

La vie affective et sexuelle des personnes déficientes intellectuelles

1. Introduction

« La loi prévoit, pour toute personne, le respect de ses choix de vie, de sa sexualité et la garantie du secret de celle-ci. »

Cette loi est valable pour tous les citoyens, y compris pour les personnes en situation de handicap. Aucune loi ne réglemente leur sexualité de manière particulière. Des lois instaurées en 2002 et en 2005 renforcent ces droits :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. »

« L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. » ; 2° L'article L. 114-1 de la loi 2005

« Art. L. 311-3. - L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : « 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ; LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ré- novant l'action sociale et médico-sociale

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous pencher sur la sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle. Comme mentionné ci-dessus, ces personnes ont les mêmes droits que tout un chacun. Pourtant, l'idée qu'elles puissent vivre leur sexualité amène de nombreuses inquiétudes.

Par le mot « sexualité », nous ne retenons pas que la partie concernant l'acte sexuel mais également les champs affectif et relationnel. Pour ce faire, il est nécessaire de travailler différents points :

- L'autonomie de la personne en situation de handicap ;
- La valoriser, l'aider à s'affirmer ;
- Le positionnement dans le rapport à l'autre ;
- L'amener à exprimer et comprendre ses émotions et celles de l'autre ;
- Identifier ce qui favorise ou fait obstacle à la relation à l'autre ;
- Les notions de contraception et de prévention.

2. La vie sexuelle et affective

2.1. Les représentations de l'entourage

Selon une étude¹ menée par CTNERHI : « Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations², la sexualité des personnes en situation de handicap mental fait l'objet de pléthore de recherche lorsqu'il s'agit des domaines psychiatriques et médicaux. Néanmoins, en ce qui concerne l'attitude de l'entourage face à la sexualité de ces personnes, les recherches sont moins nombreuses.

Nous estimons qu'en tant qu'orthopédagogues, il est aujourd'hui indispensable de tenir compte des attitudes, des réactions émotionnelles, affectives et idéologiques de l'entourage de ces personnes, et que celles-ci soient entendues. Autrement, la négligence de ce volet pourrait être à l'origine de situations d'incompréhensions et parfois même d'oppositions entre les acteurs concernés. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'analyser une partie de cette recherche et d'en retenir quelques-uns de ses points. Nous sommes, par ailleurs, conscients que ces exemples de représentations ne reprennent pas l'unanimité des difficultés rencontrées dans le triangle « parents-enfant en situation de handicap-professionnels en institution ». Néanmoins, celles-ci font l'objet d'une majorité significative des représentations que peuvent se faire les acteurs en question.

1) *Quelques représentations que les éducateurs attribuent aux parents :*

L'étude rapporte que les éducateurs interrogés sont, pour la plupart, conscients de la notion du « droit à la sexualité » des personnes en situation de handicap mental. Cependant, ils sont plusieurs à témoigner que de nombreux parents ne partagent aucunement le point de vue des éducateurs spécialisés quant à ce droit. Ces derniers rapportent que beaucoup de parents sont dans une forme de déni à l'égard de l'existence de la vie sexuelle de leur(s) enfant(s) et la refuse strictement. La vie sexuelle est affective serait niée, étouffée et réprimée selon les dires de ces éducateurs spécialisés.

Ils auraient tendance à infantiliser l'enfant, en le considérant en permanence comme tel et de ce fait, le droit à la sexualité n'a pas sa place dans la vie de ces personnes. Les éducateurs évoquent également que plus les parents rejettent la sexualité de leur enfant, plus ce dernier manifestera sa sexualité de façon agressive et ostentatoire au sein de l'institution, voire même en dehors de celle-ci.

Pour conclure, les éducateurs spécialisés estiment que les parents persistent à percevoir et à considérer leur « enfant », quand bien même celui-ci est un adulte, comme un enfant éternel lui déniait, toute possibilité d'autonomie et de vie sexuelle.

¹ Objectif de cette étude : analyser les réactions des éducateurs et celles des parents face à la vie sexuelle et affective des personnes en situation de handicap mental et de repérer les conflits opposant les éducateurs aux parents. Il va s'agir de repérer les significations de ces conflits et les niveaux auxquels ils se situent dans le cadre de la relation entre ces deux acteurs par rapport aux relations de chacun de ces deux groupes envers ces personnes.

² GIAMI, A., HUMBERT, C., et LAVAL, D., *L'ange et la bête : représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, in http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/documents_CTNERHI/CTNERHI_238/CTNERHI_238.pdf, 2001, 130p. (consulté le 30 octobre 2018)

2) *Quelques représentations des parents :*

Il découle de cette étude que la plupart des parents interrogés n'évoquaient pas les pratiques sexuelles, le rapport ou l'acte sexuel de manière générale. En réalité, la sexualité de leur enfant ne repose pratiquement que sur les **composantes affectives et sentimentales**.

Les professionnels ayant mené cette étude, qualifient cette dénégation de l'acte sexuel comme un **mécanisme de défense** des parents. En d'autres termes, cette dénégation de la sexualité ou de l'acte sexuel en tant que tel, leur permet de garder une image fantasmatique d'un enfant éternel. Pour eux, les personnes en situation de handicap mental auraient **une « affectivité pure »** et abondante, mais complètement détachées de la sphère génitale.

Extrait d'un témoignage, tiré de l'échantillon des parents interviewés :

« Chez nos enfants, on attribue souvent la sexualité à quelque chose qui n'est pas de la sexualité, qui est un sentiment affectif, caresses, rapprochements, mais qui ne vont pas jusqu'à l'acte sexuel. C'est rare ceux qui ont des rapports sexuels. Pour nos enfants, dans la mesure où ils peuvent se passer d'actes sexuels, c'est préférable » (Mme C...).

Néanmoins, d'autres parents sont conscients de la possibilité de pratiques solitaires chez leurs enfants en situation de handicap mental.

3) *Quelques représentations que les parents attribuent aux les éducateurs spécialisés :*

Les représentations des parents à l'égard des éducateurs spécialisés sont toujours liées à **leurs méthodes de travail** et à **l'influence** qu'ils peuvent avoir sur leur enfant en situation de handicap. Selon ces parents, les éducateurs considèrent la sexualité uniquement par l'acte sexuel, indépendamment du plan affectif. Pour eux, l'attitude qu'adoptent ces professionnels relève d'une méconnaissance profonde voir même d'une ignorance quant au domaine de la sexualité de ces personnes.

Par ailleurs, ces parents reconnaissent le décalage existant entre le point de vue des éducateurs et le leur, et regrettent le fait que les valeurs propres des éducateurs soient transmises ainsi à leur enfant :

« Les jeunes moniteurs du foyer sont pour la vie sexuelle libre. Forcément, les jeunes d'aujourd'hui sont de leur temps. Les parents comme moi sont de notre temps » (Mme F...).

