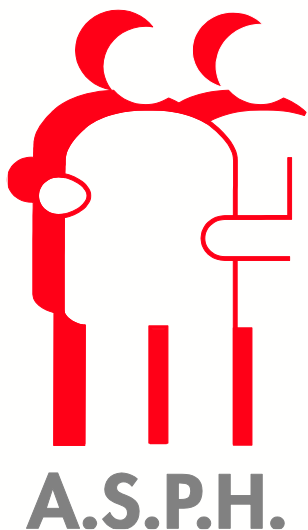


Vie affective,  
relationnelle  
et sexuelle en institution



## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
OBJECTIFS	5
METHODOLOGIE	5
I. <u>DEMARCHE ETHIQUE DE L'INSTITUTION : ETAPE INCONTOURNABLE</u>	7
II. <u>INFORMATIONS ET ECHANGES : FACTEURS D'EPANOUISSEMENT ET DE DEVELOPPEMENT</u>	10
Introduction	10
1. Les intervenants	11
1) <i>Généralités</i>	
2) <i>Profil de l'animateur</i>	
3) <i>Autres intervenants</i> <sup>14</sup>	
2. Les séances d'information	12
3. Les groupes de parole	13
4. Autres moyens	15
Conclusion	16
III. <u>LIEUX DE VIE COMMUNAUTAIRES</u>	17
Introduction	17
1. Intimité et vie privée	
2. Organisation et infrastructure	19
1) <i>Organisation</i>	
2) <i>Infrastructure</i>	
Conclusion	21
IV. <u>VIE RELATIONNELLE</u>	22
Introduction	22
1. Les rencontres	22
2. La vie relationnelle	24
3. Le couple	25



4. L'homosexualité	27
5. L'intervention de l'équipe	28
1) <i>Difficultés et conflits</i>	
2) <i>Désir d'enfant</i>	
3) <i>Aide sexuelle indirecte au couple</i>	
6. L'infrastructure	31
Conclusion	31
V. <u>DISPOSITIONS MEDICALES ET SANITAIRES</u>	33
Introduction	33
1. La contraception	33
2. La grossesse	35
3. Le vieillissement	36
4. Les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	36
5. Les soins	37
Conclusion	39
VI. <u>ABUS ET VIOLENCES</u>	40
Introduction	40
1. Détecter, réagir et accompagner	40
2. Savoir dire non et savoir l'entendre	42
3. Se respecter et respecter l'autre	43
Conclusion	45
VII. <u>LES LIMITES DU CODE PENAL</u>	46
1. La prostitution	46
2. La minorité prolongée	48
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	52



## INTRODUCTION

Avoir une vie relationnelle, affective et sexuelle satisfaisante constitue un besoin fondamental, un facteur d'épanouissement et de bien-être, partie intégrante d'une qualité de vie. Chacun d'entre nous peut y prétendre. Les personnes handicapées ont, elles aussi, des désirs et des attentes en matière de vie affective et sexuelle.

Depuis la fin des années 90, cette thématique a progressivement et sensiblement évolué, faisant l'objet de travaux, de colloques, de publications... Même si il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, ces réflexions ont permis d'ouvrir le débat et de lever un tabou tant auprès des familles, des professionnels, que dans l'imagerie collective.

Dès lors, des projets innovants ont vu le jour, parfois inspirés d'autres pays tels que le Canada, la Suisse, l'Allemagne ou les Pays-Bas. Des questionnements éthiques et des sujets bousculant l'opinion, comme le recours à l'assistance sexuelle, ont été soulevés. Aujourd'hui, ces changements se poursuivent et tentent de se frayer une voie parmi les projets de loi. Le droit à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées a d'ailleurs légitimement trouvé sa place dans la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées<sup>1</sup>.

Certaines institutions pour personnes handicapées ont rapidement suivi cette mouvance, avec la détermination de reconnaître ce besoin à leurs usagers plutôt que de nier son existence, mais aussi et surtout, avec la volonté de tout mettre en œuvre pour que la vie affective en centre de jour ou d'hébergement devienne une réalité et non un idéal.

C'est de cette façon que la vie de couple a commencé à s'organiser dans ces établissements, que les premiers groupes de paroles et les premières séances de prévention et d'informations à la vie affective et sexuelle ont vu le jour.

Dès cet instant, cet aspect de la vie s'est inscrit dans le projet pédagogique et le R.O.I.<sup>2</sup>.

D'autres centres tentent actuellement de suivre cet exemple avec parfois la difficulté de devoir faire face à certains obstacles tels que l'infrastructure, une équipe réduite, une mixité pas toujours acquise, une approche différente... Les réalités de terrain sont très différentes d'un établissement à l'autre. De plus, chaque situation et chaque personne sont uniques et renvoient à une démarche singulière.

---

<sup>1</sup> Article 23 et 25a. La Belgique a signé la Convention le 30/03/2007 et l'a ratifiée le 02/07/2009.

<sup>2</sup> Règlement d'Ordre Intérieur.



## OBJECTIFS

Nous l'avons vu, quelques institutions belges pouvant être qualifiées de « pionnières » ont ouvert la voie à la possibilité d'une vie affective et relationnelle pour leurs usagers. L'objectif de cette étude est de faire le point sur les moyens et les pistes développés par ces équipes éducatives et sur les obstacles qu'elles rencontrent.

Il s'agit pour cela d'analyser plusieurs méthodes, en tenant compte des différentes réalités institutionnelles – infrastructure, organisation, professionnels... - et de toutes les étapes et les aspects que peut comporter un vécu relationnel, affectif et sexuel - éducation, prévention, intimité, rencontres, vie de couple, séparations...

Enfin, le but sous-jacent de cette étude est bien de comprendre si, à l'heure actuelle, tous les centres de jour et d'hébergement peuvent s'aligner sur cette démarche et insuffler cette dimension relationnelle et sexuelle dans leur projet pédagogique et leur R.O.I. Cela nous amène également à questionner la responsabilité de l'institution quant à l'équilibre psycho-affectif et le bien-être de ses bénéficiaires.

## METHODOLOGIE

Dans cette optique, l'ASPH a réuni, au sein d'un groupe de travail, des professionnels du secteur – animateurs, éducateurs, psychologues, sexologue – soucieux de partager leurs expériences et de trouver des solutions à certaines problématiques. Ce groupe, nommé PHAS<sup>3</sup>, se compose d'une association et de quatre institutions mixtes pour personnes handicapées qui diffèrent dans leur fonctionnement, dans leur population et dans leur quotidien. Il s'agit des établissements suivants :

**L'Albatros** : institut occupationnel et résidentiel pour adultes avec handicap mental modéré à profond

**Le Brasier, Les Goélands** : SAJA et SRA, personnes avec handicap léger à profond et/ou troubles moteurs, ou autres troubles associés

**Le Centre Arthur Regniers** : centre de rééducation fonctionnelle, hébergement, centre service d'accueil de jour et école secondaire d'enseignement spécialisé, pour adolescents et adultes infirmes moteur-cérébral ou porteurs de troubles apparentés

**Revivre à Sugny** : service résidentiel avec 4 foyers et une structure occupationnelle, pour adultes avec handicap mental léger à profond, avec ou sans trouble associé.

Les réflexions issues de ce groupe constituent le fil conducteur de cette étude, nourrie par les témoignages des professionnels des institutions citées ci-dessus. Elle s'appuie donc sur des exemples concrets et des situations vécues mais aussi

---

<sup>3</sup> Personne Handicapée Affectivité Sexualité.



sur de nombreux ouvrages, articles de presse, actes de colloque et textes de loi récoltés par les cellules affectivité et éthique de l'ASPH.



## I. Démarche éthique de l'institution : Etape incontournable

Quel que soit le type de handicap dont elle est porteuse, la personne demeure toujours le premier acteur de sa vie affective, relationnelle et sexuelle. Elle seule peut en manifester le désir et le besoin. Pourtant, l'accompagnement est parfois utile voire nécessaire, notamment pour les personnes porteuses d'un handicap mental ou les personnes de grande dépendance.

L'équipe qui écoute, suit, aide ou soutient le bénéficiaire dans sa vie affective, entre inévitablement dans son intimité, et donc dans un monde qui ne lui appartient pas ! C'est pourquoi elle a à agir avec effacement, discrétion et pudeur, en s'appuyant sur une démarche éthique et déontologique constante.

### **L'éthique est une réflexion, un raisonnement sur des valeurs morales.**

Il n'est donc pas question d'énumérer une liste de valeurs figées mais bien de donner des pistes qui permettront d'alimenter les réflexions et d'adopter une démarche éthique commune à l'ensemble de l'institution.

Au rythme des révisions du projet pédagogique, les professionnels questionnent, au travers d'une réflexion éthique, ce qui, dans les valeurs du service, prend en considération les besoins des bénéficiaires, au sein d'une réalité et de contraintes institutionnelles. De cette manière, l'équipe est invitée à partager cette démarche éthique. Le fruit de cette réflexion est soumis à l'attention des différents acteurs (usagers, professionnels et parents), par le biais du projet pédagogique et du R.O.I.

### **Cette démarche peut s'articuler de la manière suivante :**

- Concertation de l'équipe pluridisciplinaire sur les valeurs de l'institution et sur un ensemble de règles et de conventions (ici, relatives à la vie affective, relationnelle et sexuelle des usagers)
- Formulation de l'ensemble à consigner dans le R.O.I.
- Intégration dans le projet pédagogique
- Evaluation et actualisation, dans le cadre du projet pédagogique du service et du R.O.I. de l'institution.

### **Une approche de la vie affective, relationnelle et sexuelle qui se veut éthique passe aussi par le respect et la tolérance :**

- Respect de soi-même et des autres
- Respect de la dignité
- Respect de l'intimité et de la vie privée
- Respect des droits de chacun
- Respect dans les relations interpersonnelles
- Respect de la confidentialité



- ...

La tolérance consiste à accepter chez l'autre une manière de penser ou d'agir différente de celle que l'on peut avoir. Elle demande une ouverture d'esprit et induit des notions d'écoute et de compréhension.

Elle suppose l'acceptation de règles morales divergentes des siennes. Tolérer une personne dans son individualité et dans sa globalité, c'est accepter :

- L'expression de sa vie affective, relationnelle et sexuelle
- Son orientation sexuelle
- Ses origines culturelle et ethnique
- Ses goûts, préférences, désirs et opinions
- Sa religion, sa spiritualité et/ou sa laïcité
- ...

Dans le cadre qui nous occupe, faire preuve de tolérance, c'est intégrer pleinement l'affectivité et la sexualité au projet de vie des usagers.

L'affectivité et la sexualité pouvant s'exprimer de manières très diverses, cela implique parfois l'acceptation de comportements « hors normes », à condition qu'ils ne soient pas en contradiction avec les valeurs de l'institution<sup>4</sup> et avec le cadre légal.

Etablir des valeurs de référence, repères généraux en harmonie avec un ensemble d'individus, n'est pas chose aisée. Chaque individu se distingue dans sa singularité. Cette singularité se définit par toute une série de facteurs tels que l'éducation, la culture, les origines...

Concrètement, comment respecter cette singularité dans un centre d'hébergement ?

Il est nécessaire d'établir un règlement, de « codifier » le quotidien et d'appliquer des principes. Le tout est de ne pas rigidifier et de se laisser une marge d'adaptation face à des besoins spécifiques, à des personnes uniques et à des cas particuliers.

Cela revient aussi à ne pas transposer ses propres valeurs à celles des autres, tout en veillant à respecter l'éthique du service. C'est d'autant plus important en ce qui concerne la vie affective, relationnelle et sexuelle des usagers. Certains comportements peuvent en effet être jugés « déviants » par certains et acceptables par d'autres.

L'éthique participe à l'équilibre indispensable entre les règles édictées par l'équipe et le bon sens des professionnels. Elle est aussi un solide rempart aux dérives et abus, d'autant plus dans le cadre de la vie affective, relationnelle et sexuelle de bénéficiaires porteurs d'un handicap et souvent vulnérables.

Après avoir parcouru certaines notions, évoqué une démarche propre aux institutions, et posé un cadre de valeurs qui nous paraissent fondamentales, une

---

<sup>4</sup> Exhibitionnisme, gestes déplacés...





définition de l'éthique en institution, dans le cadre de la vie affective, relationnelle et sexuelle des usagers peut être envisagée :

***Ethique : démarche de questionnement sur un ensemble de règles et de conventions considérées comme appropriées et conformes, établie par les professionnels de l'institution. Cet ensemble doit être élaboré dans un esprit permanent de tolérance et de respect de chacun, où les usagers sont reconnus en tant que personnes et où les professionnels sont respectés dans leur travail. Il est observé dans les rapports sociaux, et s'applique à tous les acteurs de la vie institutionnelle.***

Dès que l'on approche la problématique de la vie affective des personnes handicapées en institution, on ne peut faire l'économie de cette démarche éthique. C'est pour cette raison qu'elle sera reprise comme un leitmotiv, dans l'analyse des thématiques abordées dans cette étude, notamment lorsqu'il s'agira du respect de l'intimité, de la minorité prolongée ou encore de l'intervention d'un tiers dans la relation sexuelle.



