

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en travail
social

Haute École de Travail Social – HES·SO//Valais

Genre, sexualité et posture professionnelle

**La place du genre dans l'accompagnement de la sexualité
des personnes présentant une déficience intellectuelle**

Réalisé par : JARABO PLANA Julia

Promotion : Bach ES 16 TP

Sous la direction de : MARGOT CATTIN Pierre

Thonon les bains/Août 2021

Remerciements

Je tiens dans un premier temps à remercier toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mes questions, qui m'ont partagé leurs expériences et m'ont accordé leur confiance. Ce travail n'aurait pas été réalisable sans elles. Je les remercie également pour leur ouverture et leur authenticité qui a rendu ces entretiens humains, malgré la distance.

Je remercie également mon directeur de Bachelor, M. Pierre Margot-Cattin, qui m'a fait confiance tout au long de ce processus, qui m'a entendue lorsque j'en ai eu besoin et a su m'apporter les réponses à mes questions. Cette confiance m'a aidée à tenir bon dans les périodes de doutes.

Merci aussi à ma mère, Graziella, pour sa relecture de certains passages et son soutien inébranlable.

Enfin, je remercie Raminta qui m'a soutenue dans les moments d'angoisse et m'a aidée à les traverser, avec patience, humour et bienveillance. Merci à Morgan, pour les discussions, les échanges, ses encouragements et sa patience.

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

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. Je certifie également que le nombre de signes de ce document (corps de texte, sans les espaces) correspond aux normes en vigueur.

Nombre de signes : 80 456

Résumé

Ce travail de Bachelor a pour objectif de comprendre le rôle que joue le genre dans la posture des éducateurs et éducatrices sociales qui doivent accompagner la vie affective et sexuelle de personnes présentant une déficience intellectuelle et vivant en institution. Cet aspect de l'accompagnement, qui revêt un caractère particulier par sa dimension intime, s'inscrit dans un contexte de « santéisation » de la sexualité (Aïach, cité par Lucie Nayak, 2014), et d'une conception du handicap qui vise l'autonomisation et l'individualisation de la prise en charge. En parallèle, le genre contribue à la manière dont les individus se représentent et vivent leur sexualité. Des entretiens semi-directifs, réalisés auprès de 6 éducateurs et éducatrices sociales travaillant dans 6 institutions en Suisse et étant confronté.e.s à ce type d'accompagnement, révèlent l'influence des normes et des représentations genrées de la sexualité sur leur posture professionnelle. Ces dernières, si elles contribuent, dans une certaine mesure, à une certaine reconnaissance du droit à la vie affective et sexuelle pour les personnes concernées, peuvent également constituer un risque en termes d'invisibilisation des orientations sexuelles et des identités de genre, ainsi qu'en incitant à la surprotection. En renforçant le sentiment de légitimité des professionnel.le.s, en favorisant leur réflexivité et en se positionnant, les institutions ont un rôle important à jouer pour réduire ces risques.

Liste des abréviations

Par souci d'alléger la lecture, certaines abréviations seront utilisées :

DI : Déficience intellectuelle

ES : éducateurs et éducatrices sociales

MDH-PPH2 : Modèle de Développement Humain-Processus de Production du Handicap

2

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Liste des abréviations	3
1.Introduction	6
1.1 Choix du sujet	6
1.2 Question de départ	6
1.3 Problématique	6
1.4 Objectifs de recherche	8
2. Cadre théorique	8
2.1 Le concept de genre	8
2.2 Sexualité et santé sexuelle	9
2.2.1 Définition de la sexualité	9
2.2.2 Sexualité et société : contrôle et émancipation.....	10
2.2.2 Santé sexuelle.....	11
2.2.3 Les droits sexuels en Suisse.....	11
2.3 Déficience intellectuelle et handicap.....	12
2.3.1 La déficience intellectuelle : de quoi parle-t-on ?	12
2.3.2 Le handicap mental	14
2.4 Sexualité, handicap et déficience intellectuelle	15
2.4.1 Sexualité et handicap	15
2.4.2 Sexualité et handicap mental	16
2.4.3 Représentations sexualité et DI	17
2.3 Accompagnement de la vie affective et sexuelle en institution	18
2.3.2 Rôle et mission des ES	19
2.4 Genre et sexualité	21
2.4.2 La socialisation de genre	21
2.4.3 Représentations genrées de la sexualité	24
2.5 Synthèse	26
2.6 Hypothèses	26
1. <i>Les ES ont reçu une éducation sexuelle différenciée selon leur genre et cela influence leurs représentations de la sexualité des personnes qu'elles et ils accompagnent.</i>	<i>26</i>
2. <i>Les ES ont des représentations genrées de la sexualité des personnes accompagnées et leur posture diffère en fonction du genre de ces dernières.</i>	<i>27</i>
3. <i>La reconnaissance des droits sexuels et le positionnement de l'institution aident les professionnel-le-s à se positionner.....</i>	<i>27</i>
3. Méthodologie	27
3.1 Méthode de récolte des données	27
3.2 Echantillon	27
3.3 Anonymat et confidentialité.....	28
3.4 Biais identifiables avant les entretiens.....	28
3.5 Biais identifiés à la suite des entretiens.....	29

4. Résultats	29
4.1. Autonomie et autodétermination	29
4.1.2 Réflexivité	31
4.2 Normes et cadre institutionnel	33
4.3 Peurs et risques	35
5. Analyse des résultats	37
5.1 Autonomie et protection	37
5.2 Réflexivité et posture éthique	37
5.3 Normes et reconnaissance	39
5.4 Différences genrées dans la posture professionnelle.....	40
6. Réflexion et pistes d'action	42
6.1 Surprotection.....	42
6.2 Légitimité.....	43
7. Conclusion.....	44
7.1 Réponses apportées à la problématique	44
7.2 Vérification des hypothèses	45
<i>Les ES ont reçu une éducation sexuelle différenciée selon leur genre et cela influence leurs représentations de la sexualité des personnes qu'elles et ils accompagnent.</i>	<i>45</i>
<i>Les ES ont des représentations genrées de la sexualité des personnes accompagnées et leur posture diffère en fonction du genre de ces dernières.</i>	<i>45</i>
<i>La reconnaissance des droits sexuels et le positionnement de l'institution aident les professionnel-le-s à se positionner.....</i>	<i>46</i>
7.3 Nouveaux questionnements	46
7.3 Regard critique sur le processus de recherche	46
7.4 Apports pour ma pratique future	47
7.5 Bilan Personnel	47
Bibliographie	48
Annexe 1	54

1.Introduction

1.1 Choix du sujet

C'est en travaillant auprès d'adultes en situation de handicap mental que j'ai eu l'occasion de me questionner quant à la sexualité et notre manière de l'aborder dans notre pratique. J'ai pu constater des différences dans la manière de réfléchir et d'agir dans deux situations impliquant des actes masturbatoires, chez un homme et chez une femme. Bien que la manière de travailler demandait d'adapter l'accompagnement à la singularité de chaque personne, le constat de ces différences avait suscité chez moi des questionnements. En effet, j'éprouvais un sentiment d'injustice envers la situation impliquant la résidente, mais ne parvenais pas à identifier clairement ce qui me posait problème, et ne me sentais pas non plus en mesure d'intervenir. Si, à ce moment-là, j'avais pu identifier mon manque de formation comme mon principal frein, j'ai par la suite pris conscience des inégalités liées au genre dans l'accès aux droits, dans ma vie personnelle et au cours de ma formation. Cela m'a permis de donner une nouvelle perspective à mes questionnements. En effet, au regard des inégalités de genre qui impactent de nombreux domaines de la vie, dont la sexualité, je me suis d'abord demandé si le genre des bénéficiaires avait une incidence sur nos manières d'agir à leur égard. Dans un deuxième temps, mon questionnement a porté sur le genre des professionnel-le-s et sur ses effets sur la pratique professionnelle.

1.2 Question de départ

La question de départ de ce travail de recherche est la suivante : ***Y a-t-il une différence genrée dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap mental institutionnalisées ?***

1.3 Problématique

La question de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap est aujourd'hui abordée dans de nombreuses institutions en Suisse. Ainsi, les ES peuvent être amené-e-s à devoir accompagner l'épanouissement affectif et sexuel de certain-e-s usager-ère-s. Par sa nature, cette dimension de la pratique éducative revêt un caractère particulier car elle implique de franchir les limites de l'intime pour, dans le même temps, permettre à cette part de l'intimité d'exister. Nous pouvons nous demander en quoi consiste le rôle des ES dans ce contexte ? De quoi doivent-elles et ils tenir compte ?

Des outils et des moyens existent pour permettre aux professionnel·le·s d'accompagner l'exercice du droit à la sexualité. Par exemple, l'association INSOS Genève, qui promeut notamment la qualité en santé pour les personnes en situation de handicap, a publié une charte relative aux questions de l'amour, de la sexualité et du handicap (INSOS, 2012). Toutefois, intervenir dans l'intimité des bénéficiaires peut amener les ES à réagir « [...] en fonction de [leurs] propres perceptions, de [leurs] représentations, plus que du bien être de la personne handicapée. » (Vaginay, 2011). De plus, la déficience intellectuelle implique une vulnérabilité et une dépendance que les professionnel·le·s doivent prendre en compte dans leur accompagnement. Nous chercherons à comprendre ce qui guide les ES, ce qui leur permet d'avoir une posture professionnelle dans ce domaine particulier. D'autre part, la sexualité humaine, bien que relevant de l'intime, comprend une dimension sociale car soumise à des normes, des injonctions et fait également parfois l'objet de luttes. Elle est liée à ce qu'une société traverse, et les façons de la représenter ou de la vivre peuvent être influencées par cette dernière. En parallèle, les études genre en sociologie révèlent que les stéréotypes de genre imprègnent les représentations de la sexualité humaine, impliquant une différenciation dans les attentes sociales et dans les comportements des individus. Le genre, se référant à ce qui relève de constructions sociales liées au sexe, traverse donc la sexualité humaine, ses représentations et sa réalisation. Ce qui n'est pas sans conséquences en termes d'inégalités, de discriminations et de violences. Citons, par exemple, les discriminations liées à l'orientation sexuelle, ou encore les violences sexuelles majoritairement subies par les femmes. Il est alors nécessaire de se demander dans quelle mesure le genre peut jouer un rôle dans cet accompagnement spécifique.

Pour y répondre, nous définirons d'abord ce que nous entendons par genre. Nous verrons ensuite dans quel contexte s'inscrit la vie affective et sexuelle de manière générale, ce qu'implique la déficience intellectuelle dans ce domaine et en quoi consiste le rôle de l'ES dans cet accompagnement spécifique. Enfin, nous verrons en quoi le genre est un facteur qui peut entrer en compte dans les représentations et les comportements dans le domaine de la sexualité, et de quelle manière il entre en jeu dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de personnes DI institutionnalisées.

1.4 Objectifs de recherche

- Comprendre en quoi consiste le rôle de l'ES dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle
- Comprendre ce qui guide les éducateurs, ce qui leur permet d'avoir une posture professionnelle dans ce domaine particulier
- Avoir une idée de la manière dont le genre peut interagir avec les éléments qui constituent cette posture

2. Cadre théorique

2.1 Le concept de genre

Concept utilisé en sciences sociales afin d'analyser les rapports humains sous le prisme des rapports de sexe, le genre, contrairement au sexe biologique, se réfère à la construction sociale du féminin et du masculin. Aux Etats-Unis, la notion de la construction sociale des sexes apparaît dès 1935 avec l'anthropologue Margaret Mead. Sans parler de « genre », elle met en évidence le caractère socialement construit des comportements des hommes et des femmes. C'est en 1955 que le mot « gender » est utilisé par John Money, un psychologue et sexologue qui s'intéressait aux personnes transsexuelles. Ce terme est repris plus tard par le psychologue Robert Stoller (1964) qui conceptualise la notion d'identité de genre (« gender identity ») selon laquelle l'identité « ressentie » et l'identité « apparente » ne sont pas forcément identiques. Autrement dit, le sexe biologique et « se sentir » homme ou femme seraient deux choses distinctes. La dissociation entre sexe biologique et construction sociale liée au sexe commence à naître.

Les sociologues et historiennes féministes se sont ensuite approprié ce terme afin d'analyser et conceptualiser les rapports sociaux entre hommes et femmes, et les inégalités qui en découlent. La notion de genre se réfère donc à différents champs et courants. Dans ce travail, nous nous intéresserons au genre au sens où l'entend Lorena Parini (2010), c'est-à-dire « un outil analytique qui, [...], nous indique qu'il y a du social dans ce qui paraît naturel. » Autrement dit, nous nous intéresserons à ce qui, dans les comportements, relève de constructions sociales du féminin et du masculin.

Enfin, retenons que « D'autre part, chaque individu, quel que soit son sexe, subit une contrainte à se conformer à une norme de genre, c'est-à-dire aux comportements et

attitudes qui sont socialement attendus des personnes de son sexe. ». Autrement dit, nous sommes toutes et tous conditionnés par les normes de genre de la société dans laquelle nous vivons, et soumis·e·s à nous y conformer.

