

2021-2022

Master 1 – Etudes sur le Genre

Les sexualités des femmes en situation de handicap moteur

Des pratiques subversives ?

Kloster Emma

Sous la direction de
Villaret Sylvain

Membres du jury
ETIEMBLE / Angéline | Maîtresse de conférence en Sociologie
VILLARET/ Sylvain | Maître de conférence en Histoire

Soutenu publiquement le :
20 juillet 2022



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Emma Kloster, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

X

Emma Kloster

Signature :

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Sylvain Villaret, qui a su m'aiguiller et m'accompagner dans ce processus long et exaltant qu'est le travail de recherche. Ses conseils et sa disponibilité m'ont été précieux.

J'adresse un grand merci aux principales concernées, les femmes enquêtées, qui ont accepté de partager leur intimité et sans qui je n'aurais pas pu mener ce travail de recherche.

Je remercie également les professionnel.le.s enquêté.e.s qui ont su m'offrir de leur temps et de leur expertise.

J'adresse un grand merci à toute l'équipe du CRÉDAVIS qui m'a accueillie. Je remercie particulièrement Jean-Luc Letellier et Alexis Gannat qui ont contribué au succès de mon stage et auprès de qui j'ai beaucoup appris.

Je suis profondément reconnaissante à l'égard de mes ami.e.s et parentés. Rita Girsch et Quentin Gautrot pour avoir accepté de relire ce mémoire qui a la contenance d'une thèse. Lorène Kloster et Anaïs Roussel pour m'avoir aidé à retranscrire les entretiens volés.

Enfin, je remercie mes camarades du Master Etudes sur le genre pour les échanges que nous avons pu avoir : les doutes partagés, leurs conseils qui m'ont apporté énergie et soutien.

A tou.te.s ces intervenant.e.s, je présente mes remerciements et ma gratitude.

Remerciements.....	3
Acronyme.....	6
Introduction.....	7
L'évolution des droits des personnes en situation de handicap : la voie d'entrée pour la reconnaissance de leur liberté sexuelle.....	11
1. D'un modèle biomédical du handicap à un modèle social du handicap	11
2. La sexualité : une prise en compte récente.....	15
2.1. Sur fond d'une redéfinition de la santé sexuelle.....	15
2.2 : Sexualité et droit : liberté sexuelle ou droit à la sexualité ?.....	17
2.3. Le débat autour de l'accompagnement sexuel	18
3. Sexualités et handicaps : un champ de la recherche reflétant cette reconnaissance croissante.....	22
3.1. Un espace en expansion	22
3.2. Les résultats de la recherche.....	22
3.3. Des angles morts toujours peu exploités.....	24
Focale sur les sexualités des femmes majeures en situation de handicap moteur.....	27
1. Validisme et genre : la production de hiérarchies.....	28
1.1 Genre et sexualité	28
1.2. Des discriminations à leur encontre	31
2. Genre et handicaps : la production de normes sexuelles	37
2.1 Scripts sexuels.....	37
2.2 Etat des lieux de l'éducation sexuelle en France	42
2.3. Des expérimentations sexuelles et sensuelles subversives	47
Problématique et hypothèses	53
1. Axes de questionnement	53
2. Hypothèses	54
Dispositifs de recueil de données.....	55
1. Le choix de la méthodologie.....	55
2. L'échantillonnage	56
3. Les grilles d'entretien	59
4. L'analyse	60
Résultats.....	62
1. Les professionnel.le.s du secteur médico-social et du champ de l'éducation à la sexualité	62
1.1 Les profils	62
1.2 Une évolution minorée de la reconnaissance des droits sexuels des personnes accueillies.....	65
1.3 Des professionnel.le.s encore trop peu formé.e.s. Des impacts sur les modalités des différentes prises en charges ?	73
2. Les femmes en situation de handicap enquêtées : analyse à plat	80
2.1 Les trajectoires sexuelles des femmes enquêtées.....	80
2.2 L'entourage institutionnel, familial et amical : entre surprotection et essentialisation	92
2.3 Le rapport au corps et les impacts sur les rencontres et les relations sexuelles	95

3. Les femmes en situation de handicap enquêtées : analyse croisée	102
3.1 L'impact des incapacités sur les sexualités	102
3.2 Les fondements du développement de pratiques subversives.....	106
Conclusion	112
Les limites de la méthodologie	115
Bibliographie.....	117
Annexes	129

Acronyme

AAH	Allocation Adulte Handicapée
APPAS	Association Pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel
ARS	Agence Régionale de Santé
C(h)OSE	Collectif Handicaps et Sexualité (CHS) ose
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CIH	Classification internationale des handicaps
CRÉDAVIS	Centre de Recherche et d'études concernant le Droit A la Vie Sexuelle
CSF	Contexte de la Sexualité en France
ESMS	Etablissements sociaux et médico sociaux
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HID	Handicaps, incapacités, dépendance
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PF	Planning Familial
PPH	Processus de Production du Handicap
STRASS	Syndicat du TRAvail Sexuel
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 15% la proportion de personnes en situation de handicap au sein de la population mondiale (I. Ville et *al.*, 2014). Le handicap a connu plusieurs conceptualisations, plusieurs modèles à travers les époques. N'ayant pas de définition figée à ce jour, cette estimation reste questionnable. En effet, le handicap est une notion compliquée à définir et fait référence à une grande hétérogénéité des situations.

Afin d'expliquer la genèse de cette recherche, il est nécessaire de faire un bond quelques années en arrière, en 2018. A l'époque, on travaillait pour la première fois dans le secteur social, auprès d'un homme âgé d'une trentaine d'années, appelons le Norman, atteint par la myopathie de Duchenne. A notre arrivée, il a fait part de son désir d'expérimenter sexuellement avec une tierce personne pour la première fois. Etant paralysé intégralement, Norman n'est physiquement pas capable, par exemple, de se masturber par peau-à-peau¹. Après s'être renseigné sur la législation à propos de l'assistance sexuelle, encadrée par la loi sur la prostitution en France, il a fini par abandonner cette piste.

Il a alors demandé de nouvelles pistes de solutions. On lui a ainsi proposé de se renseigner auprès des travailleuses du sexe du secteur rennais, afin de déterminer si des prestations pouvaient être réalisées auprès d'une personne atteinte d'incapacités physiques importantes.

Après avoir questionné à plusieurs entrées de bars de striptease (ne pouvant accéder aux établissements, en tant que femme), ainsi qu'après avoir vérifié au bois de Soevres, en métropole rennais, nous nous sommes vite rendu compte que nous ne cherchions pas au bon endroit. Norman a alors eu l'idée de chercher via Internet. Grâce à ce canal, nous avons contacté plusieurs professionnelles. L'une d'entre elles a su comprendre les attentes et les besoins de Norman. Le rendez-vous téléphonique que nous avons eu nous a permis de connaître le prix de la prestation ainsi que les modalités pratiques du rendez-vous. Norman a réitéré l'expérience une seconde fois, avec une professionnelle différente². Ensuite, il a mis fin à ces expérimentations, pour plusieurs raisons.

¹ Il ne peut pas se masturber avec sa main ni se caresser toute partie corporelle, quelle qu'elle soit. Il a alors développé une technique qui consiste à contracter son pénis. Cela lui permet d'accéder à une jouissance.

² Les travailleuses du sexe qui ont comme biais de communication Internet, prennent rendez-vous par téléphone et sont contraintes de changer régulièrement de numéro. Nous n'avons donc pas retrouvé la première professionnelle auprès de qui Norman avait particulièrement apprécié le contact.

La première de ces raisons était le tarif jugé excessif, étant donné ses ressources financières³. La seconde résidait dans le fait que Norman souhaitait « perdre sa virginité » et qu'il nourrissait cette attente dans la pénétration péno-vaginale. Du fait de sa spasticité, cela était rendu très difficile. En effet, les muscles des jambes de Norman sont continuellement rétractés en position assise. Norman craignait de ressentir des douleurs si une personne venait à s'asseoir à califourchon sur lui. Une troisième raison a été le contexte sanitaire et le COVID-19 qui ont évidemment freiné toute activité, quelle qu'elle soit. La dernière raison, nous semble-t-il parvenu par la suite, est sa réflexion intime au sujet des relations interpersonnelles. Il souhaite vouloir expérimenter la sexualité et cette intimité avec une personne pour laquelle il nourrit des sentiments.

En 2021, lorsqu'il nous a été demandé de réfléchir à un sujet de recherche dans le cadre du Master Etudes sur le genre, nous travaillions pour un organisme rennais, issu du secteur social. Nous lisions alors les revues mises à disposition des professionnel·le·s. Trois de ces revues (*Lien Social* n° 1241, n° 1284 ; *Actualités Sociales Hebdomadaires* n° 3148) traitaient du sujet de l'accessibilité aux sexualités pour les personnes en situation de handicap. Dans un dossier en particulier, un chiffre m'a interpellée.

Selon un accompagnant intime et sexuel français témoignant dans *Actualités Sociales Hebdomadaires*, « 97% des sollicitations [pour l'assistance sexuelle] représentent les hommes » (*ASH*, n° 3148). Cela signifie que seulement 3% des femmes feraient appel à ce service. Pour quelle(s) raison(s) ? Comment accèdent-elles à l'exercice et à l'épanouissement de leur sexualité ? Nous n'imaginions pas évidemment que l'accompagnement sexuel soit la seule possibilité pour les personnes en situation de handicap d'expérimenter la sexualité, bien sûr. De plus, les femmes en situation de handicap sont majoritairement plus inscrites dans une relation conjugale que leurs homologues masculins (De Colomby et Giami, 2008). Néanmoins, à l'instar de la prostitution, activité pour laquelle nous n'avons pas de chiffres précis, la demande provient majoritairement (et de loin, à en croire le chiffre mis en avant dans l'article susmentionné) des hommes. Cela signifie-t-il que les femmes expérimenteraient moins fréquemment la sexualité que les hommes atteints d'incapacités ? Est-ce que cette absence de sollicitation de la part des femmes suppose qu'elles emploieraient des « stratégies » différentes

³ Norman ne travaille pas. Ses ressources proviennent de l'AAH ainsi que, de manière ponctuelle, de la part de sa famille. Dans le malheur de perdre un parent, Norman a reçu un héritage qui lui permet de mettre en place des projets personnels (voyages, achat d'un véhicule adapté pour Personne à Mobilité Réduite, sorties, etc.).

pour répondre à leurs désirs ? A ce moment, naissaient de nombreuses questions à ce sujet et il me semblait pertinent d'en faire mon objet d'étude.

Notre travail de recherche a donc consisté à tenter de répondre aux questions suivantes : quelles sont les pratiques sexuelles des femmes en situation de handicap ? Sont-elles différentes des comportements sexuels recensés dans les études françaises ? Par quels moyens sont-elles arrivées à les penser ?

Pour ce faire, puisque « l'intime est politique »⁴, il est tout d'abord nécessaire d'établir le contexte politico-social dans lequel nous nous trouvons aujourd'hui. En effet, les lois, les initiatives ainsi que les revendications en faveur des droits des personnes en situation de handicap ont grandement évolué, notamment à partir des années '70. Ceci a laissé place à un changement de paradigme, à une acquisition de certains droits dont la dimension sexuelle a été intégrée.

De même, il apparaît pertinent d'effectuer un état des lieux du champ de la recherche, où nous constaterons l'investissement tardif des sciences humaines et sociales françaises à l'égard de cet objet. Malgré cela, les études démontrent les disparités entre les personnes en situation de handicap et les personnes valides quant à l'accessibilité à une sexualité saine et épanouie. Nous verrons que les personnes vivant en institution sont d'autant plus empêchées dans leur accès à la sexualité. De plus, nous soulignerons certains angles morts, qui subsistent encore aujourd'hui. Afin de ne pas reproduire les mêmes omissions, le concept d'intersectionnalité paraît alors nécessaire.

Les ponts entre l'aspect juridique et l'aspect scientifique sont pertinents pour observer et analyser, à la fois, la reconnaissance des personnes en situation de handicap, mais également les répercussions sur les représentations de leurs sexualités ainsi que leurs pratiques. Par ailleurs, nous soulignerons l'empouvoirement des personnes en situation de handicap dans leur combat pour accéder à une sexualité, au même titre que les « valides ». Pour ce faire, des militant·e·s revendiquent un droit à l'assistance sexuelle, correspondant à l'une des compensations promises par la loi française du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, succédant à la loi de 1975.

⁴ Slogan féministe scandé majoritairement lors de la période que l'on nomme seconde vague du féminisme, dans les années 70. Les féministes, par cette formulation, tentaient de rendre compte des violences conjugales et intrafamiliales dont les femmes sont majoritairement victimes et les hommes majoritairement agresseurs. Par-là, elles souhaitaient une meilleure prise en compte sociale de ces violences et une législation qui réponde à ce problème social.

Dans un second temps, nous déplacerons notre regard sur la production des normes avec une imbrication particulière : celle de l'identité de genre ainsi que l'expérience handicapée. Nous y constaterons les discriminations et les violences spécifiquement vécues par les femmes en situation de handicap. Nous rappellerons le concept du capacitisme qui crée une hiérarchie entre les individus, selon laquelle les personnes ayant des déficiences (mentales ou motrices) sont considérées inférieures aux personnes « valides ». Cela permettra de mettre l'accent sur le rapport au corps, où la beauté normative pèse d'autant plus sur les corps féminins que masculins ; phénomène accentué pour les femmes en situation de handicap.

Nous constaterons également des normes et représentations sexuelles différenciées selon le genre ainsi que selon le degré de handicap/validité des individus. Représentations sexuelles parfois figées, en partie dû au fait de la faible mise en œuvre des politiques d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, tant en établissement « ordinaire » qu'en établissement spécialisé. Pour ces derniers, nous évoquerons le projet récent du Gouvernement en vue d'améliorer cet état.

Enfin, nous détaillerons quelques expérimentations sexuelles et sensuelles en marge de la norme pré-explicitée. Cela nous permettra une nouvelle fois d'insister sur l'agentivité des minorités⁵ de genre ou sexuelles pour investir l'éducation sexuelle lacunaire en France. En témoignent les comptes Instagram qui foisonnent à ce sujet depuis plusieurs années désormais. En témoignent également les ouvrages récemment publiés qui vont également dans ce sens et qui sont d'ailleurs parfois la version écrite du compte Instagram tenu par la même personne.

Dans un deuxième temps, l'aspect empirique de ce travail de recherche sera développé. C'est à cette occasion que nous formulerons les questionnements, les hypothèses ainsi que les dispositifs de recueil des données sur lesquels nous nous sommes appuyés pour y répondre.

Pour finir, il s'agira de présenter les résultats de la recherche. Ce dernier temps nous permettra par la suite de discuter des résultats, de la méthodologie et de nous projeter sur la continuité du travail, à l'occasion de la deuxième année du Master.

⁵ « Minorités » au sens politique et démographique

L'évolution des droits des personnes en situation de handicap : la voie d'entrée pour la reconnaissance de leur liberté sexuelle

Les droits des personnes en situation de handicap ont connu une évolution législative au fil des décennies, impulsée par les activistes concerné·e·s et les instances internationales principalement.

C'est dans les années '70 que les revendications des personnes en situation de handicap s'imposent. Un glissement est constaté entre le modèle biomédical, modèle utilisé jusqu'alors, et le modèle social du handicap qui émerge à cette période. Cette modification est notamment constatée tant au sein des instances internationales qu'au sein de la loi française, qui évoluent dans ce sens. Ce nouveau modèle permet de remettre en question la définition même du handicap, ses causes et ses conséquences sur la vie des personnes concernées et intègre le principe de compensation.

Aujourd'hui affiché au rang des priorités en matière de politiques de santé publique et d'action sociale (I. Ville et *al.*, 2014), le handicap reste présent en raison des obstacles et résistances auxquels les personnes concernées sont confrontées dans leurs interactions sociales, leurs relations interpersonnelles ou encore, de manière très pragmatique, dans leur accessibilité à certaines infrastructures.

1. D'un modèle biomédical du handicap à un modèle social du handicap

Au XX^{ème} siècle, le handicap est défini comme résultante des déficiences des personnes. Dans ce paradigme, la prise en charge des personnes en situation de handicap sera axée sur leur rééducation, possiblement à l'aide de traitements médicaux, de compensations technologiques ou encore de la volonté personnelle de la personne.

L'après-deux-guerres amorce la mise en place des politiques sociales que nous connaissons à ce jour, notamment le régime général de la Sécurité Sociale qui naît en 1945.

« Les salariés devenus invalides bénéficient dès lors de droits sociaux jusque-là réservés aux victimes de guerre et d'accidents du travail » (I. Ville et *al.*, 2014, 51).

Depuis la fin des années '60, le handicap est « conçu comme un enjeu socio-politique » (Vanderstraeten, 2015, p. 93) intrinsèque aux droits humains. En effet, les droits humains constituent le fondement des politiques et de la législation des personnes en situation de handicap au niveau européen.

A l'échelle internationale, c'est dans les années 1970 qu'un mouvement se dessine et une critique du modèle biomédical émerge. Cela aboutira à la redéfinition du handicap et de ses conséquences ainsi qu'à la rédaction de la Classification internationale des déficiences, incapacités, handicaps (CIH) commanditée par l'Organisation Mondiale de la Santé à la fin de la décennie (Ville et *al.*, 2014, p. 16). Au sein de celle-ci, l'OMS définit le handicap comme un désavantage social du fait d'une déficience ou d'une incapacité et qui a pour conséquence la limitation, voire l'impossibilité, d'accéder à des rôles, activités considérés « normales » au vu des appartenances sociales et culturelles de l'individu.

Cette nouvelle définition étant jugée insatisfaisante par un certain nombre de militant·e·s pour les droits des personnes en situation de handicap, les protagonistes s'en sont saisi·e·s. En effet, les militants et militantes considéraient cette définition comme une reprise du modèle médical et individuel du handicap.

A l'inverse, iels perçoivent le handicap comme étant la résultante d'une société excluante et d'un environnement inadapté. L'anthropologue québécois Patrick Fougeyrollas propose alors le concept de Processus de Production du Handicap (PPH) en 1991 et soumet « une définition du handicap comme interaction entre un individu et un environnement qui peut jouer un rôle d'obstacle ou de facilitateur » (Ville et *al.*, 2014, p.95).

L'OMS, sous l'impulsion du modèle social et interactif façonné par P. Fougeyrollas (Ville et *al.*, 2014), a alors lancé une révision de sa classification, aboutissant en 2001 à une nouvelle définition et une nouvelle classification : la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé (CIF). Celle-ci définit le handicap comme une condition humaine universelle, propre à chacun et chacune (par exemple, la vieillesse, la grossesse ou encore se mouvoir avec une poussette). Le handicap est alors perçu comme la limitation d'activités ou la restriction, voire l'impossibilité, de la participation sociale du fait d'un problème de santé imbriqué dans des facteurs environnementaux comme l'accessibilité aux infrastructures inadaptées, les outils médicaux inadéquats, les modalités d'enseignement inappropriées pour les personnes sourdes et/ou muettes, etc. (Ville et *al.*, 2014).

En d'autres termes, le modèle social appréhende la notion de handicap comme la conséquence de l'environnement sur des personnes ayant des incapacités ou déficiences. Les déficiences et incapacités sont donc à dissocier du handicap. Les premières relèvent de la biologie alors que le second est « l'ensemble des situations de désavantage, de discrimination et d'oppression subies » (Masson, 2013, p. 113) qui affectent la pleine citoyenneté des personnes vivant avec ces incapacités.

Le modèle social du handicap représente à ce jour le modèle prédominant pour penser l'expérience handicapée. Pour l'illustrer, nous citerons les différents textes juridiques et institutionnels qui le promeuvent.

En France, avec le tournant des années 2000, « un modèle plus participatif s'impose » (Ville et *al.*, 2014). Cela se traduit avec promulgation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle définit le handicap comme ce qui suit :

« [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La loi de 2005, qui succède à celle de 1975, se veut plus « inclusive » (ministère de la Santé et des Solidarités et ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement, 2007). Pour ce faire, elle intègre deux principes : le droit à la compensation et la non-discrimination.

Le principe du droit à la compensation a pour but de garantir l'autonomie des personnes. Il se manifeste par des aides sociales, humaines et financières. Ces aides peuvent être demandées dans le cadre de l'insertion professionnelle, la scolarité et l'enseignement, l'aménagement du domicile, l'accueil en établissement spécialisé.

Le principe de non-discrimination, quant à lui, est instauré dans le but de garantir « l'égalité des droits et des chances » pour tous et toutes, rappelant le principe de diversité.

L'institution qui s'engage à faire respecter le principe de non-discrimination en France était anciennement la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE), créée en 2004 (Journal Officiel., loi n° 2004-1486 du 31 décembre 2004 relative à la création de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité). Elle a été conçue à la demande des instances européennes et sera dissoute en 2011. Ses missions sont aujourd'hui reprises par le Défenseur des droits.

La HALDE dénonce « toute discrimination, directe ou indirecte, prohibée par la loi ou par un engagement international auquel la France est partie » (Ministère de la Santé et des

Solidarités et Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement, 2007, p. 145). Par discrimination, le droit français entend toute différence de traitement inégal et défavorable fondée sur des caractéristiques dont le handicap⁶. La discrimination peut être directe (par exemple, le refus d'embauche lié à l'un des critères susmentionnés) ou indirecte (par exemple, l'inaccessibilité à un service type restauration du fait de l'infrastructure inadaptée).

En 2005, la HALDE enregistre 1 410 réclamations ou plaintes. En cinq ans, ce nombre n'a cessé de croître passant la barre des 4 000 en 2006 pour ensuite doubler en 2008 (8 705) et enfin atteindre 12 467 en 2010, année de son dernier rapport⁷.

En 2009, selon le rapport de l'institution, 18.5% des dossiers concernaient une discrimination liée au handicap et 19% en 2010. La HALDE a été créée pour répondre à un besoin, nécessaire et présent : rétablir la justice pour les victimes de discrimination(s). Figurant dans les critères des discriminations, le handicap est alors reconnu par l'Etat français comme pouvant en être le vecteur.

Nous pouvons émettre une critique face aux chiffres divulgués par l'institution. En effet, le handicap, représentant la plus grande propension des expériences où l'intéressé·e affirme avoir été victime de discrimination, nous pouvons nous demander si ce chiffre ne pourrait être revu à la hausse si le système de catégorisation prenait en compte l'articulation entre les critères discriminants. Afin de clarifier le propos, prenons l'exemple d'une femme, noire, en situation de handicap qui se verrait refuser un poste et qui décide de saisir la HALDE pour discrimination fondée sur le sexe. Nous pouvons alors nous demander si le fait d'être en situation de handicap et/ou d'être noire n'aurait pas également altéré son expérience. Cela démontre l'intérêt de l'approche intersectionnelle, qui prend en compte les discriminations au regard de l'imbrication entre les rapports sociaux de genre, de race, de classe, de validité, d'âge, etc.

Pour résumer, un changement de paradigme s'est opéré quant aux définitions du handicap et l'évolution historique et sociale du modèle employé pour l'appréhender démontre la part de constructivisme en son sein. De plus, l'hétérogénéité des situations illustre la singularité de l'expérience handicapée. Une personne paralysée, se déplaçant en fauteuil roulant, n'aura pas les mêmes expériences et ne subira pas les mêmes discriminations qu'une personne ayant vécue une amputation et se déplaçant avec une prothèse.

⁶ La liste complète : l'origine, le sexe, la situation de famille, l'apparence physique, le patronyme, l'état de santé, le handicap, les caractéristiques génétiques, les mœurs, l'orientation sexuelle, l'âge, les opinions politiques, les activités syndicales, l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

⁷ Les rapports cités sont à retrouver en bibliographie.

Nous constatons donc une meilleure prise en compte des réalités vécues par les personnes en situation de handicap ainsi qu'une reconnaissance de leur humanité, de la diversité des individus dont elles sont parties prenantes. A l'instar des définitions entourant l'objet du handicap, la considération sociale et juridique entourant l'exercice de leurs sexualités a également évolué positivement. Ces deux évolutions historiques, sociales et par conséquent juridiques sont donc à mettre en corrélation. Toutefois, nous verrons que cette prise en compte est arrivée tardivement et peine encore à s'imposer partout.

2. La sexualité : une prise en compte récente

Le sociologue Pierre Brasseur (2021) nous informe qu'aujourd'hui, la sexualité des personnes handicapées est bien mieux acceptée par l'opinion publique en comparaison avec le XX^{ème} siècle où les personnes jugées « infirmes » ou « débiles » rencontraient des interdictions dans leur quête de relations affectives et sexuelles, par crainte de répercussion génétiques sur les générations suivantes. C'est donc sous couvert d'eugénisme que les personnes handicapées se trouvaient empêchées et niées dans leurs sexualités. Par ailleurs, ces connexions entre personnes en situation de handicap, sexualités et procréation, pouvaient être établies en partie car la sexualité procréative était alors considérée comme la norme socio-culturelle.

L'acceptation et la tolérance à l'égard de l'exercice de la sexualité par les personnes en situation de handicap se traduisent une nouvelle fois au sein des textes législatifs et institutionnels et ce, de manière tardive.

En 1974, l'OMS promeut la « santé sexuelle » de tous et toutes dont la sexualité fait partie intégrante. Ensuite, l'épidémie du sida et du VIH (début des années '80), qui touche également les populations accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux, force les institutions étatiques à reconnaître une sexualité pratiquée par ces populations (Brasseur, 2016). Jusque-là, leur sexualité était niée et la crise sanitaire va faire de la sexualité un objet de santé publique (Ville et *al.*, 2014). Enfin, les personnes concernées vont militer en faveur du droit à la sexualité, démontrant par là leur capacité d'agir. La sexualité deviendra alors un lieu « [d'] affirmation identitaire et de liberté existentielle » (Ville et *al.*, 2014, 162).

