

Sexualité et institution psychiatrique (enquête au sein d'un hôpital breton)

Sexuality and psychiatric institution (inquiry into a Breton hospital)

Sonia De Vos

Volume 5, Number 1, June 1980

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030067ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030067ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

De Vos, S. (1980). Sexualité et institution psychiatrique (enquête au sein d'un hôpital breton). *Santé mentale au Québec*, 5(1), 63–73.
<https://doi.org/10.7202/030067ar>

Article abstract

The author presents the results of a research on sexuality that took place in an hospital of Brittany. The verification of the six proposed hypothesis has uncovered the fact that sexual problems are a component of mental illness and that the patient is deprived by the institution of his procreator right. Sexuality exists in spite of the prohibition. The treating personnel elects not to notice the transgression as long as it stays within acceptable limits. In fact, the institution puts forward the same antisexual values as society.

SEXUALITÉ ET INSTITUTION PSYCHIATRIQUE (enquête au sein d'un hôpital breton)

*Sonia DE VOS**

En 1977, paraît dans cette revue un article d'André Dupras intitulé «La sexualité, l'institution psychiatrique et la normalisation du malade mental». Il débute par ces mots :

Le choix de notre sujet d'étude est motivé par la relation curieuse qui existe entre la sexualité et l'institution. En prenant le geste sexuel comme référence, il ne semble pas exister de relation entre ces deux réalités. La sexualité est défendue et exclue des institutions d'éducation et de réhabilitation. (Dupras, 1977, 45).

Or, à la même époque, travaillant dans un hôpital psychiatrique breton, nous découvrons un fait étonnant : jamais, au cours des réunions et dans la vie quotidienne, n'est abordée la sexualité. Comme si elle n'existe pas ! Ce que démentent les confidences et les bribes de renseignements que nous récoltons à ce sujet.

Nous fûmes dès lors confrontés aux questions suivantes : pourquoi cette exclusion ? Quelle relation particulière existe entre la sexualité et l'institution thérapeutique ?

Désireux de pousser plus avant nos investigations, nous choisissons d'interroger les soignants et les soignés de cet hôpital. Les étapes et les résultats de la recherche sont consignés sous forme d'un mémoire dont nous donnons les grandes lignes dans cet article. Celui-ci comprend trois parties. Tout d'abord, nous présentons d'une manière générale le cadre et l'objet de la recherche ainsi que la méthodologie employée. Ensuite, nous formulons nos hypothèses et procédons à leur vérification. Enfin, nous terminons par un constat récapitulatif.

CADRE, OBJET ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cadre de la recherche

L'hôpital CHARCOT a ouvert ses portes en janvier 1971 et est l'un des derniers créés en France dans le style «Hôpital Psychiatrique Village». Il

* Sonia DE VOS, psychologue, est, à titre temporaire, agent de recherche en Sociologie Médicale à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain (Belgique).

est d'ailleurs désigné par la rumeur publique comme hôpital pilote vu son aspect général, la qualité et la recherche esthétique de l'ensemble.

Il est fait pour répondre aux besoins d'une population de 210 000 habitants, divisé en trois secteurs de 70 000 citoyens chacun. Il est donc composé de trois unités hospitalières pour adultes de 195 lits et d'une unité infanto-juvénile (les unités ou cliniques se nomment Morvan, Pinel et Guy Grosse). Il dispose, en outre, de structures communautaires rassemblées sous la dénomination de centre social.

Ce type d'hôpital successivement psychiatrique, psychothérapique et, pour être maintenant dans la terminologie officielle, spécialisé a été conçu en réaction au monde concentrationnaire asilaire et dans la foulée du courant socio-thérapeutique de l'après-guerre.

Il répond théoriquement aux besoins de malades considérés «comme désadaptés de leur milieu et secondairement désocialisés» et, prétend ajouter au traitement biologique et psychothérapique individuel une troisième possibilité d'intervention exercée par la structure sociale de l'institution.

