

De la difficulté à trouver un médecin ouvert et compétent auquel on peut parler de son homosexualité sans craindre d'être moqué ou ridiculisé

J. Buffat

Les médecins sont perçus comme des représentants de la norme sociale et de l'ordre moral. A ce titre, leurs attitudes et réactions jouent un rôle considérable pour leurs patients. L'évitement ou le refus d'aborder ouvertement le sujet de l'homosexualité sont encore fréquents et révélateurs du tabou qui persiste autour de ce thème. L'éducation et l'enseignement cultivent la norme hétérocentriste et éludent le sujet de l'homophobie, encourageant les contre-attitudes médicales. Les patients homosexuels craignent d'être rejetés ou critiqués s'ils avouent leur préférence sexuelle,

alors qu'ils auraient besoin de pouvoir se confier sans risquer d'être mal jugés. Leur peur de se dévoiler et de décevoir l'autre est entretenue par l'auto-disqualification et l'auto-censure et engendre une grande souffrance intérieure. En savoir plus sur les particularités des homosexuels aiderait les médecins à répondre de façon plus adéquate à leurs demandes et à leurs besoins en matière de santé. L'Association Dialogai œuvre à Genève dans ce sens et mène une recherche importante sur les difficultés rencontrées par la communauté gay dans l'accès aux soins.

Mots-clés :

- discrimination
- stigmatisation
- hétérocentrisme médical
- information sur la santé
- gaie

How difficult it is to find a medical doctor open and informed to who you can talk about your homosexuality without fearing to be ridiculous or rejected

Medical doctors have a social role representing the norm of thinking. Their attitudes and reactions are important for their patients. Avoiding or refusing to talk openly about homosexuality is still frequent and homosexual patients don't dare to tackle the question with their doctors as they would need to trust them enough to be able to tell about their fears to be rejected if they come out of their terrible secret. Self-disqualification and self-censorship create deep inside mental suffering with high rates of depression, anxiety and suicide. If teaching for medical doctors was less hetero-focalised and educating them about the particularities of homosexuality, they would be more comfortable and adequate to answer the questions and needs of homosexual patients. Dialogai, a gay men association in Geneva, is making a large research on those themes and want to cooperate with medical doctors interested to know more about specificities of gay health.

Med Hyg 2002 ; 60 : 648-52

Introduction

En tant que médecin-psychiatre pratiquant depuis une dizaine d'années dans le domaine de la sexologie, j'ai rencontré beaucoup de patients venus consulter pour une problématique se situant autour de l'homosexualité. Sortant de mon innocence, de ma naïveté et de mon ignorance du sujet, j'ai d'abord été frappée de constater combien il était douloureux pour un jeune homme ou une jeune femme de prendre conscience de son identité, qui se présente comme une préférence irréversible et incontournable, tout en étant vécue ou jugée comme anormale. J'ai bien été obligée alors de constater, à mon grand regret, que mon arsenal thérapeutique de psychiatre-psychothérapeute-sexologue, associé à la détermination de mes patients, ne suffisait pas à corriger une préférence profondément inscrite dans leur corps et leur imaginaire érotique. Je ne pouvais pas répondre à leur demande de devenir normal-e. Mes différentes expériences psychothérapeutiques ont toujours abouti à une confirmation de l'homosexualité de ces patients et à l'échec ou à l'impossibilité de les convertir à l'hétérosexualité.

J'ai alors été confrontée à des questions remettant en cause mes croyances de base. L'homosexualité relève-t-elle d'un choix conscient et délibéré? Peut-on échapper à son homosexualité par la force de la volonté et le refus violent de cette préférence? La psychothérapie peut-elle soigner l'homosexualité ou même la corriger? J'ai douté de mes compétences, puis je me suis demandée si ce n'était pas mes conceptions qui étaient biaisées voire même carrément erronées.

Approches théoriques

Ces différentes expériences m'ont forcée à revoir les conceptions théoriques que mes aînés m'avaient enseignées et transmises au sujet de l'homosexualité. Entre ceux comme Maurice Hürni qui considèrent l'homosexualité comme une perversion, ou Sigmund Freud qui en a fait un conflit œdipien non résolu, ou mes maîtres en sexologie, Willi Pasini et Pierre Gloor qui en parlent comme d'une simple déviation sexuelle, je n'ai trouvé aucune classification psychiatrique ou approche thérapeutique qui corresponde véritablement à mon expérience du terrain.