2.1. Sur fond d'une redéfinition de la santé sexuelle

Dans les années '70 l'Organisation Mondiale de la Santé a inscrit la santé sexuelle comme « partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie ». Cette définition a

été révisée à plusieurs reprises pour prendre la forme qu'on lui connaît encore à ce jour et ce depuis 2002 :

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

La même année, l'OMS promeut une nouvelle définition de la sexualité :

« La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels ».

Cette conception est importante puisqu'elle rappelle que la sexualité est un concept polysémique et que son exercice – nécessaire au bien-être des personnes – prend des formes diverses. Elle situe également les pratiques au centre des dynamiques sociales, juridiques, historiques...

Ces deux définitions permettent finalement d'appréhender la sexualité selon une approche positive, tout en n'omettant pas les risques et les violences qui peuvent y être affiliés mais en ne l'y réduisant pas. De plus, elles favorisent une émancipation vis-à-vis de l'approche stéréotypée de la sexualité, entendu comme étant forcément hétérosexuelle, conjugale, pénétrative ou encore procréatrice, à l'instar de l'approche freudienne. En effet, elle ne prescrit aucun script sexuel et reste assez vague pour permettre à chacun·e de s'y retrouver.

Insistons sur le fait que les sexualités sont propres à chacun et chacune. Elles sont singulières et communes à tous et toutes : il existe autant de définitions que d'êtres sexués. C'est notamment pour cette raison que dans la majorité des cas, la sexualité sera écrite sous sa forme plurielle : les sexualités.

De manière tardive, l'ONU, dans le *Code de bonne conduite* affilié aux *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés* publié en 1993, fait allusion au droit à la vie affective et relationnelle (entendre sexuelle) des adultes en situation de handicap (Planche et al., 2008).

Il y est préconisé la permission légale donnée aux adultes en situation de handicap d'avoir des relations sexuelles ou de procréer⁸.

De plus, l'ONU préconise alors l'accessibilité aux informations en termes d'éducation sexuelle, de méthode de planification familiale et des violences exercées à l'encontre des personnes en situation de handicap, notamment les femmes et les filles.

La liberté sexuelle est donc érigée comme un droit pour toutes et tous, sans distinction. Ce texte reconnaît également, par sa simple présence, l'existence de barrières imposées aux personnes en situation de handicap dans l'exercice de leur sexualité. Par ailleurs, à titre d'exemple, nous pouvons citer les stérilisations ou contraceptifs prescrits auprès des femmes en situation de handicap sans les concerter (Brasseur, 2016) ; ou encore, les parents préférant avorter lorsqu'ils apprennent la présence d'une anomalie du fœtus (Chiland, 2010).

De surcroît, l'Union Européenne a, quant à elle, publié en 1992 un ensemble de préconisations. Les mesures promulguées ont pour but d'assurer aux personnes atteintes d'incapacités « des conditions de vie telles que leur vie affective et sexuelle puisse se développer normalement » (Ibidem). Cela démontre une nouvelle fois la reconnaissance de l'existence d'expériences relationnelles et sexuelles de la part des grandes instances internationales.

2.2 : Sexualité et droit : liberté sexuelle ou droit à la sexualité ?

La définition des sexualités comme établie par l'OMS sera alors reprise et inscrite dans les normes juridiques françaises. La liberté sexuelle est également un principe rédigé au sein des textes législatifs français.

Bruno Py, avocat français spécialisé en droit pénal et en droit médical, rappelle lors de son intervention au Forum des Pratiques Innovantes⁹ la différence entre la liberté sexuelle et le droit à la sexualité. Il énonce alors le principe de liberté sexuelle dont chacun·e dispose et pour laquelle la loi prévoit des sanctions si des barrières sont faites à l'encontre des personnes. Néanmoins, il explique que le droit à la sexualité n'est pas inscrit dans la loi française. En d'autres termes, personne ne peut empêcher un·e majeur·e d'avoir des relations sexuelles

⁸ Le texte interdit l'existence d'une loi à l'encontre des personnes en situation de handicap, les discriminant et leur interdisant d'avoir des relations sexuelles ou de procréer.

⁹ Forum organisé par le CRÉDAVIS, une association française. L'objectif de cet événement était de mettre en avant les pratiques initiées par les établissements médico-sociaux, la société civile ou encore les pair·e·s au sujet de l'accès aux sexualités pour les personnes en situation de handicap. L'intégralité de son intervention est à retrouver sur la chaîne YouTube du CRÉDAVIS à l'URL suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=jNozf2DDoTg&t=305s>

consenties, chaque majeur·e est libre d'avoir une sexualité ou pas. Au même titre que personne ne peut saisir le juge si elle n'avait pas satisfaction sexuelle¹⁰. Fournir ou bénéficier de services sexuels pour répondre à un droit à la sexualité n'existe pas dans la loi française.

A l'inverse, et nous reviendrons plus en détails à ce sujet lors de l'état des lieux des résultats de la recherche, les difficultés auxquelles font face les personnes en situation de handicap se cristallisent majoritairement en pratique. Au même titre que les valides, la loi les protège, leur énonce des libertés, des limites, néanmoins les mises en pratique de cette loi ne sont pas toujours respectées.

Nous venons de voir que la sexualité est régie par la législation française, qu'il n'existe pas un droit à la sexualité mais bien le libre exercice de la sexualité ou en d'autres termes, le droit à la liberté sexuelle. Celle-ci reste encadrée par trois interdictions : actes contraints, imposés au corps d'autrui (viols, agressions, atteintes), actes imposés au psychisme d'autrui (harcèlement, exhibition), actes périphériques à la prostitution (réseau, clientélisme).

La reconnaissance française, européenne et internationale du droit à la liberté sexuelle des personnes en situation de handicap de leur droit à la liberté sexuelle va permettre l'autodétermination des personnes concernées pour défendre le droit à la sexualité par le biais notamment du droit à l'assistance sexuelle.

En effet, au début des années 2000, la question sexuelle est portée par les personnes concernées et les débats menés se cristallisent autour du droit à l'assistance sexuelle (Brasseur, 2016). Les personnes concernées démontrent par là leur agentivité et empouvoirement.

2.3. Le débat autour de l'accompagnement sexuel

Afin de comprendre la genèse de ces revendications politiques, il est nécessaire de faire un bond dans les années '70, époque à laquelle émergent les *disability studies* aux Etats-Unis et plus largement dans la sphère anglophone.

Les *disability studies* critiquent le modèle du handicap, alors dominant, le modèle biomédical et individuel. A l'inverse, elles prônent le modèle social du handicap déjà précédemment évoqué.

De plus, des activistes, majoritairement en situation de handicap, dénoncent l'oppression vécue en lien avec la sexualité : au même titre que les minorités de genre et

¹⁰ A savoir que le refus de relation sexuelle n'est pas institué comme une infraction. En revanche, en France, un divorce pour faute peut être prononcé, pour absence de relations sexuelles pendant plusieurs années. Pour exemple, un arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a été prononcé le 3 mai 2011.

sexuelles, les personnes handicapées voient leurs sexualités « pathologisées, médicalisées, [...] control[ées] » (Brasseur, 2016, p. 8).

En France, c'est au début du 21^{ème} siècle que les revendications commenceront à se faire entendre. Le débat se cristallisera alors surtout autour de la question de l'assistance sexuelle ainsi qu'autour des personnes concernées par la déficience motrice (Brasseur, 2016). Les personnes atteintes d'une déficience mentale se heurtent toujours à la même rhétorique, mettant par-là fin au débat, la question du consentement libre et éclairé.

Afin de répondre aux difficultés réelles vécues par les personnes en situation de handicap moteur, celles-ci proposent de mettre en place une aide, une assistance au plaisir sexuel, qui peut prendre des formes diverses. Une aide technique extérieure pour un couple : comme une aide à l'accouplement ; une aide humaine directe : ce qui se rapprocherait le plus de l'idée qu'on se fait des travailleur·euse·s du sexe ; ou encore, une aide théorique et pédagogique : sensibilisation, éveil au désir, ateliers découvertes, etc.

La France, à l'inverse de certains pays (Etats-Unis, Allemagne, Suisse, Belgique, Espagne, Suède), a une législation répressive au sujet de la prostitution. Depuis 2016, le délit de racolage n'existe plus. Néanmoins, les client·e·s et les proxénètes sont sanctionné·e·s. Cette loi, jugée coercitive par les militant·e·s en faveur de l'assistance sexuelle, est le noyau central rendant impossible la mise en place de services sexuels monnayés en France dont pourraient bénéficier les personnes en situation de handicap.

De plus, les activistes dénoncent les barrières environnementales auxquelles les personnes en situation de handicap doivent faire face lors de leurs rencontres. Ils et elles espèrent alors rendre accessible le plaisir sexuel, pour le bien-être des personnes. Pour ce faire, des liens sont créés entre une personne formée et la personne concernée, le tout sous l'égide des associations françaises déjà présentes.

Face à ce plaidoyer, les détracteurs de l'assistance sexuelle déploient plusieurs arguments : la non-marchandisation des corps, notamment les femmes, majoritairement concernées par ces pratiques, ainsi que la stigmatisation dont les personnes en situation de handicap font l'objet si la loi venait à être changée. En effet, certain·e·s, dont des personnes concernées, estiment que la spécificité réservée à une tranche de la population – ici, les personnes en situation de handicap – renforce leur exclusion alors que le but visé est inverse¹¹.

¹¹ A titre d'exemple, Les Dévalideuses, association française, fondée par et pour des femmes en situation de handicap soutient cet argument.

Par ailleurs, l'OMS rédige la définition du « comportement sexuel responsable » en 2000 et fait le lien direct entre l'autonomie des personnes et la quête du plaisir sexuel qui en découle :

« Le comportement sexuel responsable est exprimé aux niveaux individuel, interpersonnel et communautaire. Il est caractérisé par l'autonomie, la réciprocité, l'honnêteté, le respect, le consentement, la protection et la poursuite du plaisir et du bien-être ».

Grâce aux apports de l'OMS, institution internationale et des politiques des droits des personnes en situation de handicap, des militants et militantes se sont saisi·e·s du sujet et font du droit à l'assistance sexuelle leur combat. Leurs arguments reposent sur les principes d'autonomie et du droit au plaisir sexuel qui sont fondamentalement liés au bien-être de la personne.

De plus, un argument fondateur des protagonistes en faveur de l'assistance sexuelle réside dans le principe de compensation érigé par la loi 2005.

Bien que l'accompagnement sexuel ne soit toujours pas autorisé par la loi puisque cette pratique fait écho à la prostitution, les travailleur·euse·s du sexe ne sont pas légalement pénalisé·e·s. Néanmoins, les client·e·s et les personnes favorisant ou aidant à la mise en contact entre la·e professionnel·le et le·a client·e sont sanctionné·e·s par la loi.

Nous venons de le voir, l'assistance sexuelle répond à une morale. Celle-ci condamne la vente de service sexuels et par là, la vente des corps. Pour autant, les personnes en situation de handicap ainsi que les professionnel·le·s aidant·e·s « forcé·e·s »¹² de faciliter la mise en contact ne sont pas sanctionné·e·s. Cela tend à montrer l'impasse juridique dans lequel se trouvent les personnes en situation de handicap voulant bénéficier d'un accompagnement sexuel. Finalement, nous pouvons nous questionner sur le caractère plus ou moins hypocrite, ambivalent de la loi lorsque l'Etat n'engage aucune sanction à l'encontre des associations formant à l'accompagnement sexuel, alors même qu'elle inscrit dans ses textes la pénalisation du client et du proxénétisme depuis 2016. En effet, des associations formant des futur·e·s accompagnant·e·s sexuel·le·s existent en France telles que C(h)OSE ou APPAS, pour n'en citer que quelques unes ?

Ces pénalisations sont davantage plus restrictives pour les personnes vivant en institution puisque la responsabilité de l'établissement est engagée à travers ses

¹² J'utilise le terme « forcé·e·s » non pas sous le sens coercitif mais bien altruiste voire professionnel. En effet, les personnes fortement dépendantes du fait de leur déficience, sont obligées de demander à une tierce personne l'aide. Composer le numéro de téléphone, effectuer la recherche sur Internet, téléphoner, etc. autant de gestes du quotidien dont certain·e·s sont empêché·e·s corporellement.

professionnel·le. Cela limite donc sûrement les aides que pourraient apporter les personnels des structures à destination des usagers demandeur·euse·s des prestations évoquées.

L'Etat ne serait-il donc pas hypocrite de décerner des subventions à ces entités associatives alors qu'il dit lutter contre les services proposés en question ? De plus, les travailleur·se·s du sexe se doivent de déclarer leurs revenus, alors même qu'ils et elles ne peuvent pas prétendre à la couverture médicale ou encore à la retraite. Peut-être que l'Etat n'est finalement pas si en désaccord avec ces apports de solution face à la détresse témoignée par les personnes en situation de handicap. Peut-être peut-on y voir les pressions exercées par des associations et des mouvements, majoritairement chrétiens ?

Le Comité Consultatif National Ethique a été saisi par deux fois à ce sujet. La première sollicitation a eu lieu en 2011. Elle est diligentée par Roselyne Bachelot alors ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale, qui s'oppose à la mise en place d'un tel dispositif. En 2020, c'est au tour de Sophie Cluzel, Secrétaire d'Etat chargée des Personnes Handicapées depuis 2017, de s'en remettre au Conseil afin que soit mis en place ce service. A deux reprises, le CCNE a répondu par la négative. Reste que la réponse publiée en 2021 laisse entrevoir une brèche, seulement pour les personnes atteintes de déficiences motrices lourdes.

Ce cadre législatif démontre que l'objet du handicap résulte d'une construction sociale, sa définition étant perpétuellement en mouvement au vu des évolutions historiques, sociales et juridiques. De même, les sexualités et les normes, les pratiques et les représentations qui y sont apposées sont construites. Aujourd'hui, le modèle dominant réside au sein de la définition plébiscitée par l'OMS.

Nous venons de le voir, le combat pour la liberté sexuelle est essentiellement porté par et pour les personnes en situation de handicap, en s'appuyant sur les principes juridiques français de non-discrimination et de compensation.

L'accompagnement sexuel est alors présenté comme l'une des solutions compensatrices à mettre en place afin de répondre à la « misère sexuelle » dont les personnes en situation de handicap font l'objet et qui résulte d'une société handicapante (socialement, architecturalement parlant notamment). Par ailleurs, cette « moindre fréquence des rapports socio-sexuels » a été mise en exergue par la recherche scientifique en sciences humaines et sociales.

Constatons cependant que la recherche articulant sexualités et handicaps a tardé à se développer, à l'instar de la reconnaissance des droits et des libertés des personnes en situation de handicap.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dès lors nous interroger sur les normes, pratiques et représentations sexuelles qui entourent les sexualités des personnes en situation de handicap.

C'est ce à quoi nous allons tenter de répondre, dressant un état des lieux des résultats de la recherche scientifique.

3. Sexualités et handicaps : un champ de la recherche reflétant cette reconnaissance croissante

3.1. Un espace en expansion

Partons d'un premier constat : « la sexualité a été durablement délaissée par les études féministes françaises » (Clair, 2013). Ce n'est d'ailleurs pas spécifique à ce champ de recherche particulier. Les données récoltées au sujet des pratiques sexuelles partagées par la population générale restent encore peu foisonnantes, peu fiables et donc peu représentatives « des comportements socio-sexuels des Français·e·s » (Gardien, 2015).

De plus, les enquêtes portant sur l'articulation sexualités et handicaps sont « généralement restreintes dans leur portée » ou bien concernent « une population très spécifique » (Gardien, 2015).

Néanmoins, bon nombre d'articles, d'ouvrages et d'écrits au sens large existent à ce sujet. Une grande majorité de ces derniers sont parus à partir du 21^{ème} siècle et paraissent au sein de mon corpus documentaire.

Des personnes issues de la société civile, tel que Marcel Nuss, s'emparent du sujet et tentent de faire évoluer les pratiques. Ce dernier a rédigé des ouvrages, participé aux enquêtes portant sur l'articulation « Handicap et sexualité » (notamment celle avec Pierre Ancet, 2012), organisé le colloque d'avril 2007 à Strasbourg portant sur la législation de l'accompagnement sexuel et dont un livre est paru depuis (« Handicaps et sexualités. Le livre blanc ». Sous la direction de M. Nuss, 2008). Enfin, il a fondé et présidé l'Association Pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel (APPAS) en 2013 qui recense 580 demandes depuis sa création¹³.

Alors que la majorité des écrits et travaux à ce sujet soit récente, et que la recherche ait tardée à investir ce champ spécifique, nous pouvons constater qu'aujourd'hui, de nombreux résultats sont parus. Nous allons tenter de présenter un état des lieux le plus exhaustif, en se basant sur un corpus majoritairement français.

3.2. Les résultats de la recherche

¹³ Informations trouvées sur le site internet de l'APPAS, à consulter à l'URL suivante : <https://www.appas-asso.fr/etudes/>

Les recherches en sciences humaines et sociales démontrent des freins persistants pour les personnes en situation de handicap dans leur quête de relations sexuelles¹⁴.

En effet, des résistances sont constatées à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau socio-culturel, avec des représentations prégnantes ou préjugés négatifs dont ils et elles font l'objet. C'est ce que démontre la recherche menée par le chercheur Alain Giami (2001) portant spécifiquement sur les représentations de la sexualité des personnes porteuses d'une déficience mentale par leur entourage. Les stéréotypes autour de leur sexualité renforceraient l'image dichotomique de l'« ange asexué », qui n'a donc pas de sexualité ni même de pensées à cet égard, *versus* la « bête assoiffée » qui aurait des comportements déviants, voire pervers.

Ensuite, le sexologue André Dupras (1999) constatait que l'entourage – familial, professionnel et social – des personnes concernées avait tendance à dévaloriser la capacité de celles-ci à séduire et à faire couple. Leur grille de lecture était expliquée par la dissonance avec les normes et les mœurs. Autrement dit, leur soi-disant difficulté à faire couple résidait dans la longévité jugée insuffisante de la relation ainsi que selon une idée normative et moraliste du bonheur.

Alors que la doctorante en éducation Jennifer Fournier (2015), grâce à sa thèse portant sur la prise en compte de la vie amoureuse et sexuelle en établissements spécialisés, rapporte des formes de conjugalité marginales, en prenant l'exemple des « amitiés déssexualisées », considérées par les protagonistes comme une forme de relation conjugale. Cela démontre bien le caractère situé, construit et individuel du rapport à la conjugalité, à autrui et par conséquent, à la sexualité.

Puis, des freins au niveau institutionnel. D'après une étude menée à partir des données de l'enquête « Handicap, incapacités, dépendance » (commanditée par l'INSEE en 1998), nous constatons que les personnes vivant en établissement ont « une moindre fréquence des rapports socio-sexuels » que les personnes en situation de handicap vivant en milieu ordinaires. En effet, parmi les hommes âgés de 16 à 29 ans et ne vivant pas en couple, 23% des hommes ayant au moins une déficience et vivant en institution déclarent avoir un/des partenaires sexuel.le.s, contre 45% des hommes ayant au moins une déficience déclarée et vivant en ménage, contre 39% des hommes sans déficience et vivant en ménage. Pour les femmes âgées de 16 à 29 ans, 21% ayant au moins une déficience et vivant en institution déclarent avoir un/des partenaire.s

¹⁴ Les relations sexuelles sont à différencier des relations amoureuses ou « affectives ». Nous pourrions utiliser la forme « relation amoureuse » lorsque la recherche en question apporte la lumière en ce sens. De plus, les relations sexuelles peuvent avoir lieu hors relations amoureuses, tout comme des relations amoureuses peuvent être vécues sous la modalité asexuelle.

sexuel.le.s, contre 55% de celles vivant en ménage et ayant au moins une déficience, contre 39% de celles vivant en ménage sans déficience déclarée (Giami et De Colomby, 2008).

De plus, les auteurs ci-dessus cités soulignent la différence entre déficience et incapacité en démontrant que cette dernière révélerait de plus grande difficulté dans l'accès à l'expérience sexuelle. En effet, la dépendance (médicale, juridique ou financière) liée aux incapacités serait à l'origine des difficultés exprimées par les personnes vivant en institution.

Enfin, alors que la conjugalité représente une norme de la vie adulte (Bouchet, 2021), les personnes nées avec une déficience seront moins fréquemment en couple que la population générale, notamment s'il y a prégnance d'incapacité résultant sur la nécessité d'une aide humaine. De plus, si le handicap survient dans une cellule conjugale formée lors des générations anciennes, le couple s'en trouvera renforcé d'après les résultats de l'enquête (Banens et *al.*, 2007). Par renforcé, les auteur·rice·s précisent que cela consiste en un « effet protecteur » contre la séparation. Néanmoins, la qualité de la relation ne sera peut-être pas préservée.

3.3. Des angles morts toujours peu exploités

Alors que des mouvements et des collectifs de personnes en situation de handicap féministes émergent dès les années 1970, visibles en partie à travers les revendications dans la revue « Handicapés méchants », parue de 1974 à 1979, les personnes concernées alertent ainsi sur les spécificités apportées par la condition des femmes en situation de handicap, notamment dans le champ des sexualités. Les revendications pour la reconnaissance des spécificités selon le genre avaient déjà lieu 50 ans en arrière, tandis que nombre des études réalisées à ce jour portent sur les personnes en situation de handicap en tant que groupe homogène, annihilant ainsi les spécificités genrées (Bouchet, 2021).

Dès lors, en 1978, les auteures de la revue « Handicapés méchants » dénoncent la négation du désir et des sentiments des femmes en situation de handicap par la société. De plus, elles insistent sur l'infantilisation dont elles font l'objet : « c'est une lutte sans fin pour pouvoir que l'on n'est plus des petites filles » (cité par Gardien, 2015, Revue *Handicapés méchants*, 1978, n°9-19, p. 11). Elles affirment également que « les 'normes sexuelles', explicites ou implicites, [...] de nature à restreindre (à censurer) les possibilités de PRATIQUES REELLES [d]es handicapées [...] » (cité par Gardien, 2015, Revue *Handicapés méchants*, 1978, n°11-12, p.4).

Afin d'illustrer l'homogénéité implicite lorsqu'il s'agit de personnes en situation de handicap, considérées sans distinction de genre, le pédopsychiatre Roger Salbreux (2010)

rapporte le « troisième sexe » auquel appartiennent symboliquement les personnes en situation de handicap. Ce flou sexué entraînerait des répercussions diverses, tant sur les constructions identitaires des personnes intéressées (Scelles, 2010), que sur le déni de leur vie sexuelle (Madiot, 2021). Toutefois, les personnes en situation de handicap résideraient socialement, à la fois, sous le joug de la binarité sexuée et des injonctions sexistes, tout autant que les valides. Mais également sous le joug du validisme, se voyant ainsi refuser les « désirs liés à la féminité ou à la virilité » (Korff-Sausse, 2010).

Les femmes sembleraient plus épargnées quant à la moindre fréquence des relations de couple que les hommes lorsqu'elles vivent à domicile. En effet, « en 2003, les hommes avec un handicap administrativement reconnu et se déclarant dépendants d'aide humaine avaient une fréquence de vie en couple s'élevant à 56% de la fréquence de la population générale, contre 97% pour les femmes dans une configuration similaire » (Banens et *al.*, 2007).

Il est tout à fait légitime de lire les chiffres précédents au prisme du genre. Les attributs de la masculinité traditionnelle reposent sur la capacité des hommes à protéger leur famille, être indépendant, rester actif. Ceux-ci sont ébranlés lorsqu'il est question d'hommes ayant nécessité à dépendre d'une aide humaine. Le sociologue Michel Bozon (2016), spécialisé dans les études portant sur les sexualités, rappelle qu'au sein des « relations hétérosexuelles entre personnes valides, une plus forte revendication masculine d'indépendance est communément acceptée ».

Par ailleurs, peu d'études portant sur les comportements sexuels des Français et des Françaises existent à ce jour (Gardien, 2014). De surcroît, les travaux réalisés, concernant les personnes en situation de handicap, ont majoritairement questionné les effets des sexualités des hommes cisgenres et ont moins investi la question des impacts sur les sexualités féminines (Brasseur et Detuncq, 2014). Ensuite, ceux-ci n'ont jamais affiné leurs analyses au prisme de l'hétéronormativité (Madiot, 2021). Enfin, les débats et travaux se sont majoritairement cristallisés autour de l'assistance sexuelle (Brasseur, 2016), son caractère éthique, militant ou encore juridique, laissant de côté les pratiques effectives.

C'est donc dans une démarche constructiviste et afin de contribuer humblement au champ de la recherche, que notre travail tente d'investir un domaine trop peu développé, au prisme du genre, du validisme tout en mobilisant le concept d'intersectionnalité.

Le concept d'intersectionnalité, grâce à l'articulation des systèmes de domination et de (re)production des normes semble pertinent puisqu'il permet « [...] l'appréhension empirique de situations sociales dont le seul concept de genre ne permet pas toujours de rendre compte et que la pensée de son articulation avec la sexualité est susceptible de révéler » (Clair, 2013, p. 96).

