

Adolescence, handicap mental et sexualité : état des lieux en 2013

Quels enjeux pour l'éducateur ?

Par Ludovic Lugon
Filière Travail Social, formation EE
Promotion 08

Projet soumis au professeur Pierre Margot-Cattin
Travail réalisé pour l'obtention du Bachelor of Arts in Travail Social

Haute Ecole en travail social Valais, Sierre

Monthey, le 21 octobre 2013

Remerciements

A mon directeur de mémoire, Monsieur Pierre Margot-Cattin, pour ses judicieux conseils méthodologiques et les mots rassurants quand les doutes se sont faits (très) présents.

A ma direction, en particulier Sandra Feroletto et Barbara Kaiser, pour leur confiance tout au long du bout de chemin déjà parcouru à la Branche et la possibilité d'approfondir mes connaissances et mon expérience dans le domaine de la sexualité des personnes en situation de handicap à travers le groupe PROVIAS.

Aux personnes qui m'ont accordé du temps pour des entretiens riches et fructueux. Merci pour les apports intéressants, pertinents, éclairants !

A mes collègues pour avoir supporté mon esprit « absent » et mon obsession pour le sujet de la sexualité et du handicap ces derniers temps. Merci pour le soutien, les remplacements, mais SURTOUT pour votre « coolitude ».

A Julien pour ses connaissances informatiques salvatrices (sans ton aide et ton imprimante ce mémoire ne serait pas encore fini), sa précision et surtout son amitié indispensable et précieuse.

A Mumu pour sa rigueur et sa « sévérité » dans les corrections... tu possèdes l'équation parfaite : de l'humour dans la rigueur. Qu'il est bon d'être ton ami !

A Moulure ma « vieille » amie, celle qui est là depuis (presque) toujours... Merci pour tes yeux avisés et ton intérêt pour ce travail dont je t'avais tant parlé.

Merci à mon Autre, sans qui ce travail n'aurait sans doute jamais vu le jour tant je repoussais son accomplissement, merci pour les retours sur terre que tu m'obliges à faire de temps en temps. Mais surtout merci d'être encore et toujours là !

Pour finir merci à ma maman que j'aime.

Mentions obligatoires

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués, le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études.

J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

Résumé

Les nombreuses réflexions menées depuis les années soixante dans le domaine du handicap ont permis aux personnes en situation de handicap mental en institution de bénéficier des mêmes droits que toutes les autres. Ces nouvelles idées ont engendrés de nombreuses réflexions sur la notion de liberté de choix de la personne en situation de handicap mental. Il semble naturel pour les travailleurs sociaux de favoriser, dans la mesure de ses possibilités, les choix de la personne en institution. Cette notion de choix n'a pas toujours été naturelle et est le fruit d'un grand travail de réflexions éducatives et pédagogiques et d'avancées de la médecine qui, conjuguées, ont permis de théoriser et conceptualiser la question du handicap.

Si les réflexions sur le handicap permettent une grande évolution au niveau de la place des personnes en situation de handicap dans la société et de leurs droits, il en va de même au niveau de la sexualité qui est un droit fondamental de l'être humain. La personne en situation de handicap mental a donc le droit de vivre sa sexualité autant qu'une autre. Ces éléments apparaissent dans la loi mais aussi presque systématiquement dans les chartes et concepts institutionnels. Cependant lorsque nous passons du papier à la réalité des équipes éducatives, cette sexualité semble difficile à intégrer.

L'éducateur travaillant avec des adolescents en situation de handicap mental qui découvrent leur sexualité doit alors faire face à de nombreux questionnements, doutes et résonnances. Afin de pouvoir accompagner de façon adéquate la personne avec laquelle il travaille dans ses questions et ses découvertes, il se doit de trouver des objets de réponses dans différents éléments tels que la loi, les chartes et concepts institutionnels, et d'éventuels apports vus en formation de base ou continue qu'il peut adapter aux questions de sexualité. Si une attitude bienveillante et respectueuse semble évidemment de mise, la sexualité éveille des attitudes et des réactions dont les éducateurs ne sont pas toujours maîtres.

Ce travail a pour but d'établir un état des lieux en ce qui concerne la prise en charge des adolescents en situation de handicap dans les institutions en 2013. Il englobera des visions théoriques sur le handicap mental, l'adolescence et le rôle de l'éducateur, mais aussi des recherches auprès de professionnels du champ social pour constater comment le sujet est vécu sur le terrain.

Pour rendre cette recherche concrète et en lien avec les réalités vécues par les éducateurs, nous sommes allés interroger des éducateurs sociaux et une direction d'institution en lien avec le sujet abordé dans ce mémoire. Ces entretiens ont permis de constater de nombreux éléments à travailler que ce soit dans les équipes, ou alors entre les équipes et les directions. Ils ont également fait émerger plusieurs réflexions, notamment sur le rôle de l'éducateur, l'adolescent en situation de handicap mental en institution et la sexualité.

Mots-clés :

Handicap mental, adolescence, sexualité, rôle de l'éducateur

Table des matières

1	Introduction	8
1.1	Avant-propos	8
1.2	Choix du sujet	8
1.3	Question de départ	9
1.4	Problématique	9
2	Cadre théorique	10
2.1	L'adolescent en situation de handicap mental	10
2.1.1	L'adolescence	10
2.1.1.1	La puberté	10
2.1.1.1.1	Changements extérieurs	10
2.1.1.1.2	Trois vécus intérieurs	10
2.1.2	Le handicap mental	11
2.1.2.1	Définitions	11
2.1.2.1.1	American Association on Mental Retardation	11
2.1.2.1.2	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	12
2.1.2.1.3	Loi sur l'égalité pour les handicapés	12
2.1.3	Handicap mental et adolescence : quelle découverte de la sexualité ?	12
2.1.3.1	Points de rupture	13
2.2	Vision globale du handicap en 2013	14
2.2.1	Le handicap à travers le temps	14
2.2.2	Les nouveaux concepts du handicap	18
2.2.2.1	La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé	18
2.2.2.2	Le Processus de Production du Handicap	20
2.2.2.3	Le Système d'Identification et de Mesure du Handicap	21
2.2.2.4	La Valorisation des Rôles Sociaux	21
2.2.3	La législation suisse en matière de handicap	22
2.2.4	Sexualité : chartes et règlements institutionnels	23
2.3	L'éducateur et son rôle	26
2.3.1	La notion de tiers	27
2.3.2	Sexualité et handicap mental : pour une approche éthique	27
2.3.3	Travail avec les parents	28
2.4	Synthèse	29
2.5	Les hypothèses	30
2.5.1	« Le handicap mental est une donnée supplémentaire qui complique la problématique de la sexualité à l'adolescence »	30
2.5.2	« L'adolescence est une période particulière qui rend encore plus compliqué le fait de mettre en place des éléments concrets au niveau de la sexualité des résidents concernés, dans les institutions »	31
2.5.3	« Les parents et les éducateurs doivent travailler ensemble sur le	31

	sujet de la sexualité de l'adolescent »	
2.5.4	« L'éducateur a un rôle et un positionnement éthique à avoir dans la découverte de la sexualité chez les personnes avec qui il travaille »	32
2.6	Méthodologie	32
2.6.1	L'entretien exploratoire	32
2.6.2	L'échantillon interrogé	33
2.6.3	Les entretiens de recherche	33
2.6.4	Anonymat et confidentialité	33
2.6.5	Les premiers biais identifiables	33

3 Analyse des données **35**

3.1	La grille d'analyse	35
3.2	L'analyse	35
3.2.1	Le rôle de l'éducateur	35
3.2.1.1	Lois et chartes institutionnelles	36
3.2.1.2	Résonnances	37
3.2.1.3	Notion de pouvoir	37
3.2.1.4	Cohésion d'équipe	38
3.2.1.5	La formation	39
3.2.1.6	Evaluer les besoins et demandes	39
3.2.1.7	Liens avec les parents	40
3.2.2	L'adolescent en situation de handicap mental en institution	41
3.2.2.1	Le handicap mental et ses spécificités	42
3.2.2.2	L'adolescence et ses spécificités	43
3.2.2.3	L'institution et ses spécificités	44
3.2.3	La sexualité	45
3.2.3.1	Les outils mis en place en institution	46
3.2.3.2	Sexualité institutionnalisée	48
3.2.3.3	Le tabou de la reproduction	48
3.3	Synthèse	49

4 Conclusion/Perspectives et nouveaux questionnements/Critiques et biais de la démarche/Positionnement personnel **51**

4.1	Conclusion	51
4.1.1	Les hypothèses	51
4.2	Perspectives et nouveaux questionnements	54
4.2.1	Travail prescrit et travail réel	54
4.2.2	La formation	55
4.3	Critiques et biais de la démarche	57
4.4	Positionnement personnel	58

5 Liste des abréviations **61**

6 Bibliographie **62**

7 Annexes **64**

Annexe A	Charte amour et sexualité	64
Annexe B	Charte prévention abus sexuels	65
Annexe C	Grilles d'analyse	67
Annexe D	Pyramide de Maslow	70

Table des figures

Figure 1 : Interactions des concepts, Classification International du Fonctionnement, du handicap et de la santé, (CIF)	19
--	----

Figure 2 : Processus de Production du Handicap (PPH). Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne	20
---	----

1 Introduction

1.1 Avant-propos

Le travail qui suit n'a pas la prétention d'être exhaustif dans les concepts qu'il énonce. Le but est d'obtenir une vision générale de la question du handicap mental et du rôle de l'éducateur en 2013 à travers le prisme de l'adolescence et de la découverte de la sexualité. Après le survol des différents éléments théoriques, les entretiens auprès de personnes actives sur le terrain, permettront d'éclairer et de comprendre ce qui se passe réellement dans les groupes de vie.

Afin de ne pas alourdir la lecture de ce texte, la forme du « masculin universel » est adoptée. Il va sans dire que le féminin est bien sur toujours présent au même titre.

Le terme de « personne en situation de handicap » sera utilisé le plus possible dans ce texte, cependant dans le cas de citation ou de survol historique, les mots relatifs au contexte sont utilisés.

1.2 Choix du sujet

Ayant fait ma formation en emploi, et travaillant auprès d'adolescents en situation de handicap mental ou d'autisme, j'ai constaté que le sujet de la sexualité des adolescents en institution pouvait être mis de côté ou mettre mal à l'aise certains éducateurs. Lorsque les travailleurs sociaux sont confrontés concrètement à des situations dans lesquelles la sexualité des usagers est mise à jour (masturbation, exhibitionnisme, etc.), il n'est pas toujours facile de réagir adéquatement (en accord avec les besoins de la personne, dans une attitude de respect).

Cette découverte du désir et des changements corporels est certainement encore plus difficile à gérer pour un adolescent qui est en situation de handicap mental et qui ne comprend pas toujours ce qui se passe dans sa tête et dans son corps durant ces moments.

Il est donc primordial de pouvoir s'appuyer sur des éléments concrets pour pouvoir réagir et parler avec le jeune qui est face à ses questions et angoisses vis-à-vis de son corps qui change. Cette démarche doit être effectuée de façon rassurante et concrète. Il s'agit d'expliquer ce qui peut être fait, mais également comment le faire, quand et dans quel lieu. Les explications doivent être adaptées à la compréhension de la personne et il peut être compliqué de trouver le bon canal pour agir sans la connaissance et la maîtrise des outils d'interventions appropriés.

Au sein de l'institution dans laquelle je travaille, le sujet de la sexualité des résidents commence à être soulevé. Un groupe de réflexions a été mis en place. Nous avons eu la chance d'avoir deux après-midi de formation avec la sexothérapeute spécialisée dans le handicap en général Catherine Agthe Diserens. Elle nous a donné de nombreux éléments afin que nous puissions parler de sexualité avec nos jeunes et surtout des outils concrets pour le faire (poupées, dessins, etc.). Il aurait été intéressant de reprendre ces éléments au sein de l'équipe éducatrice et de discuter de ces outils et de leur application possible avec les jeunes du groupe. Cependant cette réflexion n'est pas allée plus loin que les deux jours de formation que nous avons suivis. Je me demande pour quelles raisons et comment faire pour que les conseils donnés puissent être appliqués.

Je me rends donc compte que les mentalités commencent à évoluer sur le sujet de la sexualité et que concrètement dans les institutions, nous essayons de sensibiliser les

travailleurs sociaux (et notamment dans ce cas précis, les éducateurs) à ce sujet. Cependant malgré tous les cours ou les sensibilisations qui peuvent être apportés aux éducateurs, de nombreux auteurs (Agthe Diserens, Durif-Varembont) s'accordent à dire qu'il faut surtout que chacun puisse se rendre compte des représentations qu'il a vis-à-vis de la sexualité et de ce que ce sujet représente pour lui afin d'être capable d'accompagner au mieux une autre personne dans la découverte de sa propre sexualité.

1.3 Question de départ

Les différents éléments précédents m'amènent à poser la question de départ de ce travail de Bachelor :

« EN QUOI L'ÉDUCATEUR SOCIAL A-T-IL UN RÔLE À JOUER DANS LA DÉCOUVERTE DE LA SEXUALITÉ CHEZ UN ADOLESCENT EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL ? »

Faisant partie du groupe de réflexions et interventions au sujet de la sexualité chez les résidents de mon institution, je me rends compte que les équipes éducatives peuvent se retrouver « sans arme » devant ce sujet. Des interrogations récurrentes sur l'attitude éthique à adopter dans les questions de sexualité, mais aussi souvent, un manque de formations sur le sujet et l'absence d'outils concrets pour expliquer la question de la sexualité, sont relevés par les professionnels.

Je m'interroge alors de plus en plus sur le sujet du rôle de l'éducateur dont le premier outil de travail est lui-même avec ses valeurs, ses expériences et ses connaissances propres. Il faut donc qu'il puisse se nourrir également d'éléments théoriques concrets pour étoffer ses moyens d'intervention et trouver des réponses adaptées à chaque question ou manifestation de sexualité posée ou imposée par les résidents.

1.4 Problématique

Mon expérience professionnelle (cinq années) auprès d'adolescents en situation de handicap mental, m'a permis de constater que les éducateurs manquent d'outils, mais aussi d'un cadre théorique sur lequel se reposer en matière de sexualité.

Catherine Agthe Diserens disait lors de sa formation continue donnée dans le cadre de mon travail *Du cœur au corps*¹ des 27-28-29 août 2012 qu'« *il est de la responsabilité des professionnels de permettre au désir de se structurer par rapport à des repères clairs* ». L'éducateur doit donc trouver en lui, mais aussi en équipe, des actes clairs et précis à poser pour que les personnes dont il s'occupe puissent se structurer dans cette recherche de sexualité. Cependant pour pouvoir donner ces fameux repères clairs, l'éducateur trouve-t-il des éléments sur lesquels s'appuyer au sein de son institution ou dans sa formation de base ?

Les chartes institutionnelles (lorsqu'il y en a), une approche centrée sur l'éthique, une bonne compréhension de lui-même sont autant d'outils que les éducateurs doivent mettre en place pour structurer une action cohérente et sensée autour de la sexualité des adolescents en situation de handicap mental en institution.

Je souhaite par cette recherche comprendre comment l'éducateur voit son rôle par rapport à ces questions de sexualité, mais aussi essayer de définir les différents enjeux qui entourent ce thème, les questions d'éthique, la vision des institutions par rapport au sujet et les éléments mis en place pour la sexualité des résidents par les différentes équipes éducatives.

¹ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

2 Cadre théorique

Dans ce cadre théorique, trois grands axes vont être abordés :

- l'adolescent en situation de handicap mental
- la vision globale du handicap en 2013
- l'éducateur et son rôle

La sexualité ne sera volontairement pas traitée et définie à part entière, mais sera évoquée tout au long de ce cadre théorique de manière transversale dans tous les sujets, comme faisant partie intégrante de chacun d'eux. En effet il a semblé faire beaucoup plus sens d'établir un cadre théorique évoquant des concepts en lien avec le titre du mémoire toujours avec le prisme de la sexualité en toile de fond que d'évoquer des concepts et de traiter la sexualité à part entière dans un autre chapitre sans faire de liens.

2.1 L'adolescent en situation de handicap mental

2.1.1 L'adolescence

De nombreux auteurs qualifient l'adolescence de passage entre l'enfance et l'âge adulte. Un moment de changements, de bouleversements psychiques et physiques que la puberté amène.

« L'adolescence est une période charnière qui sépare l'enfance de l'âge adulte. L'adolescence est aussi un mouvement de forces, d'énergies nouvelles, un jaillissement. C'est cette énergie vitale qui pousse à sortir de soi, mais aussi à sortir avec les autres, sortir comme un grand mouvement qui secoue, qui fait que cette phase de la vie est une mutation. » (Agthe Diserens, 1998, p.111)

« L'adolescence, c'est la période de passage qui sépare l'enfance de l'âge adulte, elle a pour centre la puberté. A vrai dire ses limites sont floues. [...] L'adolescence c'est comme une seconde naissance qui se ferait progressivement. » (Dolto/Dolto-Tolitch, 1989, p.13)

2.1.1.1 La puberté

« La puberté c'est le passage de l'enfance à l'adolescence. C'est une transformation du corps (transformation physiologique), de l'esprit et des sentiments (transformation psychique). » (Dolto/Dolto-Tolitch, 1989, p.17)

2.1.1.1.1 Changements extérieurs

Pour les garçons : la voix mue, les érections deviennent plus fréquentes, les éjaculations apparaissent et les poils poussent.

Pour les filles : les premières règles apparaissent, les seins grandissent et les hanches et les fesses s'arrondissent, les premiers poils poussent.

2.1.1.1.2 Trois vécus intérieurs

- l'adolescent peut réactiver des comportements appris dans la petite enfance, notamment l'emploi du non et la (re)découverte de l'effet de celui-ci
- des élans émanant de la force de leur état présent, soit l'horloge hormonale rythmée par les pulsions sexuelles d'un corps en changement (les « flammes »)

- pour l'autre sexe, les attirances pour le même sexe parfois, la recherche du plaisir pour soi-même)
- des expérimentations pour tenter de cerner leur futur d'adultes en devenir (adopter des allures de « grands », « frimer » en racontant « tout ce que l'on a déjà fait », prendre des risques, partir peut-être, fuguer, parfois encore « passer à l'acte » même si ce n'est pas la vraie relation sexuelle)

Ces trois phases contribuent à accentuer le flou entourant cette période de transition qu'est l'adolescence. (AGTHE-DISERENS, 1998)

Catherine Agthe Diserens, Françoise Dolto et Catherine Dolto-Tolitch sont assez proches dans leurs descriptions de la puberté. Elles parlent toutes trois de changements physiques probants, mais aussi de changements intérieurs, d'envies d'indépendance et d'affranchissement des règles données par les adultes et surtout les parents. Elles parlent de volonté de s'affranchir mais de manque de moyens pour le faire.

Comme nous l'avons vu, l'adolescence c'est le temps des pulsions, des désirs pour l'autre et des passages à l'acte au niveau de la sexualité.

En effet :

« La sexualité prend une place très importante à l'adolescence, car elle participe tout à la fois de la recherche du plaisir, des premières expériences amoureuses, de l'élaboration de l'identité et du remodelage des relations familiales [...] Ce qui caractérise les relations amoureuses à l'adolescence, c'est l'élément permanent de découverte, la recherche de soi et des autres, et le sentiment de se sentir aimé, soutenu, valorisé. » (Maia, 2009, p. 117 et 149)

Les changements physiques, l'affirmation de soi, la découverte de l'affectivité et la sexualité sont autant d'éléments compliqués à gérer, difficiles à comprendre pour tous les adolescents dits standards. Comment donc l'adolescent en situation de handicap mental peut-il se retrouver dans un environnement intérieur autant bousculé ?

2.1.2 Le handicap mental

2.1.2.1 Définitions

2.1.2.1.1 American Association on Mental Retardation (AAMR)

Selon L'AAMR² en 2002, le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de dix-huit ans.

Cinq postulats sont essentiels à l'utilisation de cette définition :

- les limitations dans le fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel
- une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne ainsi que des différences sur les plans sensorimoteurs, comportementaux et de la communication
- chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces.
- la description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil du soutien requis

² Source : http://www.asa-handicap-mental.ch/56/Handicap_mental.html, consulté le 12 juillet 2013

- si la personne présentant un retard mental reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer

2.1.2.1.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

Le DSM-IV³ parle de retard mental en ces termes :

- fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de Q.I d'environ 70 ou au-dessous mesuré par un test de QI de façon individuelle (pour les enfants très jeune, on se fie sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne)
- déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c'est-à-dire de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisir, santé et sécurité
- début avant l'âge de 18 ans

Retard mental léger	: niveau de QI 50-55 à 70
Retard mental moyen	: niveau de QI de 35-40 à 50-55
Retard mental grave	: niveau de QI de 20-25 à 35-40
Retard mental profond	: niveau de QI inférieur à 20-25
Retard mental sévérité non spécifié	: lorsqu'il existe une forte présomption de retard mental, mais que l'intelligence du sujet ne peut pas être mesurée par des tests standardisés

2.1.2.1.3 Loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand)

La LHand définit le handicap comme suit :

« Est considérée comme personne handicapée au sens de la présente loi toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités. » (art. 2 al. 1 LHand)

La question du handicap mental, en dehors de la définition, sera plus longuement détaillée dans la partie suivante intitulée *vision globale du handicap*. Il paraît quand même important dans ce chapitre de pouvoir en donner une définition afin de comprendre les spécificités et la complexité que peut induire le handicap mental à l'entrée dans l'adolescence, ses découvertes, ses pulsions et ses changements physiques et psychologiques.

2.1.3 Handicap mental et adolescence : quelle découverte de la sexualité ?

D'une part, la question de la sexualité à l'adolescence est primordiale car elle permet de se créer une identité sexuée (le garçon s'accepte en tant que tel et la fille aussi dans la plupart des cas) mais aussi d'acquérir une identité sexuelle (qu'est-ce que j'aime ?).

³ DSM-IV : manuel diagnostique et psychiatrique des troubles mentaux, de l'American Psychiatric Association.

(PERETIE, 2010) D'autre part, l'adolescent a besoin de s'affranchir du cocon familial tout en se sentant soutenu par un cadre parental stable, il a besoin de pouvoir faire ses expériences d'indépendance seul, sans la surveillance permanente d'un tiers. Comment alors permettre aux adolescents en situation de handicap mental de pouvoir faire leurs propres expériences, de s'affranchir des adultes, de vivre les premiers émois amoureux et sexuels dans un cadre si « contraignant » que les institutions dans lesquelles ils vivent ? Comment vivent-ils et comprennent-ils les changements opérés dans leur corps ?

Cette question paraît être compliquée pour la personne en situation de handicap, cependant :

« Les réaménagements suscités par la transformation du corps favorisent l'intégration du handicap au sein de l'identité, d'autant plus que la question du handicap est souvent en lien avec la question de la sexualité. Au moment de l'adolescence pour tout sujet c'est la problématique de la différence des sexes, mais aussi celle de la différence des générations qui sont mobilisées. S'en ajoute un troisième pour le jeune handicapé, qui sera la différence valide-handicapé. »
(Péretié, 2010, p.204)

Toujours selon Raphaëlle Péretié (2010), la personne en situation de handicap ne vit pas l'entrée dans l'adolescence de la même façon qu'elle a vécu la découverte de son handicap. En effet elle sent que ce qui lui arrive est bien plus « standard ». Il est donc bien moins inquiétant pour elle de se confronter à son intimité et de se découvrir un corps sexué avec les caractéristiques qui lui appartiennent. Cette période de transitions permet à l'adolescent de faire un lien avec son corps et d'essayer d'en comprendre le fonctionnement. Il faut dire aussi que « [...] même pour un jeune atteint d'une déficience intellectuelle, sans handicap moteur, le corps, souvent, a été malmené ou à tout le moins été objectalisé par la médecine (Péretié, 2010, p.203). Comment, dès lors en prendre possession pour découvrir le plaisir ?

Selon cette auteure, la découverte d'un corps sexué et celle de la sexualité, ne sont qu'un élément en plus, pas si traumatisant finalement par rapport à la découverte de la sexualité chez un adolescent sans handicap mental.

Marta Maia (2009) écrit que « *L'inquiétude est un sentiment qui accompagne l'adolescent : inquiétude devant son corps changeant, la pulsion sexuelle qui s'éveille, l'image offerte aux autres.* » (Maia, 2009, p.117).

Est-ce que comme le dit Raphaëlle Péretié, la découverte d'un corps sexué serait simplement un élément en plus et somme toute bien plus universel que la découverte antérieure du handicap ? Ou est-ce que cette période de l'adolescence et de ses nombreuses découvertes serait plutôt comme selon Marta Maia, une période accompagnée par un sentiment d'inquiétude latent. La difficile acceptation du handicap rendrait-elle plus simple la découverte de la sexualité ? (dans le sens où la personne en situation de handicap sent enfin que ce qui lui arrive fait partie d'un développement « normal »)

Catherine Agthe Diserens parle de trois points de rupture auxquels sont confrontés les adolescents et met le doigt sur les spécificités du handicap mental dans le vécu de ces points de ruptures.