## INTRODUCTION

Au même titre que l'accès aux soins de santé, toute personne doit pouvoir bénéficier d'une information en matière de vie affective et sexuelle, adaptée à ses besoins et à ses attentes. Cette information s'avère essentielle et pertinente dans un cadre de prévention et d'épanouissement.

Aujourd'hui, force est de constater que bon nombre de personnes handicapées n'ont toujours pas accès à cette information.

En effet, les multiples a priori dont elles sont victimes, ainsi que les difficultés liées au handicap, constituent de sérieux obstacles à cet épanouissement et ce développement personnels.

De plus, la systématisation des cours d'éducation sexuelle dans l'enseignement spécial est loin d'être une réalité. Pourtant, une bonne prévention accompagnée d'informations adaptées s'inscrivent indéniablement dans un processus d'épanouissement et de bien-être chez les jeunes, lorsqu'elles sont dispensées au bon moment.

La plupart des personnes handicapées entrent en institution sans y être véritablement préparées, avec une méconnaissance plus ou moins profonde de la vie relationnelle et sexuelle. Ces personnes sont rarement équipées pour appréhender au mieux la vie en communauté, les relations avec les autres usagers et avec les professionnels.

Cette absence d'information peut avoir de multiples conséquences. Si certaines sont relativement mineures, comme la méconnaissance du vocabulaire, d'autres s'avèrent bien plus dramatiques, comme des situations d'abus ou/et de violence<sup>5</sup>.

Malheureusement, trop d'établissements n'ont ni les moyens humains, ni les moyens financiers pour pallier à ces lacunes.

D'autres y parviennent avec plus ou moins de succès, en proposant à leurs usagers des groupes de parole autour de la vie affective, relationnelle et sexuelle, des séances d'information adaptées mais aussi une écoute et un dialogue quotidiens et singuliers. Ce sont ces méthodes de travail et ces outils pédagogiques que nous développons ci-dessous.

### 1. Les intervenants

---

<sup>5</sup> Cf. chapitre VI : Abus et violences.



## 1) Généralités

De manière générale, il est intéressant que l'ensemble du personnel de l'institution consulte régulièrement le R.O.I., le projet pédagogique et qu'il soit bien informé de la démarche de l'institution en matière de vie affective et relationnelle de ses bénéficiaires. En effet, quelle que soit sa fonction, chaque membre du personnel peut, à tout moment, être interpellé par un usager et être amené à intervenir, en l'écoutant, ou en l'orientant vers la personne adéquate.

Lorsque l'on parle d'intervenants en matière de vie affective et sexuelle, on touche obligatoirement à des notions de déontologie et de secret professionnel, comme le rappelle d'ailleurs l'article 458 du Code pénal. Toutefois les professionnels sont parfois confrontés à la notion de « secret partagé ». En effet, dans l'intérêt de la personne et/ou des autres usagers, il est parfois nécessaire de partager certaines informations avec d'autres membres de l'équipe. Le secret n'est partagé que par stricte nécessité et avec l'accord du bénéficiaire<sup>6</sup>.

Lorsqu'ils sont développés en institution, les groupes de parole et/ou les séances d'information sont idéalement pilotés par deux intervenants. Dans ce cas, le fait de privilégier deux animateurs de sexe différent et de s'assurer d'une bonne synergie et d'une complémentarité entre eux, est indéniablement un atout pour le groupe. En outre, il est important de nommer et de définir des fonctions et non des personnes, afin d'assurer plus facilement le relais, en cas de départ ou de remplacement.

## 2) Profil de l'animateur

Depuis quelques années, il existe des formations relatives à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes handicapées. Dans la mesure du possible, il est préférable que les intervenants chargés de mener un groupe de parole ou de fournir des informations sur le sujet bénéficient d'une formation continuée. Mais au-delà d'une bonne formation, il ne faut pas négliger le fait que cette fonction requiert un certain nombre de qualités et de compétences :

- Capacité d'écoute
- Empathie
- Bonne perception du « non-verbal »
- Ouverture d'esprit
- Disponibilité en dehors du groupe
- Aisance vis-à-vis du sujet
- Capacité à se documenter régulièrement
- Créativité
- Bonne maîtrise du sujet et de certaines notions sexologiques

---

<sup>6</sup>AWIPH et SBFPH, *Une charte pour agir : aspects juridiques ou la vie affective et sexuelle des personnes handicapées : droits responsabilités et respect de la vie privée*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2005, p.7.



- Aptitude à gérer les conflits et les débordements
- Aptitude à réorienter ou moduler le thème en fonction des besoins du groupe
- Capacité à poser des limites et à fixer des repères
- Capacité à instaurer une relation de confiance
- Discrétion à toute épreuve, respect du secret professionnel.

### 3) Autres intervenants

Pour certains thèmes plus spécifiques ou simplement pour proposer une autre approche, il est parfois intéressant de faire appel – en accord avec le groupe - à des intervenants externes, tels que des spécialistes, des assistants sociaux, des plannings familiaux, des asbl...

De plus, il arrive fréquemment que les institutions accueillent des stagiaires. Avant de les faire participer à un groupe de parole ou à une séance d'information, il est important de bien les (in)former et de s'assurer qu'ils sont à l'aise avec ce sujet. Ici aussi, le consentement du groupe à l'égard de ce nouvel intervenant est essentiel.

Enfin, une troisième personne peut faire figure d'observateur et de référent vis-à-vis du reste de l'équipe. Se révélant être un précieux auxiliaire, elle recadre certains sujets et assure le lien entre les thèmes abordés en groupes de parole, et les réalités de l'institution.

## 2. Les séances d'information

Toute personne a droit à un minimum d'information et d'éducation en matière de vie affective et sexuelle. Cependant, seule une partie des usagers participe de manière volontaire à un groupe de parole, quand il y en a un. L'idée est donc de proposer des séances d'information « de base », au plus grand nombre d'entre eux.

Différents thèmes peuvent y être abordés :

- La conscience de son identité sexuelle
- L'anatomie
- L'hygiène
- La santé (visites au planning familial, chez le gynécologue...)
- Les cycles de la vie (de la procréation à la mort)
- Le droit de choisir
- Les rencontres
- Les comportements en société
- Les différents types de relation
- La séduction
- Les relations amoureuses
- Les relations sexuelles (hétéro/homo)



- L'éducation au respect de la différence
- L'éducation à l'égalité des sexes et des individus
- L'intimité (les notions de pudeur, de vie privée, le voyeurisme...)
- Le couple
- La parentalité
- Les moyens de contraception
- Les MST (moyens de prévention et dépistage)
- La prévention contre les abus et autres formes de violence
- L'influence du cadre juridique (minorité prolongée, majorité...)
- ...

Cette liste non-exhaustive peut être complétée par des sujets plus spécifiques aux besoins et aux demandes des participants.

Contrairement aux groupes de parole, les informations sont ici dispensées de manière descendante. Elles présentent une vision avant tout positive de la vie affective et sexuelle. Les relations sexuelles, par exemple, sont d'abord abordées à travers la notion de plaisir. Les MST ne sont évoquées que plus tard.

L'ordre ou le choix des thèmes vont différer, en fonction du public. Les thèmes doivent parfois bénéficier d'une adaptation, d'un langage approprié, voire de supports d'expression plus créatifs (plasticine, dessin, peinture...). L'animateur a également la possibilité de s'appuyer sur des outils et techniques, tels que fiches d'animation, DVD, documentations, pictogrammes, poupées sexuées, jeux de rôles... afin d'étayer ses explications.

Concernant les supports d'animation, l'expérience des divers éducateurs qui ont piloté des séances d'information, nous démontre qu'il n'existe pas d'outils pédagogiques parfaitement appropriés au type de handicap et à la sensibilité du groupe. Bien souvent, ils doivent (r)assembler des informations rigoureusement sélectionnées dans plusieurs outils, chercher des images complémentaires sur internet, bricoler d'autres supports... Cette préparation demande une bonne connaissance du groupe, du temps et de la créativité.

### 3. Les groupes de parole

Comme son nom l'indique, le groupe de parole est un lieu d'échange, où chaque participant peut, s'il le souhaite, s'exprimer sur son vécu et ses sentiments, apprendre à communiquer avec les autres et à gérer ses émotions. L'objectif de ces rencontres est, non seulement, de favoriser la découverte, le développement et l'épanouissement personnels mais aussi d'améliorer la vie relationnelle des usagers dans son ensemble (relations familiales, amicales, amoureuses...). Dans la plupart des cas, les groupes de paroles sont aussi l'occasion de faire de la prévention et de distiller des informations aux participants. Là aussi, des outils pédagogiques appropriés peuvent aider au travail d'animation.



Les groupes de parole se révèlent un excellent moyen de répondre aux interrogations et aux inquiétudes des usagers, grâce à l'écoute et au dialogue. Tout le talent des animateurs consistera à susciter ce dialogue, comme l'illustre cet exemple :

**« André aimerait rencontrer une femme, se marier, avoir des enfants. André consulte les petites annonces et joint des femmes par téléphone. Dans le service, pendant les temps de loisir, il quitte peu sa chambre et passe beaucoup de temps à jouer seul sur sa console. Au sein du groupe de parole, André entend ses pairs tenter de distinguer une relation d'amitié d'une relation amoureuse. Les animateurs invitent les participants du groupe à évoquer les situations et démarches propices à nouer des liens d'amitié. »**

La constitution des groupes de parole est issue d'une concertation avec l'équipe. Il est, en effet, préférable de réunir un groupe d'usagers relativement homogène. Ainsi, avant de démarrer un nouveau groupe, l'équipe s'accorde sur le choix de la mixité et considère les degrés de compréhension et de maturité de chaque participant. Elle veille également à éviter certains rapports d'intimité entre les membres du groupe (ami proche, couple, ex-conjoint...), afin que chacun puisse s'exprimer librement.

En fonction des besoins et des possibilités de l'institution, l'équipe éducative peut proposer différentes orientations, à travers plusieurs groupes (groupe axé sur les émotions et le rapport aux autres, groupe axé sur la vie affective et sexuelle...). Quant aux thèmes abordés, ils sont choisis avec les résidents et traités sur une ou plusieurs séance(s). Lorsque tout le monde a pu s'exprimer et a acquis une meilleure compréhension du sujet, l'éducateur passe à un autre thème. Si nécessaire, ce dernier pourra être ré-abordé ultérieurement.

Lorsqu'une thématique évoque un vécu douloureux pour quelqu'un, il convient de lui laisser le choix de participer ou pas à l'animation et de l'orienter, le cas échéant, vers une prise en charge adaptée.

**Exemple :**

**« Pierre vient de vivre un deuil et souhaite parler de la mort, en groupe de parole. Son témoignage évoque des souvenirs très douloureux chez deux autres personnes qui fondent en larmes. Dans ce cas, si la thématique de la mort doit être ré-abordée, il convient de proposer à ces deux personnes de ne pas participer aux séances. Une autre solution consiste à proposer un suivi individuel à celle qui le souhaite. »**

Les quelques institutions qui s'inscrivent dans cette dynamique d'échange et d'information, favorisent la participation volontaire des usagers, mais il arrive parfois qu'elle soit suggérée par l'équipe, en concertation avec le bénéficiaire. Ce dernier dispose idéalement d'une « séance d'essai », afin de vérifier si le groupe et ses objectifs lui conviennent.



Pour assurer une continuité au groupe, les usagers assistent aux rencontres aussi régulièrement que possible. Dans le même esprit, il est essentiel que tous les membres donnent leur accord, pour tout nouvel arrivant.

En outre, chaque participant s'engage à écouter les autres et surtout à respecter la confidentialité de tout ce qui se dit au sein du groupe.

#### En pratique :

- Les règles de fonctionnement sont clairement établies et connues de tous
- Le non-respect de ces règles peut entraîner l'exclusion du groupe et/ou donner lieu à une réorientation de l'utilisateur
- Chaque règle est illustrée par un pictogramme affiché sur un panneau
- Le panneau est relu au début de chaque animation
- Les participants collent leur nom sur le panneau, en signe d'adhésion
- La périodicité et la durée d'un groupe de parole sont à apprécier par l'équipe
- Idéalement, le nombre de participants n'excède pas les 8 personnes
- L'animateur peut se baser sur différents outils pour animer les groupes
- Il est préférable de préparer le matériel et la salle à l'avance
- Dans la mesure du possible, il s'agit du même local
- Un pictogramme représentant le groupe de parole peut être placé sur la porte
- L'équipe éducative se réunit régulièrement pour faire une évaluation
- Lorsqu'une personne décide de quitter le groupe, il est important qu'elle puisse bénéficier d'un suivi
- La dissolution d'un groupe de parole s'effectue progressivement, en espaçant les séances et en rassurant les membres quant au suivi possible.

#### **4. Autres moyens**

Certains usagers présentant de grandes difficultés d'expression ne peuvent s'inscrire dans un groupe de parole « classique ». Ils manifestent pourtant un réel désir de communication et un besoin d'entrer en contact avec les autres. Ici, la communication assistée (langage Bliss<sup>7</sup>, pictogrammes, synthèse vocale...) peut se substituer à la parole.