4) *Conclusion générale :*

Les parents et les professionnels quels qu'ils soient, jouent un rôle élémentaire dans le quotidien, et tout au long de la vie des personnes en situation de handicap. Toutefois, chacun de ses acteurs a un rôle particulier à exercer. Les rôles et les perceptions ne sont donc pas de même nature et les liens entretenus avec les uns et les autres différent. C'est pourquoi, un travail sur la mise en évidence des représentations de chacun est d'une grande nécessité.

Au travers de cette étude, nous avons appris que les points de vue des éducateurs concernant la sexualité des personnes en situation de handicap, convergent vers une sexualité qui se manifeste de manière agie et où l'affectif est détaché mais partiellement existant.

Quant aux parents, ils perçoivent la sexualité de leur enfant par des manifestations masturbatoires et une possibilité d'attouchements déssexualisés. D'après eux, leur sexualité serait dépourvue de toute(s) manifestation(s) génitales, bien qu'ils soient des êtres débordants d'affectivité.

Nous tenons donc pour constat que les parents et les professionnels ne partagent pas les mêmes représentations au sujet de la sexualité des personnes en situation de handicap. A noter que ces deux groupes sont tous deux conscients du décalage existant entre leurs représentations respectives. Ce décalage se renforce lorsqu'ils s'aperçoivent qu'il existe une réelle divergence des points de vue.

5) Concrètement, quels en sont les enjeux ?

- *Ainsi, pour les éducateurs, les parents persistent à percevoir et à considérer leur enfant, quand bien même celui-ci est un adulte, comme un **enfant éternel** lui déniait, de ce fait, toute possibilité d'autonomie et de vie sexuelle.*
- *Le fait de considérer la personne en situation de handicap comme un enfant, maintient les parents dans un état d'inquiétude permanente, entretenu par la séparation que constitue le placement en institution. Pour les éducateurs, les parents ont des difficultés à accepter ce placement et à les investir de leur confiance.*
- *Le très fort attachement des parents à leur « enfant » et le manque de confiance dont ils font preuve à l'égard des équipes éducatives renforcent le maintien de la personne en situation de handicap dans son absence d'autonomie. Ce à quoi les éducateurs s'opposent en tentant de convaincre les parents d'une possibilité d'autonomie.*
- *D'une part, les éducateurs se perçoivent dans le regard des parents comme des spécialistes capables de mieux gérer l'existence de l'enfant handicapé. D'autre part, ils se voient accusés par les parents de favoriser la débauche dans les institutions.*

2.2. Les valeurs sexuelles

Michel LEMAY, sexologue québécois, énonce un certain nombre de « valeurs de base » qui font référence à des valeurs que l'on retrouve dans des chartes Canadienne et Québécoise des Droits de la Personne, tandis que d'autres font appel à des notions liées aux grands courants de pensées humanistes et des codes de lois régissant nos comportements sexuels.

Ces 7 valeurs sont les suivantes:

1) *Egalité des sexes :*

Actuellement, il s'agit d'une valeur théoriquement acceptée par tout un chacun. Elle est, entre autres, l'une des valeurs de base qui puisse nous guider dans notre façon d'intervenir.

2) *Liberté et attirance sexuelle :*

Selon certains auteurs, l'attirance sexuelle renvoie aux *goûts personnels de la personne, de son instinct ainsi de nature biologique.*

3) *Mixité des lieux de vie :*

C'est une valeur plutôt répandue dans notre société. Il n'empêche que certaines institutions restent dans une velléité de non mixité.

4) *Consentement mutuel :*

Ce dernier est majoritairement reconnu dans notre société. Néanmoins, sa mise en application concrète peut parfois s'avérer difficile dans une société où l'exhibitionnisme peut être ambiant. En effet, les personnes y faisant face ne sont pas interrogées pour leur constamment.

5) *Intimité :*

Il s'agit de la *nécessité de disposer d'un lieu où l'on se sent en confiance et où l'on peu, en toute sécurité vivre, entre autre, certaines pratiques érotiques impliquant les organes génitaux ou d'autres attributs sexuels*. Majoritairement, les pratiques sexuelles sont tolérées uniquement dans les lieux intimes.

6) *Individualité :*

Elle caractérise une personne qui possède ses propres façons d'agir, de se comporter tout en respectant la société dans laquelle elle vit. Néanmoins, cette notion n'est pas toujours pratiquée à l'égard des personnes en situation de handicap mental, à qui l'on contraint la contraception par exemple.

7) *Responsabilité :*

Plus la capacité de la personne à être responsable de ses pratiques sexuelles augmente, plus importante sera sa liberté de choix, sa responsabilité à l'égard de la contraception et la santé de la personne.

Toutefois, l'auteur tient pour constat que ces valeurs de base ne suscitent pas réellement de consensus. Au sein d'une même société, ces valeurs de base diffèrent d'une personne à une autre. C'est pourquoi, il est plus qu'indispensable que les parents, l'institution et les sujets en situation de handicap mental soient tous les trois au clair sur les définitions qu'ils attribuent à leurs valeurs, dans le domaine de la sexualité.

2.3. La parentalité

La personne avec une déficience intellectuelle est aujourd'hui considérée comme une personne à part entière avec des droits comme, par exemple, le droit de procréer. Dès lors, une question se pose : « Pourquoi devrait-on interdire à une personne présentant une déficience intellectuelle d'avoir des enfants ? »

Au vu du manque d'études liées à ce sujet, ceci reste tabou et nous pouvons observer une persistance des préjugés à ce sujet. Les parents de personnes avec déficience mentale ne considèrent pas la sexualité de leur enfant car ils ne le perçoivent pas comme un adulte. De ce fait, le projet parental est souvent exclu.

Des études ont permis de mettre en avant des difficultés que les personnes avec déficience mentale présentent face au rôle de parent :

- Négligence : on observe une absence de comportements appropriés ou bénéfiques
- Stress parental : ils répondent mécaniquement aux besoins primaires mais délaissent les interactions, liens et relations
- Isolement social
- Milieu socio-économique

Et parfois : dépression, alcoolisme, anxiété, etc.

D'autres études présentent les impacts de la déficience mentale sur l'enfant d'une personne avec déficience mentale :

- ✗ Troubles du comportement,
- ✗ Retard de développement
- ✗ Problèmes de comportements socio-affectifs
- ✗ Troubles de l'apprentissage / du langage
- ✗ Parentification de l'enfant
- ✗ Autonomie élevée

Les parents avec une déficience mentale ont besoin d'un soutien, que ce soit de leur famille, de leur conjoint ou des services sociaux.

Les accompagner, c'est leur montrer les responsabilités de la parentalité et les limites éventuelles auxquelles ils peuvent être confrontés.

Face à une personne avec une déficience mentale, il est nécessaire d'adopter une posture éthique. C'est-à-dire que l'accompagnement doit le mener vers une parentalité responsabilisée. S'il existe des conditions défavorables, la personne doit pouvoir renoncer à son projet mais en ayant conscience de ces raisons.

Le besoin de parentalité reflète souvent des réalités comme l'envie de correspondre à la norme de la société, l'expression d'un besoin affectif ou sexuel, etc.

