

## GROUPE HOMMES-FEMMES ÉVOLUTION DES PATIENTS, ÉVOLUTION DES SOIGNANTS

Martine Schaya et Giuliana Galli Carminati

Subsistent de fortes résistances et des craintes liées à l'idée d'une éducation sexuelle pour des personnes présentant un retard mental associé à une symptomatologie psychiatrique.

Malgré ceci, le groupe « Hommes-Femmes » a pu être créé, animé par trois soignants et constitué par cinq patients (hommes et femmes), dès l'ouverture de la nouvelle structure d'Hôpital de Jour début 1999 et qui se poursuit actuellement. Ce groupe répond aux besoins urgents d'assistance de certains de nos patients, toutes pathologies confondues, concernant des préoccupations d'ordre sexuel, n'ayant jamais pu être abordées ni traitées auparavant. Le droit légitime à une information en matière d'éducation sexuelle, quel que soit le niveau de gravité du retard mental de la personne apparaît donc clairement. Un des buts de ce groupe a été de prévenir certains comportements « à risque » pouvant les mettre en danger, conduisant notamment à des dérapages : grossesse non désirée, abus sexuels, avortement, maladies sexuellement transmissibles, etc. Ce groupe psycho-éducatif, à visée réhabilitative a pu, après un an, malgré les difficultés de départ, dépasser le tabou lié à l'évocation de certains mots (masturbation, désir) ceci au niveau des patients, mais aussi des soignants. L'évolution vers une plus grande liberté d'expression a été notable. Les patients ont pu amener progressivement et spontanément leur point de vue, concernant le désir d'enfant, le mariage, la séduction, la grossesse...

### INTRODUCTION

Les patients fréquentant l'Hôpital de Jour souffrent d'un retard intellectuel (léger, moyen, sévère) doublé d'une symptomatologie psychiatrique lourde, de troubles psychotiques, de troubles du comportement sévères et de troubles de la personnalité (Galli Carminati, 1998 ; Galli Carminati, 1999). Si nous prenons en considération l'aspect symptomatologique, dans la pratique, les problèmes de nos

patients sont surtout liés à leurs difficultés dans la gestion et l'adaptation aux situations sociales de la vie quotidienne. Les tensions s'expriment très souvent sous forme de passages à l'acte (auto ou hétéro-agressivité), véhiculés par des symptômes corporels : desinhibition, autostimulation, troubles des conduites alimentaires (boulimie, anorexie), attouchements, masturbation, incontinence, hygiène déplorable, tous ces comportements altérant leur possible intégration socioprofessionnelle (Mercier & Delville, 1984 ; Mercier, Delville & Monin, 1989).

---

Martine Schaya, HUG, Clinique psychiatrique de Belle-Idée, UPDM, Bâtiment du Jura, 2, ch. du Petit-Bel-Air, CH - 1225 Chêne-Bourg, tél. : + 41 22 305 43 79, téléc. : + 41 22 305 43 90, e-mail: martine.shaya@hcuge.ch ; Giuliana Galli Carminati, HUG, Clinique psychiatrique de Belle-Idée, UPDM, tél. : + 41 22 305 43 75, téléc. : + 41 22 305 43 90, e-mail: Giuliana.GalliCarminati@hcuge.ch.

Sur la base de l'observation de tels comportements, une équipe de professionnels composée d'une psychologue, d'une assistante sociale et d'un infirmier travaillant tous à l'Hôpital de Jour, ont mis sur pied un groupe dès avril 1999 et qui se poursuit encore aujourd'hui, le groupe « Hommes-Femmes »

(Delville & Mercier, 1999 ; Robert, 1989). Ce groupe fait partie du programme en Hôpital de Jour mais accueille aussi des patients en hospitalisation complète. Malgré les fortes résistances des professionnels et de l'entourage, il nous a paru légitime de proposer une information en matière d'éducation sexuelle à des personnes souffrant de retard mental associé à une symptomatologie psychiatrique, quel que soit le niveau de gravité de leur retard mental : ceci pour tenter de prévenir certains comportements « à risque » pouvant les mettre en danger, conduisant notamment à des dérapages tels que : grossesse non désirée, avortement, maladies sexuellement transmissibles, abus sexuel, comportement pulsionnel mal géré, etc. (Duchêne, Mercier, Delville, Delfosse & Mattys, 1997). Ce groupe répond donc aux besoins urgents d'assistance de certains de nos patients, toutes pathologies confondues, concernant des préoccupations d'ordre sexuel ou des comportements à connotation sexuelle n'ayant jamais pu être abordés ni traités auparavant (Mercier, Delville & Collignon, 1992). Au fil du temps, nous avons réalisé que l'information seule n'était pas suffisante pour permettre aux patients de faire face à leur problématique. L'échange soignant-soigné et soigné-soigné était essentiel, en plus, pour permettre une meilleure compréhension, une élaboration et une intériorisation des éléments réhabilitatifs.