Il y a aussi des personnes qui refusent toutes formes de communication et d'échange. Il est alors impossible de leur proposer des séances d'information, un groupe de parole ou même d'envisager un suivi individuel. D'autres méthodes peuvent être mises en place, telles que des ateliers de bien-être (snoezelen, massage, hydrothérapie...), constituant déjà une première approche à la sensualité et à l'expression du corps. Certains ateliers créatifs comme ceux utilisant la plastiline, la peinture... peuvent également favoriser l'expression, voire la communication.

---

<sup>7</sup> Langue idéographique reprenant environ 4500 symboles, utilisée pour communiquer avec des personnes muettes, paralytiques ou paraplégiques.



L'information et la prévention peuvent aussi être dispensées dans le cadre du suivi individuel ou du suivi de couple.

## CONCLUSION

Le manque d'information, d'éducation et de prévention constitue un véritable frein à l'épanouissement affectif, relationnel et sexuel des usagers et comporte certains risques. C'est pourquoi, il est essentiel que l'équipe éducative puisse proposer un encadrement approprié, visant à améliorer le bien-être de ses bénéficiaires dans ce domaine.

Cet accompagnement peut se décliner de différentes manières, dont les plus récurrentes sont les séances d'information et les groupes de parole. Ces deux méthodes ont déjà fait leur preuve dans certaines institutions, et constituent une bonne approche pour les établissements qui souhaitent commencer un projet éducatif relatif à la vie affective et relationnelle.

Quelle que soit la méthode préconisée, elle doit être issue d'une réflexion et d'une concertation pluridisciplinaires, assortie d'un suivi rigoureux et dispensée par une équipe qualifiée. En matière d'information et d'éducation, l'institution a une responsabilité vis-à-vis de ses usagers et elle se doit d'être attentive à chacun d'entre eux, quelles que soient leurs difficultés d'expression ou leur volonté de communication. Dans ce contexte, elle développe toute une série de projets pouvant répondre à un maximum de besoins.





## INTRODUCTION

Quel que soit le lieu, la vie en communauté ne peut s'envisager sans l'élaboration et l'application d'une série de critères. Cela demande une organisation rigoureuse, composée de notions et de règles à intégrer par chacun des acteurs, à savoir les usagers, tous les membres du personnel (éducateurs ou non), les parents, les tuteurs et les visiteurs. Cette organisation touche essentiellement la gestion de l'espace (infrastructure) et la gestion du temps (calendrier).

Le respect de l'intimité et de la vie privée des usagers est une des composantes les plus essentielles au bon déroulement de la vie en communauté, et pourtant une des plus « malmenées ». Si cela semble de prime abord évident, il est en effet bien difficile de concilier la préservation de l'intimité avec la protection des bénéficiaires. La vie privée, c'est avant tout la part de liberté de la personne. En institution, elle rencontre un obstacle de taille avec lequel elle doit pourtant cohabiter ; il s'agit justement de cette organisation omniprésente qui bascule bien souvent dans un contrôle excessif.

Il convient bien souvent d'appliquer les règles avec souplesse, en tenant compte des diverses situations. Il ne faut jamais perdre de vue que l'usager est « chez lui », et que l'institution constitue le domicile de ses bénéficiaires, avant d'être le lieu de travail des membres de son équipe !

Quelques pistes pour améliorer cette vie en communauté, dans le respect de chacun, sont exposées ci-dessous. Cependant, elles ne reflètent pas ce qui s'applique actuellement dans la majorité des services. Seule une poignée s'évertue à imaginer une série de solutions, en fonction de leurs réalités humaines et financières. Beaucoup d'autres aimeraient suivre cet exemple mais s'en trouvent empêchés, faute de moyens.

### 1. Intimité et vie privée

Le respect de l'intimité, de la vie privée et de l'espace personnel sont indispensables pour le bien-être des personnes handicapées vivant en institution ou fréquentant un centre de jour.

L'intimité pourrait se définir comme une sphère privée que l'on décide d'ouvrir ou non aux personnes de son choix. Si chaque personne a droit à cette sphère d'intimité, elle a également le devoir de respecter celle des autres et de ne pas y entrer sans y être invitée. Malheureusement, dans le quotidien de l'établissement, l'intimité des usagers est parfois mise à mal, comme l'illustre cet exemple :



**Exemple :**

**Marc reçoit son amie dans sa chambre. Cette visite est prévue et l'équipe est au courant. Il s'agit de l'heure à laquelle on rapporte habituellement le linge dans les chambres. L'éducateur entre sans frapper pour déposer le panier.**

Ce type de situation est assez fréquent et pourtant facile à éviter. Il suffit dans ce cas de déposer le panier devant la porte ou de revenir après l'heure de visite.

La notion de vie privée s'apparente fortement à celle d'intimité. Elle s'étend aux cercles amical, familial et affectif mais peut aussi toucher à la propriété (aspects matériels, financiers...). Elle concerne tout ce qui n'est pas ouvert « au public ». Elle reste somme toute très relative et peut devenir un concept assez flou dans un lieu de vie communautaire.

L'espace personnel découle directement de la notion d'intimité. Il peut être envisagé au sens large du terme et évoquer un lieu, un banc, une table de conversation, ou même un moment. Tout comme la sphère d'intimité, cet espace ne peut faire l'objet d'intrusion<sup>8</sup>.

Chez les usagers, la préservation de l'intimité peut renforcer le sentiment de sécurité, comme nous le rappelle la « Charte pour Agir » de l'AWIPH<sup>9</sup>. Cette dernière insiste également sur la responsabilité de l'ensemble du personnel concernant le respect du secret professionnel.

Comme nous l'avons vu plus haut, la notion de secret partagé est très souvent rencontrée dans le milieu institutionnel. Le problème, c'est que la frontière entre secret professionnel et secret partagé est assez floue et les « dérapages » restent assez fréquents. Dans les foyers où « tout se sait » presque naturellement, l'éducateur a parfois le sentiment qu'il doit transmettre l'information, que cela peut être utile pour gérer un conflit, voire exercer un certain contrôle sur l'usager.

**Exemple :**

**Une résidente a rendez-vous chez le gynécologue. Comme pour chaque visite, elle est accompagnée de son éducateur. La consultation révèle qu'elle n'est plus vierge. Elle signale, bien légitimement, ne pas vouloir divulguer cette information. L'éducateur consigne pourtant cette information dans le cahier de communication, destiné à l'ensemble de l'équipe éducative. Il s'agit ici d'une faute professionnelle grave qui, de plus, ne sera probablement pas épinglée.**

Il n'est néanmoins pas toujours évident de savoir si un secret impliquant un seul confident doit devenir, dans l'intérêt de la personne ou/et des autres usagers, un secret partagé. Dans cette situation, il importe de respecter, tant que faire se peut, l'intimité et la volonté de la personne.

---

<sup>8</sup> Excepté dans des situations d'extrême urgence, menaçant la sécurité de l'usager ou d'autres personnes.

<sup>9</sup>AWIPH et SBFPH, *Une charte pour agir : aspects juridiques ou la vie affective et sexuelle des personnes handicapées : droits responsabilités et respect de la vie privée*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2005, pp. 7-8



## 2. Organisation et infrastructure

### 1) Organisation

La vie en communauté s'organise plus facilement lorsqu'elle gravite autour d'un règlement prédéfini et autour de différents calendriers régulièrement mis à jour.

Beaucoup de solutions, faciles à mettre en place, existent pour permettre aux usagers de vivre ensemble, dans les meilleures conditions :

- Régler l'accès des lieux privés par une clef ou un écriteau
- Déterminer les conditions exceptionnelles qui autorisent le personnel à pénétrer dans la chambre (danger, suspicion de vol...)
- Sensibiliser tous les membres du personnel (y compris les femmes d'ouvrage, les cuisiniers...)
- Instaurer un règlement pour la venue des visiteurs externes
- Déterminer les conditions pour qu'un couple puisse bénéficier d'une chambre
- ...

Pour que les points du règlement soient plus facilement acquis par les usagers, les éducateurs peuvent proposer de petites animations avec, par exemple, des mises en situation, l'évocation de cas vécus...

La notion de calendrier est à nuancer, afin de laisser au bénéficiaire la liberté de gérer son temps libre, de se prendre en charge, et de choisir par lui-même.

On distingue 3 types de calendrier :

- Calendrier de l'institution : excursions, loisirs, sorties...
- Calendrier social : Saint-Valentin, grandes vacances, Noël...
- Calendrier privé : propre au couple, aux rencontres familiales...

Certains événements des calendriers peuvent être autant d'occasions de favoriser les rencontres, d'encourager la vie sociale mais aussi de soutenir la vie amoureuse (soirée de Saint-Valentin, sorties...).

### 2) Infrastructure

Au niveau de l'infrastructure et de l'aménagement des lieux, plusieurs critères sont également à prendre en compte pour organiser la vie en communauté :

- Pour les bâtiments existants, prioriser l'aménagement raisonnable



- Pour les bâtiments en construction, respecter l'aménagement adapté, conforme aux normes d'accessibilité<sup>10</sup>
- Organiser la répartition des chambres en appliquant les normes relatives aux infrastructures : nombre maximum de personnes par m<sup>2</sup>, normes d'hygiène...<sup>11</sup>
- Privilégier, dans la mesure du possible, les chambres individuelles et les chambres par couple, ainsi que les chambres de maximum 2 usagers
- Envisager des espaces privés en centre de jour pour que les couples puissent s'y rencontrer
- Définir la répartition des locaux
- Prévoir plus d'espace pour les couples qui se constituent
- Adopter une certaine souplesse dans les possibilités d'aménagements, en fonction des demandes et besoins des usagers
- Déterminer l'usage de chaque lieu (par exemple avec un pictogramme)
- Quand on sanctionne l'usage d'un lieu, bien faire comprendre à l'utilisateur que c'est le lieu qui est inadéquat et non le comportement
- Différencier clairement les lieux publics des lieux privés
- Quant à l'occupation des chambres, se laisser une marge de manœuvre pour pouvoir faire face à la forte demande
- ...

L'application d'une partie de ces critères relève malheureusement de l'impossible pour beaucoup d'établissements, faute de moyens financiers. Lorsque les chambres sont en nombre insuffisant, lorsque l'infrastructure ne permet pas d'aménager des espaces pour s'isoler, il est dès lors difficile d'éviter la promiscuité et de garantir le respect de l'intimité et de la vie privée de chacun. Ici, la responsabilité incombe aux pouvoirs subsidiaires relatifs à l'hébergement, seuls habilités à améliorer cette situation, en renforçant leur soutien, et en joignant des actes à leurs déclarations.

## CONCLUSION

Le respect de l'intimité est au cœur du bon fonctionnement de l'institution. Appliqué au quotidien par chacun des acteurs concernés, il garantit une qualité de vie pour tous. Il fait partie d'un apprentissage continu dont les notions de vie privée, de pudeur et de confidentialité constituent le fil conducteur.

Les institutions ne sont pas toutes armées des mêmes outils pour « organiser » cette vie en communauté, tout en préservant l'espace personnel des bénéficiaires. Entre l'application minimale des législations en vigueur et l'infrastructure parfaitement accessible où chaque usager et chaque couple

<sup>10</sup> CWATUP, Code wallon de l'Aménagement du Territoire, de l'Urbanisme et du Patrimoine, article 414, 415 ou RRU, Règlement Régional d'Urbanisme (Région de Bruxelles-Capitale), Titres Ier à VIII.

<sup>11</sup> GOUVERNEMENT WALLON, Arrêté du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées, Annexe XV, p 86-88.



disposent de sa propre chambre, l'écart est considérable et souvent directement lié aux réalités financières de l'établissement.

Face à ces inégalités, le travail en équipe et la mise en place de moyens peu onéreux, tels que les règles de vie, les calendriers, l'affichage des informations... représentent déjà un pas supplémentaire, à la portée d'un large nombre de centres de jour et d'hébergement. Ces petites solutions restent néanmoins provisoires.

Elles ne dispensent pas les pouvoirs subsidiants et les responsables politiques d'assumer leur rôle, car c'est en matière de financement et d'infrastructure qu'il reste probablement le plus d'efforts à fournir.



### INTRODUCTION

Il n'est pas toujours aisé de faire de nouvelles rencontres, de vivre des expériences amoureuses ou d'évoluer dans une relation de couple, au sein d'une collectivité et dans un cadre « fermé ».

Pour que cette vie relationnelle se diversifie et s'enrichisse, les organes publics ont à accompagner les professionnels dans cette démarche et à soutenir les échanges entre les établissements.

Du côté des institutions, il est important qu'elles mettent en œuvre différents moyens, pour que les bénéficiaires sentent que cette vie sociale, relationnelle et amoureuse est possible, et qu'elle s'inscrit pleinement dans le projet pédagogique de l'établissement.

Quelques-unes se sont déjà penchées sur ces questions de rencontres et de vie de couple. Elles nous ont fait part de leurs expériences, des difficultés rencontrées, des réponses apportées et des méthodes mises-en-place.