Lors de son ouverture en janvier 1971, suite à la mise en application des circulaires ministérielles sur le secteur, l'hôpital reçut, malgré les plaintes répétées du personnel infirmier et médical, la totalité des malades de son secteur déjà hospitalisés à Lesvellec, l'autre hôpital psychiatrique du département. La plupart de ces malades avaient entre un et vingt ans d'hospitalisation et certains n'étaient jamais sortis de l'enceinte de Lesvellec, même pour la plus courte des permissions. Ce ne sera qu'un an plus tard que des lits seront occupés par de nouveaux malades du secteur.

Dans la pratique, l'institution est écartelée entre sa fonction thérapeutique et disciplinaire. Asilaire, elle ne l'est pas, bien qu'elle en ait gardé certains caractères, mais lieu de vie communautaire thérapeutique, elle ne peut y prétendre, sauf en façade¹.

Objet de la recherche

L'objet de notre investigation est la sexualité en institution psychiatrique envisagée non pas comme fonction de reproduction (ordonnée à la génération) mais comme fonction de plaisir (possédant en elle-même sa propre finalité).

Notre but est de saisir au travers des multiples discours individuels, la dynamique des rapports de l'institution avec le sexe et d'en établir un constat en fonction des questions suivantes : comment le sexe est-il vécu et comment en parlent les malades? Quelle est l'attitude des soignants envers l'émergence du désir? Au travers des comportements et des opinions rapportés, quelle est la conception du fou et de sa sexualité?

Étant donné que le sujet est complexe et peu traité, notre première démarche se limite à une approche du vécu des malades et des attitudes du personnel, sans proposer de changements concrets au sein de l'institution.

Méthodologie

Comme méthode d'investigation, nous choisissons le questionnaire par enquêteur, c'est-à-dire nous posons les questions et notons textuellement au fur et à mesure les réponses libres et variées, suscitées par les questions ouvertes.

À partir de nos hypothèses, déduites d'une pré-enquête, nous élaborons deux projets de questionnaire en parallèle, l'un pour les soignants et l'autre pour les soignés².

Les 65 interviews nous fournissent un matériel diversifié et abondant que, dans une seconde étape, nous ordonnons et classifions le plus objectivement possible, en nous aidant de la démarche statistique lorsqu'elle se justifie.

Nous ne pouvons ici, faute de place, rapporter ce matériel. Aussi passons-nous directement à la formulation de nos hypothèses et à leur vérification.

ÉNONCÉ DES HYPOTHÈSES ET VÉRIFICATION

Nous énoncerons les six hypothèses et préciserons pour chacune d'elles les modifications à apporter s'il y a lieu.

Hypothèse 1 : L'institution thérapeutique a tendance à fonctionner selon un schéma familial.

Nous ne pouvons approfondir cette première hypothèse qui demeure cependant une piste intéressante.

L'institution, pôle de nourriture, de sécurité et de protection contre le monde extérieur remplit le rôle de la famille. Elle prend en charge ses enfants adolescents (patients) qui sont en contre-partie privés de leur autonomie (pas de sortie sans permission, rentrée à heures précises, contrôle des actes).

La « lettre aux hospitalisés », document officiel distribué au nouveau venu, fait appel au caractère familial des unités de vie. Dans celles-ci, les infirmières y incarnent les rôles maternels soit prodiguer des soins, faire le ménage, écouter les malades et être disponibles. Quant aux médecins, ils incarnent les rôles paternels c'est-à-dire énoncer des règles, exercer le pouvoir et détenir le savoir.

La famille et l'hôpital partagent le même souci de respectabilité et de respect de la morale : les adolescents (pensionnaires) n'ont pas le droit d'avoir des relations sexuelles sous le toit familial (dans le pavillon), pratiques que les parents (soignants) ne doivent pas cautionner. Certains membres du personnel invoqueront même le tabou de l'inceste pour justifier cet interdit.

