot (1986), un projet normatif prend la place d'un programme clinique:

When sexual behaviors are forbidden without detailed comprehension of how the patient's sexual feelings disrupt his basic ego functioning and generate symptomatology, then the restrictions over conduct are unethical and a social program has been wrongfully substituted for psychiatric treatment (p. 33).

Le comité d'éthique de l'Hôpital Rivière-des-Prairies a proposé un cadre de référence fondé sur le concept de fécondité sexuelle. Ce concept est défini de la façon suivante:

Une personne qui souffre de trouble mental est sexuellement féconde lorsque, dans sa condition concrète, elle acquiert son identité et apprend à entrer en relation. Ses comportements sexuels doivent donc être évalués en fonction de ces apprentissages (Doucet et al., 1993, p.15).

Cette proposition est intéressante, d'autant plus qu'elle témoigne du souci du comité de donner un sens à la sexualité, démarche qui peut conduire à proposer les conditions d'une sexualité féconde. Dans le même esprit, nous proposons le concept de qualité de vie sexuelle qui introduit la question du sens à donner aux expériences de la vie sexuelle ainsi que des conditions nécessaires à son amélioration. En prenant comme cadre de référence la qualité de vie sexuelle, la politique met l'accent sur le bien-être sexuel des bénéficiaires, sur les possibilités de développer et d'actualiser leur sexualité. Nous suggérons que le concept de qualité de vie serve d'assise à l'élaboration d'une politique en matière de sexualité parce qu'elle opère ce déplacement souhaité de la sexualité-problème à la sexualité-santé comme le signalent Mercier et Filion (1987):

Avec la qualité de vie, voilà que l'on s'intéresse au « bonheur » et au bien-être alors que la tradition scientifique se réclame davantage de problématiques liées aux difficultés, aux déficiences, au « malheur » en général (p. 141).

Avec la politique, on cherche souvent à garantir le bon fonctionnement de l'établissement. On privilégie la rédaction de règles et de normes plutôt que la mise en place et l'articulation de pratiques épanouissantes de vie sexuelle. Cette démarche conduit à vider le bénéficiaire de sa sexualité, de ses désirs, de sa singularité sexuelle, de sa différence. Au lieu d'instaurer un nouvel ordre sexuel, la politique devrait proposer des orientations qui garantissent l'ouverture nécessaire à l'émergence de la sexualité des bénéficiaires et à l'amélioration de leur qualité de vie sexuelle. Elle doit proposer non pas de lier les bénéficiaires par des habitudes et des mises en forme sexuelles mais de les délier pour donner une existence à leur sexualité.

Le nouveau paradigme suggère également un mode d'implantation de la politique. Il ne s'agit pas d'élaborer une politique transcendante qui impose une conception de la sexualité, des valeurs qui s'y rattachent et des normes qui la régissent. Il s'agit plutôt de tracer un cadre qui permette de les appréhender, de les vivre et de les mettre en application. Il est souhaitable de développer une politique immanente qui émerge et se développe à partir des préoccupations des personnes concernées. Le management efficace de la politique implique, en premier lieu, la mise en relation de son contenu avec des intervenants qui

la reconnaîtront comme adaptée aux situations quotidiennes de leur pratique professionnelle. L'implication des intervenants dans la formulation de la politique est incontournable. L'établissement doit tenir le pari, pour élaborer la politique, que la réussite de la démarche repose sur l'engagement actif non seulement des intervenants mais des partenaires concernés (parents, bénéficiaires). L'élaboration d'une politique devient originale et dynamisante quand on y associe tous les agents sociaux. On reconnaît ainsi que les interactions sociales entre les agents permettront à chacun de construire sa propre représentation de la sexualité et de concevoir des moyens pour améliorer la qualité de vie sexuelle des bénéficiaires.

En second lieu, il faut faire connaître la politique et la faire adopter par les personnes concernées. L'implantation d'une politique passe par un processus de diffusion et d'animation. Faute de réaliser cette étape, la politique restera un document que les intervenants n'utiliseront pas, ou seulement en cas de litige grave. Il se peut même qu'on l'abandonne ou qu'on l'oublie tout simplement. Pour certains, il s'agira d'un échec, pour d'autres, de l'acceptation inévitablement lente de la politique. Parce que la politique propose des orientations qui peuvent déranger la façon de penser et d'agir des intervenants, il faut organiser des rencontres et des échanges entre les partenaires afin qu'ils puissent en reprendre le contenu à leur compte et se le réapproprier. La tâche la plus difficile est de rejoindre et d'impliquer les intervenants les moins réceptifs aux orientations proposées par la politique et qui voudraient s'y soustraire. Selon le recensement des écrits de Trudel et Desjardins (1990), il s'agirait surtout des personnes plus âgées et religieuses qui adoptent des attitudes sexuelles plus restrictives. Au lieu de les écarter, il est plus valable de les intégrer à la démarche de sensibilisation pour qu'elles puissent exprimer leurs points de vue et les confronter avec des visions différentes afin de faire respecter le pluralisme des valeurs sexuelles et de tenter de concilier les oppositions.