#### 1. Les rencontres

Les usagers des centres de jour ou d'hébergement n'ont pas beaucoup d'opportunités de faire des rencontres. Les couples se créent, se séparent, d'autres se forment... mais le choix des partenaires reste, la plupart du temps, confiné aux bénéficiaires de l'institution. Au bout de quelques années au sein de l'établissement, ils finissent par « faire le tour », malgré les activités extérieures. Leur vie relationnelle, affective et sexuelle peut être qualifiée « d'endogame », évoluant au sein d'un cercle fermé.

Certaines institutions tentent de favoriser les rencontres, la plupart du temps en privilégiant une ouverture au monde extérieur. On distingue notamment les activités organisées avec d'autres institutions, les activités inter-foyers, la possibilité de se rendre dans d'autres annexes de l'établissement, ou encore l'accès aux moyens de rencontre (annonce, internet...).

Bien souvent, les équipes éducatives font appel à des institutions voisines pour des festivités ou loisirs. L'encadrement nécessaire à ce type d'activité peut cependant représenter un frein pour faire des rencontres. Il est, par exemple, difficile d'aménager des endroits plus intimes lors de ces fêtes, ou de laisser les partenaires en tête-à-tête, lorsqu'une assistance est indispensable.

Généralement, ces festivités sont pensées de façon collective. Elles pourraient être envisagées de manière plus « groupale », pour faciliter les rencontres.



Lorsque malgré cet obstacle, un couple se forme, une autre difficulté majeure intervient : celle d'assurer le suivi d'une relation entre deux personnes qui ne sont pas issues du même établissement. Force est de constater que, bien souvent, les relations inter-institutionnelles ou extra-institutionnelles sont vouées à l'échec. En effet, les éducateurs ne peuvent pas toujours accompagner leur résident dans l'autre institution. Les rencontres se font rares, la distance s'installe, jusqu'au jour où un des deux usagers trouve un autre partenaire.

Certains usagers en viennent à choisir leurs activités, uniquement pour voir leur partenaire.

**Exemple :**

***Chantal va demander à son éducatrice d'inscrire le challenge de bowling dans son projet individuel. Lorsque cette dernière lui demande pourquoi, elle lui répond : « parce que c'est chouette, quand on va au bowling, je peux voir mon copain » (qui est dans une autre institution).***

Les ateliers inter-foyers sont une possibilité supplémentaire de nouer de nouvelles amitiés, de faire de nouvelles rencontres. Susciter ces rencontres, c'est aussi pouvoir en assurer le « suivi ». Dans cette logique, les usagers peuvent se rendre d'un foyer à l'autre et passer un moment en chambre individuelle. Les éducateurs constatent les bienfaits de ces « sorties » où les gens se retrouvent quelquefois simplement pour discuter.

Que ce soit dans le cadre des activités inter-institutionnelles ou des activités inter-foyers, un minimum d'organisation est requis pour proposer ces activités à une certaine fréquence, préparer ces moments, accompagner le résident chez son partenaire, prévoir les médications et soins éventuelles pour les nuits passées dans un autre foyer... Néanmoins, une organisation excessive, voire systématique peut nuire à la relation et induire des critères normatifs chez certains usagers.

**Exemple :**

***Dans un établissement, les soirées de rencontres « inter-foyers » sont fixées au jeudi. Bien vite, les éducateurs réalisent que plusieurs usagers veulent à tout prix trouver un(e) partenaire « du jeudi » pour ce qu'ils appellent « le soir des rendez-vous ».***

Dans les faits, il est très ardu de maintenir cet équilibre. Préserver cette spontanéité inhérente à la séduction, au flirt, à la découverte de l'autre, tout en provoquant ces rencontres, constitue une emprise de taille dans un milieu fermé où la journée de chaque usager gravite autour d'une organisation rigoureuse.

Parmi les jeunes bénéficiaires, beaucoup rentrent chez leurs parents le week-end, ou tous les soirs lorsqu'il s'agit d'un centre de jour. Cet aspect réduit d'autant plus les opportunités de faire des rencontres.

Enfin, certains se tournent vers des agences, des petites annonces, des sites internet... Cette profusion d'offres peut cependant entraîner une véritable



confusion dans l'esprit des usagers. Une des plus fréquentes est l'amalgame qui peut exister entre les services des agences de rencontre et les lignes téléphoniques à caractère pornographique.

**Exemple :**

**André utilise le téléphone rose, imaginant de la sorte rencontrer une femme, en vue de fonder une famille.**

L'utilisateur mal informé peut se faire une image caricaturale des rencontres. C'est pour cette raison que l'établissement qui fournit à ses usagers un accès à ces moyens de communication, par la mise-à-disposition d'ordinateurs par exemple, doit aussi proposer une prévention et un accompagnement appropriés.

## 2. La vie relationnelle

Comme pour les personnes évoluant en société, la vie affective, relationnelle et/ou sexuelle des usagers ne se résume pas forcément au couple, dans le cadre classique d'un projet de vie à deux.

Qu'on le nomme papillonnage, flirt ou relation occasionnelle, cela existe aussi en « microsociété ». Certaines personnes changent souvent de partenaire ou sont à la recherche de relations purement sexuelles.

On ne peut exiger des bénéficiaires d'être des hommes, des femmes et des couples conformes à un modèle préétabli, de rentrer dans un moule prédéfini, sous prétexte d'éviter les dérapages ou de heurter la sensibilité des autres.

Il ne s'agit donc pas de transposer ses propres valeurs à l'ensemble des personnes mais plutôt d'informer, en s'abstenant de tout jugement. Il y a des notions d'éducation à transmettre, des questions « cognitives » à soulever, telles que la signification de l'engagement, la conscience de ce que l'on fait, les conséquences de nos actes...

Dans certaines situations, cet accompagnement n'est pas négligeable. En effet, il convient de distinguer les relations multiples, du « papillonnage » plus pathologique, symptomatique d'un mal être ou d'un vécu douloureux. De plus, des usagers peuvent souffrir du comportement de leur partenaire.

**Exemple :**

**Annie et Cédric se disent et se vivent en couple au sein de l'institution. Cependant lors de chaque fête ou rencontre inter-institutionnelle, Annie embrasse d'autres hommes. Cédric en souffre beaucoup. Annie n'en a pas conscience et n'a pas la capacité de prendre conscience de la tristesse qu'implique son comportement auprès de son compagnon. Cédric ne veut pas rompre car il apprécie leurs moments de tendresse.**





Même si le « papillonnage » est accepté, il n'y a pas forcément de lieux prévus à cet effet. Dans certaines structures, la personne peut inviter quelqu'un dans sa chambre mais sans verrouiller la porte, car il faut pouvoir rester attentif aux abus ou accidents éventuels.

Il faut également s'assurer que le(la) partenaire est consentant(e). Tout cela passe par l'information, l'observation, la discussion... mais certainement pas par l'interdiction<sup>12</sup>.

Pourtant, malgré les moyens que certaines institutions mettent en place pour préserver la liberté et l'intimité de ses usagers, il n'est pas rare d'observer un contrôle excessif, sous prétexte de protection.

Il arrive que le personnel encadrant s'inquiète inutilement, notamment lorsque certains couples conçoivent leur intimité de manière assez simple, sans forcément rechercher une forme d'expression sexuelle. C'est ainsi que l'on constate des comportements surprotecteurs. Il arrive aussi que les professionnels outrepassent leurs fonctions, par « excès de zèle », voire par curiosité. Il s'agit bien souvent d'actes inconscients mais cela peut engendrer des indiscretions, des commentaires injustifiés...

**Exemple :**

***Deux éducateurs font des commentaires sur le temps que Cédric a passé dans la chambre d'Annie. Lorsqu'ils sortent, un des éducateurs leur demande ce qu'ils étaient en train de faire...***

### 3. Le couple

Qu'il soit hétérosexuel ou homosexuel, un couple a besoin d'une certaine liberté et surtout d'intimité. Il faut qu'il ait des moments privilégiés et un espace pour se retrouver, à l'abri des regards.

Le respect du couple est essentiel, qu'il émane des autres usagers, des professionnels ou encore des parents. Lorsqu'il se « cristallise », le couple peut manifester l'envie d'être reconnu par son entourage. Cette reconnaissance peut prendre différentes formes, en fonction des institutions.

Certaines vont attribuer une chambre au couple ou entreprendre avec eux les démarches pour l'octroi d'un appartement supervisé. D'autres vont « officialiser » le couple, lors d'une célébration apparentée au mariage, conviant les proches et le personnel éducatif. Des couples vont préférer fêter leur union en dehors de l'établissement, avec l'aide de leur famille.

Quelle que soit la manière dont le couple se concrétise, l'important est que les usagers aient véritablement conscience d'un projet de vie possible et

---

<sup>12</sup> Cf. chapitre VI. Abus et violences.



compatible avec la vie en centre d'hébergement ou en centre d'accueil de jour.

Dans tous les cas, les établissements doivent tenter de répondre au plus près aux besoins et attentes des couples, en fonction des réalités institutionnelles (infrastructure, projet pédagogique...).

Afin d'illustrer ces diversités, nous évoquons, à titre d'exemple, trois processus d'officialisation :

#### Dans l'établissement A :

On distingue deux étapes : la reconnaissance du couple et l'officialisation du couple. Seule cette dernière donne le droit à une chambre de deux, et est toujours précédée de la reconnaissance. Selon les demandes personnelles et les possibilités, une chambre sera donc attribuée au couple. La reconnaissance, quant à elle, n'oblige pas le couple à passer à l'étape suivante de l'officialisation. L'officialisation passe systématiquement par la direction. Ensuite, il appartient au couple d'opter pour une fête ou non, de choisir les invités...

#### **Exemple :**

***Isabelle et André souhaitent que leur couple soit officialisé. Ils se rendent ensemble dans le bureau de la psychologue. Ils sont, dans un premier temps, reconnus en tant que couple et ont la possibilité, pour mieux se connaître, de partager des loisirs et de s'inviter dans leurs foyers respectifs. Ils reçoivent une information sur la vie affective et sexuelle. Dès qu'ils sont prêts et le souhaitent, ils rencontrent à nouveau la psychologue et sont reçus par le directeur pour une demande d'officialisation. Ils organisent une fête pour officialiser leur couple. Dès lors, ils ont l'opportunité de vivre régulièrement des moments d'intimité dans la chambre, voire de partager une chambre au quotidien.***

Ce système d'officialisation semble déjà bien rodé dans quelques rares établissements où les couples se déclarent satisfaits. Il peut néanmoins présenter des risques d'abus. Il arrive par exemple que des usagers se mettent en couple, uniquement dans le but de bénéficier des avantages liés à ce statut (fête, dîners de la Saint-Valentin, cadeaux des « beaux-parents » ou de la famille...).

L'établissement A est conscient qu'instaurer un système de reconnaissance des couples, sous quelque forme que ce soit (officialisation, accordailles...), implique que l'on instaure un système pour gérer les séparations éventuelles. Les couples doivent savoir que cette possibilité existe.

Dans ce cas, on veille à leur laisser un temps de réflexion et un accompagnement peut être envisagé.

L'officialisation d'une personne sous minorité prolongée avec un usager majeur n'est pas exclue. Dans ce cas, il faut bien dialoguer avec les parents ou les tuteurs et les informer, même si l'institution essaie de prioriser la volonté du couple et de le soutenir dans sa démarche.

S'il est important d'informer et de dialoguer avec les parents, il faut éviter que ceux-ci ne s'immiscent dans la vie du couple.



**Exemple :**

**Marion et Philippe sont en couple depuis 5 ans. Ils ne s'entendent plus et ne veulent plus partager leur chambre. Leurs parents respectifs se sont liés d'amitié. Ils refusent que leurs enfants se séparent et tentent d'influencer leur décision.**

Dans l'établissement B :

Il n'y a pas de rite institutionnel d'officialisation. Suite à une série de rencontres, les partenaires demandent de faire chambre commune lors d'un séjour de vacances. Cette expérience est renouvelée autant de fois que nécessaire, si le couple le souhaite. Si cela se passe bien, il peut alors partager une chambre dans l'institution.

Dans l'établissement C :

Il n'y a pas non plus de rite d'officialisation. L'infrastructure ne permet pas d'attribuer des chambres aux couples mais il est néanmoins possible d'inviter son compagnon dans son foyer ou dans sa chambre. L'équipe est attentive et reste à l'écoute, si nécessaire.

#### **4. L'homosexualité**

Chaque personne doit pouvoir disposer des mêmes chances de s'épanouir dans une relation, quelle que soit son orientation sexuelle.

L'homosexualité existe aussi en institution. Elle ne peut être ni niée, ni interdite.

Dans les établissements où la disproportion hommes/femmes est marquée, des psychologues et/ou des éducateurs ont pu constater que certains bénéficiaires se tournaient vers des pratiques homosexuelles par « défaut ». Ces situations provoquent parfois un profond déséquilibre. Dans ce cas, un suivi psychologique, voire sexologique peut être proposé.

Lorsque la relation homosexuelle s'inscrit dans une recherche légitime d'épanouissement, elle ne suit pas toujours un parcours facile. Même si la relation est connue dans l'établissement, le couple homosexuel rencontre encore trop d'obstacles tels que l'opposition des parents, le regard des professionnels, les remarques des autres usagers, ...