2.2 Sexualité et santé sexuelle

2.2.1 Définition de la sexualité

En recherchant comment définir la sexualité, j'ai été confrontée à une pluralité de définitions et de disciplines. En effet, la sexualité humaine est un concept vaste et qui tient compte de différents facteurs selon les disciplines qui s'y intéressent. Nous retiendrons ici qu'y entrent en jeu des facteurs biologiques, développementaux, comportementaux et sociaux.

En biologie et en physiologie, la sexualité est définie comme l' « ensemble des caractères physiques qui différencient les sexes, les individus mâles et femelles ; fait d'être sexué » et « Ensemble des mécanismes physiologiques qui concourent au rapprochement des sexes et à la reproduction de l'espèce. ». (CNTRL, 2012). Cependant, lorsqu'on s'intéresse à la sexualité humaine, la définition proposée introduit des dimensions allant au-delà de la différenciation des sexes et de la reproduction : « Ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité. » (CNTRL, 2012).

Enfin, selon l'IPPF (2008) : « La sexualité est un concept évolutif qui couvre l'activité sexuelle, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. Elle est constituée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, moraux, historiques, religieux et spirituels. La sexualité se vit et s'exprime par la pensée, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. ».

Ainsi, la sexualité humaine suppose une interaction sociale en vue d'obtenir une satisfaction corporelle et un épanouissement personnel. Elle implique des dimensions corporelle, sensorielle et, en général émotionnelle. Hormis la dimension reproductive,

on retiendra qu'elle a pour but le plaisir et l'épanouissement personnel, ainsi que sa dimension affective. Nous parlerons donc dans ce travail de vie affective et sexuelle.

2.2.2 Sexualité et société : contrôle et émancipation

Bien que l'activité sexuelle humaine ait toujours existé, le mot « sexualité » apparaît pour la première fois vers 1860 (Bozon,1993). Depuis le Moyen Age, en Europe, les discours régissant l'acte sexuel étaient produits par l'Eglise. Puis, ce sont les sciences biologiques et médicales qui ont pris le relais de l'Eglise pour produire un discours « vrai » sur la sexualité. (Bozon,1993). En définissant une sexualité « normale » et une sexualité « pathologique », la littérature de l'époque contribue à la création de normes en matière de sexualité. Aujourd'hui, « Cette norme est hétérosexuelle, conjugale, reproductive, adulte et monogame. » (Crozier et Bonis, 2003).

Ce n'est qu'à partir de la moitié du XXe siècle, avec Foucault, que la sexualité devient un objet d'étude pour les sciences sociales. Dans son article « Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches », Robert Courtois (1998) nous montre que la définition de la sexualité humaine en sciences sociales se réfère à de nombreux champs disciplinaires. Il met en évidence le caractère intime, individuel et personnel de ce concept, et à la fois sa dimension sociale car il s'agit d'un facteur de socialisation. De même, il rappelle la dimension biologique de la sexualité dite « naturelle », dans le sens qu'elle est innée et nécessaire à la survie de l'espèce, mais en étant à la fois soumise à une dimension « culturelle » car elle va, actuellement, au-delà de sa fonction reproductive et dépend de facteurs sociaux, économiques, historiques et culturels. Selon lui, sexualité et culture sont indissociables.

Au niveau historique, la « libération sexuelle » des années soixante, l'accès à la contraception, le droit à l'avortement, ainsi que l'épidémie de SIDA dans les années 80 ont contribué à créer de nouvelles règles et normes en matière de sexualité. (Rosenblum, O., 2011). En effet, dans les années 70, la dimension politique de la sexualité (révolution sexuelle qui a démarré dans les années 30) aboutit à des changements et à une évolution dans les dispositifs qui jusque-là encadraient la vie affective et sexuelle. (Giami, A., 2002) On peut retenir l'accès à la contraception, le droit à l'avortement et le divorce comme les changements les plus importants. La sexualité

devient alors une activité source d'épanouissement individuel. Toutefois, même hors mariage, le couple reste « l'organisation sociale où se déroule la sexualité ». (Giami, 2002)

2.2.2 Santé sexuelle

« Le combat pour la libération sexuelle prend aujourd'hui la forme de la lutte pour les droits sexuels et la santé sexuelle et reproductive. (Giami, 2002)

A la fois innée et reproductive, soumise à des normes morales, sociales, médicales, et aussi moyen de socialisation, d'émancipation, la sexualité humaine revêt de multiples aspects. Aujourd'hui, l'épanouissement sexuel, le bien-être et l'absence de risques sont au cœur de ce que l'OMS nomme la santé sexuelle : «[...] état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. [Qui] requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. ». (OMS, 2020)

2.2.3 Les droits sexuels en Suisse

Les droits sexuels sont rattachés aux droits humains et ont pour vocation de protéger la santé sexuelle de tout un chacun.

Au niveau du droit international, il n'existe pas d'instrument juridique officiel pour définir les droits sexuels (Paré, 2018). En effet, ils ne sont pas, à ce jour, reconnus comme des droits humains fondamentaux. Cependant, certaines organisations se prononcent et se mobilisent afin de promouvoir ces droits au niveau mondial. L'IPPF (International Planned Parenthood Federation) a publié en 1998 une charte relative aux droits sexuels et reproductifs, puis en 2008 une « Déclaration internationale des droits sexuels ».

« Pour qu'il soit possible de parvenir au meilleur état de santé possible, chacun doit pouvoir exercer ses choix dans sa vie sexuelle et reproductive et se sentir en confiance et sécurisé dans l'expression de son identité sexuelle. » (IPPF, 2008). L'IPPF liste les droits suivants : le droit à l'égalité, le droit à la participation, le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité, le droit au respect de la vie privée, le droit à l'autonomie, le droit à la

liberté de penser et à la liberté d'opinion, le droit à la santé, le droit à l'éducation et à l'information, le droit de choisir de se marier et/ou de fonder une famille, le droit à la responsabilité et à la réparation.

En Suisse, c'est l'organisation Santé Sexuelle Suisse qui promeut et protège les droits sexuels pour chaque individu. Cette organisation est partenaire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et membre accrédité de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

La sexualité humaine a, depuis des siècles, été soumise à des règles, des normes liées à la société dans laquelle elle va se réaliser. Aujourd'hui, la notion de santé sexuelle, les droits sexuels et reproductifs permettent, en partie, de poser un cadre à la réalisation de la vie affective et sexuelle en Suisse pour tout un chacun. Elle est à la fois un droit et un critère de santé et d'épanouissement personnel. (Vaginay, 2008).

2.3 Déficience intellectuelle et handicap

2.3.1 La déficience intellectuelle : de quoi parle-t-on ?

Les définitions de la déficience intellectuelle diffèrent selon les périodes, les contextes et les systèmes de classifications. Actuellement, le terme de déficience intellectuelle en Suisse est utilisé pour qualifier une déficience dans les facultés liées à l'intelligence et au comportement adaptatif. En 2016, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) publie un rapport constituant une expertise collective sur les déficiences intellectuelles. Ce rapport propose un état des lieux des connaissances sur le sujet et émet un certain nombre de recommandations. Nous nous y référerons afin de proposer une définition synthétique de la déficience intellectuelle et des caractéristiques à prendre en compte dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes présentant une DI.

Le terme de « déficience intellectuelle » est le plus utilisé dans les champs de la médecine, de l'éducation et de la psychologie. Comme dit précédemment, il se réfère à des limitations dans le comportement adaptatif et dans l'intelligence. Dans le rapport cité précédemment, il nous est proposé une synthèse des différentes définitions proposées par les trois organismes reconnus en matière de santé, à savoir l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'AAIDD (American Association on Intellectual and

Developmental Disabilities) et l'APA (American Psychiatric Association). Nous pouvons retenir les critères suivants :

- « • le constat de déficits dans les fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique, l'apprentissage par l'expérience et la compréhension pratique. [...] ;
- des limitations significatives du comportement adaptatif en général, c'est-à-dire dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises qui permettent de fonctionner dans la vie quotidienne ;
- l'apparition de ces déficits intellectuels et de ces limitations adaptatives au cours de la période développementale. » (avant 18 ans selon l'AAIDD).

Différents niveaux de gravité ont été établis et s'illustrent selon des critères spécifiques.

Voici le tableau proposé par le DSM-V et publié dans le rapport pré-cité :

Tableau 1. Critères de gravité de la déficience intellectuelle d'après le DSM-5.

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge...	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge...	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...
Modéré	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle...	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales...	Présence, chez une minorité importante, de comportements mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social...
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire...	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes...
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir)... Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel...	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples...	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités...

Des difficultés et un besoin de soutien peuvent donc émerger dans différentes sphères de la vie des personnes présentant une DI. Selon la gravité de la déficience, les personnes concernées seront plus ou moins dépendantes de l'aide d'autrui pour réaliser certaines tâches. Toutefois, quel que soit le niveau de gravité, la compréhension du risque dans les situations sociales et la manière de résoudre les problèmes sont altérées. On peut alors imaginer que les professionnel·le·s accompagnant des situations liées aux relations affectives et à la sexualité portent une attention particulière à ces points.

2.3.2 Le handicap mental

Le handicap mental est la conséquence sociale de la DI.

La notion de handicap a été sujette à une évolution depuis un peu plus d'un siècle. Les trente dernières années ont été particulièrement riches en réflexions autour de la conception du handicap. Or, la manière de concevoir le handicap a une incidence sur les réponses qu'on y apporte. Nous pouvons retenir trois modèles qui ont, aujourd'hui, une incidence sur les pratiques : médical, social et biopsychosocial.

Le modèle médical (ou biomédical) considère que le handicap est la conséquence directe de facteurs individuels, en lien avec la santé. L'intervention reposant sur ce modèle vise la guérison, l'adaptation ou la modification du comportement de la personne. (OMS, 2001).

Le modèle social, quant à lui, permet de concevoir le handicap comme une question politique. Il est plutôt lié à des facteurs externes à l'individu, qui entravent ou empêchent sa participation sociale. Selon le modèle social, c'est l'environnement qui crée le handicap en étant inadapté. « La question est donc de l'ordre des attitudes ou de l'idéologie ; elle nécessite un changement social, ce qui, au niveau politique, se traduit en termes de droits de la personne humaine. ». (OMS, 2001). Dans ce cas-là, l'intervention consiste plutôt à modifier l'environnement pour l'adapter à la personne.

Enfin, le modèle interactif (ou biopsychosocial) considère que le handicap est la conséquence, le résultat, d'une interaction entre des facteurs individuels et environnementaux.

La définition actuelle de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), établie par l'ONU en 2006, est cohérente avec cette dernière conception : « le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Le système de Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, 2001) établi par l'OMS et le MDH-PPH2 reposent sur le modèle interactif. Dans ces modèles on parle plutôt de situation de handicap. Ces systèmes sont utiles aux professionnel-le-s puisqu'ils permettent d'analyser les situations en tenant compte d'une pluralité d'éléments et d'adapter les réponses à chaque personne et situation.

La notion de handicap, le regard que l'on porte dessus et les réponses apportées sont donc variables et dépendent du modèle sur lequel on s'appuie. Aujourd'hui, l'intervention s'inscrit dans un modèle interactif, et suit une « logique d'autonomisation » : « Le type d'interventions proposées va ainsi se modifier : plutôt qu'une action curative visant la normalisation de l'individu, l'approche sociale va abandonner l'idéal de guérison et favoriser le développement des capacités restantes de la personne dans le but de la rendre autonome dans sa vie quotidienne [...]. » (Rochat, 2008).

Les institutions dans lesquelles les participant·e·s interrogé·e·s travaillent proposent toutes un accompagnement visant l'autodétermination et la participation sociale des personnes hébergées, et concrétisent cette volonté en mettant en place des « projets individualisés » et en favorisant le « développement des capacités ». (Sources : sites internet des institutions). Ces notions d'accompagnement, d'autodétermination, de participation, de projet individualisé illustrent l'impact de l'évolution des modèles de conception du handicap sur les pratiques.

2.4 Sexualité, handicap et déficience intellectuelle

2.4.1 Sexualité et handicap

Ces évolutions dans la conception du handicap ont favorisé la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap (Tessari-Veyre, A. & Martin, M., 2019).

Depuis 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) définit les droits des personnes en situation de handicap. Elle favorise ainsi l'exercice et la protection de ces droits au niveau international. La Suisse fait partie des pays ayant ratifié cette convention.

Certains articles font mention de la vie affective et sexuelle, d'autres peuvent y être liés. Dans l'article 25, il est spécifié par exemple que « jouir du meilleur état de santé possible » inclut le fait d'avoir accès aux services de santé sexuelle et génésiques (en lien avec la procréation). Les articles 16 et 17 protègent les personnes contre les violences et les mauvais traitements, ce qui peut inclure les violences fondées sur le sexe, les violences sexuelles et reproductives « telles que les avortements, contraceptions et stérilisation forcées ». Le risque de discrimination fondé sur le handicap et le sexe y est également reconnu de manière explicite (Paré, M. 2018).