### LE GROUPE, SON CADRE, SON FONCTIONNEMENT

Nous avons privilégié la thérapie groupale surtout pour permettre à nos patients de bénéficier de la dynamique transversale, c'est-à-dire entre pairs, en abordant une problématique touchant aux liens sociaux et sexuels. Il s'agit d'un groupe psycho-éducatif à visée réhabilitative, slow-open (semi-ouvert), car le rythme des entrées et de départs des patients du groupe est plutôt lent. Originellement composé de cinq patients, ce nombre est resté plutôt stable, malgré les entrées et les sorties nombreuses depuis plus d'une année; actuellement, il se compose de sept patients (trois femmes, quatre hommes). Ce groupe verbal a lieu une fois/semaine, d'une durée de

45 minutes et se situe dans un espace très protégé, à l'abri des regards, dans la salle de psychomotricité du bâtiment du Jura. L'espace est accueillant, les patients sont assis et forment un cercle (Foulkes, 1948). Tous les patients du groupe ont un point commun: une problématique importante au niveau de l'image du corps, des troubles profonds chez certains de l'identité sexuelle (non-différenciation au niveau d'une inclination sexuelle précise). Ces patients présentent tous des comportements à risque pouvant les mettre en danger dans leur vie (par ex. au cours d'abus sexuels ou de rapports sexuels non protégés). Ce groupe est précédé d'un pré-groupe et suivi d'un post groupe : il nous a semblé essentiel, dès le départ de l'histoire de ce groupe, de mettre en place ce cadre structuré, entourant le groupe proprement dit, étant donné les difficultés rencontrées dans la confrontation et les échanges de point de vue différents émanant du groupe même des animateurs. En effet, que de résonances personnelles impliquées par l'évocation de certains thèmes liés à la sexualité que nous devons dépasser ensemble, que de cohérence à mettre en place! Il a fallu dès le départ lutter ensemble pour tenter d'affronter et de dépasser les interdits qui planent, tels des spectres rigides avec leur carcan de préjugés, obscurcissant nos jugements et nos systèmes de valeurs et conditionnant nos attitudes, par la seule évocation de certains mots ou fantasmes (masturbation, homosexualité, sperme). Notre rencontre (lors du pré-groupe) vise à nous amener ensemble vers une plus grande souplesse et tolérance par rapport à la résonance qu'évoque en nous ces thèmes, car c'est bien de notre sexualité aussi dont il s'agit à tout moment dans ce groupe, d'où les conflits, les passions qui peuvent en découler. Il fallait aussi (et il faut toujours) prendre le temps nécessaire pour se parler, se reconnaître dans nos différences inter-individuelles, de même que dans nos ressemblances, qui sont nombreuses fort heureusement, créer un climat de confiance et de sécurité entre nous. Le groupe est suivi d'un post groupe d'une demi-heure également, pendant lequel les soignants peuvent échanger leurs impressions à propos du groupe, leur vécu et les éventuelles difficultés rencontrées (avec les patients et les animateurs) (Neri, 1997 ; Anzieu, 1976).

## Tableau 1

### Règles du groupe

1. Respect du cadre (ponctualité, régularité).
2. Règle de confidentialité (« il ne faut pas dire ailleurs »).
3. Contrat de non-agression ni physique, ni verbale : pas de passage à l'acte pendant le groupe. Respect de la personne de l'autre. Pas d'attouchements ni de contacts physiques.
4. En rapport avec l'aspect de réhabilitation, une certaine tenue de même qu'une hygiène correcte sont exigées, un certain comportement social devant les autres. En effet, ils doivent apprendre ou réapprendre la valeur du regard au cours de l'échange, l'écoute, se tenir assis convenablement sur une chaise sans se coucher ou trop remuer. Attendre leur tour pour parler, ne pas interrompre les autres à tout moment.
5. La fin du groupe est marquée par un court résumé où chacun prend une part active pour restituer au groupe le contenu du jour (ou ce qu'il en a retenu). C'est dire que l'on y travaille aussi l'attention, la perception, la mémoire (fonctions cognitives).