Afin d'approfondir la question de l'accessibilité à l'exercice de la sexualité par les femmes en situation de handicap, le concept d'intersectionnalité autorise l'inclusion d'autres systèmes hiérarchiques tel que la capacitisme (ou validisme). Par ailleurs, dès la fin des années '80, Susan Wendell, scientifique américaine, elle-même atteinte de déficiences motrices, insistait sur l'importance de développer un féminisme prenant en compte les réalités des femmes en situation de handicap (Wendell, 1989). Son premier argument était d'affirmer que la moitié des personnes en situation de handicap sont des femmes et que 16% des femmes sont en situation de handicap. De plus, les théoriciennes féministes ont été les premières à mettre en exergue les « attitudes culturelles à l'égard du corps » (Wendell, 1989, p. 105) dont les personnes en situation de handicap se trouvent aussi soumises. Ce mouvement et courant de pensée est désormais appelé le « handiféminisme » en France et les parties prenantes investies tentent d'analyser les rapports sociaux au prisme de l'intersection entre l'identité de genre et l'expérience handicapée.

En conclusion, l'état des lieux de la littérature prenant en considération le concept du genre et plus largement l'imbrication des rapports sociaux, met en lumière des analyses plus fines, plus poussées et plus proches des réalités vécues et des répercussions sociales pour les personnes en situation de handicap.

Nous venons d'en voir un bref aperçu et nous allons désormais détailler les sexualités des femmes en situation de handicap moteur. En effet, dans une société qui crée des hiérarchies entre les groupes sociaux – genre, race, classe, capacité, etc. – des conséquences sont à retrouver à plusieurs niveaux : la perception de soi, les discours et représentations entourant la sexualité des femmes en situation de handicap, les pratiques effectives.

Focale sur les sexualités des femmes majeures en situation de handicap moteur

Comme susmentionné, des spécificités sont vécues différemment selon les identités des personnes ou selon les perceptions projetées sur ces identités, au regard de notre société occidentale et contemporaine avec les normes et les mœurs émises par celle-ci. L'identité de genre ou l'expérience du handicap sont des éléments à prendre en compte, mais pas seulement. Bon nombre de marqueurs sociaux (âge, CSP, lieu d'habitation, etc.) sont à prendre en compte si nous souhaitons affiner l'analyse sociologique.

Les sexualités « demeurent largement empreintes de genre » (Béréni et al., 2021, p. 162). Cela se manifeste par la construction imaginative de différents scripts sexuels selon le genre. En effet, les sexualités restent un marqueur d'inégalité entre les personnes (Bozon, 2008), ce que nous verrons en réfléchissant à l'imbrication co-dépendante du genre et de la sexualité. Cela amène à des systèmes hiérarchiques et d'oppression basés sur des injonctions auxquelles les personnes doivent se contraindre pour ainsi performer au mieux leur genre d'appartenance (1.1). Par la suite, nous évoquerons les discriminations effectuées à l'encontre des personnes en situation de handicap sur la base de la hiérarchie sociale qui érige les corps « valides » en corps légitimes, aux dépens des corps « handicapés ». De plus, nous soulignerons les violences sexuelles dont sont victimes les femmes en situation de handicap, et de manière plus marquée que les femmes sans déficiences ni incapacités (1.2).

Dans un second temps, grâce aux résultats de la recherche, nous verrons tout d'abord que les femmes et les hommes ne font, majoritairement, pas la même expérience des sexualités, bien que les carrières sexuelles tendent à évoluer similairement (2.1). Ensuite, nous insisterons sur l'importance de l'éducation à la sexualité, notamment lors de l'enfance et l'adolescence. En effet, c'est à cette occasion que l'apprentissage des pratiques et des normes relationnelles se fait, à travers la socialisation, dont les acteurs et actrices scolaires se trouvent être des agents de socialisation primordiaux. Or, nous ferons le constat d'une éducation à la sexualité parsemée et diversifiée selon l'origine sociale, l'origine géographique ou encore le l'établissement scolaire, collégial (2.2). Enfin, nous utiliserons le concept butlerien d'agentivité (Butler, 1990), outil mettant en exergue la capacité des personnes dominées à agir pour elles-mêmes, à s'émanciper de la domination et ainsi, dans notre contexte, à développer de nouvelles formes

de sexualités, en marge de la norme. Nous pourrions alors caractériser ces pratiques de « subversives » (2.3).

1. Validisme et genre : la production de hiérarchies

1.1 Genre et sexualité

Le concept du genre, terme polysémique et polymorphe, est un outil analytique, une « catégorie d'analyse » (Scott, 1986) permettant de mesurer et d'évaluer les inégalités entre les sexes et les genres. Quatre « dimensions analytiques [sont] centrales d[ans] ce concept : le genre est une construction sociale, [...] un processus relationnel, [...] un rapport de pouvoir, [...] imbriqué dans d'autres rapports de pouvoir » (Béréni et *al.*, 2021, p. 5). Il permet d'analyser le caractère construit des cadres sociaux, notamment les cadres sociaux de la sexualité (Bozon, 2001).

L'anthropologue française Françoise Héritier (1981) a singulièrement développé un outil d'analyse, la « valence différentielle des sexes » (Héritier, 1981 ; 1996), grâce auquel elle démontre que, de manière universelle, il existe une bi-catégorisation symbolique et sociale classant le masculin et les hommes séparément du féminin et des femmes (masculin/homme vs féminin/femme). Cette bi-catégorisation résulte alors sur la hiérarchisation entre ces catégories où les valeurs socialement et symboliquement considérées masculines seraient hégémoniques. Ces fondements anthropologiques de la domination masculine permettent de démontrer des inégalités de taille puisque les valeurs négatives sont souvent, voire toujours, reléguées au féminin et aux femmes tandis que les valeurs positives sont reléguées au masculin et aux hommes.

De plus, une classification a été créée à la fin du 20^{ème} siècle, reprenant des caractéristiques et les classant selon ce à quoi cela renvoie d'un point de vue social. La féminité, passivité, tendresse, faiblesse, sensibilité seraient l'apanage des femmes, alors que, la brutalité, virilité, rivalité, instabilité sont des attributs qui représenteraient les hommes. Cette classification dichotomique démontre la construction sociale des corps et des émotions, comme le nom de l'ouvrage – dont les travaux sont tirés – l'indique (Préjean, 1994). Ces idéologies servent à légitimer et préserver l'ordre social.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la définition de la sexualité la plus courante est celle de l'OMS. Elle reprend notamment l'idée que la sexualité est individuelle, personnelle mais peut s'exercer à plusieurs, si chaque partie prenante consent. C'est une

définition générique, globale, assez large pour que tout le monde s'y retrouve puisque la sexualité est intrinsèquement unique et propre à chacun-e. Il y a donc autant de définitions que d'êtres sexués. A l'instar du genre ou du handicap, la sexualité est un terme polysémique et polymorphe.

Cette définition résulte de processus historiques, juridiques et sociaux comme nous l'avons démontré précédemment. Michel Foucault, à travers ses travaux sociologiques, a particulièrement participé à la démonstration des interactions entre position sociale et identité de genre, notamment à l'ère antique (Foucault, 1984). En effet, dès lors, la sexualité était modélisée, d'un point de vue intellectuel, de manière asymétrique entre les personnes. Le rapport sexuel était à différencier de la relation et qui plus est, il était empreint de rapport de pouvoir (le sexe était une *action sur quelqu'un*). La possibilité de ce rapport sexuel dépendait du statut social de la personne qui accomplissait l'action et reposait sur une hiérarchie (homme sur femme, homme sur esclave, homme sur garçon).

Aujourd'hui, la sexualité se conçoit comme réciproque, consentie lorsqu'il s'agit d'une expérience partagée (hors masturbation solo). La réciprocité permet de définir les protagonistes comme partie prenante à part égale (Bérini et *al.*, 2021). La sexualité ne requiert pas un nombre particulier d'acteurs et actrices. En effet, la société érige désormais la masturbation comme « activité sexuelle légitime » (Bérini et *al.*, 2021, p 159), et lorsqu'elle s'expérimente en duo, dorénavant, un consensus existe autour de l'idée que ce sont deux sexualités¹⁵ qui se rencontrent.

Dans ce nouveau paradigme de la sexualité, marqué par l'individualisme, la « libération des mœurs » (dont le paroxysme est l'année '68) et autres changements politiques, juridiques et économiques, notamment l'avancée pour l'égalité entre les sexes, permettent d'ériger de nouvelles normes. En effet, de profondes évolutions ont eu lieu durant les 20^{ème} et 21^{ème} siècles, qui ont permis un gain pour les femmes dans l'acquisition d'un nouveau statut.

Plusieurs études sur les comportements sexuels ont été réalisées en France (ACSF, 1992 ; les enquêtes Simon, 1997 ; CSF, 2006). La dernière, datant de 2006, démontre des évolutions conséquentes dans les comportements et pratiques sexuelles, mais de moindre effet sur les représentations des rôles masculins et féminins dans l'exercice de la sexualité (Bajos et Bozon, 2007). Le sociologue Michel Bozon affirme qu'« [i]l existe un lien dialectique entre genre et sexualité. L'un ne change pas sans l'autre, et réciproquement [...] », et que ces profonds

¹⁵ La sexualité est propre à chacun-e d'une part mais également chaque personne peut concevoir (théoriquement et en pratique) la sexualité de différentes manières. C'est pourquoi j'emploierai la forme plurielle pour parler de la sexualité.

changements sociaux, économiques et juridiques ont eu des répercussions sur le « renouvellement du cadre social, institutionnel et normatif de la sexualité » (Bozon, 2005, p. 105-106).

Pour n'en citer seulement que quelques-uns, les changements sociétaux opérés peuvent être perçus au niveau économique avec l'entrée des femmes sur le marché du travail (années '80) ; au niveau juridique avec la possibilité pour les femmes mariées d'ouvrir un compte bancaire à leur nom sans autorisation masculine (1965), ou encore de demander le divorce à l'amiable (1975), l'autorisation de la pilule contraceptive et sa rapide diffusion (1967 dans les textes, 1972 dans les faits), la légalisation sur l'avortement (1975) ; au niveau social avec l'émergence de nouvelles cellules conjugales et parentales (acquisition des droits des homosexuels, lesbiennes et bisexue·le·s, la monoparentalité, l'homoparentalité, etc.).

Certes, la vie sexuelle des femmes françaises est plus longue et plus diversifiée qu'auparavant (Bozon, 2005). Toutefois, Bozon met en garde, quant à l'amalgame qui pourrait être fait en affirmant que les femmes se sont affranchies des contraintes du passé. Certaines contraintes sont aujourd'hui dépassées, néanmoins, l'individualisation de la sexualité qui fait office de norme sexuelle actuelle, ne prend pas la même forme selon le sexe des concerné·e·s. A titre d'exemple, le sociologue souligne le « déséquilibre persistant des attentes sociales et des jugements sur les conduites sexuelles des hommes et des femmes, les différences durables de leurs modes d'engagement dans la sexualité » (Bozon, 2005, p. 105), le caractère systémique et sexiste des violences faites aux femmes, dont les violences sexuelles font parties ou encore, la prostitution dont l'offre concerne toujours majoritairement les femmes et la demande, les hommes.

Par ailleurs, la sexualité est encore pensée comme le produit de la biologie (Laqueur, 1992) et non d'une construction sociale acquise. La nature des rôles qui en découlent serait alors justifiée par la biologie, qui défend l'idée que les hommes auraient des pulsions et des besoins sexuels plus prononcés que les femmes. Cette idéologie se retrouve notamment dans les résultats de l'enquête Contexte de la Sexualité en France (2006). En effet, « les hommes et surtout les femmes sont [...] majoritairement d'accord avec l'idée selon laquelle les hommes auraient *'par nature plus de besoins sexuels que les femmes'* ». Les jeunes générations auraient moins tendance à affirmer par la positive cette idée, mais dans des proportions gardées (Bajos et Bozon, 2007, p. 31-32).

De surcroît, des différences sexuées se font sentir au sujet des modalités d'accès aux relations sexuelles. Alors que les femmes sont encouragées à entretenir des relations interpersonnelles dans le cadre conjugal, les hommes trouveraient dans la sexualité une

gratification individuelle et sont encouragés voire valorisés dans cette modalité. Les premières seraient principalement à la recherche d'un compagnon et les seconds, à la recherche d'une aventure (Bajos et *al.*, 2008).

Les rapports de genre et la sexualité sont unis et co-construites. En effet, les rapports de genre structurent les sexualités notamment sur la base de rapports inégaux. A l'inverse, la sexualité produit, renforce et légitime les rapports de genre (Bozon, 2001).

La domination masculine est l'une des causes et des conséquences des rapports sociaux de genre inégaux. Les violences, majoritairement masculines, perpétrées majoritairement à l'encontre des femmes, sont une des formes de la « domination masculine » (Bourdieu, 1998).

Lorsque nous évoquons la sexualité, le coït (génital) est généralement ce à quoi nous nous référençons. Cette sexualité génitale prend alors la forme d'un rapport sexuel androcentré (dont l'homme et son plaisir se trouve au centre de l'action) et par extension phallocentré (dont le pénis est au cœur des attentions) (Fournier, 2020 ; Lagouge, 2021). Ces modalités peuvent être considérées comme une des formes que prend la domination masculine.

Les rapports de genre et la sexualité reposent sur des constructions sociales et culturelles. Nous l'avons évoqué, ces deux notions sont alors co-dépendantes et se nourrissent l'une de l'autre. Toutefois, les rapports de genre ne sont pas les seuls rapports qui influent sur la sexualité. En effet, l'imbrication entre les différents rapports sociaux permet de mettre en lumière des réalités vécues de manières significatives et diversifiées. Le concept d'intersectionnalité (Crenshaw, 1989) nous est précieux ici car il permet notamment d'analyser les discriminations subies par les femmes en situation de handicap. Ces discriminations résultent de l'imbrication entre les rapports sociaux de genre (identité de genre féminine réelle ou supposée) et les rapports sociaux liés à leurs déficiences et/ou incapacités (contexte social, juridique, économique, médicale, dépendance humaine, etc.). Ces difficultés, discriminations voire violences peuvent prendre différentes formes et peuvent être matérielles (violences corporelles, mépris) ou symboliques (dépréciation corporelle, exclusion sociale). C'est ce que nous allons tenter de démontrer à présent.

1.2. Des discriminations à leur rencontre

Tout d'abord, alors que la sexualité consentie et réciproque est devenue l'une des nouvelles normes de la sexualité contemporaine, les violences sexuelles persistent. En effet, les violences sexistes, dont les violences sexuelles font parties, sont encore aujourd'hui

majoritairement le produit des hommes et dont les victimes sont majoritairement des femmes (Jaspard et *al.*, 2003).

Comme nous venons de le voir, sous couvert d'une nature biologique, les hommes sont considérés comme nécessitant des besoins sexuels, expérimentant des « pulsions » sexuelles plus appuyées que les femmes et qui parfois légitiment les violences à caractère sexuel. Alors que, dans une société où les femmes sont sous le joug de la domination masculine, il s'agit pour les hommes d'une stratégie pour « remettre les femmes à leur place » (Bozon, 2005).

Les personnes en situation de handicap sont considérées comme « vulnérables » par la loi française du fait de leurs incapacités, et notamment dans le cas de la « sexualité »¹⁶. En effet, les violences perpétrées à l'encontre d'une personne en situation de handicap constitue un caractère aggravé aux yeux de la législation française.

Dans les faits, les femmes en situation de handicap représentent une proportion plus élevée des femmes victimes de violences. A titre d'exemple, selon une étude internationale effectuée par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), les filles et femmes en situation de handicap ont 10 fois plus de risque de subir des violences basées sur le genre en comparaison à leurs homologues valides. Par ailleurs, le risque de violence s'accroît selon le type de handicap. En effet, les femmes porteuses d'un handicap mental et psychique « sont davantage touchées dans la fréquence et l'intensité des violences » (Observatoire des violences sexistes et sexuelles de Nouvelle-Aquitaine, 2021). Elles sont notamment trois fois plus victimes de violences économiques que les autres, par exemple avec la confiscation de l'allocation handicapée.

De plus, des discriminations s'opèrent quant à l'accès des femmes en situation de handicap à leurs droits sexuels et reproductifs. Tout d'abord, les femmes en situation de handicap ont longtemps été légalement privées de leurs fonctions reproductives, allant jusqu'à leur stérilisation forcée, pour les femmes en situation de handicap mental notamment (UNAPEI, 2005). Encore aujourd'hui, de nombreuses filles et femmes accueillies en établissements spécialisés se voient prendre la pilule quotidiennement sans être mises au courant de cette décision personnelle et médicale (Durif-Varembont, 2014)¹⁷. A l'inverse, des familles

¹⁶ Sexualité est mise entre guillemets ici car les violences sexuelles sont à différencier de la sexualité. Au contraire il s'agit d'une violence et dans ce cas, il n'y a aucun but de plaisir sexuel recherché. Bien que de la violence pourrait être investie au sein des sexualités, à l'instar des pratiques BDSM. Les violences dont nous parlons ici sont la résultante d'un rapport de pouvoir non consenti.

¹⁷ Lors de mes entretiens exploratoires dans le cadre de ce travail de recherche, ainsi que lors de mon stage au sein de l'association CRÉDAVIS, j'ai pu être témoin de nombreux témoignages attestant que les équipes professionnelles, médicales ainsi que l'entourage familial, prennent ces décisions sans systématiquement avoir consulté au préalable la personne concernée.

s'opposent à la prise de produits contraceptifs par leur fille, du fait que cela renverrait à une sexualité active¹⁸. Finalement, dans les deux cas, l'avis de la principale concernée n'est pas pris en compte, voire n'a pas été consulté, et des tierces personnes exercent un pouvoir sur le corps de ces femmes et de ces filles. Cela n'est pas sans rappeler les travaux de Foucault face aux disciplines médicales et personnes détentrices de savoir, qui s'immiscent dans la vie et l'intimité des personnes. A elles seules, le savoir détenu entre leurs mains leur procure le pouvoir de définir la normalité et l'anormalité (Foucault, 1976).

Par ailleurs, des discriminations d'accès à la parentalité sont également exercées à l'encontre des femmes en situation de handicap comme en atteste le cas de Gaëlle Reynaud, atteinte d'une maladie génétique et dégénérative. Elle raconte, lors d'une mini-série réalisée par le CRÉDAVIS, les difficultés et freins rencontrés lors de sa grossesse. En effet, la PMI (Protection Maternelle et Infantile), avait programmé le placement de son enfant en famille d'accueil, avant même que celui-ci soit né. Gaëlle a dû s'armer juridiquement, à l'aide d'avocats, pour faire face à cette discrimination et récupérer la garde de son fils¹⁹.

De surcroît, des discriminations apparaissent pour les femmes et les filles en situation de handicap dans l'accès aux soins. A titre d'exemple, les femmes et les filles en situation de handicap consultent avec une moindre occurrence le personnel médical, gynécologique et obstétrical spécifiquement. L'étude *HandiGynéco*, pilotée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France en 2017, démontre que seulement 58% des femmes en situation de handicap²⁰ ont un suivi gynécologique régulier. Plus d'un quart d'entre elles n'ont jamais fait de frottis. Les freins perçus par les professionnel·le·s portent majoritairement sur l'inadaptabilité des locaux (en termes de transports en commun mais également en termes d'infrastructure) et du matériel ainsi que sur le manque de formation face au public porteur d'un handicap (Etude *HandiGynéco*, ARS, 2017).

Ceci alors même que les femmes en situation de handicap sont plus vulnérables, plus violentées, plus discriminées au sujet des différents points abordés, notamment l'accès aux soins et aux droits sexuels, reproductifs et parentaux. Qui plus est, les personnes en situation de handicap sont également victimes de violences symboliques. En effet, l'oppression systémique, théorisée sous le nom de validisme, touche les détenteurs et détentrices des corps jugés « hors-normes » et de ce fait, non « légitimes » (Boni-Le Goff, 2016).

¹⁸ C'est le cas d'une situation évoquée par l'équipe professionnelle lors de leur formation par le CRÉDAVIS et pour laquelle j'étais moi-même présente.

¹⁹ Mini-série à visionner à l'URL suivante : https://www.youtube.com/watch?v=VdFRjHB_hsc.

²⁰ 1000 femmes ont été interrogées et 34% d'entre elles se sont déclarées avec un handicap moteur et 21% avec un handicap psychique.

Le validisme – ou capacitisme – est théorisé comme étant « une structure de différenciation et de hiérarchisation sociale fondée sur la normalisation de certaines formes de fonctionnalités corporelles et l'exclusion des corps non conformes et des personnes qui les habitent » (Masson, 2013, p. 115). De plus, il peut prendre les mêmes formes hiérarchiques et différentielles pour les personnes ayant des déficiences mentales (puisque l'intelligence ou l'indépendance font parties des normes sociales) et les personnes n'ayant pas des capacités intellectuelles conformes aux attendus, pourront être dévalorisées voire exclues. Le validisme « fait 'système' au sens où il infuse et structure tous les aspects de la vie en société (subjectivités et identités, relations sociales et arrangements sociaux, institutions, représentations et environnements), et ce, dans toutes les sphères de la vie sociale » (Masson, 2013, p. 115).

Le capacitisme peut être pensé grâce au cadre analytique du modèle social du handicap. En effet, nous l'avons expliqué auparavant, le modèle social permet de prendre conscience que ce sont les barrières sociales, économiques et environnementales, établies par la société, qui rendent possibles l'oppression et l'exclusion qui sont faites à l'encontre des personnes en situation de handicap (Masson, 2013).

De plus, Susan Wendell, précédemment citée, souligne le parallèle, voire la corrélation entre l'oppression systémique réalisée à l'encontre des corps féminins, qui se doivent d'être attractifs, et l'oppression, tout aussi systémique, envers les corps handicapés, d'autant plus qu'ils ne répondent pas, de fait, à cet esthétisme normatif. Il est possible de penser ce parallèle grâce aux théories féministes. Les femmes en situation de handicap, du fait de leur identité de genre et de leur expérience handicapée sont d'autant plus affectées par « les attitudes culturelles à l'égard du corps » (Wendell, 1989, p. 105).

La beauté normative est le produit de nos sociétés contemporaines occidentales. Elle résulte d'une construction sociale. Les corps féminins sont soumis à des diktats de beauté qui érigent les corps lisses, valides, élancés, spartiates comme étant la norme esthétique à atteindre et à préserver. « Le corps est [en effet] massivement valorisé dans sa dimension esthétique » (Gardien, 2003, p. 175).

Les femmes sont socialement renvoyées à la féminité comme nous l'avons vu grâce aux classifications établies par Françoise Héritier et Marc Préjean. Et la féminité elle-même est renvoyée au pouvoir de séduction, à l'attractivité. Une femme va être valorisée et sera reconnue en tant que telle si elle répond aux injonctions liées au paraître, aux apparences. En effet, féminité rime avec séduction et cette injonction produit des effets néfastes pour les femmes et leur rapport au corps. Elles doivent répondre à la nécessité d'être des « femme-objet-de-désir »

tandis que les hommes sont considérés de manière plus proactive, comme des « homme-sujet-de-désir » (Camille Froidevaux-Metterie, 2021).

Par ailleurs, ce système hiérarchique érigeant les corps valides comme normaux, à l'instar des corps répondant à la beauté normative, ne prend pas les mêmes formes au prisme du genre. Les hommes en situation de handicap sont également touchés par cette hiérarchie sociale. Néanmoins, il s'agit des attributs renvoyés à la masculinité et à la virilité, qui reposent sur la force ou la capacité à protéger autrui et soi-même. En revanche, alors que les femmes valides se voient soumises au diktat de la séduction et de la disponibilité, les femmes en situation de handicap sont comme qui dirait mises « hors-jeu » du marché de la séduction et de la disponibilité. Autrement dit, elles sont entachées dans leur degré de désirabilité.

En effet, la « déficience esthétique » résulte sur une « distance sociale singulière » (Gardien, 2003). Ce qui est alors jugé comme « laid », et par conséquent les personnes jugées « laides », sont embrigadées dans des rapports sociaux biaisés, prenant appui sur l'apparence et dont la mise à distance de la personne qui ne se trouve pas conforme à la norme en est la conséquence.

Pour l'illustrer, les femmes dont le handicap survient au cours de leur vie témoignent de la dévalorisation féminine dont elles font l'objet. En effet, alors que certaines femmes en situation de handicap se voient protégées de potentielles violences pouvant survenir dans l'espace public – le harcèlement notamment²¹ – du fait d'être « écart[ée] du champ des femmes désirées » (Bouchet, 2021). D'autres sont en souffrance : les femmes peuvent se sentir « sortie[s] du jeu des normes cisgenres hétérosexuelles » se traduisant par une absence de sentiment de compétition auprès des paires et une absence de jeu de séduction auprès de la gent masculine (Madiot, 2021, p. 78). Le jeu évoqué ici se retrouve finalement être un piège pour les femmes qui, ne correspondant plus aux normes sociales, ont le sentiment de perdre leur « identité sociale de femme » (Madiot, 2021, p. 78).

Nous pouvons alors nous questionner sur la capacité, pour les femmes en situation de handicap moteur, de se sentir désirées et désirables dans un cadre comme celui-ci. En effet, leur corps peut subir des déformations dues à leur pathologie par exemple. Ou le simple fait que, pour le cas des femmes en situation de handicap, elles soient assises dans leur fauteuil et que leur fessier, attribut de la féminité, ne soit pas mis en valeur. Par ailleurs, « il existe peu de

²¹ Alors que nous venons de démontrer que les filles et les femmes en situation de handicap ont plus de risque d'être victimes de violences sexuelles ou conjugales.

discours et de représentations sur le corps handicapé agissant, désirant et désiré » (Madiot, 2021, p. 73).