2.1.3.1 Points de ruptures

Catherine Agthe Diserens parle de trois étapes fondamentales que l'adolescent traverse et qui constituent selon elle des « *points de ruptures* » :

- quitter l'enfance
- vivre sa puberté

- entrer dans l'âge adulte

Ces trois éléments montrent toutes les difficultés auxquelles peut se confronter un adolescent en situation de handicap mental. D'une part **en quittant l'enfance**, ses gestes ne seront plus interprétés de la même façon par les adultes. D'autre part, son corps et son visage porteront peut-être de façon plus accentuée les stigmates du handicap « [...] ces *dysmorphies bien réelles, et souvent marquées peuvent être vécues comme douloureuses* » (Agthe Diserens, 2003, p.3⁴).

Ne pouvant s'identifier aux modèles qui l'entourent, les comportements des adolescents seront contradictoires, soit ils essayeront de cacher leurs différences, soit ils les accentueront comme pour braver leur handicap.

L'adolescent en situation de handicap mental doit **vivre sa puberté** avec l'incompréhension de ces changements physiques, mais aussi la crainte de ne pas plaire, le repli sur soi, l'envie de faire comme la fratrie. Un désir d'émancipation vis-à-vis des parents, souvent freiné par les contraintes du handicap est vécu.

Limité dans **l'entrée à l'âge adulte** par le handicap, c'est à l'entourage (parents, famille, éducateurs) de marquer ce passage en accompagnant l'adolescent dans la mesure de ses possibilités, à faire tous les choix et actions qui lui permettront de se sentir devenir adulte (AGTHE DISERENS, 2003*).

Après ce balayage de différents éléments, il apparaît que les adolescents en situation de handicap et les adolescents « standards » passent par les mêmes phases d'insécurité, de transformations corporelles, de pulsions, de changements physiques et psychiques, et de découverte d'un corps sexué avec des besoins et des désirs.

Le handicap de par sa nature « restrictive » complique ces découvertes. L'adolescent se sent différent. Il voudrait pouvoir se séparer de ses parents, découvrir l'amour, le fait de plaire, comme tous les autres adolescents. Ces éléments le désécurisent mais, contrairement aux adolescents « standards », ces découvertes pourront rarement se faire toutes seules, l'aide d'un tiers s'avèrera souvent nécessaire.

2.2 Vision globale du handicap en 2013

L'éducateur, s'il doit prendre en compte le handicap et la spécificité qu'il induit, s'inscrit aussi dans un contexte géographique et temporel qui influence ses réflexions sur la prise en charge. Dans leur formation de base, les éducateurs spécialisés apprennent des concepts qui ont longuement été réfléchis et qui sont le fruit d'une évolution des mentalités, des connaissances, des recherches et des réflexions au sujet du handicap.

2.2.1 Le handicap à travers le temps

Dans une édition des « cahiers de l'EESP »⁵, intitulée « Handicap mental, notes d'histoires » Jean-Louis Korpes (1988) présente un panorama de l'évolution de l'idée du handicap mental à travers le temps et des concepts qui l'entourent.

Dans la Grèce Antique, selon les écrits retrouvés, les enfants en situation de handicap mental étaient soit cachés soit tués. En effet, Jean-Louis Korpes cite Platon qui écrit que « *Pour les enfants de sujets inférieurs, et même ceux des autres qui auraient quelque*

⁴ Les textes distribués lors de la formation *Du cœur au corps*, de Catherine Agthe Diserens sont tous référencés et suivis d'un *. Ils apparaissent dans la bibliographie sous un item spécial et n'ont pas été publiés sous la forme reçue lors de cette formation.

⁵ L'école d'études sociales et pédagogiques de Lausanne publie régulièrement des études et travaux réalisés par ses enseignants et chargés de cours.

difformité, ils les cacheront en un lieu interdit et secret comme il convient » (Platon in Korpes, 1988, p.17). Senèque lui va encore plus loin :

« Nous assomons les chiens enragés, nous tuons les taureaux farouches et indomptables, nous égorgeons les brebis malades de peur qu'elles n'infectent le troupeau, nous étouffons les nouveaux nés mal constitués ; même les enfants, s'ils sont débiles ou anormaux, nous les noyons ; ce n'est pas de la colère mais de la raison qui nous invite à séparer des parties saines, celles qui peuvent les corrompre » (Sénèque in Korpes, 1988, p.17)

Si dans l'antiquité les personnes en situation de handicap mental sont cachées ou éliminées, durant le Moyen-Age, qui sera traversé par la notion de bien et de mal véhiculée par une christianisation accrue de la société, *« La maladie est interprétée comme la manifestation de Satan qui insuffle les idées perverses, agite les aliénés, prive les muets de paroles [...] »*, (Korpes, 1988, p.22). Le « fou » étant donc infecté par Satan il est interdit d'église et de nombreux pèlerinages sont entrepris pour le sauver. D'autres sont fouettés ou même brûlés vifs pour que leurs âmes soient libérées de l'emprise de Satan.

En parallèle, au X^{ème} siècle certains aliénés se trouvent dans des couvents et sont pris en charge par les religieuses pour aider aux tâches domestiques, si leur famille peut payer une pension. A ce moment-là, ils sont utilisés comme des aides, des « esclaves ». Le temps des projets pédagogiques et autres prises en charge individualisées est encore très loin, la notion de charité envers ces personnes prévaut. De par ces éléments, mais aussi le fait que les religieuses sont très souvent en charge des « aliénés », nous pouvons faire la supposition que la sexualité de ces personnes est interdite, cachée voire punie.

Les premiers hôpitaux occidentaux pour l'accueil des « fous » sont ouverts à la fin du X^{ème} siècle. Ils ont pour but de trouver la cause de la folie afin de la soigner (KORPES, 1988).

Durant la Renaissance et la période du classicisme, l'invention de l'imprimerie permet de faire circuler les idées au plus grand nombre ainsi que la diffusion des découvertes. La théorie d'antan qui stipule que les personnes déficientes mentales sont l'œuvre de Satan et qu'il faut les « guérir » est alors fortement remise en question *« [...] le coup décisif lui sera porté par Felix PLATTER, médecin de Bâle. [...] les mesures thérapeutiques qu'il préconise sont des plus concises « Ce défaut d'intelligence, s'il est des causes internes, est incurable » »* (Korpes, 1988, p.32). C'est en 1676, par un édit du roi de France, que chacune des villes du royaume se voit munie d'un hôpital général. C'est à ce moment-là que commence le règne de l'enfermement et l'internement des « déficients mentaux ». Ces établissements sont encore pour la plupart tenus par des religieux (KORPES, 1988).

Plus tard, durant le siècle des Lumières, l'intérêt se focalise surtout sur les handicaps sensoriels (surdité, cécité, etc.) et des études leurs sont consacrées.

Dans la deuxième partie du XVIII^{ème} siècle, Pestalozzi est considéré comme le premier pédagogue à porter un intérêt aussi grand au « faibles d'esprit » Jean-Louis Korpes dans son ouvrage, le cite :

« Même le plus misérable est presque capable, dans toute les conditions, d'arriver à une façon de vivre qui satisfasse tous les besoins de sa condition humaine. Aucune faiblesse physique, ni l'idiotie à l'état isolé, justifie que ces êtres soient privés de leur liberté et soignés dans les hôpitaux ou des prisons. Leur place est dans des maisons d'éducation où l'on rend leurs tâches suffisamment faciles et adaptées à leur forme et degré d'idiotie ».

Les prémices d'une éducation spécialisée se posent petit à petit.

Korpes toujours, expose que dans les années 1840, Edouard SEGUIN, un précurseur, a pour charge d'enseigner aux idiots de l'Hospice des Incurables à Paris. Il a donc en charge la première classe spécialisée dévolue aux déficients mentaux. Il reproche aux médecins de « *n'avoir ni observé, ni traité, ni défini, ni analysé l'idiotie, et d'en avoir beaucoup trop parlé* » (Seguin in Korpes, 1988, p.47). Seguin est aussi un des premiers à dire que « *L'opinion, malheureusement accréditée, que l'idiotie est incurable, est une opinion fausse* » (Seguin in Korpes, 1988, p.47). Pour pouvoir permettre à la personne « idiote » d'évoluer, il fonde sa théorie sur l'activité sensorielle et motrice et l'exercice de la volonté. Lorsque nous regardons la prise en charge actuelle en éducation spécialisée, il est intéressant de constater que ces outils sont toujours utilisés de nos jours.

En 1902, la Suisse compte 18 institutions privées toutes situées en dehors des villes. En effet, à cette époque le travail de la terre permet d'occuper les résidents et d'assurer les besoins de l'institution. Les réflexions sur le handicap, et la prise en charge des personnes en situation de handicap mental dans des institutions, peut faire croire qu'en ce début de XX^{ème} siècle, le sort de ces personnes s'est donc nettement amélioré (KORPES, 1988).

Cependant Korpes va démontrer que dans la première moitié du XX^{ème} siècle, les théories de grands pédagogues vont émerger (Freud, Montessori, Piaget, etc.) mais en même temps le désir d'instruire et d'éduquer ainsi que l'obligation scolaire vont faire émerger les différences. En effet, les enfants présentant des difficultés intellectuelles ou un handicap mental pouvaient avant cette scolarisation obligatoire passer « inaperçus ». La systématisation de l'enseignement contraint les pouvoirs publics à réfléchir à la situation de ces enfants créant des « problèmes » dans les classes.

A ce sujet, au niveau suisse romand, la loi vaudoise sur l'enseignement du 15 mai 1906 déjà, stipule en son article premier qu'« *Il est créé dans les centres urbains et les localités où le besoin s'en fait sentir, des classes spéciales pour les enfants atteints d'arriération mentale qui, tout en étant susceptibles de développement, sont cependant dans l'impossibilité, même temporaire, de suivre avec fruit l'enseignement ordinaire* ». La Suisse avec cette loi fait preuve de modernité (Korpes, 1988). Dans le même temps aux Etats-Unis, certaines recherches disent les personnes en situation de handicap mental plus fertiles que les personnes dites « normales ». Il n'en faut pas plus pour que systématiquement, dès 1906, dans certains états, les personnes en situation de handicap mental soient stérilisées. Nous pouvons donc constater que les réflexions sur la sexualité des personnes en situation de handicap mental ne sont pas encore à l'ordre du jour. Au contraire, les relations sexuelles sont même prohibées de peur que les personnes en situation de handicap mental contaminent toute la population. En effet, selon R.B.CATTEL cité par Korpes, une augmentation de 25% du nombre de déficients mentaux en trente ans est prévue. Il extrapole même qu'en trois cents ans, la moitié des USA sera peuplée « d'arriérés » si on les laisse se reproduire. Peu à peu, dans le monde entier, une image si négative est véhiculée que les « déficients mentaux » sont isolés du reste de la population alors qu'à la fin du siècle précédent les personnes en situation de handicap mental étaient aidées par la volonté de la population de les éduquer. L'individuel ne prévaut déjà plus, le bien-être de la société est plus important. Nous pouvons aussi relever que l'Allemagne nazie n'a pas hésité face à ces discours sur la dangerosité de la reproduction, à exterminer quelques 300'000 personnes en situation de handicap (KORPES, 1988).

Après la deuxième guerre mondiale, l'entrée dans les trente glorieuses permet au phénomène du handicap mental de bénéficier des grands bouleversements de cette période. Notamment grâce aux avancées de la médecine (qui permet d'expliquer objectivement le caractère héréditaire de certaines déficiences et donc de les « comprendre ») mais aussi aux orientations sociales et politiques et aux options pédagogiques et éducatives (KORPES, 1988).

Entre 1950 et 1965, certains parents plus au courant des « mystères » qui entourent le handicap mental, créent des associations qui vont devenir extrêmement puissantes.

« Tout d'abord, les parents exigent une part active de l'état dans l'aide morale et financière envers les enfants déficients mentaux. Ils développent ensuite de grandes campagnes de sensibilisation du public et réclament l'abandon d'une terminologie négative et stigmatisante. Enfin ils participent à l'organisation ou à la création de nombreuses institutions, classes ou autres structures d'accueil. » (Korpès, 1988, p.59)

Si ces demandes ne se font pas simplement, à partir de ce moment, une importante collaboration entre les professionnels et les parents se mettra en route, notamment dans la mise en place de structures d'accueil. Ces groupements de parents obtiennent aussi des moyens légaux, administratifs, pédagogiques pour leurs enfants (KORPES, 1988). *« On quitte la logique de la charité et de l'assistance pour la logique du droit individuel, du droit de bénéficier d'aides ponctuelles ou permanentes dans le but de rester membre à part entière de la société »* (Korpès, 1988, p.60).

Dans les années 60, deux éléments vont modifier à jamais l'avenir des personnes en situation de handicap mental, et celui de leurs parents. Premièrement la mise en application de la loi sur l'assurance invalidité dont bénéficient les personnes en situation de handicap mental dans un contexte économique propice pour cette mise en œuvre. Deuxièmement, les premières écoles d'éducateurs s'ouvrent. De facto petit à petit les équipes d'encadrement s'étoffent et se pluridisciplinisent (ergothérapeutes, logopédistes, etc.). Ces deux éléments conjugués vont permettre la création de nouvelles structures d'accueil ou la modernisation des anciennes et, par conséquent, d'améliorer en quantité et simultanément qualitativement la prise en charge des résidents de ces institutions (KORPES, 1988).

En 1982, les nations unies via *Les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées*, citées par Catherine Agthe Diserens dans son article *Le contexte historique du handicap, nulle idées ne part de rien* en 2009*, disent que :

« Le handicap est fonction des rapports des personnes handicapées, il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels et sociaux qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside alors dans la perte ou la limitation des possibilités de participer, sur un pied d'égalité avec les autres individus à la vie de la communauté. » (Agthe Diserens, 2009, p.1*)

Nous nous rendons alors compte que le handicap n'est pas qu'une donnée médicale mais qu'il peut être contextuel, social, etc. Cela signifie que n'importe qui peut se retrouver dans une situation de handicap. Dans ce même article, nous découvrons que dix ans plus tard, la *Déclaration du Parlement Européen* (1992) stipule dans sa Résolution A3-231/92 qu'il faut que :

« L'éducation affective et sexuelle des handicapés mentaux soit renforcée par une meilleure prise en compte de la particularité de leur situation et qu'ils doivent, comme tous les autres êtres humains, avoir la possibilité de satisfaire leurs besoins sexuels. » (Agthe Diserens, 2009, p.2*)

Cette résolution donne une indication claire sur le comportement à avoir lorsque les besoins sexuels se font ressentir. Nous viendrons plus loin sur le cadre dans lequel l'éducateur va pouvoir accompagner les adolescents en situation de handicap mental dont il s'occupe. En 1993, la *Conférence mondiale des nations unies*, réunie à Vienne, postule que Les droits de l'homme et les libertés fondamentales sont tous universels, et de ce fait, s'appliquent sans réserve aucune aux personnes souffrant d'incapacités (AGTHE DISERENS, 2009*).

En parallèle à ce phénomène d'intégration des personnes en situation de handicap dans la société, les progrès des connaissances médicales permettent de grandes avancées :

« [...] outre leur contribution à une meilleure compréhension des handicaps, elles ont ouvert un nouveau regard sur la sexualité des personnes handicapées, sur leur potentiel reproductif qui ne serait ni inexistant, ni seulement transmetteur de handicap. Cela a permis d'affiner les diagnostics et devrait aussi à terme mieux nuancer les diverses approches contraceptives. » (Agthe Diserens, 2009, p.5)*

Ces avancées médicales permettent d'aider à une meilleure compréhension du handicap et donc à une meilleure intégration dans la société et à un meilleur accompagnement dans la découverte affective et sexuelle aussi. Ceci contrairement aux avancées médicales du début du XX^{ème} siècle qui avaient contribué à isoler les personnes en situation de handicap et même à pratiquer une stérilisation systématique dans certains pays. Aujourd'hui nous sommes loin de ces pratiques même si dans certaines institutions, auprès de certains parents, la stérilisation est encore un moyen utilisé pour réguler, si ce n'est la vie sexuelle des personnes en situation de handicap mental, leur procréation. Non seulement la question de la liberté individuelle entre en ligne de compte, mais aussi celle des représentations que la société a de la parentalité et du handicap.

Cette professionnalisation de l'accompagnement liée à une meilleure connaissance médicale et biologique des handicaps, mais aussi le fait que

« [...] les minorités s'approprient la parole (droit de l'enfant, droit des malades, droit des personnes en situation de handicap, etc...) en bénéficiant de la fabuleuse avancée des nouvelles technologies de communication, et s'ils ne peuvent s'exprimer directement, des machines (et la toute nouvelle « Communication Facilitée » CF) ou d'autres personnes parlent pour eux, même lorsqu'il s'agit de propos relatifs à leur intimité. » (Agthe Diserens, 2009, p.4),*

modifient les pratiques. La personne en situation de handicap mental est enfin au centre de son accompagnement. L'élaboration de théories permet d'ouvrir la réflexion. De protectrice et cadrante, l'équipe de professionnels autour de la personne déficiente mentale devient vectrice d'intégration et même d'inclusion. Le résident est, en théorie et en fonction de ses capacités, maître de sa vie et de ses choix.

A la fin des années 1990, les théories de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et du Processus de Production du Handicap (PPH) de par leur conceptualisation nouvelle et globale du handicap incluant dans leur définition du handicap de nouveaux éléments, notamment la donnée environnementale, permettent elles aussi de nouvelles prises en charge des personnes en situation de handicap (FOUGEYROLLAS et al., 2007).

2.2.2 Les nouveaux concepts du handicap

Depuis les années 1950, une idée plus globale du handicap se met en place. Petit à petit une vision du handicap considérant la personne comme le problème qui devrait s'adapter à son contexte change. On commence à réfléchir sur l'environnement et comment le rendre accessible aux personnes en situation de handicap.

2.2.2.1 La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

L'organisation Mondiale de la Santé adopte enfin en 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), cette classification prend en compte l'importance des facteurs environnementaux, cependant *« [...] la place qu'ils occupent n'est pas équivalente à celles attribuées aux domaines conceptuels centraux des*

fonctions et structures organiques, des activités et de la participation et semble sous-estimée en comparaison à ces derniers. » (Fougeyrollas et al, 2007, p. 49). Toujours selon Fougeyrollas et Noreau, la CIF adopte une perspective systémique qui englobe la personne dans sa totalité. Son approche est universelle et n'est pas seulement applicable au handicap. Un autre point important, la CIF énonce les concepts avec une formulation positive. Cela permet de qualifier et mesurer le fonctionnement humain sans le marginaliser. Elle organise l'information en deux parties. Dans la première, elle situe le fonctionnement humain et le handicap dans un contexte de santé avec ses trois domaines conceptuels qui constituent le cœur de la classification et dans la seconde elle place les facteurs contextuels qui incluent autant les facteurs personnels (identité) que les facteurs environnementaux (FOUGEYROLLAS et al, 2007).

Fougeyrollas et Noreau (2007) présentent le tableau de la CIF mis en place par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001 afin que nous puissions en comprendre les concepts :

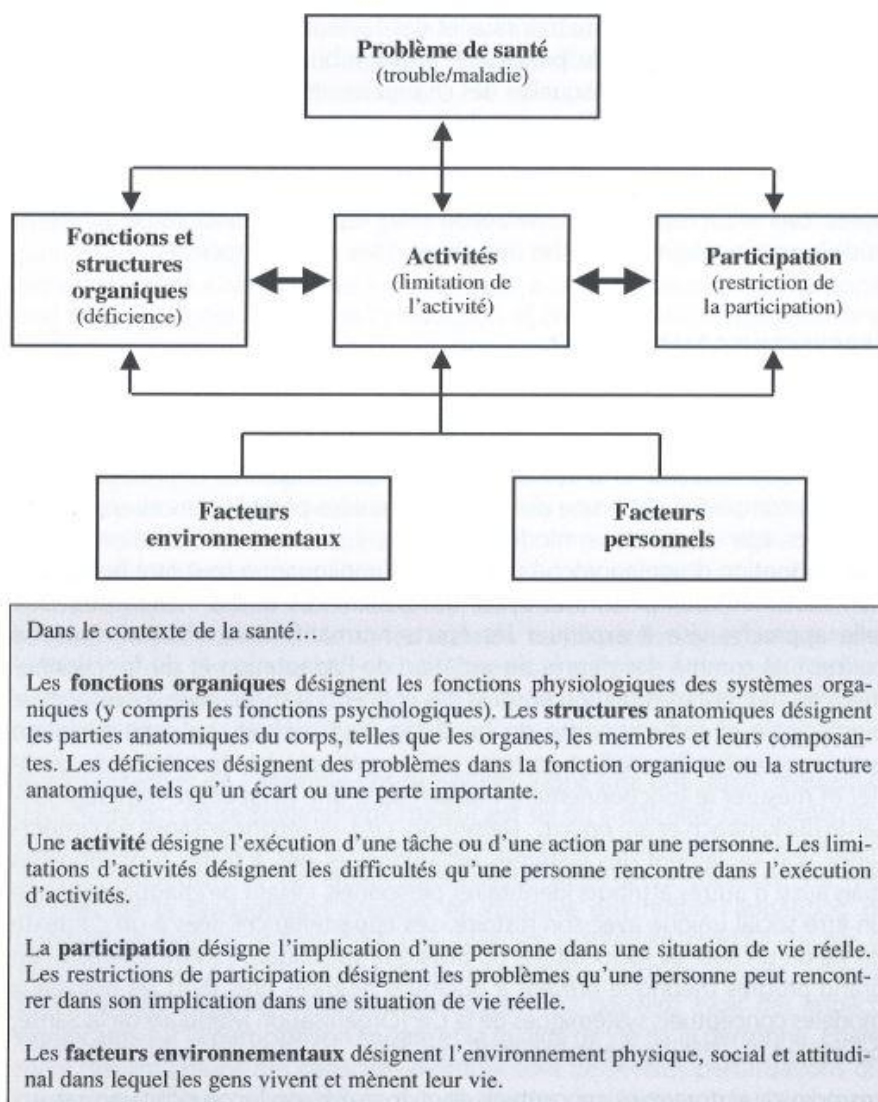
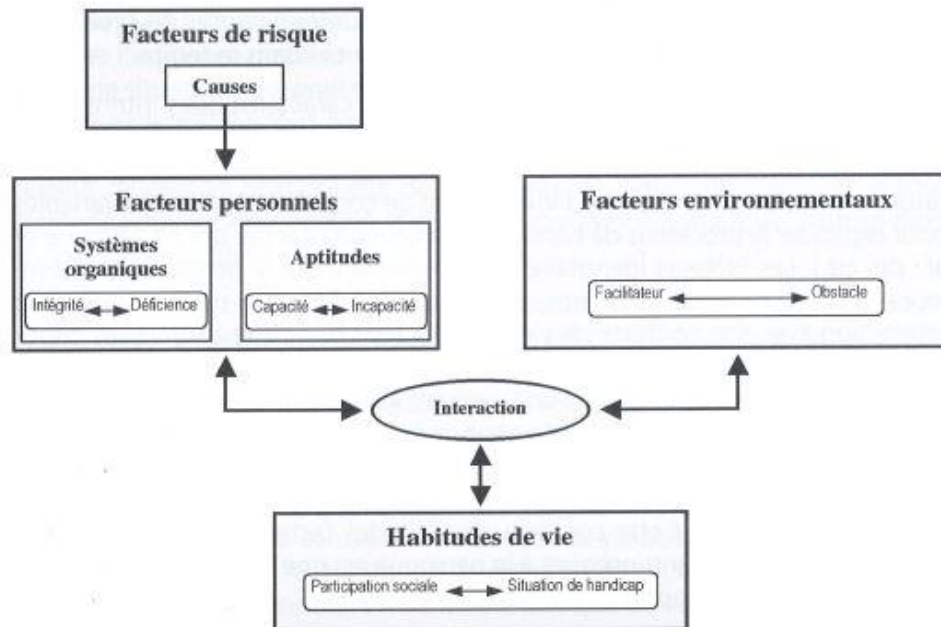


Figure 1 : Interaction des concepts – Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) [Organisation Mondiale de la Santé, 2001].

2.2.2.2 Le Processus de Production du Handicap

Le Processus de Production du Handicap (PPH) prend en compte l'environnement comme une donnée primordiale et indissociable du développement d'une personne (FOUGEYROLLAS, 2007). En voici l'explication exposée par Fougeyrollas et Noreau (2007).



Un **facteur de risque** est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Un **facteur personnel** est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Un **système organique** est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune (l'intégrité correspond à la qualité d'un système organique inaltéré, la déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique).

Une **aptitude** est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale (la capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude ; l'incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude).