Dans le terrain, de réelles préoccupations existent... Celles-ci sont liées à la difficulté de l'évolution conceptuelle et réglementaire de la sexualité. En effet, celle-ci reste un droit indéniable et fait partie d'un bien-être et d'une qualité de vie. Mais que représente-t-elle pour une personne dont la conscience est entravée et qui souvent placée en institution ?

Auparavant, les personnes avec déficience mentale étaient souvent considérées comme asexuées ou ayant une sexualité déviante. Les relations affectives et/ou sexuelles étaient interdites et elles étaient considérées comme incapables d'assumer une responsabilité parentale.

Ces changements sont également liés au fait qu'il y ait, aujourd'hui, une reconnaissance de la personne en situation de handicap et que des progrès médicaux au sujet de l'embryon ont été constatés.

De la part des parents de personnes avec déficience mentale, on observe souvent un processus d'infantilisation qui renforce leur dépendance et qui a des conséquences sur leur capacité à érotiser leurs désirs et ainsi concevoir un projet de vie avec quelqu'un.

Les personnes résidant dans des institutions augmentent car les personnes avec handicap mental vieillissent. Les institutions prennent le relais des parents qui ne savent plus gérer leurs enfants et leur rôle change : ils doivent respecter des principes de précautions mais laisser les personnes exprimer leurs besoins.

Afin de les rendre citoyen, ils doivent accéder à leur sexualité dans une prise en charge globale et contractuelle. Il faut savoir comment faire pour leur faire connaître et comprendre leurs droits.

Pour conclure, les représentations sociales et les attitudes des parents et/ou éducateurs occupent une place majeure et peuvent constituer un moteur ou un frein par rapport à l'épanouissement de l'affectivité de ces personnes.

2.4. Le mariage

La loi belge sur le mariage contient de nombreuses conditions. L'une d'entre-elles pose la problématique du libre consentement au mariage des deux personnes.

« *Les deux partenaires doivent donner leur consentement, et celui-ci ne doit pas être vicié* ».

- Pas d'erreur sur la personne ;
- Pas de consentement sous la menace, la crainte, par chantage ou violence. Un mariage forcé peut être annulé si la contrainte est prouvée devant un tribunal ;
- Être en pleine possession de toutes ses facultés mentales (les personnes souffrant d'une maladie mentale grave légalement établie ; et celles qui, au moment du mariage, montrent des signes d'ivresse alcoolique ou hallucinogène, ne peuvent conclure un mariage valable).

Cependant, certains centres tels que la « Maisonnée » ont décidé de contourner le problème en officialisant non pas un mariage mais des accordailles. Il s'agit pour eux de suivre le couple en demande en soulignant la nécessité de leur faire comprendre qu'ils doivent avoir un projet de vie commun, quelle que soit la situation dans laquelle ils le vivront (qu'ils habitent dans le même logement ou non, qu'ils puissent s'inviter chez eux ou non, qu'ils puissent officialiser leur union aux yeux de la loi ou non.).

3. Les rôles des intervenants

3.1. La formation des personnes porteuses de déficience intellectuelle

1) *Différentes formes d'apprentissage :*

Il existe trois formes d'apprentissage de la vie sexuelle et affective, qu'on soit porteur d'une déficience intellectuelle ou non :

- 1) Apprentissage *environnemental* : la personne observe ce qui l'entoure et tient compte du milieu dans lequel elle évolue.
- 2) Apprentissage *expérientiel* : la personne obtient des informations sur le vif (un enfant qui demande à ses parents comment faire les bébés,...).
- 3) Apprentissage *construit* : la personne suit un programme d'éducation sexuelle et affective imaginé par des éducateurs, par une équipe qui y a réfléchi longuement.

2) *Construction d'un programme d'éducation sexuelle :*

La construction d'un programme d'éducation sexuelle, c'est très important mais également très complexe. Beaucoup de facteurs entrent en jeu et il faut tenir compte des différents domaines à aborder pour que le programme soit le plus complet possible.

Objectifs :

- Au niveau du **savoir** : fournir des informations relatives à la biologie et à l'anatomie du corps humain pour en expliquer le fonctionnement.
- Au niveau du **savoir-faire** : fournir des informations plus techniques et pratiques dans les domaines sexuel et des habiletés sociales.

- Au niveau du *savoir-être* : former les personnes pour qu'elle puisse « se sentir bien » dans certaines situations et/ou lors de certains phénomènes qui peuvent parfois être traumatisant (menstruations, ...).

Contenu :

- Unité *biologie* : étude de la physiologie de l'homme et de la femme, ainsi que des changements morphologiques.
- Unité *santé* : étude des questions d'hygiène, d'hygiène intime, de l'utilité des médecins et de leur(s) spécialisation(s).
- Unité *comportements sexuels* : discussion sur les comportements auto-érotiques, les comportements sexuels dangereux, douloureux et/ou inadéquats dans un contexte donné.
- Unité *reproduction* : discussion sur l'interruption de grossesse, ou le fait d'avoir un enfant.
- Unité *contrôle des naissances* : discussion sur la contraception, la stérilisation, etc.
- Unité *relationnelle* : discussion sur les relations, comment les nouer, comment les entretenir, comment les rompre, sur les types de relations (amitié, amour,...).

Méthodes :

Les méthodes sont différentes d'un programme à un autre puisque ce dernier s'adapte en fonction du public. Cependant, une question permet d'établir une méthode efficace pour chaque programme : « *Quel est le minimum que l'ont veut transmettre à notre public en terme de savoir, savoir-faire, savoir-être ?* »

Public :

Dans le cadre d'un programme dédié à des personnes porteuses d'une déficience légère, le programme est très proche de celui mis en place pour des adolescents issus de l'enseignement ordinaire. Dans le cadre d'un programme dédié à des personnes porteuses d'une déficience plus profonde, le programme se tourne plutôt vers l'émotionnel et les méthodes pratiques (mimes, jeux de rôles, etc.).

Organisation du programme :

- *Bénéficiaires* : évaluation des connaissances, des comportements maîtrisés, des comportements non-maîtrisés des personnes bénéficiaires.
- *Objectifs précis* : utilisation de thèmes très larges ou bien de thèmes très précis.
- *Contenu* : se questionner sur ce qu'il est important d'aborder comme sujet pour tel groupe.
- *Moyens* : utilisation de différents canaux (vue, ouïe, toucher,...)
- *Temps-Espace* : séances régulières à durée limitée, dans un lieu identique à chaque fois, dans un cadre identique.
- *Codes-Procédures* : nécessité d'un climat de confiance, d'écoute, de respect ; groupe mixte ou non ?
- *Evaluation continue* : vérifier la nécessité d'ajuster le programme ou non.
- *Système de responsabilités* : donner un rôle actif à chacun dans l'apprentissage de la vie sexuelle et affective, pas seulement à l'éducateur.
- *Animateurs* : nécessité de réduire le nombre d'animateurs à maximum deux (un de chaque sexe pour que les personnes se sentent libres d'échanger).
- *Contexte* : discussion autour des valeurs, des normes, des règles de l'institution. Qu'est-ce qui est toléré, accepté, interdit ?