D'une part, le validisme ne prend les mêmes formes au prisme du genre mais, d'autre part, les violences symboliques (voire matérielles) qui en découlent ne prennent pas les mêmes formes si la personne concernée est domiciliée chez elle ou en institution.

Effectivement, l'Organisation des Nations Unies, dont les activistes en défaveur de l'institutionnalisation s'inspirent, dénonce les violences et discriminations subies par les personnes institutionnalisées. Tout d'abord, elles se trouvent exclues de la société, souvent scolarisées dans l'établissement en question lorsqu'il s'agit de personnes mineures. Ensuite, elles sont soumises à des règlements intérieurs qui peuvent se trouver coercitifs (demander la permission pour recevoir du monde, pour sortir de l'établissement, se voir obliger de porter telle ou telle tenue selon l'appréciation personnelle des équipes professionnelles, etc.). L'ONU met en garde contre les établissements spécialisés et les répercussions sur la vie des personnes concernées. Elle conseille ainsi la mise en place d'un système de désinstitutionnalisation. Or, l'Etat français continue de créer davantage d'établissements spécialisé. A ce sujet, plusieurs collectifs manifestent leur mécontentement (le CLHEE et les Dévalideuses notamment). Cela démontre bien que les dualismes normal/anormal et capacité/incapacité, impulsés par un « travail de différenciation [...], produi[sent alors] des positions sociales et des rapports de pouvoir qui inscrivent les sujets dans une dynamique d'inclusion-exclusion » (Masson, 2013, p. 115).

Pour finir, l'imbrication du validisme et du sexisme met en exergue la manière dont les personnes doivent performer leur genre ou leur état de santé. Alors que les dualismes société/nature, normal/anormal, capacité/incapacité ou encore féminité/masculinité permettent de remettre en question les présupposés affirmant que la normalité serait d'être indépendant-e, résilient-e, capable d'agir ; ou que la nature a doté biologiquement les hommes de force physique et les femmes des qualités de ménagère etc. Ainsi, ces binarités permettent d'exposer les manières *performatives* des divisions socialement construites (Masson, 2013, p. 114) et ainsi, la nécessité de les déconstruire.

A présent, nous allons établir un état des lieux des scripts sexuels contemporains et occidentaux, majoritairement retranscrits à l'aide des travaux portés par Nathalie Bajos et Michel Bozon, tous deux sociologues (2.1). Ensuite, puisque la sexualité est le fruit d'une construction socio-culturelle et que son apprentissage s'acquiert, nous allons présenter le cadre juridique et les pratiques effectives lacunaires de l'éducation sexuelle en France, autant au sein des établissements ordinaires qu'au sein des établissements spécialisés (2.2). Enfin, les scripts

et comportements sexuels présentés, nous nous permettrons de mettre en exergue les pratiques sexuelles normatives. Sur cette base, nous pourrions alors présenter ce que nous appellerons les « pratiques sexuelles subversives », autrement dit, en dehors de la norme. Nous mobiliserons alors le concept d'agentivité afin de démontrer la capacité d'agir des femmes et des minorités, à travers le développement d'outils, de contenus pédagogiques ou encore d'expérimentations sexuelles alors nommées « subversives » (2.3).

2. Genre et handicaps : la production de normes sexuelles

2.1 Scripts sexuels

Le concept des scripts sexuels émerge dans les années '60 grâce aux travaux des sociologues américains John Gagnon et William Simon. Ces scientifiques penseront alors le concept comme « un cadre général pour l'analyse de la sexualité en tant que phénomène culturel et social » (Monteil, 2021). Ce nouveau paradigme anti-essentialiste crée une rupture avec le cadre médical, biologique et psychanalytique jusqu'alors dominant.

Les scripts sexuels regroupent plusieurs notions : les *scénarios culturels* qui sont les normes, les « modèles collectivement partagés » (Monteil, 2021, p. 693) mais pas forcément employés par tous et toutes, *a contrario* des *comportements sexuels* qui sont eux effectifs. Ensuite, les scripts intrapsychiques communément appelés fantasmes, imaginaires, souvenirs, sont à différencier des scripts interpersonnels, à savoir, les « scénarios instruisant spécifiquement la réalisation des conduites interpersonnelles et à leur application dans une interaction concrète [...] » (Monteil, 2021, p. 693). Autrement dit, ce sont les rôles joués, performés par chacun·e au sein des scénarii interpersonnels.

Les informations exposées ci-contre proviennent majoritairement de l'étude Enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF) datant de 2006 (Bajos et Bozon, 2008). Peu d'éléments sont apportés au prisme du handicap. En effet, un article dédié à la sexualité des personnes se déclarant avoir une maladie chronique est usité. Néanmoins, le handicap regroupe une multitude d'expériences et nous tenterons d'apporter des éléments complémentaires à l'aide de différents travaux, non tirés de l'enquête CSF.

Tout d'abord, les pratiques sexuelles féminines et masculines se sont d'autant plus rapprochées lors du 21^{ème} siècle. En effet, l'écart entre le premier rapport sexuel des femmes et des hommes est aujourd'hui de quelques mois (17,6 ans pour elles contre 17,2 pour eux). Cela

démontre que la vie sexuelle des femmes s'est allongée et commence désormais plus précocément (Bajos et Bozon, 2007).

D'un point de vue numérique, les déclarations féminines et masculines ne correspondent toujours pas. En effet, le poids des représentations entourant la sexualité est encore présent. Les femmes et les hommes ne comptent pas leurs partenaires sexuels de la même façon. Les premières ne considèrent que ceux ayant compté pour elles, tandis que les hommes comptent toute personne avec qui ils ont partagé une intimité sexuelle. Les femmes déclarent donc en moyenne 4.4 partenaires au cours de leur vie, contre 11.6 pour leurs homologues masculins (Bajos et Bozon, 2007).

Ces déclarations féminines sont plus élevées en comparaison des études précédentes (1,8 en 1970), contrairement aux hommes dont les chiffres restent stables (Bajos et Bozon, 2007). Socialement, les auteurs et autrices de l'enquête justifient le phénomène considérant qu'il est désormais plus facile pour les femmes d'assumer leur diversité sexuelle.

En termes de fréquence des rapports sexuels, des similitudes entre les sexes sont observées. Pour toute personne ayant un partenaire, 9 rapports par mois sont exercés en moyenne. Cette fréquence diminue avec l'âge, passant de 11 rapports pour les femmes de 18-19 ans à 5 pour les femmes âgées de 60 ans et plus (Bajos et Bozon, 2007). Mais également avec la durée de la relation puisque la fréquence mensuelle des rapports sexuels passe de 12 pour celles et ceux en relation conjugale depuis moins de 8 mois contre 8 pour celles et ceux en relation depuis plus de cinq ans. De plus, pour « les personnes en couple depuis plus d'un an, on en compte 15% qui, dans l'année précédente, n'ont pas eu de rapports sexuels pendant au moins trois mois » (Bajos et Bozon, 2007, p. 25). Toutefois, en 2006, le fait d'avoir une sexualité active pour les femmes de 50 ans en couple est « devenu la situation habituelle » (9/10).

Parler de sexualité et ses pratiques, c'est également parler de l'orientation sexuelle. Les données récoltées lors de l'Enquête Contexte de la Sexualité en France démontre que l'homosexualité est plus pratiquée et plus acceptée socialement. Toutefois, la proportion de personnes se déclarant pratiquer une sexualité lesbienne est en nette augmentation chez les femmes (4% en 2006 contre 2.6% en 1992) alors qu'elles ne sont que 1% (et 1.6% des hommes) à déclarer avoir eu des rapports sexuels lesbiens dans les 12 derniers mois. De plus, les déclarant.e.s se définissant « homo-bisexuels varient nettement selon l'âge, le milieu social » (Bajos et Bazon, 2007, p. 25) et le milieu géographique. En résulte une proportion moins élevée chez les hommes de plus de 50 ans, chez les femmes de plus de 60 ans ainsi que chez les personnes vivant en zone rurale (3%). Les auteurs et autrices analysent ce dernier résultat

comme la stratégie employée par les personnes homo-bisexuelles, se retrouvant à ajuster leurs parcours sociaux pour « vivre dans des environnements plus tolérants » (Bajos et Bozon, 2007, p. 26).

La pénétration vaginale reste universelle et préserve sa place de rite de passage, apanage de l'hétéronormativité. En effet, la pénétration vaginale est la pratique préférée des Français à 48.9% et des Françaises à 41.3%. Or, elle serait pratiquée souvent par 80% des déclarants et déclarantes. Ce chiffre démontre le poids des scénarii sexuels, où la pénétration vaginale reste le symbole de la concrétisation d'un rapport sexuel (Bajos et *al.*, 2008). Par ailleurs, « le triptyque 'préliminaires – pénétration – éjaculation [masculine]' est une construction culturelle qui minore et ignore les potentialités de la stimulation clitoridienne » (Gardey, 2019 cité par Lagouge, 2021, p. 549). Or, la majorité des femmes semblent préférer les caresses mutuelles (44%, enquête CSF 2006), qui sont marginales en effectivité (Ibidem).mastur

Depuis les années 1990, le répertoire des pratiques sexuelles des Français.e.s ne cesse d'évoluer et de s'enrichir. Notamment, la sexualité orale telle que la fellation ou le cunnilingus, sont pratiqués de manière symétrique entre les hommes et les femmes hétérosexuel.le.s. 85% des hommes déclarent pratiquer le cunnilingus et 80% des femmes disent pratiquer la fellation (Bozon, 2008), faisant de ces pratiques, des composantes banalisées et courantes au sein du répertoire sexuel des Français.e.s. *A contrario*, la pénétration anale reste une pratique minoritairement réalisée. En effet, 12% des femmes âgées de 25 à 49 ans déclarent l'avoir pratiqué « souvent ou parfois dans l'année », contre « régulièrement » pour 15 à 18% des hommes âgés de 20 à 49 ans (Bozon, 2008, p. 274). A l'inverse, 22% des femmes ont déjà pénétré analement un homme avec leur doigt et 15% ont administré un anulingus à leur partenaire masculin (IFOP, 2019). Selon Alexandre Lacroix (2022), échanger les rapports de pouvoir entre les protagonistes lors du rapport sexuel favoriserait une sexualité égalitaire. Cela passe par une réciprocité d'être « au-dessus » lors des positions sexuelles, une réciprocité des personnes qui griffent ou mordent, ou encore, une réciprocité de la pénétration.

La sexualité au sein de la conjugalité d'un couple naissant a son importance. En effet, la réciprocité, l'intensité et la variété de l'activité naissante sont des facteurs primordiaux qui s'amenuisent avec le temps (Bozon, 2005). Cela se traduit par une moindre fréquence des rapports sexuels employant un « éventail de techniques sexuelles » (Bozon, 2005, p. 111) varié ainsi que de l'emploi de la communication lors des rapports sexuels.

Bozon insiste sur l'arrivée des enfants au sein du couple qui alors met un coup d'arrêt à l'occurrence manifestement plus prononcée lors des premières années du couple. Lorsque les enfants grandissent, les rapports ne se multiplient plus et n'atteignent pas le seuil jusqu'alors

établi. De plus, une « division du travail » s’instaure dans laquelle « les femmes apparaissent comme les partenaires parentaux et les hommes comme les partenaires sexuels » (Bozon 2005). Les hommes sont alors bien plus à l’origine de la demande des rapports sexuels que les femmes. Cette différenciation sexuée des rapports, jusqu’alors presque inexistante comme nous venons de la voir (ajouter scripts sexuels où les femmes et les hommes sont autant demandeur.euses) va laisser place à une différenciation genrée bien plus marquée et « productive d’inégalités » (Bozon, 2005).

Les jeunes femmes semblent avoir comme mission de « civiliser la sexualité masculine, d’inciter les garçons à contrôler leur désir et ses conséquences, et de les orienter vers une sexualité à visée conjugale et, en dernier ressort, procréative » (Béréni et *al.*, 2021, p. 165). Dès lors qu’elles rentrent dans la sexualité active, la responsabilité sanitaire (contraception, rendez-vous gynécologiques) qui en découle est la leur (Ibid). Par ailleurs, la médicalisation produite à travers la diffusion de la contraception renforce l’injonction faite aux femmes qui est de prendre en charge les rapports sexuels et les conséquences potentielles. De plus, « elle contribue à remotiver l’assignation des femmes à la fonction reproductive » (Bozon, 2005).

A posteriori, les femmes sont « deux fois plus nombreuses à déclarer qu’elles auraient préféré que le premier rapport sexuel ait eu lieu plus tard, et tendent à avoir ce premier rapport avec un partenaire déjà initié et plus âgé ». (Ibidem) « L’initiation à la masturbation est aussi plus tardive chez les filles que les garçons ». (Ibidem).

De plus, le cadre hétéronormatif dans lequel évoluent les adolescent.e.s, érige des stigmates masculins et féminins contraignant les filles et les garçons à performer un genre et une sexualité, de peur d’y correspondre. « Les filles sont guettées par le stigmatisme de ‘pute’ et les garçons par celui de ‘pédé’ » (Isabelle Clair, 2012, cité par Béréni et *al.*, 2021). Cela résulte sur des injonctions auxquelles les filles et les garçons doivent se plier : les garçons sont alors confortés et valorisés dans des comportements liés à la recherche du plaisir, le domaine de la sexualité, la performance et la conquête ; tandis que les filles sont poussées à se complaire dans le domaine sentimental, la vertu et « la projection dans une sexualité conjugale et procréative » (Béréni et *al.*, 2021, p. 166).

La norme dominante encore aujourd’hui, inscrit la sexualité au cœur des relations conjugales (Bajos et *al.*, 2008). Or, « les unions deviennent moins stables et plus brèves, puisque 50% d’entre elles aboutissent à une séparation dans les quinze ans » à partir des années ‘70. De plus, les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à ce symbole que représente la relation conjugale. En effet, les femmes sont encore aujourd’hui inscrites dans un cadre normatif de la sexualité érigeant la relation affective ou conjugale comme la norme, à la

différence de leurs homologues masculins (Bozon, 2005). De plus, le sociologue souligne qu'elles s'inscrivent dans ces prédispositions du fait de la crainte des jugements d'autrui à leur égard, plutôt qu'un choix personnel. Pour l'illustrer, 2/3 des hommes sont en accord avec l'idée que « on peut avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer » contre 1/3 des femmes (Bozon, 2005).

Entre 1970 et 1990, le pourcentage de femmes françaises se déclarant « très satisfaite » a drastiquement évolué, passant de 26% à 51% contre 41% à 47% pour les hommes (Bozon, 2005). Toutefois, en 2019, une enquête faite en ligne a révélé que l'« orgasm gap » – la différence d'atteinte de l'orgasme entre les sexes lors d'un rapport sexuel partagé – reste en faveur des hommes. En effet, 14% d'entre eux n'ont pas eu d'orgasme sexuel lors de leur dernier rapport, contre presque le double pour les femmes (26%) (IFOP, 2019). Pourtant, 87% des femmes enquêtées pensent que leur partenaire sexuel est attentif à leur plaisir sexuel contre 76% des hommes. En tout cas, un tabou lié à l'orgasme se fait sentir au sein des couples. La journaliste Sarah Barmak, spécialiste en études sur le genre et les sexualités, analyse cela comme la résultante de l'injonction à la réussite sexuelle qui érige l'orgasme réciproque comme étant la causalité de celle-ci. (Barmak, 2019).

L'enquête Contexte de la Sexualité en France a légèrement questionné le handicap. Un chapitre dédié à la maladie chronique y est présent. Or, les personnes ayant un handicap ne sont pas/plus forcément malades. Tout de même, quelques résultats sont à expliciter.

Tout d'abord, la maladie chronique résulte sur des changements corporels ou engage la personne dans une évolution de la maladie. Cela n'est pas anodin et peut avoir des conséquences sur une son estime de soi ou encore sur le sentiment d'anxiété, qui sont des maux-être qui peuvent affecter l'exercice de la sexualité (Bozon, 2008).

De plus, la présence d'un·e conjoint·e ayant une maladie chronique peut amener le partenaire à « tenir le rôle de soignant ». Cela qui peut affecter la relation sentimentale et l'exercice de la sexualité (Bozon, 2008 cite McInnes, 2003).

Toutefois, à l'inverse, Bozon souligne que la sexualité peut rester une source de plaisir voire contribuer à « l'affirmation de la féminité ou de la masculinité quand d'autres expressions de l'identité sexuelle ont été mises à mal » (Bozon, 2008). De plus, « une vie sexuelle satisfaisante peut être une façon de retrouver une certaine 'normalité' lorsque d'autres actes de la vie ne sont plus accessibles (McInnes, 2003, cité par Bozon, 2008).

Nous pouvons souligner que seulement 5.3% des demandes de prise en charge par l'Association Pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel en 2016 concernait des demandes féminines (3 demandes en 2021). Ce chiffre n'est pas à lire au prisme de moindres

besoins mais plutôt d'une moindre écoute de ces besoins. En effet une femme est socialement moins suspectée de débordements libidinaux. Les attentes sexuelles féminines sont existantes, mais restent plus souvent tuées et la scientifique Catherine Agthe-Diserens affirme qu'elles prennent plutôt la voix de la dépression. En conséquence, ces besoins féminins ne sont pas pris en compte par l'entourage (Agthe Diserens, 2012). Nous pouvons nous demander si une meilleure prise en compte des besoins et attentes féminines ne peut être envisagée seulement si les professionnel.le.s sont formé.e.s aux questions qui ont trait aux sexualités ? Cela permettrait notamment un affranchissement des représentations que nous avons exposé ci-dessus et permettrait alors une meilleure prise en compte de la personne dans sa globalité.

Mais puisque la sexualité est une construction sociale, un apprentissage constant, tout au long de sa vie, et que nous venons de démontrer la flexibilité de ses représentations et pratiques, au regard des us et coutumes ainsi que des lois. Que pouvons-nous constater à propos du processus d'apprentissage de la sexualité, en France ? Que pouvons-nous constater à propos des établissements scolaires qui ont à leur charge le déploiement d'une éducation à la sexualité en leur sein ?

2.2 Etat des lieux de l'éducation sexuelle en France

Les sexualités relèvent d'un « acquis » et non d'un « inné ». L'humain doit être socialisé « afin d'apprendre ce qu'il a à faire sexuellement » (Bozon, 2001). Les sexualités résultent donc d'une construction sociale, se forment grâce à des notions apprises et acquises socio-culturellement.

En France, la loi Aubry du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, rend obligatoire la mise en place d'*a minima* 3 ateliers par an et par niveau scolaire. Cette loi n'engage aucune sanction contre ceux et celles qui ne la mettent pas en application. Elle invite les directeurs et directrices d'établissement à développer des ateliers d'éducation à la sexualité soit par le biais des professeur.e.s soit par le biais d'une association externe compétente sur ces sujets.

De plus, depuis 2013, les *Conventions interministérielles pour l'égalité des filles et des garçons, des hommes et femmes dans le système éducatif* stipulent précisément que l'un des objectifs poursuivis est de « transmettre aux jeunes une culture de l'égalité et du respect mutuel ». Ainsi, l'une des mesures préconisées dans la Convention 2019-2024, tente de répondre à cet objectif grâce à la déconstruction des stéréotypes liés au sexe et à la sexualité. En effet, la garantie effective « des 3 séances obligatoires en matière d'éducation à la sexualité

par l'application de la circulaire du 12/09/2018 » est réinscrite. La circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 succède et annule la circulaire précédente de 2003²². Cette nouvelle circulaire, signée de la main du ministre de l'Education nationale, alors Jean-Michel Blanquer, réaffirme les engagements et les objectifs éducatifs et préventifs poursuivis dans le champ de l'éducation à la sexualité. A savoir : l'enseignement des notions biologiques (reproduction, santé, IST, etc.) ; la question de l'estime de soi tout en respectant la sphère privée de chacun·e ; la lutte contre les préjugés, les discriminations et les violences à travers des notions juridiques et sociales (sexisme, LGBTQIA+phobie, etc.) ; ainsi que la communication des outils et ressources d'information et de soutien (numéros verts, réseaux géographiques des différents organismes compétents).

Cela témoigne d'une reconnaissance de la part de l'Etat français quant à l'importance d'informer sur les sexualités auprès d'un public large et ce, dès le plus jeune âge. Toutefois, selon l'enquête « SexEducationNationale » menée par Nous Toutes à l'échelle nationale, seulement 13% du nombre total de séances promues par la loi sont mises en place au sein des établissements de collèges et de lycées. Soit, une moyenne de 2,7 séances d'éducation à la sexualité tandis que 21 séances minimum sont prévues entre la 6^{ème} et la terminale. De surcroît, nous pouvons nous demander sous quel prisme les professeur·e·s en charge des ateliers axent leurs interventions ? En effet, les associations reconnues et labellisées telles que le Planning Familial mettent en garde contre l'angle dominant hygiéniste, sécuritaire et biologique. Prévenir les grossesses indésirées, éviter les infections sexuellement transmissibles ou encore lutter contre les violences sexuelles sont des thématiques importantes qui doivent être abordées lors des ateliers à destination du grand public. Néanmoins, une approche positive et inclusive, qui intègre les questions de confiance en soi, le plaisir et le consentement, est importante puisqu'elle englobe de manière plus efficace les diverses thématiques rangées sous la notion de sexualité.

Concernant l'éducation à la sexualité établie au sein des institutions et établissements spécialisés, la circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative à l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences, entre en vigueur. Elle inscrit le principe de « société inclusive »²³ qui garantit l'accès à l'éducation ainsi

²² Les circulaires sont l'aboutissement des mouvements sociaux des années post-68 avec la première circulaire au sujet de l'introduction de l'éducation sexuelle à l'école en 1973 (Gelly, 2013).

²³ C'est notamment l'expression usitée par Sophie Cluzel, ancienne secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre chargée des personnes handicapées.

qu'une reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap « d'avoir une vie affective, relationnelle, intime, amoureuse et sexuelle » au même titre que l'ensemble des citoyen·ne·s français·e·s. Pour ceci, la mise en place d'une éducation à la sexualité par une approche positive est conseillée.

Des mesures au nombre de trois sont alors explicitées. Toutes font suite au Grenelle contre les violences faites aux femmes, organisé en 2019 par Marlène Schiappa alors secrétaire d'Etat en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. La première mesure concerne la création des centres de ressources régionaux « vie intime, affective et sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » dont le déploiement était prévu à partir du premier trimestre 2021. L'objectif est de déployer un réseau d'acteurs et d'actrices vers lequel.le.s les personnes concernées pourront se tourner et ainsi « souten[ir les personnes concernées] dans leur pouvoir d'agir ». La seconde mesure concerne la formation des professionnel.le.s et ainsi favoriser une montée en compétences. La dernière mesure implique une instruction à destination des établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) quant à « la nécessité de respecter l'intimité, la vie amoureuse, et les droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap » ainsi que la lutte contre les violences dont elles peuvent être victimes.

De plus, la justice française démontre une nouvelle fois un intérêt pour cette problématique comme l'atteste la sanction à l'encontre de l'établissement médico-social²⁴. Une amélioration est donc observée au niveau des pouvoirs publics, législatifs et juridiques. Néanmoins, de manière effective, les ateliers d'éducation à la sexualité auprès des personnes concernées – comme des équipes professionnelles – au sein des institutions sont encore peu développées et surtout très tardives.

Jean-Luc Letellier, Président et fondateur du CRéDAVIS, souligne quant à lui l'émergence de pratiques institutionnelles prenant en compte la vie amoureuse et/ou sexuelle des personnes vivant en son sein. Ces initiatives sont effectuées à l'échelle locale et impulsées par un engagement professionnel individuel qui peut, en aval, devenir une démarche institutionnelle (Letellier, 2014). L'association du CRéDAVIS a elle-même formé plus de 2 000 professionnel.le.s issu.e.s du secteur social et médicosocial depuis 2012, sa fondation²⁵.

²⁴ La cour administrative d'appel de Bordeaux a sanctionné l'hôpital psychiatrique de Gironde pour avoir interdit les rapports sexuels entre patient.e.s accompagné.e.s. Etant donné que la loi interdit l'interdiction de manière « générale et absolue » (Le Monde, 18 janvier 2013, article consulté à l'URL suivante : https://www.lemonde.fr/societe/article/2013/01/18/un-hopital-psychiatrique-condamne-pour-avoir-interdit-les-rapports-sexuels_1819253_3224.html).

²⁵ Informations à retrouver sur leur site internet, page d'accueil, à l'URL suivante : <https://credavis.wixsite.com/credavis>

D'autres initiatives, aujourd'hui confirmées, ont vu le jour. Notamment avec le programme « Handicap et alors » élaboré par le Planning Familial. L'association du PF est un des organismes éducatifs central. Son programme, à 4 axes : à destination des personnes en situation de handicap mental résidant en institution ; des professionnel-le-s ; de l'institution ; de l'entourage des personnes concernées. Le programme a été créé en 2002 et a depuis été labélisé. Il reste en cours de réflexion afin de permettre la continuité dans l'amélioration du programme et des outils proposés.

Que ce soit le CRÉDAVIS, organisme de formation auprès duquel a été réalisé le stage de première année en Master ou bien le Planning Familial, avec lequel les échanges ont été menés à plusieurs reprises avec différentes employées, les acteur.rice.s du champ de l'éducation à la sexualité s'accordent tou.te.s sur l'importance de bannir les discours moralistes et normatifs dans leurs pratiques professionnelles.