Un **facteur environnemental** est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société (un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels ; un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels).

Une **habitude de vie** est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques personnelles (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie ; une situation de handicap correspond à la réduction de réalisation des habitudes de vie).

Figure 2 : Processus de production du handicap (PPH). Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne [Fougeyrollas et al., 1998].

« [...] cette donnée signifie que rien ne peut être affirmé, de façon prédéterminée, sur la condition d'une personne spécifique présentant des différences organiques ou fonctionnelles ainsi que sur ce qu'elle a la possibilité de réaliser, avant d'avoir pris en considération son milieu de vie ou le contexte de réalisation de ses habitudes de vie.[...] La reconnaissance de l'environnement comme un domaine conceptuel pleinement intégré dans le processus interactif de développement humain et de production du handicap marque un changement radical de paradigme. » (Fougeyrollas et al, 2007, p.65)

Le PPH introduit aussi la notion de personne en situation de handicap à la place de celle de personne handicapée. Ce terme englobe à la fois des éléments d'ordre individuel (atteinte à la santé, lésions organique, etc.) et des éléments d'ordre social et environnemental contrairement à la notion de personne handicapée qui renvoie surtout à des notions intrinsèque à la personne qui risquent de présenter cette personne comme responsable de sa situation (RICHOS, 2007).

Ces deux modèles englobent des facteurs environnementaux, et permettent de sortir d'une vision uniquement biomédicale du handicap mais ils omettent hélas tous les deux la dimension émotionnelle.

2.2.2.3 Le Système d'Identification et de Mesure du Handicap

Certaines approches actuelles prennent en compte la dimension subjective du ressenti du handicap par la personne concernée. Le Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH) de Hamonet⁶, qui est un système appelé anthropo-sociologique prône trois éléments :

- le handicap est un phénomène d'anthropologie sociale (on essaie d'expliquer pourquoi on ne traite pas les différences comme quelque chose de normal) et non médical
- les éléments constitutifs du handicap sont identifiés et les situations de handicap mesurées
- la notion de subjectivité et du point de vue de la personne concernée sont ajoutées, la façon de réagir est conditionnée par son état corporel, fonctionnel et situationnel

2.2.2.4 La Valorisation des Rôles Sociaux

En lien avec tous ces éléments, dans les milieux éducatifs, nous parlons beaucoup en ce moment de Valorisation des Rôles Sociaux (VRS). Ce concept, n'est pas applicable seulement aux personnes en situation de handicap mental ou physique, mais à toutes personnes qui peuvent à un moment donné se trouver dévalorisées socialement. Le but est de déplacer le regard sur les forces et les utiliser pour combler les lacunes. Il faut développer et mettre en valeur le maintien et/ou la défense des statuts valorisés dans la société pour les personnes, en utilisant le plus possible des moyens culturellement valorisés et les rôles que ces moyens demandent⁷.

Cet élément demande donc aux équipes d'être attentives au fait de standardiser leur prise en charge par rapport aux comportements admis dans la société. Cette réflexion doit être faite en rapport avec ce que la personne est capable de donner, en comprenant ses forces, et en les travaillant. La personne en situation de handicap pourra parvenir à intégrer des schémas socialement admis et se sentir valorisée dans les rôles qu'elle tiendra.

⁶ Cours Hes-SO Sierre, module E9 développement cognitif et social, Pierre Margot Cattin, 2010

⁷ Cours Hes-SO Sierre, module E9 Développement cognitif et social, Louis Vaney, 2010

Il apparaît alors primordial pour la personne en situation de handicap de ne pas se trouver en situation d'échec face à une demande trop importante à laquelle elle ne pourra pas répondre. Petit à petit, en travaillant avec ce que le résident est capable de donner, et en rapport avec ce qui est socialement attendu, il se sentira d'une part en situation de réussite, et d'autre part, il sera capable d'acquérir d'autres compétences qui lui permettront de remplir d'autres rôles.⁸

Cette vision favorise vraiment une inclusion de la personne en situation de handicap dans la société c'est-à-dire en faire partie intégrante et ne plus vivre une vie parallèle dans le cadre privilégié des institutions. Il est cependant clair que la mise en place de la VRS demande une bonne connaissance de la personne en situation de handicap, et un aménagement du contexte dans lequel s'inscrivent les activités afin de les rendre possibles.

2.2.3 La législation suisse en matière de handicap

Une prise de conscience a été faite à un large niveau législatif que ce soit sur le plan international (Convention des Nations Unies), ou au niveau national pour nombre de pays, afin que le handicap et les préjudices en découlant, soient considérés comme des questions de droit humain et non telles des difficultés inhérentes à la personne. La Convention des Nations Unies met en lumière de quelle façon les droits doivent être interprétés pour que les personnes en situation de handicap puissent en bénéficier de façon concrète. En son article 21 par exemple, elle demande aux Etats de favoriser le recours à la langue des signes et au Braille (HESS-KLEIN, 2007).

Initialement, au niveau du droit suisse, la situation des personnes handicapées⁹ était principalement abordée par le biais de l'assurance invalidité¹⁰, le handicap étant considéré comme propre à une personne à qui il faut donner une réponse individuelle. Cela fait référence aux rentes octroyées, aux moyens auxiliaires fournis – ou non – et autres prestations liées allouées au cas par cas (HESS-KLEIN, 2007).

En parallèle avec l'évolution de la vision du handicap et notamment les éléments mis en lumière par le PPH (voir chapitre précédent), le droit Suisse évolue. Une approche plus sociale du handicap est développée. En 2000, est inscrit dans l'art.8 al. 4 de la Constitution Suisse (Cst)¹¹, une interdiction de discrimination spécifique en faveur de la personne handicapée. Pour répondre à cet article de la constitution, depuis 2004, une loi fédérale¹² promouvant l'égalité des personnes handicapées (LHand) est en vigueur. La LHand entend mettre en place des « *conditions propres à faciliter aux personnes handicapées la participation à la vie de la société, en les aidant notamment à être autonomes dans l'établissement de contacts sociaux, dans l'accomplissement d'une formation et dans l'exercice d'une activité professionnelle* » (art.1 al 2 LHand), (HESS-KLEIN, 2007).

Le mineur en situation de handicap mental bénéficie donc de tous les éléments de lois vus ci-dessus mais aussi, de par sa situation spéciale de mineur, de protection encore plus élargie. La constitution¹³ prévoit notamment deux éléments fondamentaux, soit que « *Les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement* » (art.11 al.1 Cst) et qu'« *Ils exercent eux-*

⁸ Cours Hes-SO Sierre, module E9 Développement cognitif et social, Louis Vaney, 2010

⁹ Terminologie sur laquelle se base le droit suisse de l'égalité des personnes handicapées.

¹⁰ Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI), Recueil systématique du droit fédéral 831.20.

¹¹ Source : www.admin.ch, RS 101, consulté le 13 juillet 2013

¹² Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (Loi sur l'égalité pour les handicapés, LHand, RS 151.3)

¹³ Source : www.admin.ch, RS 101, consulté le 13 juillet 2013

mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement. » (art.11 al.2 Cst).

En ce qui concerne les abus ou la maltraitance, le canton de Vaud (par exemple) légifie dans sa loi sur la protection des mineurs du 4 mai 2004¹⁴ (LProMin) sur une obligation de signalement :

1. Toute personne peut signaler au département la situation d'un mineur en danger dans son développement. Sous réserve des alinéas 2 et 3, elle peut également la signaler à l'autorité tutélaire.
2. Toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal, accessoire ou auxiliaire, a connaissance d'une situation d'un mineur en danger dans son développement pouvant justifier l'intervention du département, a le devoir de la lui signaler.
3. Sont notamment astreints à cette obligation les membres des autorités judiciaires, scolaires et ecclésiastiques, les professionnels de la santé et les membres du corps enseignant, les intervenants dans le domaine du sport, les préfets, les municipalités, les fonctionnaires de police et les travailleurs sociaux, les éducateurs, les psychologues scolaires, les psychomotriciens et les logopédistes.
4. L'auteur du signalement est informé de la suite donnée à sa démarche de manière appropriée.
5. Pour les situations relevant d'une atteinte à l'intégrité physique, psychique et sexuelle, les personnes mentionnées à l'alinéa 1 peuvent les dénoncer à l'autorité pénale. Les personnes mentionnées aux alinéas 2 et 3 peuvent aussi le faire, en sus de leur obligation de signaler au département. (art 26 LProMin)

Pour les situations qui nous concernent dans ce travail, à savoir les adolescents en situation de handicap mental en institution, le « droit des personnes » régit « l'entrée et la vie en institution », qui stipule que l'enfant en institution bénéficie du droit à la liberté individuelle et notamment du concept de l'autodétermination et autonomie et du respect de la sphère privée (toute information concernant la sphère intime, que l'on souhaite cacher aux autres ou réserver à un nombre restreint de personnes). Le travailleur social est astreint au devoir de discrétion et doit donc effectuer une pesée d'intérêt avant de dévoiler des informations concernant les personnes avec lesquelles il travaille¹⁵.

Nous constatons que pour la loi, il est de la responsabilité des éducateurs (puisque nous parlons spécialement d'eux dans ce travail), de signaler une quelconque suspicion d'entrave au développement du mineur. La loi ne précise pas cependant ce qui peut être considéré comme une mise en danger du développement du mineur. L'éducateur va donc devoir faire une pesée d'intérêt en cas de doute. Nous verrons plus loin que certaines chartes précisent cette obligation de signaler.

2.2.4 Sexualité : chartes et règlements institutionnels

La loi prévoit des éléments de protection pour les personnes en situation de handicap mais aussi au niveau de la protection des mineurs. Dans le cas de ce travail de recherche, nous constatons donc que l'éducateur s'inscrit dans un contexte législatif clair. Nous pouvons dès lors nous demander ce qui se passe sur un niveau différent, le niveau du terrain, de l'institution dans lequel évolue l'éducateur.

Ayant eu accès aux chartes et concepts d'accompagnement au niveau affectif et sexuel de huit institutions différentes¹⁶, nous pouvons dire que ces différentes chartes englobent les mêmes éléments, à savoir :

Pour les résidents :

- le droit à une vie sexuelle et affective
- le besoin de formation, d'enseignement, d'informations pour le résident sur ce qui a trait à la vie sexuelle et affective, mais aussi aux abus pouvant en

¹⁴ Source : <http://www.unil.ch/ome/page34300.html>, consulté le 13 juillet 2013

¹⁵Cours Hes-SO Sierre, module E9 développement cognitif et social, et module C5 collaborations et professionnalités
Véronique Gaspoz, 2010

¹⁶ Document interne, association La Branche, 1073 Mollie-Margot, 2006

découler et à une éducation sexuelle précisant les éventuels risques y relatifs (grossesses, mst, etc.)

- en cas de vie en couple, le besoin d'un suivi clair de la part des professionnels, l'importance du partenariat avec les parents ou le représentant légal
- un groupe ou un éducateur ressource spécialisé sur le sujet (parfois accès à une personne spécialisée extérieure à l'institution)

Pour les éducateurs (accompagnants en général) :

- des formations mises en place sur le sujet de la sexualité et affectivité
- une connaissance du concept institutionnel, concepts qui incluent l'accompagnement pour les questions sexuelles et affectives
- un groupe ou un éducateur ressource spécialisé sur le sujet (parfois accès à une personne spécialisée extérieure à l'institution)

Outre les chartes et concepts d'accompagnement institutionnels, les institutions sont très souvent signataires de plusieurs chartes en ce qui concerne la sexualité des personnes en situation de handicap mental et les éventuels abus qui peuvent aussi être présents dans les institutions.

Dans son manuel¹⁷, L'INSOS (association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap) développe une charte (Annexe A) qui va dans le sens de ce qui est exposé ci-dessus. Reconnaisant au niveau de la Suisse entière tous les droits cités et uniformisant ainsi une prise en charge plus globale des personnes en situation de handicap mental, en matière de sexualité. La vie affective et sexuelle est définie comme un droit fondamental de chaque personne. Elle demande aux institutions signataires, de s'engager :

- à inscrire la sexualité dans leurs documents de référence, notamment dans leur projet institutionnel et dans les projets personnalisés
- à promouvoir l'éducation sexuelle dans l'accompagnement et le suivi des personnes, par exemple sous la forme de groupes de paroles ou de suivi individuel. Cette éducation sexuelle doit être donnée par des intervenants extérieurs ou des professionnels de l'institution préalablement formés
- à promouvoir et à maintenir une formation permanente de son personnel dans ce domaine, si possible en collaboration avec d'autres professionnels et à en débattre dans les équipes
- à définir un cadre éthique visant à respecter ces droits et à veiller à la sécurité, à l'intimité, au bien-être, à l'intégrité et au respect de chaque personne
- à permettre à la personne de combler ses besoins sexuels en lui donnant accès aux moyens existants dans le cadre de la légalité et des principes éthiques
- à entretenir, avec les différents acteurs sociaux, institutionnels et familiaux, un partenariat dynamique (vivant), propre à favoriser ce type de démarches éducatives
- à promouvoir dans la société civile les droits et une image valorisante de la personne dans le domaine de la sexualité
- à rendre la Charte compréhensible à toute personne concernée

Tous ces éléments font que la vie sexuelle peut être expliquée et donc mieux comprise. Elle est définie comme partie intégrante de la personne au même titre que ses autres besoins. Le point de la formation du personnel accompagnant est un sujet primordial dont nous parlerons plus longuement dans le chapitre suivant *L'éducateur et son rôle*.

Nous ne pouvons pas parler de sexualité sans parler d'abus : « *le risque de la maltraitance en institution existe et ne doit pas être nié. Il est nécessaire de mettre en place différents outils de prévention afin de limiter si ce n'est d'annuler ce risque. Le regard*

¹⁷ Amour, sexualité et handicap-Chartes, Cadres éthique et juridique, INSOS Genève, 2012

éthique respectueux de la différence et de la singularité de l'autre, la formation des professionnels et un regard positif sur la personne handicapée sont des moyens de prévention nécessaires et indispensables au sein des institutions » (Baud, 2006, p.161). Ce sujet est sensible et comme nous l'avons vu dans certains cantons, la loi oblige les professionnels à signaler tout abus sur mineur. De nombreuses institutions et associations actives dans le domaine du handicap mental ont uni leurs efforts pour mettre en place une charte¹⁸ (Annexe B) que de nombreux organes ont signée.

Cette charte met en avant une politique de *tolérance zéro* en matière d'abus. Les signataires mettent en place un concept de prévention et de traitement des abus. L'accent est mis aussi sur l'apprentissage des résidents pour se défendre ou signaler des abus. D'autre part, cette charte met en lumière l'importance du choix des collaborateurs notamment lors du recrutement mais aussi de son suivi, particulièrement en matière de formation continue sur le thème *« des abus sexuels, de la maltraitance et d'autres forme de violation de l'intégrité »*. Ce document indique aussi que chacune des institutions ou organisations la signant dispose d'un *service bas seuil d'examen des plaintes*, dont le mandat est connu des collaborateurs, des personnes dont ils s'occupent ainsi que de leurs représentants légaux comme de leurs proches. Nous constatons à travers cette charte le rôle-clé des collaborateurs pour prévenir les abus en tous genres.

Pour parler de la sexualité en institution, Réjean Tremblay, dans son article des cahiers de l'actif, *Approche globale de la sexualité de la personne handicapée*, va encore plus loin :

« La sexualité doit avoir sa place reconnue dans le projet global de l'institution pour ne pas être négligée. La prise en compte de la sexualité viendra renforcer le projet de vie personnelle, soutenir le développement de la personnalité, accompagner la personne handicapée dans son adaptation à la société. La sexualité étant une dimension sociale, placée au centre de la relation à l'autre, est une clé de l'éducation et de la vie relationnelle épanouie. L'accès à la sexualité est un droit universel et même si la personne handicapée ne peut défendre ce droit, nous nous devons de le faire pour elle comme nous le faisons pour toutes les autres dimensions de sa vie. » (Tremblay, 1998, p.6)

La sexualité comme un droit universel, même plus, comme une clé de l'éducation et d'une vie relationnelle épanouie et le rôle primordial de l'éducateur dans l'accompagnement à la sexualité et à la prévention des abus nous permettent de réaliser l'importance de prendre en compte le sujet de la découverte de la sexualité chez les personnes qui sont confiées aux institutions.

A travers tous ces éléments nous avons une vision globale des questions générales de législation autour du handicap, mais aussi des concepts et demandes liées aux institutions. Nous remarquons que le point de vue de la loi, des Déclaration de l'ONU et de l'OMS ainsi que les réflexions conceptuelles telles que les perspectives PPH et la valorisations des rôles sociaux nous amènent, après des siècles de réflexions, d'avancées et de reculs médicaux, technologiques et conceptuels au sujet de la personne en situation de handicap mental, à la considérer comme un égal qui a besoin d'aide dans certaines situations précises pour pouvoir s'intégrer à la société qui n'est pas forcément adaptée à tous.

Que de défis pour l'éducateur de prendre en compte toutes les données inhérentes à la notion de handicap, les spécificités de l'adolescence et ses pulsions, les différents cadres législatifs et demandes institutionnelles, ainsi que les visions nouvelles du handicap en matière d'accompagnement.

¹⁸ Source : Charte prévention abus sexuels, Groupe de travail interassociatif prévention, Berne 2011, <http://www.charta-praevention.ch/cms/fr/?Home>, consulté le 14 juillet 2013

Au milieu de tous ces éléments, quel est vraiment son rôle dans cette découverte de la sexualité chez les adolescents en situation de handicap mental, comment et sous quelle forme l'exercer ?

2.3 L'éducateur et son rôle

L'OMS¹⁹ parle de la Santé sexuelle en ces termes :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

Plusieurs éléments doivent être pris en compte dans l'accompagnement des adolescents en situation de handicap mental au sujet de la sexualité²⁰ :

- la sympathie et l'antipathie sont des sentiments qui naissent naturellement entre les êtres humains
- la sexualité comprend une fonction biologique innée et une fonction relationnelle qui s'acquière
- la globalité de la vie affective comprend trois niveaux relationnels : la proximité, l'intimité et la sexualité
- du fait de sa situation particulière, le résident a besoin d'un accompagnement spécifique pour construire une relation de couple

Les équipes éducatives œuvrent pour le bien-être de leurs résidents et la possibilité pour eux d'évoluer le mieux possible avec les capacités qu'ils possèdent, démontrent et développent. Comme nous l'avons vu sous plusieurs angles, la sexualité est un des éléments qui fait partie de l'épanouissement et de la construction d'une personne. Elle fait partie intégrante de la personne et donc l'éducateur doit prendre en compte cet élément si intime.

Cependant « *L'accompagnement de l'intime est toujours plus impliquant pour les professionnels qu'une approche qui se voudrait objective et neutre. [...] Il questionne inévitablement pour chacun le rapport aux pulsions et à l'interdit.* » (Durif-Varembont, 2010, p.141). L'éducateur doit donc être très clair par rapport à ses idées, préjugés et propres besoins pour pouvoir accompagner et guider le plus adéquatement possible. Sa « *[...] sphère peut être atteinte par les manifestations de la sexualité de l'autre. Notre propre sexualité peut être touchée et la limite variera d'une personne à l'autre [...]* » (Agthe Diserens, 2000, p.7*). L'éducateur doit être conscient de cette gêne et travailler à la comprendre pour pouvoir donner des réponses adaptées.

« Non seulement les problèmes qui se posent sont variés et complexes mais ils ont ceci de particulier qu'ils touchent chacun de nous dans son intimité. Si l'on peut facilement prendre une attitude professionnelle lorsque l'on est occupé à une tâche d'apprentissage avec une personne déficiente intellectuelle, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'une question touchant la sexualité. On peut même être placé de plein fouet dans une situation : une personne nous caresse, ou lors de la toilette demande à être caressée [...].

Dans ce cas, l'éducateur est impliqué dans l'entièreté de sa personne, il est confronté à son propre vécu de la sexualité. La charge émotionnelle peut être forte et c'est parfois ce qui va déclencher la réponse de l'éducateur [...]. » (Delville, 1997, p.115/116)

¹⁹ Source : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/, consulté le 14 juillet 2013

²⁰ Document interne association La Branche, 1073 Mollie-Margot, 2012

Comme nous le constatons dans ces différents éléments, l'éducateur en charge de personne en situation de handicap vivant en institution, à la particularité de vivre avec lui toutes ses évolutions, il le suit, le guide, l'accompagne dans tous les moments de sa vie.

2.3.1 La notion de tiers

Dans l'article *La sexualité chez la personne déficiente mentale : est-elle identique à la nôtre ? Quelle réponse apporter ?*, Catherine Agthe Diserens parle de la notion de tiers. L'éducateur (et toutes les personnes entourant la personne en situation de handicap), a cette particularité d'être un tiers dans la vie des personnes dont il a la charge. Ce tiers dans beaucoup de situation reste présent tout au long du chemin de vie des personnes en situation de handicap alors que pour une personne sans handicap, passé la petite enfance le tiers (dans ce cas les parents) s'éloigne peu à peu pour laisser l'enfant grandir. Dès lors on peut se poser la question du rôle de ce fameux tiers dans les interrogations si particulières entourant la vie affective et sexuelle, domaine si sensible qui dans l'évolution d'une personne sans handicap se vit seul, l'adulte s'éloignant à cette période de la vie pour permettre à l'adolescent de faire ses découvertes (AGTHE DISERENS, 2000*).

« Nous sommes donc bien les tiers d'une démarche, d'émotions qui ne nous appartiennent pas, et souvent nous devenons le tiers jugeant, complice ou décideur. » (Agthe Diserens, 2000. p.6*). Mais comment donc devenir le tiers adéquat, comment ne pas devenir le tiers qui n'écoute pas, qui fait semblant de ne pas voir ? Toujours selon Catherine Agthe Diserens, en devenant conscient de son rôle de tiers et de ce fait en devenant un tiers pensant qui se posera les questions utiles : quand est-ce que j'accompagne l'autre main dans la main parce qu'il a besoin de cette aide très proche (les soins intime, etc.) ? Quand est-ce que je dois lui ouvrir le chemin en le précédant (anticiper les questions, notamment en éducation sexuelle) ? Quand est-ce que je la laisse faire (ne pas toujours imaginer les pires conséquences lorsque je laisse un peu d'intimité entre deux personnes) ? (AGTHE DISERENS 2000*).

L'éducateur doit être conscient de son rôle de tiers et de l'influence de son jugement et de ses décisions sur la vie des personnes dont il s'occupe. Pour cela il doit travailler de façon éthique et bientraitante²¹, sujet que nous allons développer ci-dessous.

2.3.2 Sexualité et handicap mental : pour une approche éthique

Dans ce chapitre nous allons démontrer ce qu'est une approche éthique dans la prise en charge pour les questions de découverte de la sexualité pour les adolescents en situation de handicap mental. Il faut d'abord comprendre ce qu'est une démarche éthique dans le champ du travail social.

« L'éthique professionnelle exige que chaque membre du personnel, quelle que soit son implication, consacre tous ses efforts à œuvrer pour le bien être, l'épanouissement, l'intégration, la protection des droits des personnes dans le respect de leur personnalité »²²

Lorsque le bien-être et l'épanouissement des personnes passent par des questions autour de la sexualité, l'éducateur doit faire face à des émotions et des représentations qui le questionnent de façon très profonde et intime. Il doit dès lors se souvenir de cette

²¹ « Le concept de bientraitance a émergé au début des années 2000 [...] Mais l'idée de bientraitance s'applique aussi en milieu familial, à l'égard des enfants, des femmes, des personnes handicapées et même des animaux. La bientraitance n'est pas seulement l'absence de maltraitance mais une démarche active que la Haute autorité de santé définit comme « une manière d'être, d'agir et de dire soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins, respectueuse de ses choix et de ses refus » ». source : <http://www.larousse.fr>, consulté le 15 juillet 2013

²² Amour, sexualité et handicap-Chartes, Cadres éthique et juridique, INSOS Genève, 2012

question d'une prise en charge éthique. Dans sa formation continue²³, Catherine Agthe Diserens disait que « *L'attitude éthique consiste à aider, à faire face au réel avec ce qui est possible et impossible. Et une fois ces limites reconnues se faire complice du désir de l'autre et avocat de son « droit au bonheur».* »

Justement le fait de réaliser les possibles et impossibles fait émerger un nombre immense de questions que l'éducateur doit se poser pour avoir une attitude dite « éthique » :

« Comment concilier le droit et les risques de la sexualité, le principe et la réalité des incapacités et des potentialités, avec la question (qui n'est pas annexe) de la responsabilité à l'égard de l'autre et à l'égard de soi-même inhérente à la rencontre sexuelle ? Ce droit à une vie sexuelle et affective n'est pas un dû, et se heurte aux difficultés de sa mise en pratique, notamment dans les institutions. En effet, au-delà de ce droit, comment les personnes qui ont un handicap peuvent-elles bénéficier concrètement de la liberté, de l'égalité et de la solidarité en matière de vie sexuelle et sentimentale ? Dans les principes elles sont supposées autonomes, capables d'assumer leur désir, de faire des choix d'objets et d'être responsables de leurs actes, mais dans la pratique, comment et dans quelles limites ? [...] Comment évaluer le désir sexuel compte tenu du type de handicap, son adéquation avec une demande affective et effective, l'éventuelle « confusion de langues » entre une demande apparemment sexuelle et une demande de tendresse et d'attention ? Cette confusion et la dépendance physique et/ou affective entraînent une vulnérabilité source de nombre de dérives et d'abus sexuels. » (Durif-Varembont, 2010, p.139/140)

Le travail de l'éducateur est donc d'être à l'écoute pour essayer de comprendre ce qui se cache réellement derrière la demande de la personne. Il faut aussi qu'il soit au courant des possibilités de réponses, en faisant une évaluation globale sur les capacités de la personne concernée, mais aussi sur les contingences environnementales et contextuelles. Lorsque les éléments sont réunis pour

*« [...] favoriser l'épanouissement sexuel et la vie affective des personnes handicapées, les moyens employés doivent tenir compte du niveau et de la spécificité des handicaps, et porter autant sur **la motricité** que sur **la sensibilité** et **l'affectivité**, pas seulement en terme de dépendance et d'affectivité, mais aussi en termes d'efficience et de capacité mobilisable. » (Durif-Varembont, 2010, p.141)*

2.3.3 Travail avec les parents

Les parents comme les éducateurs (et bien sur toutes les personnes entourant l'adolescent en situation de handicap mental) sont des tiers avec comme nous l'avons vu plus haut toute la responsabilité de ne pas être jugeant mais plutôt accompagnant (AGTHE DISERENS, 2000*).