En Suisse, l'association INSOS participe à mettre en œuvre les droits de la CDPH au sein des institutions. Pour ce faire, elle promeut notamment la qualité en santé pour les personnes en situation de handicap. Elle a publié une charte relative aux questions de l'amour, de la sexualité et du handicap destinée aux personnes en situation de handicap, à leurs familles, aux milieux institutionnels et aux partenaires sociaux (INSOS, 2012).

2.4.2 Sexualité et handicap mental

La déficience intellectuelle, comme nous l'avons vu, implique des limitations dans certains domaines de la vie, notamment dans la compréhension des risques. Ce qui peut expliquer une exposition plus forte aux violences sexuelles, en particulier pour les femmes. (UNFPA, cité dans handicap-international.ch)

D'autre part, les personnes présentant une DI sont plus ou moins dépendantes de leur entourage pour investir cet aspect de leur vie (Mercier et al., 2006).

Ainsi, si l'accès à la santé sexuelle est reconnu en tant que droit pour les personnes en situation de handicap mental, cela ne suffit pas à le garantir. La dépendance et la vulnérabilité peuvent engager d'autres acteurs qui jouent un rôle dans l'accès à ce droit. Ce qui peut expliquer que dans les faits, les réelles possibilités pour les personnes en situation de handicap mental de « s'engager dans une relation d'ordre sexuel,

exploratoire, expérientielle ou durable » soient très faibles et très surveillées (Vaginay, 2011).

Par ailleurs, il y a peu de différences entre les personnes présentant une DI et les personnes n'en présentant pas en termes de développement biologique et psycho-affectif. Ce qui signifie que le handicap mental n'implique pas d'avoir moins de besoins affectifs et sexuels que n'importe quelle autre situation. Les différences résideraient plutôt dans le moment où se développent ces besoins ; et au niveau externe dans les représentations et l'éducation donnée. (Kerbage & Richa, 2011).

On comprend que, si différence il y a, celle-ci repose plutôt sur la prise en compte de ces besoins par l'entourage, en partie influencé par les représentations à l'œuvre chez ce dernier.

2.4.3 Représentations sexualité et DI

Les années 1980 semblent avoir marqué un tournant dans les représentations liées à la vie affective et sexuelle des personnes présentant une DI. C'est à cette période que sont mis en évidence le développement psycho affectif et les besoins qui en découlent chez les personnes concernées.

C'est à ce moment-là que l'on s'intéresse également aux représentations de la vie affective et sexuelle de ces dernières chez leur entourage, notamment le personnel éducatif et les parents. Ces représentations s'articulent essentiellement autour de deux grandes idées : la personne présentant une DI est asexuée, dénuée de tout désir ou besoin sexuel, ou au contraire est aux proies d'une sexualité pulsionnelle, bestiale et incontrôlable. (Giami et al., 1983).

Selon Lucie Nayak (2014) une représentation nouvelle est aujourd'hui à l'œuvre chez les professionnel-le-s qui sont confronté-e-s à ces questions. En effet, les évolutions dans les conceptions précédemment détaillées, notamment en matière de reconnaissance des besoins et des droits en matière de vie affective et sexuelle, ont permis l'émergence de ce qu'elle nomme « la personne ». Ce terme se réfère au fait de reconnaître que la personne en situation de handicap a des besoins et implique de favoriser la sexualité « dans une perspective d'épanouissement individuel et de santé ».

Enfin, selon Denis Vaginay (2011), la vulnérabilité, bien que réelle et à prendre en compte, est quant à elle exacerbée dans les représentations des proches. Ainsi, on peut considérer la personne inapte à affronter la sexualité, la vie affective et à supporter les souffrances que ces expériences peuvent générer, et avoir tendance à la surprotéger.

Or, les représentations sociales influencent les comportements et les pratiques (Caresmel, 2014). Ces différences dans les représentations peuvent générer des tensions dans les comportements des professionnel-le-s et des proches. Ces tensions se situent notamment entre l'interdit et l'injonction, la protection et l'autonomie (Nayak, 2014).

On distingue alors des différences dans les représentations, voire des contradictions qui peuvent générer des tensions dans les conduites à l'égard des personnes présentant une DI s'agissant de leur vie affective et sexuelle. D'autre part, les personnes en situation de handicap mental appartiennent aussi à d'autres catégories sujettes aux représentations, qui peuvent également influencer les comportements.

2.3 Accompagnement de la vie affective et sexuelle en institution

Nous l'avons vu, la réalisation de la vie affective et sexuelle des personnes présentant une DI et vivant en institution est tributaire du positionnement de l'entourage proche. Autrement dit, avoir une vie sexuelle et affective lorsqu'on vit en institution suppose qu'elle soit validée et contrôlée par les proches, les professionnel-le-s, entre autres (Vaginay, 2011) et est influencé par leurs représentations.

Si la sexualité des personnes en situation de handicap mental est désormais reconnue comme un droit, voire un critère d'accès à la santé et au bien-être, elle reste soumise à un certain contrôle et ne peut se réaliser qu si certaines conditions sont réunies. En effet, cette problématique s'articule autour de trois « piliers » que sont l'éthique, le consentement et les représentations. (Toniolo A-M. et al., 2013).

L'éthique correspond à « jusqu'où une société et chacun de ses membres sont prêts à reconnaître » l'humanité des plus vulnérables. Elle s'illustre par la reconnaissance des droits et la mise en place de moyens qui en permettent l'accès et l'exercice. Elle passe donc par la reconnaissance, et également par la référence à certaines normes.

Le consentement quant à lui se réfère à l'absence d'emprise, et donc à la relation de confiance, dans l'intimité. Le besoin d'intimité et le respect de l'intimité de l'autre s'acquièrent par un apprentissage qui passe par la distinction de la vie publique de la vie privée. (Vaginay, 2006, cité par Toniolo A-M et al., 2013).

Enfin, les représentations sociales de la sexualité et du handicap, jouent un rôle dans la possibilité pour les personnes concernées d'appréhender et de vivre leur sexualité puisqu'elles permettent de la légitimer ou non.

Au sein d'une institution, la réalisation de la vie affective et sexuelle passe donc par tous ces aspects : reconnaissance, intimité, et représentations. Ainsi, si le cadre historique, juridique et social ont leur importance, les ES ont également un rôle à jouer dans l'accès à la « santé sexuelle » des personnes accompagnées. C'est à travers elles et eux, entre autres, que cela est rendu possible. Nous allons voir ici en quoi consiste leur rôle et de quelle manière elles et ils l'incarnent.

2.3.2 Rôle et mission des ES

Tout d'abord, il est essentiel de définir en quoi consiste le rôle de l'ES dans une institution. Nous ne le ferons pas de manière exhaustive mais nous tenterons d'en saisir l'essentiel.

D'après la définition du travail social (FITS/AIETS, 2001 cité dans code de déontologie) : « La profession de travailleur social cherche à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité et la libération (empowerment) des personnes afin d'améliorer leur bien-être. ».

Le travail social, en Suisse, repose sur les principes d'égalité de traitement, d'autodétermination, de participation, d'intégration et d'empowerment.

Enfin, de manière générale, « Le travail social consiste à accompagner, éduquer ou protéger les êtres humains tout en encourageant, garantissant, stabilisant et maintenant leur développement. ».

L'éducation sociale quant à elle consiste en l'«[...] éducation des fonctions plus spécialement liées à l'activité intentionnelle de l'individu dans la cité » (Jouhy, 1949).

La mission des ES est d'accompagner les personnes au maximum vers l'autonomie, en fonction de leurs possibilités, et en favorisant leur participation sociale. Elles et ils s'acquittent de cette tâche « dans des institutions, des structures, des services ou des organismes d'utilité publique ou de droit privé qui offrent des prestations socio-éducatives, médico-sociales, psycho-sociale, d'évaluation et d'apprentissage. » (<https://www.hets-fr.ch>) et réalisent un « travail au cas par cas » (Wacquez), autrement dit elles et ils vont individualiser leurs interventions.

Enfin, les ES interviennent dans la vie quotidienne, c'est dans des actions du quotidien qu'elles et ils « favorise[nt] le développement optimal de toutes les potentialités des personnes. ». Pour ce faire, le travail relationnel est une part importante du travail éducatif. Les ES doivent « créer et maintenir du lien ». S'engage donc une proximité, une intimité. On parle alors de relation d'aide, d'accompagnement, ou encore de partenariat, qui vise l'autonomie, l'individualisation et la protection.

La fonction des ES se situe donc au croisement entre la mission qui leur est confiée par l'institution, les prescriptions, et la demande ou le besoin exprimé ou identifié chez les bénéficiaires. Elle dépend à la fois des évolutions sociétales, qui impliquent des politiques sociales mises en œuvre par les institutions, et des particularités individuelles des personnes qui leur sont confiées. Elle se réalise dans la relation à l'autre et s'incarne au travers de ce que l'on appelle la posture professionnelle. (Paul, 2012)

2.3.2.1 Posture professionnelle en travail social

Dans un premier temps, comme le souligne Brigitte Portal (2012) dans son article *Des mots et des sens. Posture, positionnement, évaluation...*, il importe de distinguer la posture du positionnement. Brièvement, on peut dire que le positionnement correspond à une façon de se situer dans l'exercice de sa fonction, par rapport au contexte et au bénéficiaire. C'est le résultat d'un processus de réflexion, une décision prise à la suite d'un questionnement (« que dois-je faire dans cette situation ? »). Le positionnement est clair, conscient.

La posture professionnelle quant à elle correspond à la « manière de s'acquitter de sa fonction » (Paul). Pour Starck (2016), la posture professionnelle a pour but de diriger et

soutenir l'activité tout en permettant à l'individu de s'exprimer. Au cœur des quatre dimensions du métier (prescriptions, histoire collective du métier, action adressée à soi, action adressée aux autres) (Clot, 2007 cité par Starck 2016), la posture correspond à la manière dont la ou le professionnel·le va incarner ces dimensions. Au niveau individuel, elle est influencée par les croyances et les intentions. Selon Lameul (2016), elle est le « produit de la position et de la trajectoire sociale des individus ». Elle est donc en lien avec la fonction, mais comporte une dimension individuelle qui peut la faire varier d'un individu à un autre. Elle ne résulte pas d'un processus de questionnement et de réflexion, et ne reflète pas une décision prise consciemment.

Enfin, selon Maela Paul (2012), la posture professionnelle est une « attitude », « une manière d'être en relation à autrui dans un espace et un moment donnés. ».

La posture professionnelle correspond donc à l'attitude, la manière de faire, et diffère en fonction des individus, de leurs croyances, de leurs convictions, et se manifeste dans l'interaction à un moment précis. Elle est influencée par les prescriptions, la culture de métier d'une part, et comprend une dimension subjective, individuelle d'autre part.

2.4 Genre et sexualité

2.4.2 La socialisation de genre

2.4.2.1 Le processus de socialisation

Nous sommes toutes et tous le fruit de notre socialisation. Nous intégrons, dès l'enfance, des normes, des valeurs et des rôles qui nous façonnent et nous permettent de nous intégrer à la société. La socialisation, d'après Michel Castra (2013), est un processus continu, qui dure toute la vie. Elle consiste en la transmission et l'appropriation de la culture via l'apprentissage de valeurs, de normes et de rôles propres à la société dans laquelle l'individu se trouve. La socialisation est utile à la vie sociale car elle favorise la cohésion sociale (Riutort, 2013). Enfin, la socialisation favorise la « construction identitaire » et l'« intégration sociale » (Vallet, 2009).

Ce processus se déroule en deux phases : la socialisation primaire et la socialisation secondaire. La première a lieu dès la naissance et pose les premiers repères sociaux. Elle relève d'un apprentissage permettant d'intégrer des normes véhiculées par différentes instances de socialisation qui sont principalement la famille, l'école, les pairs ou encore les médias. La deuxième se déroule durant tout le parcours social des individus, et se fait via d'autres instances de socialisation : les études supérieures, le travail, le couple, des associations ou des partis politiques. « La socialisation secondaire se fonde sur les acquis de la socialisation primaire, les prolonge et éventuellement les transforme. » (Castra, 2013). Au cours de la vie, nous continuons d'apprendre, et il est toujours possible de remettre ces normes apprises en question, de les déconstruire pour en acquérir de nouvelles.

Pour résumer, on peut dire que la socialisation est un processus d'apprentissage en deux phases, qui dure toute la vie et qui permet aux individus d'intégrer des normes et valeurs propres à la société dans laquelle ils se trouvent, afin de pouvoir s'y intégrer, se construire et y être reconnu en tant qu'individu. La fonction de la socialisation est de favoriser la cohésion sociale en permettant aux individus de partager des normes, des repères, commun·e·s.

2.4.2.2. La socialisation différenciée selon le genre

Certaines variables influencent le processus de socialisation. Outre la classe sociale, par exemple, le genre joue un rôle important dans la manière dont les enfants sont socialisés dès la naissance.

En effet, que ce soit par les parents, l'école ou les médias, les enfants intègrent des normes et des rôles propres au genre auquel on les assigne en fonction de leur sexe (Rouyer et al., 2014). Elles et ils intègrent donc des valeurs, des normes et des rôles distincts selon le genre auquel elles et ils appartiennent (ou semblent appartenir). Ce processus permet la construction de l'identité sexuée d'une part, c'est-à-dire «se sentir et se reconnaître fille ou garçon » (Lippe, 2016), et l'intégration à la société d'autre part par la reconnaissance de cette identité par les autres.