Hypothèse 2: a) L'institution considère que ses malades ont mis de côté tout vécu sexuel ou vivent leur sexualité d'une manière perverse ou infantile.
b) Ayant ces présupposés, l'institution a instauré officiellement l'interdiction de relations sexuelles au sein de l'hôpital.

a) Les soignants ne considèrent pas la sexualité des malades inexistante, uniquement infantile ou perverse (ils parleront d'«abus de personnes»). Ils la considèrent plutôt problématique. Ainsi, la majorité des soignés sont célibataires (non par choix) et la plupart sont encore vierges à trente, quarante et soixante ans. Ils souffrent en outre de troubles sexuels tels l'impuissance et la frigidité et ont certaines difficultés d'investissement affectif. Les patients dépeignent souvent leurs relations comme épisodiques et insatisfaisantes. Donc, quelles qu'en soient les causes (éducation, difficultés familiales et relationnelles, appartenance à un milieu socio-économique défavorisé, etc.), aucun malade n'aurait eu (ou n'aurait) un développement sexuel normal, ni une vie sexuelle épanouie. La misère sexuelle serait ainsi une composante de la maladie mentale.

b) Généralement, le malade est considéré à l'hôpital comme un être en situation de graves difficultés psychologiques, matérielles, etc. Il n'est pas en possession de toutes ses facultés, n'a pas atteint le niveau de conscience d'un être normal et, il ne dispose plus de son corps de la façon dont il le voudrait. De plus, les relations sexuelles lui sont officiellement interdites dans les chambres du pavillon, ce qui équivaut au constat suivant :

- 1) le malade est privé du droit de procréer. On ne veut pas de petits fous. Le malade étant incapable de se prendre en charge, comment pourrait-il assumer la responsabilité d'un enfant? Pour cette raison, les soignants procurent (parfois à leur insu) une contraception aux femmes pensionnaires.
- 2) le malade est privé du droit à la vie sexuelle.

Hypothèse 3: L'hospitalisé réagit à ces contraintes : il se cache pour avoir des relations homo ou hétérosexuelles et un circuit clandestin de prostitution fonctionne dans l'enceinte de l'hôpital.

Hypothèse 4: L'institution occulte tout ce qui a trait au domaine sexuel par son indifférence.

Dans la pratique, l'interdit officiel est notoirement transgressé par certains pensionnaires qui ont organisé un réseau clandestin de prostitution. Ils ont ainsi fait preuve de beaucoup d'habileté et d'intelligence pour se protéger de l'intrusion soignante. Est-ce dire alors que la répression est un mythe? Non, elle emprunte d'autres chemins. Même si certains malades parviennent à transgresser l'interdit, il n'en demeure pas moins que la sexualité reste occultée.

En effet, même s'il est manifeste que les pensionnaires véhiculent une forte problématique sexuelle et relationnelle, la sexualité demeure absente du schéma thérapeutique. Elle n'est reprise dans aucun discours institutionnel et reste un sujet tabou. Lorsqu'elle apparaît, c'est le plus souvent sous forme de plaisanteries et d'obscénités. Elle est négligée au profit des problèmes de traitement, de réinsertion sociale, etc.

De plus, les médicaments (les neuroleptiques et les tranquillisants à certaines doses tels le Temesta, le Nozinan, le Mellaril, le Valium, le Neuleptil, l'Androcure, etc.) qui ont des effets inhibiteurs sur la puissance et l'envie sexuelles sont maintenus malgré la colère et les plaintes des malades. Enfin, le malade ne dispose pas d'un chez lui où il pourrait vivre ses relations en toute quiétude. S'il transgresse l'interdit, il doit consommer l'acte à la va-vite, car il craint d'être surpris et sanctionné s'il utilise sa chambre (à condition de disposer d'une chambre individuelle). Les autres lieux où consommer l'acte sont dans les bois à l'extérieur de l'hôpital.

