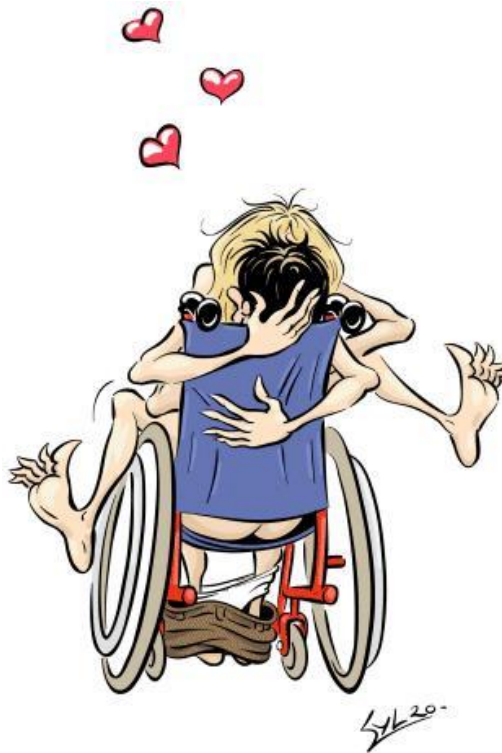


HES-SO// Valais – Wallis - Haute Ecole de Travail Social

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES-SO en Travail Social

La sexualité des personnes en situation de handicap intellectuel, un besoin encadré



Réalisé par : Camille Roccaro, Bac17

Sous la direction de : M. Emmanuel Solioz

Fully, le 11 octobre 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les six professionnels qui ont acceptés de participer aux entretiens et sans qui ce travail de recherche n'aurait pas été possible. Je suis reconnaissante pour leur disponibilité et leur implication lors des entretiens. Je les remercie également pour leur partage d'expériences, leur spontanéité, leur authenticité et surtout pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie également chaleureusement M. Emmanuel Solioz qui m'a aiguillée et accompagnée tout au long de la rédaction de ce Travail de Bachelor. Je le remercie surtout pour la pertinence de ses conseils et pour le temps consacré au suivi de ma recherche.

Un grand merci à ma famille et mes amis pour leurs recommandations et leurs encouragements tout au long de mon travail.



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

Je certifie avoir personnellement écrit ce Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citations ou paraphrases, 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. Je certifie également que le nombre de signes de ce document (corps de texte, sans les espaces) correspond aux normes en vigueur.

Camille Roccaro



Nombre de signes de corps de texte : 80'661

Image de la page de garde : [Post 26 \(semaine du 26/03\) : La sexualité chez la personne atteinte d'un handicap | edudactydem1112 \(wordpress.com\)](#)

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé comme générique et dans le seul but de ne pas alourdir le texte

RÉSUMÉ

Ce travail de recherche traite de la manière dont les éducateurs sociaux accompagnent les personnes en situation de handicap mental vivant en institution, dans leur vie sexuelle. Le choix de ce sujet est né d'interrogations survenues lors de mes diverses expériences professionnelles dans le domaine du handicap. En effet, dans une société qui prône l'autonomie et la performance, ces personnes rencontrent des difficultés dues à leur déficience intellectuelle. Selon André Dupras (2014), elles font donc face à des obstacles car l'organisation sociale de la sexualité et du choix amoureux leur porte préjudice.

Mes premières recherches m'ont permis d'étayer mes connaissances sur cette thématique et de formuler une question de recherche. Celle-ci porte sur la manière dont les éducateurs sociaux accompagnent les personnes en situation de handicap mental dans leur vie sexuelle en respectant leurs droits tout en veillant à leur sécurité.

Afin de répondre à cette question, je me suis tout d'abord documentée sur les concepts de la déficience intellectuelle et de la sexualité de manière générale, puis je me suis renseignée sur le sujet de la sexualité des personnes en situation de handicap et enfin j'ai développé mes connaissances sur l'accompagnement éducatif. Par la suite, j'ai mené et analysé six entretiens semi-directifs auprès d'éducateurs sociaux afin de découvrir ce qui se passait réellement sur le terrain. Ces professionnels ont répondu à neuf questions en se positionnant, en donnant leurs avis et imageant leurs propos avec des situations qu'ils ont rencontrés durant leur parcours professionnel.

Ce travail m'a permis de vérifier les trois hypothèses de départ qui portaient sur les différentes manières d'accompagner ces personnes, sur les difficultés de cet accompagnement ainsi que sur les divers éléments qui impactent l'épanouissement sexuel des bénéficiaires.

J'ai découvert que les actions mises en place sont semblables pour la majorité des éducateurs. En revanche, chaque professionnel n'a pas la même aisance et la même sensibilité par rapport à ce sujet et accompagne donc de manière différente les résidents. Il en ressort également que la vie en communauté au sein d'une institution ne représente pas de danger particulier et que seul l'épanouissement sexuel des bénéficiaires représente une prise en charge délicate pour les professionnels.

Le lieu principal d'intimité est la chambre. Le fait que chaque résident ait sa chambre individuelle contribue à leur épanouissement sexuellement.

Le fait de respecter et prendre en compte les besoins sexuels des bénéficiaires, et d'adopter une posture bienveillante et de non-jugement est essentiel et participe à augmenter leur estime d'eux même malgré leurs besoins de suppléance.

Suite à cela, j'ai proposé trois pistes d'actions pratiques afin de répondre à cette problématique. La première serait de conseiller aux équipes éducatives de suivre une formation animée par une éducatrice en santé sexuelle du centre SIPE afin d'apprendre à agir et réagir de manière adéquate en ce qui concerne la sexualité des bénéficiaires. La seconde serait de créer un « bureau de la sexualité » géré par un éducateur de l'institution ayant obtenu un CAS ou un DAS en santé sexuelle. Ce lieu permettrait aux résidents de parler de leurs besoins et de poser leurs questions en ce qui concerne leur vie sexuelle. De plus, les membres des équipes éducatives pourraient bénéficier des conseils de cet éducateur afin d'accompagner de manière adéquate les résidents dans ce domaine. La

dernière piste d'actions serait de faire connaître la prestation d'assistance sexuelle aux travailleurs sociaux des institutions concernées afin que les personnes accompagnées puissent en bénéficier.

Je conclus mon Travail de Bachelor par la description des limites et difficultés de cette recherche, l'apport de ce travail pour ma future pratique professionnelle, mes perspectives ainsi que mes réflexions personnelles.

Mots clés :

Handicap – sexualité – institution – éducateur – législation – sécurité – santé sexuelle

TABLE DES MATIERES

1	L'INTRODUCTION.....	6
1.1	LE CHOIX DE LA THÉMATIQUE.....	6
1.2	MES MOTIVATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES.....	6
1.2.1	<i>Le moteur de ma démarche.....</i>	6
1.2.2	<i>Mon intérêt pour le sujet.....</i>	7
1.2.3	<i>Le lien avec le travail social.....</i>	7
1.3	LA QUESTION DE DÉPART.....	7
1.4	LES OBJECTIFS.....	7
1.4.1	<i>les objectifs théoriques.....</i>	8
1.4.2	<i>Les objectifs de recherche.....</i>	8
1.4.3	<i>Les objectifs personnels.....</i>	8
2	LE CADRE THÉORIQUE.....	9
2.1	LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....	9
2.1.1	<i>La définition et la classification.....</i>	9
2.1.2	<i>Les différents niveaux de sévérité du handicap intellectuel.....</i>	9
2.1.3	<i>L'évolution historique et sociologique de la prise en charge des personnes en situation de handicap mental.....</i>	11
2.1.4	<i>La singularité et les besoins de suppléance.....</i>	11
2.1.5	<i>L'aspects juridique.....</i>	12
2.2	LA SEXUALITÉ.....	13
2.2.1	<i>Les stades psychosexuels selon Freud.....</i>	13
2.2.2	<i>La puberté.....</i>	14
2.2.3	<i>La santé sexuelle.....</i>	15
2.3	LA SEXUALITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	15
2.3.1	<i>Dans notre société.....</i>	15
2.3.2	<i>La construction identitaire.....</i>	15
2.3.3	<i>L'intimité.....</i>	16
2.3.4	<i>La notion de danger.....</i>	16
2.3.5	<i>Un droit fondamental.....</i>	17
2.3.6	<i>L'assistance sexuelle.....</i>	17
2.3.7	<i>Les centres SIPE (sexualité, information, prévention et éducation).....</i>	18
2.4	L'ACCOMPAGNEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL.....	18
2.4.1	<i>La définition du travail social.....</i>	18
2.4.2	<i>Les principes d'action pour le travail avec les bénéficiaires.....</i>	19
2.4.3	<i>Le développement du pouvoir d'agir.....</i>	19
2.4.4	<i>L'influence de l'environnement sur le professionnel.....</i>	20
3	LA PROBLÉMATIQUE.....	21
3.1	LA QUESTION DE RECHERCHE.....	21
3.2	LES HYPOTHÈSES.....	22
4	LA MÉTHODOLOGIE.....	23
4.1	LE CHOIX DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	23
4.2	LA MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES.....	23
5	L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	24
5.1	QUELQUES INFORMATIONS PRÉALABLES.....	24
5.2	L'HYPOTHÈSE 1.....	24

5.2.1	<i>La description des données.....</i>	24
5.2.2	<i>L'éclairage des résultats avec l'apport de la théorie</i>	26
5.3	<i>L'HYPOTHÈSE 2.....</i>	27
5.3.1	<i>La description des données.....</i>	27
5.3.2	<i>L'éclairage des résultats avec l'apport de la théorie</i>	28
5.4	<i>L'HYPOTHÈSE 3</i>	29
5.4.1	<i>La description des données.....</i>	29
5.4.2	<i>L'éclairage des résultats avec l'apport de la théorie</i>	31
5.5	<i>LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES</i>	31
5.5.1	<i>L'hypothèse 1.....</i>	31
5.5.2	<i>L'hypothèse 2.....</i>	32
5.5.3	<i>L'hypothèse 3.....</i>	32
6	LA CONCLUSION	34
6.1	<i>LA SYNTHÈSE</i>	34
6.2	<i>LES PISTES D' ACTIONS PRATIQUES</i>	35
6.2.1	<i>Une formation à l'interne pour tous les collaborateurs.....</i>	35
6.2.2	<i>Un CAS et un DAS en santé sexuelle</i>	35
6.2.3	<i>La prestation d'assistance sexuelle.....</i>	36
6.3	<i>LES LIMITES ET LES DIFFICULTÉS DU TRAVAIL</i>	36
6.4	<i>LA CONCLUSION</i>	37
6.4.1	<i>Mes réflexions et les apports pour ma future pratique professionnelle</i>	37
6.4.2	<i>Les enseignements relatifs à un Travail de Bachelor</i>	37
7	LES RÉFÉRENCES.....	38
8	ANNEXE 1	40
9	ANNEXE 2	42

1 L'INTRODUCTION

1.1 LE CHOIX DE LA THÉMATIQUE

Lors de mes deux formations pratiques, j'ai été amenée à accompagner des personnes en situation de handicap intellectuel. Tout au long de ces stages, je me suis questionnée sur la place que l'on donne à la vie sexuelle des résidents et de manière générale à celle des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. En effet, la vie en communauté et l'accompagnement quotidien des éducateurs sociaux ont un impact sur l'intimité des personnes qui vivent en foyer.

Selon Bertrand Morin (2015), certaines personnes ayant un handicap intellectuel rencontrent des difficultés en ce qui concerne la gestion de leurs émotions, de leur communication et leurs relations sociales. Ils ont également des problèmes de compréhension qui rendent compliqués la perception du fonctionnement du corps et des différents facteurs affectifs et sociaux relatifs à leur sexualité.

C'est pour ces raisons que j'ai décidé de concentrer mes recherches sur les personnes en situation de handicap intellectuel adulte vivant en institution.

1.2 MES MOTIVATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

1.2.1 LE MOTEUR DE MA DÉMARCHE

Lors de mes expériences professionnelles, j'ai constaté que les résidents n'étaient pas tous égaux face à la sexualité. En effet, certains avaient un partenaire sexuel alors que d'autres non. Pour ces derniers, rien ne leur était proposé pour subvenir à ce besoin, ou du moins pas grand-chose.

En relevant certains comportements et lors de discussions, j'ai constaté que pour certains résidents ce manque avait un impact dans leur épanouissement personnel. Par exemple, lors d'un entretien, un résident d'une soixantaine d'année m'a confié que le fait de n'avoir jamais connu de femme était « le plus grand regret de sa vie ».

Au cours de diverses conversations avec les éducateurs, j'ai remarqué qu'ils n'avaient pas beaucoup de connaissances au sujet de l'assistance sexuelle. Sur le premier lieu de stage, les deux professionnels avec lesquels j'en ai parlé, m'ont fait part de leur réticence face à la complexité de cette prise en charge. En effet, ceux-ci avaient peur que le bénéficiaire s'attache à la professionnelle. Ils avaient également peur que le fait de soulever ces questions provoquent des tensions voir des conflits avec la famille du résident.

Lors de ma seconde formation pratique, la notion financière est apparue concernant l'assistance sexuelle. En effet un résident a émis le vœu de pouvoir avoir recours à une assistance sexuelle on lui a répondu que cette prestation avait un coût et que s'il voulait en bénéficier il devait réduire d'autant sa consommation de cigarettes. Je me suis alors posée la question sur une prise en charge pouvant être faite à ce niveau.