Expériences psychothérapeutiques

Comme psychiatre sexologue, j'ai d'abord recruté des patient-es bisexuel-les qui me demandaient de les aider à devenir hétérosexuel-les, c'est-à-dire selon eux-elles à se normaliser. Pleine de bonnes intentions, j'ai tenté de répondre à leur demande en les encourageant à développer des relations affectives et sexuelles avec des partenaires du sexe opposé. Mais ces relations semblaient bien difficiles à établir, en raison de l'absence de désir pour un partenaire de l'autre sexe, et ceci malgré mon encouragement à s'auto-stimuler à l'aide de fantasmes érotiques homosexuels, ce qu'ils avaient d'ailleurs souvent tenté sans succès.

Mais l'imaginaire érotique ne se laisse pas si aisément modifier et l'attraction sexuelle n'est clairement ressentie que pour des partenaires du même sexe. L'échec des relations hétéro-

sexuelles, l'absence de désir ou de sentiments amoureux, les contraignent à s'identifier et à se reconnaître comme homosexuels.

Le travail d'acceptation de soi en tant qu'homosexuel-le est une dure élaboration de plusieurs années, jamais terminée. Faire son «coming-out» auprès de son entourage proche, familial, médical, amical, scolaire ou professionnel, est, en soi, un parcours pénible qui génère beaucoup d'angoisses. Dans la vie quotidienne chaque nouvelle situation rencontrée renvoie encore et toujours à la marginalité et à une façon d'être «hors norme».

Le processus d'accompagnement et d'élaboration psychothérapeutique permet au patient homosexuel d'accepter progressivement ses caractéristiques propres et sa différence. L'attention bienveillante du thérapeute, la curiosité qu'il peut manifester pour le vécu de son patient, ses questions parfois indiscrettes, ses remarques positives, l'aident à se dévoiler, à parler de lui-même et à surmonter ses nombreuses peurs. L'accueil favorable rencontré dans la confidentialité d'un cabinet de consultation peut constituer une première expérience de coming-out positive et aider, voire encourager la personne à faire de même à l'extérieur, dans son entourage.¹

Aspects cliniques de l'homosexualité

De mon expérience, j'ai relevé certaines constantes dans la présentation clinique des patients homosexuels. La gêne et la honte ressenties entraînent de fortes réactions dépressives accompagnées de pensées auto-destructrices, avec un risque suicidaire plus important que les hétérosexuels. Des angoisses à forte connotation agressive peuvent envahir le champ de la pensée et être ressenties comme très perturbantes et dangereuses pour soi et pour autrui. L'inhibition qui en résulte crée souvent d'importantes entraves au développement social, personnel et professionnel, source de frustrations, de colère rentrée et de ruminations incessantes pouvant conduire à la dépression, au repli sur soi et à l'isolement.

Les femmes adoptent plutôt le versant dépressif et expriment beaucoup de colère et de révolte envers une société qui les dévalorise selon elles, alors que les hommes privilégient plutôt le versant anxieux et décrivent des fantasmes morbides et violents qui peuvent déclencher de véritables attaques de panique, très handicapantes dans la vie quotidienne. Ces fantasmes sont probablement le résultat d'une homophobie intériorisée provenant de l'image puissamment agressive attachée à la sodomie. Les traits obsessionnels sont très développés chez les deux sexes et montrent l'hypertrophie du contrôle sur soi et de la censure de son pro-

pre plaisir, doublée d'une volonté de perfection et d'une exigence excessive envers soi-même, dans l'espoir de répondre aux attentes projetées des autres.

L'homosexualité est source de nombreuses peurs comme celle de se dévoiler et de perdre ses acquis sociaux, de décevoir son entourage, d'être rejeté par ses proches, de se retrouver seul et abandonné de tous, méprisé et mis à l'écart. Le secret longtemps maintenu autour du tabou sexuel est entretenu par la peur d'être identifié «comme un pédé ou une gouine», la peur du milieu homosexuel vécu comme lieu de perdition et réservoir de maladies sexuellement transmissibles, la peur d'être contaminé et de tomber malade, la peur de ses propres fantasmes sexuels, la peur d'éprouver du désir, la peur de toucher et d'être touché, la terreur d'être harcelé ou violé.²

La marginalisation est un phénomène fréquent et plus ou moins volontaire, entretenu par l'angoisse de perdre ses amis hétéros, ses parents et sa propre famille, de se retrouver exposé aux moqueries des camarades d'école ou des collègues de travail, la peur que des témoignages de sympathie ou d'amitié soient mal interprétés, la peur d'être différent, donc exclu. La crainte de faire souffrir ses parents, d'être mal jugé-e parce que, sans époux-se et sans enfant, donc de ne pas être présentable, font qu'on préfère se taire et partir vivre ailleurs pour dissimuler ses relations intimes honteuses.