Ainsi, la répression ne s'exerce pas tellement sous forme d'un interdit mais par le refus de l'institution d'envisager la sexualité, d'en parler, de la reconnaître et d'offrir aux malades des conditions de vie telles que leur sexualité n'apparaît pas d'un caractère dégradé et grotesque, lequel sert à posteriori d'argument justificateur de l'interdit.

Hypothèse 5: Ayant autorisé la mixité et établi des lieux de rencontre, l'institution est en pleine contradiction avec ses objectifs de non-sexualité. Aussi, va-t-elle peut-être tenter de légitimer les pratiques officieuses de certains malades.

L'institution a instauré la mixité et organisé des activités en conséquence afin de réarticuler les malades sur la réalité et les sortir de leur isolement. Cependant, «instaurer la mixité pour les pensionnaires et le personnel, c'est introduire le désir» (Oury et Guattari, 1968). Du fait même, l'institution se place en pleine contradiction avec son refus de la sexualité (fonction de désir). De plus, ne pouvant empêcher les malades de vivre leur sexualité, elle est dès lors acculée à fournir des moyens contraceptifs aux patients de crainte qu'ils ne procréent, pratiques officieuses (destinées à certains malades plus responsables) qu'elle se doit de légitimer. Pour ce, la doctrine semi-officielle se modifie et stipule que les relations sexuelles seront dorénavant tolérées si elles ont lieu en cachette. Mais, si le malade outrepassé les limites

assignées et qu'il est impossible au soignant de ne rien voir, l'interdit sera rappelé ou plutôt énoncé.

Nous avons donc découvert que les soignants émettent à l'intention des malades des doubles messages car ils leur laissent croire qu'est permis ce qui est interdit. À cet égard, ils adoptent vis-à-vis des malades le même «discours mystifiant que la famille du schizophrène» (Haley, 1969).

Remarque : il n'est pas question d'une quelconque légitimation de l'homosexualité et de la prostitution, car les soignants ne donnent en aucun cas leur adhésion à ces pratiques.

Hypothèse 6 : L'asile n'est pas un enclos à l'intérieur duquel la folie pourrait folâtrer en liberté. Les entraves du dehors se répètent au-dedans. Malgré la façade de libéralisation affichée, la société n'est pas prosexuelle et l'institution reflète cette situation. Il en est de même, pour nous individus, de notre désir de libéralisme. Nous ne pouvons faire abstraction de nos propres interdits socio-culturels.

L'institution exerce une fonction particulière. Elle soigne, soulage et essaie de ramener les malades à la normalité, condition de leur réinsertion et de leur remise en liberté. Elle protège de plus la société de ses fous et du questionnement qu'ils suscitent. N'est-elle pas en effet le garde-fou de la raison? Permettre alors publiquement aux malades, étiquetés incapables et irresponsables, de vivre ouvertement à l'hôpital leur sexualité est tout simplement impossible et, rendrait l'institution incohérente avec ses objectifs.

L'hôpital ne vit pas en marge de la société mais en son sein. Même si la société actuelle se montre plus tolérante à l'égard de la liberté sexuelle, elle est loin de l'encourager. Les structures ne changent pas, le modèle du mariage reste présent, etc. La situation est identique à l'hôpital : vivre sa sexualité y est toléré dans une certaine mesure mais n'est ni approuvé, ni reconnu par elle. Interdire est alors être cohérent avec soi-même.

En outre, chacun a ses propres interdits, ses blocages et ses préjugés. Cette hypothèse s'est confirmée au fil des réponses au questionnaire. En effet, les questions sans être intrusives invitaient les soignants à dévoiler leurs options. Elles se sont révélées tantôt antisexuelles, tantôt plus libertaires mais témoignaient toujours du malaise qui entoure le geste sexuel à l'hôpital. Ajoutons que cette recherche nous confronte aussi à nos tabous et à nos propres questions face à la sexualité.