## Tableau 2

### Contenu du groupe

Les thèmes amenés progressivement par les patients eux-mêmes ont été les suivants :

- Corps de l'homme, corps de la femme (différences, ressemblances).
- Les organes sexuels de l'homme et de la femme: leur fonctionnement
- Comment fait-on les bébés? Questions autour de l'acte sexuel, du sexe de l'homme, du sexe de la femme.
- La grossesse, la naissance du bébé.
- Après l'accouchement, organisation à la maison (l'entourage familial).
- Problèmes liés à la grossesse pouvant conduire à perdre le bébé (accidents, maladies, etc.).
- Avortement, stérilité.
- Le mariage, le divorce, la vie en couple (du point de vue de ses réalités quotidiennes), le concubinage.
- La contraception.
- Le plaisir sous toutes ses formes (nourriture, création, masturbation, orgasmes, etc.).
- Le désir (que fait-on du désir quand on est seul?).
- Avec qui faire l'amour?
- Qu'est-ce que l'inceste?
- Abus sexuel, viol, violence dans le couple : comment dire non, comment se protéger?

## OBJECTIFS ET ÉVOLUTIONS DU GROUPE

Les objectifs du groupe apparaissent donc clairement : il s'agit de leur donner une information aussi concrète que possible (qu'ils puissent tous comprendre) en matière d'éducation et de comportements sexuels, pour tenter de prévenir des comportements à risque, étant donné leur fréquence d'apparition et les conséquences produites dans leur vie, parfois très sévères (Jacobson, 1990 ; Salbreux, R. & Salbreux, O., 1979). Il faut préciser que dans notre groupe, plusieurs patients ont été victimes dans le passé soit d'abus sexuel, soit de violence dans une relation de couple, soit ont dû subir une stérilisation (Foucault, 1976).

Il s'agit pour nous, davantage qu'une seule information, d'un groupe à mi-chemin entre un objectif psycho-éducatif lié à la réhabilitation et d'un groupe thérapeutique, où nous essayons de les aider à mieux se sentir dans leur corps, plus détendus, à partir d'une meilleure connaissance de son fonctionnement, d'où une meilleure acceptation possible. L'objectif ici est surtout de pouvoir enfin exprimer des désirs librement : dans rêves, des fantasmes, sans qu'il y ait censure dans un climat de confiance et de sécurité, sans la crainte de répression ou d'attitudes faisant appel à la morale, à l'autorité ou à l'ordre. Quel soulagement pour eux, en effet, de pouvoir nous dire: « *J'ai envie d'être touché, caressé, aimé, même si dans leur réalité cela semble si difficile à réaliser pour eux* » (Abraham & Vlatovic, 1995 ; Chanteur, 1990). L'introduction, il y a quelques mois, de patients dits « bas niveau » (niveau d'élaboration et de conceptualisation plus faible) a quelque peu déstabilisé le groupe (animateurs-patients) un certain temps. Il a fallu se donner les moyens pour les intégrer au groupe et nous avons été fort surpris de voir que le travail a été en majeure partie réalisé par le groupe des « bons niveaux » eux-mêmes spontanément, en dépit de quelques attitudes d'intolérance ou d'exaspération, émanant des plus doués. Ils se sont très vite improvisés comme « parents ou enseignants » de leurs pairs, plus fragiles, prenant ainsi le relais des animateurs, en leur enseignant des stratégies relationnelles et sociales, de même que sexuelles : c'est ainsi que Francine enseigne à Roland ce qu'est

la pénétration ou ce que sont les règles de la femme, ou même comment faire pour s'embrasser sur la bouche sans se faire mal. Il a été frappant et très touchant pour nous de constater à quel point, entre eux, les informations pouvaient passer et comment ils pouvaient y être sensibles. C'est comme si les plus grands prenaient soin des plus petits, des plus désarmés aussi. Le bénéfice a été important pour tout le monde, mais davantage peut-être pour les « aidants », nettement valorisés dans le rôle qu'ils se sont créés. Par ailleurs, les patients d'un niveau plus faible sont aussi là pour rassurer les autres, les encourager et les valoriser (Ionescu, 1987; Ionescu, 1990). Finalement, malgré cette « mixité » intellectuelle, tous ont l'air d'y trouver leur compte, d'avoir leur place au sein de ce groupe. Des jeux de rôles ont été mis en place au début pour concrétiser davantage des situations de la vie quotidienne, ce qui leur a permis de prendre du recul par rapport à leurs difficultés personnelles et ainsi mieux les aborder, les voyant exposées sur d'autres : mais ces jeux de rôles se sont révélés être à l'heure actuelle d'un abord trop symbolique, trop abstrait, ce qui nous a obligé d'y renoncer pour le moment.