L'éducateur référent en charge d'adolescents en situation de handicap mental doit pouvoir créer avec le parent un partenariat fort et durable. Cependant pour plusieurs raisons, entre l'institution et le parent peut s'installer parfois un « *partenariat bien déséquilibré* » (Ott, 2010, p.12). En effet, quand le parent se retrouve seul face à son enfant dans la prise en charge, dans les institutions nous retrouvons un nombre incalculable de professionnels entourant l'enfant. Il n'est pas rare que dans les réunions de réseau, un parent se retrouve en face d'une dizaine de professionnels qui ne voient son enfant qu'une heure de temps à autre et qui lui dictent l'attitude à avoir avec lui. Les institutions peuvent sembler toute puissantes et injustes vis-à-vis d'un parent à qui elles demandent d'être transparent et sincère et sur qui elles pointent facilement les erreurs de prise en

²³ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

charge alors qu'elles peuvent impunément « *faire état de leur perpétuelle incohérence, de leur manque de concertation, de leurs changements perpétuels d'orientation, de leur instabilité en personnel [...]* » (Ott, 2010, p.13).

Il faut donc que l'éducateur redouble de sincérité, de bienveillance, et d'attitudes non culpabilisantes à l'égard des parents (ou le cas échéant du représentant légal). De par le caractère « spécifique » du domaine de l'affectivité et sexualité, l'éducateur doit redoubler de tact pour pouvoir entrer en discussion avec des parents d'adolescents en situation de handicap mental. En effet, lorsqu'émergent les questions de la sexualité, des incompréhensions peuvent survenir parfois, les mots utilisés sont maladroits et les résistances fortes. Souvent les parents ne sont pas prêts à entendre et voir les changements que l'adolescence et la puberté amènent à leur enfant.

« Plaire et s'émanciper sont parfois difficiles à accepter par l'entourage parce que ces besoins sont inscrits dans une puberté qui n'est pas liée à un projet de vie affective, de possible vie de couple et de future procréation. La puberté donne tout à coup un sexe à l'enfant mais si cette révélation fait cesser la fiction du bébé éternel, ce n'est qu'une étape du développement physique. » (Agthe Diserens, 1998 p.112)

L'éducateur doit intégrer ces éléments pour pouvoir parler de manière adéquate à des parents d'enfants en situation de handicap mental qui parfois n'ont pas fait le deuil de leur petit enfant. Catherine Agthe Diserens²⁴ évoque plusieurs éléments qui peuvent expliquer ce phénomène : le choc de l'annonce du handicap à la naissance impliquerait un non investissement du bébé en tant que garçon ou fille mais plutôt en tant qu'enfant handicapé. Lorsqu'à l'adolescence vient la construction de l'identité sexuelle et sexuée, les parents n'ayant pas forcément investi leur enfant dans leur identité sexuée, la confrontation avec cette réalité peut être très choquante. Un deuxième élément entre en ligne de compte dans cet « aveuglement » des parents quant à la sexualité de leur enfant, à savoir la question des soins. Pour les enfants sans handicap mental, à l'âge de six ou sept ans, l'autonomie pour la douche, le fait d'aller aux wc, etc. est bien acquis depuis longtemps. Pour un enfant en situation de handicap mental cela ne l'est pas. Le parent DOIT donc pratiquer les soins. Pour ne pas gêner l'enfant, et par pudeur, il maintiendra les gestes que l'on prodigue à un petit enfant et ne rendra pas le corps de l'enfant sexué. La puberté et les chamboulements qu'elle entraîne, déclenche de nombreuses peurs de la part des parents : pour les filles, la peur de l'abus, pour les garçons la peur qu'ils abusent. Une troisième fois, l'enfant est réduit au handicap et non au fait qu'il devient un homme ou une femme avec des envies sexuelles ou affectives. Pour tous ces éléments, les équipes éducatives doivent, rassurer le parent, trouver les bons mots, reconnaître leur expertise au sujet de leur propre enfant.

2.4 Synthèse

Le sujet de la sexualité et de la vie affective est un sujet vaste et compliqué qui englobe des notions mécaniques, biologiques, mais aussi psychologiques. Le handicap mental est une donnée qui réclame bien des aménagements extérieurs afin de pouvoir appréhender l'environnement de manière sereine. L'adolescence est une période charnière de l'existence où les transformations physiques et psychiques deviennent très nombreuses. Tous ces éléments font que la découverte de la sexualité à l'adolescence pour les personnes en situation de handicap mental, peut être compliquée et se traduire par des manifestations qui ne sont pas acceptables en société (masturbation, exhibitionnisme, etc.).

²⁴ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

L'éducateur spécialisé demeurant un être humain, ces manifestations peuvent le gêner, le choquer, voir le blesser. En tenant compte de tout ce qui précède : les différents contextes législatifs, structurels, l'évolution de la notion de handicap, sa vision personnelle de la sexualité, le travailleur social doit pouvoir donner une réponse éthique, adaptée, respectueuse et non-jugeante aux adolescents en situation de handicap mental dont il s'occupe. Le cadre législatif et institutionnel, parfois certaines formations, permettent de donner ces réponses adaptées... en théorie. En effet, le professionnel étant formé dans la relation d'aide, nous pourrions croire qu'il est simple pour lui de mettre en place ces réponses éthiques, adaptées respectueuses et non-jugeantes. Cependant, le contexte institutionnel avec des adolescents souvent surchargés d'activités, des éducateurs aux idées différentes, une routine bien installée pour que tout « roule », conjugué à l'immédiateté du besoin de réponses quant aux questions entourant le sujet de la sexualité, qui souvent avec le handicap mental se traduisent pas de l'exhibition, des masturbations en public ou des attouchements sur des personnes non consentantes, ne permettent pas à l'éducateur de donner des réponses adéquates. Dans l'effervescence de ce quotidien, elles sont souvent inadaptées et culpabilisantes pour la personne qui les reçoit.

Les hypothèses découlant du cadre théorique précédent et les entretiens menés vont permettre de trouver certaines clés et de faire émerger des doutes communs et certaines façons de faire qui permettront d'éclairer la problématique de la sexualité des adolescents en situation de handicap mental dans les institutions.

2.5 Les hypothèses

Les auteurs s'accordent à relever l'importance pour l'éducateur d'être conscient de ses propres représentations de la sexualité et de ce que ce sujet évoque pour lui, afin d'avoir une approche et un accompagnement impartial quand il se trouve confronté à une situation impliquant la sexualité dans sa pratique que ce soit occasionnellement ou régulièrement.

Beaucoup de réflexions ont été faites au sujet de la sexualité et du handicap mental dans les institutions et certaines réponses ont été apportées d'un point de vue théorique, mais nous nous demandons encore si pratiquement dans les institutions ces éléments sont mis en œuvre. Nous pouvons aussi nous demander si les institutions ont conscience de l'importance de la sexualité et si comme le proposait Réjean Tremblay déjà en 1998, les institutions incluent le domaine de la sexualité dans le projet de vie de leurs résidents.

De par les recherches effectuées jusqu'à maintenant, nous avons bien pu comprendre ce que représente la sexualité à l'adolescence, et qu'elle est un des éléments les plus importants de cette période si spéciale de la vie d'un être humain (la découverte du désir, de l'identité sexuée et de l'identité sexuelle) mais aussi des plus angoissants. Quand le handicap vient se mêler à toutes ces composantes, la découverte de la sexualité peut devenir encore plus compliquée.

La question de départ, les lectures effectuées, et les réflexions en découlant, nous amènent à émettre quatre hypothèses. Pour chacune, des indicateurs et des questions en lien ont été exposés afin de contrôler si elles sont vérifiables dans la réalité grâce aux entretiens menés.

2.5.1 Hypothèse 1

Le passage à l'adolescence est une période critique pour tout le monde que la personne soit handicapée mentale ou pas. La sexualité fait partie d'une multitude de changements qui se passent à ce moment précis de la vie. Nous pouvons nous demander si le

handicap mental à accepter complique la découverte de la sexualité ou non. Sur ce sujet l'hypothèse suivante peut être posée :

« Le handicap mental est une donnée supplémentaire qui complique la problématique de la sexualité à l'adolescence »

Indicateurs :

Les éducateurs sont conscients des spécificités liées au handicap mental. Cet indicateur permettra de constater si les éducateurs adaptent leur prise en charge en fonction des spécificités liées au handicap mental et qu'est-ce qu'elles demandent comme adaptations.

Les réponses données dans les institutions aux questions liées à la sexualité (explication mais aussi prévention, éducation sexuelle, etc.). En complément du premier indicateur, nous pourrions découvrir si en lien avec les spécificités liées au handicap, des réponses « adaptées » ont du être trouvées lorsque les questions autour de la sexualité interviennent. Peut-être pourrions-nous aussi découvrir des outils concrets mis en place par les différentes équipes éducatives ?

2.5.2 Hypothèse 2

Au niveau de la sexualité, en matière de droit, les adolescents ne sont pas du tout soumis aux mêmes lois que les autres personnes. Dans le domaine du handicap mental, certaines choses ont été mises en place, notamment la création du métier d'assistant sexuel. Les adolescents n'ont pas droit à ces prestations de par leur statut. En rapport avec ces notions de loi et de droit qu'est-ce qui peut être apporté par l'éducateur à l'adolescent concernant ce statut spécial de mineur ?

« L'adolescence est une période particulière qui rend encore plus compliqué le fait de mettre en place des éléments concrets au niveau de la sexualité des résidents concernés, dans les institutions. »

Indicateurs :

Connaissance de la loi sur la protection des mineurs par les éducateurs. Au cours de ce travail nous avons vu que la personne en situation de handicap mental en institution et les éducateurs dépendent d'un contexte législatif qui garantit des droits aux enfants et adolescents et les protège des abus. Nous pourrions alors vérifier quels effets ont ces lois sur le terrain. Les éducateurs les connaissent-ils ? Comment travaillent-ils avec ?

Les spécificités de l'adolescence sont prises en compte par les éducateurs. En dehors du contexte législatif entourant l'adolescence, ce moment de chamboulements unique dans une vie fait de pulsions et d'envies d'émancipation est-il pris en compte par les éducateurs ? Cet élément permettra de déterminer comment cette période transitoire est appréhendée par les éducateurs et si effectivement elle nécessite des aménagements spéciaux.

2.5.3 Hypothèse 3

Les éducateurs spécialisés œuvrant avec des adolescents ont des contacts réguliers avec les familles des jeunes qu'ils accompagnent. Les jeunes rentrent régulièrement dans leur famille. De ce fait, les éducateurs laissent les parents régler les questions de sexualité de leurs enfants, pensant que ce rôle de dialogue et d'information sur ce thème leur revient en priorité. Où se situe le rôle de l'éducateur spécialisé ? Est-ce une solution de facilité que de se reposer sur les parents ? Nous avons vu plus haut que ce sujet est important à l'adolescence et ne doit en tous cas pas être occulté. Ce qui nous mène à l'hypothèse suivante :

« Les parents et les éducateurs doivent travailler ensemble sur le sujet de la sexualité de l'adolescent »

Indicateurs :

Il y a des discussions entre les parents et les éducateurs à ce sujet lors des réunions. Il s'agit de déterminer les éléments mis en place par les équipes éducatives au sujet de la relation avec les parents. En effet le thème de la sexualité étant un sujet sensible que certains parents ont beaucoup de difficultés à intégrer dans le développement de leur enfant, il paraît intéressant de pouvoir comprendre quelles stratégies, s'il y en a, les équipes éducatives ont développées à ce sujet.

Le thème de la sexualité est abordé dans les projets et bilans éducatifs qui sont transmis aux parents, et discuté. Un moyen pour que le parent puisse prendre part à une réflexion et une prise en charge de la sexualité de son enfant, est de mettre ce thème à part entière dans les projets et bilans établis par les éducateurs. Cet indicateur permet d'évaluer la pertinence d'aborder de façon systématique cet élément dans les bilans.

2.5.4 Hypothèse 4

L'éducateur a clairement un rôle à jouer auprès des personnes avec lesquelles il travaille. Il suit et accompagne ces personnes dans tous les domaines de leur vie y compris celle de leur vie sexuelle.

« L'éducateur a un rôle et un positionnement éthique à avoir dans la découverte de la sexualité chez les personnes avec qui il travaille »

Indicateurs :

Charte éthique de l'institution. L'éducateur est guidé dans sa pratique professionnelle par la charte éthique de l'institution dans laquelle il travaille. Ces chartes parlent en général des questions entourant la sexualité et donnent une direction à suivre quant à la posture dans laquelle se place l'institution par rapport au sujet de la sexualité. Nous constaterons alors comment ces chartes sont connues et intégrées par les éducateurs.

Limites que l'éducateur se pose. Pour une pratique soucieuse de l'éthique, l'éducateur doit se poser des limites. Certaines limites sont imposées par des lois ou des chartes. Tout ce qui n'est pas imposé demande à l'éducateur de réfléchir sur les actes à poser, toujours dans une idée de respect et de bienveillance. Le sujet délicat des limites est très personnel, elles sont différentes pour chacun. Cet indicateur nous permettra de comprendre quelles sont ces limites que les différents éducateurs interrogés se posent et donc comment ils voient leur rôle et comment est-ce qu'ils conçoivent une « attitude éthique » par rapport à la sexualité des résidents qu'ils accompagnent.

Limites dans les soins (descriptifs des actes). Cet indicateur rejoint le précédent, il paraît intéressant de pouvoir comprendre comment les éducateurs perçoivent ce qu'est « une prise en charge correcte et éthique » dans le domaine si intime des soins. Encore une fois chacun a des limites différentes. Il sera intéressant de constater en quoi elles se rejoignent et en quoi elles diffèrent.

2.6 Méthodologie

Ce travail s'inscrit dans une démarche d'ordre qualitatif. Des entretiens sont menés auprès de personnes concernées de près par le sujet de recherche afin de vérifier, infirmer ou nuancer les hypothèses établies. Les contacts ont été pris avec les personnes par mail ou téléphone. L'entretien exploratoire et trois entretiens de recherche ont été

menés sur le lieu de travail des personnes. Pour les deux entretiens restant nous nous sommes rendus au domicile privé de la personne.

2.6.1 L'entretien exploratoire

Afin de voir dans quel état d'esprit évoluent les institutions et quelles sont les demandes de l'état en matière de sexualité, le parti a été pris de faire un premier entretien exploratoire avec la direction d'une institution. Sous forme d'entretien semi-directif, le sujet de la sexualité a été discuté de façon générale. Des questions ont permis de restituer l'entretien par rapport au sujet du mémoire lorsqu'il y en a eu besoin. Après avoir eu cette vision d'une direction plus « meta » et distante du terrain de la place de la sexualité dans les institutions en interrogeant une direction, les entretiens de recherche concernant des éducateurs du terrain ont été mis en place.

Cet entretien exploratoire a permis de comparer la vision d'une direction d'institution avec celles des éducateurs. Certains éléments à travailler en sont ressortis.

2.6.2 L'échantillon interrogé

Cinq éducateurs diplômés (deux femmes et trois hommes) travaillant avec des adolescents en situation de handicap mental ont été interrogés. Ces éducateurs viennent de trois institutions différentes, situées dans deux cantons suisses romands (Vaud et Valais).

2.6.3 Les entretiens de recherche

Les entretiens se sont déroulés sous la forme d'entretiens semi-directifs. Une discussion autour du rôle de l'éducateur, du handicap mental et de la sexualité a été initiée. Lorsque la discussion s'est éloignée du sujet de recherche, des questions liées directement aux hypothèses ont permis de recentrer l'échange et de « revenir » vers les hypothèses.

2.6.4 Anonymat et confidentialité

Le sujet étant délicat, l'anonymat des personnes interrogées a été garanti. Les noms des institutions ont également été tus afin de ne porter aucun préjudice à qui que ce soit, ceci au vu des éléments parfois extrêmement intimes pouvant ressortir des entretiens. Cette démarche assure dans le même temps l'anonymat des résidents.

Enfin, il a été mentionné que la personne interrogée est libre de ne pas répondre lorsque des thèmes abordés la gênent.

2.6.5 Les premiers biais identifiables

Le sujet étant très délicat, il se peut que les personnes ne soient pas à l'aise pour discuter du sujet de mémoire. En conséquence ce sera à la personne qui mène l'entretien de parvenir à instaurer un climat de confiance notamment en ayant une écoute active et en gardant en tête les principes de base de la communication tels que le calibrage (observer ce qui est paraverbal, le langage, etc.), la synchronisation ou désynchronisation dans la posture, le rythme de parole, le respect de la distance de confort. Il s'agira d'être attentif au fait que tout est communication²⁵.

²⁵ Cours Hes-SO Sierre, module C4 relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi, Christiane Grau, 2010

Il faudra être attentif à ne pas influencer et orienter la personne dans la discussion menée lors de l'entretien. Ayant travaillé un cadre théorique, nous avons forcément des idées préconçues et il sera très important de ne pas le faire ressentir à la personne interrogée.

Pour finir un troisième élément nous semble important à garder à l'esprit : le fait que les personnes interrogées risquent de parler ce qu'elles souhaiteraient et non ce qui se passe dans la réalité. Il sera difficile de pouvoir empêcher cet élément et le déceler.

3 Analyse des données

3.1 La grille d'analyse

La grille d'analyse (Annexe C) pour ce travail a été faite sur la base des hypothèses et de leurs indicateurs puis des questions qui s'y rattachent sous forme de tableaux (un tableau par hypothèse, donc quatre tableaux). Tous les entretiens ont été décryptés de cette façon et les éléments ont été mis dans les cases qui correspondent aux indicateurs de l'hypothèse et aux questions lorsqu'elles ont été abordées telles quelles. Pour chaque hypothèse une différence entre les réponses de la direction d'institution et celles des éducateurs a été faite afin de constater si les aspirations et visions des institutions étaient identiques à celles des personnes travaillant sur le terrain. Un item « autres points importants à relever » a permis de prendre en compte les éléments de l'entretien qui ne rentreraient pas dans les cases prévues par le canevas de base.

Lorsque les éléments de chaque entretien ont été relevés, un système de couleurs a été utilisé pour regrouper les thèmes semblables et dissemblables, afin de relever les catégories émergentes qui constitueront les résultats des entretiens.

3.2 L'analyse

Les éléments qui ressortent des entretiens, en lien avec les hypothèses et des indicateurs ont laissé place à trois grandes catégories émergentes : *le rôle de l'éducateur, l'adolescent en situation de handicap mental en institution et la sexualité*. Ce sont ces sujets que nous avons choisi de développer après avoir écouté, catégorisé, scruté chaque entretien. Il apparaît en effet que ces items illustrent la plupart des principaux points abordés dans les entretiens. Des liens ont été faits avec les hypothèses et leurs indicateurs, mais aussi avec les éléments théoriques vus. Lors de certains entretiens, de nouveaux éléments théoriques ont été abordés. En effet deux éléments qui n'ont pas été développés dans la théorie ont notamment été évoqués par plusieurs éducateurs expérimentés, à savoir l'influence de l'institution et des contraintes qu'elle impose de fait (notamment la promiscuité entre les résidents), mais aussi l'importance pour l'éducateur d'être conscient du niveau du handicap mental de l'adolescent en face duquel il se trouve.

3.2.1 Le rôle de l'éducateur

La théorie a permis de démontrer que l'éducateur doit avoir conscience de ce qui l'entoure, notamment à un niveau plus global que celui du groupe de vie dans lequel il travaille, à savoir celui des lois et des chartes institutionnelles. Mais il doit aussi et avant tout avoir conscience de ses valeurs et des résonnances que provoquent en lui le sujet de la sexualité. Si ce sujet est mis en exergue dans la théorie, il est aussi ressorti très clairement dans les entretiens menés. En effet, les éducateurs dans l'ensemble, ne se sentent pas assez formés pour être compétents dans une prise en charge correcte et éthique des questions de sexualité. Après avoir compris le contexte global dans lequel il travaille et son appréhension personnelle par rapport au sujet de la sexualité, l'éducateur peut enfin essayer de transmettre des réponses aux adolescents en situation de handicap mental dont il s'occupe. L'éducateur travaille toujours en partenariat avec ses collègues, mais il collabore aussi avec d'autres professionnels (psychologues, médecins, instituteurs spécialisés, etc.), une direction et des parents. Cette multitude d'intervenants et en conséquence d'avis, n'est pas toujours aisée à gérer dans les questions en rapport avec

la sexualité provoquant généralement beaucoup de résistances lorsqu'elles n'ont pas été étudiées et réfléchies de façon professionnelle.

Au travers des entretiens, au sujet de la question du rôle et de l'éthique que l'éducateur doit avoir par rapport à la question de la sexualité, il a été très intéressant de constater que les éducateurs voient leur rôle comme celui de la personne qui doit guider le résident, tout en étant à l'écoute des besoins et en prenant en compte la notion de réalité (personnelle mais aussi contextuelle) dans laquelle il se trouve tout en la lui faisant comprendre. Tous les éducateurs ont parlé aussi de la nécessité de poser un cadre clair pour que la personne puisse vraiment vivre sa sexualité lorsque le besoin se fait sentir. C'est ce qui pourrait être « l'éthique de l'éducateur ». Ce sentiment des éducateurs, est en rapport direct avec les notions d'éthique dont Catherine Agthe Diserens²⁶ parle et que nous avons vu précédemment : « *L'attitude éthique consiste à aider, à faire face au réel avec ce qui est possible et impossible. Et une fois ces limites reconnues se faire complice du désir de l'autre et avocat de son « droit au bonheur »* ». La prise en compte des limites biologiques que le handicap impose tout comme celle simultanée des contraintes environnementales et contextuelles fait véritablement penser que les concepts du handicap de notre époque (notamment le PPH) imprègnent l'activité quotidienne des travailleurs sociaux. Ceci même si elles ne sont pratiquement jamais réfléchies et disséquées à l'aide d'un tableau méthodologique PPH par exemple.

La direction d'institution interrogée, indique qu'en dehors du devoir de protection, et du cadre institutionnel liés à ses obligations, l'éducateur bénéficie d'une immense latitude de créativité. Sur le terrain, il ne semble pas que les éducateurs sentent cette grande marge d'action et de créativité au niveau de la sexualité. En effet beaucoup ont fait état de la lourdeur du cadre dans les institutions mais aussi de « *la peur d'être jugé par les collègues si des propositions sortant de l'ordinaire au niveau de la sexualité sont faites* ».

Dès lors un nouveau questionnement émerge : quel est vraiment le travail attendu par les directions dans les équipes éducatives ? Comment est-ce que les éducateurs imaginent leur travail et quelle en est l'idée des directions ? En d'autres mots quel est le travail réel et quel est le travail prescrit ? Ce sujet sera développé dans le chapitre *Conclusion/Perspectives et nouveaux questionnements/Critiques et biais de la démarche/Positionnement personnel*. Au vu de ce qui précède et des sujets abordés par les éducateurs et/ou la direction, certains éléments demandent que l'on s'y attarde plus longuement.