La fréquentation du milieu homosexuel permettra de rencontrer des semblables et de trouver des modèles d'identification positifs. Mais il restera encore à faire le deuil de la maternité ou de la paternité et à surmonter sa culpabilité de ne pas donner de petits-enfants à ses parents.³

Relations avec les soignants : existe-t-il des médecins «gay-friendly» ?

Même si dans l'idéal du serment d'Hippocrate tout médecin doit être capable de soigner et de comprendre tout patient, il faut reconnaître que dans la réalité, notre éducation ou nos croyances personnelles influencent fortement notre manière de voir, de penser et de réagir face à nos patients. Qu'ils soient toxicomanes, séropositifs ou homosexuels, ceux qui sont considérés comme marginaux dans notre société ne connaissent pas le même sort que ceux qui sont dans la norme établie ou auxquels on peut plus aisément s'identifier. Avec «l'étranger», nos contre-attitudes sont inévitables en particulier dès que l'on aborde le domaine de la sexualité, quelle qu'en soit la problématique.⁴

Même si nous nous pensons tous «gay-friendly», il n'est pas si facile de l'être dans la

pratique quotidienne, et la question de l'orientation ou de la préférence sexuelle n'est pas souvent abordée en consultation. Nous avons spontanément tendance à considérer nos patients comme hétérosexuels, l'idée de l'homosexualité ne nous effleurant même pas face à un patient «d'apparence tout à fait normale», parce qu'un homme homosexuel n'est de loin pas toujours efféminé et ne se présente pas comme une tapette ou une drag queen, parce qu'une femme homosexuelle n'a pas toujours une apparence masculine de camionneuse...

Ma pratique de sexologie m'a entraînée à pouvoir parler de ces choses plus ouvertement. Les patients qui consultent pour un problème sexuel sont désireux d'en parler très concrètement et soulagés lorsqu'on leur pose des questions directes et précises.

Il en va de même avec les homosexuels qui me demandent souvent, déjà lors de leur premier appel téléphonique, si j'accepte des patients comme eux et si j'ai l'expérience de les soigner, testant ainsi immédiatement mon degré de confort face à cette problématique, tout en me donnant la possibilité de refuser leur demande si je ne me sens pas apte à les aider. Ces questions préliminaires montrent le souci et la difficulté qu'ont les homosexuels à trouver un interlocuteur, qui sera à l'aise face à une telle intimité.

Ces difficultés font actuellement l'objet d'une recherche conduite par M. Häusermann, pour Dialogai, association homosexuelle genevoise, intitulée «Projet santé des hommes gais».⁵

Transfert et contre-transfert médical

Les médecins sont encore perçus aujourd'hui comme des représentants de la norme sociale et de l'ordre moral. A ce titre, ils jouent un rôle considérable et leur position ou réactions restent une référence pour beaucoup de gens. Quand notre attitude est bienveillante, ouverte et compréhensive à l'égard de patients homosexuels qui craignent tant d'être mal jugés et rejetés, l'effet bénéfique est certain et déjà thérapeutique en soi. L'écoute positive et l'intérêt porté à son patient est une forme d'acceptation et une preuve de relation possible en dehors du secret. A contrario, des réactions ou remarques négatives, le refus d'aborder le sujet tabou de l'homosexualité ou le mépris exprimé plus ou moins ouvertement, la banalisation de la problématique, ou l'encouragement à se convertir à la norme hétérosexuelle ne font qu'aggraver le manque de confiance en soi, le sentiment de honte, l'auto-disqualification et la crainte de rejet.

Mais comment ne pas se sentir inconfortable face à des patients qui ne vivent pas leur sexualité comme nous – sous-entendus normaux et hétérosexuels – et ne pas être envahis de fan-

tasmes plus ou moins «crus» quand on aborde le sujet de l'homosexualité? Comment poser les bonnes questions et ne pas se sentir maladroit ou inadéquat face à des patients supposés avoir des relations intimes «perverses»? Depuis notre plus tendre enfance, nous entendons des stéréotypes, des insultes, des blagues et des moqueries au sujet «des pédés ou des gouines». Comment pouvons-nous nous protéger d'être envahis ou contaminés par la honte qu'ils ont à parler de leurs différences?

Personne ne reste neutre ou indifférent face à l'homosexualité. Quand on aborde ce thème lors d'une discussion entre amis, elle s'anime très vite et les réactions émotionnelles sont vives et puissantes.

Mes patients homosexuels m'ont obligée à faire de grands efforts sur moi-même, d'abord pour surmonter mes propres appréhensions et mes a priori, puis pour essayer de les comprendre en m'efforçant avant tout de ne pas me mettre à leur place et de sortir de l'effet de miroir identificatoire qui nous facilite bien la tâche avec des patients plus proches ou plus semblables. Je dois aussi reconnaître que je ne réagis pas de la même manière avec des homosexuels féminins ou masculins.