Cependant, cette différenciation n'est pas anodine car elle a des conséquences sur les choix des individus, sur leur participation à la société et sur leur santé. (Anne-Charlotte Husson, 2017).

2.4.2.3. *Socialisation de genre, affectivité et sexualité*

La socialisation aux relations affectives et sexuelles n'échappe pas à cette différenciation. Dans l'article « *Je l'aime, un peu, beaucoup, à la folie... pas du tout !* » : *La socialisation des garçons aux sentiments amoureux.*, Diter analyse la socialisation affective. Il montre ainsi que le rapport à l'amour, aux émotions, serait sexué. Autrement dit, en fonction de leur sexe, les individus seraient encouragés, ou au contraire découragés, par les différentes instances de socialisation, à se conformer aux comportements attendus d'elles et eux vis-à-vis du sentiment amoureux et des émotions qui en découlent.

Par exemple, les filles seraient encouragées à ressentir et exprimer des sentiments amoureux par le fait de porter des vêtements ornés de cœurs, de messages « I love you », par l'identification aux personnages féminins stéréotypés et en rejouant les « contenus des séries sentimentales dont les personnages principaux sont des jeunes filles », ou encore par l'approbation des adultes et les encouragements à exprimer leurs émotions. Les garçons, quant à eux, n'ont pas ces opportunités et courent le risque d'être moqués, exclus « en dévoilant un goût trop prononcé pour les choses émotionnelles de l'amour ». Les garçons intègrent ainsi « l'idée qu'adopter un objet ou un comportement [considéré comme] féminin reviendrait à adopter le sexe de cet objet ou de ce comportement et risquerait de mettre à mal leur identité masculine, et donc leur réputation ou leur rang. ».

On retrouve cette différenciation genrée lorsqu'il est question de sexualité. En effet, des différences basées sur le genre s'opèrent dans l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge (d'après Martin & Luke, 2010 cités par Torrent S. 2018). Ces différences reposent sur les thématiques abordées, qui concernent « [...] les relations amoureuses, la morale et la reproduction [...] » avec les filles, « tandis que les garçons sont informés sur le plaisir. », et sur les encouragements à avoir une « sexualité active » pour les garçons pubères, tandis qu'on invite les filles « [...] à se protéger des hommes et des violences sexuelles [...] ». (Solebello & Elliott, 2011 cités par Torrent S., 2018).

Le rapport à l'affectivité et à la sexualité procède donc, en partie, de la manière dont sont socialisés les individus et participe à la construction de l'identité sexuée. Par ailleurs, il y a un va et vient permanent entre le processus de construction du rôle social et les représentations et comportements des individus (Vallet, 2009). Socialisation et représentations sont donc liées et interagissent entre elles.

2.4.3 Représentations genrées de la sexualité

Assez peu de recherches semblent avoir été menées sur le sujet des représentations genrées de la sexualité de manière générale. Ces dernières sont souvent étudiées auprès d'un public spécifique (les jeunes par exemple) et/ou un contexte trop précis pour pouvoir en faire des généralités. On pourrait en conclure que le genre n'est pas, à lui seul, un élément qui influence les représentations de la sexualité chez tout un chacun.

Toutefois, dans une enquête sur la sexualité en France parue en 2008, Bajos N. et Bozon M. parviennent à mettre en évidence ce qui, de manière générale, constitue les représentations de la sexualité dans la société française. Celles-ci reposent principalement sur une vision des rôles féminin et masculin qui diffèrent dans le processus de procréation et s'inscrivent dans un modèle « naturaliste différentialiste ». Autrement dit ces différences sont expliquées, justifiées, par leur caractère naturel.

Ce modèle est lui-même partie d'un système normé de la sexualité, qui se veut être hétérosexuelle, monogame et pénétrative. On retrouve ici la dimension culturelle de la sexualité.

Toujours selon l'enquête menée par Bajos et Bozon, on retrouve dans les représentations la croyance en des « besoins sexuels naturels » plus présents chez les hommes (croyance majoritairement féminine) et un instinct naturel à la maternité chez les femmes. Ce qui implique que la sexualité des femmes doit se réaliser dans la conjugalité et avec une dimension affective car son but est de procréer.

D'autre part, la sexualité des hommes ayant pour but d'assouvir un besoin physiologique, ils auraient moins besoin de sentiments pour avoir un rapport sexuel. « Les représentations de la sexualité semblent donc toujours se construire autour d'un

clivage qui oppose d'un côté une sexualité féminine *conjugal-affective* qui peine à se départir des enjeux procréatifs, de l'autre une sexualité masculine *naturelle* qui se réfère à des besoins physiologiques. ».

Dans une enquête réalisée auprès de jeunes habitants de cités d'habitat social, Isabelle Clair (2007) met en évidence cette même opposition entre sexe et sentiments, et leur dimension genrée (sexe pour les garçons et sentiments pour les filles) dans les représentations des relations amoureuses chez les jeunes.

2.4.3.1 Représentations genrées de la sexualité : conséquences sur les comportements

Comme nous l'avons vu précédemment, les représentations sociales ont des incidences sur les comportements.

En termes de genre et de vie affective et sexuelle, les représentations impliquent des attentes et des attitudes différentes selon le sexe des individus. Par exemple, une femme qui échappe au contrôle de son corps et de sa sexualité court le risque de « perdre sa réputation » (Holland J. et al., 2002).

De la même manière et généralement, « la sexualité féminine est morale uniquement lorsqu'elle est sous contrôle : la fille ne peut ni exprimer des envies sexuelles, ni susciter du désir, sous peine d'être sévèrement jugée. » (Clair I., 2007 cité par Torrent S., 2018).

D'après l'enquête pré citée, la croyance en des besoins sexuels plus importants chez les hommes implique que le sexe sans sentiments soit plus toléré à l'égard de ces derniers. D'autre part, accepter d'avoir des rapports sexuels sans en avoir envie est plus fréquent chez les femmes qui ont cette croyance.

Enfin, la responsabilité de la contraception est également considérée comme essentiellement féminine (Ventola, C., 2016). Les auteurs montrent que l'évolution des méthodes contraceptives, notamment leur médicalisation (pilule contraceptive, stérilet) a influencé cette responsabilisation. Il est par ailleurs possible d'associer cette évolution et cette responsabilisation à la représentation essentiellement procréative de la sexualité féminine.

2.5 Synthèse

L'accompagnement de la vie affective et sexuelle de personnes présentant une DI au sein d'une institution est complexe et implique une pluralité d'acteurs et de facteurs pouvant favoriser ou limiter sa réalisation. Cet accompagnement s'inscrit dans un contexte de « santéisation » de la sexualité (Aiach, 2006), autrement dit dans une vision de la sexualité comme un aspect de la santé, et dans une conception du handicap qui s'intègre dans un modèle interactif et implique la recherche de l'autonomie, l'individualisation de la prise en charge et la protection des personnes.

Si la mission des ES semble claire et en cohérence avec le contexte actuel, leur posture peut varier selon des critères plus individuels : leurs croyances et valeurs, leur histoire personnelle. Or, nous avons vu que le genre, qui relève des constructions sociales du féminin et du masculin, joue un rôle dans la manière qu'ont les individus de vivre et se représenter la sexualité. Nous chercherons donc à comprendre ce qui, dans la posture professionnelle des ES lorsqu'elles et ils accompagnent cette dimension de la vie, est influencé ou non par le genre et ce que cela implique pour la pratique.

2.6 Hypothèses

Ces apports théoriques ont permis de formuler les hypothèses de compréhension suivantes :

1. *Les ES ont reçu une éducation sexuelle différenciée selon leur genre et cela influence leurs représentations de la sexualité des personnes qu'elles et ils accompagnent.*

La vérification de cette hypothèse demandera de s'intéresser aux dimensions du type d'éducation sexuelle reçue (formelle, informelle), de la socialisation primaire, secondaire et de faire des liens avec les discours sur la sexualité des personnes accompagnées. Les indicateurs seront la manière de définir la sexualité, les instances de socialisation mentionnées (école, groupe de pairs, famille, travail, couple, médias...), la manière de définir les besoins des personnes accompagnées.

2. *Les ES ont des représentations genrées de la sexualité des personnes accompagnées et leur posture diffère en fonction du genre de ces dernières.*

Ici, nous nous intéresserons aux discours sur les besoins, à la définition de ce qui peut poser problème et qui demande d'agir, et à la manière de répondre aux problèmes formulés. Les indicateurs seront le vocabulaire utilisé pour décrire les situations problématiques, les exemples donnés spontanément, et les moments qui déclenchent l'intervention éducative.

3. *La reconnaissance des droits sexuels et le positionnement de l'institution aident les professionnel-le-s à se positionner.*

Cette dernière hypothèse n'est pas en lien direct avec la question du genre. Cependant, comprendre le rôle que peut jouer l'institution dans la manière dont vont se positionner les ES permettra d'élaborer des pistes de réflexion et d'action, elles-mêmes en lien avec la problématique dont traite ce travail.

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous intéresserons au type de positionnement (formel, informel), aux moyens au sein de l'institution, aux formations internes, à l'utilisation des ressources à disposition par les équipes. Les indicateurs seront en lien avec les ressources au sein de l'institution et la connaissance qu'en ont les ES interrogé-e-s, la manière dont elles et ils ont été informé-e-s de ces ressources, ou non, la place qu'est donnée à la thématique « vie affective et sexuelle » dans les colloques.

3. Méthodologie

Ce travail s'inscrit dans une démarche qualitative.

3.1 Méthode de récolte des données

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés et enregistrés. Etant donné le contexte de réalisation de la recherche (crise sanitaire liée au Covid-19), les entretiens ont été réalisés à distance par vidéo conférence.

3.2 Echantillon

Six professionnel-le-s (trois hommes et trois femmes) ont participé aux entretiens individuels. Ils et elles occupent une fonction d'accompagnement au sein de différentes

institutions de Suisse romande (Genève et Vaud) et ont entre 1 et 15 années d'expérience auprès d'adultes en situation de handicap intellectuel. Ils et elles sont toutes au bénéfice d'une formation en travail social ou accompagnement socio-éducatif, un participant a effectué une validation d'acquis. Les professionnel-le-s sont tous et toutes amené-e-s à accompagner des situations liées à la vie affective et sexuelle des bénéficiaires au sein de leurs institutions respectives, et travaillent au sein d'institutions qui reconnaissent le droit à la vie affective et sexuelle des personnes hébergées. Un participant sur les six interrogés a suivi une formation spécifique à la question de la vie sexuelle et affective des personnes en situation de handicap (formation « Du cœur au corps » donnée par Catherine Aghte Diserens).

3.3 Anonymat et confidentialité

La thématique abordée étant liée à des sujets intimes, l'anonymat et la confidentialité (des professionnel-le-s, des résident-e-s et des situations) ont été garantis aux participant-e-s. Avant de réaliser les entretiens, les personnes ont été informées du déroulement, de la destruction des enregistrements par la suite et de la non-obligation de répondre aux questions, tout comme de la possibilité de faire des pauses ou d'arrêter l'entretien à tout moment.

3.4 Biais identifiables avant les entretiens

Le fait de devoir aborder le sujet de la sexualité peut constituer un biais car il peut être difficile de parler de sujets intimes, pour des questions de pudeur, de tabou, de confiance. Le fait de réaliser les entretiens à distance peut être une limite comme un avantage. Une limite dans le sens où la communication verbale et non verbale pourra être limitée et l'instauration d'un climat de confiance plus difficile ; un avantage car le fait d'être derrière un écran, chacun-e dans un lieu sécurisant, peut rendre l'interaction moins formelle et donc moins intimidante.

Ensuite, le fait d'avoir des hypothèses en tête en réalisant l'entretien peut influencer le jugement, et se ressentir dans l'interaction. Pour éviter au maximum les préjugés, il sera important de d'inciter les personnes interrogées à être les plus précises possibles.

La question de la liberté dans le discours sera également à prendre en compte. En effet, il s'agira de trouver un juste milieu entre le souhait de ne pas orienter les réponses et le fait de ne pas s'éloigner du sujet.

Enfin, le fait de questionner les représentations ou la socialisation suppose que les personnes interrogées en aient conscience, en tout cas en partie.

3.5 Biais identifiés à la suite des entretiens

Certains biais n'avaient pas été anticipés mais ont pu être identifiés à la suite de la réalisation des entretiens. Tout d'abord, le contexte de déroulement de certains entretiens a pu entrer en jeu dans la liberté de parole des ES interrogé·e·s. En effet, certains ES ont participé aux échanges en étant sur leur lieu de travail et il est arrivé que leurs collègues entrent dans la pièce durant l'entretien. Cela a pu constituer une limitation dans l'aisance à s'exprimer par moments, ou encore influencer le discours tenu. Le fait de réaliser les entretiens à distance a également généré des interruptions dans l'échange, liées à des problèmes de connexion, de son, d'image. Cela a parfois coupé le discours et entravé la spontanéité de ce dernier. Ensuite, le fait d'avoir un lien avec certain·e·s des participant·e·s a pu également influencer l'interaction, générant d'une part une confiance mais également une peur du jugement plus présente (chez moi). Enfin, aborder des sujets intimes a influencé la manière de poser certaines des questions, en atténuant parfois le propos et cela a pu générer un manque de précision dans les réponses.