D'autre part, j'ai senti un décalage entre les informations que possédaient les professionnels à ce sujet et les cours qui nous sont proposés à la HES. Ce constat m'a

amenée à me questionner sur notre responsabilité en tant que futurs professionnels dans ce domaine.

Plusieurs autres sujets liés à la sexualité des bénéficiaires en situation de handicap mental m'ont surprise et interrogée comme par exemple, le fait que toutes les femmes prenaient des contraceptifs alors que certaines d'entre elles n'étaient pas actives sexuellement. En discutant avec l'une d'entre elle, j'ai appris que ses parents lui avaient suggéré de se faire ligaturer les trompes comme cela « c'est plus simple » car « elle ne peut pas avoir d'enfants ».

1.2.2 MON INTÉRÊT POUR LE SUJET

La complexité de cet accompagnement, m'a amenée à participer au séminaire « Sexualité et handicap : affectivité et intimité en institution » lors de mon dernier semestre de formation afin de pouvoir mieux comprendre les enjeux actuels et approfondir mes connaissances à ce sujet.

J'ai également suivi le cours sur l'assistance sexuelle car c'est un service relativement nouveau dont je voulais comprendre le fonctionnement.

1.2.3 LE LIEN AVEC LE TRAVAIL SOCIAL

Le choix de cette thématique est également motivé par le fait que j'aimerais travailler plus tard avec cette population. Ce travail de recherche me permettra d'acquérir des outils pour perfectionner mon accompagnement et le fait d'avoir été sensibilisée à ce sujet me permettra d'agir avec un certain recul et une certaine réflexion. En tant qu'éducateur, nous devons être à l'écoute des besoins et des désirs des personnes qui nous sont confiées afin qu'elles se réalisent au mieux.

J'aimerais, grâce à ce travail de recherche, comprendre les enjeux actuels et la complexité de l'accompagnement des personnes en situation du handicap mental dans leur vie sexuelle. Je pense que c'est à nous nouveaux professionnels de partager les connaissances acquises afin d'ouvrir la discussion, de poser les problèmes afin de trouver les meilleures solutions possibles dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes qui nous sont confiées.

De plus, ce travail de Bachelor me permettra d'accroître mes compétences en ce qui concerne les méthodes de recherche et l'écriture scientifique. Ces compétences pourront m'être utiles en tant que future professionnelle dans le domaine du travail social.

1.3 LA QUESTION DE DÉPART

Mes premières lectures ainsi que ma pratique professionnelle m'ont permis de formuler une question de départ qui orientera ma recherche.

« QUELLE PLACE DONNE-T-ON À LA SEXUALITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP INTELLECTUEL EN INSTITUTION ET QUELS EN SONT LES ENJEUX ? »

1.4 LES OBJECTIFS

Ce travail de recherche me permettra de développer des savoirs et des compétences aux sujets des enjeux liés à la sexualité des personnes en situation de handicap intellectuel. Les objectifs que je souhaiterais atteindre au travers de ce travail sont les suivants.

1.4.1 LES OBJECTIFS THÉORIQUES

- Définir le handicap intellectuel et ses enjeux
- Approfondir mes connaissances au sujet du développement de la sexualité de l'être humain
- Découvrir les enjeux et les impacts de la sexualité sur la personne en situation de handicap intellectuel
- Approfondir mes connaissances au niveau légal en ce qui concerne des droits des personnes en situation de handicap intellectuel en Suisse

1.4.2 LES OBJECTIFS DE RECHERCHE

- Découvrir la manière dont les besoins sexuels des personnes en situation de handicap mental sont pris en charge par les professionnels qui les accompagnent
- Identifier les difficultés de cet accompagnement
- Identifier le rôle de l'éducateur dans l'accompagnement de la vie sexuelle des personnes en situation de handicap
- Découvrir par des entretiens les différentes pratiques actuelles concernant l'accompagnement de la sexualité de ces personnes

1.4.3 LES OBJECTIFS PERSONNELS

- Acquérir des compétences et des outils pour ma future pratique professionnelle en ce qui concerne l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental dans leur vie sexuelle
- Développer mon sens critique et mon esprit d'analyse
- Acquérir des compétences en ce qui concerne les méthodes de recherche et l'écriture scientifique

2 LE CADRE THÉORIQUE

2.1 LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

2.1.1 LA DÉFINITION ET LA CLASSIFICATION

Selon la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (2016), le handicap intellectuel fait partie de la catégorie des troubles neurodéveloppementaux. Il se caractérise par des déficits aussi bien intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Ceux-ci apparaissent durant la période du développement.

Les déficits des fonctions intellectuelles

Ils concernent le raisonnement, la résolution de problème, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience. Ces déficits sont confirmés par une évaluation clinique et une évaluation du quotient intellectuel (QI).

Les déficits des fonctions adaptatives

La personne n'intègre pas les normes socioculturelles permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Elle éprouve des difficultés dans plusieurs activités de la vie quotidienne comme la communication et la participation sociale.

Le terme diagnostique *handicap intellectuel* est l'équivalent des *troubles du développement intellectuel* dans la 10^e Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Cependant, c'est le terme handicap intellectuel qui est communément employé dans le domaine médical, celui de l'enseignement ainsi qu'au sein des associations représentatives (Association American Psychiatric, 2016).

2.1.2 LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ DU HANDICAP INTELLECTUEL

Le DSM-5 partage ce trouble en quatre niveaux de sévérité : léger, moyen, grave et profond. Ce manuel décrit les caractéristiques propres à chaque niveau dans les domaines conceptuel, social et pratique. (Association American Psychiatric, 2016)

Le degré léger

Le domaine conceptuel : La personne en âge d'aller à l'école présente des difficultés à acquérir des compétences scolaires comme l'apprentissage de la lecture, de la lecture de l'heure, de l'écriture, du calcul et a besoin d'aide pour satisfaire le niveau de développement qui correspond à son âge.

Le domaine social : Par rapport aux autres individus du même âge, la personne est immature dans ses interactions sociales. Elle peut avoir des difficultés à contrôler ses émotions et ces difficultés sont remarquées par les autres. Elle court donc le risque d'être manipulée par les personnes qu'elle côtoie.

Le domaine pratique : La personne nécessite une assistance pour les tâches complexes de la vie quotidienne, elle est cependant autonome en ce qui concerne la prise en charge de ses soins d'hygiène corporel. Elle a également besoin d'une aide pour prendre des décisions médicales ou légales et de soutien pour élever une famille.

Le degré moyen

Le domaine conceptuel : Les capacités intellectuelles de ces personnes sont largement en deçà de celles de leurs pairs. Au niveau scolaire, les différents apprentissages progressent lentement et sont limités par rapport aux autres enfants. À l'âge adulte, leurs capacités intellectuelles sont de niveau élémentaire. Une aide est nécessaire pour mener à bien les tâches de la vie quotidienne.

Le domaine social : La personne montre de grandes différences par rapport à ses pairs dans la communication et les comportements sociaux. Il ne perçoit pas ou n'interprète pas avec finesse les codes sociaux. L'individu a la capacité de créer des liens avec sa famille ou des amis, il peut même établir des relations amicales ou amoureuses durables à l'âge adulte. Cependant, les relations avec des personnes non handicapées sont souvent affectées par une communication et une sociabilité limitée.

Le domaine pratique : La personne peut assurer ses besoins personnels (nourriture, toilette, habillage, etc.) bien qu'une période prolongée d'accompagnement soit nécessaire afin d'accéder à l'autonomie dans ce domaine. En ce qui concerne les activités de loisirs, la personne peut accéder à des pratiques variées. Cependant, cela requiert une aide supplémentaire ainsi qu'une période d'apprentissage plus longue que pour les personnes du même âge.

Le degré grave

Le domaine conceptuel : La personne a peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant des nombres, des quantités et du temps. Elle a besoin d'une aide substantielle afin de résoudre ses problèmes tout au long de sa vie.

Le domaine social : Le langage est limité en ce qui concerne le vocabulaire et la grammaire. La communication se résume à des mots ou phrases simples et peut être complétée par des moyens auxiliaires comme par exemple le langage gestuel, l'utilisation de tablettes ou de pictogrammes. Les conversations sont centrées sur le quotidien, surtout « le ici et maintenant ».

Le domaine pratique : La personne a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne et nécessite une surveillance continue. Un apprentissage prolongé et une aide est nécessaire pour l'acquisition de compétences dans tous les domaines. Elle ne peut pas prendre de décisions responsables la concernant.

Le degré profond

Le domaine conceptuel : Les compétences intellectuelles de la personne sont centrées sur le monde physique plutôt que sur le monde symbolique. Certains déficits sensori-moteurs peuvent contraindre l'utilisation de certains objets.

Le domaine social : La personne comprend des instructions et des gestes simples. Elle exprime ses besoins et ses émotions généralement dans la communication non verbale. Ses déficits peuvent entraver la participation à de nombreuses activités.

Le domaine pratique : La personne dépend des autres pour les aspects de soins quotidiens, de sa santé et de sa sécurité bien qu'elle soit capable de participer à certaines de ces activités.

2.1.3 L'ÉVOLUTION HISTORIQUE ET SOCIOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL

Depuis la nuit des temps, on retrouve des individus en situation de handicap physique et intellectuel au sein de l'espèce humaine. Les peuples primitifs considéraient ces personnes comme des poids pour la famille et la tribu car ceux-ci exigeaient trop de soins et de sacrifices. C'est pour ces raisons qu'ils se débarrassaient d'eux en les condamnant à mort.

En revanche, dans la culture musulmane, les personnes ayant une déficience intellectuelle ont depuis toujours été « prises en charge », par pitié. Contrairement à des peuples civilisés comme la Grèce et Rome qui, eux, prônaient le droit de mettre un terme à une vie inutile et de souffrances.

Peu à peu, avec l'avènement du christianisme, les personnes handicapées mentales furent placées en asile dans lesquels on leur offrait des conditions de vie plus ou moins acceptables (Juhel, 2007).

Par la suite, le XIX^{ème} siècle fut un siècle qui a voulu éduquer, redresser et relever l'individu. Dans cette logique, tout ce qui s'écartait de la norme était perçu comme pathologique. Ensuite, au XX^{ème} siècle, la personne en situation de handicap est devenue peu à peu une personne citoyenne à qui il a fallu faire de la place. Elle attendait plus de reconnaissance de la part de la société que de la charité. Le combat mené par toutes les personnes rejetées (handicapées, pauvres et immigrées) est devenu un combat politique. (Bonjour, 2006)

Dès 1945, la prise en charge des personnes en situation de handicap mental s'est structurée. Les établissements se sont peu à peu développés afin de répondre au mieux aux besoins identifiés. Jusqu'au début des années 2000, les adultes présentant une déficience intellectuelle étaient considérés comme des enfants. Dès 2002, ces derniers n'ont plus besoin d'autorisation pour jouir de leurs droits fondamentaux. Ce changement a engendré une révolution éducative qui a transformé la « prise en charge » en « accompagnement » des personnes en situation de handicap mental. Depuis plus d'une dizaine d'année, l'inclusion de ces personnes est mise en place, que ce soit dans le système scolaire ou dans la société de manière générale (Morin, 2015).

2.1.4 LA SINGULARITÉ ET LES BESOINS DE SUPPLÉANCE

La personne vivant avec un handicap mental est une personne à part entière, ordinaire et singulière. Elle est ordinaire car elle a des besoins, des droits et des devoirs. Elle est également singulière car elle fait face à des besoins supplémentaires résultant d'une déficience intellectuelle et qui demandent un accompagnement à la fois adapté, permanent et évolutif (d'Huyteza, 1999, cité dans Zribi et Sarfaty, 2003).

Quels que soient leur type ou degré de handicap, ces personnes ont une capacité à la réflexion, au dialogue et à la décision. Elles ont parfois besoin de suppléances matérielles ou physiques pour les aider à surmonter certaines difficultés. Cependant elles sont beaucoup plus conscientes de leurs possibilités et de ce qui est bon pour elles que ce que la plupart des gens imaginent. (Morin, 2015).

2.1.5 L'ASPECTS JURIDIQUE

2.1.5.1 LA CAPACITÉ DE DISCERNEMENT

Selon l'article 16 du Code Civil Suisse sur les droits de la personne physique, « toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi ». (Code Civil Suisse, Art. 16 Discernement, 2020).

De plus, l'article 17 du Code Civil Suisse sur les droits de la personne physique stipule que les personnes incapables de discernement et les personnes sous curatelle de portée générale n'ont pas l'exercice des droits civils (Code Civil Suisse, Art. 17 Incapacité d'exercer les droits civils, 2020).

2.1.5.2 LA RESPONSABILITÉ

Selon l'article 333 du Code Civil Suisse sur l'autorité domestique, la personne considérée comme chef de la famille est responsable du dommage causé par la personne en situation de handicap mental placée sous son autorité, à moins qu'elle ne justifie l'avoir surveillée avec la vigilance prescrite par les circonstances. Elle est tenue de faire en sorte que la personne en situation de handicap vivant dans la maison ne s'expose pas ni n'expose autrui à péril ou dommage (Code Civil Suisse, Art. 333 Responsabilité, 2020).

2.1.5.3 LA CURATELLE

L'article 390 du Code Civil Suisse sur les dispositions générales des curatelles déclare que l'autorité de protection de l'adulte nomme une curatelle lorsqu'une personne majeure atteinte d'une déficience mentale est partiellement ou totalement empêchée d'assurer elle-même la sauvegarde de ses intérêts. La curatelle peut être la curatelle d'office ou un proche. L'autorité de protection de l'adulte prend en compte la charge que la personne en situation de handicap mental incarne pour son entourage et pour les tiers ainsi que leur besoin de protection (Code Civil Suisse, Art. 390 Conditions, 2020).