Pour illustrer, citons l'évolution remarquable d'une patiente que j'appellerai Léa qui a suivi le groupe depuis sa constitution en 1999 jusqu'à aujourd'hui :

### Léa

Souffrant d'un retard mental léger, associé à des troubles graves de la personnalité, de type borderline, obèse, ayant passé par des phases d'automutilation dans le passé, Léa, âgée de 33 ans, a débuté le groupe avec beaucoup de réticences. « *C'est dégoûtant* » disait-elle lorsque nous évoquions la question de la menstruation, les images de la grossesse ou de l'avortement. Elle allait même, par moments, jusqu'à souhaiter ne plus revenir au groupe, en invoquant des désirs de fugue en ville. Mais derrière ce désir apparent de quitter le groupe, nous pouvions lire (ou deviner) par ses attitudes corporelles, son envie d'être retenue, gardée dans le groupe; ce qu'elle désirait avant tout, c'est trouver une place, sa place, parmi nous. Ce qu'elle nous demandait donc implicitement, c'était de ne pas accéder à sa pulsion de fuite et ainsi l'abandonner à

son sort, mais bien plutôt de l'aider à canaliser son anxiété dans le groupe en lui montrant à quel point elle était importante et « bonne » pour nous. C'est ainsi qu'à la fin de chaque séance, Léa se tourne vers nous en nous demandant : « *Comment m'avez-vous trouvée?* » Léa nous a été ensuite très reconnaissante lorsque nous lui avons livré ce contenu et dès ce moment-là, toute son attitude corporelle, sa manière d'être, de même que son discours ont pu évoluer. Au départ, prostrée sur son fauteuil, elle marquait son opposition en faisant mine de dormir, les jambes écartées, la bouche ouverte, bâillant aux corneilles. Elle ne regardait pas dans la direction de la personne qui s'adressait à elle et jouait à rester en dehors du groupe, de manière provocatoire : « *Ah, c'était de cela que vous parliez? Moi, j'étais ailleurs* », nous disait-elle. Spontanément, elle nous a proposé de parler des bébés et de leur naissance, l'amour physique étant davantage associé pour elle, dans un premier temps, à la reproduction qu'à la notion de plaisir, qui chez elle demeurait enfouie, tabou. Après avoir pu exprimer son désir d'enfants, nous l'avons aidée, à travers des jeux de rôles, à se représenter les différentes tâches impliquées par le fait d'être une maman, ce qui semblait être complètement occulté chez elle. Elle en conclut alors « *que c'est bien trop compliqué d'être une mère et qu'il vaut mieux rester seule et tranquille* ». Elle a pu voir et confirmer dans le groupe que le désir d'amour, de grossesse, de séduction, de plaisir ou d'être une maman était légitime, quel que soit l'âge ou la situation. De même, l'évocation faite par les autres du thème de la rencontre ou de la vie en couple suscite au départ beaucoup d'inquiétudes en elle et des attitudes de repli au sein du groupe. « *Non* », dit-elle, « *c'est bien trop difficile* ». Nous avons alors un problème: comment le groupe pouvait-il lui renvoyer d'autres images ou d'autres sensations que celles éprouvées jusqu'ici? Par quels moyens la rendre plus aimable, plus attirante à ses propres yeux? Autrement dit, comment arriver à lui faire passer des moments de plaisir dans le groupe? C'est en évoquant avec elle et les autres membres du groupe les notions de plaisir au sens large du terme : le plaisir que nous offre certaines parties sensibles du corps (zones érogènes), le plaisir que nous pouvions nous donner à nous-mêmes, sans nécessairement l'intervention de l'autre;