4. Résultats

Pour comprendre les enjeux du genre dans la posture éducative, il a fallu chercher à comprendre ce qui guide les ES dans leur action, ce qui les pousse à agir et de quelle manière. Les entretiens menés ont permis de mettre en lumière quatre catégories émergentes autour desquelles s'articule la pratique éducative lorsqu'il s'agit d'accompagner la vie affective et sexuelle des bénéficiaires ayant une DI au sein d'une institution : 1. Autonomie et autodétermination 2. Réflexivité 3. Normes et cadre 4. Risques et protection. Nous allons ici détailler ces catégories et voir de quelle manière le genre traverse chacune d'entre elles.

4.1. Autonomie et autodétermination

Les questions de l'autonomie et de l'autodétermination ont été amenées par les professionnel·le·s dans la majorité des entretiens (4 sur 6). Elles et ils s'y réfèrent

lorsqu'il s'agit de décrire en quoi consiste leur mission de manière générale : « [...]on favorise en fait l'autonomie et pis on accueille actuellement des...quelques personnes assez jeunes, 18-25 ans, et on est un peu un foyer tremplin en fait pour qu'ils puissent après aller vers une vie qui est plus autonome en fait, une vie dans un milieu ordinaire. »(Emilie, éducatrice, communication personnelle, 9 avril 2021).

Concernant la vie affective et sexuelle des bénéficiaires, certains ES interrogés font aussi mention de l'autodétermination : « Si le sujet est amené par le résident, vu que c'est l'autodétermination qui est mis en avant, le résident peut l'amener, et pis après c'est éventuellement en discuter mais je te dirais ça c'est assez cool. » (Grégory, éducateur, communication personnelle, 19 janvier 2021).

Les professionnel.le.s qui ont fait mention de l'autodétermination l'ont définie comme étant le fait de pouvoir faire des choix en lien avec la réalisation de ses aspirations personnelles, tout en tenant compte des possibilités offertes par le contexte ainsi que des capacités individuelles : « [...] c'est décider, dans ce qui est possible de faire, ce qu'on a envie de faire de sa vie », « Pour moi dans l'autodétermination y a l'aspect prise en compte des...des facteurs externes. Et aussi des limites internes. » (Olivier, éducateur, communication personnelle, 9 février 2021). L'autodétermination est donc liée à l'autonomie dans la prise de décisions, dans la possibilité de faire des choix qui concernent tous les domaines de la vie.

On retrouve cette idée de faire des choix dans les définitions que donnent les trois ES hommes interrogés d'une sexualité épanouie. En effet, dans leurs définitions reviennent les notions de choix, d'identification des besoins et de capacité à décider comment y répondre. Les femmes interrogées, si elles mentionnent les besoins, n'incluent pas ces notions de choix et de décision à leur définition.

De manière générale, les ES se perçoivent comme étant un soutien à la réalisation de ces choix. « Je n'aime pas ce mot éducateur. Je préfère dire accompagnant. » (Daniel, éducateur, communication personnelle, 17 février 2021). Elles et ils se définissent comme des soutiens, des tuteurs, des régulateurs, qui accompagnent les personnes dans leur relation à l'autre.

Dans ce que disent les ES de leur façon de faire, on peut distinguer différentes approches qui favorisent l'autonomie. Tout d'abord, par le fait de favoriser l'action des bénéficiaires dans la situation : « Je les ai installés l'un en face de l'autre, bon avec le masque, ça par

contre, voilà...et heu en fait ils ont défini la prestation, mais sans moi. » (Grégory), « Je lui donne l'enveloppe à lui, avec l'argent pour payer l'assistant sexuel. Ça veut dire que je le rends acteur, il va être responsable et ainsi de suite. » (Daniel). Ensuite par le fait de développer des apprentissages : « [...]Je sais pas comment mes collègues font mais en tout cas moi je le prends en entretien, et je lui dis bon bah voilà la masturbation il faut faire comme ça, comme ci, faut que tu fasses attention, que tu ailles pas trop fort, que tu décalottes comme il faut, que tu te nettoies après [...]. » (Emilie).

Les éducateurs interrogés évoquent les limites que la DI implique pour l'autodétermination et l'autonomie : *« C'est là où je disais les limites de l'autodétermination. C'est-à-dire se déterminer dans sa sexualité, mais ne pas forcément comprendre les enjeux, les risques aussi pris. » (Olivier).* Deux éducatrices expliquent que la vie en institution peut aussi être source de certains freins à la réalisation d'une vie affective et sexuelle, surtout en termes d'espaces où il est possible d'avoir une intimité : *« Ils ont pas d'espace où ils peuvent se retrouver tranquille quoi. » (Carole, éducatrice, communication personnelle, 31 mars 2021) (Maud) « Alors oui, je veux bien peut être comprendre dans un groupe de quatorze personnes, quand t'as une personne qui vient, juste avec des murs qui sont pas isolés...ben voilà, c'est peut-être pas idéal pour les voisins de chambre, mais voilà, est ce qu'il y a pas un moyen dans nos institutions de dire ben voilà il y a une chambre... bah à l'époque on avait une chambre de veille qui était assez isolée...c'était un des endroits qui aurait pu permettre, mais euh...ça s'est jamais fait... » (Marie, éducatrice, communication personnelle, 18 février 2021).* Enfin, pour deux des éducateurs interrogés, le fait de dépendre, souvent, d'un curateur ou d'une curatrice (qui peut, en plus, parfois être un parent) peut constituer une limite dans l'accès à des ressources, ou des services, tels que l'assistance sexuelle, par exemple, et ainsi mettre un frein à l'expérimentation.

4.1.2 Réflexivité

Pour les ES interrogé·e·s, leur métier implique d'entrer dans l'intimité des bénéficiaires. Cela peut être source de vives émotions et nécessiter une remise en question de leur part pour pouvoir continuer à effectuer leur travail. *« Mais c'est vrai que dans notre métier on rentre quand même dans des limites j'ai envie de dire entre, euh, bah ces fameuses limites d'affection, d'affect..., de sexualité où bah des fois il faut être assez au clair là-dessus quoi. » (Marie) « C'est mon travail de le faire. Et qui dit mon travail dit que c'est à*

moi d'aller chercher les informations nécessaires pour pouvoir faire mon travail comme il faut. Autrement je me sentirais pas professionnel.» (Daniel).

Quatre des personnes interrogées disent avoir dû « changer de regard » sur les situations liées à l'intimité auxquelles elles et ils ont été confronté·e·s au cours de leur vie professionnelle. *« on doit doucher...euh...bah des hommes...on...il y a tout ce côté aussi intime de se dire...mais voilà quel regard j'ai là-dessus ? Donc c'est vrai que là, il m'avait apporté un regard de dire mais c'est ton regard à toi qui doit changer. » (Marie)* Les situations décrites sont nombreuses et concernent les soins (douches, toilettes intimes, rasage). Dans ces cas-là, la nécessité de changer de regard porte sur la désexualisation du corps, des parties intimes, du toucher, et concerne les personnes du sexe opposé à celui de la personne qui donne le soin. Pour accompagner la vie affective et sexuelle, les ES disent avoir dû passer par le même processus de déconstruction, pour faire évoluer leurs représentations de la sexualité des personnes DI : *« [...]tenir la main c'est, c'est pas grand-chose. Mais c'est vrai que pour eux c'est...ça signifie beaucoup. » (Marie).*

Les trois ES de sexe féminin expliquent que c'est, en partie, le fait d'être confronté à des situations qui les ont touchés émotionnellement qui les ont amené à cette remise en question. Nous pouvons citer pour exemples le fait d'entrer dans une chambre et de voir un résident se masturber, *« Et c'est là où j'ai vraiment découvert que, ben oui il y a une vie quand même euh...ben ouais ils ont aussi des besoins. » (Marie)*, le fait d'être en train de faire une toilette à un résident qui a une érection, ou encore de découvrir qu'une résidente a été agressée sexuellement par un résident. Ces situations ont généré chez elles des émotions telles que la gêne, la peur, le dégoût, la colère et les ont amenés à questionner leur rôle, leur place et leur manière de faire. Ces questionnements ont pu émerger dans les échanges avec leurs collègues. Olivier décrit également les émotions que lui font vivre une situation rencontrée par la personne dont il a la référence et dit avoir *« besoin de déposer auprès des collègues »*.

D'autre part, les ES ayant bénéficié d'une formation spécifique aux questions de l'affectivité et de la sexualité des personnes ayant une DI estiment que cette dernière a contribué à faire bouger leurs représentations : *« Je me souviens qu'elle avait donné cet exemple de euh...il y a un couple qui disait « on a envie de faire l'amour » et puis en fait les éducateurs se sont rendu compte que faire l'amour c'était passer la ceinture dans les passants de l'autre. Finalement, quelle est notre définition de « faire l'amour » et quelle est leur définition de faire l'amour ? Peut-être qu'un toucher c'est simplement faire l'amour*

pour eux.» (Emilie, au sujet de ce qu'elle a retenu de deux jours de formation suivis lors de sa formation ES).

Enfin, on peut relever que la remise en question de l'attitude individuelle à été évoquée chez deux éducatrices. L'une fait part de l'attention qu'elle porte à sa tenue vestimentaire et la crainte de susciter du désir chez les bénéficiaires de sexe masculin. L'autre explique que suite à l'agression sexuelle subie par une bénéficiaire de la part d'un résident de son secteur, elle a questionné son attitude, le fait d'être proche physiquement de l'homme en question ainsi que la colère qu'elle a ressentie à son égard et son impact sur l'accompagnement.

4.2 Normes et cadre institutionnel

Durant les entretiens, les ES interrogé·e·s font souvent référence à des normes, à un cadre, en lien avec différents aspects de leur pratique. On peut les regrouper en deux groupes : les normes relatives au couple, les normes genrées dans l'identification des besoins des bénéficiaires et le recours à la norme pour intervenir auprès de ceux et celles-ci.

Les normes relatives au couple

Les normes relatives au couple ont été souvent évoquée dans les entretiens. Une éducatrice et un éducateur expliquent, par exemple, que des couples de résidents ont pu se marier au sein de l'institution : *« Bah ouais moi je trouvais beau, c'est qu'ils se disent vraiment en couple, mariés, ben voilà, comme un vrai couple d'ordinaire. » (Marie).*

Certaines des commissions internes aux institutions dans lesquelles travaillent les ES interrogé·e·s organisent la Saint Valentin pour les couples de bénéficiaires.

Un ES parle également de l'importance pour lui de transmettre des normes en accord avec les évolutions sociétales : *« On voit maintenant que ces valeurs changent. L'homme s'intéresse plus, participe plus aux tâches des ménages, et des choses comme ça. Et ça je pense que c'est important de leur enseigner ces choses-là. » (Daniel)*

Normes genrées et identification des besoins

La plupart des ES mentionnent le caractère « normal » de certains besoins liés à la sexualité. Ces besoins sont d'ordre physique et concernent surtout les hommes dans les situations décrites. Par exemple, pour un des éducateurs, il est « normal » que la

question se pose pour un des bénéficiaires de son secteur : « *Bon pis il a quand même 33 donc c'est normal que la question se pose.* » (Grégory). Pour d'autres, pas besoin de questionner « *On sait qu'ils ont des besoins.* » (Emilie), « *C'est les choses de la vie, c'est naturel.* » (Daniel). Par ailleurs, un des éducateurs nous dit que l'absence de manifestations physiques et de demandes chez les hommes peut être interprété par comme un indicateur et susciter des questionnements quant à l'orientation sexuelle du bénéficiaire : « *C'est quelqu'un qui n'a jamais fait de demande d'avoir une femme, alors on se pose la question.* » (Daniel)

Recours à la norme dans l'intervention

On peut voir une différence assez nette dans ce que rapportent les ES de leur manière d'agir en se référant à la norme, au cadre. En effet, les éducatrices font mention de l'importance de « poser des normes » lorsqu'elles décrivent leurs interventions auprès des bénéficiaires : « *Il faut que tu définisses des temps pour ces pratiques.* » (Emilie) « *Donc voilà, remettre aussi un cadre, de dire ben c'est pas euh...tout n'est pas permis euh...si c'est non, c'est non.* » (Marie) « *Alors, il y a tout un cadre qui a été mis de toute manière avec lui parce que il peut vite déborder, venir voir les éducateurs et tout ça donc voilà, c'est une chose.* » (Marie).

L'une d'elles explique que les normes sont un moyen de protéger les bénéficiaires : « *Je pense que si on accompagne pas et qu'on définit pas des, pas des règles mais un genre de normes, ça va aussi être porteur d'incompréhensions, d'angoisses, et puis ça ça peut tout de suite être dangereux en fait pour la personne et pour les autres tout simplement.* » (Carole).