Comme solutions à cette situation hospitalière et afin que les malades ne soient plus objectivés et aient des relations significatives, il faudrait innover d'autres structures, telles des appartements en ville, «pour obliger

les malades à sortir du service psychiatrique et la population à apprendre à vivre avec eux» (Gentis, 1977). Il faudrait aussi créer un lieu de vie, un groupe thérapeutique sans hiérarchie. «Planifier le dépérissement de l'asile et introduire la réflexion politique.» (Gentis, 1977).

CONSTAT RÉCAPITULATIF

Cette recherche explore le champ de la sexualité au sein d'un hôpital psychiatrique et cherche à établir un constat. Le voici.

Bien que Charcot soit une institution à tendance libérale et fort éloignée du modèle carcéral, nous y retrouvons intact l'hiatus soignant-soigné, «la différence qualitative entre deux catégories d'êtres» (Goffman, 1968), qui déterminera la qualité de leurs rapports respectifs.

Qu'elle soit dite ou nondite, la problématique sexuelle et affective des malades est patente. Cependant, elle est maintenue et renforcée par les conditions d'hospitalisation qui privent les pensionnaires, identifiés malades irresponsables, de leur droit au désir, à l'autonomie et à l'initiative.

Les malades sont dans une situation quasi pathogène à cause des doubles messages envoyés par les soignants quant à la sexualité. Vivant en milieu mixte et recevant à l'occasion des moyens contraceptifs, ils pourraient croire que les pratiques sexuelles sont légitimes et autorisées. Mais, tôt ou tard, certains apprennent que le règlement les interdit et que ces pratiques sont tolérées à la condition d'être cachées. D'autres enfin se voient interdire d'une manière catégorique toute activité sexuelle ou sont soumis au bon vouloir des soignants.

D'où vient cette confusion? La sexualité du malade ne fait l'objet d'aucune analyse. Elle n'est reprise dans aucun discours institutionnel ou thérapeutique. À peine émerge-t-elle au sein de la relation interpersonnelle. Sous-jacent à cette absence d'analyse et aux attitudes et messages confusionnels se profile le malaise dû à la sexualité et au questionnement qu'elle introduit sur la nature du fou et du rôle de l'institution.

À ce sujet, les réponses divergentes données par les soignants nous permettent de les diviser en deux groupes :

- l'un, partisan du statu quo idéologique, défend l'institution et son rôle vis-à-vis la société, soit soigner et garder les fous;
- l'autre, partisan du changement, parle au nom du malade de ses droits d'être humain malgré ses difficultés morales, psychologiques, physiques ou autres.

Mais, dans le quotidien, ces deux groupes n'en forment qu'un seul au sein de l'institution qui réagit à travers eux et efface leur différence. Cette

institution, en apparence permissive, demande en fait au sexe, s'il doit exister, de se montrer grotesque ou de rester caché. Elle le tolère à ce prix. Elle sauvegarde avec vigueur le modèle du mariage, le respect des valeurs familiales et de la morale et le respect de la respectabilité. Le fou reste fou et sa sexualité est à son image, bouffonne ou immorale, lézarde inacceptable dans l'édifice honorable de l'institution.

Ce constat nous démontre, si besoin est, qu'il serait inutile et dérisoire d'intenter un procès aux soignants. Tous, soignants, soignés et enquêteurs véhiculent une morale sexuelle héritée du passé, d'une éducation et d'une culture dans lesquels ils sont encore plongés.

Les soignants sont pris, parfois contre leur gré, dans les rouages de la mécanique institutionnelle qui obéit elle-même aux institutions sociales et préfectorales. De plus, il leur est difficile de faire face à la problématique des malades ainsi qu'aux séquelles héritées de leur existence en milieu défavorisé. Il leur est aussi difficile de tenir compte de la pression sociale subie par le fou, qui pèse encore sur lui.

Face à ce constat, il est évident que nous n'avons pas l'intention de proposer des solutions, ni de suggérer les innovations et aménagements souhaitables. Faudrait-il permettre officiellement aux malades d'avoir des relations sexuelles dans leur chambre? Faudrait-il reprendre le sexe dans un discours institutionnel et l'intégrer dans le schéma thérapeutique? Si oui, comment? Nous n'avons pas la prétention de répondre car la question du sexe en institution est trop vaste et complexe.