3) *Utilité d'une éducation sexuelle et affective :*

Contexte actuel :

On vise aujourd'hui l'autonomie des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle. On cherche donc la diminution de la surveillance, de l'encadrement direct de ces personnes qui restent cependant fort influençables. Il faut donc leur donner un vrai bagage pour gérer les situations du quotidien, leur donner le pouvoir de dire « non ».

Pas d'éducation sexuelle et affective ?

Ne pas éduquer nos jeunes porteurs de déficience intellectuelle à la vie sexuelle et affective c'est :

- Augmenter leur angoisse face à des phénomènes qui leurs sont inconnus (érection, menstruation, éjaculation, ...)
- Laisser la porte ouverte aux mauvaises interprétations et donc aux comportements inadéquats.
- Laisser ces jeunes effectuer des "recherches" par eux-mêmes (films pornographiques, ...), ce qui risque de perturber la vision qu'ils peuvent avoir d'une relation sexuelle et affective.
- Favoriser les comportements à risques tels que la non-contraception, les abus, et le risque de transmission de MST.

3.2. La formation des parents

1) *Les parents et l'éducation sexuelle :*

Fournir une éducation sexuelle aux personnes porteuses d'une déficience intellectuelle est extrêmement important dans le développement intégral de ces personnes. Mais encore faut-il trouver les bonnes personnes pour la leur fournir. Les parents sont généralement en première ligne à ce sujet et si certains ferment l'accès à une vie sexuelle et affective à leur enfant porteur d'une déficience intellectuelle, beaucoup d'autres parents sont volontaires pour éduquer leur enfant à la vie sexuelle et affective. Le problème reste que ces parents se sentent démunis face à leur rôle d'éducateur sexuel et il est important de leur faire comprendre que, quoiqu'il arrive, ils joueront ce rôle :

- ⇒ la **réaction** (ou l'absence de réaction) des parents face à une question sur la sexualité de leur enfant.
- ⇒ la **réaction** (ou l'absence de réaction) des parents face à un commentaire de leur enfant par rapport à une scène télévisée représentant des pratiques informelles de l'éducation sexuelle.

Des études ont observé les répercussions de la communication entre les parents et l'enfant sur la vie sexuelle de ce dernier : le report de l'âge de la première relation sexuelle ; la réduction de la fréquence des activités sexuelles durant l'adolescence ; l'utilisation du préservatif. Les parents ayant un enfant porteur d'une déficience intellectuelle ont souvent besoin d'une aide extérieure, qu'elle soit psychologique, instrumentale ou matérielle. Cette aide a, entre autres, pour but d'accompagner les parents dans leur rôle d'éducateur sexuel. C'est ainsi que plusieurs formes d'accompagnement ont vu le jour :

- Des guides conçus par des professionnels,
- Des échanges avec d'autres personnes pour en savoir plus,
- Des suivis par des professionnels pour répondre aux questions des parents (mais difficultés de communication entre parents et professionnels ; formation limitée des

professionnels),

- Echanges entre parents d'enfant porteur d'une déficience intellectuelle,
- Utiliser internet pour échanger avec des parents et/ou des professionnels (cet outil leur permet ainsi de se renseigner, de s'informer, de discuter, de partager, de conseiller et de recevoir des conseils de spécialistes, mais aussi d'autres parents, ce qui contribue à atténuer leurs inquiétudes et leur stress),
- Ateliers de formation qui fournit des compétences et des outils aux parents.

2) *Types de formation des parents :*

⇒ **Approche positive de soi et de l'enfant**

Les parents d'enfants porteurs d'une déficience intellectuelle ont d'abord besoin de se réaffirmer avant d'entreprendre l'éducation sexuelle de leur enfant. Il est donc impératif de leur redonner une image positive d'eux-mêmes et d'augmenter leur estime d'eux-mêmes. Par ailleurs, en leur donnant des nouvelles compétences, ils pourront d'autant plus s'affirmer et faire passer leurs valeurs et leurs croyances à leur enfant. Cet exercice vise, à terme, à reproduire cette affirmation de soi avec l'enfant porteur d'une déficience intellectuelle dans son éducation sexuelle et affective.

⇒ **Approche médiatisée par des professionnels**

Les parents doivent faire face au paradoxe entre permettre et interdire la pratique sexuelle et affective. Ils sont parfois perdus et ont besoin de pouvoir partager pour établir un juste milieu. Ce partage peut se faire avec des professionnels (sexologues qui jouent le rôle de médiateurs) qui proposent ce juste milieu et parviennent à concilier deux visions de la sexualité et de la vie affective.

⇒ **Approche mixte impliquant enfant, parents, professionnels**

Certains professionnels ont tendance à écarter les parents du processus d'éducation sexuelle parce qu'ils représentent un obstacle au développement sexuel de leur enfant porteur d'une déficience intellectuelle. Mais cela peut réduire les parents à une dépendance vis à vis des professionnels et leur faire perdre toute confiance en eux par rapport à leur rôle d'éducateur. Il est donc important de les impliquer dans l'éducation sexuelle au même niveau que les professionnels et que leur propre enfant, cela afin de créer un objectif commun permettant aux parents de développer de nouvelles compétences, à l'enfant de développer sa vie sexuelle et affective plus harmonieusement et aux professionnels d'être plus efficaces dans leur travail.

⇒ **Approche andragogique impliquant d'autres parents**

Les parents construisent leur rôle de parents tout au long de la vie de leur enfant. Ce n'est pas inné et acquis. Lorsqu'ils ressentent le besoin de se faire accompagner, les parents d'enfant porteur d'une déficience intellectuelle se tournent souvent vers d'autres parents, ce qui fait émerger le bagage de savoirs acquis au cours de leurs expériences et permet ainsi de partager et de développer de nouvelles compétences.

3.3. Les rôles des accompagnants

1) *Qualités requises :*

- 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
- Bonne maîtrise du sujet et de certaines notions sexologiques
- Aptitude à gérer les conflits et les débordements (être attentifs à d'éventuels signaux de détresse, aux abus ou accidents...)
- 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, notion de secret professionnel

2) *Champs d'actions :*

- Accompagner le bénéficiaire et sa famille
- Valorisation, mise en confiance
- Travail sur l'autonomie, l'affirmation de soi, du respect de la réalité et du rythme de chacun
- Travail sur les émotions
- Informer (sur le fonctionnement des institutions, sur la contraception, la prise de risques sexuels...)
- Favoriser les rencontres
- Aide sexuelle indirecte au couple
 - Préparation à l'acte sexuel (soins, habillements...)
 - Être à l'écoute de diverses demandes (les laisser dans une certaine position, fournir des accessoires, des moyens de contraceptions...)
- Etc.

4. Prévention et protection

4.1. La contraception

Il est important de connaître les différentes formes de contraception avant d'avoir le projet d'une relation sexuelle. Cela permet d'éviter les mauvaises surprises et de gérer au mieux ses rapports. Quelle que soit la méthode utilisée, il s'agit d'un choix individuel, avec un accompagnement médical et la méthode contraceptive doit s'accompagner de rationalisation pédagogique.