Des normes internes aux institutions sont définies et sont utiles aux professionnel-le-s dans leur pratique. Elles constituent un cadre auquel se référer. De manière générale, les ES considèrent que le positionnement institutionnel les aide à intervenir.

Les professionnel-le-s s'appuient beaucoup sur les ressources à disposition au sein de l'institution. Sur les 6 institutions représentées dans les entretiens, 5 ont une commission spécialisée interne à l'institution et à laquelle les professionnel-le-s et les bénéficiaires peuvent faire appel en cas de besoin. La plupart des problématiques liées à l'affectivité et à la sexualité des résident-e-s sont traitées par ces commissions. Toutefois, ce sont souvent les ES qui doivent activer cette ressource. Ils et elles y font

appel lorsqu'ils-elles ne se sentent pas en mesure de répondre aux besoins, ou lorsqu'elles se sentent « envahis ».

Certaines institutions formalisent leur positionnement dans des chartes, des protocoles, des systèmes qualité et cela constitue un repère pour les professionnel·le·s qui disent s'y référer en cas de besoin. « *Alors, là actuellement ils sont dans notre système qualité. C'est-à-dire que, on a un...tout un classeur qui...bon là c'est informatisé maintenant mais euh...où on peut aller se référer. Donc à la base...euh...il sert plus à l'éducateur, en disant voilà il y a un moment donné, j'ai une situation d'un résident qui...ben voilà, soit qui veut se mettre en couple, soit qui a des...bah...niveau...qui a des besoins affectifs ou des besoins niveau sexualité, qu'est-ce que je fais ? Parce que ben, souvent on est un peu là...euh...ok, on prend le truc mais je fais quoi ? Et c'est vrai que l'idée c'était d'avoir un peu une ligne directrice, de dire ben voilà, je vais aller dans ce document, je cherche, et il y a déjà une référence de quelqu'un à qui je peux m'adresser, comment je peux faire, qu'est ce qui se passe ?* » (Marie).

Le rappel des règles institutionnelles est également un moyen de répondre à des situations. Par exemple, dans une situation amenée par Olivier dans laquelle il explique qu'une résidente exprimait le souhait d'avoir un enfant, il s'est référé au positionnement de l'institution à cet égard pour gérer cette demande en lui expliquant que l'institution ne s'occuperait pas de l'enfant. Marie explique également qu'elle rappelle la règle institutionnelle à une résidente qui dit être amoureuse d'un éducateur : « *T'as pas le droit d'aimer un éducateur. Ça se fait pas.* » (Marie).

4.3 Peurs et risques

Les nombreuses situations en lien avec la vie affective et sexuelle décrites par les ES impliquent, pour la majorité, des risques pour les bénéficiaires et c'est ce qui les pousse à intervenir. Ces risques sont sources d'inquiétudes pour les ES. Les risques qui ont été le plus évoqués sont en lien avec les abus sexuels. Ensuite viennent les risques de grossesse.

Lorsque la situation n'implique pas de risques, deux ES disent ne pas vouloir se mêler, voire même seraient gênés d'entrer dans l'intimité des bénéficiaires. « *Moi je connais bien mon résident, j'avais pas trop envie de savoir ce qu'elle allait lui faire, tu vois. Enfin y avait un bout où moi j'étais là, en plus c'est pas mes affaires tu vois.* » (Grégory).

Les risques d'abus concernent le passage à l'acte d'une part : *« Et du coup de tout ça découle un projet que je suis en train de monter qui est autour du corps et du massage. Et justement de comment entre guillemets toucher l'autre sans qu'il y ait d'intrusion. » (Carole)* *« Mme Diserens est intervenue pour qu'on essaie de cerner si il y avait une problématique sexuelle qui était dangereuse pour les autres » (Carole)* et le risque d'en être victime d'autre part : *« on a exactement la même problématique avec ce jeune homme TSA qui a un ami trisomique, qui est juste un copain mais ce copain lui a des pulsions, et qui touche notre résident (mime geste de toucher l'entre jambe) TSA.[...] là le travail nous qu'on fait avec la personne TSA c'est de lui dire comment tu peux dire non. Sans que ça brise le lien d'amitié. » (Emilie)* *« Donc il y avait clairement des risques ben qu'elle doive s'adonner à des pratiques dont elle avait pas envie. » (Olivier).* Le risque d'être auteur d'abus concerne plutôt les bénéficiaires de sexe masculin et est attribué au caractère pulsionnel de leur sexualité. Le risque d'en être victime est mis en lien, chez les ES de sexe masculin, avec la « naïveté » qu'implique la DI, quel que soit le sexe des bénéficiaires.

Les risques de grossesse reviennent régulièrement lorsqu'il s'agit d'accompagner des bénéficiaires de sexe féminin : *« La première chose ça a été de contacter l'infirmier pour voir avec les infirmières si il y avait un examen gynécologique à faire ou pas, suivant si il y avait peut-être eu autre pénétration que avec les doigts. Parce qu'elle avait pas de contraception, je précise. » (Carole)* *« il y a la dame qui est dans le, qui a été dans l'appartement, qui a été suivie par Profa, le planning familial, parce qu'elle a des relations sexuelles et que ben la question s'est posée si il fallait qu'elle prenne la pilule, si il fallait se protéger, comment on fait pour se protéger, elle avait peur d'être enceinte, donc avec elle on a fait cette démarche là. » (Emilie).*

Enfin, certain·e·s ES ont fait part de leur crainte de réveiller certaines souffrances chez les personnes accompagnées. *« Donc la ramener des fois un petit peu à voilà, c'est pas aussi simple que tu le voudrais etcetera, ça peut être très très blessant parce qu'elle est quand même très fragile. Et du coup c'est pas toujours évident de trouver les bons mots, ou de savoir un petit peu comment réagir à ça. » (Julien)* *« [...]je l'interrogerais pas sur sa vie sexuelle. Parce qu'en fait c'est un grand lieu, c'est ce que je ressens hein, c'est pas quelque*

chose que j'ai jamais questionné là pour l'instant, y a beaucoup de désespoir en fait derrière. » (Grégory) « Mais derrière la souffrance, comment elle est ? » (Daniel).

5. Analyse des résultats

5.1 Autonomie et protection

L'autonomie et l'autodétermination sont des principes qui constituent une sorte de fil rouge dans le discours des ES au sujet de leur fonction. Ces notions sont cohérentes avec les missions et valeurs des institutions dans lesquelles travaillent les ES interrogé.e.s, qui témoignent de l'évolution du regard porté sur le handicap et dans les pratiques. Ainsi, en favorisant l'autonomie et l'autodétermination des bénéficiaires, les ES remplissent la mission qui leur est confiée par la société et les institutions dans lesquelles elles et ils travaillent. Cela témoigne de la mise en œuvre de l'approche sociale du handicap qui vise l'autonomie dans la vie quotidienne, en s'appuyant sur le développement des « capacités restantes » (Rochat,2008) de la personne. L'accompagnement de la vie sexuelle et affective en institution est donc, au même titre que d'autres aspects de la vie, porté par des valeurs centrales et en lien avec les conceptions actuelles du handicap. Cependant, si les ES s'identifient comme un « soutien », voire des « tuteurs », leurs discours mettent en évidence la tension, voire le paradoxe, qu'il peut y avoir entre autonomie et protection. En effet, dans la pratique, lorsque les ES interviennent, c'est le plus souvent avec la volonté de protéger les bénéficiaires des risques auxquels elles et ils peuvent faire face dans la réalisation de leur vie affective et sexuelle. Cela tient au fait que la déficience intellectuelle implique une altération dans la capacité à évaluer les risques et les ES doivent prendre cela en compte dans leurs interventions. D'autre part, le handicap mental étant un facteur aggravant du risque de subir des violences sexuelles, le devoir de protection des ES induit une attention particulière à avoir envers ces risques spécifiques. L'autonomie et l'autodétermination, valeurs primordiales pour le travail social et pour les institutions dans lesquelles nous avons pu mener les entretiens, sont alors relayées au second plan lorsqu'il s'agit de vie affective et sexuelle.

5.2 Réflexivité et posture éthique

Une des particularités du métier d'ES est qu'il s'exerce dans la vie quotidienne des bénéficiaires. Ainsi, elles et ils peuvent être amenés à intervenir au-delà des frontières

de l'intimité. Les ES interrogé·e·s considèrent cette intervention dans l'intimité comme inhérente à leur pratique professionnelle.

Pourtant, hormis le fait que la situation de handicap puisse impliquer une dépendance dans la réalisation de certains actes tels que des soins corporels, des toilettes intimes, la réalisation de ces tâches n'est pas ce qui caractérise la fonction de l'ES d'après la définition que nous en avons donné (ces tâches pourraient être confiées à d'autres professionnel·le·s que les ES, par exemple des aides soignant·e·s). Mais nous pouvons aussi voir leur réalisation comme un moyen contribuant à créer du lien et à nourrir la relation de confiance utile à l'intervention éducative. Ainsi, les ES qui en ont parlé considèrent que c'est leur travail de les réaliser.

Ces interventions dans l'intimité des bénéficiaires ne sont toutefois pas anodines et peuvent s'avérer être source de vives émotions. Cela peut constituer un risque de faire vaciller la dimension éthique qui caractérise, entre autres, la posture d'accompagnement de manière générale (Paul, 2012) et l'accompagnement de la vie affective et sexuelle en particulier. Or, c'est en changeant de regard qu'elles et ils parviennent à gérer ces émotions.

Les résultats nous montrent que les ES de sexe féminin ont conscience des émotions qui les traversent et s'en servent pour engager une démarche réflexive. Selon Goleman et Chernis (cités par Gendron, 2008) « la capacité à comprendre ses émotions, à reconnaître leur influence à les utiliser pour guider nos décisions » fait partie de ce qu'on appelle les compétences émotionnelles.

Ces compétences sont utiles aux professionnel·le·s. Elles contribuent à leur sentiment d'efficacité et à leur performance dans le travail. (Boyatis, 1999 ; Cherniss et Goleman, 2002 ; Goleman, 2002 cités par Lhuillier, 2006). Nous ne pouvons affirmer que les ES de sexe masculin ne sont pas sujets aux émotions, cependant ils semblent en être moins conscients.

D'autre part, nous avons vu que, pour les professionnel·le·s, l'idée qu'un·e bénéficiaire puisse avoir des relations amoureuses et/ou sexuelles semble plus acceptable lorsqu'une remise en question de leurs représentations a pu avoir lieu. L'adoption d'une attitude réflexive apparaît alors comme un outil utile aux professionnel·le·s pour pouvoir gérer leurs émotions d'une part, et favoriser la reconnaissance de l'affectivité et

de la sexualité des bénéficiaires de l'autre. Cela contribue au maintien de la dimension éthique de leur posture professionnelle.

Les résultats des entretiens permettent également d'identifier des éléments qui leur d'opérer cette réflexivité.

Tout d'abord, il est possible d'identifier la part individuelle de cette démarche. En effet, les professionnel·le·s ayant abordé la nécessité de changer leur regard sur leur rapport à l'intimité disent l'avoir fait en allant solliciter leurs collègues.

C'est ensuite au cours d'échanges avec ces derniers qu'une certaine déconstruction a pu opérer. Trois des ES interrogé·e·s mentionnent également le recours à des ressources qui ont pu les aider à acquérir des connaissances et à faire évoluer leurs représentations de la sexualité (documentaires, podcasts, articles).

On peut alors être amenés à croire que la réflexivité, qui est nécessaire à l'accompagnement, ne dépendrait que de la volonté individuelle des professionnel·le·s. Cependant, la formation a aussi contribué à ce processus. En effet, les instances de socialisation secondaires peuvent contribuer à faire évoluer, bouger, les représentations.

Cela nous amène à la conclusion que les écoles et les institutions ont aussi leur place et un rôle à jouer dans cette dimension de l'accompagnement. La formation peut également être une ressource au développement de compétences émotionnelles, utiles pour favoriser l'éthique et limiter la subjectivité.

5.3 Normes et reconnaissance

La référence aux normes liées au couple dans le discours des professionnel·le·s participent à une forme de normalisation et ont pour fonction de rassurer l'entourage. Lucie Nayak (2014) nous montre que les personnes DI sont encouragées à intégrer des normes en matière de sexualité, pour rassurer les ES et les parents. Il s'agit d'une forme de normalisation, qui contribue à réduire l'écart entre la personne et la norme, écart qui crée la situation de handicap (Winance, 2004). Pour être acceptée, voire encouragée, la sexualité des bénéficiaires doit donc répondre à certaines normes.

Mais si les normes peuvent s'avérer utiles dans la reconnaissance de la sexualité, elles peuvent également impliquer de ne pas reconnaître ce qui s'en écarte. Ainsi, dans les institutions étudiées ici, c'est une sexualité qui correspond à certaines normes qui est

valorisée, reconnue et accompagnée. Des questions liées à d'autres dimensions du genre telles que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre semblent peu abordées. Toutefois, nous pouvons relever que la question de l'homosexualité (masculine) et la transidentité ont été évoquées par certain·e·s ES au cours des entretiens et illustrent ainsi une volonté de leur part d'intégrer ces dimensions à leur pratique.