De plus, pour attester de l'importance d'une éducation à la sexualité positive et inclusive, les études démontrent que des représentations toujours inégales face à la sexualité continuent à être véhiculées. En effet, l'adolescence représente la période où l'apprentissage de la sexualité se fait désormais par les pair.e.s, tandis qu'autrefois, cet apprentissage était transgénérationnel, ascendante (Bérini et *al.*, 2021). Or, l'apprentissage de la sexualité est empreint de genre et nous constatons plusieurs différenciations sexuées. En effet, les filles se voient toujours soumises au contrôle de leur sexualité, bien que celle-ci ne soit plus l'apanage des adultes de leur entourage. Une contrainte paradoxale leur est alors induite : ne pas cumuler les expériences sexuelles tout en se maintenant disponibles (Bozon, 2005).

Des différences se font également sentir lorsque les adolescent.e.s âgé.e.s de 15 à 18 ans annoncent les faits de causalité du premier rapport sexuel. En effet, les garçons déclarent avoir été impulsés par la curiosité et le désir lors de leur premier rapport sexuel, tandis que les filles parlent alors d'amour et de tendresse (Bozon, 2005).

A partir de ces éléments, nous pouvons supposer que le maintien des représentations inégales liées à la sexualité perdure notamment du fait du manque d'ateliers et de contenus d'éducation à la sexualité auprès du grand public et que cette éducation se fait selon un « lissage des inégalités sociales et scolaires » (Gelly, 2013, p. 80) qui traversent la jeunesse : principal destinataire de ces ateliers.

En effet, des « modalités de désociologisation » (Gelly, 2013, p. 80) sont employées dans le cadre des guides d'éducation à la sexualité servant à la mise en œuvre des ateliers. Les jeunes sont alors considéré.e.s comme un groupe homogène et hors de la différence sociale, ce qui résulte sur une omission de nombreux discours préventifs et éducatifs, axés au prisme des

rapports sociaux. Tels que le « gradient social et scolaire qui marque l'usage de préservatifs » (Gelly, 2013, p. 81). Les guides d'éducation à la sexualité axent leur préconisation selon l'âge du premier rapport sexuel alors que les chiffres démontrent que l'utilisation du préservatif est autant employée lors d'un premier rapport à l'âge de 18 ans (91%) comme à l'âge de 15-16 ans (91%). Au contraire, les guides n'évoquent pas que le mésusage du préservatif, s'il est oublié/évité entraînera des conséquences différentes pour les filles et leur portera d'autant plus préjudice (Gelly, 2013).

De plus, faisant écho aux représentations genrées et différenciées de la sexualité, Maud Gelly, nous informe que les guides d'éducation à la sexualité publiés le ministère de l'Education nationale en 2004, 2005 et actualisés en 2008, omettent l'analyse selon le genre. Un discours naturaliste et différentialiste y est développé et selon lequel la sexualité masculine serait « mécanique » tandis que la sexualité féminine serait « affective » (Gelly, 2013, p. 84).

La sociologue conclut en indiquant que les concepteurs de l'éducation sexuelle, mais pas nécessairement les praticiens et praticiennes, oublient la différenciation sociale au sein de leurs guides. Autrement dit, théoriquement, une omission voire un floutage est employé, alors qu'en pratique, les personnes en charge de la mise en œuvre des ateliers d'éducation à la sexualité s'efforcent – plus ou moins – d'intégrer les spécificités qui se jouent au prisme des rapports sociaux (genre, classe, race, orientation sexuelle etc.)²⁶.

Cette différenciation sexuée des représentations de la sexualité et des manières de mettre en place un discours éducatif et préventif nous amène à nous questionner sur les conséquences des pratiques discursives employées auprès des personnes porteuses d'un handicap. Notamment auprès des femmes. A ce propos, nous pouvons nous demander si les femmes en situation de handicap sont d'autant plus niées dans leur désir de sexualité par l'équipe professionnelle du fait de leur anatomie (le sexe étant non apparent) contrairement au désir masculin, visible (sexe en érection externe).

Pourtant, des expérimentations et des initiatives sont élaborées par les personnes concernées elles-mêmes. Que cela soit dans le cadre de contenu sexo-éducatifs sur la toile, notamment sur le réseau social Instagram ; ou bien, la compagnie théâtrale *Handy Love* qui organise une prévention sociale à l'aide du théâtre-forum²⁷ ; ou encore l'émergence de la paire-

²⁶ Dans son article, Maud Gelly n'aborde jamais les rapports sociaux de capacité. Mais nous pouvons supposer que tant que les personnes en charge de transmettre l'éducation à la sexualité n'est pas confrontée à un public handicapé alors le discours ne sera pas axé selon ce prisme.

²⁷ Le théâtre-forum est une modalité d'intervention auprès du public sur la base de jeux de rôles. Par ailleurs, Maud Gelly (2013) souligne l'efficacité du théâtre-forum pour modifier les scripts sociaux de la

aidance notamment au sujet des sexualités. De nombreux exemples sont à mettre en lumière et démontrent l'agentivité (Butler, 2006) dont les personnes concernées font preuve. Les femmes en situation de handicap, qui se trouvent d'une part, sous le joug du sexisme et, d'autre part, sous le joug du capacitisme développent des actions afin de penser la sexualité hors de l'hétéronormativité validiste. C'est ce que nous allons étudier à présent.

2.3. Des expérimentations sexuelles et sensuelles subversives

Nous avons démontré que l'intérêt des politiques publiques ou encore celui porté par le champ de la recherche, au sujet de la reconnaissance des droits sexuels des personnes handicapées, est apparu tardivement. Nous avons également évoqué les formes diverses que prennent les représentations influées par des discours stéréotypés, sexistes et validistes. De plus, nous avons explicité les faiblesses et les lacunes du système éducatif en lien avec l'éducation sexuelle et la santé sexuelle en France. Nous avons enfin démontré que le discours dominant tend à nier la désirabilité des femmes en situation de handicap et ses effets néfastes. Leur confiance en elles ainsi que leur sentiment de légitimité à séduire s'en trouvant impactés.

Toutefois, un discours positif et une visibilité des minorités commencent à émerger sur les réseaux sociaux, avec le réseau social Instagram en première position. De plus, les pratiques sexuelles hors pénétration pénovaginale sont de plus en plus plébiscitées, en atteste l'ouvrage rédigé par Barmak (2019).

L'autrice nous emmène sur les routes étatsuniennes à la « *quête de l'orgasme féminin* » démontrant que de multiples expérimentations sont initiées par les femmes elles-mêmes. Ces expériences et d'autres multiples exemples viennent nourrir la théorie butlerienne quant à l'agentivité dont font preuve les personnes concernées, pourtant enlées dans un système au sein duquel elles occupent une position sociale de dominées.

La performativité, dont les travaux de Butler (Butler, 1990) ont contribué à approfondir le concept au sein du champ des études sur le genre et les sexualités. La performativité se retrouve partout (linguistique, architecture, actions quotidiennes telle que cuisiner, se paraître etc.) puisque les performances façonnent le monde et la performativité donne à voir du monde performé. Autrement dit, l'ordre social établi, dont la sexualité n'est pas exemptée (Féral, 2013). Alors que la performance joue un rôle conservateur (performer la virilité pour conserver un rang social dans la société) ou émancipateur (le drag queen ou drag king par exemple). La

sexualité, autrement appelé par J. Gagnon, fondateur du concept des scripts sexuels, les scénarii sexuels, et précédemment expliqués.

performativité est mouvante, ambiguë, bien qu'elle soit intrinsèquement répétitive puisqu'elle se veut être le miroir du monde. La performativité, selon Butler, est un outil d'émancipation puisqu'il permet au sujet de se (re)construire sans cesse. La performance sur laquelle l'individu prend appui serait alors fictive (Butler, 1990).

Par-là, Butler mobilise un autre concept : l'agentivité (Butler, 2006). La capacité pour les personnes dominées de naviguer dans une société aux mécanismes oppressifs, tout en développant des stratégies ou nouvelles formes d'être, démontrant ainsi leur capacité d'action. Autrement dit, Butler pense que les personnes soumises à un ou des systèmes oppressifs déploient des moyens pour s'en affranchir.

Les concepts de performativité et d'agentivité permettent de questionner les pratiques sexuelles employées par les femmes en situation de handicap et d'observer les moyens mis en œuvre pour s'émanciper des normes sexuelles, parfois empreintes de sexisme et de validisme.

Selon le Petit Robert, le caractère subversif est défini comme quelque chose ou quelqu'un « qui renverse ou menace l'ordre établi, les valeurs reçues ». Les résultats de la recherche démontrent que malgré les résistances auxquelles elles doivent faire face, les personnes en situation de handicap vivant en institution ne sont pas « démunies. Elles se montrent actives dans la quête de solutions pour vivre au mieux leur vie amoureuse et leur sexualité » (Fournier, 2021, p. 29).

Rappelons que certaines pratiques ont été régulées par l'Eglise, puis par l'Etat (l'homosexualité par exemple), tandis que d'autres (le coït dans le but de procréer) était considérées comme « allant de soi » (Gratton, 2016). La subversion est toujours historiquement et socialement située. Des pratiques évoquées ci-dessous, considérées dans ce travail comme subversives voire transgressives, ont sûrement fait partie des pratiques usitées d'antan, sans régulation particulière, ou alors feront parties des pratiques normalisées à l'avenir.

Les normes sont donc mouvantes et construites. L'une d'entre elles, qui émerge à partir des années '90 est le double orgasme (Bozon, 2018). Une injonction aujourd'hui critiquée par certaines féministes et sexologues (Barmak, 2019). La sexualité serait alors considérée épanouie si et seulement si les protagonistes jouissent. Comme toute injonction, cela peut créer des sentiments d'anormalité pour la personne ne pouvant y convenir.

Paradoxalement, nous devons souligner l'initiative portée par un groupement de personnes. Barmak (2019) décrit le développement d'ateliers sur la masturbation à destination des adultes (organisés par OneTaste aux Etats-Unis notamment). Aussi, en 2015, année internationale de l'orgasme féminin, le site internet *OMGYES* (Oh mon Dieu, oui !) est fondé. Son objectif principal est de faire disparaître l'« *orgasm gap* ». Pour ce faire, le site éducatif

met à disposition une multitude de capsule vidéo et articles scientifiques afin d'enseigner aux utilisateur.rices des informations et conseils, comme, la localisation du clitoris ou encore des tutos face caméra pour atteindre l'orgasme. Selon les créateur.rice.s du site, l'« *orgasm gap* » résulte en partie d'une méconnaissance anatomique du corps féminin. La masturbation n'étant pas enseignée lors des ateliers d'éducation à la sexualité évoqués lors de la partie précédente, ce site internet payant regorge de conseils précieux et pratiques.

De plus, nous pouvons souligner l'existence d'initiatives organisées par et pour les concerné.e.s, à l'instar de la pair-aidance sexuelle. La pair-aidance est une entraide entre personnes, réalisable grâce au développement d'un savoir expérientiel d'une personne. Un ensemble de compétences techniques acquises du fait de sa situation, qui permettra alors de favoriser l'autonomisation de ses pair.e.s et l'autodétermination. La pair-aidance sexuelle est donc la mise en application de ces moyens et de ces objectifs, dans le cadre de l'exercice de la sexualité et de la santé sexuelle. Elle se met en place dans le cadre du coaching ou encore de groupe de paroles.

Concernant la pornographie, des productions alternatives féministes voient le jour. A titre d'exemple, les audios *Voxxx* et *Coxxx*. Le contenu pornographique est à écouter, le discursif et non genré et l'objectif poursuivi par la fondatrice Olympe de G est de « sortir la masturbation féminine du ghetto de la honte ». Les audios sont un mélange d'ASMR²⁸ et de méditation guidée afin de « se reconnecter à son sexe et se reconnecter à sa sexualité » (Olympe de G, interview France Culture, 24.02.21).

Pour faire écho à cela, Barmak (2019) décrit les méditations orgasmiques initiées par des femmes. Elles permettent de délocaliser « l'orgasme de sa place centrale dans la sexualité » (Barmak, 2019, p. 143). Alors, une nouvelle conception de la notion d'orgasme et de la jouissance est envisagée. Pour les pratiquant.e.s de la méditation orgasmique, dès lors qu'une personne ressent du plaisir, c'est un orgasme. Ainsi, le *climax* est le terme désignant le pic de plaisir ultime. Les pratiquants et pratiquantes de la méditation orgasmique se dissocient de l'orgasme génital et ouvrent ainsi le champ des perspectives quant à la jouissance. Iels effectuent une réelle rupture avec la nouvelle contrainte à l'orgasme et l'idée qu'une sexualité est épanouie et réussie si et seulement si, l'orgasme est atteint.

De plus, le néotantra, philosophie occidentale inspirée du tantra, permet d'« engendrer de l'énergie sexuelle par un travail sur sa respiration ou comment mobiliser davantage le cœur

²⁸ Autonomous Sensory Meridian Response. L'ASMR est utilisée pour se détendre, à l'aide de contenus sensoriels (visuels, auditifs, olfactifs, etc.).

quand on fait l'amour » (Barmak, 2019, p.194). La pleine conscience et la respiration permettent alors d'éveiller son plaisir sexuel.

Nous pouvons souligner l'émergence de nombreuses productions culturelles qui traitent des sexualités récemment. Des séries télévisées, films ou encore documentaires développent le sujet de la sexualité et participent à une éducation sexuelle positive et inclusive²⁹.

Ensuite, avec l'émergence d'Internet, les sites/applications de rencontre sont devenus une modalité relationnelle courante. Les personnes en situation de handicap usent de cette stratégie pour s'offrir des opportunités de rencontre. Néanmoins, cette modalité n'est pas accessible à tous et toutes en fonction du handicap. En effet, les personnes ayant un trouble dys ou bien ayant une déficience sensorielle peuvent être de fait, exclues de cette plateforme (Marcellini et al., 2010).

La sexualité « sans pénétration » est définie par la littérature scientifique comme étant « une excitation génitale, sans pénétration du vagin ou de l'anus » (Bajos et al., 2008). Ces pratiques sexuelles non pénétratives seraient majoritairement exercées par les femmes et les hommes qui sont les plus actifs sexuellement. En effet, 19% des femmes et 30% des hommes ont déjà eu au moins un.e partenaire sexuel.le avec le.laquel.le elles et ils n'ont eu que des rapports sexuels sans pénétration. Au-delà d'un.e partenaire, seul 5% des femmes et 14% des hommes déclarent avoir eu plusieurs partenaires sans pénétration (Bajos et al., 2008). De plus, les pratiques sexuelles non pénétratives semblent s'inscrire chez les individus partageant une perception large des contours de ce qui relève de l'activité sexuelle. Il semblerait également que la sexualité non pénétrative soit une « nouvelle forme de sexualité dans le répertoire sexuel des jeunes générations ». Les auteur.rice.s expliquent cela par le fait que les jeunes générations sont plus proches de leurs premières relations, s'apparentant aux « préliminaires », alors que les personnes âgées ont pu « oubliées » ces pratiques. De surcroît, les campagnes de sensibilisation aux infections et maladies sexuellement transmissibles se sont massivement développées dans les années '90 et de plus en plus de jeunes développent le « *safer sex* », autrement dit les pratiques de type masturbatoires pour prévenir les IST et MST (Bajos et al., 2008).

²⁹ A titre d'exemple, la série Netflix « Sex Education » aborde l'éducation sexuelle pour tou.te.s ; la série Netflix « Special » est un récit initiatique où le personnage principal est un homme gay en situation de handicap moteur et la sexualité y est abordée ; les séries documentaires « The Principles of Pleasure » ou « Sex Explained » qui abordent la sexualité féminine ou en général ; la série « Révolution sexuelle » à retrouver sur PrimeVideo qui retrace l'émergence des revendications sociales autour des droits sexuels et reproductifs ; ou encore la série « Culbute » sur Arte qui retrace les constructions culturelles qui se tissent autour de la sexualité selon plusieurs thématiques : orgasmes, consentement, virilité, exotisme, queer...

Ensuite, dans le but de démontrer l'existence de pratiques sexuelles légitimes et illégitimes, l'anthropologue américaine Gayle Rubin a conceptualisé ce qu'elle appelle la « *hiérarchie sexuelle* » (Rubin, 2010). Elle y présente une roue contenant le « *cercle vertueux* » et ses « *limites extérieures* ». La sexualité légitime serait alors : hétérosexuelle, maritale, monogame, procréative, non commerciale, en duo, en relation stable, partenaire de la même génération, sexualité en privé, sans pornographie, sans jouet, et vanille³⁰.

A l'inverse, les pratiques illégitimes sont les antonymes de chacune des notions précédemment citées, à savoir : la sexualité homosexuelle, hors mariage, à partenaires multiples, non procréatrice, commerciale, seule ou en groupe, sans lendemain, transgénérationnelle, en public, avec pornographie, avec *sex toys* et les pratiques sado-masochistes. Cette conception de l'américaine est à nuancer. En effet, certaines de ces répertoires sexuels soient de moins en moins controversées, à l'instar de la sexualité non procréative ou bien de la masturbation qui, nous l'avons vu, sont des pratiques considérées dorénavant comme légitimes (Bozon, 2002 ; Bajos et *al.*, 2008).

Outre l'activité sexuelle hors mariage, hors procréation et la masturbation en solitaire qui est devenue une pratique légitime, à l'instar de la sexualité génitale partagée, les autres composantes de la hiérarchie sexuelle élaborée par Gayle Rubin n'ont pas été érigées au statut de pratiques sexuelles légitimes.

A l'inverse, l'homosexualité et le lesbianisme sont des orientations sexuelles encore subversives dans « une société qui érige l'hétérosexualité comme valeur normative » (Vincent, 2002, p. 83). En attestent les comportements homophobes, lesbophobes qui persistent dans la sphère publique. En effet, 1 950 lesbiennes ont porté plainte en 2019 en France pour crimes et délits commis à leur encontre, du fait de leur orientation sexuelle. Ce chiffre représente une hausse de 38% par rapport à l'année précédente. De plus, les services gouvernementaux estiment que ces plaintes représentent 5% des victimes d'injures (Ministère de l'intérieur, 2020).

Or, sur les réseaux sociaux, nous pouvons constater l'émergence foisonnante de comptes Instagram diffusant des contenus sexo-éducatifs inclusifs et positifs. Alors que « peu de discours et de représentations sur le corps handicapé agissant, désirant et désiré » (Madiot, 2021, p. 73) dans les productions culturelles, les magazines de mode ou les médias. Les

³⁰ Vanille est l'antonyme de BDSM. C'est un terme créé par les pratiquant.e.s SM, pour pallier au manque d'expression décrivant les pratiques opposés. Notons au passage que nous pouvons percevoir cette initiative comme un retournement du stigmat.

personnes concernées se sont emparées des réseaux et s’y dévoilent³¹. Par ailleurs, le média « Konbini » a lancé une websérie intitulée « engagé.e.s pour l’éducation sexuelle » dans laquelle de multiples thématiques sont abordées : les relations transgénérationnelles, le lesbianisme, le consentement, les mythes et représentations véhiculées autour des organes génitaux masculins et féminins, etc³².

L’éducation sexuelle que l’on retrouve sur les réseaux sociaux est axée sur un discours positif et inclusif. Positif car les messages qui y circulent ne sont pas toujours sous le prisme des risques et des violences. Les notions de plaisir³³, de partage, de consentement, de découverte sont abordées. Inclusif car des comptes intègrent des « stories » sous différentes thématiques et que celle du handicap est abordé³⁴ ou encore, des dessins et autres contenus artistiques incluant des corporalités différentes, dont certains types de déficience (Annexe 5).

Des outils sexuels sont également pensés et commercialisés pour répondre à l’adaptabilité dont il faut faire preuve selon les types de déficiences. Les *sextoys* adaptés ne sont pas en nombre mais ont le mérite d’exister. Soit sous la forme d’un skate comme le HandiLover qui permet de faciliter la mobilité du bassin, soit sous la forme de dildo, confectionné avec un système de fixation qui permet de ne pas utiliser ses mains. Les désavantages que nous pouvons observer concernant ces *sextoys* sont que, d’une part, le matériel est relativement coûteux, d’autre part, il ne permet pas aux personnes à lourde dépendance humaine d’accéder seule à leur sexualité.

Nous l’avons précédemment évoqué, l’accompagnement sexuel est régi par la loi de 2016 relative à la prostitution et donc sanctionne les client.e.s et le proxénétisme. Néanmoins, plusieurs associations en France forment des accompagnant.e.s sexuel.le.s et les mettent en relation avec les client.e.s désireu.se.x. En cela, les personnes en situation de handicap recourant aux services sexuels des accompagnant.e.s exercent une forme de subversion de la morale établie. D’autant plus qu’en la cliente se trouve être une femme.

Toutes ces initiatives ou expérimentations sexuelles démontrent la capacité d’agir dont font preuve les personnes en situation de handicap. Capacité d’agir qui s’inscrit dans une société formée de systèmes oppressifs comme le sexisme ou le validisme et dont les personnes incarnant une posture de dominées créent des brèches pour exister.

³¹ Nous pouvons citer par exemple : @hermine.and.the.wheels ; @luisalaudace ; @thechroniconic ; @rosearespread ; @chr0nicallycute ; @alteretcorps etc.

³² A retrouver à l’URL suivante : <https://www.konbini.com/fr/category/engagees/education-sexuelle/>.

³³ Le compte @jouissanclub par exemple est un condensé de graphismes mettant en lumière des pratiques sexuelles à effectuer sur tous les sexes et dont la finalité est le plaisir et la découverte.

³⁴ Notamment sur le compte @orgasmeetmoi.

Problématique et hypothèses

1. Axes de questionnement

Grâce au cadre théorique que nous venons d'exposer, de nombreux questionnements s'offrent à nous. Les données récoltées, à travers les travaux de la recherche en sciences humaines et sociales, les travaux plébiscités par différents ministères de l'Etat français ou encore les initiatives développées par la société civile, nous pouvons nous interroger sur l'accès des femmes en situation de handicap moteur à la sexualité et les formes de sexualités, les pratiques qui en découlent.

Notre cadre théorique concernant les scripts sexuels est majoritairement basé sur les pratiques et normes sexuelles des personnes considérées valides. Reproduisent-elles les schémas dominants ou développent-elles des schémas / pratiques spécifiques, alors que nous nommerions « pratiques subversives » ? Dans une société qui crée des normes où les corps valides sont jugés légitimes et à préserver, quel rapport entretiennent-elles avec leur corps ? Comment se sont-elles outillées pour apprécier leur corps et se sentir légitimes à désirer et être désirées ?

Puisque « la sexualité peut questionner ou subvertir l'ordre social » (Fournier, 2020, p. 15), nous pouvons nous poser quelques questions. Dans le cas où les femmes en situation de handicap moteur présentent des stratégies mises en œuvre afin de satisfaire leurs désirs, ou encore qu'elles développent des schémas distincts et en marge des normes sexuelles véhiculées ; serait-ce la résultante de leur agentivité face au système oppressif que se trouve être le sexisme ? Ou bien, serait-ce grâce à leur agentivité face au système oppressif que représente le validisme ? Ou encore, pourrions-nous observer des modalités, des formes de subversion qui proviendraient de l'intersection entre ces systèmes oppressifs ?

Si des formes, que nous pourrions considérées subversives grâce à l'état des lieux des normes sexuelles véhiculées en France à l'époque contemporaine, étaient pensées et mises en œuvre par les femmes interrogées, quelles formes prennent-elles ? Comment cela se manifeste-t-il ? Ont-elles intellectualisé ces pratiques sexuelles ? Par quels moyens ? Quelles analyses en font-elles ?

Nous pouvons regrouper ces diverses interrogations sous une question plus large et ouverte mais qui permet de réfléchir à tous ces éléments : les femmes en situation de handicap développent-elles des pratiques sexuelles en marge des schémas dominants ?

2. Hypothèses

Ces questionnements et cette problématique nous amènent à la formulation des hypothèses. Celles-ci reposent sur l'idée que des expériences sexuelles subversives sont pratiquées. Les fondements de ces pratiques, sont en parties du fait d'avoir été socialisées comme des femmes en situation de handicap. L'expression « femmes en situation de handicap » inclut en effet les valeurs assignées au féminin, les rapports inégalitaires, le sexisme, ainsi que l'expérience handicapée, les discriminations subies, le validisme.

Du fait de leur corporéité qui ne permet pas toujours les scripts sexuels normés, nous émettons l'hypothèse qu'elles ont dû (re)penser leurs sexualités et s'émanciper du triptyque classique « préliminaires-pénétration-éjaculation » (Legouge, 2021) qui s'avère être encore une pratique majoritairement partagée et représente ainsi un script sexuel « allant de soi » (Bajos et *al.*, 2008).

De plus, en raison de leur anatomie génitale, partagée par toutes les personnes dotées d'un vagin et d'un clitoris, ces femmes ont développé des techniques sexuelles en dehors de la pénétration péno-vaginale afin d'atteindre un plaisir sexuel, voire une jouissance.

Enfin, impliquées au sein de rapports sociaux de genre et de capacité, elles ont dû s'émanciper des stéréotypes associés à la féminité et à la passivité en développant des pratiques sexuelles en dehors de la binarité femme soumise/passive vs. homme actif/dominant.

Ensuite, ces pratiques dites subversives ont été réfléchi notamment par le biais de l'éducation à la sexualité positive et inclusive, qui se déploie notamment sur les réseaux sociaux, comme démontré dans la dernière partie du cadre théorique. Nous tenterons ainsi de vérifier si les contenus sexo-éducatifs développés sur les réseaux sociaux permettent alors de s'émanciper des normes sexuelles et deviennent un des fondements de la subversion. Des nouvelles représentations de scripts sexuels sont possibles grâce à cela.