**Exemple :**

**Assistant à une animation illustrant au travers de saynètes et de témoignages filmés le vécu de personnes homosexuelles, Christine interpelle les animateurs sur l'intervention possible de la gendarmerie, vis-à-vis de ces couples aux pratiques qu'elle juge "dégueulasses".**

Face à l'intolérance, le travail de l'éducateur consiste à bien informer les usagers sur le fait qu'il n'y a pas de couples types, afin de progressivement permettre aux mentalités d'évoluer. Il y a donc une véritable sensibilisation à faire pour lutter contre l'homophobie.



En ce qui concerne la vie affective et sexuelle des personnes handicapées, on note une véritable évolution, depuis la fin des années 90.

En matière d'homosexualité par contre, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir car aux tabous cumulés de la sexualité et du handicap, vient s'ajouter celui de l'homosexualité.

Le premier couple homosexuel qui demandera à être reconnu officiellement ou à partager une chambre, en institution, ouvrira sans doute un débat qui permettra peut-être de faire évoluer les choses.

## 5. L'intervention de l'équipe

Tous les couples peuvent rencontrer des difficultés. Celles-ci peuvent avoir des répercussions psychologiques et/ou physiques plus ou moins graves, nécessitant parfois l'intervention de l'équipe éducative.

Aux questions et aux difficultés pouvant se présenter dans la vie de couple, les réponses sont variées et ponctuelles. La prévention et l'information sont, elles, récurrentes et constantes. En effet, l'équipe éducative est vigilante quant à certains signaux pouvant parfois révéler des situations de détresse. Les groupes de paroles ou les conversations « hors séances » sont autant d'occasions de les détecter.

### 1) Difficultés et conflits

L'accompagnement et le suivi du couple, mais aussi de chaque partenaire individuellement doivent prendre toutes leurs particularités en compte, afin de coller au mieux à leurs besoins et à leurs attentes.

**Exemple :**

**« J'ai envie de faire l'amour avec elle. « Moi aussi, j'ai envie de faire l'amour avec lui ». Marc pensait que Julie voulait avoir une relation sexuelle avec lui. Julie était angoissée car elle voulait juste lui dire : « je suis amoureuse de toi ».**

De petites choses anodines peuvent rendre la relation difficile, comme par exemple des mots mal interprétés par l'autre, des mécanismes projectifs où l'on attribue à l'autre ce que l'on pense... Parfois, il suffit simplement à l'éducateur de dédramatiser certaines paroles, pour éviter l'explosion du couple.

L'équipe est souvent prise à parti dans ces conflits. L'important est qu'elle conserve une neutralité à l'égard des deux partenaires. Elle peut se constituer tiers écoutant, en toute objectivité. Même si l'autonomie du couple est privilégiée, dans certains cas, les éducateurs n'ont d'autre choix que d'intervenir.



Certains couples peuvent avoir des comportements exhibitionnistes. Ici, il est important que l'éducateur explique la distinction entre gestes intimes (à l'abri des regards) et gestes de tendresse (permis devant les autres).

D'autres comportements sont plus déroutants, tels que des jeux sadiques consentants.

**Exemple :**

***Corentin et Maud entretiennent une relation au cours de laquelle ils s'adonnent à des jeux agressifs (pincement, saisie par le cou...). L'équipe se demande comment réagir dans ce qui semble relever de pratiques librement consenties.***

On ne peut pas interdire au couple des pratiques issues d'un choix délibéré. On peut en revanche les informer des dangers potentiels, du fait qu'ils ne peuvent pas le faire dans des espaces publics...

Il est important d'inculquer la notion de respect et la possibilité de dire non, même au sein du couple. Cet aspect est à développer, tant dans l'information donnée aux usagers, qu'au travers de la sensibilisation de toute l'équipe qui doit rester attentive aux abus ou violences conjugales éventuels.

## 2) Désir d'enfant

Si le couple est possible, le projet d'enfant n'est pas envisageable en institution, car celle-ci ne dispose ni des moyens ni de l'infrastructure nécessaire à sa prise en charge. Le couple désireux d'être parents doit alors quitter l'établissement. Ce dernier doit pouvoir lui proposer un accompagnement dans sa démarche d'autonomie, dans la recherche d'un appartement supervisé...<sup>13</sup>

Il y a aussi des demandes à caractère sourd, dont les discussions ne peuvent aboutir. Chez certains usagers, le désir d'enfant s'exprime de manière compulsive. D'autres le transposent en désir d'activités liées à la maternité, comme la lecture de contes, la volonté de devenir puéricultrice...

En essayant de comprendre ce qui se cache derrière ce désir, on s'aperçoit bien souvent qu'il peut s'agir d'un souci de normalisation, d'identification.

Dans ce cas, des explications ponctuées d'exemples très concrets peuvent aider l'usager à mesurer toute la responsabilité et l'attention que requiert un enfant.

## 3) Aide sexuelle indirecte au couple

Certains usagers en situation de grande dépendance nécessitent une préparation à l'acte sexuel (soins, toilette, habillement...). Il arrive que des résidents demandent simplement qu'on les laisse dans une certaine position, lors de la mise au lit. Cela se fait assez naturellement.

---

<sup>13</sup> Voir Chapitre V. Dispositions médicales et sanitaires; 2. Grossesse.



Il y a aussi le manque d'habileté sexuelle qui demande parfois un apprentissage ou une aide, les mouvements involontaires qui peuvent faire mal au partenaire, à ne pas confondre avec des marques de violence... Un suivi sexologique individuel ou de couple peut être envisagé.

Cette aide indirecte ne s'inscrit pas toujours dans une démarche sexuelle et peut faire partie d'une approche sensuelle, d'un rapport d'intimité entre deux personnes. Elle n'est pas exclusivement réservée aux couples « officiels ».

Parfois, les demandes sont axées vers des jeux sexuels et peuvent consister en la mise à disposition d'accessoires, de préservatifs, de chaînes pornographiques....

Le personnel encadrant n'est pas toujours préparé à cela. Il y est confronté un jour ou l'autre et ne sait pas toujours comment réagir face à certaines situations.

C'est pour cette raison que ces types de demandes et les réponses qu'elles amènent doivent s'inscrire dans des procédures établies par l'institution (formation, supervision...), afin que ces pratiques soient reconnues et que le personnel ait la possibilité d'en parler, en cas de difficultés.

## 6. L'infrastructure

La chambre attribuée au couple n'est pas toujours considérée comme un espace intime par les autres. De plus, l'intimité reste toute relative car l'espace n'est pas toujours insonorisé. Il y a aussi la contrainte de rester ensemble, de ne pas pouvoir s'isoler quand on le souhaite. Cette promiscuité obligée peut engendrer des conflits.

Au sein d'un même couple, chacun des partenaires peut éprouver le besoin d'être ensemble par moment, et le besoin de s'isoler, dans d'autres. L'infrastructure doit pouvoir s'adapter à ces besoins.

### **Exemple :**

***Léo et Patricia sont heureux de partager leur chambre mais fréquemment, ils éprouvent le besoin de dormir seuls. L'institution leur installe deux lits séparés qu'ils ont la possibilité de rapprocher quand ils le souhaitent.***

Au sein d'un établissement, les séparations ne sont pas toujours faciles à vivre. Il faut déterminer qui garde la chambre ou l'attribuer à deux autres usagers. Dans les deux cas, il faut trouver une autre chambre.

Parfois, l'infrastructure de l'établissement amène les ex-partenaires à se croiser régulièrement, ce qui entraîne des tensions, voire de violentes altercations. L'ambiance du groupe en subit bien souvent les conséquences.

Les éducateurs doivent pouvoir gérer tout cela. Il faut parfois aménager ou modifier les activités de la journée... Cela demande une certaine organisation.



Quand l'infrastructure de l'établissement ne permet pas aux couples de bénéficier d'une chambre commune, on constate, dans certains cas, que cela laisse « la possibilité d'être en conflit ». En effet, lorsque l'on vit son couple en chambres séparées, il est plus aisé de prendre ses distances suite à une dispute, sans forcément envisager la séparation.

En cas de deuil, il convient de réfléchir à l'attribution de la chambre, en considérant le point de vue du conjoint survivant. Malheureusement, d'un point de vue administratif, cela n'est pas toujours possible.

## CONCLUSION

En s'appuyant sur un projet pédagogique ouvert à la vie affective et relationnelle, l'équipe éducative soutient les couples et les usagers désireux de faire des rencontres, par le biais d'actions réfléchies et concrètes telles que :

- L'accès à d'autres réseaux sociaux, relationnels et affectifs
- La formation à l'utilisation des multimédias (site de rencontre...)
- Le recours à des services extérieurs (Tec 105, transports adaptés...)
- Le travail en réseaux, notamment avec les parents.

La bonne volonté de l'institution ne suffit pas toujours et certains obstacles demeurent :

- La difficulté pour les usagers de faire de nouvelles rencontres
- L'accompagnement difficile des couples interinstitutionnels ou extra-institutionnels
- Les limites de l'infrastructure
- ...

Les professionnels agissent à la demande car si leurs interventions s'avèrent parfois nécessaires, certains usagers ou certains couples savent parfaitement gérer leur vie relationnelle seuls. Il appartient donc à tous les membres de l'équipe de développer une attitude de « présence disponible » et d'apprendre à être actifs sans être intrusifs.

Parallèlement aux mesures d'envergure, telles que la restructuration des bâtiments ou les grands aménagements, il existe des réponses moins onéreuses, et réalisables à moyen et à court terme, comme l'organisation d'activités ou l'apport de solutions ponctuelles aux difficultés du quotidien.



## INTRODUCTION

La vie en institution exige une organisation rigoureuse, tant au niveau du quotidien, que des suivis médicaux et sanitaires des usagers.

Néanmoins, l'institution reconnaîtra à la personne handicapée le droit d'être l'interlocuteur privilégié et le premier acteur de sa santé. C'est dans cette optique que les professionnels s'inscriront dans un processus d'accompagnement, et que les parents trouveront leur place.

L'approche de thématiques telles que la contraception, la grossesse, les problèmes liés au vieillissement des bénéficiaires, la prévention en matière de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et les soins, passe obligatoirement par une information efficace.

Chacune de ces problématiques doit être abordée par un personnel qualifié, en tenant compte des besoins du bénéficiaire, des spécificités liées à son handicap et de son environnement.

### 3. La contraception

La contraception est, au point de départ, une démarche individuelle librement choisie. Le choix du moyen contraceptif, quelle qu'en soit la raison, se fait toujours lors d'une consultation médicale. Cet accompagnement médical est d'ailleurs essentiel.

Le R.O.I. est un outil indispensable car il balise à la fois les droits et devoirs de chaque partie et les pratiques institutionnelles. Il est donc important que le recours à des méthodes de contraception y soit mentionné. Ainsi, le bénéficiaire est un interlocuteur à part entière et il sait d'emblée (tout comme ses parents) que le sujet sera abordé.

Les réalités vécues dans les institutions hébergeant des personnes handicapées adultes impliquent l'utilisation de contraceptifs chez les usagers. Une contraception peut s'avérer indispensable, lorsque l'expression du désir de relations sexuelles, le comportement, voire un problème médical, l'exigent. Quel qu'en soit le motif, elle doit s'accompagner d'une information adaptée.

#### **Exemple :**

***Louise, en situation de handicap mental, est en couple depuis 5 ans. Sa maman demande au médecin de l'institution de lui prescrire la pilule, afin que ses règles soient plus régulières et moins douloureuses. Louise en est fort angoissée car prendre la pilule induit la possibilité d'une sexualité, à laquelle elle n'est pas***





***préparée. Une bonne information lui permet de dissocier ce contraceptif d'une vie sexuelle active obligatoire.***

Dans la grande majorité des cas, on peut constater que la contraception est proposée aux femmes car, contrairement à la contraception masculine (vasectomie), l'action de la plupart des contraceptifs féminins est réversible.

Pour garantir le bien-être de la bénéficiaire, il est important que le choix du contraceptif s'accompagne d'un processus de concertation entre elle, sa famille et l'équipe médicale (gynécologue, infirmière, éventuellement neuropsychiatre...). Le contraceptif choisi tiendra compte de facteurs tels que la fiabilité, la facilité de prise, le confort d'utilisation, les habitudes de la bénéficiaire et la bonne tolérance. Lorsqu'il s'agit d'une personne handicapée mentale, l'équipe éducative a un rôle de supervision, lors de la prise du contraceptif (injection mensuelle, implant, pilule...).

L'information et l'éducation régulières sur les moyens de contraception sont donc essentielles. Elles permettent de vaincre les fausses croyances (la contraception protège des MST...) et de répondre aux questions que les femmes et les hommes se posent sur les avantages de certaines méthodes et leurs effets secondaires (prises de poids, perte de désir...).

De même, l'information et l'instauration de la contraception peuvent parfois tranquilliser les parents et les professionnels, lors de la constitution d'un couple.