les plaisirs de la table, sans parler tout de suite de régime ou de restrictions, qu'il lui a été enfin possible d'en parler plus librement. Nous avons évoqué avec Léa, dans un premier temps, ses envies démesurées et boulimiques de manger des pâtes par exemple, sans connotation négative, mais en évoquant tout de même les risques au niveau de sa santé, ce qui lui a permis d'en rire, tout en le prenant au sérieux. Elle a pu ensuite mieux comprendre et réaliser les conséquences de ce comportement boulimique au niveau de sa féminité et de sa santé. Les attitudes fusionnelles de départ où elle avait tendance à se blottir contre l'autre pour entrer en relation ont également beaucoup évolué, Léa ayant pu mettre en place davantage de distance même à l'égard de ses soignantes préférées dans le groupe. Dès septembre 2000, elle présente une diminution nette des comportements de fuite : sa présence au groupe est devenue régulière et son attitude corporelle a beaucoup évolué ; elle est capable maintenant de se tenir assise correctement, de fixer son interlocuteur dans les yeux, de se concentrer sur le discours des autres; il y a davantage de recherche vestimentaire et Léa s'habille maintenant « en couleurs ». Ses interventions sont pertinentes la plupart du temps, Léa osant critiquer, faire des remarques adaptées et commenter les propos des uns et des autres, de manière très nuancée: « *Ah, faut qu'elle fasse attention celle-là, sinon elle pourrait bien avoir des ennuis* » (s'agissant d'une patiente n'arrivant pas à dire « non » aux avances sexuelles). Léa a pris le rôle maintenant d'être la mémoire du groupe puisqu'elle est capable, à la fin de chaque séance, d'en restituer une bonne partie. Ce qui nous touche encore davantage est le plaisir qu'elle semble avoir à réussir à y être active, d'y avoir une place valorisante et valorisée. Depuis peu, Léa semble vraiment consciente des compétences qu'elle peut avoir, ce qui a comme conséquence positive une réassurance et un sentiment profond de bien-être en tant que femme et en tant que personne capable de s'apprécier et d'apprécier les autres, d'écouter, de comprendre, bref, d'être en relation.

Au fond, on pourrait dire qu'elle a maintenant davantage de plaisir à rester plutôt qu'à fuir.

## Jeanne

Un deuxième exemple pour illustrer l'évolution des patients dans ce groupe, celui de Jeanne, me paraît remarquable : cette jeune femme présentait des comportements à risque en pratiquant une sexualité à tout-venant, sans prendre les précautions nécessaires, mue par ses pulsions, s'opposant farouchement aux interdits posés par ses parents : c'est ainsi qu'elle vivait ses besoins de manière transgressive ou allait même jusqu'à nier son droit à l'existence d'une sexualité propre ou d'un désir de femme. Parler de contraception pour Jeanne lui paraissait vraiment hors de propos, tellement fort pesait le tabou hérité des parents et de son entourage (défense de faire l'amour, donc bien sûr de parler de contraception) d'où notre impuissance par moments à pouvoir l'aider là où le besoin d'information était le plus urgent. Néanmoins, d'en parler dans l'espace du groupe s'est avéré utile pour elle, en tant que possible expression formalisée, véritable catalyseur de ses peurs, de ses conflits et de sa colère, enfin exprimés. Du stade de petite fille vivant au milieu d'une famille portugaise, traditionaliste, Jeanne a pu très progressivement identifier dans le groupe d'abord, puis sur elle-même, des désirs qui lui correspondaient, comme celui d'aimer et d'être aimée par exemple : elle a pu en outre, au fil de ses expériences personnelles, parler plus librement de sa libido « débridée », de sa difficulté à rester fidèle à un seul homme, malgré tout le poids de la honte et de la culpabilité. « Non », nous confie-t-elle, « *je n'arrive pas à me satisfaire de l'amour et des avances d'un seul homme. J'ai plus de plaisir quand je vois deux ou trois hommes me courir après et me désirer, comme ça, je me sens plus belle* ». On le voit : malgré les réserves émises par les autres participants du groupe, notamment en ce qui concerne les mesures de prévention et de protection qui ne semblaient pas être prises en compte par Jeanne, cette dernière s'est sentie suffisamment en confiance et en sécurité dans ce groupe pour pouvoir y exprimer, sans crainte de représailles ou d'un jugement moral, des sentiments de femme les plus profonds et prendre également conscience des risques encourus dans la pratique d'une sexualité débridée.