Dispositifs de recueil de données

1. Le choix de la méthodologie

Le travail de recherche a été mené durant la période comprise entre le 13 septembre 2021 et le 1^{er} juin 2022, avec une période de stage d'une durée de 2 semaines. Le choix a été porté sur un organisme de formation d'éducation à la sexualité auprès des professionnel.le.s issu.e.s du secteur médico-social. Cela permettait de s'acculturer au champ de l'éducation à la sexualité ainsi qu'au secteur médico-social ; d'échanger avec les professionnel.le.s présent.e.s, notamment dans le cadre de mes entretiens ; de mieux saisir les enjeux des secteurs cités.

Tout d'abord, au regard de l'état des lieux développé en premières parties, vaste et non-exhaustif, une période d'accumulation des connaissances a été menée. Elle a été possible notamment grâce à la création de mots-clefs ayant permis d'affiner les recherches documentaires au sein des bases de données comme Cairn ou Persée.

Dans un second temps, grâce aux informations amassées, il a été possible de penser une problématique ainsi que de formuler des hypothèses. Des entretiens exploratoires ont été réalisés auprès des professionnel.le.s. Deux ont été menés auprès de professionnel.le.s issu.e.s du champ de l'éducation à la sexualité ainsi que deux auprès de professionnel.le.s issu.e.s du secteur médico-social, plus spécifiquement, en I.M.E³⁵.

Dans le cadre de ce travail de recherche de nature sociologique, cherchant à comprendre et analyser les pratiques et les discours, autrement dit, cherchant à récolter des données qualitatives, l'intérêt des entretiens semi-directifs s'est vite présenté (Beaud et Weber, 2010).

Ensuite, alors que l'entretien type récit de vie aurait été une modalité pertinente, notamment au regard du sujet intime et intrinsèque à chacun.e. Par ailleurs, il nécessite pour la personne enquêtée, de la confiance, du temps et de se replonger dans ses souvenirs. En effet, l'objectif sociologique poursuivi par l'emploi du récit de vie repose sur l'« ancrage subjectif », notamment les « logiques d'action selon le sens même que l'acteur[.rice] confère à sa trajectoire » (Pruvost, 2011). Les entretiens type récits de vie permettent de laisser la personne concernée active et meneuse de l'interview. La manière dont elle aborde son récit constitue un matériau en soi. Toutefois, la récolte de récits de vie demande du temps, plusieurs

³⁵ Cela n'a pas été préalablement choisi, les enquêtées concernées se sont trouvées toutes les deux être des employées d'I.M.E.

retranscriptions, qui permettent alors de constituer le matériau de la prochaine interview, afin de rebondir sur certains propos ou d'en approfondir d'autres. Malheureusement, le temps imparti étant insuffisant pour mener un travail de recherche de cette ampleur, les entretiens semi-directifs ont été jugé plus accessibles.

L'entretien semi-directif a donc été notre choix final. Les entretiens ont été créé en intégrant une temporalité longitudinale (allant du passé au présent). En effet, les entretiens ont été préalablement pensés à travers l'énoncé des thèmes et thématiques à aborder. Les thèmes et sous-thèmes ont été alors regroupés au sein d'une grille d'entretien (Annexes 1 à 3), support nécessaire lors de la mise en œuvre des interviews. Avant la création des grilles d'entretien, il a fallu constituer l'échantillonnage et ainsi prospecter les personnes pertinentes à enquêter, au regard de la problématique.

2. L'échantillonnage

L'échantillon a été formalisé suivant des critères sociologiques. Tout d'abord pour les professionnel.le.s, le seul critère retenu était qu'il ou elle soit employé dans une structure fournissant une éducation à la sexualité, labellisé par l'Etat ou alors qu'iel travaille dans un établissement spécialisé accueillant des personnes en situation de handicap.

Concernant les personnes concernées, il fallait qu'elles aient été socialisées en tant que filles afin de saisir les rapports sociaux liés au genre. De plus, l'échantillonnage concernant le cœur de l'enquête devait rassembler des personnes en situation de handicap moteur. En effet, souhaitant aborder des questions liées au rapport au corps et démontrer les enjeux s'y logeant, le handicap moteur apparaissait plus pertinent que le handicap mental. De surcroît, bien que l'étude empirique auprès des femmes en situation de handicap mental soit nécessaire, leur approche paraissait plus compliquée à mettre en place.

Les entretiens ont débuté par les entretiens exploratoires. Le premier a été réalisé auprès de Victoire, accompagnante éducative et sociale (AES) travaillant en Institut Médico-Educatif (I.M.E) dans la région Ile-de-France. Victoire est une jeune employée qui met en place des ateliers informatifs au sujet des sexualités à la demande d'un résident de sa structure. Victoire a fait partie de l'échantillon à travers la réalisation du stage au sein de la structure associative CRÉDAVIS. En effet, elle faisait partie de l'équipe formée. L'objectif de cet entretien était tout d'abord de rendre compte de la reconnaissance de l'ensemble des droits des personnes accueillies au sein de l'établissement et des droits sexuels qui sont les leurs. De plus, les ateliers mis en œuvre par Victoire ont constitué l'objet de cet entretien.

Ensuite, Marine, une professionnelle du Planning Familial (PF) en région Bretagne et habilitée à intervenir dans le cadre du programme « Handicap et alors » a constitué le deuxième entretien exploratoire. L'objectif de cet entretien était de comprendre les discours employés par les organismes labellisés et spécialisés dans leurs missions de promotion, d'information et de sensibilisation des sexualités. Un questionnement reposait sur l'existence ou non d'un discours différent de celui employé à destination d'un public valide. Autrement dit, existe-t-il un discours spécifique pour les personnes en situation de handicap ? Et si oui, quel est-il ? Aussi, l'objectif résidait dans la prise d'informations quant aux pratiques sexuelles considérées hors de la norme socio-sexuelle à ce jour.

Puis, un entretien a été réalisé auprès de Christelle, assistante de service social (ASS), employée dans un I.M.E de la région Bretagne. L'I.M.E en question accueille des personnes en situation de handicap âgées de 6 à 20 ans. L'accueil se fait majoritairement en temps complet, mais également à temps partiel et tou.te.s sont en demi-pension, ce qui signifie qu'ils et elles rentrent chez leurs parents ou tuteur.ice.s le soir venant. Les personnes accueillies ont une « *déficience légère, moyenne ou sévère, avec des troubles associés* »³⁶. Comme l'entretien effectué avec Victoire, les données récoltées auprès de Christelle permettaient de questionner l'évolution des représentations des sexualités des personnes en situation de handicap et véhiculées par les professionnel.le.s aidant.e.s.

Enfin, Fabien, accompagnant intime et sexuel formé par l'Association Pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel (APPAS) constitue notre dernier entretien exploratoire. A l'instar de l'entretien réalisé auprès d'une employée du Planning Familial, nous souhaitons entrevoir les discours et pratiques renseignées, sensibilisées auprès de la clientèle à l'accompagnement sexuel. De plus, l'objectif poursuivi était de questionner toutes les occurrences des demandes féminines auprès de la structure et d'interroger les éventuelles explications à ce sujet.

Initialement, nous pensions interroger deux autres professionnel-le-s : soit un responsable du CRÉDAVIS, en charge de former les professionnel-le-s issu-e-s du secteur social et médico-social à la prise en compte de la dimension sexuelle au sein des pratiques professionnelles ; soit une coordinatrice de projet qui a par ailleurs initié la mise en place d'ateliers d'éducation sexuelle au sein du même établissement que Victoire. Ces deux entretiens n'ont pas été réalisés pour des questions de temporalité. Bien que cela nous aurait fourni des

³⁶ Christelle définit les troubles associés comme pouvant être psychiques (trouble de la personnalité) ou sensoriels (déficience auditive légère).

informations intéressantes et importantes pour comprendre les trajectoires sexuelles des personnes ayant eu un parcours institutionnel, les établissements sociaux et médico-sociaux et les conditions offertes par ceux-ci en faveur/contre l'expression de la liberté sexuelle des résidentes ne sont pas mon objet d'étude.

De surcroît, le cœur du travail de recherche se trouvant dans l'entretien avec les personnes concernées, elles-mêmes, il paraissait primordial d'être à l'écoute des femmes en situation de handicap et ainsi valoriser et visibiliser leur parole.

Six entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cinq femmes en situation de handicap moteur. L'échantillon des personnes concernées s'est constitué principalement grâce au « bouche-à-oreille ». Le premier entretien a été réalisé auprès de Gwennaëlle, proche du réseau du CRÉDAVIS. Cet entretien s'est déroulé chez elle, à Montpellier, alors qu'on était sur place.

Ensuite, Gwennaëlle a contacté une amie qui a accepté de s'entretenir dans le cadre du travail de recherche. Emeline, habitant Montpellier également, l'entretien s'est déroulé par visioconférence sur Messenger (Facebook).

A travers les contacts entrepris auprès d'une association formant les accompagnant.e.s sexuel.le.s, Cindy a accepté de réaliser un entretien, formulant son souhait d'avoir un regard sur la retranscription. L'entretien s'est déroulé sur la plateforme Zoom avec les caméras allumées lorsque nos connexions Internet nous le permettaient. Cindy est en ce moment en formation pour devenir sexothérapeute.

Puis, *via* mail, Laure a répondu par la positive pour réaliser un entretien. « Sexpair-aidante » et personne concernée, l'entretien, *via* Zoom, a pu aborder son expérience personnelle mais également son expérience professionnelle, à travers les témoignages qu'elle a pu récolter dans le cadre de son activité. Ces données sont précieuses pour elle-même et pour le travail de recherche puisque cela légitime le caractère systémique des rapports sociaux dans lesquels sont impliquées les femmes en situation de handicap, tout en préservant le caractère individuel et singulier propre à chaque personne.

Enfin, le dernier entretien a été mené auprès d'Adèle, qui a pris contact par mail à la suite du partage de Laure de l'appel à contribution à l'enquête sur son compte LinkedIn. Adèle a effectué deux entretiens, le premier ayant été reconduit, jugeant que les informations récoltées pourraient être complétées. Les deux entretiens ont eu lieu *via* la plateforme Zoom, avec caméras activées.

Lorsque le moment est venu de prospecter, ou de répondre aux sollicitations bienvenues, des questions de légitimité se sont posées. En effet, la crainte ressentie était de pouvoir être

considérée comme une personne voyeuriste, intéressée par les sexualités des « autres », les personnes « différentes ».

Les entretiens ont été préalablement réfléchis selon la problématique énoncée et les hypothèses formulées. Cela a conduit à réaliser des grilles d'entretien spécifiques à l'échantillonnage.

3. Les grilles d'entretien

Trois grilles d'entretien ont été élaborées selon les objectifs poursuivis auprès de chacun des échantillonnages constitués. La première grille, concernant les professionnel.le.s issu.e.s du secteur médico-social, tentait de répondre à divers questionnements. Au regard du cadre théorique et des résultats de la recherche (Giami, 1983), les représentations des sexualités des personnes en situation de handicap véhiculées par les professionnel.le.s ont-elles évoluées ? Dans quel sens ? Etant donné que la famille peut s'avérer résistante à la mise en place d'une éducation à la sexualité auprès de leur enfant, quels sont les moyens développés par les établissements spécialisés ? Des ateliers d'éducation à la sexualité sont-ils mis en place ? Si oui, selon quelle approche, quelles modalités et pour quelles raisons ? Il s'agit ici notamment de questionner les modalités en non-mixité de genre, les discours différenciés selon le sexe, les discours différenciés selon les déficiences/incapacités du public. Les personnes ayant la charge de ces ateliers sont-elles formées à l'éducation à la sexualité ?

Ensuite, la deuxième grille d'entretien élaborée pour les entretiens auprès des professionnel.le.s exerçant dans le champ de l'éducation à la sexualité, permettait de questionner les normes sexuelles ; les discours employés afin d'éviter la production et reproduction de celles-ci ; l'approche utilisée lors des formations ; l'existence ou non d'un discours spécifique selon le public formé ; les formes que prend le déploiement d'une éducation à la sexualité positive et inclusive.

Enfin, la troisième et dernière grille d'entretien, support sur lequel se fondaient les entretiens auprès des femmes en situation de handicap, l'objectif poursuivi était alors de récolter des données empiriques.

Le fil rouge résidait dans les pratiques sexuelles qu'elles emploient ou ont employées. En effet, les thèmes permettaient d'aborder le présent ainsi que le passé. La grille d'entretien est alors constituée de différentes thématiques regroupant des sous-thèmes. La méthode utilisée était alors celle de l'entonnoir avec une question introductive relative à la place des femmes en

situation de handicap dans la société (médias, politiques publiques, productions culturelles, etc.). Ensuite, l'entretien abordait des questions liées à la sexualité de manière générale avec leur propre définition, la place réservée à la sexualité des femmes en situation de handicap dans la société ou encore l'éducation sexuelle reçue et perçue. Enfin, l'entretien se dirigeait vers des questions d'ordre plus intime notamment à travers la description des pratiques sexuelles employées, du rapport au corps, des attentes sexuelles, des relations interpersonnelles ou encore des éventuelles mauvaises expériences subies. D'après la théorie des scripts sexuels (Monteil, 2016 citant Simon et Gagnon, 2004, 2005 et 2008), l'entretien était l'opportunité de questionner leurs scripts sexuels (âge du premier rapport, définition de ce rapport, orientation sexuelle, pratiques), mais également leurs scripts sexuels intrapsychiques (fantasmes, imaginaires), ainsi que leurs scripts sexuels interpersonnels (les sexualités et intimités partagées).

Tous les entretiens se sont déroulés courant février et mars 2022. Les entretiens exploratoires ont duré entre 53 minutes (Victoire) et 1h21 minutes (Fabien). Tandis que la durée des entretiens semi-directifs oscille entre 1h31 minutes (Emeline) et 2h48 minutes (Adèle). Cela s'explique par le fait que le cœur central de la recherche correspond à la parole des personnes concernées.

Enfin, malgré mon souhait de privilégier les entretiens en face à face, la majorité d'entre eux se sont déroulés *via* la plateforme Zoom, ou Messenger (Facebook) avec caméras activées. Une fois l'accord obtenu par l'intéressé.e, tous les entretiens ont été enregistrés sur mon téléphone.

4. L'analyse

Les entretiens exploratoires, perdus dans le vol de nos affaires personnelles, n'ont pas été retranscrits entièrement. Ils l'ont été une première fois, néanmoins le délai imparti ne permettait pas de consacrer du temps supplémentaire à cette tâche. Avec l'aide de plusieurs proches, les entretiens perdus ont été retranscrits partiellement. Grâce à cela, des pistes d'analyse ont pu se dégager, axées notamment sur les questionnements susmentionnés. Quant aux entretiens effectués avec Gwennaëlle, Emeline, Cindy, Laure et Adèle, ils ont été entièrement retranscrits (pour certains, re-retranscrits).

Afin d'avancer le plus rapidement possible dans l'étape de la retranscription, étape importante permettant de se remémorer les éléments abordés et de commencer la constitution de son analyse (Beaud et Weber, 2010), l'utilisation d'un logiciel de retranscription a été privilégié. Office 365, logiciel mis à disposition sur l'ENT d'Angers, permet la retranscription

automatique à partir du fichier audio. Néanmoins, de nombreuses erreurs et mises en forme restent à être effectuées en aval. Finalement, le logiciel permet de ne pas écrire chaque mot employé lors de l'entretien oral tout en conservant la première lecture de l'entretien à travers la mise en forme et le retapage des bons termes usités.

Une grille d'analyse des entretiens a été réalisée (Annexe 4). Elle prend la forme d'une classification employant les différentes thématiques et sous-thèmes abordés lors des entretiens. Chaque extrait d'entretien relatant des propos en lien avec le sous-thème est alors inséré sous le nom de l'intéressée. Sous cette forme, le classement permet de mener une analyse à plat (ce que les enquêtées ont à dire sur tel sujet) ainsi qu'une analyse croisée (observation des similitudes et des disparités entre les personnes enquêtées selon le thème évoqué).

Résultats

Les résultats présentés ci-dessous sont scindés en deux parties : les résultats concernant les professionnel.le.s et les résultats concernant les femmes en situation de handicap moteur.

De plus, les résultats présentés sont non-exhaustifs. En effet, les matériaux étant conséquents, seuls les résultats significatifs sont développés. Quel que soit l'échantillon mobilisé, un état des lieux des profils est effectué. Par ailleurs, il paraît nécessaire de préciser que, bien que la pathologie/maladie génétique ou incapacité motrice soit mentionnée au sein du tableau des profils des personnes concernées, cette information ne sert en aucun cas à objectiver ou essentialiser les femmes en situation de handicap. Au contraire, ces notions servent à mettre en lumière la pluralité des réalités vécues et des conséquences multiples et singulières impactant les sexualités, les rapports au corps, les rapports au monde et les rapports sociaux.

1. Les professionnel.le.s du secteur médico-social et du champ de l'éducation à la sexualité

1.1 Les profils

Prénom ³⁷	Organisme	Âge	Genre	Poste	Initiatives en lien avec l'éducation à la sexualité	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
Victoire	I.M.E (Paris)	22	F	Accompagnement éducatif et social	Atelier d'éducation à la sexualité auprès d'un résident.	01/02/22	53 minutes
Marine	Planning Familial	35	F	Conseillère conjugale et familiale	Programme « Handicap et alors » (collectif) et entretiens avec des personnes en	02/02/22	1h12 minutes

³⁷ Les prénoms ont été modifié afin d'assurer l'anonymat des personnes interrogées.

					situation de handicap (individuel)		
Fabien	APPAS	?	M	Thérapeute sexuel à son compte et accompagnant affectif et sexuel auprès de l'APPAS	Accompagne sexuellement des personnes en situation de handicap	07/03/22	1h21 minutes
Christelle	I.M.E (Montfort-sur-Meu)	58	F	Assistance sociale	Aucune. C'est l'infirmière qui a la charge de.	17/03/2022	56 minutes

Les personnes enquêtées et travaillant en institution sont celles qui semblent être les moins formées à l'éducation à la sexualité positive et inclusive. Cela semble aller de soi puisque les autres personnes enquêtées travaillent sur ces questions spécifiquement au sein de leurs activités professionnelles.

En effet, Fabien et Marine semblent être les plus émancipé.e.s vis-à-vis des normes sexuelles et les moins hétéronormatif.ve.s en termes de prisme employé pour réfléchir aux sexualités. Marine, employée du Planning Familial et intervenante auprès des personnes en situation de handicap mental, souligne l'hétéronormativité qui régit ce qui a trait au discursif : « *Et il y a un discours, je pense qu'il y a un discours qui est entendable. Il y a un discours qui est qu'on peut dire enfin qu'on peut avoir, qu'on peut tenir dans la société. Et puis il y a des discours qui sont plus difficiles à entendre [...]. Ben je pense qu'il y a un truc de la sexualité normée, de la société a une idée de ce qui est bien dans la sexualité et de ce qui est pas bien grosso modo, en termes de normes et que du coup quand on sort un peu des normes, bah du coup c'est un peu plus difficile de le dire. [...] Mais ça reste difficile de sortir de la norme il y a, il y a des injonctions en fait à ce que doit être la sexualité et si on n'est pas tout à fait là-dedans, ça peut être difficile d'en parler* ». Afin de définir la sexualité normée, elle se réfère à la hiérarchie sexuelle créée par Gayle Rubin (2010), outil utilisé lors de ses interventions dans le cadre du programme « Handicap et alors ». Bien qu'elle précise :

« Par exemple, la question du mariage/hors mariage, c'est une norme qui a beaucoup bougé dernièrement. Sur hétérosexuel/homosexuel. Enfin, c'est pareil, c'est des choses qui bougent. Mais même si c'est pas encore accepté par l'ensemble de la société ».

Quant à Fabien, bien que ses activités professionnelles ne soient pas, à proprement parlé, de l'éducation à la sexualité (au sens de mise en place d'ateliers spécifiques labellisés par l'Etat), celle-ci infuse toutes ses interventions. Cela se reflète jusqu'au choix du nom donné à sa fonction professionnelle « *thérapeute affectivo-sexuel* »³⁸, bien qu'il « *accepte l'étiquette de travailleur du sexe. D'ailleurs, je suis membre du syndicat des travailleurs sexuels du STRASS* »³⁹. Son affranchissement s'entend dans son choix de modalité relationnelle, « *polyamoureux depuis 30 ans* ». Fabien a donc acquis une expérience en tant que professionnel du sexe tant auprès des femmes valides qu'auprès des femmes en situation de handicap. Il apporte son constat différencié :

« Et bon pour les femmes en situation de handicap, c'est différent parce qu'elle au contraire. Elles ont souvent envie d'être active et de donner du plaisir et elles ont besoin de sentir que l'homme qui s'occupe d'elle va prendre du plaisir aussi. C'est assez drôle d'ailleurs, c'est vraiment très touchant de voir cette volonté systématiquement des femmes que j'ai accompagnées, qui voulait absolument que je prenne mon pied. Quoi, alors que les valides, elles s'en foutent ça, c'est drôle. D'ailleurs, c'est vraiment marrant ce contraste, je sais pas pourquoi c'est comme ça, mais bon en tout cas c'est un constat. Et c'est vrai que c'est, c'est touchant, voir ces femmes en situation de handicap parce que ça les valorise de voir un homme qui prend leur son pied avec elle. Elle se sent encore plus femme [...] Alors, ça m'est arrivé une fois qu'une femme. La toute première que j'ai eu d'ailleurs. Voilà quand je suis arrivée chez elle, elle était en train de regarder les films porno sur son écran d'ordinateur et elle voulait faire toutes les positions du kamasutra. Bon, j'ai bien rigolé parce que vu son handicap c'était absolument impossible mais bon j'ai entendu, j'ai écouté son... Voilà on en a, on a rigolé, on a donc j'ai essayé de faire quelques trucs mais voilà elle était vraiment purement dans le physique hein, elle était pas du tout dans l'affectif. Mais c'est rare. C'est le seul cas que j'ai connu depuis 6 ans, hein, et c'était la première, qui était comme ça. Sinon toutes les autres c'est avant tout une relation humaine ».

Victoire, accompagnante éducative et sociale, a été à l'initiative de la mise en place d'ateliers d'éducation à la sexualité. La demande a été directement exprimée par l'un des résidents de l'institution dans laquelle elle travaille et ces ateliers sont seulement à destination de cette personne. Nous pouvons nous demander pourquoi la Direction n'a-t-elle pas formalisée les ateliers d'éducation à la sexualité ? Sachant que Victoire a dû attendre leur aval pour mettre

³⁸ Fabien accompagne des personnes en situation de handicap (majoritairement des femmes seules ou des couples). A côté de ça, Fabien a également son cabinet où il accueille des femmes et des hommes valides pour un accompagnement affectivo-sexuel.

³⁹ STRASS : Syndicat du TRAvail Sexuel fondé en 2009 en France.

en œuvre ses interventions. La Direction a également demandé à Victoire de s'assurer de l'autorisation accordée par la famille du jeune homme alors mineur⁴⁰. Or, les articles 458 et 459 du Code Civil stipulent que « sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée ». Les tuteur.ice.s légaux.les ne peuvent interférer dans les activités sexuelles de la personne concernée, ni même dans les décisions liées à la procréation (contraception imposée ou interdite par exemple).

Christelle, assistante de service sociale, bien qu'elle m'ait prévenue en amont de l'entretien, semble avoir peu d'informations au sujet des activités en lien avec l'éducation à la sexualité qui a lieu dans l'établissement pour lequel elle travaille. Régulièrement, lors des entretiens, elle me renvoyait vers l'infirmière en charge de ces questions.

Bien que des observations témoignent d'une évolution positive pour la reconnaissance des droits sexuels des personnes accueillies en institutions, des freins persistent encore.

1.2 Une évolution minorée de la reconnaissance des droits sexuels des personnes accueillies.

L'entretien avec Fabien nous a permis de questionner la moindre occurrence des femmes en situation de handicap à faire appel aux services de l'APPAS (97% des sollicitations sont d'ordre masculine (ASH, n° 3148). Fabien nous annonce que, sur l'année 2021, les demandes féminines ont été au nombre de 3, dont 1 seule a abouti contre *a minima* 300 demandes masculines. Il l'explique comme ceci :

« Parce qu'on est dans une société comme qui fonctionne comme ça, qui va aller voir Les travailleuses du sexes ? C'est les hommes. Les femmes qui vont avoir des escortes, il y en a quand même pas beaucoup. C'est beaucoup plus tabou. Un homme qui va voir une prostituée, c'est normal, c'est voilà, ça choque personne. Une femme qui va avoir un prostitué, là par contre waouh c'est bizarre quoi. Les gens ont encore l'impression qu'il y a que les hommes, qui ont ces besoins-là et pas les femmes. Ce qui complètement débile et du coup bah les femmes qui font cette démarche, elles se confrontent à ça. Et si elles en parlent autour d'elles et ben elles se font, elles se font moquer, elles se font critiquer. Enfin, c'est tout un parcours du combattant. C'est bien ça le problème ».

⁴⁰ Le résident était âgé de 16 ans lors du démarrage des démarches auprès de la Direction ainsi qu'auprès de la famille.

Des représentations qui ont de réelles répercussions sur les principales concernées. Il explique :

« Forcément, parce que c'est la première chose qu'elles disent dans leurs discours, quoi, que c'est pas facile qu'elles savent pas si elles vont aller jusqu'au bout, qu'elles ont peur du regard des autres, elles peuvent peut-être pas en parler parce que parce qu'on se moque d'elles, ou alors il y a des mecs qui leur disent : tu vas pas aller les payer pour ça, t'as qu'à faire appel à moi. Seulement le mec il est pas forcément dans la délicatesse et l'approche que nous on va avoir ».