3.2.1.1 Lois et chartes institutionnelles

Chaque institution est régie au niveau du droit par les dispositions prises dans le canton dans lequel elles évoluent. Il a été abordé dans un entretien, que le fait d'avoir travaillé dans différents cantons a permis d'établir que l'ouverture à ce sujet est très différente d'un canton à l'autre et qu'un des cantons est beaucoup plus fermé aux questions concernant la sexualité. Ce ressenti n'est cependant pas reconnu dans tous les cas. En effet dans un autre entretien, il ressort que dans ce même canton, une institution permet à ses adolescents et jeunes adultes de bénéficier de programmes d'éducation sexuelle, de psychologues spécialisés et d'éducateurs formés sur le sujet.

Il apparaît alors que plus que les lois, qui établissent des éléments généraux pour faire valoir les droits du mineur ou de la personne en situation de handicap, ce sont les chartes et règles institutionnelles au sujet de la sexualité qui influencent plus directement l'éducateur dans son action concrète. L'éducateur, en entrant dans l'institution, signe un contrat et accepte de travailler en accord avec la charte de l'institution. Il survient que parfois l'éducateur n'adhère pas totalement à la philosophie de son employeur. A ce sujet une éducatrice déclare : « [...] j'ai bien appris à dissocier mon avis personnel et

²⁶ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

professionnel ». Les décisions de la direction et les courants dans lesquels ils amènent leurs institutions semblent donc primordiaux pour que les résidents puissent vivre leur sexualité sereinement.

3.2.1.2 Résonnances

Comme il a été dit à plusieurs reprises dans ce travail de recherche, dans les lectures sur la sexualité et le handicap, tout le monde s'accorde à dire que l'éducateur doit être conscient de sa propre relation à la sexualité, l'étudier, se rendre compte de ses tabous et de ses limites, afin de pouvoir accompagner de manière adéquate l'adolescent en situation de handicap mental dans sa découverte de la sexualité. Cet élément est ressorti aussi à plusieurs reprises dans les entretiens. Si l'on prend le plan stratégique handicap du canton de Vaud (2011)²⁷, un des axe prioritaire est *le respect des droits et des aspirations de la personne en situation de handicap ainsi que la promotion de son autonomie*. Cette vision est justement dans la lignée de tous les nouveaux concepts du handicap qui ont été exposés précédemment. Nous pouvons donc constater encore une fois que dans les équipes sur le terrain les éducateurs sont en adéquation avec les idées de favoriser les envies de la personne et non pas les envies que l'éducateur pourrait projeter. Il ressort donc encore une fois que l'éducateur pour pouvoir intervenir objectivement en matière de sexualité doit être formé sur le sujet, ne serait-ce que pour analyser sa propre relation à la sexualité et ne pas faire de projections. Comme le disait une éducatrice interrogée : « [...] *je ne me sens pas à même de pouvoir aborder le sujet de la sexualité avec un jeune sans être formée, je lui apprendrais comme moi je fais [...]* ». En effet comment parler à une personne de ses envies à elle ? Comment comprendre ces envies si je n'ai jamais agi de cette façon ? Comment me détacher de ce que je sais quand je méconnaissais les « conditions » liées au handicap ?

« Pour être performant dans l'appréciation de la juste distance dans la proximité l'éducateur, comme le médecin, ou le soignant ne devrait pas faire l'économie d'un regard sur sa propre histoire affective et sexuelle, ses goûts et attirances.

Les sexualités de tous les protagonistes entrent en jeu dans ces interactions quotidiennes. C'est être responsable que de se pencher sur l'impact des orientations et préférences des uns et des autres. Il y a parmi tous et toutes en surimpression du fait d'être hétéro, homo ou bi-sexuel, ou encore les plus rares situations de transgenre, les sexophiles et les sexophobes.

Les découvertes ainsi faites peuvent remuer, déstabiliser et induire des remises en question importantes, c'est un bon risque à prendre ! » (Agthe Diserens, 2008, p.5/6*)

L'éducateur doit donc bien être conscient de tous ces éléments et ouvert à travailler avec des personnes ayant une sexualité différente. Un manque de formation et d'information mènera indubitablement à « abuser » de la personne en institution de par la position si spéciale de « tiers guidant » qu'occupe l'éducateur.

3.2.1.3 Notion de pouvoir

Des entretiens ressort l'idée permanente du besoin de poser un cadre clair aux adolescents concernés en matière de sexualité (quand, comment, où). Nous pouvons nous poser la question du risque de trop vouloir réguler cette activité. Cette notion de règles pose beaucoup de questions d'un point de vue éthique. Qui est-on pour interdire telle ou telle pratique à quelqu'un sous prétexte que la vie en communauté ne le permet pas ? Comment permettre à l'adolescent de s'épanouir avec les possibilités qu'il a à

²⁷ Plan Stratégique Handicap 2011 du canton de Vaud, (PSH2011)

disposition, dans le cadre qui lui est donné ? La démarche éthique semble partir de cela justement : étudier les possibles et impossibles, puis se faire complice du bonheur de la personne²⁸.

Cependant à trop réguler, contrôler et protéger, l'éducateur peut sans le vouloir user de son pouvoir sur la personne et ne plus être dans une attitude de guidance, mais plutôt dans des éléments d'interdictions et de privations. L'élaboration d'un cadre (comme il a été relevé dans les cinq entretiens effectués) semble très souvent bénéfique pour l'adolescent en situation de handicap. Il convient cependant de questionner continuellement ce cadre en équipe et de le faire évoluer pour ne pas élaborer ou faire perdurer des restrictions abusives. C'est en ce sens que les décisions prises par l'éducateur doivent être réfléchies en fonction des possibles et impossibles, mais surtout en fonction des désirs réels de la personne.

3.2.1.4 Cohésion d'équipe

Les équipes éducatives sont composées de personnes ayant toutes des idées et des valeurs différentes « [...] *dans le cas de la personne qui fait des attouchements*, [il faut donner] *une possibilité de le faire dans un cadre sécurisant, mais là tu vas te heurter à tes collègues, tu vas te heurter à une direction, tu vas te heurter à pleins de choses [...]* », dans les questions encore taboues de la sexualité, la peur de faire différemment, de proposer des moyens à mettre en place, de réfléchir à des éléments qui sortent de l'ordinaire est présente. A travers les entretiens, il a été dit à plusieurs reprises que le poids des réticences de l'équipe éducative n'a pas permis à des idées en lien avec la sexualité d'un résident d'aboutir. Cet élément de la cohésion d'équipe, lié à ceux des résonnances et de prise de pouvoir de l'éducateur, apparaît primordial.

Fort de cette constatation, il y a donc lieu de s'interroger sur la manière de créer et/ou renforcer la cohésion au sein des équipes. Ces entités composées de plusieurs adultes issus d'environnements, parfois de cultures différentes peuvent-ils former un noyau clair et uni pour pouvoir justement mener des actions cohérentes auprès des jeunes ?

Dans le chapitre *Résonnances*, nous avons vu la complexité du sujet de la sexualité et du travail que l'éducateur doit faire individuellement pour pouvoir travailler sur ce thème. Si on couple la difficulté du sujet en lui-même, aux difficultés qu'exige le travail en équipe, il pourrait sembler, dans un premier temps, qu'une solution soit impossible à proposer. La réponse réside peut-être dans l'observation émise par un éducateur interrogé sur la problématique de l'éthique de l'éducateur dans les questions de la sexualité : « [...] *chacun a sa propre éthique et chacun la défend, et il n'y a rien de défendable de mieux ou de pire, après il faut trouver des consensus [...]* ». Le secret de la cohésion d'équipe se trouve-t-il donc dans les consensus ? Ce qui est sûr c'est que l'éducateur a signé un contrat et accepté une charte qui, comme nous l'avons dit, stipule que la personne en situation de handicap a les mêmes droits que n'importe quel humain. La sexualité faisant partie de ces droits fondamentaux, la question ne devrait pas se poser. Les chartes institutionnelles servent à guider les éducateurs dans leurs démarches. Bien qu'elles ne donnent pas de clés précises sur les actions concrètes à poser, elles indiquent aux éducateurs spécialisés la direction à pendre qui doit permettre un épanouissement global à toute personne en situation de handicap, ce qui inclue un droit à la sexualité désirée et choisie.

²⁸ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

3.2.1.5 La formation

Le sujet épineux de la formation des éducateurs a déjà été abordé dans cette analyse. Tous les éducateurs interrogés ont fait part de leur manque d'expertise sur le sujet de la sexualité et du handicap pour pouvoir donner, à leur sens des réponses adéquates. Certains ont fait état de leur souhait de suivre des formations sur le sujet dans le cursus professionnel. Il semble donc que le sujet de la sexualité et du handicap mental ne soit pas ou très peu abordé dans la formation de base d'éducateur. Les programmes de formation actuels semblent démontrer que le cursus de formation tend vers un enseignement global de base et une vision générale des sujets proposés dans le champ professionnel de l'éducation sociale.

Puisque ce n'est pas la vocation des formations de base de former des spécialistes, des possibilités de formations continues sur le sujet de la sexualité et du handicap existent. L'éducateur peut donc se perfectionner sur ce thème. Il a été démontré que la sexualité est un sujet délicat et important et qu'elle peut heurter le ressenti des éducateurs. Malgré le caractère universel de cette thématique, elle n'est pas l'unique élément qui pose des questions aux éducateurs et ceux-ci vont souvent s'intéresser naturellement à d'autres sujets à approfondir. Puisque la sexualité fait partie intégrante du quotidien serait-il pertinent de proposer systématiquement des journées de formation ?

Dans ce sens, une institution vaudoise a rendu obligatoire, pour la totalité de ses collaborateurs, une formation de base dispensée sur trois jours ayant pour thème la sexualité. Serait-il pertinent d'institutionnaliser ce type de perfectionnement ? L'examen des entretiens et l'état des lieux sur les outils concrets à disposition des éducateurs a permis de constater que la question de la formation dispensée mérite d'être approfondie. Elle pourrait aisément faire l'objet d'un autre travail de Bachelor car ce sujet soulève nombre de questions auxquelles ce travail n'a pas vocation à répondre.

3.2.1.6 Evaluer les besoins et demandes

Après avoir pris conscience de tous les éléments que la sexualité renvoie en lui, mais aussi de l'importance des actions posées via le pouvoir inhérent à sa fonction même, l'éducateur constate qu'un point primordial se pose en matière de sexualité et de handicap mental : l'évaluation des besoins et demandes.

Il a été évoqué durant les entretiens la difficulté de pouvoir évaluer qu'elles sont les réelles demandes qui se cachent derrière les manifestations de sexualité que l'on peut voir en tant qu'accompagnant. Selon la direction interrogée,

« [...] il s'agit de les accompagner sur ces thèmes sans prendre de pouvoir sur eux, en entendant au mieux quels sont leurs besoins, en évaluant au mieux qu'est ce qui leur fait ou pas du bien, et en étant capable à partir de ces paramètres d'observation, d'écoute active des personnes elles-mêmes, de pouvoir répondre au mieux avec les moyens que l'on a à disposition [...] ».

Dès lors la question se pose : comment l'éducateur peut-il « au mieux » évaluer les besoins et demandes des adolescents avec lesquels il travaille ? L'expertise, l'observation préalable et la connaissance du jeune sont des éléments qui permettent d'évaluer ces besoins.

Un élément important dont Catherine Agthe Diserens parle lors de ses conférences, et qui est ressorti lors des entretiens est précisément l'importance même de cette évaluation de la demande. Il faut être capable de discerner ce qui se cache par exemple sous les termes « faire l'amour » pour une personne en situation de handicap. Parfois cet élément peut vouloir juste dire donner la main à son voisin de chambre. Si une évaluation pertinente n'est pas faite, des réponses disproportionnées porteuses d'angoisses ou

d'envies qui n'avaient jamais été élaborées auparavant peuvent être données. A l'inverse, lorsque des demandes sont ignorées ou minimisées, des frustrations voir même des obsessions peuvent surgir. Nous nous rendons compte de toute la finesse que demande cette évaluation dans l'observation et le lien que crée l'éducateur avec chaque adolescent.

La notion des soins et des éventuels élans de désirs envers les éducateurs (masturbations, érections, caresses à l'éducateur) sont relevés par les personnes travaillant avec des adolescents en situation de handicap profond lors de ces moments intimes. Les éducateurs agissent de façons différentes : « *je laisse faire, en verbalisant, «[...] tu prends ton temps et je reviens après [...] »* », « *[...] je zappe, je ne fais pas attention [...]* », « *[...] du moment que la personne est sécurisée je me retire, je lui accorde un temps et puis je reviens après [...]* ». Entre ignorer ou laisser faire, l'éducateur se protège du carcan de la loi et des éventuels gestes qui pourraient être considérés comme abusifs.

3.2.1.7 Liens avec les parents

Ce sujet ayant été abordé dans la partie théorique, il semblait intéressant à reprendre après avoir mené à bien les entretiens. Il a été mentionné la notion d'inquiétude des parents dans les questions de sexualité et qu'il est du ressort des éducateurs de les rassurer et de les accompagner sur ce chemin. Dans les entretiens, plusieurs éléments intéressants sont venus nuancer ce thème. Le premier concerne le cadre légal. Il ressort de ces entretiens que jusqu'à dix-huit ans l'enfant demeure sous la responsabilité de ses parents au niveau de la sexualité bien que la majorité sexuelle intervienne à seize ans. Cela postule que les parents doivent dans l'idéal être mis systématiquement au courant lorsque des éléments concernant la sexualité de leur enfant se présentent. Cependant un éducateur faisait très justement remarquer que : « *moi si j'ai seize ou dix-sept ans je vais pas dire écoute maman j'ai été me masturber, donc faut-il tout transmettre aux parents ?* ». Cette question paraît fondamentale pour un bon partenariat. Apprendre à faire la part entre ce qu'il faut absolument dire aux parents et ce qui est de la notion de vie privée de l'adolescent qui justement grandit et voudrait s'affranchir de ce lien parfois si étroit avec ses parents. Il semble encore une fois que la finesse et le bon sens de l'éducateur, plus que des éléments de lois soient primordiaux. En effet certains parents seront très demandeurs d'information sur l'évolution sexuelle de leur enfant, alors que d'autres estimeront que c'est sa vie privée et qu'ils n'ont pas à interférer dans cette partie de sa vie.

Certains parents qui n'arrivent pas à voir leur enfant grandir parce que les étapes de sexualisation de l'enfant ont été occultées du fait que l'enfant a été considéré uniquement comme un enfant handicapé et non une fille ou un garçon²⁹ (Ces parents refusent souvent de voir les changements liés à la puberté chez leur enfant et leurs désirs naissants. Il est difficile pour les éducateurs de travailler avec ces parents qui rejettent souvent en bloc toute discussions à ce sujet. Il faut alors que l'éducateur s'arme de patience.

Plusieurs éducateurs semblent penser que c'est à un tiers spécialisé de parler de la sexualité de l'adolescent aux parents (médecin ou thérapeute). En effet certains ne se sentent pas suffisamment outillés pour aborder le sujet. Ces spécialistes de par leur statut différent de celui de l'éducateur peuvent peut-être alors trouver les mots pour parler de cette fameuse sexualité taboue.

Lors des bilans et des rencontres de réseau avec les parents, le sujet n'est pas forcément abordé de façon systématique. Pour les éducateurs cet élément semble faire sens. Pour un éducateur l'inclure à tous prix dans le projet ou le bilan de la personne équivaldrait à « *le mettre pour le mettre et l'oublier aussi vite* » pour un autre, « *[...] ça dépend de l'âge*

²⁹ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

de l'enfant [...] quand on sent que c'est le moment on le met dans le contrat de partenariat, sinon je pense que c'est quelque chose qui peut s'oublier». Dans la pratique il semble donc que le sujet de la sexualité doit être abordé en cas de besoin et pas obligatoirement, au risque d'être noyé dans un flot d'autres items, ou d'angoisser les parents inutilement lorsqu'il n'y a pas encore de besoin chez l'enfant. Ces éléments issus du terrain viennent donc contrecarrer l'idée de Réjean Tremblay qui disait que :

« La prise en compte de la sexualité viendra renforcer le projet de vie personnelle, soutenir le développement de la personnalité, accompagner la personne handicapée dans son adaptation à la société. La sexualité étant une dimension sociale, placée au centre de la relation à l'autre, est une clé de l'éducation et de la vie relationnelle épanouie. » (Tremblay, 1998, p.6)

Dans un entretien un élément assez important qui sera développé ultérieurement peut donner un début d'explication à cette différence d'opinion. Dans certains handicaps lourds, la question de la sexualité ne semble pas émerger car la conscience de la personne est prise par d'autres éléments. Il apparaît alors inadéquat de mettre à tous prix le thème de la sexualité dans un projet de vie.

Le rôle de l'éducateur semble donc énorme dans ces questions de sexualité. Il doit d'abord être conscient des cadres législatifs et des chartes institutionnelles qui régissent son action, dictent les limites et le cadre mais aussi les libertés d'actions. Une pratique réflexive est demandée pour se comprendre et pouvoir guider l'adolescent dans ses choix. Il faut être capable de comprendre l'adolescent en situation de handicap mental, de l'écouter, de décrypter ses gestes ou ses attentes quand le langage n'est pas présent et d'interpréter correctement ses envies. Ne jamais poser de décisions trop contraignantes afin de laisser la personnalité de la personne s'épanouir le plus librement possible, tout en prenant compte des capacités dont la personne fait preuve et du contexte dans lequel elle s'inscrit. Soigner le lien avec les parents, comprendre qui ils sont, comment travailler avec chacun ? Qu'est-ce qu'il peut dire ? Qu'est-ce qu'il doit dire ? Et qu'est-ce qu'il peut laisser comme jardin secret à l'adolescent ?

3.2.2 L'adolescent en situation de handicap mental en institution

La population qui est concernée par le sujet de ce travail, cumule plusieurs complications. L'adolescence est en soi une période de changements, comme nous l'avons vu en début de travail « [...] un mouvement de forces, d'énergies nouvelles, un jaillissement. C'est cette énergie vitale qui pousse à sortir de soi, mais aussi à sortir avec les autres, sortir comme un grand mouvement qui secoue, qui fait que cette phase de la vie est une mutation. » (Agthe Diserens, 1998, p.111). Catherine Agthe Diserens³⁰ indique que si la personne en situation de handicap mental possède un développement différent au niveau du cerveau, de ce qui est cognitif, communément au niveau corporel et physiologique, le développement est le même que pour des adolescents « standards ». Nous pouvons donc postuler que ce corps qui change et évolue à un rythme différent que le cerveau peut créer quelques éléments angoissants et problématiques. Ces changements n'étant pas faciles à gérer pour un adolescent dit « normal », comment un adolescent en situation de handicap mental les vit-il ?

Le handicap mental, de par ses spécificités ne permet pas forcément à l'adolescent de comprendre tous les changements que cette période charnière de la vie peut entraîner. Il se peut aussi que suivant le degré du handicap mental, ces transformations soient plus ou moins comprises par celui qui les vit. Si les difficultés de l'adolescence, liées à cette envie d'émancipation, à ces pulsions qu'entraîne la puberté, conjuguées aux spécificités du handicap mental, qui parfois ne permettent pas de comprendre forcément les

³⁰ Formation « Du cœur au corps », Catherine Agthe Diserens, août 2012.

changements du corps et des sentiments peuvent paraître insurmontables, il semble que ce passage ne serait pas si traumatisant « *C'est justement au moment de l'entrée dans l'adolescence que le jeune déficient peut établir une relation avec son corps en transformation* » (Péretié, 2010, p. 204). Selon cette auteure, l'adolescent au milieu de tous ces chamboulements pourrait enfin prendre en possession son propre corps, et donc ressentir une once de liberté malgré tout. Même si l'adolescence est une période traversée par l'inquiétude de ne pas plaire, de ne pas être aimé (MAIA, 2009), l'adolescent prend des risques et commence à se découvrir, à se connaître. Cet élément se confirme dans la réalité du terrain, les éducateurs interrogés ont tous été confrontés à des manifestations de sexualité (plus ou moins fortes) de la part de leurs résidents adolescents. Ce fait démontre qu'il y a effectivement une appropriation du corps à ce moment-là, faite de manière plus ou moins consciente et maladroite. Il y a donc clairement un besoin pour l'éducateur d'être à l'écoute du jeune et de lui permettre de vivre cette sexualité de façon sereine et épanouissante dans le cadre de l'institution.

Ce chapitre révèle deux éléments qui n'ont pas été illustrés via la théorie : l'importance de la vision de l'institution dans les questions liées à la sexualité et des éléments qu'elle apporte de fait (proximité avec l'autre, population masculine beaucoup plus importante, etc.) ainsi que la constante liée à un travail qui se calque sur le niveau du handicap mental. Il est indéniable que les manifestations, l'apparition des envies et demandes sont dépendantes du niveau de compréhension de chaque résident.

En plus des spécificités de l'adolescence et du handicap mental qui avaient été prises en comptes et que nous nuancerons sur la base des entretiens, notamment en ce qui concerne les différents niveaux de handicap mental, nous relèverons les éléments sortant des entretiens qui ont traités aux spécificités qu'entraînent la vie en institution. Comment est-ce que cette vie en huis-clos pour beaucoup peut-elle se conjuguer avec les questions liées à la sexualité ? Cette vie en institution si elle comporte des avantages certains pour les jeunes en situation de handicap mental, peut aussi poser de nombreux problèmes dans la découverte de la sexualité.

3.2.2.1 Le handicap mental et ses spécificités

En début de texte, quand nous avons vu les définitions du handicap, nous avons vu que le DSM-IV parle de différents niveaux de handicap (retard mental léger, retard mental moyen, retard mental grave, retard mental profond, retard mental sévérité non spécifié).

Ces éléments peuvent paraître barbares et absolument inutiles dans le travail au quotidien des éducateurs dont le rôle, comme nous l'avons vu maintes fois, est de guider le mieux possible les personnes avec lesquelles ils travaillent en fonction de leur capacité sur le lieu de vie et non en se basant sur un chiffre de QI qui mesure l'intelligence de façon rationnelle mais donne peu d'indication sur d'autres compétences développées. Bien sûr, loin de se résumer à un niveau de handicap, chaque être humain est différent et possède son caractère, ses intérêts, ses forces et ses faiblesses. Ainsi les manifestations de la sexualité peuvent revêtir bien des couleurs différentes. Certaines seront plus tournées vers l'autre, d'autres plus introspectives. Cependant pour approfondir cette notion de handicap, il est judicieux de se pencher sur la signification de ces chiffres dans le sens où différents niveaux de compréhensions et donc de vécus de la sexualité peuvent intervenir en fonction de la profondeur du handicap et en dehors du caractère et des affinités de la personne. Toujours en rapport avec cette classification du DSM-IV, dans un entretien un éducateur affirmait que « *si tu prends des personnes qui ont un handicap assez marqué, de moyen à lourd ce sont peut-être des questions qui n'émergent pas* », en référence aux questions de sexualité.

Cet élément n'a pas été confirmé par les autres entretiens effectués auprès de trois autres professionnels travaillant avec des adolescents en situation de handicap mental

moyen à profond selon la définition du DSM-IV. Ces éducateurs ont tous parlé de besoins sexuels que ce soit des éléments de découvertes de son propre corps (notamment lors des soins), de recherche de la découverte du corps d'un autre résident ou encore de la recherche de contact avec l'éducateur présent.

Si le retard mental est vu comme une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques (définition de l'AAMR), on peut comprendre que le handicap mental crée des problèmes de compréhension dans les changements apportés par l'adolescence. Dans ce sens, une éducatrice évoquait la difficulté pour certaines personnes sans handicap de comprendre leur sexualité et qu'elle imaginait donc que « *pour les personnes en situation de handicap qui n'ont pas accès aux mêmes données que nous, ça pouvait prendre toute une vie* ». Ces propos font échos à ceux de Catherine Agthe Diserens qui signifie que le développement corporel et physiologique d'un adolescent en situation de handicap mental s'apparente à celui d'un adolescent dit « standard », même s'il comprend ces changements différemment, selon ses capacités.

Nous pouvons conclure que les pulsions sexuelles amenées par la puberté sont bien présentes également chez les résidents en situation de handicap mental profond. Il revient encore à l'éducateur de décrypter ces signes, de comprendre comment ils se manifestent et de ne pas les passer sous silence, sans évidemment provoquer des envies qui ne seraient pas présentes. D'où l'importance d'évaluer précisément les besoins comme nous l'avons vu précédemment.