## **Conclusion**

Des centres hospitaliers et de réadaptation ont décidé d'élaborer une politique en matière de sexualité, ou y songent. Cette politique prend généralement la forme d'un document qui présente les grandes orientations adoptées par l'établissement à l'égard de l'exercice de la sexualité. Le plus important n'est pas nécessairement le produit final de cette démarche mais bien la dynamique sociale que cette expérience de définition et d'implantation de politique met en œuvre.



L'élaboration et l'implantation d'une politique représentent un travail difficile qui mobilise de l'énergie, du temps, de l'argent, et nécessite qu'on surmonte de nombreux obstacles (incompréhension, rivalités, résistances). Le comité responsable de l'élaboration doit déployer un effort appréciable de réflexion pour mettre noir sur blanc les principes éducatifs par rapport à la sexualité. Avant d'arriver à formuler la politique, le comité consacre à en discuter plusieurs séances de travail agrémentées d'aller et retour auprès des intervenants, des parents et des bénéficiaires. À son crédit, il faut mentionner que cette démarche produit une dynamisation globale du système de soins et des intervenants. Les personnes concernées sont invitées à discuter des orientations, à imaginer des interventions, à expérimenter des approches nouvelles, à échanger leurs idées et leurs moyens, à se soutenir mutuellement, à évaluer les résultats et à partager les responsabilités. Les intervenants doivent se sentir entraînés dans ce mouvement d'innovation légitimé et soutenu par la direction de l'établissement. Cette impulsion donnée au changement prend la forme d'une invitation de la direction à s'engager dans la réflexion et l'action.

La politique devient innovatrice et mobilisatrice si elle propose de se concentrer sur la sexualité-santé et non pas sur la sexualité-problème. Ce nouveau paradigme suggère de se libérer de cadres de références et de pratiques professionnelles appris et appliqués depuis longtemps, pour concevoir la sexualité des bénéficiaires et interpréter leurs comportements sexuels selon une perspective de santé et non plus de problèmes à résoudre. D'ailleurs, l'approche de type «solution de problèmes» menace de discréditer l'ensemble du concept de politique en matière de sexualité. On arrive même à la remplacer par une autre appellation, comme «guide de référence» par exemple, dans le but d'écarter le caractère péjoratif associé à l'expression «politique et règlements». En développant des politiques axées sur la sexualité-santé, on arrivera peut-être à se libérer des schémas normatifs de la sexualité pour les remplacer par des schémas axiologiques qui privilégient le sens à donner à la sexualité et à l'éducation sexuelle.

## Note

1. Par paradigme, nous entendons, à l'instar de Kuhn (1962), un ensemble de conceptions et de convictions qui fournissent à la communauté scientifique des problèmes types et des solutions.

## RÉFÉRENCES

- BONIN, L., 1990, *Politique en matière de relations interpersonnelles, affectives, amicales, amoureuses, sexuelles*, Nor-Val, Victoriaville.
- BOUDREAU, C., BRUECKMANN, G., 1985, *Ébauche d'une philosophie du programme de la sexualité et d'une politique d'intervention au centre Sénégal*, Centre d'accueil Sénégal, Montréal.
- BOYER, L., 1984, *Politique de la Maisonnée Laurendière en matière de sexualité*, Centre de réadaptation La Maisonnée Laurendière, Repentigny.
- BOYER, L., 1992, *Politique sur les relations affectives, amicales, amoureuses et sexuelles dans un contexte de travail et de centre de jour*, Centre de réadaptation À La Croisée, Anjou.
- COMMONS, M. L., BOHN, J. T., GODON, L. T., HAUSER, M. J., GUTHEIL, T. G., 1992, Professionals' attitudes towards sex between institutionalized patients, *American Journal of Psychotherapy*, 46, 4, 571-580.
- DOUCET, H., AUBERTIN, L., GALIANA, M., HÉBERT, M., JEANSONNE, D., MACKAY, J., MIGNEAULT, P., THOMAS, R., TRUDEAU, M., DUBÉ, H., 1993, *L'exercice de la sexualité en milieu psychiatrique*, Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal.
- DUPRAS, A., 1986, Le tabou d'incentre ou la politique de l'interdit sexuel dans un centre hospitalier de soins prolongés, *Service social*, 35, 3, 457-474.
- DUPRAS, A., Lévy, J. J., 1984, Bilan des interventions en matière de sexualité dans les centres d'accueil et les écoles pour personnes en difficulté d'adaptation, in Dupras, A., Lévy, J. J., Auclair, M.-A., eds, *Sexualité et difficultés d'adaptation*, Éditions I.R.I.S., Longueuil, 31-49.
- FLYNN, R., SHA'KED, A., 1977, Normative sex behavior and the person with a disability: assessing the effectiveness of the rehabilitation agencies, *Journal of Rehabilitation*, 43, 5, 34-38.
- FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- FREUD, S., 1911, Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (le Président Schreber), in *Cinq psychanalyses*, Presses Universitaires de France, Paris, (1966), 263-324.
- GRAVEL, L., 1984, La politique sexuelle dans un centre d'accueil, in Dupras, A., Lévy, J.J., Auclair, M.-A., eds, *Sexualité et difficultés d'adaptation*, Éditions I.R.I.S., Longueuil, 233-244.
- GOUVERNEMENT DU CANADA, 1984, *Charte canadienne des droits et libertés*, Ministère de la Justice, Ottawa.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1979, *Charte des droits et libertés de la personne au Québec*, Commission des droits de la personne, Québec.