Alors que Fabien précise que certaines femmes en situation de handicap souhaitent un accompagnement strictement sexuel, il met en garde sur sa rareté. Rappelant alors les représentations des attentes relationnelles différenciées selon le sexe (Bajos et Bozon, 2008), selon l'expérience de Fabien la majorité des femmes sont à la recherche de tendresse, d'une relation interpersonnelle plutôt que de performances sexuelles, à proprement mécaniques :

« Je sais pas si c'est une tendance, c'est que leur approche, elles, c'est plus reprendre confiance en elles. Un homme qui a besoin de tirer son coup, c'est juste parce qu'il a ça lui monte à la gorge, il en peut plus. [...] Alors qu'une femme, ça va être beaucoup plus subtil, c'est avoir un besoin de se retrouver, de sentir sa féminité, d'avoir quelqu'un qui va prendre soin d'elle, lui montrer que voilà, elle a du potentiel ».

De plus, les violences subies majoritairement par les femmes, dont le risque augmente d'au moins 2 points lorsque c'est une femme en situation de handicap (DREES, 2020), ont un impact sur la demande féminine quant à l'accompagnement sexuel :

« Non, je voulais juste dire qu'effectivement, les femmes ont beaucoup plus peur que les hommes. Un homme n'a pas cette appréhension de tomber sur une femme, qui va l'agresser par exemple déjà. Rien que ça alors que ça pourrait arriver, mais c'est très très rare. Alors que la femme, oui, elle l'a effectivement, cette peur de l'homme vu qu'elle est en situation de handicap, même si c'est quelqu'un qui est formé par l'APPAS et ben elles ont quand même peur, elles ne savent pas comment ça va se passer, elles ont une appréhension. On va leur insuffler cette peur de toute façon ».

D'une part le contexte criminel et violent va être intellectualisé par les femmes et se composer en un frein ; d'autre part, Fabien témoigne de la nécessité à rassurer les clientes de l'APPAS :

« Ah mais c'est systématique. C'est à chaque fois. C'est obligé parce qu'elles ont forcément une certaine appréhension. C'est pour ça qu'on a besoin de parler énormément au téléphone avant. Et qu'ensuite on a besoin de se rencontrer pour voilà, pour sentir si elles se sentent vraiment en confiance ».

Marine, à travers son expérience, témoigne quant à elle d'une légère évolution de la reconnaissance des personnes accueillies en établissements. En effet, elle mentionne l'évolution des lois, l'intérêt naissant de la part des pouvoirs publics pour cette question, notamment à travers l'appel à projet organisé par l'ARS visant à former les professionnel.le.s, ainsi que l'évolution des représentations véhiculées par les professionnel.le.s au sujet des sexualités des personnes concernées. Marine minore mes propos affirmant qu'il existe encore la vision de « l'ange asexué vs. la bête assoiffée » (Giami, 1983) au sein des représentations, néanmoins :

« Je pense qu'il y a encore ça. Il y a encore ça. Mais il y a une réflexion qui s'engage sur, en fait tout le monde a le droit à une vie affective et sexuelle quoi. Et du coup elle est pas forcément [pensée] en terme problématique. Parce que dans les établissements, souvent c'est... On parle de sexualité, c'est quand il y a un problème. Souvent quand les établissements, qui se mettent à se dire : bah tiens, faut qu'on questionne ça ; c'est parce qu'il y a une situation qui leur pose problème. Et donc du coup ce qu'on essaie de dire c'est : mais en fait c'est bien d'en parler tout le temps. Enfin justement d'avoir un truc d'éducation à la vie affective et sexuelle dès tout petit, au fur et à mesure justement pour que, à l'âge adulte, ça puisse être un sujet même quand ça pose pas problème au sein de l'établissement. Que ça puisse être un sujet ou un non-sujet, mais enfin que ça puisse juste exister ».

Toutefois, bien que l'ARS ait déployé des moyens afin de former les professionnel.le.s issu.e.s du secteur médico-social, Marine semble confirmer que les établissements instaurent une réflexion dès lors que des situations internes sont jugées problématiques. L'intérêt porté à la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs des personnes accueillies ne serait ni systématique ni vide de préjugés.

Effectivement, ces propos sont à atténuer lorsqu'on ajoute la dimension du genre dans l'analyse :

« Il y a un truc, on colle enfin les représentations et presque encore plus peut être ouais, sûr encore, mais oui, en tout cas le côté : les hommes ont des besoins bah pour le coup par exemple, on se rend compte que quand on parle de comportement masturbatoire dans l'espace public, donc dans les collectifs, tout ça avec les professionnels, c'est quasiment toujours des histoires de d'hommes qui ont ce comportement-là donc du coup... Euh, le côté... Du coup, j'essaye de penser à qu'est ce qui pose souci et par exemple les femmes qui vont avoir de multiples partenaires, ça, ça pose question dans les établissements. [...] Bah j'ai l'impression que moins [pour les hommes] enfin en tout cas on s'inquiète plus [pour les femmes] ».

Des représentations sexuées persistent et des acceptations, justifications, réprobations émanent des professionnel.le.s face aux comportements des résident.e.s. Marine explique cela selon les représentations inégales des sexualités féminines et masculines : les hommes auraient des pulsions sexuelles sous couvert de déterminisme biologique (Bajos et Bozon, 2008). A l'inverse, les femmes seraient jugées négativement et proportionnellement au nombre de partenaires sexuels (Bereni et *al.*, 2021).

Christelle semble également observer une évolution positive en termes de reconnaissance des droits sexuels au sein de l'établissement pour lequel elle travaille. Cette évolution se matérialise selon elle par le travail approfondi de certaines notions, auparavant moindre : « *Un travail plus important sur les émotions dernièrement je trouve et puis aussi sur le consentement* ». Nous pouvons nous demander si l'ajout ou le renforcement de la notion du consentement s'inscrit dans la dynamique des revendications et de la libération de la parole – ou plutôt du meilleur accueil de la parole des femmes et des minorités – engendrées par le phénomène #MeToo ?

Par ailleurs, le Planning Familial travaille également la notion de consentement à travers l'utilisation de pictogrammes et de photos-langage :

« Après on utilise des pictos des fois pour travailler. Plutôt qu'est ce qui est autorisé, qu'est ce qui est interdit ? Donc c'est là où on va aborder la question, donc, qu'est ce qui est autorisé. Souvent là quand on utilise ces pictos qui vont reprendre des pratiques sexuelles, la masturbation ou d'autres situations, de visionnage de porno par exemple. Et du coup, on pose les choses et puis on dit : bon, à votre avis, qu'est ce qui est autorisé, qu'est ce qui est interdit ? Donc en premier lieu la plupart du temps ils disent que tout est interdit et après on réfléchit on dit : alors c'est interdit, mais où ? Est ce qu'il y a des endroits où c'est autorisé ? Donc après on a introduit la notion d'intimité de collectif. Et après la notion de consentement et en fait, on finit par la conclusion, c'est que finalement, presque tout est autorisé dès lors que c'est dans l'intimité et avec le consentement ».

Il semblerait que l'utilisation des références « autorisé par la loi / non autorisé par la loi », à savoir l'interdiction de l'exhibitionnisme ou encore du non-respect du consentement d'autrui servent alors à ne pas interdire/autoriser une pratique en particulier et ainsi éviter d'en normer certaines et d'en exclure d'autres. Nous pouvons nous demander si la manière dont est travaillée la notion de consentement au sein de l'I.M.E de Montfort-sur-Meu s'inscrit dans une démarche positive, incluant l'absence de normalisation de certaines pratiques sexuelles ?

Bien que nous ayons vu que la loi stipule l'interdiction d'interdire les relations sexuelles au sein des établissements, l'I.M.E de la Région Bretagne l'a inscrit dans son règlement. En effet, Christelle m'explique que : « *Quand ils se présentent de façon inadaptée, on peut être amené à leur donner les règles qui proviennent du règlement de fonctionnement de l'établissement, c'est préciser que les relations sexuelles sont interdites au sein de l'établissement, par exemple* ». Christelle justifie cette restriction par le fait que c'est un établissement d'accueil de jour, ce qui signifie qu'il n'y a que des pièces communes, en dehors des toilettes.

Christelle m'informe que, malgré la stipulation formelle de l'interdiction des rapports sexuels, ceux-ci ne sont pas définis par la Direction. Alors qu'elle m'a donné en début d'entretien une définition large de la sexualité, à l'instar de la définition donnée par l'O.M.S, lorsqu'il s'agit de définir la relation sexuelle, elle explique : « *Alors on ne l'a pas vraiment défini mais ça serait vraiment un acte de pénétration* ». Néanmoins, au sujet d'autres comportements, même sans réelle relation sexuelle selon la manière dont elle vient de la définir, elle ajoute :

« [...] *c'est à dire qu'on leur demande un comportement adapté à un espace public avec des enfants ici qui sont plus jeunes, des adultes professionnels responsables d'eux autour d'eux. C'est à dire que même quand par exemple une jeune fille a la tête vraiment dans les bras de son copain, on va lui demander dans la cour de récréation de mieux se tenir* ».

Ensuite, Christelle justifie cette coercition sous couvert de protection des usagers : « *Moi je pense qu'on a quand même des jeunes assez fragiles sur le plan personnel et je pense que le cadre que l'on pose les aide aussi à ne pas se laisser eux-mêmes envahir par la demande de l'autre. Si c'était permis ici, ça serait peut-être très démonstratif* ». Nous pouvons percevoir une infantilisation des personnes accueillies ainsi qu'une « monstruosité » (Durif-Varembont, 2012) de leurs comportements qui, sans cadre, pourraient avoir tendance à prendre une forme déviante.

Toutefois, à la fin de l'entretien, sans savoir si l'entretien lui-même a été gage de réflexion et de remise en question de ses propres projections, elle différencie les sexualités des valides à celles des personnes handicapées comme ce qui suit :

« *Alors là où on peut voir un corps empêché par exemple, c'est plus sur les troubles psychiques. Parce que, par exemple, quand nous on entend : on est en couple ; quand on entend*

ça de la part des jeunes, en fait, peut être que d'emblée, nous on va vite penser : voilà, ils sont ensemble, ils ont envie d'avoir des relations sexuelles. Alors qu'en fait il y a des jeunes qui, je pense, peuvent avoir des relations très platoniques. Parce qu'ils peuvent aussi avoir peur de ça ; pas forcément envie/besoin que ça passe par vraiment une relation sexuelle. On peut être en décalage avec ce que nous on passe d'une sexualité classique et ce qu'eux ils imaginent ».

Les travaux de la recherche ont en effet démontré que l'équipe professionnelle et les résident.e.s pouvaient se trouver en décalage en termes de besoins entendus vs. formulés ; projection réalisée vs. réalité des désirs affectifs et sexuels (Fournier, 2020).

A l'instar de Christelle, les interdictions et autorisations sont floues au sein de l'I.M.E pour lequel travaille Victoire : *« Ça doit s'arrêter là où ça, ça devient trop loin. Là où c'est, ça commence. On sent que les 2 jeunes commencent à... l'hormone commence à monter ».* Allant jusqu'à, semble-t-il, rendre monstrueux certains comportements :

« Oui, enfin vraiment par exemple, un jeune va faire un câlin. Et on va, on va faire un câlin. Et sauf que quand il serre. Très très fort et que ça, ça fait mal. Là on dit stop. [...] Ils sont moins informés, je dirais, ils sont moins informés sur le consentement sur toutes ces choses-là du coup bah ça pousse à avoir un comportement mal vu par l'autre partenaire ».

En réalité, Victoire n'a pas su me dire si l'interdiction des relations sexuelles était inscrite ou non dans le règlement intérieur. Il semblerait que les notions de rapport sexuel, de ce qui est interdit ou autorisé, sont invoquées de manière arbitraires : *« Après c'est à voir en équipe parce que chacun à son opinion sur ça ».*

Par ailleurs, Marine met en garde sur les projections faites par les professionnel.le.s au sujet des sexualités des résident.e.s :

« Enfin, souvent, on entend les professionnel.le.s qui disent : oui, mais telle personne enfin, de toute façon, elle dit faire l'amour, mais en fait, pour elle, faire l'amour, c'est juste se tenir la main et éventuellement se faire un bisou. [...] Ça, c'est les représentations des professionnel.le.s. Qu'en fait, on n'en sait rien de ce qu'elle a envie peut-être, qu'elle sait, peut-être que elle, elle met le mot faire l'amour sur ça et pourquoi pas enfin. Mais ça veut pas dire qu'à côté elle n'a pas une sexualité enfin qu'elle n'a pas une sexualité génitale au fond, qu'elle n'a pas une sexualité d'une autre manière ».

Marine rappelle que ces projections peuvent avoir des influences sur la manière dont les professionnel.le.s vont organiser la gestion de la sexualité des résident.e.s :

« On est aussi à côté de la plaque, enfin du coup. A croire que des personnes n'ont pas de sexualité génitale alors qu'elles en ont, ou à l'inverse, à prévenir des trucs. Parce qu'il y a aussi beaucoup de : ben, en fait faut mettre une contraception ; mais surtout, il faut utiliser des préservatifs. Enfin, alors qu'en fait, dans la pratique des personnes, il n'y en a besoin ».

La réussite d'un accompagnement à la sexualité résiderait dans l'attention et l'écoute portées à la demande de la personne concernée. Marine souligne par là un paradoxe persistant lorsqu'il s'agit de « prévenir » la sexualité des personnes en situation de handicap notamment celle des femmes : la mise sous contraceptif ou le refus de mise sous contraceptif. D'une part, cela est parfois en décalage avec les besoins des personnes concernées, d'autre part, l'éducation à la sexualité n'est pas toujours organisée dans l'établissement *« pourtant, elles ont toutes une contraception »*.

De plus, la famille représente une résistance persistante (Agthe Diserens, 2012 ; Fournier, 2021) à la mise en place d'une éducation à la sexualité saine et épanouie au sein des établissements. Christelle précise :

« Bah les limites, on a toujours l'impression que c'est quelque chose que les parents ont du mal à voir. Que derrière leur enfant en situation de handicap ou un jeune il y a un jeune, il y a un ado, il y a un jeune adulte ; et qu'il a aussi des désirs, des besoins, comme un jeune ou un adolescent de 16 ou 18 ou 20 ans ».

Bien que nous venions de voir que le Code Civil protège les personnes tuteurisées ou sous curatelle à être leur propre décisionnaire, un cas de figure (non isolé à en croire les propos rapportés par les professionnel.le.s lors de mon stage) démontre pourtant le contraire. C'est une situation qui a lieu au sein de l'I.M.E pour lequel travaille Christine. Elle me donne un exemple de situation *« plus rare »* mais toujours persistant : la mère d'une jeune femme accueillie l'a mise sous contraceptif sans lui en faire part :

« Cette jeune n'a jamais pu partir en classe de découverte. De là à imaginer que cette jeune fille par exemple, puisse avoir un propre désir, qu'elle va avoir une vie d'adulte, qu'elle va être adulte... Et elle [la mère de la fille accueillie] venait me voir pour ça. On parlait de ça. Et c'est par exemple une maman qui a en fait organisé un contraceptif pour sa fille sans lui en parler ».

Sous prétexte de protection, les familles s'accordent le droit de choisir de mettre leur fille sous contraceptif, sans consentement. Ceci est une forme de contrôle des corps et ainsi, de violence (Durif-Varembont, 2014).

De même, des assistant.e.s familiaux.les, prenant le relai des parents jugés absents, mettent sous contraceptif des jeunes filles de l'établissement sans invoquer leur consentement. Une jeune fille, d'après les dires de Christelle pensait que la pilule allait la prévenir de toute violence et pas seulement des grossesses indésirées : « *Et puis elle ne savait pas non plus pourquoi c'était. [...] C'était comme si ça la protégeait aussi de toute violence et tout ça, quoi. Pas que de d'être enceinte ou pas* ». Par ailleurs, à l'instar de l'une des hypothèses formulées dans le cadre de l'enquête CSF (2006), nous pouvons souligner l'interaction entre les rapports inégaux entre les femmes et les hommes et la gestion du risque et de la prévention inégale entre elles et eux. Christelle affirme que :

« La sexualité des femmes par rapport à ce que ce qu'on devient d'échanger, il y a quand même pour les parents ce risque d'être enceinte. Ça auprès des parents des filles, c'est fort. Par rapport aux parents des garçons, je n'ai jamais entendu un parent d'un garçon me parler de choses comme ça ».

Afin de mettre ses interventions en œuvre auprès du résident de l'I.M.E de Paris, Victoire a dû s'assurer de l'accord de sa famille, à la demande de l'établissement. Elle explique cela par le fait que le jeune en question soit mineur (alors âgé de 16 ans lorsqu'elle a entamé les démarches). La famille a, semble-t-il, été ouverte à la démarche. Dans le cas contraire, elle aurait axé ses interventions seulement sur la biologie et « *le schéma corporel* », évoquant par là les organes sexuels masculins et féminins, la puberté et les hormones.

La question est alors de savoir comment converser avec les familles les plus récalcitrantes pour intégrer ces notions auprès d'elles également. Dans l'I.M.E basé en Bretagne, les familles sont investies et intégrées au processus d'éducation à la sexualité. Tout du moins, les équipes professionnelles semblent mener une réflexion et des actions envers ces publics. Christelle m'explique que l'infirmière a initié une rencontre collective avec les familles pour aborder ce sujet spécifiquement. Le contexte sanitaire a malheureusement mis un frein à cette initiative mais la soirée a été reportée en avril 2022⁴¹. Outre cela, l'I.M.E a composé deux groupes de parole – se réunissant sept fois par an – pour les parents des résident.e.s. Des questions relatives aux sexualités peuvent être abordées à cette occasion mais les thématiques

⁴¹ Etant donné que mon entretien avec Christelle a eu lieu le 17 mars 2022, je n'ai pas eu plus de renseignements sur le déroulé de ladite soirée.

évoquées lors des groupes de parole ne sont pas arrêtées. Cela s'organise en fonction de l'apport des familles.

Nous pouvons supposer que les disparités quant à la méthodologie utilisée par les personnes travaillant dans le champ de l'éducation à la sexualité et celle par les personnes du secteur médico-social s'expliquent notamment par la moindre formation de ces dernières.

1.3 Des professionnel.le.s encore trop peu formé.e.s. Des impacts sur les modalités des différentes prises en charges ?

Au sujet de l'éducation sexuelle faite en France, Fabien constate une situation déplorable : « [...] elle est complètement nulle. C'est simple, je veux dire, quand tu vas à l'école, ce qu'on donne comme éducation sexuelle c'est aberrant. Ça ressemble à rien, c'est absolument pas dans la réalité ». Il souligne certaines initiatives engagées mais à la responsabilité de chacun.e et de manière isolée (Letellier, 2014).

« Pourtant, il y a des choses bien qui se font. J'ai rencontré Maitena Biraben qui a fait des tutos sur la sexualité des pré-ados⁴². Parce que quand elle s'est rendue compte que son gosse de 12 ans avait déjà vu des films pornos ça lui a foutu les boules elle s'est dit, mais c'est pas possible ? Il va falloir que voilà, elle s'est dit, il faut que je fasse quelque chose, il faut qu'on donne une autre éducation aux enfants parce que qu'est-ce qu'ils ont comme éducation sexuelle ? Rien. Ils ont que les film porno. [...] Heureusement, il y a de plus en plus de tutos sur Tik Tok. Je sais qu'il y a pas mal d'ados là justement là, une fille avec qui j'étais à la télé il y a quinze jours qui était super, que je connaissais pas et qui fait des vidéos comme ça pour aider les ados, pré-ados à découvrir leur sexualité. C'est vraiment chouette. Donc il y a des initiatives comme ça, citoyennes, individuelles, indépendantes qui se mettent en place ».

Selon lui, lorsqu'un établissement scolaire (en milieu ordinaire ou spécialisé) met en place une éducation à la sexualité, il passe à côté de tout ce qui lui semble essentiel :

« On parle pas de sensualité, on parle pas de préliminaires on parle pas de tout ça. [...] On ne dit pas encore clairement que la sexualité n'est pas faite que pour faire des enfants, que la sexualité fait partie du besoin physiologique d'équilibre mental et physique de l'individu et que pour être en bonne santé, il faut avoir une sexualité épanouie. Donc une sexualité seule déjà, parler de la masturbation, déjà rien que ça. Parler de l'importance de la masturbation, pour ceux qui peuvent parce que là, dans le monde du handicap souvent, ben voilà le problème, c'est qu'ils peuvent même pas se caresser eux-mêmes, donc là c'est encore un autre souci. Mais voilà,

⁴² Maitena Biraben a lancé une websérie intitulée « sexotuto » sur France TV.

parler de l'auto-plaisir qui est la base de la sexualité, il faut quand même le savoir. Donc tant que tu n'as pas une auto-satisfaction épanouie, tu ne peux pas être bien avec les autres, c'est pas possible. Tu peux pas compter sur l'autre pour ton plaisir, c'est à dire que c'est une aberration. Donc voilà, il y a tout ça à prendre en considération ».

Au niveau de l'éducation à la sexualité organisée par l'I.M.E de Montfort-sur-Meu, l'infirmière a la charge de cette mission. Elle travaille au sein de l'établissement depuis une quinzaine d'années et a mis en place ces activités de manière progressive. C'est ce qui explique que Christelle semble moins en mesure d'apporter des réponses précises quant aux contenus des actions et moyens mis en œuvre auprès des résident.e.s pour aborder, informer et sensibiliser au sujet des sexualités. Nous pouvons nous demander si le fait que cela soit l'infirmière – et seulement elle – qui a la charge de cette mission influe ou non sur les renseignements apportés. Effectivement, cette assignation interroge sur plusieurs points : l'angle employé pour penser les sexualités, à savoir l'angle hygiéniste et médical (les risques tels que les grosses indésirées, les infections et maladies, les violences, etc.) ainsi que la responsabilité conséquente, étant seule référente sur ces questions-là.

Bien entendu, la prévention des risques est importante à véhiculer. Seulement, il ne s'agirait pas de lésiner sur l'aspect socio-culturel, relationnel ou encore récréatif de la chose. Les besoins qui ont trait avec la sexualité pourraient par exemple prendre place au sein du projet personnalisé des personnes concernées, établis en collaboration avec le.a référent.e professionnel.le, à l'instar de Christelle. Cela ne semble pas être envisagé :

« Bah enfin ce n'est pas que je ne me sens pas légitime mais comme je travaille avec une collègue infirmière, c'est vrai que, je m'appuie sur elle pour ces questions-là. Elle anime les groupes auprès des jeunes. Elle est repérée aussi à cette fonction-là, c'est elle qui a proposé le groupe pour les parents, enfin, la réunion d'information pour les parents ».

Le manque de formation des professionnel.le.s est par ailleurs mis en lumière par Marine, employée du Planning Familial :

« Et qu'en fait, aussi, on se rend compte que d'intervenir auprès des personnes c'est bien. Mais si les professionnel.le.s sont pas formé.e.s à accueillir les questions de sexualité au quotidien Ben en fait enfin nous, si on vient une fois par an faire une séance. Mais que, en dehors de ça, on parle jamais de sexualité au sein du foyer ou au sein de l'établissement. Bah en fait ça suffit pas quoi. Donc il y a un fort intérêt quand même à former les professionnels pour que, eux, se sentent se légitimes à aborder la question parce que pour l'instant c'est beaucoup du cas par cas de soit, des fonctions d'ordre médical comme les infirmières, infirmiers, infirmières qui sont dans les établissements à qui on va envoyer les questions, ou les psychologues si c'est des questions qui posent problème. Et certains ou certaines professionnels qui sont plus à l'aise

avec la question, qui vont se retrouver un peu référent par défaut. Enfin, dans la mesure où les personnes vont avoir repéré que on peut en discuter avec telle ou telle personne, et puis. Et puis, mais moins avec d'autres. Après c'est aussi OK de dire qu'on est pas à l'aise pour le faire, mais des fois c'est juste un manque de enfin une peur de mal faire une peur de transmettre ses représentations. Enfin, des fois, c'est juste des inquiétudes comme ça qui font que les personnes mettent à distance cette question-là ».

Bien que Christelle m'ait informé que l'infirmière de son établissement a reçu une formation de la part du Planning Familial, elle-même n'en a pas bénéficié. Cela démontre que la formation organisée par la Direction auprès d'organismes tels que le CRÉDAVIS ou le Planning Familial ne semble pas être pensée comme bénéfique à l'ensemble de l'équipe professionnelle.

Concernant Victoire, employée de l'I.M.E (Paris), elle-même a reçu une formation du CRÉDAVIS. L'équipe formée expliquait que c'était leur première formation au sujet de l'intégration de la dimension sexuelle dans leurs pratiques professionnelles, ainsi que pour certain.e.s leur première formation tout court. Plusieurs fois, pendant et hors enregistrement, Victoire, qui ne se sent pas suffisamment outillée pour mener à bien sa mission, a plusieurs fois explicité sa demande de conseils et de supports auprès de mon collègue formateur et moi-même :

« Je dirais que c'est très restreint. En termes de formation déjà, c'est la première formation que je fais concernant la sexualité. Et les paroles, voilà, c'est assez tabou, mais bon, ça se libère un peu plus. Voilà, c'est ça reste délicat, surtout quand c'est visé dans le monde de handicap. Donc voilà, on n'a pas forcément les outils qu'on voudrait avoir et voilà, ça pose problème aussi pour mettre en place toutes ces choses-là [...] Pareil par exemple. Ce que j'ai en face de moi, le schéma corporel de la femme et de l'homme, qu'on doit aller aussi chercher sur Internet. Enfin voilà, c'est toute une... (souffle) Moi je sais, j'ai pas mal, j'ai pas mal gal.. J'ai eu du mal à avoir ces images-là. Les outils, tout ce qui, voilà les outils sexuels... Voilà, faut être majeur. Enfin voilà, y'a vraiment des restrictions ».