Il en existe différents types :

1. *La contraception hormonale :* (s'adresse uniquement aux femmes)

Elle permet de bloquer le cycle menstruel afin d'empêcher l'ovulation. On retrouve :

- **La pilule contraceptive**

Le plus utilisé, grande efficacité à condition de respecter la prise

- **Le stérilet hormonal**

Petite tige intra-utérine qui diffuse des hormones dans l'utérus pendant 3 à 5 ans ou moins longtemps en fonction des désirs du patient.

- **L'implant contraceptif**

Bâtonnet qui s'implante dans le haut du bras, sous la peau. Il libère des progestatifs durant 3 ans.

- **Le patch contraceptif**

A patch par semaine collé sur la peau, il délivre deux hormones. Certains médicaments peuvent diminuer son efficacité.

- **L'anneau vaginal**

S'insère au fond du vagin et y reste 3 semaines, nous le retirons, les règles arrivent et 7 jours après son retrait, un nouveau est placé. Il permet une diffusion continue des hormones.

- **L'injection contraceptive**

Il consiste à injecter tous les 3 mois une dose d'hormones progestative. Elle peut provoquer l'arrêt des règles mais ne convient pas à toutes les femmes.

- **La pilule du lendemain**

À prendre en cas d'urgence à la suite d'un rapport non protégé, un oubli ou un accident de contraception. Elle bloque l'ovulation et rend la paroi utérine moins accueillante.

2. La contraception mécanique : (concerne les hommes et les femmes)

Elle permet de créer une barrière entre les spermatozoïdes et l'ovule. On retrouve :

- **Le préservatif masculin**

Il permet de protéger des grossesses non désirées et des Infections Sexuellement Transmissibles. Il s'enfile sur le pénis en érection avant la pénétration et se retire après l'éjaculation.

- **Le préservatif féminin**

Moins connu. Se présente comme un tube en latex fermé à une extrémité.

- **Le stérilet au cuivre**

Seul moyen contraceptif sans hormones, il est placé dans l'utérus et inactive les spermatozoïdes mais ne protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles.

- **Le diaphragme**

Petit capuchon qui se place contre le col de l'utérus avant un rapport. Il bloque le passage des spermatozoïdes.

Pour finir, il existe également la contraception par stérilisation qui ne permet plus aux personnes l'ayant subi d'avoir des enfants.

3. La stérilisation

Il existe la **stérilisation féminine** et la **vasectomie**.

En ce qui concerne la stérilisation féminine, c'est un moyen d'empêcher une grossesse en bloquant le passage de l'ovule dans les trompes de Fallope.

Il y a deux méthodes :

- La ligature des trompes : elles sont sectionnées et suturées.
- La pose d'implants : petits ressorts qui bouchent les trompes.

Pour la vasectomie, elle consiste à barrer la route des spermatozoïdes en sectionnant les canaux qui les mènent vers le pénis.

4.2. La prévention

Tout d'abord, les personnes déficientes mentales sont plus vulnérables aux M.S.T. pour plusieurs raisons :

- ⇒ Absence ou rareté des programmes de prévention accessible à ces personnes,
- ⇒ Inadaptation à une population qui présente des difficultés de compréhension et sait peu souvent lire,
- ⇒ Le fait découlant de ce qui précède, qu'ils ne se protègent pas ou rarement,
- ⇒ Leurs carences affectives qui les fait parfois se placer dans des situations à risques,
- ⇒ L'absence de programmes d'éducation sexuelle,
- ⇒ Les tabous et la sous-estimation du risque qui a jusqu'ici empêché la mise en œuvre d'une politique de prévention pour cette population.

De ce fait, il est nécessaire de rendre les personnes avec déficience mentale impliquées comme acteurs de leur propre prévention. Il existe différentes M.S.T. :

1) *Chlamydia*

C'est une maladie due à la bactérie « Chlamydia Trachomatis ». C'est la maladie la plus fréquente.

Elle peut se transmettre :

- Par échanges de liquides biologiques au contact des muqueuses génitales, orales ou anales
- Lors de l'accouchement

Généralement, la chlamydia est asymptomatique. Dans le cas contraire, **les symptômes apparaissent 1 à 3 semaines après la contamination** :

- douleur en urinant, douleurs au bas-ventre, inconfort durant les relations sexuelles
- pertes génitales anormales (modification de la texture et de l'odeur), écoulement anormal du pénis, et saignements irréguliers
- douleur à la gorge, douleur anale.

2) *Gonorrhée*

C'est une infection sexuellement transmissible due à la bactérie appelée *gonocoque*. Elle est aussi connue sous le nom de **chaude-pisse** ou **blennorragie**.

La gonorrhée se transmet par **contact sexuel** (vaginal, oral et/ou anal).

Généralement, la gonorrhée est asymptomatique. Dans le cas contraire, **les symptômes apparaissent 2 à 5 jours après la contamination :**

- Pertes vaginales anormales, douleur dans le bas-ventre et irritation de la vulve
- Écoulement anormal au niveau du pénis (avec taches dans les sous-vêtements) et irritation du pénis
- Sensation de brûlure en urinant
- Douleur à la gorge et douleur anale (souvent avec écoulement de liquide).

3) *Trichomonas*

C'est un parasite de l'être humain qui se transmet par contact sexuel. Il provoque une infection bactérienne appelée « trichomonas », qui se manifeste majoritairement chez la femme. C'est l'IST la plus répandue au monde avec 143 millions de nouveaux cas par an (OMS), et qui augmente le plus le risque d'attraper le VIH/SIDA.

Le Trichomonas se transmet :

- par **contact sexuel vaginal, oral et/ou anal**
- lors de **l'accouchement** (de la mère à l'enfant)

Les symptômes d'une infection au Trichomonas apparaissent généralement entre 5 et 28 jours après contamination.

Chez la femme, la trichomonas est rarement dangereuse, mais ses symptômes sont :

- changement de la texture et de l'odeur des pertes vaginales (odeur de poisson, plus épaisses,...)
- démangeaisons
- sensation de brûlure
- douleurs en urinant

Les hommes ne présentent pas de symptômes dans 90% des cas. Mais dans le cas où le parasite provoque une infection, elle se manifeste par les mêmes symptômes que chez la femme, localisés au niveau du pénis.

4) *VIH/SIDA*

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est une infection sexuellement transmissible infectant l'homme et responsable du Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA). Au stade SIDA, le virus affaiblit le système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes. Ainsi, le VIH/SIDA reste une maladie mortelle si elle n'est pas traitée.

Le VIH/SIDA se transmet :

- par le contact entre un des **liquides contaminants d'une personne infectée (sang, liquide séminal, sperme, sécrétions vaginales ou lait maternel) et des muqueuses ou une plaie ouverte**
- lors d'utilisation de matériel d'injection déjà utilisé
- lors de **la grossesse, l'accouchement et l'allaitement** (transmission mère-enfant) **sauf si sous traitement**

Entre 2 et 8 semaines après la contamination, le virus se multiplie dans le corps. C'est durant cette période qu'il est le plus facilement transmissible à ton/ta/tes partenaire(s).