- HALL, J. E., SAWYER, H., 1978, Sexual policies for the mentally retarded, *Sexuality and Disability*, 1, 1, 34-43.
- HOWARD, R., LIPSITZ, G., SHEPPARD, F., STEINITZ, L. Y., 1991, Sexual behavior in group residences: an ethics dilemma, *Families in Society*, 72, 6, 360-365.
- KEITNER, G., GROF, P., 1981, Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 3, 188-193.
- KUHN, T., 1962, *La Structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.
- LEMAY, M., 1985, *Politique du centre d'accueil Charleroi en matière de sexualité*, document de travail, Centre d'accueil Charleroi, Montréal.
- LINZER, N., 1992, The role of values in determining agency policy, *Families in Society*, 73, 9, 553-558.
- MCDONOUGH, C., PETERS, D., WAISGRUS, D., 1990, *Sexuality*, Miriam Home, Montréal.
- MERCIER, C., FILION, J., 1987, La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 135-143.
- MOREL, A., 1982, Expérience de 10 années en institution des adultes handicapés mentaux, *Génitif*, 4, 12.
- OSER, F., 1985, Structures et développement du discours moral, in Mugny, G., éd., *Psychologie sociale du développement cognitif*, Peter Lang, Berne, 185-201.
- PALUMBO, D. J., HALLETT, M. A., 1993, Conflict versus consensus models in policy evaluation and implementation, *Evaluation and Program Planning*, 16, 11-23.
- PAVILLON DU PARC INC., 1990, *Guide de référence en intervention sexo-éducative*, Pavillon du Parc Inc., Aylmer.
- PINEL, P., 1801, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Brosson, Paris, (seconde édition, 1809).
- POMERLEAU, P., 1992, *Politique sur l'expression des besoins socio-affectifs*, Le Renfort Inc., Saint-Luc.
- RIO, J., 1982, Quelques réflexions sur la portée et les limites des options idéologiques qui se veulent libérales en ce domaine, et sur les pratiques institutionnelles, *Génitif*, 4, 12.
- ROY, S., 1991, *Politique en matière de sexualité*, Saint-Anaclet, Les services d'adaptation Osmose, Villa de l'Essor Inc.

- SNOWDEN, D. M., 1983, *Sexological Policy*, Ville Marie Social Service Center, Montréal.
- STRIAR, S. L., 1981, Relating staff attitudes to the development of a comprehensive sexual policy for the institutionalized with mental retardation, *Dissertation Abstracts International*, 42, 6, 2585A.
- STRIAR, S. L., ENSOR, P. G., 1986, Therapeutic responses to adolescent psychiatric patients' sexual expression: beyond a restriction/permission stance, *Journal of Social and Human Sexuality*, 5, 51-69.
- TOOMEY, J. F., 1993, Final report of the Bawnmore Personal Development Programme: staff attitudes and sexuality program development in an Irish service organisation for people with mental handicap, *Research in Developmental Disabilities*, 14, 129-144.
- TREMBLAY, R., 1992, *L'éducation sexuelle en institution*, Éditions Privat, Toulouse.
- TRUDEL, G., DESJARDINS, G., 1990, L'attitude du personnel face à la sexualité des personnes séjournant en institution psychiatrique, *Science et Comportement*, 20, 3-4, 194-210.
- TRUDEL, G., DESJARDINS, G., 1992, *L'attitude du personnel face à la sexualité des personnes séjournant en institution psychiatrique: rapport de recherche remis au Comité d'étude sur la sexualité de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, Montréal.
- UNAPEI, 1969, Déclaration des droits du déficient mental, *Nos enfants inadaptés* (29).
- WEISBROT, D. M., 1986, The Politics of sexuality in adolescent psychiatry, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2, 1, 27-37.
- WOLFENBERGER, W., 1972, *The Principle of Normalization in Human Services*, National Institute on Mental Retardation, Toronto.
- WOLFENBERGER, W., Thomas, S., 1988, *Passing*, Les Communications Opell Inc., Gatineau.

## ABSTRACT

### **Institutional policy concerning sexuality: the necessary transformation of the sexology paradigm**

An increasing number of hospitals and rehabilitation centres include sexuality in their mandate. Some of these establishments have developed a policy in this matter or would like to. Based on a study of recorded policies, the author discusses various aspects of these policies,

including legitimacy, necessity, content and implementation. Most policies under study are built around the notion that sexuality is a problem. The policy is therefore designed as an instrument for normalization and social control. The author proposes another paradigm: that which envisions sexuality positively by emphasizing the need to improve one's quality of sex life. As a result, policies would be more attuned to the meaning of sexuality rather than to sexual norms and rules. The author argues that such a concept widens the scope of institutional policy, from sexuality-as-a-problem to sexuality-as-a-health-issue.