Selon l'article 391 du Code Civil Suisse sur les dispositions générales des curatelles, les tâches à exécuter dans le cadre de la curatelle sont déterminées par l'autorité de protection de l'adulte en fonction des besoins de la personne accompagnée. Ces tâches impliquent l'assistance personnelle, la gestion du patrimoine ainsi que les rapports juridiques avec les tiers. La personne désignée comme curatrice ne peut pas prendre connaissance de la correspondance ni pénétrer dans le logement de la personne accompagnée sans son consentement. Elle peut le faire seulement avec l'autorisation expresse de l'autorité de protection de l'adulte (Code Civil Suisse, Art. 391 Tâches, 2020).

2.1.5.4 LE PLACEMENT EN INSTITUTION

L'article 426 du Code Civil Suisse sur le placement à des fins d'assistance stipule qu'une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque en raison de sa déficience intellectuelle un traitement nécessaire et adéquat ne peut lui être fourni d'une autre manière. La charge que la personne en situation de handicap mental représente pour son entourage et pour des tiers ainsi que leur protection sont prises en considération. (Code Civil Suisse, Art. 426 Mesures, 2020).

2.2 LA SEXUALITÉ

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2006), la sexualité est un aspect fondamental de l'être humain et implique le sexe, les identités, les rôles socialement liés aux genres, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. Elle peut être vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Ces différents aspects ne sont pas toujours formulés ou expérimentés.

À l'âge adulte, la sexualité fait partie des facteurs qui influencent le bien-être de l'individu. La description du développement sexuel de la personne adulte est compliquée car il existe de multiples manières de vivre sa sexualité. En effet, les comportements sexuels se transforment au fil des années, ils évoluent durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. De plus, les pratiques sexuelles diffèrent selon les époques et les cultures (Bee & Boyd, 2017).

La révolution sexuelle des années 1960-1970 a impacté la vision de la sexualité et ses pratiques. En effet, de nos jours, un plus vaste éventail de choix sexuels est accepté par la société. De plus, certaines innovations comme la pilule contraceptive et le stérilet ont participé à l'émancipation de la femme et de plus en plus la société reconnaît l'importance du plaisir sexuel, autrefois mis de côté au profit de la fonction reproductive de la sexualité (Bee & Boyd, 2017).

2.2.1 LES STADES PSYCHOSEXUELS SELON FREUD

Au début du XX^e siècle, le médecin et psychanalyste Sigmund Freud fonde sa théorie psychanalytique sur le développement humain. Cette théorie se repose son travail sur les souvenirs d'enfance de ses patients. Selon Freud, le comportement de chaque individu est gouverné par des processus conscients et inconscients. L'énergie psychique qui provient des pulsions sexuelles, qu'il appelle la *libido*, représente le processus inconscient le plus fondamental. Cette libido animerait la plupart de nos comportements.

Dans son travail sur les souvenirs d'enfance de ses patients, le médecin Sigmund Freud relève le fait que ses interlocuteurs évoquent des souvenirs d'émotions et de comportements de nature sexuelle durant leur enfance. Selon ce psychanalyste, les émotions sexuelles participeraient au développement de la personnalité. Dans sa théorie, Freud entrevoit cinq stades psychosexuels. À chaque stade, la libido se concentre sur la partie du corps de l'enfant la plus sensible. (Bee & Boyd, 2017).

1. Le stade oral (de la naissance à 1 an)

Durant la première année de la vie du bébé, c'est la bouche qui représente la zone érogène. En effet, l'enfant porte tout à sa bouche. L'activité motrice principale du bébé est la succion et la principale tâche développementale est le sevrage de l'allaitement.

2. Le stade anal (de 1 à 3 ans)

La seconde zone érogène est l'anus. En effet, c'est à cet âge que l'enfant assimile le fait qu'il peut avoir le contrôle sur son corps. Il apprend que la matière fécale peut être gardée ou donnée et qu'il peut décider de la garder ou de l'expulser. C'est à cet âge que l'enfant apprend la propreté et le contrôle de ses sphincters.

3. Le stade phallique (de 3 à 6 ans)

Les troisièmes zones érogènes sont les parties génitales. C'est durant cette période que les enfants éprouveraient une attirance sexuelle pour le parent du sexe opposé. Cette attraction est baptisée *le complexe d'Œdipe* par Sigmund Freud.

4. La période de latence (de 6 à 12 ans)

Lors de cette période, l'enfant développe des mécanismes de défense et s'identifie aux pairs du même sexe. En revanche, aucune zone érogène n'est attribuée à cette période.

5. Le stade génital (12 ans et plus)

Les zones érogènes sont à nouveau les parties génitales. L'adolescent atteint la maturité de son intimité sexuelle.

Selon Sigmund Freud, un environnement précoce inadéquat entraînerait une fixation qui plus tard engendrerait des comportements reflétant des problèmes non résolus et des besoins non satisfaits. Par exemple, une fixation au stade phallique entraînerait un comportement déviant et des dysfonctionnements sexuels à l'âge adulte (Bee & Boyd, 2017).

2.2.2 LA PUBERTÉ

À l'adolescence, la période de changements physiques et hormonaux appelée la *puberté* est déclenchée et régie par les hormones. Ces dernières entraînent deux séries de changements corporels. La première est le développement des organes sexuels. La seconde est la série de modifications dans le cerveau, les os, les muscles et d'autres organes. L'ensemble de ces changements atteignent leur apogée avec la maturité sexuelle et reproductive. Les modifications les plus évidentes sont ceux liées à la maturité sexuelle.

Voici les particularités physiques principales du développement des *caractères sexuels primaires* chez les filles et chez les garçons :



La maturation du vagin, de l'utérus et des ovaires qui libèrent les ovules.



La maturation du pénis, du scrotum et des testicules qui produisent le sperme.

L'évolution des caractères sexuels secondaires :



La croissance des poils, le changement de voix et le développement des seins



La croissance des poils, le changement de voix et la croissance de la barbe

D'autre part il est à noter que plusieurs facteurs influent sur les sécrétions hormonales comme l'alimentation, l'exercice, les facteurs héréditaires, épigénétiques et comportementaux.

Tous ces modifications surviennent dans le même ordre chez les jeunes, en revanche, ils ne surviennent pas tous aux mêmes âges. Par exemple, sur un échantillon de filles âgées de douze ans, certaines d'entre elles auront déjà leur poitrine ou hanches qui se développent alors que d'autres pas encore.

Les diverses évolutions physiques visibles et invisibles génèrent l'attirance sexuelle et l'évolution des comportements sexuels et reproducteurs. Bien souvent, l'orientation sexuelle de la personne est établie bien avant la puberté. Cependant, elle en prend conscience plus concrètement à l'adolescence. Les premières expériences sexuelles

accompagnement la plupart du temps les premières relations amoureuses. La façon dont ils vivent et expérimentent leur sexualité influence leur bien-être et leur santé (Bee & Boyd, 2017).

2.2.3 LA SANTÉ SEXUELLE

L'Organisation mondiale de la santé (2016) définit la santé sexuelle comme l'état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité. Ce n'est pas simplement l'absence de pathologie, de dysfonctionnement ou d'infirmité sur le plan sexuel. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse du corps et des relations sexuelles, sans contrainte, discrimination ou violence.

2.3 LA SEXUALITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

2.3.1 DANS NOTRE SOCIÉTÉ

Depuis longtemps, la personne en situation de handicap mental est perçue comme « étrange » car son apparence physique et son comportement ne correspondent pas aux normes de notre société. De plus, la personne en situation de handicap intellectuelle est souvent considérée comme un « sous-humain » dans les sphères affectives et sexuelles. C'est pour cela que pour beaucoup de personnes il est légitime d'interdire l'acte génital car dans l'inconscient collectif cela pourrait conduire à engendrer d'autres êtres « anormaux ». Dans une société qui attache de l'importance à l'autonomie et la performance, les personnes en situation de handicap mental sont marginalisées. En effet, le fait qu'elles aient besoin d'un accompagnement au quotidien compromet leur possible statut de parent. De plus, elles font face à des obstacles car l'organisation sociale de la sexualité et du choix amoureux les desservent (Dupras, 2014).

De nos jours, la société reconnaît peu à peu une vérité qu'elle avait jusqu'ici négligée : le handicap intellectuel n'empêche pas d'avoir une sexualité. Elle accorde la possibilité d'accéder à la pratique du sexe car elle est nécessaire à une bonne santé et chaque citoyen doit pouvoir bénéficier de cet état. Cependant, toujours selon la société, cette sexualité doit rester dans le champ du handicap. Or, la sexualité est avant tout humaine et pas handicapée (Vaginay, 2011).

2.3.2 LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE

2.3.2.1 UNE QUÊTE DE RECONNAISSANCE

Selon André Dupras (2014), de nombreuses personnes en situation de handicap mentionnent le fait qu'ils ont des besoins sexuels comme tout le monde. Cette revendication met en lumière une problématique liée à l'identité de la personne : vouloir avoir une vie sexuelle « comme tout le monde » peut signifier que l'individu désire être reconnu comme un être humain à part entière. En effet, le fait de souhaiter avoir un partenaire sexuel peut démontrer un besoin de prouver sa normalité ainsi que son appartenance à l'humanité. La valeur de soi de ces personnes demande d'être continuellement reconfirmée. Accéder à une vie sexuelle peut donc témoigner d'une quête de reconnaissance.

Une seconde problématique concerne leur pouvoir de séduction. Certaines personnes en situation de handicap souffrent d'être des sujets désirants qui ne sont pas des objets de désir. Avoir un partenaire sexuel présume d'être capable de susciter l'attraction et le désir d'un individu (Dupras, 2014).

2.3.2.2 LE PASSAGE À LA VIE D'ADULTE

Pour certaines personnes en situation de handicap, l'absence de relations sexuelles les empêche d'être perçues comme des adultes et les conserve dans un état infantin. Cette infantilisation peut provoquer un sentiment de dévalorisation.

Bien souvent et de manière générale, la personne en situation de handicap mental est traitée comme un enfant. En effet souvent on parle pour elle et on décide pour elle. Son entourage la considère comme un éternel enfant incapable d'assumer sa sexualité. Il lui dicte comment penser ou comment se comporter en matière de sexualité. Dans ce contexte, la relation sexuelle peut représenter une consécration qui introduit l'individu dans le monde des adultes. Cependant, cet acte ne signe pas la sortie assurée de l'enfance. En effet, le rêve réalisé, la déception peut retomber face à l'infantilisation persistante au quotidien. (Dupras, 2014)

Dans notre société, le fait d'être adulte signifie que l'individu bénéficie de l'autonomie dont il est capable, qu'il est reconnu comme un être humain pouvant faire des choix et avoir des désirs. L'accès au statut d'adulte ne va pas de soi. Pour l'atteindre, la personne traverse plusieurs étapes et rites de passage qui symbolisent la mort de l'enfant et la naissance de l'homme ou la femme. Ce statut est plus compliqué à acquérir pour les personnes en situation de handicap intellectuel car elles atteignent un développement physique semblable à leurs pairs, mais pas un développement psychique égalitaire (Morin, 2015).

2.3.3 L'INTIMITÉ

L'intimité évoque ce qui est le plus personnel et elle permet à la personne d'être un individu libre. Les quatre domaines principaux sont :

- les pensées et affects de la personne
- la relation à son corps
- l'espace personnel
- les relations à autrui

L'intimité touche ainsi l'esprit, le corps et l'environnement humain et matériel de l'individu. Elle évolue tout au long de la vie. En effet, l'enfant va petit à petit se créer son espace personnel. Dans notre culture, la chambre représente l'espace le plus intime de la personne (Morin, 2015).

Pour les personnes en situation de handicap qui vivent en institution, la chambre correspond à leur espace d'intimité. Cependant, cet espace est parfois partagé avec un autre résident ou alors si la santé ou le handicap de la personne l'exige, des professionnels devront entrer dans son espace d'intimité.

Il est souvent difficile pour les travailleurs sociaux et l'environnement familial de donner une place concrète à l'intime de la personne en situation de handicap. La dépendance psychique de ces personnes ne crée pas les conditions propices à un compromis relationnel équilibré et rendent difficiles la délimitation des frontières du privé. Ne pas reconnaître le besoin d'intimité d'une personne revient à la réduire, la chosifier et nier sa conscience de soi. (Zribi & Sarfaty, 2003)

2.3.4 LA NOTION DE DANGER

Selon Denis Vaginay (2011), de nos jours, les personnes en situation de handicap se retrouvent dans des situations paradoxales en ce qui concerne leurs relations sexuelles car

elles sont encouragées à y penser et en même temps la société rend cette relation inaccessible. En effet, elle propose un accès à la sexualité, mais la rend improbable pour les personnes en situation de handicap car elles seraient trop vulnérables pour la supporter.

Il est vrai que certaines personnes en situation de handicap mental restent vulnérables et elles doivent être accompagnées dans ce domaine à la hauteur de leurs besoins pour les protéger des abus qui pourraient leur être nuisibles. Cependant, il faut considérer les interventions de la part de l'entourage et des professionnels comme des empiètements qui peuvent maintenir les personnes en situation de handicap dans une dépendance accrue (Vaginay, 2011).

En tant que professionnel, il faut garder à l'esprit que toute aide doit intervenir dans le cadre d'une compréhension globale de la personne. Les problèmes liés à la sexualité sont en lien avec l'histoire de la personne, son contexte familial, relationnel et culturel (Zribi & Sarfaty, 2003).