Généralement, **les symptômes du VIH/SIDA apparaissent entre 2 et 8 semaines après la contamination** :

- Fatigue extrême, perte d'appétit, perte de poids inexplicée, diarrhée, sueurs nocturnes
- Ganglions (aisselles, cou, aines)
- Fièvre, douleurs musculaires, éruptions cutanées.

Pendant plusieurs années, **l'infection par le VIH ne se manifeste pas**. Puis, lorsqu'elle est à son stade avancé, elle peut entraîner des complications graves dues à la baisse des défenses immunitaires : ce sont des infections opportunistes et des cancers.

5) Hépatite A

L'hépatite A est une infection due au **Virus de l'Hépatite A (VHA)**, qui se transmet :

- habituellement par **l'alimentation** (aliments ou eau souillés par le virus),
- cours de **certaines pratiques sexuelles** lorsqu'il y a un **contact direct ou indirect entre l'anus d'une personne porteuse du virus et la bouche de son/sa/ses partenaire(s)** (analingus, doigt dans l'anus suivi d'un mauvais lavage des mains...).

Le VHA reste plutôt rare dans nos contrées. Cette maladie se guérit spontanément (le corps se débarrasse du VHA sans traitement médical et le virus ne provoque pas de maladie grave). Les morts liées au VHA sont rares.

Un **vaccin** très efficace existe contre l'hépatite A mais il n'est **recommandé qu'aux personnes se rendant dans les régions du monde où le virus est répandu** (Asie, Afrique, Amérique du Sud).

6) Hépatite B

L'hépatite B est une infection sexuellement transmissible due au **Virus de l'Hépatite B (VHB)**. Aujourd'hui, l'hépatite B est la **deuxième cause de cancer au monde**, après le tabac.

En Belgique, moins de 2% de la population est porteuse du virus. Environ 700.000 personnes ont développé la maladie et 70.000 d'entre elles sont porteuses du virus. Sans qu'on sache pourquoi, le virus peut en effet rester dans l'organisme de certaines personnes.

Dans nos pays industrialisés, la transmission se produit surtout **chez les jeunes adultes**. La transmission est sexuelle dans 40% des cas et est liée à l'utilisation de drogues par voie intraveineuse dans 15 à 20% des cas.

L'hépatite B est une infection pouvant entraîner de graves complications. Toutefois, il existe un vaccin très efficace (4 injections nécessaires) pour s'en protéger.

L'hépatite B se transmet par :

- Fellation
- Partage du matériel d'injection
- Pénétration anale ou vaginale
- Échange de salive (baiser, partage de verre, brosse à dents, linge de toilette)

Généralement, les symptômes de l'hépatite B apparaissent 25 jours à 6 mois après la contamination et sont souvent similaires à ceux de la grippe :

- perte d'appétit, nausée
- fièvre
- douleurs musculaires
- grande fatigue (symptôme le plus fréquent)
- jaunisse (dans 30 à 50% des cas chez l'adulte, rare chez l'enfant)

Dans pratiquement la moitié des cas, l'infection à l'hépatite B reste silencieuse et asymptomatique.

7) Hépatite C

L'hépatite C est une infection sexuellement transmissible due au **Virus de l'Hépatite C** (VHC). La maladie attaque les cellules du foie et se transmet par le sang. Aucun vaccin n'existe contre l'hépatite C, mais différents traitements existent, en fonction du type de virus et de la sévérité des dommages au foie.

Une hépatite C peut devenir chronique si elle n'est pas traitée, et provoquer des cirrhoses du foie, ou des cancers.

Aujourd'hui, l'hépatite C contamine et tue 4 fois plus que le VIH/SIDA à travers le monde. L'injection de drogues par voie intraveineuse est la première cause de transmission de l'hépatite, avant les relations sexuelles.

En Belgique, on compte près de 70.000 personnes infectées par l'hépatite C. 300 personnes meurent, chaque année, en Belgique alors qu'il existe un traitement efficace.

Le sang est le seul liquide contaminant transmettant l'hépatite C. Les façons les plus courantes d'être infecté(e) :

- Partage du matériel d'injection contaminé (seringue, cuillère, filtre, eau, coton, tampon,...). Faire bouillir, brûler ou rincer le matériel avec de l'eau de javel ne protège pas contre une infection !
- Partage de matériel de tatouage et de piercing contaminé (aiguilles ou autres objets pointus, encres et pistolets à tatouage).
- Transfusion sanguine ou hémodialyse dans des pays avec une surveillance médicale limitée. **En Belgique, tous les produits médicaux en contact avec du sang sont systématiquement contrôlés contre l'hépatite C et l'hépatite B depuis 1990 !**
- Partage de **pailles pour sniffer**.
- Partage de matériel hygiénique comme un **rasoir**, une **brosse à dents**, un **coupe-ongles** ou une **tondeuse**, qui peuvent provoquer de petites lésions (coupures, éraflures, etc.) transmettant du sang contaminé
- **Rapports sexuels** non protégés, ou traumatiques et/ou **incluant la présence de sang** (fisting, règles, lésions, etc.)
- Contact avec des éclaboussures de sang ou avec le sang via une **plaie ouverte**.
- Transmission **de la mère à l'enfant**.

L'hépatite C est **souvent sans symptômes**. Cependant, chez certaines personnes, quelques manifestations de la maladie peuvent apparaître, qui peuvent être le signe d'une maladie sévère du foie :

- Fatigue
- Perte d'appétit
- Nausées
- Vomissements
- Douleurs abdominales

L'apparition de ces symptômes est très variable et peut aller de 2 à 26 semaines.

8) Syphilis

La syphilis est due à la bactérie « *Treponema pallidum* ». À l'heure actuelle, **les 32-44 ans restent les plus touchés** par la syphilis, **les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes étant les plus représentés** parmi les patients atteints de syphilis.

La syphilis connaît trois stades qui présentent des symptômes spécifiques. Chronique, cette infection peut conduire à la mort.

La syphilis se transmet :

- par **contact sexuel** (vaginal, oral et/ou anal)
- par **contact direct avec les lésions** (chancres et plaques rouges contagieux)
- lors de **la grossesse** (de la mère à l'enfant).

La syphilis connaît **trois stades présentant des symptômes spécifiques** :

Stade 1 :

Les symptômes apparaissent entre 3 et 90 jours après la contamination : ulcère non douloureux sur les parties génitales, l'anus, dans la bouche, parfois même la peau. Celui-ci disparaît tout seul après 3 à 6 semaines, mais la personne reste **contaminante pour les autres**.

Stade 2 :

Les symptômes surviennent 7 à 10 semaines après la contamination : fièvre, fatigue et problèmes de peau avec éruption cutanée (plaques rouges) au niveau du dos, du ventre, des mains et pieds. Le stade 2 **peut également survenir en même temps que le stade 1** comme **des années plus tard**. Les boutons disparaissent tout seuls mais tu es encore porteur **et donc contaminant pour les autres** !