À ce propos, Dupras (1977) parle du statut particulier qui peut être accordé à la sexualité en milieu psychiatrique au moment de son autorisation, soit par exemple, l'utiliser comme moyen thérapeutique :

Pour la psychanalyse, la sexualité conditionne le développement affectivo-émotionnel de l'individu. La libido reste bloquée chez les malades mentaux puisque la maturation affective et la relation objective sont perturbées. Leurs satisfactions sexuelles sont de type infantile. 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. La sexualisation de l'institution est justifiée puisqu'elle assure un nouveau levier thérapeutique où le vécu sexuel est manipulé pour favoriser la maturation affectivo-émotionnelle des malades (Bourgeois, 1975). Dès lors, la sexualité n'est plus niée mais elle n'a pas de valeur en soi, elle ne vaut que par son utilité thérapeutique. (A. Dupras, 1977, 47).

Cet auteur parle aussi d'un autre exemple qui est d'identifier la sexualité du malade mental à un modèle de sexualité inacceptable. En effet :

Le malade mental n'est pas capable de maîtriser ses pulsions, de percevoir et de comprendre les messages subtils d'interdiction et de séduc-

tion et enfin, de se soumettre aux règles qui régissent les rapports entre les sexes. (A. Dupras, 1977, 55).

Considérant le caractère inadmissible de la sexualité du fou, la société perpétuerait son processus général de normalisation en définissant et en établissant des lieux d'illégalité (par exemple, l'hôpital) où serait permise l'expression de la sexualité déviante afin de pouvoir continuer à la contrôler. «En isolant, dans l'institution, la sexualité du malade mental, on jetterait la réprobation sur ce qui devient un danger social : la recherche de la jouissance immédiate, dévoilée, dépouillée du manteau de respectabilité.» (A. Dupras, 1977, 56).

Il convient encore une fois de rappeler l'option prise tout au long de ce travail : ne pas faire dire au sexe ce qu'il n'a pas à dire, ne pas lui extorquer la vérité dernière et ne pas en faire la raison de tout. «Le sexe règne mais ne gouverne pas» écrit Joseph Delteil. Le sexe fait partie de la vie, du lot expérientiel de chacun et à ce titre, il mérite d'être reconnu pour la dimension de plaisir qu'il apporte.

Prenons garde. Il ne s'agit pas non plus d'établir de nouvelles normes qui stipuleraient que le plaisir est un but en soi, quasiment une obligation, un impératif, véritable terrorisme du plaisir.

Il s'agit plutôt d'étudier les façons de reconnaître le corps du malade dans ses limites et ses fonctions et, les possibilités de le lui rendre. Il s'agit enfin de voir comment lui redonner son moi, son droit au désir et à l'autonomie (ne plus être infantilisé mais aidé par les soignants, seules conditions lui permettant de vivre sa sexualité d'une manière significative et autonome).

NOTES

1. L'institution dans laquelle s'effectue la recherche est la clinique Guy Grosse. En voici les principales caractéristiques : en avril 1978, 122 patients y sont hospitalisés. Soixante-dix pour cent (70%) sont de sexe masculin, 67,5% ont de 20 à 50 ans. (Tableau 1).

Tableau 1

Répartition des soignés selon l'âge

Âge	Nombre de patients	%
Moins de 20 ans	4	3
20 à 29 ans	26	21,5
30 à 39 ans	26	21,5
40 à 49 ans	30	24,5
50 à 59 ans	20	16,5
60 à 69 ans	9	7,5
70 ans et plus	7	5,5
Total	122	100%

Quatre-vingt-dix pour cent (90%) sont célibataires et 95% n'ont pas dépassé le stade des études secondaires et viennent de milieux socio-économiques défavorisés. Ils exercent, en majorité, des métiers manuels.