2.3.5 UN DROIT FONDAMENTAL

Selon la déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies (1948), tout individu peut jouir du droit à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité.

D'autre part, la Convention Européenne des Droits de l'homme (1950), mentionne le droit à la libre disposition de soi.

Selon l'article 8 de la Constitution fédérale, « tous les êtres humains sont égaux devant la loi ». De plus, « la loi prévoit des mesures en vue d'éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées » (Constitution fédérale de la Confédération Suisse, 2020).

2.3.6 L'ASSISTANCE SEXUELLE

Selon l'association *Sexualité et Handicaps Pluriels* (SEPH), l'assistance sexuelle est une prestation qui répond au désir et au besoin d'exploration érotique, sexuelle et sensuelle d'un individu en situation de handicap afin d'entrer en contact avec son corps ou le corps de quelqu'un d'autre.

En suisse, la majorité des demandes en assistance sexuelle proviennent d'hommes majeurs, de tout âge et atteints de tous types de handicaps. Ces demandes peuvent être adressées aux associations concernées ou directement à l'assistant sexuel par la personne intéressée, ou bien par un éducateur, un médecin, un psychiatre ou par un membre de la famille (Aregger, 2020).

Selon Marcel Nuss (2008) « La revendication d'un accompagnement à la vie intime, affective et sexuelle n'est pas celle d'un simple droit à l'orgasme, à l'éjaculation, à la jouissance physique, elle est beaucoup plus complexe et subtile. C'est la recherche d'un bien-être total : physique et moral. C'est l'attente d'une prise en compte, autant que d'une prise en considération, de l'humanité qui réside en chacun de nous, donc évidemment aussi dans ces personnes en situation de dépendance vitale. »

2.3.6.1 L'ASSISTANCE SEXUELLE VS LA PROSTITUTION

Tout comme la prostitution, le service fourni par un assistant sexuel est un service rémunéré dont le but est le bien être sexuel du client. Cependant, il existe plusieurs différences entre ces deux métiers. En effet, l'assistant sexuel se doit de suivre une

formation spécifique, à la suite de quoi il est rattaché à une association et il est supervisé. D'autre part, l'assistant sexuel entretient une relation avec l'entourage de la personne demandeuse. Ces différents aspects n'existent pas dans le domaine de la prostitution (Aregger, 2020).

2.3.7 LES CENTRES SIPE (SEXUALITÉ, INFORMATION, PRÉVENTION ET ÉDUCATION)

La Fédération Valaisanne des Centres SIPE (2021), offre depuis 1976 et pour tout le Valais un service grâce à une équipe formée en santé sexuelle. Dans les cinq centres, des conseillères en santé sexuelle sont disponibles afin de soutenir et répondre aux questions de chaque personne qui en ressent le besoin dans les domaines suivant :

- La sexualité et la grossesse, la sexualité et le post-partum
- La contraception, la contraception d'urgence, le test de grossesse
- Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), VIH
- La grossesse, la grossesse non désirée, l'interruption de grossesse
- La fertilité, l'infertilité, le désir d'enfant
- Les abus sexuels, la violence
- Les mutilations génitales féminines (MGF), l'excision
- L'orientation sexuelle et affective
- La sexualité et le handicap
- Les difficultés sexuelles
- La connaissance de soi

Le SIPE est mandaté par le Département de l'économie et de la formation pour les interventions en 4H, 6H, 8H, 10CO, 11CO et au post-obligatoire. Les éducatrices en santé sexuelle des centres SIPE interviennent également dans les écoles et institutions spécialisées. Cette prestation se construit en collaboration avec les parents, le personnel enseignant et les éducateurs (Fédération Valaisanne des Centres SIPE, 2021).

Les éducatrices du SIPE mènent également des actions de prévention et de promotion de la santé sexuelle. À la demande, elles organisent des cours, conférences, formations ou animations (Fédération Valaisanne des Centres SIPE, Santé sexuelle : prestations, 2021).

Selon le SIPE, la gestion de l'affectivité, de l'intimité et de la sexualité des personnes en situation de handicap qui vivent en institution, suscitent de multiples interrogations. Les équipes de professionnels soignants et éducatifs se retrouvent souvent face à des situations et/ou comportements qui questionnent. Pour cette raison, les centres SIPE proposent une formation spécifique adressée aux professionnels de ces institutions sur cette thématique (Fédération Valaisanne des Centres SIPE, Formations, 2021)

2.4 L'ACCOMPAGNEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL

2.4.1 LA DÉFINITION DU TRAVAIL SOCIAL

La profession de travailleur social aspire à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines, le développement et l'autodétermination des individus afin d'améliorer leur bien-être. Sur la base des théories du comportement et des systèmes sociaux, cette profession opère à l'intersection entre les personnes et leur environnement. Les principes des droits humains et de la justice sociale sont essentiels pour les travailleurs sociaux (AvenirSocial, 2010).

2.4.1.1 LES OBJECTIFS ET LES DEVOIRS DU TRAVAIL SOCIAL

Selon le code de déontologie du travail social en Suisse (2010), le travail social a pour but que les individus se soutiennent mutuellement dans leur environnement social et participent ainsi à l'intégration sociale. Cette profession se soucie tout particulièrement des personnes et groupes sociaux qui, de manière provisoire ou sur le long terme, connaissent des difficultés dans l'accomplissement de leur vie, ou qui ne disposent pas d'un accès suffisant aux ressources sociales. C'est pour cette raison que le travail social a pour objectifs d'inventer et de développer des solutions à des problèmes sociaux. De plus, il participe à atténuer la détresse des personnes ou des groupes humains. Une autre mission du travailleur social est celle d'accompagner, d'éduquer et de protéger les individus tout en garantissant et maintenant leur développement.

Cette profession base ses décisions et ses méthodes dans le contexte interdisciplinaire et sa fonction sociale sur des bases scientifiquement avérées.

2.4.1.2 LES DILEMMES DE LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

La complexité de la mission du travailleur social provient du fait que celui-ci est confronté à l'aspect pluridimensionnel de la recherche du bien commun des personnes, des groupes ou des communautés concernés. La gestion d'intérêts contradictoires et des conflits de loyauté font également partie de son mandat.

Les professionnels du travail social doivent être capables de défendre leurs actions, d'en débattre et de les remettre en question (AvenirSocial, 2010).

2.4.2 LES PRINCIPES D'ACTION POUR LE TRAVAIL AVEC LES BÉNÉFICIAIRES

Selon le code de déontologie du travail social en Suisse (2010), les travailleurs sociaux doivent garder une position à la fois empathique vis-à-vis des difficultés des bénéficiaires tout en gardant une distance adéquate. Ils doivent sensibiliser les personnes accompagnées à leurs droits mais également à leurs devoirs lorsque celles-ci acquièrent plus d'autonomie.

Les informations personnelles doivent être traitées avec précautions et discrétion. Ils doivent agir avec prudence et retenue en ce qui concerne l'obligation de dénoncer et de témoigner.

2.4.3 LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR

Selon Yann Le Bossé (2016), l'objectif de l'aide professionnelle est de contribuer à créer les conditions pour que les personnes franchissent un obstacle. Le travailleur social peut y participer en soutenant le développement du pouvoir d'agir (DPA) personnel.

Yann Le Bossé définit plusieurs postures professionnelles : militant, policier, sauveur et passeur. Selon lui, la plus adéquate afin de favoriser le DPA de la personne est la posture de passeur. Il s'agit d'accompagner le bénéficiaire sur un chemin qui n'est pas tracé d'avance et qui conduit à un passage que la personne va franchir seule. Le bénéficiaire peut ainsi s'attribuer le mérite du franchissement de l'obstacle.

Le travailleur social est donc un agent de changement qui participe à faire bouger autant les personnes que le contexte.

2.4.4 L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT SUR LE PROFESSIONNEL

Selon la théorie écologique de Bronfenbrenner (1979), l'environnement dans lequel nous évoluons a un impact sur tous les plans de notre vie.

Dans le domaine du travail social, comme dans de nombreux métiers, le contexte influence la manière de travailler du professionnel. En effet, la culture, l'histoire, la politique, la religion ainsi que l'économie de la région ou de la ville dans laquelle il exerce ont un impact sur son travail. De plus, l'éducateur a son histoire, son éducation, ses idées, ses valeurs et ses convictions. Ces différents facteurs vont influencer sa manière d'agir et d'accompagner les résidents. Il peut dans certains cas projeter ses idées sur les bénéficiaires comme l'hétérosexualité ou certains comportements sexuels.

Selon Jay Gabler et Alexis Tremoulinas (2013), la socialisation est le processus d'apprentissage des normes et valeurs de la société qui se poursuit tout au long de sa vie. Les êtres humains finissent par partager, inconsciemment, les valeurs et normes des personnes qui les entourent. Celles-ci sont pour la plupart implicites et pour beaucoup pensées comme évidentes.

3 LA PROBLÉMATIQUE

La vie en communauté et l'accompagnement par les éducateurs ont un impact sur l'intimité des personnes qui vivent en foyer à commencer par l'utilisation des lieux plus privés comme la chambre à coucher et la salle de bain. Il est souvent difficile pour les éducateurs de donner une place concrète à l'intime car la situation de dépendance de certains bénéficiaires par exemple pour les soins d'hygiène, les soins thérapeutiques etc. rend difficile la délimitation des frontières du privé (Zribi & Sarfaty, 2003).

En ce qui concerne la sexualité, les personnes en situation de handicap mental rencontrent certaines difficultés qui les empêchent d'avoir une bonne compréhension du fonctionnement de leur corps et de celui de l'autre. De plus, elles éprouvent quelques difficultés à intégrer les aspects affectifs et sociaux en rapport avec la sexualité (Morin, 2015).

Selon le psychologue, Yann Le Bossé (2016), le travailleur social se doit d'accompagner la personne se trouvant dans une situation problématique en favorisant son développement du pouvoir d'agir (DPA). Il s'agit de créer les conditions propices afin de permettre à cette personne de dépasser seule ses difficultés. Le travailleur social contribue donc à faire bouger autant les individus que le contexte.

Ce tableau de l'Office fédérale de la statistique sur les différents types de handicap démontre que les personnes en situation de handicap mental représentent la plus grande population de personnes handicapées vivant en institution (Office fédérale de la statistique, 2017).

Type de handicap
En 2017

	Total		Personnes faiblement limitées		Personnes fortement limitées	
	%	± 1)	%	± 1)	%	± 1)
Personnes handicapées vivant en ménage privé: cause de la limitation d'activité 2)						
15 ans et plus	100		100		100	
Cause physique	76.5	± 1.6	79.7	± 1.7	65.6	± 3.7
Cause psychique	8.4	± 1.1	7.3	± 1.1	12.0	± 2.7
Les deux ensemble	13.5	± 1.3	11.3	± 1.4	21.0	± 3.1
Ni l'une, ni l'autre	1.6	± 0.4	1.7	± 0.5	1.4	± 1.1
15-64 ans	100		100		100	
Cause physique	...	...	...	...	...	...
Cause psychique	...	...	...	...	...	...
Les deux ensemble	...	...	...	...	...	...
Ni l'une, ni l'autre	...	...	...	...	...	...
Personnes en institution: handicap selon le dossier médical 3)						
Total (sans limite d'âge)	100		3)		3)	
Handicap physique	9.6 *		3) *		3) *	
Handicap psychique	25.5 *		3) *		3) *	
Handicap mental	52.6 *		3) *		3) *	
Handicap sensoriel	2.1 *		3) *		3) *	
Autres handicaps (dépendance etc)	10.2 *		3) *		3) *	

3.1 LA QUESTION DE RECHERCHE

Comment les éducateurs sociaux qui accompagnent des personnes en situation de handicap mental permettent aux résidents d'avoir une vie sexuelle dans le respect de leurs droits tout en assurant leur sécurité ?

3.2 LES HYPOTHÈSES

1. « Il existe pour un éducateur plusieurs manières d'accompagner la personne en situation de handicap intellectuel, vivant en institution, dans sa vie sexuelle. »

Au sujet du travail d'accompagnement de l'éducateur, plusieurs facteurs influencent sa manière d'exercer. En effet sa propre histoire, son éducation, sa culture, mais également ses idées et valeurs ont un impact sur la façon qu'il a d'accompagner les bénéficiaires (Bronfenbrenner, 1979). De plus, les règles institutionnelles limitent les possibilités d'actions du professionnel.

2. « Dans un contexte de vie en communauté, la gestion de la sexualité des personnes en situation de handicap mental représente une prise en charge délicate pour les éducateurs qui les accompagnent car ils doivent veiller à la fois à leur épanouissement et à leur sécurité. »

En effet le handicap mental met la personne qui en est atteinte dans une situation de vulnérabilité ce qui demande à l'éducateur qui en a la charge une attention particulière afin de lui assurer une protection adéquate (Vaginay, 2011). Il doit éviter tout atteinte à l'intégrité physique et psychologique des personnes dont il a la charge comme par exemple il doit être vigilant afin qu'aucune d'entre elles ne subissent des attouchements, des agressions physiques, actes sexuels non consentis etc... tout en leur assurant la possibilité d'une vie sexuelle épanouissante.

3. « En institution les locaux et le niveau d'autonomie des bénéficiaires peuvent restreindre l'intimité de la personne. »

Dans notre culture, l'espace le plus intime de la personne est la chambre (Morin, 2015). Pour les personnes qui vivent en institution, la chambre correspond à leur espace d'intimité. Au sein de certains établissements, cet espace est parfois partagé avec un autre résident ou alors si la santé ou le handicap de la personne l'exigent, des professionnels devront entrer dans son espace d'intimité.