Ensuite, le fait de reconnaître plus volontiers les besoins sexuels chez les bénéficiaires masculins, de même que l'absence de manifestations qui amène à questionner l'orientation sexuelle, permet de mettre en évidence une cohérence avec les représentations genrées de la sexualité qui impliquent une croyance en des besoins sexuels naturels et plus présents chez les personnes de sexe masculin. Par ailleurs, le caractère naturel et pulsionnel de ces besoins sexuels rend leur manifestation en dehors d'un cadre affectif plus acceptable. Ces représentations permettent dans certains cas d'identifier, voire d'anticiper, des besoins d'ordre sexuel chez les bénéficiaires masculins et d'y apporter des réponses qui ne sont pas nécessairement liées au couple (assistance sexuelle, prostitution, pornographie). Or, comme vu précédemment, la vie affective et sexuelle requiert une certaine reconnaissance pour se réaliser. Le fait de considérer comme « normaux » des besoins d'ordre sexuel aux hommes, et des besoins d'ordre affectif aux femmes favorise, dans un cas comme dans l'autre, leur expression et leur réalisation. Toutefois, ces normes peuvent également constituer une limite pour les bénéficiaires qui doivent alors se conformer à certaines attentes pour accéder à cette dimension de leur vie.

5.4 Différences genrées dans la posture professionnelle

On peut constater des différences dans les représentations et dans les manières de faire des professionnel·le·s interrogé·e·s.

Tout d'abord, dans leurs définitions d'une sexualité épanouie, les questions de l'autonomie et de l'autodétermination ne sont amenées que par les ES de sexe masculin. Ainsi, pour eux, la possibilité de choisir serait un point central dans la réalisation de sa vie affective et sexuelle.

Les ES de sexe féminin, quant à elles, mentionnent plutôt la dimension des risques et la nécessité de protéger.

On peut interpréter cette différence comme étant le résultat d'une socialisation de genre, au cours de laquelle les femmes auraient été plus sensibilisées aux risques et à la

nécessité de contrôler leur corps et leur sexualité. En effet, deux d'entre elles font état de l'éducation sexuelle qu'elles auraient reçu plus jeunes et évoquent uniquement ces aspects.

On constate également des différences portant sur la manière de favoriser l'autonomie et l'autodétermination dans les situations décrites par les ES. En effet, les situations rapportées illustrent des manières de faire qui varient selon le genre des intervenant·e·s. Les hommes semblent favoriser l'autonomie par l'expérimentation, par le fait d'être « acteur » de la situation. Les femmes quant à elles vont plutôt transmettre des connaissances, des outils, des ressources pour que la personne puisse vivre sa sexualité sans risques. Comme nous l'avons vu, la socialisation des individus à la sexualité diffère selon leur genre et va avoir un impact sur les représentations et les comportements. Ici, les différences relevées dans la définition de la sexualité d'une part, et dans la manière de favoriser l'autonomie dans ce domaine d'autre part, semblent correspondre à la différenciation qui s'opère en termes de valorisation de la sexualité « active » pour les hommes, et le contrôle de cette dernière pour les femmes. La posture professionnelle, impliquant un accompagnement vers l'autonomie et l'autodétermination, peut alors varier en fonction du genre des professionnel·le·s.

Il convient cependant de souligner que chaque situation rapportée concerne des personnes ayant des besoins et des capacités qui leur sont propres, et dont l'intervention tient compte.

Dans un deuxième temps, on remarque une différence dans la place prise par le rapport à la norme dans la posture des ES selon leur genre. En effet, si la transmission des normes sociales encadrant la vie affective et sexuelle dans notre société (couple, mariage, Saint Valentin) semble être un point important dans l'accompagnement pour une partie des ES interrogé·e·s, la nécessité de poser un cadre, de définir des normes plus ou moins strictes à la réalisation de cette dernière (où et quand, avec qui...) et la façon de s'y référer pour intervenir révèle une certaine crainte de la part des ES de sexe féminin. On peut y voir une manière de protéger les personnes des risques éventuels liés à la sexualité (notion, rappelons-le, centrale chez les ES de sexe féminin dans leur définition de la sexualité), liée à une représentation de la sexualité comme risquée et nécessitant un contrôle important.

En effet, on constate que les ES de sexe masculin attribuent les risques à la DI tandis que pour les ES de sexe féminin les risques font partie de la sexualité de manière générale. Au regard de l'apport des ES de sexe féminin concernant leur éducation sexuelle, on peut déduire que ces dernières soient plus sensibilisées aux risques de violences sexuelles, aux risques de grossesse, durant leur socialisation à la sexualité et intègrent ainsi une vision de cette dernière qui implique inévitablement cette part de risque.

6. Réflexion et pistes d'action

6.1 Surprotection

Le handicap mental implique des risques plus élevés dans le domaine de la sexualité que pour des personnes vivant sans déficience intellectuelle. L'accompagnement de la vie affective et sexuelle requiert donc une attention aux risques et doit garantir l'accès à la santé sexuelle sans mettre en danger les bénéficiaires. Toutefois, la limite entre protection et surprotection est mince et peut, une fois franchie, constituer un frein supplémentaire dans l'accès à la santé sexuelle pour les personnes concernées.

« Postuler que les personnes handicapées mentales sont vulnérables face à la sexualité et qu'elles méritent systématiquement notre protection nous autorise à les maintenir dans un statut voisin de celui de l'enfance ou, au mieux, de la préadolescence en leur interdisant tout accès à l'expérience, c'est-à-dire à la découverte progressive d'une pratique qui, comme les autres, s'apprend. » (Vaginay, 2011). En effet, nous l'avons vu, si la protection est nécessaire et contribue à favoriser l'autonomie, la surprotection peut, à l'inverse, augmenter la dépendance des bénéficiaires et nuire à leur autonomie. (Korff-Sausse, 2005).

Par ailleurs, les différences genrées dans les représentations de la sexualité des bénéficiaires peuvent expliquer une moindre reconnaissance des besoins sexuels des bénéficiaires de sexe féminin et à la fois justifier un accompagnement plus centré sur les risques et le contrôle que sur l'autonomie et l'expérimentation. Le risque de surprotection est ainsi plus important pour les bénéficiaires de sexe féminin.

Enfin nous pouvons craindre que l'omniprésence de la notion de risque dans la définition de la sexualité des ES de sexe féminin, ainsi que le contrôle et le cadre très présents dans leur manière de faire, puisse les amener plus facilement à franchir la limite entre protection et surprotection.

6.2 Légitimité

Les différents éléments amenés par les professionnel·le·s lors des entretiens nous montrent que, pour agir, elles et ils ont besoin de se sentir légitimes de le faire.

Le « sentiment de légitimité », analysé par Gueguen H. (2014), renvoie à l'estime de soi et à la reconnaissance extérieure donnée aux professionnel·le·s quant à leurs activités.

La reconnaissance des autres acteurs quant à l'activité des professionnel·le·s contribue donc à ce qu'elles et ils se sentent légitimes dans leur pratique. Ainsi, les institutions, en donnant cette reconnaissance aux ES favorisent leur engagement dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des bénéficiaires.

D'autre part, dans l'article « L'abord de la sexualité par les infirmier·es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge », Braisaz M. et al. (2021) nous montrent le rôle que joue l'expérience personnelle dans le sentiment de légitimité à aborder la sexualité dans un cadre professionnel soignant. Les ES sont donc amené·e·s à agir plus facilement lorsqu'elles et ils peuvent, dans une certaine mesure, faire des liens entre la situation rencontrée et leur expérience personnelle.

Par son caractère individuel (estime de soi) et relatif à l'expérience (liée à la socialisation), le sentiment de légitimité participe donc à la posture professionnelle et peut être influencé par le genre.

Ces éléments nous permettent d'élaborer des pistes d'action pour limiter les risques de surprotection liés au genre dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes DI institutionnalisées :

- 1. Favoriser la mixité dans les équipes et dans l'accompagnement :** si les postures des ES varient selon leur genre, elles n'en sont pas moins

complémentaires. La mixité au sein des équipes peut favoriser un équilibre dans les prises de décisions lorsque des situations seraient discutées lors des colloques. D'autre part, encourager les professionnel·le·s à échanger sur des situations rencontrées et traitées de manière plus individuelle pourrait limiter la subjectivité dans la prise de décision.

2. **Encourager la réflexivité pour questionner les représentations genrées de la sexualité** : Les ES font preuve de réflexivité et sont capables de remettre en question leurs manières de percevoir et de penser. Leur mettre à disposition du temps pour échanger autour des représentations genrées de la sexualité, leur donner des ressources pour engager cette démarche réflexive, telles que des formations, des interventions de personnes spécialisées en genre, peut-être une piste intéressante.
3. **Positionnement institutionnel** : donner de la reconnaissance en rendant visible le positionnement institutionnel et valoriser l'accompagnement réalisé. Donner aussi un cadre formel auquel se référer aux professionnel·le·s. pour les encourager à agir, limiter les appréciations individuelles. Sensibiliser les institutions aux enjeux du genre dans la sexualité et dans son accompagnement pour encourager leur positionnement.

7. Conclusion

7.1 Réponses apportées à la problématique

Ce travail a été mené avec pour ambition d'analyser ***la place du genre dans la posture des ES qui accompagnent la sexualité des personnes DI en institution.***

Les apports théoriques nous ont permis de définir, en partie, les éléments qui entrent en jeu dans cet accompagnement spécifique. Nous pouvons en retenir qu'il est complexe et influencé par une pluralité de facteurs. De la même manière, la posture professionnelle est, elle-aussi, soumise à de nombreux facteurs qui viennent l'impacter. Le genre n'est que l'un d'entre eux.

D'autre part, nous avons pu identifier une différence genrée dans les représentations de la sexualité chez les ES qui implique une différence dans leur manière d'accompagner. En effet, la dimension risquée de la sexualité, plus présente dans les représentations des ES de sexe féminin, les amène à intervenir en favorisant la protection et le contrôle dans la sexualité, tandis que les ES de sexe masculin, s'ils tiennent compte de la nécessité de protéger, ne considèrent pas la sexualité comme risquée en elle-même, et ont une manière de favoriser l'autonomie dans ce domaine plus axée sur l'expérimentation. Ces constats ne sont pas sans incidence sur la vie des personnes accompagnées car, si la complexité de cet accompagnement réside en partie dans l'équilibre à trouver entre autonomie et protection, le risque de surprotéger est à prendre en compte et le genre (des bénéficiaires et des ES) est un facteur qui peut augmenter ce risque.

Enfin, grâce aux apports des ES interrogé·e·s, nous avons pu élaborer des pistes d'actions pour prévenir ce risque. Nous pouvons retenir que pour limiter les effets du genre dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des bénéficiaires, les institutions ont un rôle important à jouer.

7.2 Vérification des hypothèses

Les ES ont reçu une éducation sexuelle différenciée selon leur genre et cela influence leurs représentations de la sexualité des personnes qu'elles et ils accompagnent.

Les résultats et leur analyse ont permis de faire le lien entre l'éducation sexuelle reçue par les ES de sexe féminin et leurs représentations de la sexualité de manière générale. Toutefois, les entretiens auraient nécessité de poser des questions plus précises quant au parcours de socialisation, aux expériences vécues en lien avec la sexualité pour pouvoir établir une différenciation genrée dans la socialisation à la sexualité.

Les ES ont des représentations genrées de la sexualité des personnes accompagnées et leur posture diffère en fonction du genre de ces dernières.

Cette recherche a permis de mettre en lumière une différence genrée dans la reconnaissance des besoins sexuels des bénéficiaires. En effet, les représentations de la sexualité masculine comme naturelle et son caractère pulsionnel (exacerbé par le

handicap mental) favorisent l'identification des besoins chez ces derniers et des réponses apportées qui vont au-delà de la seule réduction des risques.

La reconnaissance des droits sexuels et le positionnement de l'institution aident les professionnel·le·s à se positionner.

La pluralité de ressources énumérées par les participant·e·s pour les aider à accompagner les bénéficiaires illustrent un positionnement des institutions qui favorise leur engagement dans l'accompagnement. Nous avons pu voir que le positionnement institutionnel leur est utile lorsqu'elles et ils doivent intervenir et favorise leur sentiment de légitimité.

7.3 Nouveaux questionnements

Nous avons vu au travers des résultats que l'institution fait partie des acteurs et actrices qui entrent en jeu dans l'accompagnement à la vie affective et sexuelle. Si cela nous a permis d'élaborer une piste d'action, il serait pertinent de s'intéresser plus profondément à son rôle pour en saisir plus précisément les enjeux.

Ensuite, si nous avons vu qu'il y a une différence genrée dans la manière d'accompagner la vie affective et sexuelle, nous pourrions nous demander si c'est le cas et ce que cela implique dans d'autres domaines de la vie des bénéficiaires.

Enfin, les questions de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ont été évoquées dans les entretiens, témoignant d'un questionnement chez les professionnel·le·s et une volonté de prendre ces aspects en compte. Cela pourrait constituer un enjeu pour le futur.