Stade 3 :

Sans traitement, la syphilis peut perdurer pendant des années sans symptômes (jusqu'à 30 ans). À ce stade, elle provoque de graves complications :

- Complications cardiaques
- Complications neurologiques (accident vasculaire cérébral, perte de coordination, insensibilité, paralysie, perte de vue, surdité)

9) HPV

Le **Human Papillomavirus (HPV)** est l'une des infections sexuellement transmissibles la plus répandue, chez les femmes mais aussi les hommes : environ **70 à 80% de la population sexuellement active** sera en contact avec ce virus au cours de sa vie sexuelle.

Il existe différents types de virus HPV. Certains types de virus sont à l'origine des **condylomes**. Ces verrues se développent généralement dans la zone ano-génitale (anus, périnée, pénis, vulve) et sont extrêmement contagieuses.

D'autres types de HPV sont à l'origine de **lésions précancéreuses** peuvent engendrer des **cancers du col de l'utérus, de la vulve, de l'anus, du pénis et de la gorge**.

Toutefois, il existe **des vaccins qui protègent contre certains types de HPV** (condylomes et cancer du col de l'utérus) **tant chez les femmes que chez les hommes**.

Le HPV se transmet par:

- **contact sexuel (vaginal, anal et oral)**
- **par contact cutané (frottement, caresses sexuelles)**

La seule façon de s'en protéger est le préservatif.

10) Herpès

L'**herpès génital** est une infection sexuellement transmissible causée par le virus « **Herpes simplex** » (HSV).

En Belgique, 2 millions de personnes sont porteuses de l'herpès, génital ou buccal. **L'herpès génital se soigne mais les traitements ne permettent pas de guérir** : on reste ainsi porteur à vie, la maladie évoluant souvent par poussées.

Très contagieux, l'Herpès génital se transmet par **contact direct avec la région infectée**.

Pour se protéger de l'Herpès génital, il faut **utiliser un préservatif (masculin ou féminin) et une digue dentaire**.

Comme l'Herpès ne se guérit pas, il est important d'aviser ton/ta/tes partenaire(s) que tu es infecté(e). L'herpès génital augmente le risque de transmission du VIH/SIDA !

11) Morpions

Également appelé « pou du pubis », le morpion est un insecte parasite qui cible spécifiquement les poils du pubis. Ils sont très contagieux. La transmission se fait principalement par contact sexuel, mais peut aussi avoir lieu par l'intermédiaire d'échanges/essayages de vêtements, par les linges de lit, etc.

Pour se nourrir, les morpions piquent et sucent le sang. Leur pique provoque de **petits boutons** légèrement en relief. Le fait de les gratter entraîne des lésions et des surinfections.

12) Mycose vaginale / balanite du gland

Le vagin abrite naturellement des bactéries et des champignons, qui participent aux défenses de l'organisme. Il peut cependant arriver que l'équilibre du milieu vaginal soit perturbé par un changement trop important : hygiène intime trop agressive ou insuffisante, transpiration, sous-vêtements inadaptés, antibiotiques, changement de contraception, etc. Une **mycose vaginale** peut alors apparaître.

S'il est inoffensif en temps normal, le champignon responsable, le *Candida albicans*, peut devenir **invasif** et provoquer des douleurs qui peuvent être importantes.

Chez l'homme, la mycose peut se transmettre et causer une inflammation du gland, appelée **balanite**.

La mycose vaginale peut se transmettre par contacts sexuels (oral, vaginal, anal, caresses sexuelles).

Elle peut cependant survenir spontanément à cause d'un déséquilibre de la flore vaginale, d'une grossesse, d'une prise d'antibiotiques, de certains contraceptifs, etc. Elle n'est donc pas considérée comme une IST mais est tout de même sexuellement transmissible.

Dans le cas d'une contamination, les symptômes d'une mycose apparaissent généralement après 2 à 20 jours :

- démangeaisons
- pertes vaginales blanches, grumeleuses, blanchâtres
- brulures
- inflammation du gland

Une mycose peut cependant survenir spontanément, sans qu'il y ait eu de prise de risque sexuelle.

Les bonnes habitudes pour se protéger d'une mycose :

- garder une bonne hygiène intime : ni excessive, ni insuffisante (éviter les douches vaginales, ne nettoyer la zone génitale qu'avec un savon adapté, etc.)
- éviter les sous-vêtements en matières synthétiques
- changer régulièrement de tampon
- éviter les zones chaudes et humides, propices aux agressions pour la flore vaginale (jacuzzis, piscines, bains publics, saunas)
- pour éviter une contamination, utiliser un préservatif interne ou externe

13) Gale

La gale est une maladie de peau causée par un parasite invisible à l'œil nu : le « *sarcoptes scabiei* ». Cet acarien creuse des cavités sous la surface de la peau, dont il se nourrit, et y pond ses œufs. Sans gravité, la gale est néanmoins très contagieuse.

La gale humaine classique est faiblement contagieuse par contact court. Sa transmission nécessite en effet des **contacts humains directs, intimes et prolongés**, c'est pourquoi elle est considérée comme une IST. Elle peut aussi passer par l'intermédiaire d'**échanges/essayages de vêtements**, par les **linges de lit**, mais aussi par le **meuble comprenant du tissu** ou via les **animaux de compagnie**. Contrairement à certaines idées reçues, elle touche toutes les tranches d'âge, toutes les populations et ne fait pas de distinction quant à l'hygiène.

Chez les patientes atteintes du VIH, la gale est très fréquente et les symptômes peuvent considérablement varier, ce qui rend le diagnostic difficile.

	PÉNÉTRATION ANALE/VAGINALE	FELLATION	CUNILINGUS	ANULINGUS	CARESSE SEXUELLE	BAISER	ÉCHANGE SERINGUE	SNIFF	MÈRE/ ENFANT
VIH/SIDA	●	○	○				●	○	●
HÉPATITE A				●					
HÉPATITE B	●	●	●			○	●	○	○
HÉPATITE C	●*						●	○	●
SYPHILIS	●	●	●	●	●	○	●		●
HERPÈS GÉNITAL	●	●	●	●	●	○			●
HPV	●	●	●	●	●				○
CHLAMYDIA	●	○	○	○	○				●
GONORRHÉE	●	○	○	○	○				●
TRICHOMONAS	●	○	○	○	○				●

○ RISQUE FAIBLE ○ RISQUE MOYEN ● RISQUE ÉLEVÉ



5. Les émotions

La personne déficiente intellectuelle a souvent des soucis pour exprimer et comprendre ses émotions, ainsi que celles des autres. Elle peut se montrer hypersensible et exubérante, ou au contraire très repliée sur elle-même.

Sa famille et les intervenants psycho-médico-pédagogiques ont un grand rôle à jouer dans son éducation socio-comportementale :

- Avoir une attitude bienveillante, être à l'écoute. Eviter le déni et le jugement.
- Lui apprendre un certain vocabulaire afin que la personne soit capable de parler de ce qu'elle ressent.
- Mettre les mots sur ses sentiments lorsqu'elle éprouve des difficultés à en parler.
- Donner du sens à leurs émotions et leur apprendre à les contrôler
- Décrypter les situations entraînant certaines émotions en particulier.