Il semble difficile pour les travailleurs sociaux de donner une place concrète à l'intime de la personne en situation de handicap (Zribi & Sarfaty, 2003).

4 LA MÉTHODOLOGIE

4.1 LE CHOIX DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Ma question de recherche porte sur la place de la sexualité des personnes en situation de handicap mental en institution. Comme mentionné plus haut, une des spécificités de cette population est le besoin d'accompagnement dû aux différentes déficiences intellectuelles. C'est pour cette raison que j'ai trouvé pertinent d'effectuer ma récolte de données auprès d'éducateurs sociaux exerçant dans le domaine du handicap.

J'ai collecté mes données auprès de six éducateurs provenant de plusieurs institutions différentes du canton du Valais. J'ai choisi de m'entretenir avec trois femmes et trois hommes afin d'avoir autant de points de vue masculins que féminins. Ces professionnels accompagnent des personnes ayant un degré de déficience intellectuelle allant de léger à grave.

Pour des raisons d'anonymat, je les ai appelés Educ1, Educ2, Educ3, Educ4, Educ5 et Educ6 selon l'ordre des entretiens effectués.

Educ1	Femme	Env. 2 ans d'expérience
Educ2	Homme	Env. 11 ans d'expérience
Educ3	Homme	Env. 3 ans d'expérience
Educ4	Homme	Env. 22 ans d'expérience
Educ5	Femme	Env. 8 ans d'expérience
Educ6	Femme	Env. 4 ans d'expérience

4.2 LA MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

L'entretien est une méthode de recueil des données. C'est une démarche organisée à l'avance et qui s'intègre dans un plan de recherche. Il a pour but de collecter des propos et des avis permettant de comprendre les points de vue et les pratiques des individus appartenant à des organisations investiguées lors d'une recherche (Chevalier & Meyer, 2018).

J'ai utilisé l'entretien semi-directif comme outil de récolte de données. J'ai choisi cette méthode car la qualité de l'information est bien plus riche que celui d'un questionnaire. Un entretien semi-directif est une conversation qui a lieu la plupart du temps entre deux personnes. Pour ce faire, le chercheur établit une relation de confiance avec la personne interrogée avant de recueillir des données en s'appuyant sur une grille d'entretien préalablement testée (Imbert, 2010).

Les six entretiens ont été menés sur la base d'une grille d'entretien (annexe 1). Elle est composée de neuf questions et neuf sous-questions, classées selon les hypothèses et les objectifs de recherche. Il est à noter que chaque professionnel a découvert les questions au moment de l'entretien afin d'avoir les réponses les plus spontanées au vu de la complexité et de la sensibilité du sujet.

Avant chaque entretien mené, un « formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant à l'étude » (annexe 2) a été lu et approuvé par chaque éducateur.

5 L'ANALYSE DES ENTRETIENS

Les résultats des six entretiens menés sont regroupés par objectifs. Ces derniers sont en lien avec les hypothèses de recherche mentionnées précédemment.

L'hypothèse 1 : « Il existe pour un éducateur plusieurs manières d'accompagner la personne en situation de handicap intellectuel, vivant en institution, dans sa vie sexuelle. »

L'objectif 1 : Découvrir la manière dont les besoins sexuels des personnes en situation de handicap mental sont pris en charge par les professionnels qui les accompagnent.

...

L'hypothèse 2 : « Dans un contexte de vie en communauté, la gestion de la sexualité des personnes en situation de handicap mental représente une prise en charge délicate pour les éducateurs qui les accompagnent car ils doivent veiller à la fois à leur épanouissement et à leur sécurité. »

L'objectif 2 : Identifier les difficultés de cet accompagnement

...

L'hypothèse 3 : « En institution les locaux et le niveau d'autonomie des bénéficiaires peuvent restreindre l'intimité de la personne. »

L'objectif 3 : Identifier l'impact du comportement des professionnels et des infrastructures sur l'épanouissement sexuel de la personne

5.1 QUELQUES INFORMATIONS PRÉALABLES

Il est à noter que :

Selon les entretiens menés, tous les éducateurs ont eu au cours de leur carrière à se positionner par rapport à la vie sexuelle des personnes qu'ils accompagnent en répondant à leurs questions, en étant attentifs à leurs souhaits et en recadrant des comportements inadéquats.

Les éducateurs interrogés sont confrontés à ces situations à des fréquences différentes. L'éduc3 et l'éduc6 doivent y faire face toutes les semaines. L'éduc1, l'éduc4 et l'éduc5 affirment que cela dépend des périodes et l'éduc2 estime avoir rencontré à trois reprises des situations liées à la sexualité des personnes qui lui ont été confiées en une dizaine d'années d'expérience.

5.2 L'HYPOTHÈSE 1

« Il existe pour un éducateur plusieurs manières d'accompagner la personne en situation de handicap intellectuel, vivant en institution, dans sa vie sexuelle. »

5.2.1 LA DESCRIPTION DES DONNÉES

Les situations les plus fréquentes

La masturbation est la situation rencontrée le plus fréquemment selon l'éduc1, l'éduc4, l'éduc5 et l'éduc6.

L'éduc1 et l'éduc3 sont régulièrement confrontés à des questions de la part des résidents en lien avec leur corps, leurs émotions et les pulsions qui les animent. L'éduc1 m'a expliqué par exemple qu'un des bénéficiaires lui avait demandé : *« Mais pourquoi quand je suis stressé je me masturbe ? »*.

Selon l'éduc2, *« Le thème qui émerge le plus souvent c'est de savoir si on les laisse seul dans une chambre, si on autorise la rencontre des deux personnes dans une chambre fermée sans que personne ne le sache. »*

L'éduc4 ajoute qu'il est souvent confronté à des problèmes liés à l'hygiène. Lorsqu'une personne a une hygiène corporelle insuffisante le risque de contracter des pathologies comme des infections vaginales, urinaires ou encore des mycoses est plus important.

Les sentiments des professionnels lors de ces situations

L'éduc1 et l'éduc5 disent ressentir souvent de la gêne lorsqu'elles se retrouvent face à ces situations contrairement aux quatre autres éducateurs selon lesquels le sujet de la sexualité n'est pas tabou ou gênant.

Lors des divers entretiens, j'ai ressenti une sensibilité et un intérêt pour ce sujet différents d'un éducateur à l'autre. Pour l'éduc3, *« c'est un thème qui est hyper important et que pour moi il faut pas qu'il soit tabou »*. L'éduc6 est catégorique : *« (le nom de l'institution) c'est : les besoins, les besoins, ... et le résident au centre ! »*. Et finalement il y a un besoin prioritaire qui est la sexualité mais ça on en parle pas... parce que ça gêne, parce que c'est encore tabou... je trouve que c'est ça qui est difficile ! ». L'éduc4 explique : *« Je n'évite pas les questions, je ne suis pas gêné vis-à-vis de ça... ça fait partie de la vie quoi après je veux pas dire ... je fais pas l'apologie de la sexualité euh...parce que c'est absolument : faut que tout le monde vive ça etc., mais je ne suis pas non plus entrain de dire : faut pas que ça existe cachez-moi ça ! »*.

Les facteurs qui influencent le comportement des professionnels

Pour l'éduc1, l'éduc2, l'éduc3 et l'éduc4, leur conscience professionnelle impacte leur manière d'accompagner la personne. Selon l'éduc1, *« Moi j'estime que s'il pose une question c'est que vraiment il sait pas et que ça fait aussi partie de notre travail de lui expliquer les choses en fait ! »*

L'éduc2, l'éduc3, l'éduc4 et l'éduc6 estiment que leurs expériences personnelles et professionnelles influencent leur manière de gérer ces situations. L'éduc6 raconte : *« Moi j'ai été élevée par une maman qui était très catholique mais très ouverte, j'ai toujours pu poser toutes les questions que je voulais, c'est pour ça que je suis aussi à l'aise. C'est ton bagage, c'est comment t'as été élevé, les expériences que t'as eues dans ta vie qui font que t'es à l'aise ou pas avec le fait que quelqu'un est en train de se masturber devant toi... »*.

Selon l'éduc2, l'éduc3 et l'éduc6, leurs valeurs et leur conception de la sexualité ont un effet sur leur accompagnement. En effet selon l'éduc2 : *« C'est ma vision personnelle de la sexualité dans la vie en générale et puis je pense aussi que c'est un côté où je pense que le plaisir ne doit pas être lié à un handicap ou à un non-handicap. »*

Pour l'éduc1, l'éduc4 et l'éduc5, les normes sociales ont également une incidence sur leur manière d'agir. Selon l'éduc4, *« si tu fais ça au milieu du salon devant tout le monde ça se fait pas ! Je veux dire... il y a des règles sociales qu'il faut respecter, il y a des normes euh »*

(silence) ouais pis là de ce côté-là... tant que ça c'est respecté ben chacun fait sa vie quoi... ».

Les différentes manières d'accompagner les résidents lors de ces situations

Lorsque l'éduc1, l'éduc2, l'éduc3, l'éduc4 et l'éduc5 se retrouvent face à une situation ou question « facile » à gérer, ils prennent du temps avec la personne pour avoir une discussion et répondre avec des mots simples et adaptés aux questions. L'éduc3 explique que si la question est confidentielle, il va prendre la personne en aparté pour en discuter avec elle. En revanche, si la question est plus générale et que tout le monde est intéressé, il va proposer d'en débattre.

L'éduc3 ajoute que s'il considère que la question est trop complexe il va rediriger le bénéficiaire vers des spécialistes comme des personnes travaillant au SIPE. Pour l'éduc2, lorsqu'il se retrouve dans une situation plus délicate il va en informer les curateurs ainsi que la direction comme il l'explique ici : *« ... c'est quelqu'un qui fréquentait une mauvaise personne, c'était une personne qui vivait ici qui était assez faible dans son estime d'elle-même et puis qui recevait des photos d'hommes nus ou des pénis en érection... qui lui proposaient d'avoir des relations. C'était une personne qui était physiquement pas à son avantage... là par contre j'en ai parlé avec elle, j'en ai parlé avec ses parents qui étaient curateurs et ensuite j'en ai parlé au directeur de l'institution... après on l'avait mise en garde parce qu'historiquement elle avait déjà été mariée... c'était un mariage à blanc et elle s'est faite un peu maltraitée par ce mariage à blanc. »*

L'éduc1 et l'éduc6 mentionnent le fait que si un geste ou un propos n'est pas adéquat, il l'explique à la personne et le recadre. L'éduc6 explique : *« Alors si (prénom) commence à se toucher au salon je lui demande d'arrêter et d'aller dans sa chambre. »*

5.2.2 L'ÉCLAIRAGE DES RÉSULTATS AVEC L'APPORT DE LA THÉORIE

Le sujet de la masturbation est évoqué par cinq des professionnels interrogés, cela peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie des personnes en situation de handicap ne représentent pas des objets de désir pour autrui (Dupras, 2014). Par conséquent, ils n'ont pas de partenaire sexuel et le moyen le plus simple d'avoir du plaisir est de se le procurer soi-même.

De plus, au moment de la puberté les multiples évolutions physiques visibles et invisibles génèrent l'attirance sexuelle et l'évolution des comportements sexuels et reproducteurs (Bee & Boyd, 2017). Selon ces spécialistes, la façon dont une personne vit et expérimente sa sexualité influence son bien-être et sa santé. Cela pourrait expliquer le fait qu'ils se masturbent, pour une raison biologique ainsi que pour une recherche de bien-être.

Deux éducateurs ont mentionné que plusieurs résidents s'interrogeaient sur le fonctionnement de leur corps et les réactions de celui-ci. Bertrand Morin (2015) l'explique par le fait que ces personnes ont des problèmes de compréhension dus à leur déficience intellectuelle et que ceci rend compliqué la perception du fonctionnement du corps et des différents facteurs affectifs et sociaux relatifs à la sexualité.

Ces différents problèmes de compréhension peuvent expliquer le fait que cinq éducateurs sur six prennent le temps d'expliquer avec des mots adaptés ce que le bénéficiaire ne comprend pas. En effet, plusieurs éducateurs accompagnent des personnes ayant une déficience intellectuelle de degré grave et selon l'Association American Psychiatric (2016),

la communication avec ces personnes se résume à des mots ou phrases simples et peut être complétée par des moyens auxiliaires.

Selon les divers entretiens, les facteurs qui influencent les éducateurs dans leur manière d'accompagner les bénéficiaires sont leurs expériences personnelles et professionnelles, leurs valeurs, leur conception de la sexualité et les normes sociales. Comme nous l'explique la théorie écologique de Bronfenbrenner (1979), l'environnement dans lequel nous évoluons a un impact sur tous les plans de notre vie.

De plus, quatre éducateurs mentionnent le fait que leur conscience professionnelle impacte leur manière de travailler. Plusieurs d'entre eux expliquent que d'accompagner, soutenir et protéger les usagers dans leur vie sexuelle font partie de leur mission. À ce propos, le code de déontologie du travail social Suisse (2010) déclare que les travailleurs sociaux se doivent de se soucier des personnes qui connaissent des difficultés dans l'accomplissement de leur vie au quotidien ou qui ne disposent pas d'un accès suffisant aux ressources sociales. Une des multiples missions du travailleur social est celle d'accompagner, d'éduquer et de protéger ces personnes tout en garantissant et maintenant leur développement.