## Tony

Citons enfin une autre évolution intéressante dans le groupe, celle de Tony. Il se trouvait dans une situation difficile à son arrivée dans le groupe, suite à de nombreuses hospitalisations pour hétéro-agressivité : son agressivité pouvait alors s'amplifier lorsqu'il se livrait à des comportements masturbatoires, de type compulsif, n'aboutissant qu'à des blocages, ses gestes tournant à vide et pouvant occasionner des blessures au niveau de son sexe. Logorrhéique et persécuté, souffrant de difficultés profondes au niveau de l'écoute et de la compréhension du discours de l'autre, Tony a beaucoup de peine à tenir compte des remarques et des observations faites à son sujet, sans exploser à tout moment : il les reçoit, en effet, comme autant d'agressions et d'attaques dirigées contre lui. Au début du groupe, Tony a pu dire sa plus grande peur : celle de ne rien comprendre ici, de ne pas être au même niveau des autres, d'être mal jugé, mal accepté, et donc rejeté par les autres. « *Mais je dois absolument tout comprendre, il faut que vous m'expliquiez* », supplie-t-il, lorsque sont abordées les questions concernant la menstruation, la contraception, etc. Nous avons donc tous ressenti dès le départ, soignants et patients, la nécessité de nous adapter à son niveau (intellectuel et psychique) de fonctionnement. C'est ainsi que nous avons utilisé un langage simple et concret, articulé de manière lente et audible, avec forces répétitions, ce qui lui a très vite permis de se sentir intégré, reconnu, accepté dans ce groupe et ce, à part entière. Nous avons pris le temps nécessaire pour lui donner sa place. Quelle ne fût pas alors sa fierté, sa joie, lorsqu'il pu enfin comprendre à quoi correspondaient les termes : « pénis », au lieu du « zizi » couramment employé et suggéré par un geste explicite, « masturbation » au lieu de « faire le zizi », geste à l'appui, « sperme » au lieu de « lait ». De la compréhension, de l'identification jusqu'à la dénomination, puis à l'utilisation du mot exact, telle a été l'évolution de Tony. C'est ainsi qu'actuellement, il nous donne l'impression d'être véritablement membre actif de ce groupe, avec un sentiment très fort d'appartenance sociale. « *Je suis content* », a-t-il pu alors nous dire, « *j'apprends des choses ici, c'est important pour moi le groupe* ».

*Hommes-Femmes: on parle de l'amour, des bébés, des règles, du corps de l'homme et de la femme* ». Depuis, Tony s'est improvisé leader et porte-parole du groupe; c'est lui, en effet, qui accueille les nouveaux venus, en leur expliquant règles et contenu du groupe. Il ose maintenant affirmer sa propre sexualité, mettre de côté honte et culpabilité liées à la masturbation tout en la contrôlant davantage sans se blesser. Il ose également nous parler de « sa copine » dont il est très amoureux nous dit-il, avec laquelle il a eu des rapports sexuels dans le passé : « *Je l'aimerai toute ma vie* », nous confie-t-il et s'adressant à une patiente (Fabienne), qui se plaint d'être toujours quittée, il lui explique: « *Vois-tu, Fabienne, si on s'aime, on ne se quitte pas, on ne reste pas seul, on peut avoir confiance si l'on s'aime vraiment pour toujours. Regarde, fais comme moi, faut embrasser la personne que tu aimes, en la serrant contre toi* ».

C'est ainsi que d'un sentiment d'exclusion et de non-appartenance au groupe, Tony a pu, progressivement, grâce à la tolérance et à l'ouverture du groupe, prendre sa place, une place importante d'ailleurs, puisqu'il peut à tout moment consoler, conseiller, expliquer aux autres des questions relatives à l'amour, partant de son expérience personnelle. C'est dire qu'il y a trouvé un sentiment nouveau propre à sa valeur et à ses compétences en tant que personne.

L'évolution de ce groupe a été notable durant toute cette année, si nous considérons le point de vue des résultats (subjectifs) : évolution des attitudes générales vers une plus grande liberté d'expression (des patients ainsi que des soignants), les thèmes étant amenés progressivement par les patients eux-mêmes en fonction de leur problématique personnelle ou de leur intérêt du moment : moins de passages à l'acte sous forme d'autostimulation, meilleure hygiène corporelle, meilleure conscience des limites corporelles pour certains, meilleure capacité de se protéger à l'extérieur (d'où moindre exposition dans des situations à risque) et surtout augmentation de la communication et des échanges relationnels dans le groupe, meilleure écoute, meilleure attention réciproque des uns envers les autres. Au début de son histoire, le groupe était composé d'une