3.2.2.2 L'adolescence et ses spécificités

Pour commencer ce chapitre des spécificités liées à l'adolescence, il est intéressant de citer un extrait d'entretien :

« [...] à l'adolescence c'est compliqué on a l'impression que personne nous comprend, on n'accepte pas forcément l'aide des adultes. En ce qui concerne les jeunes souffrant de handicap mental, ils ont souvent dû compter toute leur vie sur l'aide des adultes et sur un système qui s'est mis en place autour d'eux sans forcément leur accord [...] ça doit être compliqué de devoir encore demander de l'aide. »

En effet l'adolescent voulant s'émanciper de ses parents, faire ses apprentissages, prendre son envol lorsqu'il est en situation de handicap mental est bloqué dans ces élans par ce même handicap et par la structure mise en place autour de lui. « *L'adolescence est compliquée en soi pour les adolescents, il en est de même pour les personnes en situations de handicap mental* » constatait un des éducateurs interrogé. Le handicap l'empêchera certainement toujours de sortir de l'institution et de vivre de façon autonome, sans l'aide de cette structure. Certains auront la possibilité de l'exprimer avec des mots ou des signes, et d'autre pour qui ces éléments seront plus difficiles à démontrer et tenteront de l'exprimer par des moyens qui ne seront pas forcément facilement accessibles aux éducateurs. Nous faisons encore une fois allusion à la notion de tiers dont parle Catherine Agthe Diserens et à l'importance de comprendre que l'éducateur suit les personnes dans tous les domaines de son existence même les plus intimes. Durant cette étape de l'adolescence, où le jeune s'oppose souvent aux adultes et cherche des repères clairs et rassurants, toute la pertinence du rôle de l'éducateur réside dans la façon dont il pose ce cadre.

3.2.2.3 L'institution et ses spécificités

En ce qui concerne les adolescents en situation de handicap mental qui résident en institution, ils sont avant tout dans une école et y vivent à la place de rentrer dans leur famille le soir. Plusieurs possibilités d'hébergements peuvent être envisagées : soit un internat complet selon les modalités de l'institution, et qui induit une présence tous les soirs et weekends en institution, ou en semi-internat qui permet au jeune de rentrer de temps en temps dans sa famille. En dehors de cela, il faut aussi prendre en compte d'autres composantes : selon ses capacités et la philosophie de l'institution, le jeune peut être plus ou moins autonome au sein de l'institution et à l'extérieur de celle-ci. Force est de constater que la lourdeur de l'institution et de son système laisse peu de place à l'improvisation. En effet le quotidien des jeunes y est minuté, entre les horaires institutionnels de l'internat (repas, douches, activités, etc.), l'école, les thérapies, le jeune dispose de peu de temps pour se laisser aller à un peu de fantaisie. Pour sa part, l'éducateur est fortement sollicité par la lourdeur du travail administratif et les tâches quotidiennes avec les autres jeunes. De facto, il ne dispose « *souvent pas de temps pour ces questions de sexualité* » comme le relève un des éducateur. Le contexte institutionnel a parfois pour conséquence que les désirs et/ou envies des résidents (qui paradoxalement devraient être au centre de nos attentions), même s'ils sont identifiés, soient « remis à plus tard » faute de temps, de collaborateurs ou d'outils à disposition. L'institution se substitue et pense parfois, souvent, pour eux. La priorité est donnée pour que l'emploi du temps soit optimal et respecte de nombreux paramètres liés à la gestion de la structure.

Ce cadre institutionnel peut être très rassurant pour certaines personnes en situation de handicap notamment pour les enfants qui ont besoin de sécurité, ou pour des adultes vieillissants qui demandent plus de tranquillité. L'adolescent traversé par toutes ses pulsions sexuelles, ses envies d'indépendance, ses besoins d'autonomie, peut être bloqué dans ses élans par ce cadre lourd de l'institution et mal le vivre.

En ce qui concerne la découverte de la sexualité, la promiscuité imposée par le cadre en lui-même peut amener une manifestation de la sexualité qui ne sera pas forcément comprise par les équipes éducatives. Il pourrait d'une part y avoir des attouchements en chambres entre deux résidents, ce qui demandera aux équipes éducatives de prendre en compte tous les éléments pour que ces attouchements soient consentis par les deux parties et que les notions de base de protection soient comprises par les résidents. Une prise de contact avec les parents (qui jusqu'aux 18 ans du jeune ont leur mot à dire sur la sexualité de leur enfant) devra être effectuée. D'autre part, les moments de douches seront souvent les seuls moments durant lesquels cette sexualité pourra se développer. Encore une fois l'adolescent est souvent accompagné d'un éducateur ce qui induit que ces manifestations de la sexualité seront vécues en sa présence. Comme nous l'avons vu plus haut, en lien avec ce qui ressort des entretiens, l'éducateur contextualisera, règlera et « permettra » cette sexualité selon des normes bien établies, car il n'est pas imaginable que cette sexualité soit vécue avec lui. Il faut dès lors se demander ce qui peut être mis en place en matière de sexualité pour permettre aux adolescents de la vivre de façon sereine, en apportant des solutions concrètes. En effet laisser la personne seule dans un cadre sécurisé peut suffire à certains jeunes qui ont une compréhension du fonctionnement de leur plaisir. Mais cet environnement n'est pour tous les autres pas suffisant. Quels moyens apporter au sein de l'institution pour que l'adolescent en situation de handicap mental puisse comprendre et vivre sa sexualité dans un cadre qui favorise la promiscuité constante soit avec les éducateurs, soit avec les autres adolescents (il y a lieu de préciser que dans les institutions, un adolescent en situation de handicap mental est rarement seul dans sa chambre).

Les éducateurs se réjouissent souvent de faire rencontrer aux garçons des jeunes filles de l'institution, ou inversement, en projetant, et en étant de bonne fois, que c'est l'envie

que tout adolescent pourrait avoir. Plusieurs éléments font penser que cette solution n'est pas forcément adéquate. En effet, lors d'un entretien il a très justement été exposé par la direction d'institution interrogée que

« [...] dans nos vies personnelles nous n'avons pas forcément envie de sortir avec nos voisins et qu'il peut être de même pour les résidents dans les institutions. Ce n'est pas dans ce contexte-là qu'on a envie de vivre des choses qui sont de l'ordre de la séduction ou de la sexualité ».

Dans le même entretien a été émise l'idée de faire des soirées inter-institution afin de justement élargir les champs de rencontres et de découvertes, et permettre des rencontres intéressantes qui sortent de ce qui est vécu dans le cadre quotidien de l'institution. Cet élément pourrait être une des solutions à étudier.

Ce chapitre fait naître un nouveau questionnement, comment l'éducateur peut-il traiter de façon adéquate la question de la sexualité du résident adolescent en situation de handicap mental, et par extension ses désirs, ses envies, son épanouissement en prenant en compte tous les éléments structurels qui caractérisent une institution ?

3.2.3 La sexualité

Si le parti pris de cette recherche a été de ne pas développer le sujet de la sexualité en tant que telle dans la partie théorique pour la laisser transparaître et faire des liens tout au long des concepts élaborés, pour cette partie d'analyse, la sexualité en elle-même se devait d'être traitée, afin de comprendre ce qui se joue vraiment concrètement dans les institutions à ce sujet. Nous avons vu que les éducateurs avaient besoin d'aide, d'être formés sur les questions traitant de la sexualité. Nous avons établi que parfois des personnes spécialisées venant de l'extérieur peuvent intervenir. Mais lorsque ces personnes repartent que reste-t-il comme élément concret pour mettre en place des actions éducatives adéquates autour de ce thème ? Comment le jeune est-il amené à comprendre le mystère de la sexualité ?

Pour comprendre comment est perçue la sexualité dans les institutions, et les enjeux qui l'entourent, il faut prendre en compte plusieurs éléments et idées reçues :

« La sexualité des handicapés mentaux est le plus souvent perçue comme potentiellement débridée et réalisée de façon irresponsable, les figures animales étant régulièrement convoquées dans ces représentations réduisant la sexualité à la dimension de besoins sexuel. Et pour les femmes elle est vue plutôt comme un risque contre lequel il faut protéger le sujet, celui de la grossesse et de l'engendrement. Par la suite un autre risque est apparu correspondant à une réalité, celui des maltraitances et des violences sexuelles dont il fallait protéger les personnes handicapées comme toutes personnes vulnérables. La sexualité des personnes handicapées mentales est donc pensée d'abord comme une source de problèmes à éviter, et non comme un droit au plaisir et à l'épanouissement de la personne dans son entièreté. » (Durif-Varembont, 2010, p.132/133)

A l'aide de ce texte, nous comprenons les enjeux qui se profilent derrière cette idée de sexualité des personnes en situation de handicap mental, et tous les préjugés que l'on peut retrouver auprès des éducateurs, mais aussi dans la société. Lorsqu'elle n'est pas imaginée comme source de problèmes, la sexualité est niée. Un éducateur relevait ce phénomène : *« le handicap mental, au niveau de la sexualité est associé à un handicap social, car dans la société on n'imagine pas du tout que la personne en situation de handicap mental puisse avoir une sexualité »*, or pour que la sexualité puisse être vécue dans les institutions, et comme nous l'avons vu c'est un droit fondamental qui comme il a été dit dans un entretien *« construit à la fois le bonheur et à la fois l'équilibre personnel »*,

il faut pouvoir comprendre cette sexualité, mais avant tout les désirs des personnes en institution et sous quelles manifestations se passent cette sexualité. Si l'on veut changer les mentalités et les idées véhiculées dans la société, il faut pouvoir faire vivre aux adolescents en institution cette sexualité de façon valorisée et donc réfléchir à travers le prisme de la VRS. Il convient donc de prendre en comptes les rôles et les comportements attendus par la société, et valoriser des comportements qui permettront d'acquérir ces rôles. Cette recherche demandera du temps aux équipes éducatives, qui comme nous l'avons vu sont déjà submergées par énormément d'autres demandes. Néanmoins pour pouvoir faire évoluer les mentalités et permettre aux adolescents en situation de handicap mental dans les institutions de bien vivre et comprendre cette découverte de la sexualité, il semble que passer par cette recherche est primordial.

Pour que cette découverte de la sexualité se passe le mieux possible, il faut aussi que du côté des institutions les signaux donnés soient cohérents. Il ressort d'un entretien que dans les chartes institutionnelles, et les concepts d'accompagnement, le sujet de la sexualité est pratiquement toujours abordé de façon très ouverte, en relevant que la personne en situation de handicap mental a droit à une sexualité et au plaisir. A contrario les moyens donnés sont inexistantes. Cette personne allait même jusqu'à dire que ce thème est inscrit dans la charte pour « faire joli ». Une autre personne interrogée travaillant avec des adolescents et jeunes adultes avec un handicap léger disait que dans son institution tout était fait pour que les adolescents puissent vivre leur sexualité de manière adéquate (cours de prévention et d'éducation sexuelle, entretien avec une personne spécialisée si besoin, matériel éducatif à disposition des équipes éducatives, etc.), mais que les relations sexuelles étaient strictement interdites dans l'institution.

Ce travail de recherche permet de constater que dans la société, et même dans les institutions spécialisées, la sexualité des personnes en situation de handicap mental peut rester un sujet tabou et « *une source de problèmes* » (Durif-Varembont, 2010, p.133). Nous allons analyser plus en détail ce qui se passe dans les institutions, les outils concrets apportés, les idées, les enjeux réels liés à la sexualité sur le terrain.

3.2.3.1 Les outils mis en place en institution

Après avoir interrogé des éducateurs de trois institutions différentes, dans plusieurs cantons, il est établi que la question de la sexualité est prise au sérieux en tous cas sur le papier (chartes, concepts, lois). Nous avons vu que sur le terrain ce sujet n'est pas aussi facilement traité qu'il n'y paraît. Il est légitime de se demander quels sont les outils qui sont mis à disposition des éducateurs pour pouvoir répondre aux besoins. Nous avons pu constater que le besoin de formation de l'éducateur est un élément primordial que certaines institutions commencent à prendre en compte. Après cette formation des éducateurs, quels outils concrets viennent l'aider à mettre en pratique les éléments vus en formation ? Et pour l'adolescent en institution, quelles possibilités a-t-il de pouvoir comprendre la sexualité ?

Souvent les institutions mettent en place des cours d'éducation sexuelle. Plusieurs éléments et vécus ont été abordés en entretiens, certaines institutions collaborent avec une infirmière spécialisée qui passe dans les classes. Ces cours d'éducation sexuelle ne sont souvent pas bien adaptés à la compréhension des personnes selon les personnes interrogées. Catherine Agthe Diserens (2006) ne parle pas d'éducation sexuelle, mais « d'éducation spécialisée à la vie affective, intime et sexuelle » et il semble bien que concrètement il faille un dispositif aussi spécialisé pour intervenir dans les institutions.

« L'éducation sexuelle spécialisée est majoritairement centrée sur la facilitation à mettre en mots et en actes adéquats les manifestations physiques et psychiques de cette énergie vitale omniprésente, fondement du vivant et dont l'émergence hormonale en complexifie l'évidence. Au travers de la confiance en ses

compétences (les plus petites soient-elles) et la conscience de ses propres travers, se sentant pris en compte et participant activement ou écoutant d'un peu plus loin, l'enfant/l'adolescent en situation de handicap pourra s'ouvrir aux désirs d'apprendre, de se développer, de construire des projets, de prendre soin de lui-même tout en se faisant plaisir. » (Agthe Diserens, 2006, p.6)*

« Avant de proposer des moyens pratiques, il est évident qu'il faut avoir pris tout le temps nécessaire pour comprendre de quelle pratique il s'agit. Même si ce constat peut sembler évident, nous avons observé que partout dans le monde, rares sont les expériences d'éducation sexuelle qui prennent véritablement le temps de définir de quelle sexualité il est question. Dans beaucoup de projets la sexualité est réduite à une conception axée sur la génitalité et la prévention. Cette réduction des dimensions de la sexualité est donc fondée sur l'absence de postulats théoriques ou sur des postulats insuffisants et débouche sur des pratiques éducatives limitées et inefficaces. [...] A notre avis, il est plus important de s'interroger sur la conception de la sexualité sur laquelle repose notre perception de la vie sexuelle de la personne handicapée, sur la vision du développement de sa sexualité, sur les objectifs généraux et secondaires adaptés à son fonctionnement, sur la pédagogie spécifique exigée par le dialogue sur la sexualité, avant de répondre à des questions pratiques telles que le contenu ou le temps accordé à cette éducation. » (Tremblay, 1998, p.8/9)

Nous parlons donc d'une éducation sexuelle spécialisée adaptée à l'adolescent en situation de handicap afin de l'accompagner avec ses spécificités dans la découverte de la sexualité. Cette éducation sexuelle spécialisée semble primordiale si l'on veut que la personne puisse comprendre sa sexualité. L'expérience sur le terrain permet de dire qu'une éducation sexuelle non adaptée à chacun pourrait favoriser l'apparition d'angoisses, d'obsessions et de mauvaise compréhension de la sexualité.

Parfois, lorsque la compréhension de la personne est plus fine, elle a accès au planning familial et à une psychologue spécialisée de l'institution. Dans ce cas précis l'équipe éducative collabore étroitement avec le planning familial et bénéficie d'outils concrets éducatifs (jeux, cartes d'explications, etc.) pour pouvoir parler de la sexualité avec les adolescents.

Pour que la sexualité soit abordée et thématisée parfois les institutions mettent en place dans leur contrat de partenariat avec les parents, ou dans le projet éducatif, un item concernant le plus souvent « l'affectivité et la sexualité » du jeune. Si cet élément semble être un bon outil pour pouvoir ouvrir le débat sur la sexualité, il est souvent mal perçu par les éducateurs interrogés qui souhaiteraient une non-systématisation de cet item sur la sexualité afin de ne pas provoquer des situations de stress chez les parents. Les éducateurs interrogés préféreraient que ce sujet soit abordé quand le besoin se fait sentir avec une vraie réflexion autour.

La direction interrogée a fait part d'autres outils utilisés par des institutions de sa connaissance qui pourraient être des éléments à creuser pour ses équipes éducatives. Pour favoriser les liens entre certains résidents quand le besoin se faisait sentir, une institution a mis en place un endroit structurel dans l'institution avec des sièges adaptés mêmes au poly-handicap, afin de favoriser le contact physique. Cet endroit est identifié par les résidents comme la pièce où ils peuvent faire des câlins. Une autre idée pour promouvoir la créativité des équipes éducatives a été de créer une « bourse au plaisir » pour l'institution. Cela consistait à mettre chaque mois une partie du budget pour les besoins affectifs et sexuels des résidents. Nous pouvons aussi revenir sur l'idée de créer des soirées inter-institutions, afin que les résidents puissent faire connaissance avec d'autres personnes que celles de l'institution, et donc ouvrir un champ de possibles bien plus large. Ces éléments créatifs ont pour qualité de faire parler de la sexualité au sein des institutions et de rendre réel ce sujet.

A travers cet inventaire non exhaustif de ce qui peut être fait en institution, nous constatons que la question de la sexualité est quand même prise de plus en plus au sérieux et que si parfois elle ne semble pas encore ancrée dans toutes les mentalités, un énorme travail est mené à ce sujet dans certains organismes.

3.2.3.2 Sexualité institutionnalisée

L'adolescent en situation de handicap mental est bien souvent en institution et celle-ci fonctionne avec des codes, un rythme, une configuration très ritualisée et établie. Comment peut-on découvrir sa sexualité dans un cadre qui laisse peu de place à l'improvisation ?

Un éducateur interrogé disait que la découverte de la sexualité en institution si elle peut avoir lieu est calculée, réglée pour qu'elle puisse s'insérer dans l'emploi du temps de la personne. Selon ce professionnel « *ce n'est pas ça la sexualité* ». Il faut pouvoir laisser place à la spontanéité et à l'envie quand elle émerge, « *la personne standard a les moyens de vivre sa sexualité quand elle le veut* », si cette notion est à nuancer, car la personne qui n'est pas en situation de handicap a aussi des obligations, il est cependant vrai que la sexualité en institution est soumise à tellement de paramètres différents, qu'il est parfois très difficile de pouvoir la vivre. Les emplois du temps devraient-ils pouvoir être assouplis pour laisser la sexualité émerger ?

Un autre élément a été relevé lors d'un entretien : la vie en institution peut favoriser les expériences homosexuelles de par la promiscuité des résidents. Cette information est sans doute correcte, mais il faut la nuancer rappelant que nombre d'adolescents dits standards passent par ces expérimentations. Ces expériences ne sont en aucun cas permanentes. Ceci dit, nous pouvons imaginer que le taux de personnes homosexuelles en situation de handicap mental est le même que celui de la population normale. Il est clairement stipulé dans les chartes et les concepts des institutions dont nous avons pu avoir la connaissance qu'aucune discrimination quant à l'orientation sexuelle du résident ne doit avoir lieu sur les groupes de vie. Personne ne peut choisir à la place de la personne son orientation sexuelle.

Cette sexualité institutionnalisée, réglementée, stressée par le temps n'est pas idéale. Pour contrecarrer cet état de faits, les équipes d'encadrement recherchent de nouvelles solutions pour parvenir à aménager des plages de liberté afin que cette découverte de la sexualité puisse être vécue.

3.2.3.3 Le tabou de la reproduction

« Dans nombre d'institutions ou d'associations, la sexualité des personnes handicapées était niée car tenue pour inexistante ou tolérée dans un encadrement hygiéniste de ses manifestations, le risque majeur étant celui de la procréation dans le cas de couples handicapés mentaux. » (Durif-Varembont, 2010, p.133)

En effet il transparaît dans un entretien avec une éducatrice travaillant avec des adolescents et jeunes adultes que la question de l'apprentissage des « risques » liés à une sexualité active (MST, grossesse, etc.) est le principal point d'inquiétude pour les éducateur et la famille. Comment une fille en situation de handicap mental pourrait-elle élever un enfant dans le cadre de l'institution ? Quelle éducation pourrait-elle lui donner ?

Pendant longtemps les personnes en situation de handicap ont été stérilisées systématiquement. Avec les nouveaux concepts du handicap, et le respect des droits de la personne handicapée, ces pratiques ne sont plus imaginables. La nouvelle vision portée sur les personnes en situation de handicap « *oblige les équipes à réfléchir le plus rationnellement possible dans un domaine, celui de l'intime et de l'affectif, qui échappe en*

partie à la raison du fait de la mise en jeu inévitable d'une autre scène, celle de l'inconscient » (Durif-Varembont, 2010, p.133). Cette question de la reproduction va plus loin qu'une notion d'envie et de conscience. Le célèbre psychologue américain Abraham Maslow (1908-1970) a établi, sous forme de pyramide les différents besoins de l'être humain. A la base de sa pyramide (annexe D) dans les besoins physiologiques, Maslow parle du besoin de procréer, comme un des besoins primaires de l'être humain. Le besoin de perpétuer l'espèce semble donc être ancré en nous de façon inconsciente mais très présente. La personne en situation de handicap doit posséder comme tout autre humain en elle cette envie de procréer. Comment la comprendre ? Comment les éducateurs font-ils avec les possibles et impossibles dont parle Catherine Agthe Diserens ? De quel droit interdit-on la reproduction de certaines personnes en situation de handicap ? Ces questionnements doivent être soulevés. Ils sont d'ailleurs le sujet de quelques travaux de Bachelor.

Nous avons dans cette analyse, les éléments principaux qui ressortent des entretiens. Un état des lieux général de la question de la sexualité et de l'éducation a pu être ébauché. Cet état des lieux n'est pas exhaustif mais il semble bien refléter les questionnements du terrain et soulever certaines questions complémentaires au sujet de recherche de base.

3.3 Synthèse

Il ressort de cette analyse de données plusieurs éléments concernant l'éducateur, la personne en situation de handicap mental en institution et la sexualité.

Au sujet de l'éducateur, nous avons pu relever de nombreux points dont il doit être conscient. L'importance du contexte légal et des chartes institutionnelles desquelles il dépend est primordiale. En ce qui concerne sa pratique et son positionnement éthique, il doit pouvoir être conscient des résonnances plus ou moins enfouies que la sexualité des résidents déclenche chez lui. D'autre part, toujours dans la vision d'une approche respectueuse, l'éducateur doit être clair avec sa position et la notion de pouvoir qu'elle engendre. Afin de ne pas en user il est important de garder à l'esprit cette influence.

Il faut prendre en compte aussi le fait que la formation de l'éducateur sur le sujet de la sexualité des adolescents en situation de handicap mental est jugée très insatisfaisante par toutes les personnes interrogées.

Au niveau des partenariats, une bonne cohésion d'équipe est une chose extrêmement rassurante pour les personnes en situation de handicap mental. Il faut donc que les éducateurs y travaillent et puissent essayer de donner des réponses claires aux résidents. En ce qui concerne les personnes mineurs dont les parents sont encore vivants, la prise en compte des avis mutuels est très importante pour installer un climat de confiance. Cependant certains éducateurs ne jugent pas nécessaire de tout raconter aux parents, il semble qu'un certain jardin privé soit à cultiver.

Dans le cas de l'adolescent en situation de handicap mental, il paraît assez clair que le handicap et ses spécificités rendent la question de la sexualité plus compliquée à assimiler pour lui. Les conventions sociales n'étant pas forcément toujours intégrées, les changements corporels et les manifestations sexuelles non plus, certains gestes peuvent être très mal interprétés. En plus de cette notion de handicap qui ne favorise pas une découverte de la sexualité simple, le phénomène de l'adolescence et de son cortège de pulsions et d'envies d'émancipation (que le handicap bloque parfois), accentue et complique une prise en charge institutionnelle.

En plus des éléments inhérents à sa personne, l'adolescent se trouve très souvent dans une institution, et doit donc subir dans une période de changements et de besoin de se découvrir, la promiscuité des autres jeunes ainsi qu'un cadre organisationnel souvent lourd, laissant très peu de place à l'improvisation et des décisions d'éducateurs parfois

injustes. Le fait de vivre en institution n'est pas négligeable et impacte de manière directe la découverte de la sexualité.

Encore une fois nous pouvons constater après ces investigations auprès des professionnels toute l'envergure de la question de la sexualité dans le champ du travail social.

4. Conclusion/Perspectives et nouveaux questionnements/Critiques et biais de la démarche/Positionnement personnel

4.1 Conclusion

Nous avons pu le constater à maintes reprises dans ce travail, faire un état des lieux de la question de la découverte de la sexualité chez les adolescents en situation de handicap mental dans les institutions, et essayer de comprendre le rôle que peut jouer l'éducateur dans ces questions, demande de prendre en compte de nombreux paramètres. Certains ont été rapidement mis en lumière dans le cadre théorique, et d'autres ont émergé grâce aux entretiens, posant de nouvelles questions qui seront développées dans le chapitre *Perspectives et nouveaux questionnements*.