La plupart sont hospitalisés pour dépression, tentative de suicide, alcoolisme, épilepsie, épisode psychotique... Pour les autres, il devient difficile de savoir de quoi ils sont malades. De leurs 5, 10 et 20 années d'hospitalisation qui ont entraîné une désadaptation progressive de la réalité ou d'autres troubles? Certains font d'ailleurs état de leur impossibilité à vivre à l'extérieur de l'hôpital.

En ce qui concerne la durée d'hospitalisation; 40% sont hospitalisés depuis moins d'un an, 30% ont entre 1 et 5 ans et les 30 autres pour cent, 5 ans et plus. Du point de vue de la fréquence, 30% en sont à leur premier séjour en hôpital psychiatrique; 40% sont régulièrement hospitalisés; 30% n'ont quasi jamais quitté l'institution.

Ces chiffres recouvrent trois types de placement : obligatoire, volontaire et libre.

Il y a deux sortes de placement en application de la loi du 30 juin 1838 : le placement dit «d'office» et le placement dit «volontaire».

a) *Le placement d'office.* Le placement d'office ne s'applique qu'au malade dont l'état mental peut compromettre l'ordre public, la sécurité des personnes. C'est une mesure de protection prise dans l'intérêt de la société et du malade, et qui est ordonnée par l'autorité publique administrative, représentée par le préfet.

b) *Le placement volontaire.* Le placement volontaire s'applique à toute personne atteinte d'affection mentale, quelle qu'en soit la forme, mais nécessitant l'hospitalisation et devant être effectué souvent sans l'agrément du malade; mesure demandée par un parent ou un ami. Le placement est dit «volontaire» parce qu'il est exécuté volontairement par l'entourage sans obligation imposée par les pouvoirs publics.

Le placement libre, instauré par le Ministère de la Santé publique, depuis 1950, est l'application des méthodes usitées dans les hôpitaux publics où les formalités administratives d'entrée et de sortie sont extrêmement souples. Remarque : du point de vue des permissions, le malade en placement d'office ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre du personnel et avec la permission du médecin-chef ou de quelqu'un le représentant.

Le malade en placement volontaire ou en placement libre peut sortir non-accompagné mais doit faire signer sa demande de permission par le médecin-chef ou quelqu'un le représentant.

Revenons à la description des soignants. Cent-dix personnes y travaillent et sont réparties comme suit : un médecin-chef, deux psychiatres, un psychiatre stagiaire, un surveillant-chef, une assistante sociale, deux psychologues, six surveillants de pavillon. Vingt-huit infirmiers et 61 infirmières forment trois équipes de roulement (matin, après-midi et nuit) et cinq infirmiers et deux infirmières constituent une équipe d'animation (soirées, ateliers créatifs, chantiers à l'extérieur, sports, sorties, etc.).

Quarante pour cent (40%) du personnel soignant sont de sexe masculin. Tous ont entre 20 et 50 ans et 90% sont mariés.

Chacun des six pavillons de la clinique Guy Grosse peut abriter 25 pensionnaires. Il comprend un petit hall de réception, une cuisine, une petite salle à manger, une grande salle commune avec télévision, une pièce pour le personnel, une salle de bains, une salle de douches, 9 chambres individuelles, 2 chambres de deux personnes et 3 chambres communes à quatre lits.

2. La méthodologie est la suivante. Du point de vue de la construction des questionnaires, nous procédons comme suit :

1) nous débutons par des questions anodines d'identification (âge, état civil, etc.) et par des questions d'ordre général sur la mixité, les rencontres, les activités récréatives, sportives..., les relations personnel-hospitalisé, questions destinées à ne pas exposer la personne et à la mettre en confiance.

2) Une fois le climat de détente censé être établi, nous passons aux questions délicates (effets des médicaments, relations amoureuses, masturbation, etc.) alternant avec des questions reposantes de par leur caractère impersonnel, questions sur le règlement, la contraception, etc.