population assez homogène sur le plan intellectuel ainsi que sur le plan du retard mental : il s'agissait bien de patients bons niveaux avec retard léger à moyen, à l'aise sur le plan de l'expression et de la compréhension verbale et surtout capables d'élaboration et de conceptualisation. Parfois, cependant, les mots devenant trop abstraits ou trop symboliques, (fidélité, coup de foudre), nous avons cherché à concrétiser davantage certaines situations de la vie comme « la rencontre » par exemple, en introduisant des jeux de rôles, facilitant ainsi visuellement leurs propres capacités d'identification à des situations concrètes pouvant être vécues. C'est ainsi que deux patients dans le groupe (en général un homme et une femme) vont jouer à s'inviter au restaurant ou bien mimer des manières de se comporter avec la personne de l'autre sexe sans susciter le rejet, l'objectif étant, bien entendu, d'apprendre à avoir un certain comportement social acceptable, à moins échouer au niveau des relations affectives et sociales. Très vite, en effet, ont émergé des questions autour de leur grande difficulté à nouer des liens stables, à se faire des amis; leur manque de compétences au niveau de la réciprocité et de l'échange social les ont très vite conduits à des attitudes de renonciation et d'échec face à leur besoin immense d'aimer et d'être aimé, d'où un sentiment profond de solitude et de souffrance.

On peut dire qu'une évolution parallèle soignants-patients a pu être mise en évidence, les attitudes des uns et des autres ayant mûri, s'étant assouplies et quelque peu libérées de certains préjugés.

## CONCLUSION

L'espace du groupe Hommes-Femmes a été créé, outre l'aspect essentiel de prévention et d'information en matière d'éducation sexuelle et affective, en vue de dédramatiser le problème de la sexualité de la personne avec retard mental. En effet, la sexualité est une question essentielle pour tous : on ne voit pas pourquoi les personnes avec retard mental en seraient préservées. Notre rôle, ici, est de les aider à prendre conscience de leur sexualité et dans une certaine mesure leur donner un sentiment de maîtrise sur une sexualité qui, finalement, leur

appartient, qu'ils devront apprendre à gérer jour après jour, car ce qui dérive le plus souvent chez eux en sont les manifestations extérieures. La sexualité de la personne avec retard mental peut représenter une occasion de conflit important et nécessite une certaine ouverture aux changements de la part de l'entourage : l'institution doit être partie prenante dans ce processus. En effet, l'impact de ce groupe sur les comportements sexuels et affectifs de nos patients ne peut être garanti sans la collaboration de l'ensemble des intervenants autour du même patient et ce de manière cohérente, ce qui est loin d'être facile à réaliser dans la pratique. Du point de vue des valeurs et de nos attitudes, nous avons basé notre approche sur le respect du choix d'inclination, si la personne avec retard mental parvient à le faire. C'est ainsi que nous sommes « ouverts » et reconnaissons une découverte de la sexualité dirigée soit vers une personne du même sexe ou du sexe opposé. Nos efforts visent surtout à leur donner des moyens personnels (autres que la passivité, l'acceptation ou le déni) pour se protéger et ainsi éviter les abus en matière de sexualité. Nous ne favorisons pas « une consommation sexuelle » et n'avons de goût ni pour la performance ou la réussite dans ce domaine. Ici, nous donnons des réponses claires, explicites, concrètes, en évitant les ambiguïtés qui sont toujours à la source de l'anxiété liée à l'ignorance et aux tabous. En effet, une réponse explicite, même redondante ou redite est toujours plus claire qu'une réponse implicite. La franchise, le naturel et l'absence de préjugés de l'animateur, servent de modèles et contribuent à dissocier la sexualité d'une foule d'émotions négatives. Dans « *Introduction à la psychanalyse* », Freud disait : « *Savoir, c'est nous faire plus tranquille (...) Il fait plus clair lorsque quelqu'un me parle* ». Mettre en mots pour éviter les

acting, trouver des mots en matière de vie affective et sexuelle et derrière le mot, la pensée, la mentalisation, savoir utiliser ces mots peut-être pour éviter les passages à l'acte obligés, tels sont aussi les objectifs thérapeutiques de ce groupe. Tony a pu dire, retrouver le mot juste, ce qui a pu l'aider « à ne pas faire », « ne pas agir », à ne pas retourner l'agressivité contre lui-même ou contre les autres, mais derrière cet objectif plus thérapeutique, nous retrouvons des aspects psycho-éducatifs, ceux-là même qui consistent à développer par et pour un tel groupe des habiletés ou des stratégies relationnelles, pouvant les familiariser aux questions relatives à la vie affective et sexuelle, leur permettre de mieux faire face et de répondre aux questions d'abus sexuel, de rencontres fortuites, de préventions des maladies sexuellement transmissibles, de contraceptions, etc. L'évolution des attitudes des uns et des autres vers une plus grande tolérance et ouverture, de même que l'expression des émotions, a été générale et possible en raison du climat de confiance et de respect de la part de tous, soignants et patients. Voilà enfin un espace où la personne avec retard mental peut partager un vécu, sur le plan affectif, sexuel et relationnel, où les questions d'handicap ou de maladie ne sont pas mises au premier plan : si l'on est seul, momentanément ou de façon plus durable, ce n'est peut-être pas définitif... Il est permis de « rêver » à une relation possible avec un homme ou avec une femme et parfois, les rêves sont plus faciles à formuler ou à se représenter que leurs réalisations dans l'immédiat... car, le couple, du point de vue de la gestion au quotidien, c'est difficile pour tous, malgré les avantages liés au partage et au vécu émotionnel, et qu'il est important de parler d'amour, du désir d'enfant, même si dans la réalité, c'est souvent trop difficile à envisager pour eux.