5.3 L'HYPOTHÈSE 2

« Dans un contexte de vie en communauté, la gestion de la sexualité des personnes en situation de handicap mental représente une prise en charge délicate pour les éducateurs qui les accompagnent car ils doivent veiller à la fois à leur épanouissement et à leur sécurité. »

5.3.1 LA DESCRIPTION DES DONNÉES

La sécurité physique et psychique des résidents

Pour trois éducateurs, la vie sexuelle des résidents ne comporte pas de dangers nécessitant une vigilance particulière. L'éduc1 explique : « *Là où je travaille on fait pas vraiment de prévention parce que tous en fait... c'est très abstrait pour eux la sexualité.* ». L'éduc3 raconte : « *Il y a eu une fois un cas un peu plus compliqué mais ça j'ai été en individuel avec le jeune mais ça reste des questions légères et y a pas eu de euh ... de mise en danger si je peux dire ou d'insécurité... avec nos jeunes en tout cas, les jeunes que j'accompagne.* » Et pour finir, l'éduc6 affirme : « *Nous ici on a pas ce problème, personne n'a de conjoint...* ».

L'éduc2 estime que le règlement institutionnel participe à la mise en sécurité des résidents. Il explique : « *Alors il y a un cadre qui est donné ici par l'institution, c'est que toutes les personnes dès qu'elles sont deux dans leur chambre, elles doivent garder la porte ouverte. Déjà, ça évite certains travers...* ».

D'après l'éduc2 et l'éduc4, le fait d'observer et d'être attentif aux comportements des résidents leur permettent de détecter tout changement d'attitude. Selon l'éduc4, « *Il faut être subtil quoi.... il faut regarder, il faut voir qu'il n'y ait pas de ... justement on a l'habitude, on connaît les gens, on vit avec eux, on connaît leur comportement, on sait quand ils vont bien ou quand ils vont pas bien et c'est à nous de voir s'ils ne vont vraiment pas bien ou s'ils vont très bien ça peut aller dans les deux sens...* ». L'éduc4 ajoute : « *...par contre si on a des suspicions à ce moment-là, on a des relations assez privilégiées et puis assez de*

confiance établie ou je pense que s'il y avait un problème de violence ou de choses qui n'iraient pas de ce côté-là ça nous prendrait pas trop de temps avant de découvrir le problème ! ».

L'éduc5 privilégie la discussion comme forme de prévention. Elle explique qu'elle met en garde les bénéficiaires sur les risques qu'ils encourent lorsqu'ils abusent d'alcool ou qu'ils portent des tenues vestimentaires qui pourraient les mettre en difficulté.

Les difficultés rencontrées ou situations compliquées

L'éduc1 et l'éduc2 affirment ne pas rencontrer de difficulté concernant cet accompagnement. L'Educ2 l'explique par le fait que les personnes en situation de handicap ont grandi dans un système où ils savent que la sexualité existe mais que l'accès à celle-ci ne leur est pas forcément destiné : *« parce qu'ici ce sont des personnes qui ont pour beaucoup déjà été institutionnalisées donc c'est pas depuis aujourd'hui qu'on leur parle de sexualité, mais c'est pas non plus depuis hier qu'on leur dit que c'est possible donc ils ont déjà été éduqués dans ce système où c'est pas bon pour eux... ».*

Les difficultés mentionnées par les autres professionnels sont multiples. La notion de consentement n'est pas forcément comprise et acquise par tous les résidents. La masturbation en public et également les comportements des bénéficiaires à l'extérieur du foyer pourraient les mettre en danger. A propos de ce dernier point l'Educ4 explique : *« On a des jolies jeunes filles ici, qui ont un retard mental et physiquement qui sont bien et qui peuvent attirer les regards, tant que c'est que les regards ça va... là on fait attention... on essaie de les protéger et de faire qu'elles ont un comportement qui les protègent. Je me suis rendu compte par le passé qu'il y a des filles qui peuvent être beaucoup dans la séduction mais qui veulent toujours rester dans le platonique. Elles sont dans une sorte de séduction, parce qu'elles aiment ce jeu-là mais elles passeront jamais à l'acte parce ça les intéresse pas. Le problème c'est qu'en face t'as pas forcément des gens avec de bonne volonté et ça peut faire un peu de forcing... Et là notre but c'est de les protéger. »*

Au sujet des difficultés rencontrées, l'éduc6 ajoute : *« ... les difficultés sont aussi où moi des fois j'aimerais aussi que... je ressens le besoin que... j'aimerais tant qu'ils puissent accéder à ça, à ce besoin et tu vois on peut pas et puis ça je trouve que c'est difficile pour nous, on pense toujours à leurs besoins, qu'est-ce qu'on peut mettre en place, mais alors pour leurs besoins sexuels... tu vois ! Finalement il y a un besoin prioritaire qui est la sexualité mais ça on en parle pas parce que ça gêne, parce que c'est encore tabou... je trouve que c'est ça qui est difficile ! ».*

Selon cette même professionnelle, *« Notre rôle c'est aussi de faire le lien entre eux et puis les familles, même si ça peut être difficile par rapport à leurs besoins... Faire la traductrice de leurs besoins... parce que bien souvent pour les familles ça reste des enfants ! Mais c'est pas parce qu'ils ont 3-4 ans d'âge mental qu'ils ont pas de sexualité ! »*

5.3.2 L'ÉCLAIRAGE DES RÉSULTATS AVEC L'APPORT DE LA THÉORIE

Un éducateur mentionne le fait que les personnes en situation de handicap ont grandi dans un système où ils savent que la sexualité existe mais que l'accès à celle-ci ne leur est pas forcément destiné. De plus, selon l'éduc6, ce besoin reste encore tabou dans le domaine du handicap et il n'est malheureusement pas encore totalement pris en considération. Selon Vaginay (2011), dans notre société actuelle, les personnes en situation de handicap mental se retrouvent dans des situations paradoxales en ce qui concerne leurs vies sexuelles car

elles sont encouragées à y penser et en même temps la société rend cette relation inaccessible car elles seraient trop fragiles pour la supporter. Cependant, la société évolue et reconnaît peu à peu que le handicap intellectuel n'empêche pas d'avoir une sexualité épanouie.

D'autres difficultés rencontrées par les résidents et mentionnées par les éducateurs sont la notion de consentement, la masturbation en public et également les comportements à risque des bénéficiaires à l'extérieur du foyer. Celles-ci peuvent être expliquées par le fait que certaines personnes ayant un handicap intellectuel ont des problèmes de compréhension qui impactent les plans affectifs et sociaux relatifs à la sexualité. Ils peuvent rencontrer des difficultés en ce qui concerne la gestion de leurs émotions, de leur communication et de leurs relations sociales (Morin, 2015).

L'Association American Psychiatric (2016), spécifie que les personnes ayant une déficience intellectuelle de degré léger ne perçoivent pas ou n'interprètent pas avec finesse les codes sociaux. Cela pourrait expliquer les malentendus engendrés par les comportements séducteurs de certaines personnes.

En ce qui concerne l'infantilisation des personnes en situation de handicap mental mentionnée par l'éduc6, André Dupras (2014) déclare que de manière générale, les personnes ayant une déficience intellectuelle sont perçues et considérées comme des enfants. En effet leur famille ou curateur ne leur laisse pas beaucoup d'autonomie parlant et décidant pour elles les considérant comme des éternels enfants incapables d'assumer leur sexualité.

De plus, l'éduc6 estime qu'il est dans leur devoir de traduire les besoins des bénéficiaires auprès de leur famille et d'aider ces derniers à leur faire prendre conscience que ce sont des adultes. Yann Le Bossé (2016) explique dans sa théorie sur le développement du pouvoir d'agir que l'objectif de l'aide professionnelle est de participer à la création des conditions appropriées pour aider les personnes à franchir un obstacle. L'éducateur social est donc un élément participant au changement qui fait bouger autant les personnes que le contexte.

5.4 L'HYPOTHÈSE 3

« En institution les locaux et le niveau d'autonomie des bénéficiaires peuvent restreindre l'intimité de la personne. »

5.4.1 LA DESCRIPTION DES DONNÉES

Les comportements des éducateurs face à l'intimité des résidents

Selon l'éduc1, l'éduc2 et l'éduc4, le fait de frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre est primordial. L'éduc2 explique : « *Première chose on frappe à la porte avant d'entrer dans une chambre et on attend qu'ils disent d'ouvrir, puis si c'est pas le cas on frappe une deuxième fois et on ouvre.* ».

Pour l'éduc1 et l'éduc5, il est important que chaque résident ait des lieux et des moments d'intimité. L'éduc1 affirme : « *Mais vraiment je pense que ce qui est le plus important c'est de respecter et d'accepter, de comprendre qu'ils ont aussi une sexualité et il faut qu'ils puissent « l'exercer ». Et pis faut aussi ben... leur laisser des moments d'intimité ! Pas*

débarquer justement dans leur chambre quoi ! Tu toc avant d'entrer, tu sais que peut-être à ce moment-là faut pas que tu rentres... leur laisser cette intimité. »

L'éduc2, l'éduc3, l'éduc5 l'éduc6 affirment que selon eux, il est important de respecter leurs besoins sexuels, de les prendre en compte et d'adopter une posture bienveillante et de non-jugement.

Selon l'éduc2 : *« plus le handicap est profond, moins on prend le temps d'en parler avec... c'est-à-dire plus elle est autonome plus on est obligé de se rapprocher d'une relation qu'on aurait avec une personne valide, moins elle est autonome moins on la considère dans sa sexualité. »*

L'impact de la vie en communauté sur l'épanouissement sexuel des bénéficiaires

Selon l'éduc2, l'éduc3, l'éduc4 et l'éduc5, la vie en communauté impact l'épanouissement sexuel des résidents. L'éduc2 et l'éduc5 déclarent que ce sont les règles du foyer qui restreignent la vie sexuelle des bénéficiaires.

L'éduc3 mentionne le fait que la mixité des groupes peut être compliquée à gérer pour certaines personnes et pour l'éduc4 le fait que des couples se forment et se séparent au sein d'un même foyer peut être compliqué à gérer pour les ex-compagnons qui doivent continuer à vivre ensemble. Sur ce dernier point l'éduc4 explique : *« Après l'autre problème c'est les couples qui peuvent se former à l'interne du foyer, tant qu'ils fonctionnent ça marche bien, mais dès que ça s'arrête ou que ça fonctionne plus, bah tu continues à vivre avec la personne en fait... »*

L'éduc4 ajoute que le fait que ces personnes vivent dans un foyer pour personnes en situation de handicap mental peut les stigmatiser : *« Il y a quand même pas mal de gens qui ont une conscience de leur handicap, cette conscience de leur handicap va faire que pour rien au monde ils vont vouloir être en couple avec une autre personne handicapée, parce qu'eux, ils s'estiment pas autant handicapés que ça. Ils souffrent beaucoup parce que dans le monde extérieur ils arrivent pas à trouver de partenaire parce qu'ils sont vus comme des personnes handicapées. »*

L'éduc1 et l'éduc6 ne pensent pas que la vie en communauté impact l'épanouissement sexuel des bénéficiaires. Ils expliquent que les pensionnaires ont chacun une chambre et savent qu'ils peuvent y avoir leur moment d'intimité. L'éduc1 raconte : *« Mais en fait tous ils savent que ça c'est quelque chose qui se fait dans leur chambre. On sait par exemple que ce deuxième résident euh... en règle générale sur le temps de l'après-midi faut pas trop aller dans sa chambre quoi... on sait que du coup c'est un moment où on le laisse tranquille dans sa chambre et il fait ce qu'il veut. Mais du coup-là bah voilà... ils ont leur espace à eux où ils peuvent faire ça en fait. »*

L'impact de l'infrastructure sur l'épanouissement sexuel des résidents

En ce qui concerne l'impact de l'infrastructure des lieux de vie, pour tous les éducateurs le fait que tous les résidents accompagnés ont une chambre individuelle impacte de manière positive leur épanouissement sexuel. Cet espace privé permet aux personnes accompagnées d'avoir des moments d'intimité. Selon l'éduc2, *« Ils ont de la chance, ils ont des chambres individuelles ! Pour certains même une très grande chance parce qu'ils ont une salle de bain privée, pour d'autres c'est des salles de bain communes donc un petit peu moins de chance, mais ici au foyer c'est un grand foyer avec des chambres individuelles. Ce n'est pas toujours le cas. »*

5.4.2 L'ÉCLAIRAGE DES RÉSULTATS AVEC L'APPORT DE LA THÉORIE

L'éduc1 et l'éduc5 expliquent que c'est important que chaque personne ait un lieu d'intimité. Selon Bertrand Morin (2015), dans notre culture, la chambre représente l'espace le plus intime de la personne. Pour les résidents qui vivent en institution, leur chambre correspond à leur seul espace d'intimité. Trois éducateurs mentionnent l'importance de frapper à la porte avant d'entrer.

L'éduc1 et l'éduc5 soulignent l'importance de veiller à ce que les bénéficiaires aient des moments d'intimité. Selon Gérard Zribi et Jacques Sarfaty (2003), ne pas reconnaître le besoin d'intimité d'une personne revient à la chosifier et nier sa conscience de soi.

Selon Gérard Zribi et Jacques Sarfaty (2003), il est souvent difficile pour les éducateurs sociaux de donner une place concrète à l'intime de la personne en situation de handicap car la dépendance psychique de ces personnes rend difficile la délimitation des frontières du privé et du public. Hors, lors de mes divers entretiens, aucun professionnel n'a fait référence à cette difficulté.