Chez les femmes, la problématique homosexuelle est rarement abordée de front. Elles consultent souvent pour dépression et difficultés relationnelles ou sexuelles. L'homosexualité est refoulée et dissimulée et tout l'accent est mis sur les échecs de relations hétérosexuelles avec une forte tendance à s'auto-accuser et à prendre sur soi toute la responsabilité de l'échec. La culpabilité d'être homosexuelle s'exprime de manière détournée avec des phrases du type: «je ne suis pas un bon coup», «je ne sais pas y faire», «je ne suis bonne à rien». C'est seulement après s'être largement justifiée de ne pouvoir être une bonne partenaire pour un homme, qu'émerge l'attrance ou la préférence pour une femme. De façon surprenante, une fois l'homosexualité avouée et reconnue, le discours intime et sexuel est alors censuré. On ne peut sans doute pas parler de sexualité entre femmes à une thérapeute qui aime les hommes. Je ne sais si c'est cette dissimulation qui me frustre et m'irrite, ou si c'est la crainte d'un transfert amoureux homosexuel que je ne saurais pas bien gérer, mais ce sont souvent des thérapies dans lesquelles je me sens parfois inconfortable et pour lesquelles j'éprouve fréquemment le besoin de parler en supervision ou en intervision avec des collègues.

Avec les hommes homosexuels, ma position est beaucoup plus aisée. Je me sens à l'abri d'un transfert amoureux et plutôt dans une position de sœur complice et confidente ou de mère ouverte et compréhensive. Mais je crains de les prendre en pitié et de les mettre ainsi trop à distance, en évitant toute proximité avec un homme qui est censé être insensible et indifférent

Bibliographie

- 1 Matthews WC, Booth MW, Turner JD, Kessler L. Physicians' attitudes toward homosexuality: Survey of a California county medical society. *Western Journal of Medicine* 1989; 303: 50-1.
- 2 Cochand P, Singy P. Développement identitaire et risque de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. *Raisons de santé* n° 71, Lausanne, 2001.
- 3 Ryan B, Brotman S, Rowe B. *Access to Care: Exploring the Health and*

Well-Being of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-Spirit People in Canada. Montreal: McGill Centre for Applied Family Studies, 2000.

4 Tellez C, Ramos M, Umland B, Palley T, Skipper B. Attitudes of physicians in New Mexico toward gay men and lesbians. *J GLMA* 1999; 3: 83-90.

5 Häusermann M. Santé gaie: un papier de discussion. Genève: Dialogai, 2000.

6 Riethauser S. A visage découvert. Des jeunes Suisses romands parlent de leur homosexualité. Genève: Editions Slatkine, 2000, www.slatkine.com

Adresse de l'auteur:

Dr Juliette Buffat
Psychiatre et sexothérapeute
4, Boulevard de la Tour
1205 Genève
Juliette.Buffat@freesurf.ch

au charme féminin. La discussion au sujet des rapports intimes sera plus accessible, pour autant que je pose des questions claires et précises ou que le patient souhaite parler de dysfonctions sexuelles éventuelles.

Conclusion

Pour conclure, améliorer l'enseignement sur l'homosexualité me paraît être une nécessité. En savoir plus sur ses particularités ou ses spécificités nous aiderait certainement à répondre de façon plus adéquate aux demandes et besoins de nos patients homosexuels. Connaître mieux c'est aussi sortir des schémas établis, des idées reçues et des préjugés ancestraux, c'est-à-dire passer du monde des stéréotypes, des fantasmes et de l'imaginaire collectif à la réalité concrète et individuelle.

J'ai beaucoup appris des patients homo-

sexuels et de leurs associations. Je pense qu'un travail en réseau pluridisciplinaire en collaboration avec les principaux intéressés est souhaitable et enrichissant. La sortie récente d'un livre rassemblant des témoignages de jeunes homosexuels romands destiné à développer une information précoce et non stigmatisante sur l'homosexualité va dans ce sens.⁶

Nous ne pouvons laisser nos collègues médecins reconnus et identifiés comme homosexuels s'occuper de cette clientèle-là, car il n'y en a pas assez pour répondre au nombre de patients concernés. De plus il n'est pas certain que tous les homosexuels, et en particulier ceux qui n'ont pas fait leur «coming-out» souhaitent être suivis par un médecin ou un soignant homosexuel lui aussi. Les milieux associatifs sont sans cesse à la recherche d'adresses de médecins ouverts et compétents. Alors, à quand les séminaires de formation continue sur l'homosexualité? ■