## MEN-WOMEN GROUP PATIENTS' EVOLUTION, CAREGIVERS' EVOLUTION

It exist again some important resistances and fears connected to a sexual education for persons with mental retardation, associated with psychiatric symptomatology.

In spite of that the « Men-Women » group was born. It is leaded by 3 therapists and it's composed of



5 patients (men and women), starting from the opening of the new « Day Hospital » in 1999. This group gives a therapeutical answer to the urgent needs of care in patients presenting different severe psychiatric pathologies. The « Men-Women » group targets sexual preoccupations little or never approached or treated before. The legitimate right to obtain the information about sexual education, no matter the degree of intellectual disability clearly appeared. One of the aim of this group is to prevent behavioural troubles and « at risk attitudes » : unplanned pregnancy, sexual abuses, abortion, transmissible sexual diseases, and so on. This psycho educational group offers an effective rehabilitative approach in spite of starting difficulties, linked to the taboo of the simple evocation of sexual words, (masturbation, desire) which was present among patients but also among the therapists. The evolution of general attitudes towards a larger freedom of expression has been notable among patients themselves. They were able to bring very progressively and spontaneously their point of view, concerning child desire, marriage, seduction, pregnancy...

## BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, G. & VLATOVIC, D. (1995) *Douleur et plaisir, maladie et santé, une perception subjective*. Genève: Georg Éditeur.
- ANZIEU, D. (1976) *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.
- CHANTEUR, J. (1990) *Les petits enfants de Job*. Paris : Seuil.
- DELVILLE, J. & MERCIER, M. (1999) *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Bruxelles : De Boeck Université.
- DUCHÊNE, J., MERCIER, M., DELVILLE, J., DELFOSSE, M.-L. & MATTYS (1997) *Ethique et handicap mental*. Namur : Presses universitaires de Namur.
- FOUCAULT, M. (1976) *Histoire de la sexualité*. Paris : Gallimard.
- FOULKES, S.H. (1948) *Introduction to Group Analytic Psychotherapy : studies in the social Integration of individuals and Groups*. London : Heinemann.
- GALLI CARMINATI, G. (1998) Le groupe sans mots (ou presque). *Psychothérapies*, 18, 159-169.
- GALLI CARMINATI, G. (1999) *Retard mental, autisme et maladies psychiques chez l'adulte*. Genève : Médecine et Hygiène.
- IONESCU, S. (1987) *L'intervention en déficience mentale : problèmes généraux, méthodes médicales et psychologiques*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- IONESCU, S. (1990) *L'intervention en déficience mentale : manuel de méthodes et techniques*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- JACOBSON, J.W. (1990) Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American Journal on Mental Retardation* (1994), 596-602.
- MERCIER, M. & DELVILLE J. (1984) *Ils ne pensent pas à tout cela, ce sont de « grands enfants »*. Bruxelles : De Boeck.
- MERCIER, M., DELVILLE, J. & MONIN, L. (1989) *La personne handicapée mentale et son corps*. Fribourg : Feuillet de pédagogie curative.
- MERCIER, M., DELVILLE, J. & COLLIGNON J.-L. (1992) *Représentation affective et sexuelle de la personne handicapée mentale adulte. Qualité de vie et handicap*. Genève : Actes des Journées Romandes d'étude ASA.
- NERI, C. (1997) *Le groupe. Manuel de psychanalyse de groupe*. Paris : Dunod.
- ROBERT, J. (1989) *Parlez-leur d'amour*. Montréal : Éditions de l'homme.
- SALBREUX, R. & SALBREUX, O. (1979) *Les handicapés mentaux, les autres et nous*. Paris : UNAPEI.