3) Enfin, nous terminons par une invitation, si la personne en a le désir, à commenter, exprimer une opinion, un sentiment.

Nous mettons ces questionnaires à l'épreuve dans un prétest et suite aux suggestions recueillies, nous procédons à quelques réajustements.

Une fois le canevas d'interview fixé, nous déterminons la population à interroger. En définitive, suite à un tirage au sort et proportionnellement à l'âge, au sexe, à la fonction (médecin, infirmier, psychologue, etc.), nous interrogeons 35 soignants sur 110. Côté soigné, nous interrogeons tous ceux qui sont susceptibles de nous répondre et qui veulent bien s'y prêter, c'est-à-dire 30 personnes sur 122.

RÉFÉRENCES

- COOPER, D., 1970, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Paris, Seuil.
- COOPER, D., 1972, *Mort de la famille*. Paris, Seuil.
- COOPER, D., 1975, *La politique de l'orgasme*. Paris, collection 10/18.
- COOPER, D., 1975, *Sexualité et politique*. Paris, collection 10/18.
- DUPRAS, A., 1977, La sexualité, l'institution psychiatrique et la normalisation du malade mental. *Santé mentale au Québec*, vol. II, n° 2, p. 45.57.
- FOUCAULT, M., 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, collection 10/18.
- FOUCAULT, M., 1976, *Histoire de la sexualité. Tome I : La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- GAUTHIER, J. Y., 1977, *Notes sur la thématique du cahier de rapport dans un hôpital psychiatrique*. Thèse présentée à la faculté de Médecine de Brest pour l'obtention du titre de psychiatre.
- GENTIS, R., 1973, *La psychiatrie doit être faite/défaite par tous*. Paris, F. Maspéro.
- GENTIS, R., 1975, *Les murs de l'asile*. Paris, F. Maspéro.
- GENTIS, R., 1975, *Traité de psychiatrie provisoire*. Paris, F. Maspéro.
- GOFFMAN, E., 1968, *Asiles*. Paris, Minuit.
- GUATTARI, F., J. OURY et MAGLIONE, 1968, À propos de la mixité (compte-rendu d'une série de discussions à la clinique de la Borde). *L'information psychiatrique*, vol. 44, n° 7.
- HALEY, J., 1969, *The power tactics of Jesus-Christ and other essays*. New York, Discuss Books.
- HOCHMANN, J., 1971, *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris, Seuil.
- LAING, R., 1972, *La politique de la famille*. Paris, Stock.
- LAING, R., 1979, *La politique de l'expérience*. Paris, Stock.
- LAING, R. et A. ESTERSON, 1977, *L'équilibre mental, la folie et la famille*. Paris, F. Maspéro.
- LOURAU, R., 1970, *L'analyse institutionnelle*. Paris, Minuit.
- MANNONI, M., 1970, *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*. Paris, Seuil.
- PANKOV, G., 1975, Sexe et image du corps dans la psychose. *Sexualité et politique*, Paris, collection 10/18.
- ROY, J. Y., 1977, *Être psychiatre*. Montréal, l'Étincelle.
- SOUDAN, J. C., 1975, *Réflexions à propos de l'ouverture d'un hôpital psychiatrique*. Thèse présentée à la Faculté de Médecine de Nantes pour l'obtention du titre de psychiatre.
- SZASZ, T., 1975, *Le mythe de la maladie mentale*. Paris, Payot.
- SZASZ, T., 1976, *Fabriquer la folie*. Paris, Payot.
- VAN USSEL, J., 1972, *Histoire de la répression sexuelle*. Paris, Robert Laffont.

SUMMARY

The author presents the results of a research on sexuality that took place in an hospital of Brittany. The verification of the six proposed hypothesis has uncovered the fact that sexual problems are a component of mental illness and that the patient is deprived by the institution of his procreator right. Sexuality exists in spite of the prohibition. The treating personnel elects not to notice the transgression as long as it stays within acceptable limits. In fact, the institution puts forward the same antisexual values as society.