4.1.1 Les hypothèses

Quatre hypothèses basées sur la théorie et les questions qui en ont résulté ont permis de construire et structurer les entretiens :

Hypothèse 1 : « Le handicap mental est une donnée supplémentaire qui complique la problématique de la sexualité à l'adolescence »

Hypothèse 2 : « L'adolescence est une période particulière qui rend encore plus compliqué le fait de mettre en place des éléments concrets au niveau de la sexualité des résidents concernés, dans les institutions. »

Hypothèse 3 : « Les parents et les éducateurs doivent travailler ensemble sur le sujet de la sexualité de l'adolescent »

Hypothèse 4 : « L'éducateur a un rôle et un positionnement éthique à avoir dans la découverte de la sexualité chez les personnes avec qui il travaille »

Ces hypothèses ont été le fil conducteur lors des entretiens et ont permis d'ouvrir le dialogue sur le domaine très vaste qui était à aborder, et qui a été disséqué dans la partie *Analyse des données*. Durant le travail d'analyse des données, nous nous sommes rendu compte qu'on ne pouvait pas répondre d'une façon unanime à ces hypothèses par un oui ou un non mais qu'elles étaient extrêmement nuancées selon le contexte, l'institution, la personne prise en charge, l'éducateur, etc. Il a été très intéressant de voir les différentes manières de penser l'action et d'agir.

Tout au long de ce travail et de l'analyse des données découlant des entretiens, la complexité du sujet est apparue, la multitude des façons de faire selon les institutions, les équipes éducatives et l'éducateur lui-même, mais aussi selon le jeune et son degré de compréhension a été mise en lumière. Il est évident que les éducateurs n'agissent pas la même chose avec une personne en situation de handicap mental léger qu'avec une personne lourdement handicapée mentalement. Il est aussi apparu que les problématiques relevées par les hypothèses : spécificité du handicap mental, juridiction englobant le sujet des mineurs, partenariat avec les parents, rôle de l'éducateur, sont vues différemment d'un éducateur à l'autre, cependant il ressort de tous les entretiens que quelque chose doit être fait au sujet de la sexualité dans les institutions, mais que les éducateurs doivent être mieux formés afin de prendre en charge adéquatement le jeune. Certains parlaient même de l'intervention d'un tiers spécialisé pour aborder ces questions de la sexualité. Il a aussi été instructif de constater que certains éducateurs sont très à

l'écoute des lois et des chartes et qu'ils les suivent à la lettre afin de se protéger des éventuels cas de dénonciation d'abus, et que d'autres sont plus « libres » par rapport à ce sujet et essaient de permettre plus de latitude d'action. Cependant tous ont été clairs sur la notion de limites et de barrières à mettre avec les résidents. La notion de partenariat avec les parents est aussi vue de manière très différente d'une personne à l'autre. Pour certains tous les éléments de la sexualité doivent être communiqués vu que jusqu'aux 18 ans de leur enfant, les parents en sont encore responsables. Pour d'autres les adolescents dits « standards » de 15 à 18 ans n'ont pas envie de communiquer sur leur vie sexuelle avec leurs parents, donc ils ne le font que si le besoin se fait sentir. En ce qui concerne l'hypothèse qui dit que le handicap mental est une donnée supplémentaire qui complique encore la découverte de la sexualité, elle semble amener deux éléments pour les éducateurs, d'une part quand elles émergent, les questions de sexualité sont plus compliquées car le handicap ne permet pas de les vivre de façon simple et sereine. Cependant par rapport à des adolescents dits « standards », les risques sont moindres car les possibilités d'avoir des relations sexuelles ne sont pas fréquentes. Le « soucis » se situe plus sur la façon dont la sexualité est découverte, et les moyens, endroits, façon de faire, mise en place par l'adolescent pour faire ces découvertes.

Si les visions des éducateurs sont très différentes sur le sujet de la sexualité, un élément les rassemble et est ressorti de tous les entretiens, c'est le fait de vouloir « bien faire » et que l'adolescent puisse vivre ces questions liées à la sexualité de façon sereine. Même s'ils voient leur rôle d'éducateur de façon différente, soit limitant et cadrant pour la sécurité de l'adolescent, soit plus permissif pour donner le choix des découvertes (dans le cas du handicap mental léger), le but est le même.

Si nous pouvons aisément nous rendre compte que la question de la place et des droits de la personne en situation de handicap mental a énormément évolué à travers l'histoire, nous pouvons constater encore que les éducateurs parfois manquent de moyens et de connaissances pour permettre à la personne en situation de handicap de vivre ses droits de façon adéquate. Les sciences humaines n'étant pas des sciences exactes, il semble que les réponses à donner ne se trouvent pas dans des visions uniques mais chaque situation mérite une réflexion et une réponse adaptée. Il ressort de certains entretiens que le contexte même d'une journée en institution ne permet pas forcément de s'arrêter et de passer du temps sur une situation pour premièrement y réfléchir en tant que professionnel, et deuxièmement surtout, donner du temps à la personne pour pouvoir découvrir sa sexualité. Il serait donc intéressant pour les institutions et les équipes éducatives, de réfléchir aux éléments vraiment importants que la personne en institution doit vivre. Car au fond nous faisons de l'éducation dite sociale ou spécialisée, censée prendre en compte les différences et le rythme de chacun. En voulant trop leur permettre de se développer et de vivre le plus de choses possibles, parfois les personnes en institution n'ont même plus la possibilité de vivre pour elles-mêmes.

Il ressort donc de ce mémoire que les éducateurs travaillent dans un contexte législatif et institutionnel (chartes) qu'ils doivent absolument suivre et auxquels ils doivent se plier. Outre ce contexte formel, l'éducateur se trouve dans un mouvement de pensée qui découle des réflexions de son époque, ce courant de pensée est amené par des professionnels ou des institutions internationales (ONU, OMS, etc.) qui ont réfléchi et théorisé (PPH, CIF, SIHM, etc.) la question du handicap pour en sortir des concepts qui donnent aux personnes en situation de handicap les mêmes droits qu'aux personnes dites valides. L'action des équipes éducatives est teintée par ces idées et après avoir pris en compte ces éléments, l'éducateur doit parvenir à trouver sa liberté et sa créativité dans les réponses données. Cependant il y a d'autres éléments à prendre en compte, tels que le degré du handicap mental de l'adolescent (et donc les explications sont à adapter), les résonnances que la sexualité des résidents fait vivre aux éducateurs, le rythme institutionnel, les demandes des parents, le regard des autres membres de l'équipe éducative si une action non-conventionnelle est testée, etc. Il faut donc une grande

ingéniosité et créativité pour que la mise en place d'une action en matière de sexualité soit utile, adéquate et comprise par tous.

Pour terminer cette conclusion, je souhaiterais l'illustrer par un texte qui reprend quelques éléments qui sont ressortis des entretiens.

« - Je lis aussi de belles phrases inscrites dans des chartes, mots magnifiques derrière lesquels les gestes ensuite posés sont toujours aussi durs, restrictifs et infantilisants, parce qu'aucune conscientisation n'a été préalablement exercée auprès des professionnels.

- J'entends, dans le champ du handicap mental, des jugements de valeur beaucoup trop vite déclamés à l'égard de certaines personnes handicapées comme « abuseurs ou abusés », alors que les tiers ne prennent pas le temps pour tenter aussi une autre lecture des gestes manifestés.

- Je reçois des hommes/femmes dont la chambre n'est éternellement jamais la leur, aucun droit privé ne leur y est vraiment reconnu et tout ce qui relève de leur vie intime est forcément connu de l'ensemble des professionnels de la structure de vie. Dans le champ des handicaps physiques, certaines institutions empêchent l'accès à une assistance sexuelle à la chambre (pourtant individuelle) du résident, alors que ce dernier ne peut pas sortir pour la rencontrer ailleurs.

- J'apprends encore que de s'embrasser serait interdit devant les autres résidents et que désirer improviser une petite visite à son amoureux d'un groupe de vie à l'autre est impossible... car la règle veut que l'on dépose sa demande trois jours avant.

- Je vois des parents vouloir être informés et se mêler du moindre baiser échangé (handicap mental), ou demander à leur fille/fils de renoncer à leur partenaire si ce dernier vit aussi avec un handicap (physique), exiger une caméra de surveillance dans la chambre de leur fille, ou encore estimer que le désir manifesté de la part de leur fils en vue de sa participation à un groupe d'éducation sexuelle serait inutile puisqu'il n'a pas d'amie.

- L'absence d'animation en éducation spécialisée à la vie affective, intime et sexuelle consiste en une superbe prise de pouvoir : celle du silence et de l'ignorance, deux facteurs générateurs de solitude et de souffrance, et en conséquence générateurs aussi de vulnérabilité et de comportements à risques.

- Nous sommes sur le chemin, mais il reste du chemin à parcourir... et c'est bien le chemin qui est le but. » (Agthe Diserens, 2009, p.10)*

Ce texte écrit par une personne extérieure aux équipes éducatives et à leur tourbillon quotidien, peut être sujet à critiques, justement encore une fois les éducateurs peuvent évoquer les contingences institutionnelles, etc. Cependant il permet de réfléchir et de se rendre compte de certaines absurdités que la prise en charge au niveau de la sexualité peut entraîner et de résumer les erreurs que peuvent faire les équipes ou les parents quand l'action n'est pas bien réfléchie et mise en place.

Nous rappelons pour une action empreinte de respect et de non jugement, l'importance pour l'éducateur d'être conscient des résonnances que la sexualité des résidents peuvent provoquer en lui. Seulement après avoir pris conscience de sa vision de la sexualité il pourra adéquatement guider et faire son rôle d'éducateur.

Ce texte clos la partie théorique et analytique de ce mémoire. Nous allons pouvoir nous concentrer et ébaucher les éléments nouveaux que les entretiens ont mis en lumière, et qui demanderaient à être élaboré dans un autre travail de mémoire, mais aussi faire une critique et analyser les biais de la présente démarche de recherche, puis émettre un avis personnel sur le travail.

4.2 Perspectives et nouveaux questionnements

Lors du premier entretien effectué dans le cadre de ce mémoire, la direction d'un établissement a été interrogée. Cette personne parlait de la liberté et de la créativité dont les éducateurs jouissaient dans les institutions. Mais aussi des possibilités concrètes d'actions et d'interventions au niveau de la sexualité des résidents. Toutes les idées et propositions pouvaient être réfléchies et travaillées. Cette personne ajoutait cependant qu'il faut être prudent et ne pas voir de la sexualité partout, mais vraiment analyser les besoins réels. Lorsque les éducateurs ont été interrogés, ils n'ont pas du tout fait état de cette liberté d'action dans les institutions, mais plutôt du fait de devoir se protéger. Premièrement la crainte que l'action posée ne soit pas comprise en équipe était présente chez plusieurs éducateurs interrogés. Puis il y a aussi le phénomène de la loi et des éléments de protections des mineurs contre les abus qui a été abordé à plusieurs reprises. Nous pouvons donc constater que le travail imaginé par la direction que nous pourrions appeler *travail prescrit*, et le *travail réel* que l'éducateur fait sur le terrain n'est pas forcément le même.

4.2.1 Travail prescrit et travail réel

« [...] il y a d'un côté le travail prescrit, c'est-à-dire ce qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures, des directives, des marches à suivre, des codes, des programmes, etc. Et par ailleurs le travail réel, à savoir ce que l'opérateur produit et a le sentiment de produire effectivement, tantôt en deçà, tantôt au-delà des règles et des attentes formelles. Le travailleur ne suit les règles à la lettre que lorsqu'il fait la grève du zèle. Le reste du temps, il y a toujours un écart entre le travail prescrit et son travail réel. On définit même la compétence professionnelle comme la ressource nécessaire à combler cet écart : je ne montre ma compétence (et je n'en ai besoin) qu'à partir du moment où suivre les ordres ne suffit pas pour produire les transformations du monde que j'adresse à d'autres et/ou que j'attends de moi.

Ceux qui ont la charge de diriger le travail ont intérêt à savoir que les prescriptions ne peuvent pas suffire à rationaliser l'action. Mieux : qu'elles ne le doivent pas si l'on veut (1) que chaque travailleur ait une marge de manœuvre et de réalisation de soi, (2) que la profession dispose d'un espace de délibération lui offrant (et lui demandant) de définir en permanence – via des controverses professionnelles – les critères d'évaluation et de validation de son action. La santé au travail dépend moins du soin que l'on prend après coup des personnes affectées par leur travail que de l'espace que l'organisation leur offre pour prendre collectivement (et préventivement) soin de leur travail, donc de ceux à qui ce travail est adressé. »³¹

S'il y a une claire différence entre ce qui est prescrit dans les procédures et les concepts des institutions, et l'idée que les directions se font du travail des équipes, il en va de même dans le sens de l'éducateur qui lui adapte son travail à la réalité du terrain. Evidemment cette marge de manœuvre lui permet de se sentir responsable de son travail et un certain épanouissement. Nous pouvons quand même nous demander comment la communication se fait entre les directions et les équipes éducatives afin d'avoir une même vision sur les sujets importants. Il est clair que les chartes et concepts institutionnels donnent le chemin à suivre mais ils ne disent pas comment la communication doit passer entre les équipes éducatives et les directions pour aller dans un même sens.

³¹ Source : <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/publ-1101.pdf>, consulté le 11 août 2013

Alors comment communiquer ? Si l'éducateur apprend dans sa formation que « tout est communication » et « qu'il ne peut pas ne pas communiquer » ainsi que toutes les formes de langages (verbal, non verbal, paraverbal) ainsi que des techniques d'entretien et de comportement à avoir durant ces entretiens³², il semble que dans les faits, il puisse être difficile de faire ce fameux lien de communication des idées avec la direction. Les chartes et concepts devant être nuancés, comment l'éducateur peut-il comprendre sa marge de manœuvre dans la prise en charge de la sexualité des résidents, s'il n'a pas la pensée précise dans laquelle veut aller la direction ?

En nous basant sur les entretiens menés il apparaît que les idées des directions par rapport à la prise en charge de la sexualité des résidents, si certaines directions semblent tout à fait prêtes à mettre en place des éléments concrets et même à soutenir une certaine créativité des éducateurs, d'autres sont plus synonymes de frein pour les équipes éducatives qui parfois se retrouvent encore face à des refus catégoriques d'entrer en matière sur le sujet. Nous constatons donc bien que les différences entre le travail prescrit émis dans des chartes et concepts par les institutions, le travail que font les éducateurs, les idées que se font les directions de ce qui est fait dans les équipes éducatives et les idées que les éducateurs se font des possibilités d'agir, sont réelles. Ce constat est général et ne concerne pas seulement le domaine de la sexualité, de fait il faut se poser la question suivante : comment les équipes éducatives et les directions peuvent-elles apprendre à mieux communiquer et se comprendre ? Les équipes de direction sont-elles trop déconnectées de la réalité du terrain ?

Il semble primordial pour le travail social en général que les directions puissent être connectées à la réalité des différents terrains afin de pouvoir avoir une bonne évaluation des besoins et demandes. Du côté des éducateurs sociaux, des relations claires et directes avec les directions, des possibilités de discussions sur les marges de manœuvres concrètes, permettraient de meilleures réponses. Ces deux entités institutionnelles devraient pouvoir fusionner pour pouvoir coller au plus proche de la réalité. Cependant la nature même de leur travail prescrit semble les éloigner, les éducateurs travaillant sur le terrain, faisant face à des problèmes concrets, et les directions managant et travaillant avec les partenaires extérieurs, gérant tous les corps de métiers, les questions plus « stratégiques », etc. Comment donc les réunir ? Ces questions de communication entre les directions et le terrain demandent encore à être longuement réfléchies et creusées.

Tout au long de ce travail, et des entretiens menés, la question de la formation des éducateurs a été un élément récurrent. Il a d'ailleurs été abordé précédemment. Cet élément semble primordial pour la prise en charge des questions entourant la sexualité des résidents.

4.2.2 La formation

L'éducateur dans sa formation de base reçoit un nombre incroyable d'outils et d'éléments théoriques et de réflexions qui lui permettent d'acquérir des armes pour travailler dans le domaine si compliqué du social. Il reçoit en effet, entre autre, des cours de base de psychologie, travail sur soi, communication, entretien, psychopathologie, et des réflexions bien plus générales sur le travail social dans toutes les facettes qu'il englobe et au sujet des nombreux domaines dans lesquels il pourrait travailler. Il étudie aussi des éléments sur le fonctionnement des organisations, cette liste non exhaustive montre l'immense palette et la quantité des sujets abordés par la formation de base HES.

Cette formation globale de l'éducateur fait de lui un généraliste. Sa pratique professionnelle lui permettra d'acquérir les outils spécifiques aux besoins que requière

³² Cours hes-So, module C4, Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi, Christiane Grau, 2010

son emploi. Pour ce travail de recherche, les cas qui nous intéressent sont les éducateurs travaillant avec des adolescents en situation de handicap mental placés en institution. Les éducateurs interrogés ont tous fait part de leur manque de connaissance et de compréhension de la sexualité pour pouvoir accompagner au mieux leur résidents. Si la formation de base n'a pas vocation à former des spécialistes, les formations continues le permettent. Cependant la sexualité des adolescents en situation de handicap mental qui nous a beaucoup concernés dans ce mémoire, n'est pas le seul sujet préoccupant et important à creuser auquel les éducateurs font face. Cet élément pose une question pour les travailleurs sociaux en général, comment devient-on spécialiste de la population avec laquelle nous travaillons ?

L'expérience permet aux éducateurs de mieux connaître une population et donc de devenir « des experts » dans le domaine. Mais le choix des formations continues est aussi important. Dans les institutions des formations continues sont proposées. Certaines sont obligatoires et d'autres à choix. Les éducateurs construisent donc leurs spécialisations en partie. Faudrait-il alors que les institutions rendent des formations obligatoires sur le sujet de la découverte de la sexualité chez les personnes en situation de handicap ? Cette solution est déjà mise en place dans des institutions. Permettant ainsi à tout le personnel accompagnant travaillant d'être sensibilisé à cette question de la sexualité.

Nous pouvons dès lors nous poser la question de savoir si ces formations sont suffisantes pour pouvoir agir de façon adéquate sur le terrain. Une chose est certaine en tous cas, ces formations permettront à l'éducateur de faire des réflexions sur la sexualité et sur sa pratique professionnelle ce qui, comme nous l'avons vu à maintes reprises, est primordial pour une bonne prise en charge dans les institutions.

Si nous faisons un inventaire des outils à disposition de l'éducateur pour pouvoir prendre en charge des situations ayant trait à la découverte de la sexualité chez les résidents dont il s'occupe, nous constatons que son premier outil est lui-même. En effet l'éducateur travaille d'abord avec ce qu'il est, ce qui inclue ses croyances, ses idéaux, etc. Un deuxième outil très important est la formation de base qui permet d'acquérir des éléments techniques, des connaissances globales, certains outils concrets pour améliorer la pratique professionnelle. L'éducateur au fil du temps acquiert de l'expérience et connaît une population de par le quotidien qu'il vit avec elle et les colloques et réflexions en équipe. Malgré ces éléments, pour parfaire sa pratique l'éducateur peut (doit) entreprendre des formations continues. Ces formations continues donnent des outils en plus qui le serviront dans sa pratique.

A la vue de ces éléments nous pouvons nous dire que l'éducateur est suffisamment « armé » pour guider un adolescent en situation de handicap mental dans la découverte de sa sexualité. Néanmoins comme nous le savons maintenant, la sexualité va chercher chez l'éducateur des éléments tellement enfouis, que les actes posés ne sont plus forcément objectifs. Le caractère si spécial du domaine de la sexualité semble donc demander une formation spéciale dans le domaine afin de pouvoir se distancer de ce sujet et le traiter de façon sereine.

Si la question de la sexualité et du handicap mental semble sur le papier être entrée dans les mœurs et vue comme un droit de la personne, nous avons constaté que bien souvent dans les institutions, il n'est pas aisé de pouvoir vivre cette sexualité ou cette découverte de la sexualité pour les résidents car énormément d'éléments (organisationnels, idéaux, etc.) viennent entraver ce vécu.

Que faire pour rendre ce sujet accessible aux éducateurs et lui permettre d'être aussi bien intégré que le voudraient les lois et les chartes et concepts institutionnels. Il semblerait que ce changement de paradigme devrait passer par la formation systématique de toutes les personnes se destinant à travailler dans le domaine du handicap, y compris les directions d'institution. De là à dire qu'il faudrait que ce sujet soit intégré dans la formation

de base de l'éducateur, ou de façon systématique dans les formations obligatoires proposées par les institutions, il n'y a qu'un pas.

Une remarque nous semble alors pertinente : le sujet de la sexualité et du handicap semble dépasser le seul niveau des institutions et des équipes éducatives, effectivement c'est bel et bien une question sociétale et politique. Un éducateur faisait remarquer dans un entretien que pour les questions ayant trait à la sexualité, la personne en situation de handicap mental est aussi en situation de « *handicap social* », car la société ne semble pas encore prête à accepter ces questions. D'autre part, pour que la sexualité des personnes en situation de handicap devienne une vraie question de société, il faut que les pouvoirs politiques en prennent toute la mesure afin de justement peut-être demander aux institutions de former leur personnel accompagnant sur ces questions.

Beaucoup de questions restent liées au domaine du handicap, celles concernant la sexualité ont cette spécificité d'être attachées à de nombreux tabous. Pour qu'elles deviennent naturelles et comprises il faudra encore un certain chemin à faire pour la société toute entière. Cependant si les travailleurs sociaux, qui sont en contact direct avec la population en situation de handicap mental dans les institutions sont formés correctement, ont des gestes prévenant et une écoute attentive, les choses avanceront déjà dans le microcosme que sont les institutions.

Les questions soulevées dans ce chapitre, semblent être des réflexions de fond à émettre dans le travail social et elles pourraient faire l'objet d'un travail de Bachelor à part entière, elles englobent en effet des éléments d'ordre généraux. Les thèmes de travail réel et travail prescrit et de la communication entre les directions et les équipes éducatives, et celui de la formation des éducateurs, demandent vraiment des recherches plus approfondies. Il était important de les effleurer dans ce mémoire car ils semblent liés au sujet principal de ce travail.

4.3 Critiques et biais de la démarche

Certains biais à la démarche ont été analysés plus haut. Et certains autres sont apparus en continuant le travail.

En ce qui concerne les possibles biais qui avaient été imaginés nous pouvons dire que la peur que les éducateurs disent ce qu'ils voudraient qui se passe dans leur pratique et non ce qui se passe réellement, n'a pas semblé être quelque chose d'aussi important que nous l'imaginions. Les personnes interrogées semblent avoir répondu de façon vraiment libre et détachée de tout idéal. Ils n'ont pas hésité à livrer leurs doutes, leurs certitudes, leurs forces et leurs faiblesses.

En menant cette recherche, et en travaillant ce thème dans notre pratique professionnelle, nous avons forcément des idées et des expériences vécues dans le cadre de notre travail. Le risque était de ne pas faire un travail objectif dans les entretiens et de vouloir mener les personnes vers des réponses qui correspondent à nos idées. Afin d'éviter cet élément le plus possible, nous avons essayé d'être le plus objectif possible dans ces rencontres et de laisser l'interviewé se livrer. Pour recadrer l'entretien, nous avons posé uniquement les questions ayant trait aux hypothèses et aux indicateurs.

Le dernier biais qui avait été analysé avait trait au caractère intime et délicat du sujet et à la gêne qu'il pouvait provoquer chez la personne interrogée. A ce sujet nous avons été très impressionnés par l'aisance avec laquelle les éducateurs parlaient de ce sujet. Nous avons constaté que ce sujet devait beaucoup être débattu en équipe et qu'une certaine habitude dans les mots et les concepts s'était installée. Il n'y a pas eu de gêne à parler clairement et concrètement du sujet.

Si les biais imaginés ne se sont pas révélés si entravant pour la recherche, d'autres sont apparus et nous pouvons dès lors souligner le fait que la démarche et les éléments théoriques ayant été choisis par l'auteur de ce mémoire, il lui a forcément imprimé une direction qui lui semblait intéressante, adéquate et en lien avec le sujet de façon objective mais aussi subjective. Sa pratique, sa familiarisation avec le sujet, les expériences faites dans son travail ont orienté son mémoire et les recherches théoriques s'en sont certainement trouvées influencées.

De même, l'auteur a choisi dans la partie analytique de relever des éléments qui étaient ressortis des entretiens et de les classer d'une façon qui lui semblait intéressante. Selon sa logique. Ce travail est forcément teinté et orienté vers ce qui sensibilise l'auteur. Nous ne pouvons pas dire que ce travail est donc objectif et qu'il englobe de façon générale tous les éléments ayant trait au sujet de la découverte de la sexualité chez les adolescents en situation de handicap mental en institution et du rôle des éducateurs.

La mise en place de six entretiens dans trois institutions différentes, dont un avec une direction d'institution a été suffisant pour avoir un certain éventail d'idées et d'expériences différentes. Cependant pour avoir encore plus d'éléments et peut-être une vision plus exhaustive de ce qui est établi en matière de sexualité dans les institutions, il aurait pu être intéressant d'interroger une autre direction d'institution ainsi que d'autres éducateurs travaillant dans d'autres institutions.

Mis à part ces éléments, ce travail de Bachelor a été très agréable à mener, les éléments théoriques apportés et les lectures faites ont permis d'acquérir une vision globale de ce qui est fait en matière de sexualité pour les personnes en situation de handicap tant au niveau de certaines lois que des visions des institutions, il a aussi permis de constater quels sont les nouveaux concepts concernant le handicap et les réflexions menées à ce sujet. Nous possédons une bien meilleure idée globale de la vision du handicap dans notre société à notre époque.