7.3 Regard critique sur le processus de recherche

Le traitement de ce sujet s'est révélé plus complexe que je ne le pensais. En effet, les lectures et recherches effectuées, si elles ont été passionnantes, m'ont aussi amené beaucoup d'informations et de questionnements parmi lesquels il a fallu faire le tri. Cela n'a pas été évident, car partagée entre l'envie de tout explorer et la frustration, parfois, de devoir me limiter, il m'a fallu apprendre à faire des choix et à les assumer. La réalisation des entretiens a été également source d'apprentissages. Tout d'abord, j'ai pu prendre conscience que j'avais, par crainte de trop influencer les réponses, manqué de précision dans certaines de mes questions. Si cela a permis d'engager des discussions

intéressantes et d'amener de nouveaux éléments, il a été parfois difficile de rester centrée sur mon sujet de départ et cela s'en ressent dans les résultats. Dans une autre mesure, les entretiens menés ayant été filmés, leur visionnage m'a permis d'avoir un regard critique sur ma propre posture. J'ai pu identifier mes qualités et mes difficultés. Il m'a semblé être parvenue à instaurer un climat de confiance dans la majorité des entretiens, et à garder une certaine neutralité lorsque les propos ou les situations décrites généraient chez moi des émotions fortes. Cependant, il m'a été souvent difficile de poser des questions en lien avec l'intimité des personnes interrogées, leur demander des précisions et cela a eu une répercussion sur les réponses apportées. Enfin, réaliser ce travail m'a demandé de me faire confiance, d'oser et de relativiser pour accepter et être satisfaite des résultats obtenus.

7.4 Apports pour ma pratique future

Ce travail m'a permis de prendre conscience de ce qui peut influencer ma posture. Je ne suis pas certaine de retourner un jour travailler dans le champ de la DI, mais les apprentissages réalisés lors de ce travail (au niveau théorique et pratique) sont à mon sens transposables à d'autres champs de l'éducation sociale. Être consciente de l'impact que peut avoir le genre sur ma posture me permettra d'y être attentive. D'autre part, avoir eu l'opportunité de mener des entretiens m'a permis de comprendre l'importance de préparer les entretiens, de savoir où je veux aller, d'être précise dans mon discours. Cela me sera utile dans ma pratique car en tant qu'éducatrice sociale, je serai sans doute amenée à revivre ce type d'échange, avec des bénéficiaires, des proches, des collègues...etc.

7.5 Bilan Personnel

La réalisation de mon Travail de Bachelor a été source de nombreux questionnements, d'émotions, de remises en question. Je le vois aujourd'hui comme l'aboutissement d'un objectif que je m'étais fixé, celui de parvenir au bout de mes études, en y trouvant du sens et en y prenant du plaisir. Si la relation j'ai entretenue avec ce travail durant l'année qui a précédé son achèvement a été parfois conflictuelle, elle a été aussi source de joie et j'en retire de nombreux apprentissages qui me confortent dans mes intérêts personnels à m'intéresser aux questions de genre et des pistes pour ma pratique future du métier d'ES.

Bibliographie

Avenir Social, 2010. *Code de déontologie*. Travail social Suisse, Berne.

BAJOS N. & BOZON M. (2007). Transformation des comportements, immobilité des représentations. *Informations sociales*, n° 144, p. 22-33.

BERTRAND D. (2018). L'essor du féminisme en ligne: Symptôme de l'émergence d'une quatrième vague féministe ?. *Réseaux* n° 208-209, p.232-257.

DOI :10.3917/res.208.0229

BOZON M., & LERIDON H. (1993). Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, n°48, 1173-1195. DOI : 10.2307/1534174

BRAISAZ M. et al., (2021). « L'abord de la sexualité par les infirmier·es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge ». *Genre, sexualité & société*. DOI : 10.4000/gss.6754

CARESMEL N. (2014). Cadre légal et professionnel d'une pratique sexuelle. *Sociographe*, n°3, p. 21-30. DOI : 10.3917/graph.047.0021

CASTRA, M. (2010). « Socialisation », in Paugam S., *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 97-98

CLAIR I. (2013). Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? *Cahiers du Genre*, n° 54, p. 93-120.

CLAIR I. (2007). La division genrée de l'expérience amoureuse. Enquête dans des cités d'habitat social. *Sociétés & Représentations*, n°24, p. 145-160.

Site internet de la Confédération Suisse (2008). *Les conceptions et modèles principaux concernant le handicap*.

COURTOIS R. (1998). Conceptions et définitions de la sexualité : Les différentes approches. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, n°156, p.613-620. DOI : halshs-00182747

CROZIER I. & BONIS O. (2003). La sexologie et la définition du « normal » entre 1860 et 1900. *Cahiers du Genre*, n° 34, p. 17-37.

DITER K. (2015). « Je l'aime, un peu, beaucoup, à la folie... pas du tout ! » : La socialisation des garçons aux sentiments amoureux. *Terrains & travaux*, n°27, p.21-40. DOI : 10.3917/tt.027.0021

DUBET F. (2008). La place de l'Institution aujourd'hui. *Enfances Psy*, n° 40, p.29-34.

GENDRON B. (2008). Les compétences émotionnelles comme compétences professionnelles de l'enseignant : La figure de leadership en pédagogie. *Questions de pédagogies dans l'enseignement supérieur*. DOI : shs-00271331

GIAMI A. (2002). Misère, répression et libération sexuelles. *Mouvements*, n°2, p. 23-29. DOI : 10.3917/mouv.020.0023

GIAMI A., HUMBERT C. & LAVAL D. (1983). *L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs*. p.131. DOI : nserm-00518277

Site internet de la Haute Ecole de Travail Social de Fribourg (2020). Formation initiale. *Education sociale*. <https://www.hets-fr.ch/fr/formation-initiale/bachelor/education-sociale>

HOLLAND J. et al. (2002). Le mâle dans la tête : réputation sexuelle, genre et pouvoir. *Mouvements*, n°20, p.75-83

HUSSON A-C., Labo Genere. « Conférence d'introduction aux études de genre du labo junior GenERe ». Youtube, 0 :32 :13, 18 novembre 2017.

BUNTINX W. et al. (2016). Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations. INSERM : éditions EDP Sciences, Paris. DOI : inserm-02102567

INSOS (2012). *Amour, sexualité et handicap. Charte. Cadres éthique et juridique*. Genève.

Site internet de l'IPPF, International Planned Parenthood Federation (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*.

JOUHY E. (1949). L'éducation sociale en maison d'enfants. *Enfance*, tome 2, n°5. p. 424-437.

KERBAGE H. et RICHA S. (2011). *Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels*. Elsevier Masson, Paris.

KHELIL M. (2005). Sociologie de l'intégration. *Que sais-je?*. PUF. p. 53-79.

KORFF-SAUSSE, S. (2005). La notion de responsabilité dans le domaine du handicap. Autonomie, réciprocité et sexualité. *Reliance*, n°18, p. 49-54. DOI :10.3917/reli.018.0049

LHUILIER D. (2006). *Compétences émotionnelles: de la proscription à la prescription des émotions au travail*. Psychologie du travail et des organisation n°12, p. 91-103.

LIPPE D. (2016). La complexité des sexes. Construire son identité sexuée?. *Enfances & Psy*, n°69, p.27-37. DOI : 10.3917/ep.069.0027

LOSER F. (2019). La posture professionnelle et la réflexivité en travail social envisagées sous l'angle ethnographique et esthétique. In BATTAGLINI M. et al., *Enquêter, former, publier au cœur de la cité*. Éditions IES. p. 131-150.

MARISSAL J. (2009). Les conceptions du handicap : du modèle médical au modèle social et réciproquement.... *Revue d'éthique et de théologie morale*, Hors Série, p.19-28. DOI : 10.3917/retm.256.0019

MERCIER M., GASCON H. & BAZIER G. (2006). *Vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes déficientes mentales. Accompagnements, interventions et programmes éducatifs*. Presses universitaires de Namur, Belgique.

NAYAK L. (2014). Paradoxe et conflits autour de la sexualité des personnes « handicapées mentales » en institution spécialisée. *Hermès, La Revue*, n°2, p.186-191. DOI :10.3917/herm.069.0186

OMER-HOUSEAUX, F. (2008). Le genre, une notion féconde pour les sciences sociales. *Idées économiques et sociales*, n° 153, p. 4-5.

Site internet de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (s.d.). Santé sexuelle.

OMS (2001). *CIF-Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*.

PARE M. (2018). Les droits sexuels des personnes handicapées : réflexion sur le développement du droit international. *Genre, sexualité & société*, n°19. DOI : 10.4000/gss.4327

PARINI, L. (2010). Le concept de genre : Constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n°5. DOI : 10.4000/socio-logos.2468

PAUL, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, n° 110, p.13-20.

PORTAL, B. (2012). Des mots et des sens : Posture, positionnement, évaluation.... *Le sociographe*, n°37, p.19-26. DOI : 10.3917/graph.037.0019

REVILLARD A. & de VERDALLE L. (2006). Dynamiques du genre : (introduction). *Terrains & travaux*, n°1, p. 3-17. DOI : 10.3917/tt.010.0003

Site internet du RIPPH (Réseau international sur le Processus de production du handicap), (2021). *Le modèle*. URL : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

ROSENBLUM, O. (2011). La sexualité, entre parole et parcours, des sujets infectés par le VIH. *Dialogue*, n°193, p.115. DOI : 10.3917/dia.193.0115

ROUYER V. , MIEYYA Y. et le BLANC A. (2014). « Socialisation de genre et construction des identités sexuées », *Revue française de pédagogie*, n°187. DOI : 10.4000/rfp.4494

Site internet de Santé sexuelle Suisse (s.d.). *Nos Objectifs- Vision et mission de Santé Sexuelle Suisse*.

TESSARI-VEYRE A. & MARTIN M. (2019). Respecter les droits des personnes présentant une déficience intellectuelle : quels défis pour les équipes professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales*, n°30, p. 121–136. DOI : 10.7202/1066104ar

TONIOLO A-M., SCHNEIDER B. & CLAUDEL M. (2013). Handicap mental, Sexualité et institution : une macro-analyse de la documentation francophone. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 2013, n°24, p.59-74. DOI : 10.7202/1021265ar.

TORRENT S. (2018). Devenir « une belle jeune fille » : construction du genre dans les cours d'éducation sexuelle dispensés à des filles en situation de handicap. *Genre, sexualité & société*, n°19. DOI : 10.4000/gss.4149

VAGINAY D. (2008). La sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n°73, p. 33-40. DOI : 10.3917/lett.073.0033

VAGINAY D. (2011). Sexualité, handicap mental et société. *Le Carnet PSY*, n°158, p. 49-51. DOI : 10.3917/lcp.158.0049

VALLET G. (2009). Corps et socialisation. *Idées économiques et sociales*, n°4, p. 53-63. DOI : 10.3917/idee.158.0053

VENTOLA C. (2016). Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cahiers du Genre*, n°60, p. 101-122. DOI: 10.3917/cdge.060.0101

WACQUEZ J. (s.d.). Les Fondamentaux-le noyau dur du métier d'éducateur. p.21-34

WINANCE M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, n°66. p.201-227. DOI : 10.3406/polix.2004.1022

Annexe 1

Grille d'entretien

Hypothèses	Dimension	Indicateurs/Questions	Remarques
Les ES ont reçu une éducation sexuelle différenciée selon leur genre et cela influence leurs représentations de la sexualité des personnes qu'elles.ils accompagnent.	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission des normes apprises • Type d'éducation sexuelle reçue (formelle/informelle) • Représentations sexualité H/F • Représentations sexualité handicap • Formation spécifique pendant les études 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous appris ce que vous savez sur la sexualité ? • Les personnes que vous accompagnez ont-elles des besoins particuliers ? • Les hommes et les femmes ont-ils.elles les mêmes besoins ? • C'est comment avoir une sexualité épanouie selon vous ? • Qu'est ce que cela implique dans les relations homme/femme ? 	
Les ES ont des représentations genrées de la sexualité des	<ul style="list-style-type: none"> • Socialisation primaire et secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrez-vous des situations problématiques 	

personnes accompagnées et leur posture diffère en fonction du genre de ces dernières.	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de ce qui fait problème et qui demande d'agir • Manière d'accompagner 	<p>avec votre public liées à la sexualité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesquelles par exemple ? • Comment y répondez-vous ? • A quel moment intervenez-vous, réagissez-vous ? <p>Exemple de situation ?</p>	
La reconnaissance des droits sexuels et le positionnement de l'institution aident les professionnel.le.s à se positionner	<ul style="list-style-type: none"> • Positionnement formel (docs écrits, cahiers des charges, chartes...) • Formations internes • Moyens dans l'institution • Tabou? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se positionne l'institution ? • Comment en avez-vous été informé.e ? • Quelles informations sur le sujet avez-vous reçues ? • Quels moyens sont proposés pour vous aider ? • Y a-t-il des personnes que vous sollicitez (hors équipe) en cas de besoin ? • En parlez-vous en colloque ? • Quelles sont les 	

		solutions qui émergent ?	
--	--	-----------------------------	--