La stérilisation ne peut être obligatoire pour le ou la bénéficiaire. Il est indispensable que le caractère irrévocable de cet acte chirurgical, lorsqu'il est évoqué, fasse l'objet d'une information claire et adaptée à la personne, et d'un dialogue concerté entre l'usager, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire. Parce qu'elle touche à son intégrité, la personne handicapée doit pouvoir prendre conscience de ce que représente la stérilisation, avant que sa décision ne soit prise. La stérilisation, tant chez la femme que chez l'homme, ne sera préconisée qu'en tout dernier recours, à des fins thérapeutiques ou si les autres moyens de contraception sont inefficaces ou médicalement contre-indiqués. Surtout, elle ne sera jamais forcée !

L'article 54 du Code de déontologie précise :

*« Bien que le plus souvent bénigne, la stérilisation chirurgicale constitue une intervention lourde de conséquences. Dès lors, le médecin ne peut l'exécuter qu'après avoir informé correctement les conjoints ou partenaires sur son déroulement et ses conséquences. La personne qui subira l'intervention devra pouvoir prendre sa décision librement et l'opposition éventuelle du conjoint ou partenaire sera sans effet. »*

Les articles 17 et 23 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées indiquent sur ce point:

*Art.17 : « Toute personne handicapée à droit au respect de son intégrité physique et mentale »*



Art.23 : « ... éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, de sorte que les personnes handicapées, y compris leurs enfants, conservent leur fertilité, sur la base de l'égalité avec les autres. »

#### 4. La grossesse

S'épanouir en couple peut faire naître un désir d'enfant. Cependant, la vie affective en institution n'en est qu'à ses prémices. L'infrastructure, le manque de moyens financiers, les mentalités ne permettent pas, à l'heure actuelle, la prise en charge d'un enfant dans un cadre de « centre d'hébergement pour adultes ».

Rien n'a été pensé ni conçu pour qu'un enfant puisse y grandir.

Les pouvoirs publics ont d'ailleurs à se pencher sérieusement sur la question car reconnaître le droit à la vie affective des personnes handicapées, tout en leur refusant le droit à la parentalité par manque de moyens, est un non-sens, voire une aberration !

En attendant, l'équipe éducative doit « se débrouiller » et avertir ses résidents des conséquences d'une grossesse, notamment celle, souvent douloureuse, de devoir quitter l'établissement. Par contre, elle ne peut en aucun cas se dresser contre le projet d'enfant du couple.

En cas de grossesse, une écoute attentive de la volonté et des interrogations de la bénéficiaire ou du couple est exigée. L'institution se doit de proposer un accompagnement aussi humain que possible, que ce soit dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse ou non.

Lorsque la bénéficiaire décide de poursuivre la grossesse, l'institution a à mettre en place un processus de réorientation vers une structure mieux adaptée (service d'accompagnement, maison maternelle, service en charge d'appartements supervisés...). Pour palier à un éventuel déracinement, la sortie de l'institution se fera de manière progressive, par exemple en organisant des visites de la nouvelle structure.

Par ailleurs, les femmes handicapées enceintes doivent pouvoir bénéficier d'un soutien continu. Certaines situations de handicap physique impliquent parfois un suivi médical particulier. D'autres situations de handicap mental nécessitent un accompagnement adapté.

Lorsque la bénéficiaire fait le choix d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), ce doit être pour des raisons qui lui sont propres. La volonté de rester dans l'institution sera peut être un des éléments pris en considération. Dans tous les cas, cette décision lui appartient pleinement. L'IVG est donc bien un choix personnel de l'usagère et non une réponse institutionnelle.



Ici aussi, l'équipe éducative se doit d'apporter un soutien et un suivi rigoureux aux bénéficiaires concernés (femme ou couple) et de leur proposer une aide extérieure, comme celle des centres de planning familial, pouvant s'avérer extrêmement précieuse et efficace. La personne a, en effet, la possibilité de s'exprimer dans un autre cadre que son lieu de vie.

## 5. Le vieillissement

Le vieillissement des usagers suscite des questionnements sur l'évolution de la sexualité tout au long de la vie. Des idées reçues sont souvent véhiculées et le manque d'information des uns et des autres entretient les malentendus (les personnes vieillissantes n'ont plus de vie sexuelle...).

### **Exemple :**

***Martine et André sont en couple. Martine croit qu'ils ne pourront jamais être officialisés parce qu'elle est ménopausée.***

Comme toutes les femmes, les bénéficiaires peuvent s'interroger sur la ménopause et s'inquiéter des inconforts liés à cette période (bouffées de chaleur, prise de poids, déprime...). Elles doivent aussi bénéficier d'un bon suivi en matière de dépistage du cancer du sein. On comprend ici l'importance des visites régulières, tout au long du séjour des bénéficiaires, chez un gynécologue formé à l'accueil de patientes handicapées et équipé d'un matériel médical adapté.

Contrairement à la ménopause, l'andropause n'existe pas d'un point de vue médical. Il s'agit d'une représentation sociale des troubles de la sexualité masculine. Certains hommes restent fertiles tout au long de leur vie. Cependant, des dysfonctionnements peuvent apparaître avec l'âge. Le diabète, les troubles vasculaires, les difficultés d'ordre psychologique en sont notamment responsables.

Il est donc essentiel qu'une information adéquate soit dispensée pour tous les usagers. De même, le suivi individuel (prise de sang, visite chez le sexologue...) permet d'apporter rapidement des solutions.

## 6. Les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Une des plus grandes craintes des équipes en milieu institutionnel est le développement des MST, notamment le SIDA et l'hépatite B. Il est indispensable d'éviter la contamination et de contrôler les plus graves de ces maladies par une prévention adéquate. D'autres plus bénignes peuvent être efficacement traitées, à condition de soigner les deux partenaires afin d'empêcher de nouvelles infections et le développement de complications.

L'histoire des centres de jour et d'hébergement pour adultes nous apprend que l'absence d'information sur les MST et sur les moyens de s'en protéger, avait et a



parfois encore pour conséquence l'interdiction pure et simple de la sexualité, par peur de la contagion.

Il est donc indispensable que tous les bénéficiaires reçoivent une information de base sur les dangers des MST et ses moyens de prévention (hygiène intime, utilisation systématique du préservatif...).

Concrètement, pour lutter plus efficacement contre les MST, l'institution doit s'assurer que ses usagers puissent se fournir en préservatifs. Elle peut, à cet effet, imaginer une mise à disposition discrète :

- l'installation d'un distributeur dans un lieu discret,
- la mise à disposition dans la salle de bain,
- une personne de référence à qui en demander,
- ...

Cela s'accompagne toutefois d'une information claire sur la manière de les utiliser.

***Michèle et Jean pensent se protéger pendant leurs relations sexuelles, en plaçant les préservatifs sous le lit. Lors du nettoyage des chambres, la femme d'ouvrage les découvre et en informe la personne de référence. Cette dernière organise une séance d'information avec le couple.***

## 7. Les soins

Les visites chez le dentiste, chez le médecin traitant, chez le gynécologue, voire chez l'urologue, sont des soins nécessaires à tous.

Les soins médicaux et corporels tiennent une place essentielle dans la vie relationnelle et sexuelle. En effet, une bonne hygiène dentaire et buccale favorise la confiance en soi, le rapport aux autres. De même, une bonne hygiène et une bonne santé intime contribuent au confort et au bien-être des usagers.

Cette confiance en soi et ce bien-être passent aussi par l'image de soi. A ce titre, il convient de ne pas négliger d'autres pratiques, éventuellement sous forme d'ateliers, telles que la coiffure, le maquillage et tout ce qui touche à l'esthétique. Le recours à certains spécialistes n'est pas à exclure, comme par exemple un nutritionniste en cas d'obésité... Sur ce point, l'institution veillera à proposer des menus équilibrés à ses résidents.

Dans les institutions accueillant des personnes handicapées physiques, notamment de grande dépendance, les soins, le « nursing » font partie du quotidien. Ils sont omniprésents. Le professionnel et le bénéficiaire sont alors confrontés à une proximité et une intimité induites par la nature même des soins, comme par exemple lors de la toilette du bénéficiaire, de la mise au lit... Si dans la plupart des cas, le personnel soignant fait preuve de déontologie et de



professionnalisme, et sait comment remettre les choses en place, une érotisation de la relation de soins peut parfois survenir, tant de la part du soignant, que de la part du « patient ».

Le contexte dans lequel la spécificité des rapports usager-soignant se développe, place la personne handicapée dans une situation de dépendance vis-à-vis du personnel. « A ce titre, le professionnel est le seul garant de l'éthique de la relation. Il peut donc y avoir abus, si le soignant brise cette confiance pour satisfaire un intérêt personnel (par exemple sur le plan sexuel)... »<sup>14</sup>. Une bonne supervision doit permettre à l'institution d'anticiper ou, à défaut, de déceler ce type de comportement.

L'érotisation du fait des usagers peut être vécue de plusieurs manières par les professionnels. Lors des soins, elle peut être involontaire (un agrippement au corps du soignant, une érection lors d'une toilette intime...). Il revient donc au soignant de banaliser et de dédramatiser l'incident (par l'humour, en faisant semblant de rien...).

Ainsi, la relation soignant-usager peut être perçue positivement car elle allège le soin et facilite la relation.

A contrario, une mauvaise interprétation d'un geste de soin, une attitude de séduction ou une conduite déplacée peut déstabiliser le soignant. Ce dernier peut en éprouver des difficultés à assumer son rôle. Dans une telle situation, la conduite à tenir consiste à rester professionnel en maintenant avec l'usager une distance physique (par exemple, endosser une blouse, des gants...) et/ou une distance psychique (recadrer le bénéficiaire, ne pas porter de tenue provocante, ne pas parler de sa vie privée...).

Pour gérer ce phénomène d'érotisation, le soignant doit réunir des facteurs indispensables à une prise en charge éthique de l'usager<sup>15</sup> :

- Un cadre de soins rassurant
- Un climat de confiance à instaurer
- Un intérêt, une écoute de l'usager (désir de comprendre et de savoir)
- Une satisfaction pour son métier de soignant
- ...

Le recours à un autre soignant ou à un tiers médiateur est parfois nécessaire. L'institution a la responsabilité d'assurer le bien-être de ses bénéficiaires mais aussi de ses employés. A cet égard, elle se doit de mettre en place des espaces de parole pour les professionnels et un processus de supervision formalisé par l'établissement.

## CONCLUSION

---

<sup>14</sup>. Dr M. DELBROUCK, « Afin que la relation ne dérape... si on parlait d'éthique ? Rôle de l'érotisation subjective dans la relation de soins », *Revue Balint*, n° 102, Bruxelles, (2007).

<sup>15</sup> Idem.



L'institution ne peut s'inscrire dans une démarche de soutien à la vie affective relationnelle et sexuelle sans y rattacher une dimension médico-sanitaire.

Par conséquent, une organisation rigoureuse de la vie en institution va englober une réflexion et une prise en compte de toutes les étapes qui jalonnent la vie affective et relationnelle de ses usagers, ainsi que les problématiques de santé sexuelle qui y sont liées.

Pour chacune de ces étapes, l'information et la prévention sont fondamentales, tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires. Accompagnement individuel ou de couple, thérapies psychologique et/ou sexologique, équilibre nutritionnel... sont autant de moyens qui contribuent à assurer, au sein de l'établissement, le suivi médical et sanitaire des usagers. Nous l'avons vu, ce suivi permet non seulement d'éviter des grossesses non-désirées et de prévenir les MST, mais aussi de contribuer à un certain bien-être physique et mental.

Cette dimension médico-sanitaire s'appuie nécessairement sur une dynamique de concertation qui place la personne handicapée comme premier acteur de sa santé, les professionnels et la famille comme partenaires. En toute logique, elle implique l'accès aux droits de décision, aux soins et à l'accompagnement. Dès lors, la formalisation de ces aspects fondamentaux, dans le R.O.I. s'avère être un pré-requis incontournable.



### INTRODUCTION

Les abus et les violences d'ordre corporel ou/et psychologique, à caractère sexuel ou non, sont une atteinte à l'intimité et à l'intégrité de la personne qui en est victime.

Abuser de quelqu'un, c'est obtenir quelque chose de lui, sans son consentement et ce, en usant de moyens tels que la force, l'autorité, le chantage ou la manipulation.

En théorie, la gestion des abus et des violences de toutes formes passe par la plainte, la vérification des faits, l'aide proposée à la victime, la sanction ou condamnation de l'agresseur.

Les réalités institutionnelles sont profondément plus complexes.

Elles supposent un véritable processus de raisonnement de la part de l'équipe, entre la peur d'intervenir à tort et la volonté de protéger les bénéficiaires. Elles exigent aussi la mise en place de toute une série d'outils pour lutter efficacement contre ces actes.

Plusieurs facteurs sont à considérer. La violence et les abus peuvent prendre différents visages, s'opérer à l'abri des regards et dans certains cas être passés sous silence. De plus, la victime, tout comme l'agresseur, peuvent se trouver parmi les usagers, les professionnels ou la famille.

#### 1. Détecter, réagir et accompagner

Lorsqu'une personne se dit victime d'abus, la question qui se pose d'emblée aux professionnels est : « comment évaluer la véracité des accusations ? ». Le problème s'intensifie, dès que le handicap mental ou/et les difficultés d'expression entrent en ligne de compte.