L'éduc4 a mentionné le fait que de vivre dans un foyer pouvait être stigmatisant pour les bénéficiaires car ils peuvent être catalogués comme des personnes déficientes alors que ceux-ci ne s'estiment pas l'être. Selon André Dupras (2014), la personne en situation de handicap mental est perçue comme « bizarre » car son aspect physique et son comportement ne correspondent pas aux normes de notre société. En outre, la personne ayant une déficience intellectuelle est souvent estimée comme étant un « sous-humain » sur le plan affectif et sexuel. L'autonomie et la performance sont des caractéristiques valorisées dans notre société, c'est pourquoi les personnes handicapées sont marginalisées. De plus, elles rencontrent des difficultés car l'organisation sociale de la sexualité et du choix amoureux les desservent.

Quatre éducateurs sur les six interrogés m'ont parlé de l'impact que pouvait engendrer la vie en communauté sur l'épanouissement sexuel des bénéficiaires. En effet, le fait de vivre avec d'autres personnes restreint l'intimité des résidents et les règles de vie en communauté limitent leur liberté. Selon Gérard Zribi et Jacques Sarfaty (2003), les personnes ayant une déficience intellectuelle ont besoin d'un accompagnement adapté. C'est donc pour cette raison qu'une grande majorité d'entre eux sont placés en institution (Office fédérale de la statistique, 2017).

5.5 LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

La première partie de l'analyse des données comprenant la description des informations et l'éclairage des résultats avec l'apport de la théorie m'ont permis de vérifier mes trois hypothèses de recherche. Durant cette analyse, je me suis rendue compte que ces dernières demandaient une réponse nuancée.

5.5.1 L'HYPOTHÈSE 1

« Il existe pour un éducateur plusieurs manières d'accompagner la personne en situation de handicap intellectuel, vivant en institution, dans sa vie sexuelle. »

En comparant les divers entretiens, j'ai relevé le fait que quatre éducateurs n'éprouvent pas de gêne face à la sexualité des résidents et que les deux autres sont embarrassés dans ces situations. Cela nous démontre que chaque professionnel n'a pas la même aisance

face à ce sujet et accompagnera donc de manière différente les résidents. De plus, j'ai constaté que l'intérêt pour ce sujet diffère selon la sensibilité de chacun.

D'autres part, j'ai relevé que les facteurs qui influencent le comportement des professionnels sont multiples. En effet, pour certains éducateurs se sont les normes sociales qui impactent leur accompagnement, pour d'autres ce sont leurs expériences personnelles et professionnelles, pour d'autres encore se sont leurs valeurs et leur conception de la sexualité et enfin pour les derniers ce sont leur conscience professionnelle qui vont influencer leur manière d'agir.

Bien que les facteurs d'influence soient nombreux, les actions menées concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans leur vie sexuelle est similaire pour la majorité des professionnels. En effet, cinq d'entre eux affirment qu'ils prennent du temps avec la personne et utilisent un vocabulaire adapté afin de répondre au mieux aux questions et aux situations. Cependant, seulement deux éducateurs ont mentionné l'importance du fait de poser un cadre en rappelant les règles de vie en communauté.

5.5.2 L'HYPOTHÈSE 2

« Dans un contexte de vie en communauté, la gestion de la sexualité des personnes en situation de handicap mental représente une prise en charge délicate pour les éducateurs qui les accompagnent car ils doivent veiller à la fois à leur épanouissement et à leur sécurité. »

Alors que pour deux éducateurs la vie sexuelle des résidents ne présente aucun danger, pour les quatre autres personnes interrogées les situations dangereuses se trouvent principalement à l'extérieur de l'institution. Ils sensibilisent les bénéficiaires à faire attention à leur habillement ou comportement en société, ceci afin de les protéger.

Je constate donc que, pour les professionnels interrogés, la vie en communauté au sein d'une institution ne représente pas de danger particulier.

En revanche l'épanouissement sexuel des résidents peut être impacté par les règles de vie communautaires, comme le mentionnent quatre éducateurs. Selon l'éduc3 et l'éduc4 ces inconvénients sont également la mixité des groupes et le fait d'avoir potentiellement à continuer à vivre avec des ex-compagnons.

Suite à cela, je constate que seul l'épanouissement sexuel des bénéficiaires représente une prise en charge délicate pour les professionnels, au sein d'une institution.

5.5.3 L'HYPOTHÈSE 3

« En institution les locaux et le niveau d'autonomie des bénéficiaires peuvent restreindre l'intimité de la personne. »

Pour les six éducateurs, le lieu principal d'intimité où les résidents peuvent vivre leur sexualité est la chambre. Le fait que chacun ait sa chambre individuelle leur permet de s'épanouir sexuellement. Deux éducateurs ont mentionné le fait que c'était une chance d'avoir une chambre individuelle car dans d'autres institutions, plusieurs personnes partagent la même chambre. En revanche, le fait de devoir partager des salles de bains communes peut parfois restreindre leur liberté à ce niveau-là.

D'autre part, certaines déficiences intellectuelles des personnes accompagnées ne leur permettent pas d'être totalement autonome. De ce fait, les éducateurs se retrouvent régulièrement confrontés à leur intimité, que ce soit au moment des soins corporels, lors de discussions ou lors de différentes actions de prévention. Selon Bertrand Morin (2015), l'intimité touche l'esprit, le corps, l'environnement humain et matériel de la personne. Pour la moitié des professionnels interrogés, il est important de respecter leurs lieux privés (chambre et/ou salle de bain) en frappant systématiquement à la porte avant d'y être invité à entrer. De plus, selon quatre éducateurs, le fait de respecter et prendre en compte les besoins sexuels des bénéficiaires, d'adopter une posture bienveillante et de non-jugement dans leur accompagnement est essentiel. Tous ces comportements participent à accroître leur sentiment de prise en considération malgré leurs besoins de suppléance.

Cependant, l'éduc2 explique que le règlement institutionnel stipule que chaque résident doit laisser ouverte la porte de sa chambre lorsqu'il s'y trouve en présence d'une autre personne. Ceci protège les bénéficiaires, mais restreint grandement leur liberté et leur intimité.

6 LA CONCLUSION

6.1 LA SYNTHÈSE

Pour clore ce travail de recherche sur la sexualité des personnes en situation de handicap mental vivant en institution, voici la réponse à ma question de recherche :

« Comment les éducateurs sociaux qui accompagnent des personnes en situation de handicap mental permettent aux résidents d'avoir une vie sexuelle dans le respect de leurs droits tout en assurant leur sécurité ? »

Selon Maud Navarre (2016), le droit à la santé sexuelle de tout individu est reconnu par l'Organisation mondiale de la santé depuis les années 70. L'OMS définit la santé sexuelle comme l'état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité. Elle nécessite une approche positive, dans le respect du corps et des relations sexuelles, sans contrainte, discrimination ou violence. De plus, la Convention Européenne des Droits de l'homme (1950) ajoute que toute personne a droit à la libre disposition de soi.

Afin de respecter au mieux tous ces droits, la majorité des éducateurs interrogés affirment que selon eux, il est important de respecter les besoins sexuels des bénéficiaires, de les prendre en compte et d'adopter une posture bienveillante et de non-jugement.

Marcel Nuss (2008) explique que la revendication d'un accompagnement à la vie intime, affective et sexuelle est en réalité la recherche d'un bien-être physique et moral. C'est l'attente d'une prise en compte de l'humanité qui réside en chacun, qu'il soit en situation de handicap ou non.

Selon André Dupras (2014), dans notre société, les personnes en situation du handicap mental sont perçues comme « étranges » car leur apparence physique et leurs comportements ne correspondent pas à nos normes sociales. De plus, ces personnes sont souvent considérées comme « sous-humaines » dans les sphères affectives et sexuelles par la collectivité. Un des professionnels interrogés lors de mes entretiens se désole de constater à ce sujet : « *« plus le handicap est profond, moins on prend le temps d'en parler avec... c'est-à-dire plus elle est autonome plus on est obligé de se rapprocher d'une relation qu'on aurait avec une personne valide, moins elle est autonome moins on la considère dans sa sexualité.* ». Cependant, la société évolue et reconnaît peu à peu une vérité qu'elle avait jusqu'ici négligée : la déficience intellectuelle n'empêche pas d'avoir une sexualité. Elle accorde de plus en plus la possibilité d'accéder à la pratique du sexe car elle est nécessaire à une bonne santé et chaque citoyen est en droit d'en bénéficier (Vaginay, 2011).

D'autre part, selon Gérard Zribi et Jacques Sarfaty (2003), le fait de ne pas reconnaître le besoin d'intimité d'un individu équivaut à le chosifier et à nier son humanité. En ce qui concerne ce besoin, il est important pour plusieurs éducateurs que chaque résident ait des lieux et des moments d'intimité. Ce qui fait constater à chacun que le fait de frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre est primordial.

Denis Vaginay (2011) explique que certaines personnes en situation de handicap mental sont vulnérables et elles doivent être accompagnées dans ce domaine à la hauteur de leurs besoins pour les protéger d'abus qui pourraient leur être préjudiciables. Pour les professionnels interrogés les situations dangereuses se trouvent principalement à l'extérieur de l'institution. Afin de protéger les bénéficiaires qu'ils accompagnent, les

éducateurs les sensibilisent à faire attention à leur habillement et à leur comportement en société.

En ce qui concerne les résultats obtenus, je ne peux pas tirer de conclusions claires sur les différences d'opinions et de manières d'accompagner les résidents que ce soit par une femme ou par un homme. Le nombre d'années d'expérience ne semble pas non plus influencer les réponses.

6.2 LES PISTES D' ACTIONS PRATIQUES

A la fin de chaque entretien j'ai demandé à la personne interrogée « Pour terminer, si vous aviez une baguette magique, à quoi ressemblerait une institution respectueuse de l'intimité et de l'épanouissement sexuel de ses résidents ? ». Leurs réponses m'ont guidée par rapport à ce qui pourrait être mis en place afin d'aider les professionnels à accompagner de la manière la plus optimale les résidents dans leur vie sexuelle. Voici les quelques pistes explorées.

6.2.1 UNE FORMATION À L'INTERNE POUR TOUS LES COLLABORATEURS

Plusieurs éducateurs ont mis en avant leur manque de connaissances sur ce sujet ainsi que le manque d'outils concernant cet accompagnement.

Je me suis documentée et j'ai découvert que le SIPE organisait des formations adressées aux professionnels travaillant en institution afin de leur apprendre à agir et réagir de manière adéquate. Cette formation s'intitule : « Affectivité, intimité, sexualité : Comment accompagner les personnes en situation de handicap(s) en institution ou en collectivité ? ». Elle permet des moments d'échanges ainsi qu'une transmission d'outils adaptés à ce sujet. Elle est animée par une éducatrice en santé sexuelle du SIPE spécialisée dans le domaine du handicap (Fédération Valaisanne des Centres SIPE, Formations, 2021).

Selon moi, proposer ce genre de formation pourrait être utile pour les collaborateurs travaillant dans une institution et par conséquent bénéfique pour les résidents.

6.2.2 UN CAS ET UN DAS EN SANTÉ SEXUELLE¹

Une deuxième piste d'action selon trois personnes interrogées serait de collaborer de manière étroite avec un professionnel spécialisé. Un des éducateurs propose de créer un « bureau de la sexualité » qui serait un endroit discret qui permettrait aux résidents de rencontrer un éducateur formé de l'institution afin de pouvoir parler de leurs besoins et de poser toutes leurs questions.

Je me suis interrogée sur les divers certificats ou diplômes qui pouvaient exister, relatifs à ce projet. J'ai appris que l'Université de Genève, l'Université de Lausanne et la Haute école spécialisée de Suisse occidentale proposaient une formation spécialisée comprenant deux étapes : un « CAS en santé sexuelle : approches de prévention et de promotion » et ensuite un « DAS en santé sexuelle : intervention par l'éducation et le conseil ».

La formation CAS approfondit les enjeux sociétaux actuels liés à la sexualité et développe des compétences pour mieux comprendre et accompagner diverses populations dans le

¹ Le Certificate of Advanced Studies (CAS), le Diploma of Advanced Studies (DAS) sont des titres de formation continue des hautes écoles

champ de l'intime (HETS Genève, CAS en santé sexuelle : approches de prévention et de promotion, 2020).

La formation du DAS quant à elle permet aux personnes de d'acquérir des connaissances et des compétences pour travailler en santé sexuelle que ce soit dans le domaine du conseil psychosocial ou le domaine de l'éducation. Elle comprend un stage permettant l'encrage des apprentissages théoriques dans la pratique sur le terrain (HETS Genève, DAS en Santé sexuelle: interventions par l'éducation et le conseil, 2020).

6.2.3 LA PRESTATION D'ASSISTANCE SEXUELLE

Plusieurs éducateurs interrogés m'ont parlé de la prestation d'assistance sexuelle. Ces derniers n'avaient pas de connaissances précises sur ce sujet, mais ils savaient que cela existait.

L'association Corps solidaires est une association de Suisse Romande d'assistance sexuelle pour personne en situation de handicap. Selon elle, l'assistance sexuelle est une des réponses possibles à la privation d'expériences sensuelles et/ou sexuelles dont souffrent de nombreux individus ayant des troubles de la motricité ou de la communication qui limitent leurs échanges avec autrui. Cette prestation s'adresse à toutes les personnes majeures en situation de handicap physique, psychique ou mental, sans limite d'âge supérieure. En ce qui concerne les personnes ayant une déficience intellectuelle et exprimant un désir de sensualité ou de sexualité, des mesures adaptées seront mises en place pour leur protection et leur bien-être. Actuellement, deux femmes et deux hommes certifiés exercent au sein de cette association (Corps Solidaires, 2020).