Pour finir, les éléments tirés de l'analyse des entretiens ont permis de démontrer que dans les équipes éducatives les questions liées à la sexualité posent énormément de questions et que les réponses ne sont pas forcément encore satisfaisantes. Si nous avons choisi ce sujet de mémoire c'est justement parce que les premières questions et doutes au niveau de notre pratique professionnelle se situaient au sujet de la sexualité.

4.4 Positionnement personnel

Ayant fait ma formation d'éducateur spécialisé en emploi auprès de la Haute école en Travail Social de Sierre, une des première question qui m'est apparue dans ce qui était mon premier emploi en tant qu'éducateur, et auprès d'adolescents en situation de handicap mental, concernait la question des soins, des douches et de l'intimité. En effet ayant un jour lors de ma première semaine de travail été « catapulté » pour doucher un des adolescents du groupe sans avoir reçu aucune formation et information préalable, la question de l'intimité des jeunes en institution, et de l'attitude à avoir m'a tout de suite parue primordiale. Petit à petit en m'intégrant dans ce groupe et cette équipe éducative, les questions de l'intimité des adolescents lors des moments de douche qu'un éducateur supervise presque systématiquement ont continué à me travailler. Ces moment ne sont pas des moments intimes, souvent il y a de nombreux va et viens dans la salle de bain, des éducateurs ou des autres jeunes du groupe peuvent arriver à n'importe quel moment, parfois même lorsque le temps presse le jeune qui va prendre sa douche est déjà nu et prêt à attendre que la personne en train de se doucher sorte. Bref tous ces éléments ne m'ont jamais semblé très satisfaisants.

Petit à petit en parallèle à ces questions autour de l'intimité, d'autres sont intervenues au niveau de la sexualité et de l'affectivité des résidents. En effet certaines manifestations de

pulsions sexuelles (masturbations dans lieux inappropriés, exhibition, etc.) n'étaient pas du tout tolérable et devait être bannies. Cependant les réponses données par l'équipe éducative (et moi) ne me semblaient pas du tout appropriées. Souvent faites dans l'urgence du moment, les réponses n'étaient vraiment pas réfléchies et adaptées. Sans explication nous posons un interdit sur une action sans que le jeune ne puisse comprendre pourquoi, alors qu'il aurait fallu expliquer que cette action n'est pas faisable en publique mais qu'il y a des endroits pour exprimer ses envies sexuelles. Pour cela il faut trouver le temps et le moment opportun pour le faire.

La situation concrète de ma pratique ne me convenait donc pas et il m'a semblé utile au moment de choisir le sujet de mon mémoire de parler de la sexualité des adolescents en situation de handicap mental. Au début ne sachant pas quelle forme il prendrait je me suis peu à peu intéressé à faire un état des lieux de la question du handicap au travers de la sexualité, jusqu'à obtenir ce travail.

La façon de traiter la sexualité des résidents de mon établissement me paraissait intéressante et il semblait que le sujet était pris en compte par la direction et les équipes éducatives. En effet un groupe de réflexion est mis en place et intervient dans les équipes lorsque le besoin se fait sentir. Par le hasard des rencontres et de l'évolution dans ma place de travail, j'ai pu faire partie de ce groupe de travail que nous sommes en train de remanier en ce moment même. Si les questions de sexualité sont prises en compte et réfléchies concrètement, il me semble encore qu'une bonne conscientisation de la problématique de la part des éducateurs notamment en réfléchissant à partir de la personne en situation de handicap et non de soi-même est primordiale. C'est le point le plus important. Des formations peuvent nous aider à réfléchir dans ce sens et il me paraît clair que c'est la mission des éducateurs que de réfléchir à partir de la personne dont il s'occupe et non d'eux-mêmes. Si j'insiste sur ce fait c'est que je remarque que dans toutes les équipes éducatives que je visite dans le cadre de ce groupe de réflexion sur la sexualité, cette idée est bien intégrée dans les discours, mais pas du tout dans les actes.

En voyant les différents éléments évoqués par les éducateurs et la direction interrogés, il m'a semblé que le sujet de la sexualité pose beaucoup de questions mais que concrètement les éducateurs ne savent toujours pas comment y répondre. Ces questions sont souvent minimisées et laissées « pour plus tard ». Cet élément n'est pas satisfaisant et je me demande toujours malgré ce travail de Bachelor comment pouvoir intégrer de façon naturelle les questions de sexualité puisque c'est bien de cela qu'il s'agit. Ayant suivi des formations et participé à un groupe de réflexion, je me rends compte que si une prise de conscience n'est pas faite par l'accompagnant, même si il suit des formations, les réponses ne pourront pas être adaptées au besoin du résident.

Une bonne prise en charge des questions entourant la sexualité me semble devoir passer par deux niveaux, premièrement la formation de l'adolescent en situation de handicap mental à l'aide d'une éducation spécialisée à la vie affective, intime et sexuelle comme l'intitule Catherine Agthe Diserens. Cette sensibilisation donnera les outils clairs pour comprendre ce qui se passe dans son corps lors de ces nombreuses transformations de l'adolescence, mais aussi les moyens de dire non et de se protéger des abus. Il faut deuxièmement évidemment que les éducateurs soient formés un minimum sur le sujet de la sexualité et de la prise en charge qu'il demande avec les spécificités que nous avons vues plus haut liées à l'adolescence, aux institutions et au handicap mental. Un accompagnement bienveillant et non-jugeant est absolument nécessaire.

A l'aide des recherches en lien avec ce mémoire, je me suis rendu compte que l'éducateur doit aussi faire avec le contexte institutionnel et politique qui l'entoure. J'ai donc pu comprendre que l'éducateur agit dans un cadre beaucoup plus large que celui du groupe de vie dans lequel il travaille. Les connaissances qu'il doit acquérir pour une prise en charge adéquate des questions concernant la sexualité sont nombreuses.

Après toutes les recherches, entretiens, formations et expériences vécues sur le terrain, il me paraît clair que ce sujet est un élément qui interroge chaque équipe éducative travaillant avec des personnes en situation de handicap mental. Une prise de conscience a été faite, le contexte légal, mais aussi les réflexions autour de la personne en situation de handicap, font que l'éducateur est vraiment dans une démarche d'aide à l'autodétermination de la personne. Cependant encore trop souvent nous faisons des actions et mettons en place des activités sans rapport avec les réels besoins de la personne. Plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte (manque de temps, réflexion à partir de soi-même et de ses envies, incompréhension des envies de la personne, etc.). Il faut donc continuer la réflexion et essayer de donner des réponses adaptées à chacune des situations.

Pour finir, il ne fait aucun doute que les questions autour de la sexualité doivent continuer à être étudiées et conscientisées par les éducateurs, cependant je n'ai pas trouvé de réponses établies dans la théorie concernant le sujet, ou dans les entretiens menés. Et au fond il n'y a peut-être pas de recette miracle pour une prise en charge adéquate des questions de sexualité chez les adolescents en situation de handicap mental en institution... Une pincée de bon sens, un doigt de formation, 10 grammes de sensibilité... et beaucoup d'ingrédients secrets et de feeling... quelle est la vôtre ?

5 Liste des abréviations

AAMR	: American Association on Mental Retardation
LHand	: Loi sur l'égalité pour les Handicapés
LProMin	: Loi sur la Protection de Mineurs
Cst	: Constitution
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
INSOS	: INstitutions SOciales Suisses pour personnes handicapées
CIF	: Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
PPH	: Processus de Production du Handicap
SIMH	: Système d'Identification et de Mesure du Handicap

6 Bibliographie

Ouvrages

AGTHE DISERENS, C, (2013), *Sexualité et handicap, entre tout et rien...*, éditions Saint-Augustin, Saint-Maurice

AGTHE DISERENS, C, (1998), in : MORVAN, J.-S, (1998), *L'Adolescent au seuil de quoi...?*, Journées romandes d'études « asa » du 7 et 8 novembre 1998, Morges.

American Psychiatric Association, (2003), *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte révisé*, Masson, Paris

BAUD, O, (2006), *L'autodétermination en institution : la meilleure prévention contre les maltraitances et la violence*, in : GALLI CARMINATI, G, MENDEZ, A, (2006), « J'abuse ? » *La personne avec retard mental et troubles psychiatriques face à l'abus*, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg

DELVILLE, J, (1997), *Ethique, sexualité et handicap mental*, in : DUCHENE, J, MERCIER, M, DELVILLE, J, DELFOSSE, M.-L, MATTYS, M, WITDOUCK, O, (1997), *Ethique et handicap mental*, Presses universitaires de Namur, Namur

DOLTO, F, DOLTO-TOLITCH, C, (1989), *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Club France Loisir, Paris

DURIF-VAREMBONT, J-P, (2010), *Handicap et sexualité : pour une éthique de l'accompagnement*, in : CICCONE, A, (2010), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, éditions Erès, Toulouse.

FOUGEYROLLAS, P, et NOREAU, L, (2007), *L'environnement physique et social : une composante conceptuelle essentielle à la compréhension du processus de production du handicap*, in : BORIOLI, J, LAUB, R, (2007), *Handicap de la différence à la singularité*, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg

HESS-KLEIN, C, (2007), *Droit de l'égalité des personnes handicapées. Etat des lieux en Suisse et au niveau des Nations Unies*, in : BORIOLI, J, LAUB, R, (2007), *Handicap de la différence à la singularité*, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg

KORPES, J.L, (1988), « Notes d'histoire », *les cahiers de L'EESP*, éditions EESP, Lausanne

MAIA, M, (2009), *Sexualités adolescentes*, L'Harmattan, Paris.

OTT, L, (2010), *Travailler avec les familles, parents-professionnels : un nouveau partage de la relation éducative*, Edition Erès, Toulouse

PERETIE, R, (2010), *Construire son identité sexuée pour intégrer son handicap*, in : CICCONE, A, (2010), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, éditions Erès, Toulouse.

Plan Stratégique Handicap 2011, (PSH2011) du canton de Vaud

RICHOZ, M, (2007), *Les cadres politiques et législatifs comme dimensions environnementales*, in : BORIOLI, J, LAUB, R, (2007), *Handicap de la différence à la singularité*, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg

TREMBLAY, R, (1998), « Approche globale de la sexualité de la personne handicapée », *les cahiers de l'actif*, no 268/269, disponible sur internet : <http://www.actif-online.com/>, consulté le 12 juillet 2013

Chartes

Amour, sexualité et handicap-Chartes, Cadres éthique et juridique, INSOS, Genève 2012
Charte prévention abus sexuels, Groupe de travail interassociatif prévention, Berne 2011

Sites internet

http://www.asa-handicap-mental.ch/56/Handicap_mental.html, consulté le 12 juillet 2013
<http://www.actif-online.com/>, consulté le 12 juillet 2013
<http://www.admin.ch>, RS 101, consulté le 13 juillet 2013
<http://www.unil.ch/ome/page34300.html>, consulté le 13 juillet 2013
<http://www.charta-praevention.ch/cms/fr/?Home>, consulté le 14 juillet 2013
http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/, consulté le 14 juillet 2013
<http://www.larousse.fr>, consulté le 15 juillet 2013

Cours Haute Ecole en Travail Social, Sierre

Module E9 : développement cognitif et social, Pierre Margot-Cattin, 2010
Module E9 : développement cognitif et social Louis Vaney, 2010
Module E9 : développement cognitif et social Véronique Gaspoz, 2010
Module C5 : collaborations et professionnalités Véronique Gaspoz, 2010
Module C4 : relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi, Christiane Grau, 2010

Conférence

« *Du cœur au corps* », du 27 au 29 août 2012, Catherine Agthe Diserens

Textes distribués dans le cadre de cette conférence utilisés dans le présent travail :

AGTHE DISERENS, C, (2009), *Le contexte historique du handicap, nulle idée ne part de rien*, Nyon

AGTHE DISERENS, C, (2008), *Le travail social au risque de la sexualité... en lien avec les handicaps*, Nyon, 4 janvier 2008

AGTHE DISERENS, C, (2006), *A qui bénéficie l'éducation spécialisée à la vie affective intime et sexuelle ?*, texte pour la revue SPCS/SZH, Pédagogie Curative Suisse

AGTHE DISERENS, C, (2003), *Points de ruptures, points de repères : La sexualité dans l'adolescence handicapée*, 5eme Forum de l'Enfance et de l'Adolescence, Médecine, Psychologie et Société, Centre Chaillot Galliera, Paris, 22 et 23 mai 2003

AGTHE DISERENS, C, (2000), *Le tabou, le tiers et le temps*, Journée d'étude du vendredi 12 mai 2000 du Centre Universitaire Provincial « la Clairière » à Bertrix

7 Annexes

Annexe A Charte amour et sexualité

Charte et engagement

En référence:

- à la Déclaration universelle des droits de l'homme (ONU - 10.12.1948)
- à la Déclaration des droits des personnes handicapées (ONU - 09.12.1975)
- au Rapport de l'OMS (2002), selon lequel :
La Santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle implique une attitude positive et respectueuse vis-à-vis de la sexualité et des relations sexuelles de même que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles satisfaisantes et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de toutes les personnes soient respectés, protégés et qu'ils puissent être comblés.

Les signataires reconnaissent:

- que la vie affective et sexuelle fait partie des droits fondamentaux de toute personne
- que le besoin d'aimer et d'être aimé est au cœur de l'existence et de la reconnaissance de toute personne
- que le désir et le langage affectif et sexuel sont des expressions vitales de l'être humain et doivent être considérés dans une perspective d'épanouissement personnel et d'intégration sociale
- que toute personne a droit à une sphère privée
- que les personnes dont la nature du handicap représente un obstacle même majeur à l'épanouissement de leur vie affective et sexuelle ont droit à des réponses concrètes adaptées à leurs besoins
- que, pour toute personne, la sexualité implique des désirs, des espoirs et des élans, qu'elle peut être facteur de développement personnel et relationnel, s'accompagner de joies, de satisfactions, mais aussi de doutes et de souffrances
- que la relation affective, amoureuse et sexuelle doit être basée sur un consentement mutuel et un respect réciproque
- que chaque personne a le droit d'être informée dans ce domaine.

Les signataires institutionnels s'engagent:

- à inscrire la sexualité dans leurs documents de référence, notamment dans leur projet institutionnel et dans les projets personnalisés
- à prodiguer de l'éducation sexuelle dans l'accompagnement et le suivi des personnes, par exemple sous la forme de groupes de paroles ou de suivi individuel. Cette éducation sexuelle doit être donnée par des intervenants extérieurs ou des professionnels de l'institution préalablement formés
- à promouvoir et à maintenir une formation permanente de son personnel dans ce domaine, si possible en collaboration avec d'autres professionnels et à en débattre dans les équipes
- à définir un cadre éthique visant à respecter ces droits et à veiller à la sécurité, à l'intimité, au bien-être, à l'intégrité et au respect de chaque personne
- à permettre à la personne de combler ses besoins sexuels en lui donnant accès aux moyens existants dans le cadre de la légalité et des principes éthiques
- à entretenir, avec les différents acteurs sociaux, institutionnels et familiaux, un partenariat dynamique (vivant), propre à favoriser ce type de démarches éducatives
- à promouvoir dans la société civile les droits et une image valorisante de la personne dans le domaine de la sexualité
- à rendre la Charte compréhensible à toute personne concernée.

Les signataires privés s'engagent:

- à participer activement à cette démarche en tant que partenaire à part entière.

Annexe B Charte prévention abus sexuels



Charte pour la prévention des abus sexuels, de la maltraitance et d'autres formes de violation de l'intégrité

www.charte-prevention.ch

Nous sommes vigilants! Nous ne tolérons aucun abus sexuel, aucune maltraitance ni aucune autre forme de violation de l'intégrité.

Les associations, institutions et organisations signataires reconnaissent les **principes fondamentaux** suivants concernant la **prévention des abus sexuels, de la maltraitance et d'autres formes de violation de l'intégrité**. Ces principes s'appliquent à toute personne travaillant ou étant prise en charge dans nos institutions et organisations.

Concept de prévention

1. Chacune de nos institutions et organisations dispose de concepts, de stratégies et de planification de mesures pour la prévention des abus sexuels, de la maltraitance et d'autres formes de violation de l'intégrité. La procédure en cas de suspicion d'abus sexuel ou d'abus sexuel avéré est définie et connue de tous les collaborateurs/trices, de toutes les personnes prises en charge en charge et de leurs proches. Tout cas de suspicion est traité (**politique de tolérance zéro**).
2. Au moyen d'une communication interne et externe régulière, nous contribuons à maintenir élevée la sensibilité nécessaire.

Rendre plus fortes les personnes avec des besoins de soutiens particuliers

3. La **promotion des compétences** des personnes avec des besoins de soutiens particuliers dans nos institutions et organisations accorde une grande attention aux aspects de la proximité et de la distance, de la fixation des limites ainsi qu'à leur propre sexualité. Ces personnes doivent savoir comment se défendre contre une violation de leur intégrité personnelle.
4. Les personnes fortement dépendantes en matière d'assistance et de soutien sont prises en compte dans cette promotion et sont habilitées, en fonction de leurs facultés, à exprimer un **refus** et à signaler des abus. Pour ce groupe de personnes particulièrement exposées, nous intégrons l'entourage personnel (proches, personnes de référence) dans le travail de prévention.

Rôle clé des collaborateurs/trices

5. Une attention et une vigilance particulières sont appliquées en matière de **recrutement et sélection du personnel**. La présentation d'un extrait du casier judiciaire est une condition sine qua non pour l'engagement de collaborateurs/trices en contact direct avec les personnes avec des besoins de soutiens particuliers. L'employeur contrôle les certificats de travail de manière attentive (intégrité) et sollicite avant l'engagement des références fournissant également des informations sur le comportement en matière de proximité et de distance.¹
6. Lors de l'engagement, les nouveaux collaborateurs/trices de nos institutions et organisations signent une **déclaration d'engagement personnel**. Dans celle-ci, ils s'engagent à participer activement à la réalisation de la politique de tolérance zéro. Ils reconnaissent le concept de prévention comme faisant partie intégrante du contrat de travail.
7. Dans nos institutions et organisations, nous appliquons une **culture** de vigilance et de transparence. Nous nous séparons des collaborateurs/trices qui ne respectent pas cette culture.
8. Nous réalisons régulièrement des **cours de formation continue** sur le thème «des abus sexuels, de la maltraitance et d'autres formes de violation de l'intégrité» et les proposons également à tous les bénévoles travaillant dans nos institutions et organisations.

¹ En tenant compte de la proportionnalité pour les engagements de courte durée et le travail bénévole.

9. Nous rédigeons des **certificats de travail et des attestations d'engagements bénévoles** complets et conformes à la réalité et donnons des informations dans le même sens, en réponse à des demandes de références.

Services d'examen des plaintes et organe de médiation

10. Nos institutions et organisations disposent d'un **service bas seuil d'examen des plaintes**, avec un/e interlocuteur/interlocutrice compétent(e), dont le mandat (qui fait partie du concept de prévention) est connu des collaborateurs/trices, des personnes avec des besoins de soutiens particuliers ainsi que de leurs représentants légaux et proches. Parallèlement, toutes les personnes ont la possibilité de s'adresser à un organe de médiation externe.

Groupe de travail interassociatif prévention

Berne, le 25 novembre 2011

Jusqu'à présent, la charte a été ratifiée par les associations, organisations et institutions suivantes:

	Agogis <small>Berufliche Bildung im Sozialbereich</small>	www.agogis.ch
	Autisme Suisse	www.autism.ch
	AvenirSocial Travail social Suisse	www.avenirsocial.ch
	Association Cerebral Suisse	www.association-cerebral.ch
	Curaviva Suisse Association des homes et institutions sociales suisses	www.curaviva.ch
	Heimverband Bern Association bernoise des institutions socio-éducatives	www.heimverbandbern.ch
	Insieme Suisse Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées	www.insieme.ch
	Insos Suisse Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap	www.insos.ch
	Procap Suisse Pour personnes avec handicap	www.procap.ch
	Pro Infirmis L'organisation pour les personnes handicapées	www.proinfirmis.ch
	ASHM Association suisse de médecins s'occupant de personnes avec handicap mental ou polyhandicap	www.ashm.ch
	VAHS Association de la pédagogie curative et la sociothérapie anthroposophique en Suisse	www.vahs.ch

Vous trouverez d'autres informations relatives à la charte sous:

www.charte-prevention.ch

Annexe C Grilles d'analyse

Une couleur pour chaque personne interrogée afin de faire des regroupements

Hypothèse 1 :

« Le handicap mental est une donnée supplémentaire qui complique la problématique de la sexualité à l'adolescence. »

Indicateurs	Éléments de l'éducateur	Questions	Réponses de l'éducateur
Les éducateurs sont conscients des spécificités liées au handicap mental		Avez-vous travaillé avec des adolescents sans handicap mental auparavant ? Avez-vous noté des différences par rapport au traitement de la sexualité ? en quoi ?	
Les réponses données dans les institutions aux questions liées à la sexualité (explication mais aussi prévention, éducation sexuelle...)		Votre rôle par rapport à ce sujet était-il différent d'avec des adolescents sans handicap mental ?	
		Une prise en charge particulière est-elle préconisée par rapport aux adolescents avec lesquels vous travaillez par rapport à la sexualité ?	
		Pensez-vous que le handicap mental rend plus difficile la question de la sexualité ?	

Hypothèse 2 :

« L'adolescence est une période particulière qui rend encore plus compliqué le fait de mettre en place des éléments concrets au niveau de la sexualité des résidents concernés, dans les institutions. »

Indicateurs	Éléments de l'éducateur	Questions	Réponses de l'éducateur
Vérification de ce qui est dit dans la loi par rapport à la sexualité et à		Durant votre parcours avez-vous aussi travaillé avec des personnes adultes en	

l'adolescence.		situation de handicap mental?	
Connaissance de la loi sur la protection des mineurs par les éducateurs.		La sexualité était-elle traitée de manière différente dans les équipes?	
Les spécificités liées à l'adolescence sont prises en comptes par les éducateurs.		Sentez-vous une différence dans le rôle que joue l'éducateur auprès d'adultes par rapport aux adolescents ? En quoi l'adolescence demande-t-elle une prise en charge spécifique ?	
		Quel est le positionnement de l'institution par rapport à ces éléments ? et de la loi (la connaissez-vous ?)	

Hypothèse 3 :

« Les parents et les éducateurs doivent travailler ensemble sur le sujet de la sexualité de l'adolescent. »

Indicateurs	Éléments de l'éducateur	Questions	Réponses de l'éducateur
Il y a des discussions entre les parents et les éducateurs à ce sujet lors des réunions.		Y a-t-il un contrat de partenariat dans l'institution fait avec les parents ? Ce contrat soulève-t-il les questions liées à la sexualité ?	
Le thème de la sexualité est abordé dans les bilans éducatifs qui sont transmis aux parents et discuté.		Comment se positionne l'institution sur le sujet ?	
		Lors des bilans de vos jeunes, évoquez-vous le sujet de la sexualité ?	

		Est-ce qu'il vous semble important d'aborder ce sujet avec les parents ? (de quelle façon ? systématique ? ou lorsque le besoin se fait sentir ?)	
--	--	---	--

Hypothèse 4 :

« L'éducateur a un rôle et un positionnement éthique à avoir dans la découverte de la sexualité chez les personnes avec qui il travaille. »

Indicateurs	Éléments de l'éducateur	Questions	Réponses de l'éducateur
Charte éthique de l'institution		Quel est-ce rôle ?	
Limites que l'éducateur se pose		Les soins : quelles réactions lorsque le désir ou les sollicitations se font plus pressantes ?	
Limites dans les soins (descriptif des actes)		Comment est-ce que les valeurs personnelles de l'éducateur se confrontent-elles à celles de l'institution (avez-vous connaissance de celles de l'institution (charte)) ?	

Questions additionnelles

Savez-vous ce qui est proposé en matière d'outils concrets pour les éducateurs (niveau pédagogique pour la pratique, outils concrets, formations continues...).

Des cours d'éducation sexuelle sont-ils dispensés dans votre institution ? Savez-vous comment ils sont donnés ? Sur quelles approches sont-ils basés ? Ce que vos résidents en comprennent ?

Concrètement avez-vous été confronté à des scènes de sexualité (demandes, manifestations verbales ou physiques...) de la part de vos résidents à votre rencontre ou à celles de tiers ?

Autres points importants relevés par les personnes interviewées

Annexe D Pyramide de Maslow

Source : <http://www.google.ch>

Time Management
Pyramide des besoins de Maslow

Besoins propres au monde occidental.

1. pyramide particulièrement intéressante pour le monde du travail
2. les humains ne ressentent l'apparition d'un besoin supérieur que lorsque le besoin actuel est relativement satisfait.