La première tâche du professionnel consiste sans doute à se débarrasser de ses aprioris car il ne s'agit pas de porter un jugement mais bien de constater des faits en toute objectivité et, le cas échéant, de prendre les mesures qui s'imposent.

Les stéréotypes n'ont jamais été faciles à combattre, notamment en matière de handicap, et les institutions n'échappent pas à ce phénomène. On relève certains clichés persistants tels que :

- l'ascendance des hommes sur les femmes,
- la personne dominante porteuse d'un handicap plus léger,
- la corrélation entre le Q.I. et le pouvoir de manipulation,
- les divergences culturelles,



- le rapport entre la déficience physique, la dépendance et la vulnérabilité,
- ...

Ces généralités peuvent influencer le jugement et sont donc à considérer avec une extrême prudence, même si elles ont parfois une réelle incidence sur la relation.

Au-delà des idées reçues, il s'agit aussi de pouvoir, dans certains cas, relativiser les faits. Il n'est pas rare en effet que l'équipe soit confrontée à des extrapolations, des affabulations ou même à des personnalités mythomanes.

S'ensuit tout un travail d'observation et d'écoute, en se fixant sur des indices visibles qui ne se cantonnent pas à la recherche de marques physiques. Des signes de dépression, la perte de sommeil, des dysfonctionnements ou encore des comportements suspects sont autant d'éléments qui permettent de détecter des abus et violences éventuels, d'autant plus si la personne ne veut ou ne peut pas s'exprimer.

Bien sûr, éthiquement et pratiquement, il est impossible pour les éducateurs d'être dans une optique de contrôle permanent. Certaines personnes présentent néanmoins des comportements à risques ou ont des antécédents qui demandent une vigilance accrue.

De manière générale, discerner le vrai du faux n'est pas chose aisée. Il est donc essentiel de prendre du recul et beaucoup de précaution, avant d'intervenir et éventuellement de sanctionner, surtout lorsqu'il s'agit d'accusations graves, pouvant avoir des répercussions lourdes.

La sanction est réfléchie et concertée avec d'autres membres de l'équipe<sup>16</sup>. Celle-ci doit être juste, en lien direct avec la nature de l'agression ou de l'abus, mais elle doit également atteindre la personne, afin de la conscientiser de la portée de ses actes et de la dissuader de recommencer.

Une réflexion préalable peut aboutir à l'administration d'une médication appropriée pour soulager la personne de ses manifestations sexuelles envahissantes, incontrôlables, inappropriées, voire agressives et, subséquemment, pour protéger l'entourage. Il arrive d'ailleurs que la médication fasse l'objet d'une demande explicite de l'usager. Elle ne dispense par contre aucunement l'institution d'offrir à cette personne tout le suivi et l'accompagnement dont elle a besoin et auquel elle a droit.

### **Exemple:**

***Alain est mis en cause dans un fait d'attouchement auprès d'Aurore. Il reconnaît les faits et se montre très désespéré car il dit ne pas savoir contrôler ses***

<sup>16</sup> Il est à noter que la Loi s'applique également aux institutions, comme partout ailleurs. Dès lors, lorsqu'un délit grave est commis, une plainte doit être déposée par la victime avec le soutien de l'institution, auprès des autorités compétentes. La peine encourue sera du ressort de la Justice.





*pulsions. Sa maman révèle que, dans son autre institution, des faits similaires s'étaient produits. Une médication est mise en place avec un accompagnement psychologique d'Alain, portant sur son mal être (carences affectives), et sur la révision de son projet individuel (remise en place de projets stimulants...). Une clarification des faits est réalisée avec la famille d'Aurore. Celle-ci, semble satisfaite de la prise en charge de la situation. Elle préfère laisser Aurore continuer sereinement son petit bout de chemin, car elle ne semble pas avoir été perturbée ou traumatisée par cet acte.*

La victime, quant à elle, bénéficie de toute l'aide possible et d'un suivi rigoureux. Le travail pluridisciplinaire, l'appel à des intervenants externes tels que les centres de planning familial mais aussi le soutien de la famille, peuvent appuyer cette démarche.

L'annonce à la famille reste d'ailleurs un moment très délicat. Dans quelle mesure faut-il le dire et surtout comment ? Certains faits peuvent prendre une ampleur disproportionnée dans l'esprit des familles, d'autres déclencher une angoisse non-fondée chez les parents qui se répercute sur leur enfant...

L'éducateur chargé d'annoncer à la famille que leur enfant est abuseur risque, quant à lui, d'être confronté à un déni. Certains parents peuvent même rejeter la faute sur la victime.

**Exemple :**

*Robert a eu des gestes à connotation sexuelle envers une femme sans son consentement. La maman de Robert en est informée. Elle minimise les faits et rejette la faute sur la femme, l'accusant d'avoir eu un comportement provocateur. Dès lors, Robert ne peut prendre conscience de la gravité des faits.*

## 2. Savoir dire non et savoir l'entendre

« Avant » d'inculquer aux usagers la notion de consentement, il faut d'abord les informer de leur capacité à dire non et leur faire prendre pleine conscience de leur droit à dire non. Cela implique la connaissance des autres alternatives et la possibilité de choisir parmi elles.

**Exemple :**

*Dans le cadre d'un groupe de parole axé sur l'apprentissage du non, un participant étonné déclare : « On ne m'a jamais dit qu'on pouvait dire non ».*

Une grande partie des bénéficiaires ont toujours évolué sous la coupe d'une autorité bienveillante, que ce soit leurs parents, leurs tuteurs, leurs administrateurs ou encore l'institution. A tort ou à raison, beaucoup de décisions sont prises à leur place, on parle souvent pour eux. Plus le handicap est profond, moins l'autodétermination est présente. Il y a une certaine forme de soumission qui s'insinue.

Les conséquences se traduisent parfois par le fait que la personne n'a pas conscience qu'elle est victime d'abus.



Le seul outil pour détricoter cet automatisme d'adhésion est l'éducation, l'apprentissage du non et de ses propres choix. Bien entendu, il s'agit d'un travail d'affirmation de soi de longue haleine qui, à l'heure actuelle, trouve parfaitement sa place dans les groupes de paroles par exemple, via des jeux de rôles, des échanges ou des mises en situation. Ces activités sont l'occasion d'apprendre à décoder ce que l'autre désire vraiment, pas seulement à travers le oui ou le non, mais aussi à travers le langage non verbal (expression du visage, posture du corps, distance entre les partenaires...)

**Exemple :**

***Patrick demande à son éducateur de lui apprendre à observer le visage de sa conjointe dont l'expression verbale est très limitée, afin de pouvoir déceler ses sentiments tels que « j'aime », « j'aime pas »...***

Savoir dire non et savoir respecter le non sont sans doute les moyens les plus efficaces de prévenir les abus et les actes de violence. Dans une communauté telle qu'un centre d'hébergement, il est en effet impossible de garder un œil sur tout le monde, à tout moment. De plus, il est toujours préférable de vivre et de travailler dans un climat de confiance plutôt que dans un esprit de surveillance.

Cependant, les groupes de parole ne constituent pas un outil suffisant car ils ne touchent que leurs participants directs, à savoir une minorité de bénéficiaires. Or, tous les usagers sans exception doivent bénéficier de cet apprentissage. Il est donc essentiel d'envisager d'autres méthodes, comme par exemple des animations inter-foyers, des séances d'informations...

### **3. Se respecter et respecter l'autre**

Il arrive que des bénéficiaires acceptent de se livrer à des actes sexuels en échange de cigarettes, de chocolats... Dans certaines situations, la personne est clairement victime d'abus et n'en a pas toujours conscience. L'abuseur connaît le point faible de sa victime qu'il considère comme un objet sexuel. Les conséquences peuvent être dramatiques.

Il est inacceptable de fermer les yeux sur ces pratiques qui relèvent incontestablement de l'exploitation sexuelle. Pour les contrer, l'apprentissage reste, ici encore, le premier outil. Cet apprentissage est celui du respect de soi et de son corps, du respect de l'autre et de son corps, de la valeur à attribuer aux choses...

Le dialogue avec une ou plusieurs personnes de référence dans l'équipe est lui aussi essentiel. En effet, l'usager susceptible d'échanger ses faveurs contre ce qu'il désire - par exemple un aliment qui lui est interdit pour des raisons médicales - doit savoir qu'un professionnel peut lui venir en aide et entendre son



désarroi. Le professionnel peut aussi avoir une attitude proactive face à ces usagers plus « vulnérables ».

Il y a le respect de soi-même mais aussi le respect des autres, usagers comme professionnels. Il arrive en effet que des bénéficiaires aient des gestes déplacés à l'égard d'un membre du personnel. Même si ces comportements ne sont pas acceptables et s'il est important de poser des limites, le professionnel doit savoir « moduler » sa réaction, notamment en joignant l'explication du sens du refus, de l'interdiction, a fortiori lorsque la personne est porteuse d'un handicap mental.

Cette notion de respect passe aussi par le langage. Il est important de ne pas sous-estimer la portée des mots et cela est d'autant plus vrai dans une structure fermée et dans le cadre de la vie affective, relationnelle et sexuelle. On constate en effet que les violences verbales et les insanités proférées envers quelqu'un peuvent causer beaucoup de tort à celui qui en fait l'objet et ce, même si celles-ci ne s'accompagnent pas d'un passage à l'acte.

Ces marques d'irrespect n'émanent pas des seuls usagers ou des couples d'usagers mais parfois des professionnels. Par exemple, le fait de poser quotidiennement des actes qui touchent directement à l'intimité de la personne peut faire tomber certaines barrières. C'est ainsi que, lorsque le cadre n'est pas clairement délimité dans l'esprit du prestataire, la distance exigée s'étiole et certaines familiarités s'installent. Cela peut conduire le professionnel à utiliser des mots infantilisants, voire dégradants pour le résident.

Les remarques déplacées adressées aux usagers ou les propos et commentaires désobligeants rapportés par le professionnel à ses collègues concernant un bénéficiaire n'ont pas leur place au sein de l'institution. Il est fondamental que l'ensemble du personnel en ait conscience et comprenne qu'il vient avant tout travailler sur le lieu de vie de la personne. Dans cette optique, le respect et la discrétion sont de rigueur.

## CONCLUSION

Si les abus et les actes de violence en institution restent généralement des cas isolés, il ne faut pas pour autant les occulter. Ces problématiques doivent absolument trouver une réponse et ne peuvent pas être passées sous silence. Toutefois, il est important de ne pas juger trop vite et de rester extrêmement prudent, avant de porter des accusations.

Les moyens les plus efficaces de prévenir les abus et les violences résident bien moins dans la sanction et la répression, que dans l'éducation, l'apprentissage et le dialogue entre les différents acteurs.



Enfin, il est essentiel de garder à l'esprit que s'insinuer dans l'intimité de la personne sans y être invité constitue déjà une forme d'abus, tenir des propos insultants à quelqu'un ou concernant quelqu'un représente déjà un acte de violence. Dans ce domaine, l'équipe éducative et l'ensemble du personnel se placent en première ligne. Les professionnels se doivent d'adopter une attitude exemplaire à cet égard.



Même si les responsables politiques reconnaissent aux personnes handicapées le « droit » à une vie affective et sexuelle, force est de constater qu'il existe une véritable dichotomie entre la loi et certaines réalités. Au niveau des institutions, nous avons épinglé deux problématiques qui illustrent parfaitement le désarroi des usagers et l'impasse dans laquelle les professionnels et les parents se trouvent bien souvent confrontés. Il s'agit du recours à la prostitution d'une part, et du bénéficiaire sous minorité prolongée de l'autre.

### 1. La prostitution

Nous avons vu précédemment que l'équipe et les aides soignantes sont parfois amenées à « intervenir », à la demande du couple ou du résident. C'est ce que nous pouvons qualifier d'aide sexuelle indirecte, partant du principe que le tiers ne participe pas à l'acte érotique ou sexuel mais met à disposition de l'usager ou du couple, les moyens d'y accéder. Cette aide sexuelle indirecte se distingue clairement de l'assistance sexuelle où l'assistant(e) tient un rôle direct dans la relation érotique ou sexuelle.

L'assistance sexuelle, parfois appelée « accompagnement érotique », consiste en une prestation sexuelle payante, auprès d'une personne porteuse d'une déficience physique et/ou mentale. Ce dispositif, défendu par certains et qualifié par d'autres de prostitution, s'en distingue uniquement par le fait que le ou la prestataire bénéficie d'une formation et d'une supervision continues, axées sur une approche spécifique du handicap. Si l'assistance sexuelle se développe depuis quelques années dans des pays comme les Pays-Bas, la Suisse ou l'Allemagne, elle n'existe pas en Belgique.

Loin de préconiser sa mise-en-œuvre, il nous est néanmoins impossible d'éluder, dans le cadre qui nous occupe, les réalités auxquelles sont confrontés les professionnels et les parents. Nous avons d'ailleurs été contactés à plusieurs reprises par des assistants sociaux, des éducateurs et des personnes handicapées, nous demandant de leur fournir les coordonnées d'un aidant sexuel. Il convient tout de même de préciser que ces demandes étaient exclusivement masculines.