Être conscient de ce que l'on ressent et comprendre les sentiments de son entourage est une étape primordiale dans la construction de ses relations.

6. Les lieux ressources

Les lieux ressources par rapport à la vie sexuelle et affective pour les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle sont sensiblement les mêmes que ceux pour les personnes ordinaires. Pour les uns comme pour les autres, la maison et les parents sont la base de l'apprentissage. Par ailleurs, les cabinets gynécologiques, les planning familiaux et les institutions spécialisées dans la déficience intellectuelle sont des lieux dans lesquels les professionnels sont tout à fait à même de répondre aux éventuelles questions, de former les jeunes comme les parents à la vie sexuelle et affective.

7. Quelques idées/pistes pour l'orthopédagogue...

Nous avons tiré ces idées d'outils, entre autres, via la plateforme du CRIPS³ : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes. En réalité, il nous a semblé pertinent de proposer ces idées d'outils à mettre au service des jeunes en situation de handicap. L'objectif serait d'exploiter ces outils avec les parents, les professionnels de l'institution et les sujets en situation de handicap. Ces outils permettront, d'une part, d'offrir un espace d'écoute, d'expression, d'échange et d'information pour les personnes en situation de handicap. D'autres part, de mettre les parents et les professionnels de terrain face à leurs représentations respectives quant à la sexualité et de ces jeunes et à l'importance de son abord, en toute liberté.

1) De manière générale :

- Collaborer (avec le bénéficiaire, la famille, les éducateurs, les psychologues, les enseignants...)
- Avoir des personnes ressources (planning familial...)
- Organiser des espaces de paroles où chacun est libre d'exprimer son ressenti, son expérience et ses questions.
- Organiser des séances d'informations ou des ateliers sur des thèmes divers :
 - 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...)
 - Etc.

³ CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes, in <http://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/animatheque-kits-fabrication.htm>, 2018 (consulté le 10 novembre 2018)

2) *Pour la prévention et la contraception :*

- **Images langage :** Ce jeu propose aux participants
 - D'échanger sur différents thèmes de la vie affective et sexuelle.
 - Acquérir des connaissances sur l'anatomie et les moyens de contraception
 - Travailler leurs représentations sur les couples, les rapports sexuels, les relations affectives et amoureuses, etc



- **La palette contraceptive :** Ce jeu propose au participant de s'informer sur les différents moyens de contraception et de réfléchir sur leurs avantages et leurs inconvénients. Au cours de l'animation, les participants :
 - Acquière des connaissances sur les moyens de contraception
 - Connaissent les modes d'utilisation des différents modes de contraception
 - Réfléchissent aux avantages et aux inconvénients des différents modes de contraception



- **Séquence préservatifs :** Ce jeu propose au participant de mettre dans l'ordre des cartes illustrées sur les étapes d'un rapport sexuel et les étapes de pose du préservatif masculin et féminin. Au cours de l'animation, les participants :
 - Identifient les différentes étapes de pose du préservatif masculin et féminin
 - Prennent conscience de l'intérêt de l'usage du préservatif dans la prévention des IST et des grossesses non planifiées
 - Développent un esprit critique à propos des normes liées au rapport sexuel.



3) *Pour travailler les émotions et certains comportements :*

- **Battle des émotions** (ou autres mimes, jeux de rôle et théâtralisation) : Ce jeu propose aux participants, en mimant des émotions primaires ou secondaires, de mieux identifier et gérer leurs propres émotions et celles des autres. Au cours de l'animation, les participants:
 - Identifient les différentes manières d'exprimer leurs émotions.
 - Apprennent à gérer leurs émotions.



- **Scratche ton humeur** : Cet outil permet au participant d'associer des situations vécues à des émotions. Il permet également d'associer des situations vécues à des émotions. Au cours de l'animation, les participants :
 - Expriment leurs émotions.
 - Identifient la diversité des émotions.
 - Développent leur empathie envers les autres



- **L'arc-en-ciel des relations** : Cet outil permet au participant de se situer dans toutes les relations interpersonnelles et l'aide à sociabiliser et à respecter les normes sociales.



- **Littérature jeunesse** : Par le biais de la littérature, le participant peut s'identifier à certains personnages.
- **Jeu de l'oie des comportements adéquats en société** : Cet outil permet au participant respecter les normes sociales, de savoir ce qu'il peut ou non faire dans certains lieux.

8. Sources

Bibliographique

- Delville J. & Mercier M. (2004). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Louvain-La-Neuve : De Boeck.

Webographiques

- Association socialiste de la personne handicapée. (2013). *Parentalité des personnes avec une déficience intellectuelle*. En ligne http://www.asph.be/PublicationsEtOutils/AnalysesEtEtudes/Documents/ASPH-2013-03_%20Parentalite-personnes-deficientes-intellectuelles.pdf, consulté le 23/10/18.
- Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes. (2014). *Battle des émotions*. En ligne http://www.lecripsidf.net/ressources/documents/1/2821_battle_emotions_fiche_outil.pdf, consulté le 25/10/2018.
- Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes. (2018). *Les outils à fabriquer soi-même*. En ligne <http://www.lecripsidf.net/miscellaneous/animatheque-kits-fabrication.htm>, consulté le 10/11/18.
- Giami, A., Humbert, C., et Laval, D. (2001). *L'ange et la bête : représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. En ligne http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/documents_CTNERHI/CTNERHI_238/CTNERHI_238.pdf, consulté le 30/10/18.
- HAXY Mental. (2015). *L'arc-en-ciel des relations*. En ligne <http://www.haxy.be/mental/echange-doutils-et-applications/larc-en-ciel-de-la-relation/>, consulté le 25/10/18.
- Klinger-Delarge, O. (2014). *Guider l'enfant déficient intellectuel dans la gestion de ses émotions*. En ligne <http://ladeficiencointellectuelledanslemonde.com/2014/07/19/deficience-intellectuelle-et-gestion-des-emotions/>, consulté le 25/10/18.
- Dr Mawet M. (2016). *Les différents moyens de contraception*. En ligne <https://www.gynandco.be/fr/les-differents-moyens-de-contraception/>, consulté le 27/10/18.
- Mariage-anniversaire en Belgique (2018). *La législation belge sur le mariage*. En ligne <https://www.mariage-anniversaire.be/conseils/loi/loi-belge.html>, consulté le 02/11/18.
- Planning Familial. (2015). *Handicap et alors ? Guide à l'éducation à la vie affective et sexuelle à destination des parents des personnes en situation de handicap*. En ligne https://www.planning-familial.org/sites/internet/files/2015_11_handicapetalors_guide_familles_pf.pdf, consulté le 25/10/18.
- SIDA'SOS ASBL (2017). *Le site des IST*. En ligne <https://depistage.be>, consulté le 27/10/18.
- Toniolo, A. M., Schneider, B., & Claudel, M. (2013). *Handicap mental, sexualité et institution: une macro-analyse de la documentation francophone*. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 24, 59-74. En ligne <https://www.erudit.org/en/journals/rfdi/2013-v24-rfdi01067/1021265ar.pdf>, consulté le 23/10/18.