6.3 LES LIMITES ET LES DIFFICULTÉS DU TRAVAIL

Lors de la partie empirique de cette recherche, j'ai rencontré quelques limites et difficultés. La première a été mon peu d'expérience à élaborer une grille d'entretien et à mener des interviews. En effet, pour ne pas influencer mes interlocuteurs et qu'ils puissent s'exprimer le plus librement possible tout en veillant à ce qu'ils ne s'éloignent pas du sujet, j'ai opté pour un entretien semi-directif.

Lors des premières rencontres, je me suis rapidement rendue compte qu'il n'était pas toujours facile de mener un entretien de façon optimale. En effet, je n'ai pas toujours rebondi au moment opportun pour ne pas couper la parole et laisser l'autre s'exprimer de manière continue. Avec du recul, j'aurai parfois dû rediriger les professionnels afin d'obtenir des réponses plus claires.

Les entretiens se sont tous bien déroulés. La gestion du temps et l'organisation de ces entrevues n'ont pas posé de problème.

Je pense que le fait de conduire des entretiens est complexe et qu'il demande de l'expérience, de la rigueur, de la neutralité et de la concentration. Cette expérience m'a permise néanmoins d'expérimenter le rôle d'intervieweur et de prendre conscience des points à améliorer lors d'éventuels prochains entretiens.

Le sujet de la sexualité est un sujet de moins en moins tabou dans notre société mais il reste néanmoins délicat à aborder. Je n'ai pas eu de difficulté à trouver d'éducateurs pour répondre à mes questions et je n'ai pas ressenti de gêne de leur part à me parler de ce sujet. Cependant, j'ai remarqué qu'au vue des moments d'hésitation lors des réponses, le

sujet de la sexualité des bénéficiaires ne semblait pas couramment abordé pour certains éducateurs.

6.4 LA CONCLUSION

6.4.1 MES RÉFLEXIONS ET LES APPORTS POUR MA FUTURE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Grâce à ce travail de recherche, j'ai pu approfondir mes connaissances au sujet de la sexualité des personnes en situation de handicap et répondre aux diverses questions que je me posais.

J'accompagne actuellement des personnes en situation de handicap intellectuel au sein de deux institutions différentes. Je remarque régulièrement que ce besoin ne semble pas prioritaire et que d'autres aspects comme la sécurité paraissent plus importants. De par mes recherches et mes expériences professionnelles, j'ai confronté mes idéaux à la réalité du terrain et me suis aperçue que ceux-ci n'étaient pas toujours compatibles. Plusieurs aspects rentrent en ligne de compte comme par exemple l'aspect financier (services d'un assisant sexuel), l'aspect ressource humaine (parfois le manque de personnels/temps ne permettent pas de prodiguer un accompagnement de qualité) ou encore les contraintes résultant des règles institutionnelles. Je comprends dorénavant mieux les difficultés de cette prise en charge.

D'autres part, je me suis également questionnée sur la potentielle projection de la part des éducateurs envers les besoins sexuels des résidents. En effet, proposer des solutions alors qu'ils n'ont pas formulé de demandes ou questions, n'est-ce pas créer un besoin qui n'en n'est pas réellement un ?

Ce travail de recherche m'a sensibilisée par rapport à cette problématique et je me sens de plus en plus concernée par ce sujet. De ce fait, afin de contribuer à une meilleure prise en charge dans ce domaine, je prévois dans quelques années de faire un CAS en santé sexuelle. Cette formation me permettrait de découvrir et d'approfondir des projets de prévention et de promotion dans le domaine de la santé sexuelle en Valais.

6.4.2 LES ENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN TRAVAIL DE BACHELOR

Pour conclure, ce travail m'a permis d'améliorer mon écriture scientifique, ma manière de me documenter ainsi que de formuler une problématique. Comme mentionné précédemment, la partie empirique de cette recherche m'a appris à créer une grille d'entretien, à mener des interviews, à retranscrire et analyser les réponses afin d'en tirer des conclusions et répondre à ma question de recherche.

De plus, j'ai acquis ou amélioré plusieurs compétences comme mon organisation, ma capacité à synthétiser, à réfléchir, à analyser ainsi qu'à rédiger.

L'aboutissement de cette recherche m'a permis d'améliorer ma confiance en moi et en mes capacités. Elle m'a fait grandir en tant que future professionnelle et constitue un bagage supplémentaire pour ma vie personnelle et professionnelle.

7 LES RÉFÉRENCES

- Aregger, J. (2020). *Sexualités et situation de handicap*. Module E9 ES. Haute Ecole de Travail Social, HES-SO//Valais. [Non publié].
- Association American Psychiatric. (2016). *Mini DSM-5 Critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- AvenirSocial. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse : un argumentaire pour la pratique*.
- Bee, H., & Boyd, D. (2017). *Les Ages de la vie - Psychologie du développement humain* (éd. 5e). (J. Andrews, & L. Catherine, Trans.) Montréal: Edition du renouveau pédagogique inc.
- Bonjour, P. (2006). Comprendre les enjeux de l'inclusion, le détour par l'Histoire. *Revue Reliance*, 86-90.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *L'écologie du développement humain*.
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). *Les méthodes de recherche du DBA*. EMS Editions.
- Code Civile Suisse. (2020). Art. 16 Discernement. *Droit des personnes*.
- Code Civile Suisse. (2020). Art. 17 Incapacité d'exercer les droits civils. *Droit des personnes*.
- Code Civile Suisse. (2020). Art. 333 Responsabilité. *L'autorité domestique*.
- Code Civile Suisse. (2020). Art. 390 Conditions. *Les mesures prises par l'autorité*.
- Code Civile Suisse. (2020). Art. 391 Tâches. *Les mesures prises par l'autorité*.
- Code Civile Suisse. (2020). Art. 426 Mesures. *Le placement à des fins d'assistance*.
- Constitution fédérale de la Confédération Suisse. (2020). Article 8 : Egalité. *Droits fondamentaux*.
- Corps Solidaires. (2020). *L'assistance*. Récupéré sur Corps Solidaires : Association Suisse Romande Assistance Sexuelle et Handicaps: <https://corps-solidaires.ch/>
- Dupras, A. (2014). La sexualité des hommes en situation de handicap comme quête d'identité et de reconnaissance. *VST - Vie sociale et traitements*.
- Fédération Valaisanne des Centres SIPE. (2021). *Formations*. Récupéré sur SIPE: <https://www.sipe-vs.ch/fr/formations-338.html>
- Fédération Valaisanne des Centres SIPE. (2021). *Santé sexuelle : prestations*. Récupéré sur SIPE: <https://www.sipe-vs.ch>
- Fédération Valaisanne des Centres SIPE. (2021). *Prestations : Institutions et écoles spécialisées*. Récupéré sur SIPE: <https://www.sipe-vs.ch/fr/institutions-ecoles-specialisees-50.html>
- Gabler, J., & Tremoulinas, A. (2013). *La Sociologie pour les Nuls*. Paris: Editions First-Gründ.

- HETS Genève. (2020). *CAS en santé sexuelle : approches de prévention et de promotion*. Récupéré sur Haute Ecole de Travail Social de Genève: <https://www.hesge.ch/hets/formation-continue/formations-postgrade/certificats-cas/cas-en-sante-sexuelle-approches-prevention>
- HETS Genève. (2020). *DAS en Santé sexuelle: interventions par l'éducation et le conseil*. Récupéré sur Haute Ecole de Travail Social Genève: <https://www.hesge.ch/hets/formation-continue/formations-postgrade/diplomes-das/das-en-sante-sexuelle-interventions-education>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*(102), 23-34.
- Juhel, J.-C. (2007). *La déficience intellectuelle : connaître, comprendre, intervenir*. les Presses de l'Université de Laval.
- Le Bossé, Y. (2016). *Soutenir sans prescrire*. Québec: ARDIS.
- Marcel Nuss et al. (2008). *Handicaps et sexualités : Le livre blanc*. Paris: Dunod.
- Morin, B. (2015). *En couple et handicapés, Repères pour accompagner les personnes en situation de handicap intellectuel*. Dunod.
- Navarre, M. (2016). La santé sexuelle est-elle un droit ? *Sciences Humaines*, 74.
- Office fédérale de la statistique. (2017). *Type de handicap*. Récupéré sur Trouver des statistiques: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/egalite-personnes-handicapees/handicapees/caracteristiques-handicap.assetdetail.11487184.html>
- Sexualité et Handicaps Pluriels. (2019). *Assistance sexuelle*. Consulté le mars 11, 2021, sur SEHP - SEexualité et Handicaps Pluriels: <https://sehp.ch/>
- Vaginay, D. (2011). Sexualité, Handicap mental et société. *Le Carnet PSY*(158).
- Zribi, G., & Sarfaty, J. (2003). *Handicaps mentaux et psychiques vers de nouveaux droits*. Editions ENSP.

8 ANNEXE 1

Grille d'entretien

Question de recherche

Comment les éducateurs sociaux qui accompagnent des personnes en situation de handicap mental permettent aux résidents d'avoir une vie sexuelle dans le respect de leurs droits tout en assurant leur sécurité ?

Questions d'entrée (afin de créer le lien avec la personne) :

1. Pourriez-vous me raconter pourquoi vous avez choisi le domaine du handicap ? (les valeurs)
2. En quoi consiste concrètement votre travail d'accompagnement, quels sont les principaux domaines dans lesquels vous accompagnez les résidents ?

Hypothèse : « Il existe pour un éducateur plusieurs manières d'accompagner la personne en situation de handicap intellectuel, vivant en institution, dans sa vie sexuelle. »	
Objectifs : - <i>Découvrir la manière dont les besoins sexuels des personnes en situation de handicap mental sont pris en charge par les professionnels qui les accompagnent</i>	
1 Avez-vous déjà répondu à des questions, besoins ou demandes de la part d'un résident liés à sa sexualité ? Ou alors déjà traité des situations liées à la sexualité ? ➔ y a-t-il régulièrement des demandes ? Si oui à quelle fréquence traitez-vous de ce sujet approximativement ? ➔ Quels sont les besoins, questions ou situations que vous rencontrez le plus souvent ?	OUI ou NON Fréquence par semaine env. Au moins 2
2 Comment réagissez-vous lorsque cela vous arrive ? ou Comment réagiriez-vous si cela vous arrivait ? ➔ Qu'est-ce qui impact votre comportement ou l'influence selon vous ? ➔ Comment vous êtes-vous sentis lors de cette situation ?	Exemples d'actions (individuel ou avec collègue) Au moins un exemple Ressentis
3 Selon vous, quel est le rôle de l'éducateur en ce qui concerne la vie sexuelle des bénéficiaires ? ➔ Quelles sont les tâches qu'il devrait exécuter ?	La représentation de l'éducateur dans l'accompagnement Exemples de tâches

Hypothèse : « Dans un contexte de vie en communauté, la gestion de la sexualité des personnes en situation de handicap mental représente une prise en charge délicate pour les éducateurs qui les accompagnent car ils doivent veiller à la fois à leur épanouissement et à leur sécurité. » Objectifs : - <i>Identifier les difficultés de cet accompagnement</i>	
4 Quels sont pour vous les comportements adéquats des éducateurs en ce qui concerne la sexualité des résidents ? ➔ Comment gérez-vous la contraception des résidents ? ➔ Comment veillez-vous à la sécurité physique et psychique de la personne accompagnée en ce qui concerne sa vie sexuelle ?	Exemples de comportements
5 Avez-vous déjà rencontré des difficultés ou des situations compliquées concernant cet accompagnement ? ➔ Si oui, à quelle fréquence ? Quelles sont les principales difficultés de cet accompagnement selon vous ? ➔ Si non, comment expliqueriez-vous cela ?	OUI ou NON Environ combien de fois Au moins deux difficultés Au moins une raison

Hypothèse : « En institution les locaux et le niveau d'autonomie des bénéficiaires peuvent restreindre l'intimité de la personne. » Objectifs : - <i>Identifier l'impact du comportement des professionnels et des infrastructures sur l'épanouissement sexuel de la personne</i>	
6 En ce qui concerne la vie en communauté au sein du foyer, pensez-vous qu'elle impacte l'épanouissement sexuel des résidents ? Pourquoi ?	Au moins une raison
7 Selon vous, l'infrastructure du foyer impacte l'épanouissement sexuel des personnes en situation de handicap ? Pourquoi ?	Au moins une raison
8 Toujours selon vous, quels sont les comportements des professionnels les plus respectueux en ce qui concerne l'intimité et la sexualité des bénéficiaires ?	Au moins deux exemples
9 Pour terminer, si vous aviez une baguette magique, à quoi ressemblerait une institution respectueuse de l'intimité et de l'épanouissement sexuel de ses résidents ?	Description de l'infrastructure et de l'accompagnement éducatif

9 ANNEXE 2

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant à l'étude :

« La sexualité des personnes en situation de handicap intellectuel, un besoin encadré »

Le soussigné certifie avoir été averti :

1. Qu'il peut mettre un terme à tout moment à sa participation à l'étude ;
2. Qu'il peut refuser de répondre à des questions ;
3. Que les entretiens seront enregistrés, puis retranscrits de manière anonyme ;
4. Que l'ensemble des enregistrements sera détruit au terme de la recherche ;
5. Que cette étude respecte la plus stricte confidentialité et qu'aucune information révélant l'identité du participant ne sera diffusée ou publiée.

Le soussigné a pris connaissance et compris les informations ci-dessus et accepte de participer à l'étude susmentionnée.

Nom : Prénom :

Lieu et date : Signature :