Lorsqu'une personne handicapée souhaite connaître une expérience érotique ou avoir une relation sexuelle, elle se tourne parfois vers un « travailleur du sexe ». Dans la plupart des cas, son handicap ne lui permet pas de se rendre chez un(e) prostitué(e) par ses propres moyens et encore moins dans un pays frontalier pour recourir à un(e) assistant(e) sexuel(le).

Face à ce type de demande, quelle attitude l'institution doit-elle adopter ?



En opposant un refus catégorique à l'usager qui, de par sa déficience, n'a aucun autre moyen d'accéder au plaisir et à la sexualité, l'institution nie la volonté-même de la personne, elle réfute sa faculté de choix et d'autodétermination.

En accédant à sa demande, l'institution s'expose à des poursuites judiciaires. Se mettre à la recherche d'un(e) prostitué(e), convenir d'un rendez-vous et y conduire une personne handicapée est, aux yeux du Code pénal, de l'incitation à la débauche et ce, même à la demande de l'usager et avec l'approbation de ses parents :

« Sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de cinq cents francs à vingt-cinq mille francs : quiconque, pour satisfaire les passions d'autrui, aura embauché, entraîné, détourné ou retenu, en vue de la débauche ou de la prostitution, même avec son consentement, une personne majeure. » (Art.380 bis, alinéa 1er).

Certaines institutions contournent la loi pour répondre au besoin de leurs usagers. L'éducateur doit alors entreprendre une recherche pour trouver un « travailleur du sexe » qui accepte un client avec un handicap. S'ensuit une conversation indispensable pour expliquer au prestataire les spécificités du handicap, la sensibilité de l'usager... Lorsque cette première démarche est effectuée, l'éducateur doit y amener son bénéficiaire en toute discrétion, ce qui n'est pas toujours une sinécure dans le cadre d'un centre d'hébergement ou de jour. Enfin, il laissera la personne handicapée aux mains du prestataire et en endossera à lui seul la responsabilité, avec tous les risques que cela comporte.

Ces situations peuvent sembler inconcevables mais elles sont pourtant bien réelles. Les politiques en place doivent impérativement prendre conscience de ces réalités car leur immobilisme actuel oblige les professionnels à travailler dans l'illégalité ou dans le déni des besoins de leurs bénéficiaires, ce qui est inacceptable.

Nous sommes convaincus que la prostitution ne constitue pas la solution au désert affectif et sexuel que peuvent vivre certaines personnes en situation de handicap.

Il devient urgent que ce sujet controversé, cesse enfin de s'enliser dans des débats stériles et fasse l'objet d'un véritable plan d'action.

## 2. La minorité prolongée

Le droit à la sexualité pour les bénéficiaires sous minorité prolongée est un problème épineux pour la direction des établissements. Afin d'en comprendre les raisons, il convient de revenir sur la définition des personnes tombant sous ce statut, se rapportant aux articles 487 bis et ss. du Code civil:



« Selon la loi, il s'agit de personnes dont il est établi qu'en raison de leur arriération mentale grave, elles sont ou paraissent devoir rester incapables de gouverner leur personne et d'administrer leurs biens. Ces personnes sont, quant à elles-mêmes et quant à leurs biens, assimilées à des mineurs de moins de quinze ans.<sup>17</sup>»

Précisons toutefois que juridiquement, la majorité sexuelle est atteinte à l'âge de 16 ans. Des discussions sont en pourparlers pour abaisser cette majorité à 15, voire à 14 ans, afin que la réglementation puisse s'aligner sur les réalités actuelles.

Rappelons également ces deux extraits de la Charte pour Agir :

Dans le cadre de la minorité prolongée : « On ne peut interdire d'avoir une compagne, d'avoir des relations affectives, mais on peut interdire d'avoir des relations sexuelles dans un but de protection. C'est pourquoi, les services, institutions et les parents ont un devoir d'informations concernant la contraception et tout ce qui permet la prévention des maladies sexuellement transmissibles.<sup>18</sup>»

« Dans le cas de rapports sexuels entre un mineur prolongé et une personne majeure, peut-on considérer qu'il y a viol, attentat à la pudeur... ? »

« Aucune réponse définitive ne peut être donnée : tout dépend des circonstances des faits. Plusieurs dispositions pénales énoncent une aggravation des peines, lorsque la victime est une personne vulnérable ou lorsque l'auteur est une personne qui avait autorité sur la victime.<sup>19</sup> »

En théorie, l'institution a donc un devoir d'information et ne peut interdire les relations sexuelles que sous le motif de la protection. En théorie toujours, la personne sous minorité prolongée n'a pas atteint la majorité sexuelle. L'ensemble est assez flou, voire contradictoire.

Les parents et les professionnels ne peuvent nier que, malgré leur statut, les usagers sous minorité prolongée n'en restent pas moins des adultes, avec un corps et des besoins d'adulte. A ce titre, il est inconcevable d'encourager l'épanouissement relationnel et sexuel et d'autoriser l'accès aux chambres pour les couples et parfois même leur officialisation pour tous les usagers, sauf pour les mineurs prolongés.

En pratique, à partir du moment où cette dimension affective et sexuelle est clairement définie dans le R.O.I. et donc approuvée par les parents, les problèmes sont relativement rares car les professionnels privilégient le dialogue avec ceux-ci. Lorsque les parents décident malgré tout de se retourner contre

---

<sup>17</sup> CCWPH, *Le Secret professionnel partagé. Pistes de réflexion pour une bonne pratique*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2009, p.20.

<sup>18</sup>AWIPH et SBFPH, *Une charte pour agir : aspects juridiques ou la vie affective et sexuelle des personnes handicapées : droits responsabilités et respect de la vie privée*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2005, p.12.

<sup>19</sup> Idem, p.14.



l'institution ou contre le partenaire, le Juge de Paix devra agir au cas par cas, en « mesurant » le degré de consentement et en évaluant la maturité du mineur, mais aussi en déterminant si l'institution a rempli son rôle d'information et de protection. Ces situations extrêmes restent néanmoins tout à fait exceptionnelles mais n'en inquiètent pas moins l'équipe éducative. Encore une fois, la clarification juridique du statut de minorité prolongée, avec une mention plus explicite au droit à la vie affective et sexuelle et aux capacités de la personne, permettrait aux professionnels de travailler dans un climat plus serein.





## CONCLUSION

Etre porteur d'une déficience, qu'elle soit mentale ou physique, cause d'une lourde dépendance ou d'une autonomie limitée n'empêche pas la personne d'être le premier acteur de sa vie affective et sexuelle.

Fréquenter un centre de jour, entrer en institution ne signifie pas renoncer à son intimité, aux relations amoureuses ou à sa sexualité.

L'établissement est le domicile de la personne handicapée, avant d'être le lieu de travail du professionnel.

Certains établissements l'ont bien compris en commençant par reconnaître l'usager comme une personne à part entière, évoluant dans un milieu (semi-)fermé, avec des besoins particuliers, des attentes mais aussi des projets de vie.

La vie affective, relationnelle et sexuelle en centre de jour ou d'hébergement suppose une certaine organisation et une série de conditions telles que la communication, l'écoute, l'empathie, la prévention, l'information, le travail multidisciplinaire, les évaluations, la formation continue des éducateurs, le suivi médical et psychologique des bénéficiaires, l'ouverture vers l'extérieur...

Les outils sont nombreux et peuvent être adaptés en fonction des besoins de chacun, que ce soit sous la forme de groupes de parole, de séances d'information, d'une charte de vie, d'ateliers bien-être, d'un calendrier des sorties, de rencontres inter-foyers...

Le rôle des professionnels est de les accompagner vers un mieux-être avec respect et éthique et d'assurer une « présence disponible » dénuée de toute immixtion.

La responsabilité de l'institution est d'assurer, tant que faire se peut, l'épanouissement de tous ses bénéficiaires, notamment en mettant à leur disposition et à celle de ses employés les moyens nécessaires à sa concrétisation.

Cependant, les institutions ne sont pas toutes également armées pour faire face aux demandes et besoins bien légitimes de leurs bénéficiaires.

Peu d'établissements ont, à l'heure actuelle, les moyens humains et financiers pour renforcer l'information et la prévention, multiplier les groupes de parole, modifier l'infrastructure, favoriser les échanges avec d'autres institutions, proposer aux usagers un accompagnement de qualité...

La plupart doit se débrouiller « avec les moyens du bords », imaginer des solutions, expérimenter, parfois dans des conditions peu favorables, voire inacceptables, tant pour les travailleurs que pour les personnes handicapées.

Les responsables politiques semblent se retrancher derrière le dynamisme et la créativité de quelques équipes pédagogiques, encouragées et soutenues par



une direction à l'esprit ouvert. On peut dès lors se poser la question suivante : « L'épanouissement affectif et relationnel des personnes handicapées institutionnalisées dépend-t-il de la seule volonté et motivation d'une poignée de professionnels convaincus ? »

Il est temps de mettre les pouvoirs politiques face à leurs responsabilités et de leur dresser un tableau des incohérences issues de leurs discours :

- Ils soutiennent la vie de couple dans des centres d'hébergement dont la plupart ne dispose pas de chambre préservant leur intimité, faute de moyens financiers
- Ils défendent le « droit » à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mais la parentalité n'est pas envisageable en institution
- Ils n'apportent pas de solutions concrètes aux familles et professionnels qui se tournent alors vers la prostitution, seul sauf-conduit pour certaines personnes dépendantes
- Ils soutiennent le « droit » à la vie affective et sexuelle pour les personnes handicapées mentales mais ne prennent pas de mesures en matière d'information, de prévention et d'accompagnement adaptés
- ...

Oui, il est essentiel d'insuffler cette dimension affective et relationnelle dans le R.O.I et le projet pédagogique de tous les centres de jour et d'hébergement agréés. Oui, il est fondamental d'envisager la personne handicapée sous un autre angle que celui des seuls soins et services. Cet angle, c'est celui de son autodétermination, de son intimité, de son corps sexué, et de son épanouissement global.

Sans engagements politiques solides, sans soutiens financiers à la hauteur des besoins, l'implication des professionnels et des parents ne suffira pas à relever ce défi de taille. Pallier à « l'attentisme » des responsables politiques n'est d'ailleurs pas leur rôle. Il est donc temps de joindre des actions concrètes et des mesures efficaces aux paroles bienveillantes.



## BIBLIOGRAPHIE

*L'Entente*, (L'Entente Carolorégienne pour l'Intégration de la Personne Handicapée asbl), 1<sup>er</sup> trimestre, 18<sup>e</sup>année, n°69 (2011).

COLLECTIF, *Et moi, et moi, émoi... ? Sexualité, plaisir et handicap. Le point sur les réflexions du secteur bruxellois*, Bruxelles, Ed. ASAH asbl, Service Phare, 2009.

CONSEIL CONSULTATIF WALLON DE LA PERSONNE HANDICAPEE, *Le Secret professionnel partagé. Pistes de réflexion pour une bonne pratique*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2009.

J.F WARLET., *La minorité prolongée à l'épreuve de la pratique quotidienne*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2008.

AWIPH (Agence Wallonne de la Personne Handicapée), SBFPH (Service Bruxellois Francophone de la Personne Handicapée), *Une charte pour agir : aspects juridiques ou la vie affective et sexuelle des personnes handicapées : droits responsabilités et respect de la vie privée*, Charleroi, Ed. AWIPH, 2005.

AWIPH, Réglementation du 23 septembre 2004, Annexe XV : Normes relatives aux infrastructures.

GOUVERNEMENT WALLON, Arrêté du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées.

ONU (Organisation de Nations Unies), *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, signée le 30 mars 2007 et ratifiée le 02 juillet 2009 par la Belgique.

FISSAAJ (Fédération des Institutions et Services Spécialisés d'Aide aux Adultes et aux Jeunes), *Le trait en creux – L'éthique et les services aux personnes vivant avec un Handicap*, Bruxelles. Ed. FISSAAJ, 1996.

L'ALBATROS (Institut occupationnel et résidentiel), *Approche pédagogique de la vie affective et sexuelle : Vade-Mecum*, Couvin, 1996.

DECLIC, Divers articles issus du magazine Déclic, France, Ed. Handicap International, 2007-2011.

Dr M. DELBROUCK, « Afin que la relation ne dérape... si on parlait d'éthique ? Rôle de l'érotisation subjective dans la relation de soins », *Revue Balint*, n° 102, Bruxelles, (2007), p.105-117.



ASSOCIATION « LES PAPILLONS BLANCS », *De la responsabilité sociale de l'Association « Les Papillons Blancs » dans l'accompagnement de la vie affective, relationnelle et sexuelle*, 2007.

M. LEMAY, cité par J. DELVILLE et M. MERCIER, *Discussion autour des 7 valeurs sexuelles*, (1981), Bruxelles, 1997, pp. 111-113.

CENTRE DE JOUR THEWIS A GEER, *Education affective et sexuelle, un droit pour les personnes handicapées*, Editions Luc Pire et Labiso, Liège, 2003, Cahier n°25.