Par ailleurs, l'institution et Victoire elle-même semblent inconfortables avec l'idée de parler de la sexualité sans tabou : *« Et ce qui peut bloquer par rapport à l'âge, ce sont par exemple. Là, je voulais instaurer les positions en termes de rapport, et je peux pas les montrer. Parce que ça va, c'est trop explicite ».* *« Qui te dit que tu ne peux pas ? ».* *« Bah c'est moi et j'ai vu ça avec ma cheffe de service aussi et c'était trop représentatif par rapport au jeune parce qu'il a 17 ans ».* Le poids de ce qui serait trop explicite semble d'autant plus arbitraire car Victoire aborde la pratique masturbatoire lors de ses ateliers, ainsi que

l'explication des organes génitaux détaillée avec notamment le clitoris, organe entièrement dédié au plaisir.

Les modalités des ateliers développés par Victoire sont les suivantes :

« La séance est dure entre 20 à 30 minutes. Parce que déjà, c'est la concentration, elle risque de pas être au max. Et c'est en individuel qui se fait dans une chambre. Et où je lui explique un peu ce qu'on va faire, sur quel document on va travailler. Voilà après, je lui demande s'il est pas gêné, s'il préfère que ce soit un homme qui fasse l'atelier. Enfin voilà, j'essaie vraiment de mettre à l'aise et de faire en sorte qu'il se sente écouter ».

Victoire aborde plusieurs thématiques lors de son processus d'éducation qui comporte 4 séances :

« Bah pour l'instant, je me base sur le schéma corporel alors déjà le thème c'est « Présentation de l'atelier ». Donc je vais présenter ce qu'on va faire et ensuite je fais la définition du genre donc j'explique un peu l'homme et la femme. Et puis on continue par le schéma corporel. Et là je lui explique, un peu les parties intimes, les poils, la puberté, les boutons, La voix qui mue enfin voilà le changement entre le passage ado à l'âge adulte. Et voilà, je lui explique un peu l'évolution du corps. Et tout ça. Et ensuite, il y a l'hygiène corporelle. Hygiène corporelle, la puberté enfin voilà, ça se répète beaucoup et ensuite on rentre dans le vif du sujet dans la masturbation. Et ensuite, on recommence par les schémas corporels. Ensuite le sentiment amoureux. Et ensuite les relations amoureuses, le consentement ».

Victoire est aux prémices de son intervention, ayant été freinée par le contexte sanitaire. Le projet est d'organiser deux séances par semaine sur une modalité redondante pour répondre aux déficiences de la personne encadrée. En effet, à la suite d'une rupture d'anévrisme, le jeune résident éprouve des difficultés de mémorisation ainsi que des difficultés à se repérer au niveau spatio-temporel. A travers son intervention, Victoire tente de ne pas normaliser l'orientation sexuelle hétérosexuelle ou la binarité immuable des sexes et des genres :

« Je lui explique, il peut être amoureux d'un homme ou d'une femme et que les hommes, voilà bon présentent des pénis et il y en a aussi qui peuvent présenter des vagins sans forcément que ça définisse, c'est pas forcément le sexe. Enfin, c'est délicat à réexpliquer, mais on peut être un homme et avoir un sexe féminin, avoir l'apparence d'un homme et avoir un sexe féminin. Et tout comme chez une femme, avoir des seins mais aussi avoir un sexe d'homme, voilà, faut pas trop se... Pas trop se fixer sur un physique, mais plus sur ses sentiments, sur ses ressentis, tout ça ».

Christelle a également pu m'apporter quelques informations quant aux modalités prévues dans le cadre des ateliers d'éducation à la sexualité. Elle intervient dès le plus jeune âge, avec notamment des ateliers autour de thématiques sur la découverte des cinq sens, la découverte de son corps, du plaisir, des émotions, englobant tous les aspects de la vie et ne

s'arrêtant pas qu'aux relations interpersonnelles. Ces ateliers sont à destination des plus jeunes (6 à 12 ans) et ont lieu toutes les deux semaines sur une durée de quatre mois. Pour les résident.e.s âgé.e.s de 13/14 ans, des ateliers sont axés sur « *les questions de vie affective, sexualité, les questions d'adolescence* », tout au long de l'année, *a minima* une fois par mois.

Bien que l'infirmière traite des notions de plaisir ou de corporalité dès le plus jeune âge, les questions liées à la sexualité sont considérées comme des « *questions de 'grand'* », à traiter en parfois en non-mixité, parfois en mixité :

« Elle [l'infirmière] s'adapte aussi chaque année, c'est à dire que si, avec l'éducateur en fonction du groupe, c'est mieux de voir un groupe de garçons, un groupe de filles, elle va le faire. Mais si l'année d'après, on pense que c'est mieux qu'ils soient ensemble, elle va le faire. Les choses ne sont pas non plus toujours figées »

A partir de 15 ans, l'établissement socio-médical de Montfort-sur-Meu collabore avec le Planning Familial. Des séances annuelles sont alors prévues, au nombre de trois et d'une durée d'environ 2 heures. Hormis les séances en collaboration avec le Planning Familial, les ateliers organisés par l'infirmière auprès des jeunes âgé.e.s de 15 à 20 ans⁴³ s'inscrivent dans la modalité en non-mixité de sexe.

Le Planning Familial, dans ses interventions, propose également la modalité des groupes en non-mixité selon les demandes des personnes concernées. Lorsque la demande émane de l'établissement, alors l'association « *le questionne dans la réflexion qu'[elle] a avec l'établissement* ». Toutefois, Marine pense que la non-mixité apporte des bénéfices, même si il ne faut pas que ce soit systématique et non questionné :

« Ça, ça dépend aussi est ce qu'on fait un groupe, est-ce qu'on fait 2 groupes ? Enfin, est ce qu'on fait 2 groupes et qu'on demande aux gens de se positionner dans quel groupe ils souhaitent aller. Mais des fois, il y a qu'un groupe, donc de fait, voilà. On demande à ce que les personnes soient volontaires pour venir, mais on sait bien que les professionnels vont peut-être aller chercher plus ou moins certaines personnes. Donc, après des fois on travaille avec des établissements sur comment on peut informer l'ensemble des personnes pour faire émerger la demande et qu'après les personnes puissent s'inscrire. [...] Je veux dire l'intérêt d'avoir des groupes non mixtes, c'est.... Euh c'est si les personnes s'y sentent bien, ça marche, sinon ça n'a pas d'intérêt. Mais si les personnes s'y sentent bien, ça peut enlever un peu une pression sociale de position qu'on doit tenir envers l'autre. Parce que c'est déjà des interventions en groupe donc déjà ça, c'est pas évident, c'est pas de l'individuel quoi. Donc du coup on va parler de choses qui peuvent être de l'ordre de l'intimité devant d'autres mais nous on propose pas des choses

⁴³ Les personnes en situation de handicap inscrites auprès de la MDPH sont enregistrées dans la section enfant jusqu'à leur 20 ans.

différenciées. Parce qu'on va aller voir un groupe de femmes dans un groupe d'hommes, c'est plutôt dans ce qui va pouvoir être plus facile pour eux de dire à des moments quand elles sont entre femmes ou quand ils sont entre hommes ».

La modalité de faire deux groupes sexués et différenciés peut sembler binaire. Or, Marine témoigne que l'association propose également aux personnes concernées de choisir le groupe dans lequel il ou elle souhaite aller. Nous pouvons supposer que cela peut laisser une marge de manœuvre aux personnes trans*.

Par ailleurs, Marine souligne la difficulté à communiquer, informer et éduquer autour du vaste sujet des sexualités en quelques séances (maximum quatre par institution). En effet, la durée limitée du programme ne permet pas toujours d'approfondir toutes les notions. Le contenu doit être accessible, compréhensible sans toutefois simplifier et évacuer la complexité du sujet. Qui plus est, la simplification peut amener parfois à rendre le discours normatif et moraliste, inciter à réfléchir en termes de binarité plutôt que de pluralité, fluidité. Tout du moins, c'est un des éléments sur lequel le Planning Familial témoigne de sa vigilance lors de ses interventions :

« On aborde aussi la question du consentement, souvent à travers des petites situations, des petites scénettes où on va essayer de réfléchir à quelles émotions ça fait dans telle situation pour tel personnage. Un peu d'essayer de faire, de se détacher un peu de ce que vivent les personnes, et les situations qui pourraient être vécues par exemple au quotidien et de pas être dans un truc.. Enfin, en fait, la difficulté, c'est d'éviter, dans le temps contraint qu'on a, d'être dans un truc un peu trop binaire ou trop normé justement, en voulant rendre accessible un discours. Enfin moi la limite que je trouve c'est que des fois en voulant rendre accessible le discours à un plus grand nombre, du coup des fois on peut avoir la tendance à reproduire la norme quoi. Enfin quelque chose de très.... Parce que c'est plus facile quoi, en fait, d'aller dans un truc parce que de dire Bah en fait là sexualité c'est dans un couple quand on est amoureux. Bah oui mais non, en fait là sexualité ça peut être aussi alors du couple ça peut être aussi quand on n'est pas amoureux ça peut être aussi. Mais enfin, donc, du coup, je trouve que c'est une vigilance à avoir quoi de pas être dans un truc de reproduction de choses trop normées non plus. Tout en restant accessible dans la discussion. Parce que si on amène tous les paramètres d'un coup, il y a des personnes que ça perd complètement, quoi ».

Par ailleurs afin d'approfondir les difficultés rencontrées par le PF lorsqu'il s'agit d'éviter les propos et représentations normées, j'ai réalisé un entretien téléphonique auprès d'une employée de la Confédération nationale Planning Familial. Celle-ci m'a interpellé au sujet de la difficulté à intégrer des notions sur les transidentités au sein des interventions. Elle en a profité pour affirmer rencontrer de nombreuses personnes en institution qui se déclarent

trans*. Sans confondre les deux notions, nous pouvons nous demander s'il en est de même avec l'intersexuation. Le sociologue Gaël Pasquier (2019), lors de ses travaux sur la construction de l'égalité des sexes et des sexualités par les pratiques enseignantes à l'école primaire, a souligné la moindre occurrence lorsqu'il s'agissait d'évoquer les transidentités auprès des élèves (3 professeur.e.s sur 14) ainsi qu'une omission totale des intersexuations, tandis que les professeur.e.s en question abordent les différences physiques entre hommes et femmes. Pourtant comme le rappelle Pasquier, le sexe biologique est complexe et de nombreux facteurs le composent : sexe chromosomique, sexe hormonal, sexe génétique, sexe gonadique. Les personnes intersexuées en France sont au nombre de 1,7%⁴⁴ (Fausto-Sterling, 1993), ce qui est comparable au nombre d'enfants naissant roux. En effet, des individus n'ont pas une cohérence entre tous ces sexes et la binarité femme/homme est trop dualiste pour qu'ils puissent se définir, si définition immuable nous avons besoin.

Enfin, côté soins, les jeunes femmes accueillies à l'I.M.E de Montfort (35) n'ont aucun suivi gynécologique d'office, systématique, qui se met en place à partir d'un certain âge. Les demandes formulées ou propositions de suivi se font individuellement. Une visite médicale organisée par l'infirmière a lieu chaque année, sans certitude que les frottis, les palpations mammaires et autres soins gynécologiques et obstétricaux y soient organisés. De plus, aucun suivi urologique, même au cas par cas, n'est réfléchi pour les jeunes hommes.

Tout d'abord, la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap institutionnalisés semble encore parsemée de représentations tirant vers la monstruosité ainsi que des préjugés stéréotypés.

Qui plus est, il semblerait que les institutions, bien qu'ayant reçu des instructions ministérielles, à l'instar de la Circulaire du 5 juillet 2021 persistent à interdire l'accès aux droits sexuels et reproductifs.

Enfin, lorsque des initiatives émergent, notamment à travers l'instauration d'ateliers d'éducation à la sexualité, nous pouvons questionner la réflexion institutionnelle portée autour de ces projets. L'angle de vue employé peut sembler tronqué puisque les notions développées au sein des ateliers semblent majoritairement être abordées d'un point de vue hygiéniste et sécuritaire. Malheureusement, un manque d'informations provenant de l'I.M.E de Bretagne ne permet pas d'affirmer que l'infirmière, bien qu'elle soit seule à charge de répondre aux

⁴⁴ Ce nombre évolue en fonction de l'organisme qui le renseigne. L'Intersex Society of North America (ISNA) donne le chiffre de 1-2% et se base

sollicitations des résident.e.s, emploie spécifiquement un angle de vue hygiéniste et médicalisé. Or, le simple fait que l'institution laisse l'infirmière seule entremetteuse nous questionne alors sur le message sous-jacent : la sexualité serait-elle strictement d'ordre médical et sanitaire ? Alors même qu'elle est également sociale et culturelle (Bozon, 2001). Les notions qui ont trait aux sexualités pourraient par ailleurs être intégrées au projet personnel de la personne accueillie. Aucune enquêtée concernait par ce processus ne l'a évoqué lors des entretiens.

2. Les femmes en situation de handicap enquêtées : analyse à plat

2.1 Les trajectoires sexuelles des femmes enquêtées

Prénom ⁴⁵	Âge	Identité de genre ⁴⁶	Pathologie / Déficience ⁴⁷	Lieu d'habitation actuel	Orientation sexuelle	Statut marital	Statut parental	Parcours institutionnel	« Orientation intime » (Bozon, 2001)	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
Gwenaëlle	42	NSPP	Amyotrophie spinale type 2	Montpellier ⁴⁸	NSPP, cependant « pansexuelle » serait le terme le moins « limitatif » selon elle	Célibataire	Mère d'1 enfant	Oui	Modèle du réseau sexuel	12/02/22	2h30 minutes
Cindy	44	F	Spina Bifida	Angoulême	Hétérosexuelle	Mariée	Mère de 2 enfants	Oui	Modèle de la sexualité conjugale	24/02/22	1h42 minutes
Emeline	41	F	Amyotrophie spinale type 2	Montpellier	Hétérosexuelle	Mariée depuis 17 ans	Mère	Oui	Modèle de la sexualité conjugale	25/02/22	1h31 minutes
Laure	39	F	Amyotrophie spinale	Mulhouse	Hétérosexuelle	Fiancée	Sans enfant	Oui	Modèle de la sexualité conjugale	04/03/22	2h04 minutes
Adèle	32	F	« Handimoteur » ⁴⁹	Lyon	« Pas hétéro c'est tout » ⁵⁰	Mariée 6 ans, divorcée et aujourd'hui célibataire	Sans enfant	Non (parcours médical)	Modèle du désir individuel ? Indéfini	06/03/22 16/03/22	1h27 minutes 1h21 minutes

⁴⁵ Les prénoms ont été modifié afin d'assurer l'anonymat des personnes enquêtées.

⁴⁶ F = féminin ; NSPP = ne se prononce pas.

⁴⁷ La pathologie/déficience sont mentionnées afin de rendre compte de l'hétérogénéité regroupant les situations vécues par les personnes concernées. En aucun cas, leur mention ne fait l'objet d'une essentialisation des personnes.

⁴⁸ Lorsque nous avons fait l'entretien en face à face, elle habitait à Montpellier. Elle a déménagé à Tours depuis quelques semaines.

⁴⁹ Adèle tenait à ce que ça soit le vocable utilisé puisqu'elle n'est plus malade étant donné que son cancer a été tr.

⁵⁰ De même.

Des « profils » se dessinent :

Michel Bozon, conceptualise la sexualité comme recouvrant une pluralité de constructions sociales, « désignant des constellations très diverses de pratiques, d'interactions, d'émotions et de représentations qui délimitent des territoires de relations d'ampleur plus ou moins grandes et donnent lieu à des processus de construction de soi variés » (Bozon, 2001, p. 15).

Il a également théorisé des modes d' « orientations intimes » autrement appelés « mode de construction de soi par la sexualité » (Bozon, 2001). Sans omettre l'existence d'expériences sexuelles et de trajectoires possibles à l'infini, Bozon définit trois modèles d'orientations intimes : le modèle du réseau sexuel, le modèle du désir individuel et le modèle de la sexualité conjugale.

Le *modèle du réseau sexuel* est le moins courant. Pour les individus concernés, l'activité sexuelle est ramenée à la sociabilité, « génératrice de capital social mais également créatrice de liens d'interdépendance ». Les partenaires sont donc multiples et leur renouvellement est fréquent. De plus, selon Bozon, l'individu intégré dans le modèle du réseau sexuel entretient des relations durables et fidèles avec les partenaires du carnet d'adresse. La fidélité est à comprendre en termes de loyauté et n'est pas à confondre avec l'exclusivité. Enfin, les relations ne se cantonnent pas forcément à l'activité sexuelle.

Il semblerait que Gwennaëlle soit sur cette modalité. En effet, Bozon souligne que pour les personnes inscrites dans un modèle de réseau sexuel, la « sociabilité sexuelle est une fonction importante dans la construction de soi » (Bozon, 2001, p. 17). Gwennaëlle n'a jamais réellement souhaité de relation conjugale normative :

« J'ai été en relation conjugale avec quelqu'un à un moment donné, mais ça a été très court parce qu'il est mort. Mais en fait, ça me gonflait d'être en relation conjugale. J'avais besoin qu'il garde ton appart et que quand j'avais besoin d'air, qu'il aille dans son appart en lui, quand lui il avait besoin d'air, qu'il aille dans son appart et voilà. Et que Ben qu'on soit ensemble parce qu'on avait envie d'être ensemble. [...] j'ai quand même besoin certains moments, de retrouver ma solitude, d'aller voir mes autres amants. [...] Aujourd'hui, ça ne serait pas possible. J'ai ma relation avec mon fils, je m'en occupe beaucoup, me taper un père à la maison parce que forcément si j'ai un mec à la maison. Je suis plutôt hétérosexuelle. Je suis plutôt

hétérosexuelle parce que j'ai eu des relations lesbiennes, mais voilà, c'est je dirais pour moi en fait, il y avait pas de... Si la relation est forte humainement, elle peut aller dans la sexualité que ça soit un homme ou une femme. Et pourtant, j'ai pas envie de me définir non plus comme bisexuelle parce que je trouve ça encore très limitatif quoi ».

Non seulement Gwennaëlle est à l'initiative de la modalité non-cohabitante, qui est majoritairement une demande masculine (Charrier et Déroff, 2006), de surcroît une des raisons soulignées est la nécessité de préserver ses relations sexuelles avec plusieurs partenaires. De plus, elle ne se considère pas hétérosexuelle, ni homosexuelle, ni bisexuelle, qu'elle considère comme des étiquettes limitatives. La façon dont elle perçoit les relations humaines, basées sur la rencontre et les affinités plutôt que sur le genre, la rapproche de l'orientation sexuelle pansexuelle : « *Ouais, j'aime bien le mot et j'aime bien parce que je suis un peu panthéiste. Alors pour pansexuelle, panthéiste ça va bien* ». De plus, Gwennaëlle a expérimenté la sexualité avec un grand nombre de partenaires sexuel.le.s⁵¹ et est encore sur une modalité à partenaires multiples puisque son « *cheptel* » était composé de 4 à 5 hommes lorsque nous nous sommes entretenues.

A savoir que Bozon souligne le caractère stigmatisant pour les femmes inscrites dans un modèle de réseau sexuel, renvoyées alors aux symboles de « la femme facile ou la prostituée » (Bozon, 2001, p. 18). Par ailleurs, Gwennaëlle affirme qu'elle est « *un homme comme les autres* ». Le modèle « normale » semble être le modèle masculin, cela nous questionne sur la fortification de la différenciation masculin/féminin où le masculin est érigé en posture hégémonique (Déroff, 2007).

La deuxième « orientation intime » théorisée par Bozon se trouve être le *modèle du désir individuel*. Les individus qui s'inscrivent dans ce modèle vont fonder dans le désir ressenti pour l'autre, une recherche de « réassurance périodique et de restauration de soi [qui] s'effectue dans et par le corps » (Bozon, 2001, p. 18). C'est la périodicité, les vas-et-viens entre la disposition à désirer/être désiré.e et l'indisposition, qui maintient l'individu dans sa continuité. Le désir a alors surtout une portée pour « l'individu désirant » (Idem), tourné.e vers iel-même.

Adèle, peut sembler s'inscrire dans un modèle du désir individuel avec la nécessité de se retrouver par le corps, le désir. Divorcée de son ex-mari, elle témoigne : « *Il m'a beaucoup apporté sur ça mais sur ma vie sexuelle c'était quelqu'un qui n'était pas forcément à l'écoute et je n'avais pas forcément une sexualité hyper épanouie* ». Une fois qu'ils se sont séparé.e.s, son corps s'est « *mis en sommeil* » pendant 2 ans et demi.

⁵¹ Je n'ai pas le nombre exact.

Néanmoins, les propos récoltés auprès de l'intéressée ne permettent pas de définir avec certitude si elle s'inscrit dans ce modèle sexuel. En effet, les personnes dont ce modèle est présent dans leur vie alors témoignant d'un intérêt pour le plaisir ressenti par l'autre, néanmoins dans une forme plutôt narcissique qu'altruiste. Adèle dit attendre de la sexualité « *du partage, de la détente, du lâcher prise et puis du plaisir* ».

De plus, Bozon souligne l'existence de ce modèle chez les personnes qui ont des rapports sexuels avec des personnes de leur propre sexe, sans se revendiquer appartenir à la communauté LGBTQIA+ (Bozon, 2001, p. 19)⁵². Comme Gwennaëlle, Adèle semble s'être émancipée du carcan de l'hétéronormativité. Elle se questionne par ailleurs, depuis longtemps quant à son orientation sexuelle. Elle a par ailleurs entamé une thérapie qui lui a permis de mettre des mots sur ses ressentis. Elle n'a pas encore trouvé toutes les réponses à ses questions mais se sait désormais intéressée par les relations hétérosexuelles :

« Il y a une sexualité qu'aujourd'hui que je partage enfin que j'ai partagé que je ne partage plus qui est la pénétration avec des garçons parce que ça ne me correspond pas, je pense que je peux dire « pas » simplement que je j'ai mis du temps à dire que ça ne me correspondait pas. Parce que du coup ça fait chier de dire d'avoir été avec quelqu'un pendant 6 ans et que pendant 6 ans en fait ta vie sexuelle était pas épanouissante donc du coup vraiment la pénétration par pénis ça ne me parle plus. [...] Je pense que maintenant me concernant il y avait la question de l'orientation sexuelle, je pense que c'est lié. Où j'ai eu beaucoup de mal à accepter qui j'étais alors je ne sais toujours pas ce que je suis bi ? Est-ce que je suis lesbienne ? Est-ce que je suis juste queer ? ».

Enfin, le troisième modèle présenté par Bozon est le *modèle de la sexualité conjugale*. Les personnes s'inscrivant dans ce modèle, considère leur sexualité comme faisant partie de la construction conjugale ou sentimentale. A l'inverse, ces personnes considèrent l'activité sexuelle exercée en dehors de la conjugalité ou hors mariage, comme « immorale ou risquée » (Bozon, 2001, p. 22). La sexualité joue un rôle fondateur dans la construction de la relation et l'activité sexuelle est fréquente au début de celle-ci. Avec le temps, l'activité sexuelle se stabilise et devient alors plus rare, tout en subsistant, puisqu'il est alors gage « d'entretien et de confirmation du lien » (Ibidem).

Cindy, Laure et Emeline semblent s'inscrire dans ce modèle d'orientation intime. Cindy, hétérosexuelle, a eu entre 4 et 5 partenaires sexuels jusqu'à présent. Elle partage aujourd'hui sa sexualité exclusivement avec son mari et ce, depuis 25 ans. Laure compte 2 partenaires sexuels jusqu'alors. Le premier étant l'accompagnant sexuel auprès de qui elle a expérimenté pour la

⁵² Ce modèle est également de plus en plus présent parmi les couples hétérosexuels.

première fois des pratiques sexuelles, le second étant son fiancé, avec qui elle est en couple exclusif depuis le début. Enfin, Emeline a expérimenté une sexualité avec 4 partenaires à ce jour. Elle est mariée avec son mari depuis 17 ans, avec qui elle pratique une sexualité exclusive, bien qu'elle ne soit pas contre une nouvelle rencontre sexuelle : « *Si je croise un petit jeune, non non même pas un petit jeune de 20 ans, mais allez voir ailleurs. Un dernier petit coup, pourquoi pas quoi. Si l'occasion se présente. Je vais pas la provoquer si tu veux* ». Ce cas spécifique vient contester l'idée que les femmes voient dans le couple, « le lieu de toutes les sexualités » (Déroff, 2007, p. 138) puisque Emeline ne semble pas fermer à expérimenter avec un autre partenaire sexuel, sans remettre en question son couple et « *tout recommencer* ». Elle serait encline à pratiquer l'adultère.

La recherche produit des données quantitatives. 4.4 est le nombre moyen de partenaires sexuels déclarés par les femmes (Bajos et Bozon, 2007). Nous allons à présent démontrer que les femmes interrogées sont entrées plus tardivement que la moyenne dans leur vie sexuelle. Pour cause, un sentiment d'inéligibilité au sentiment de désirabilité. De plus, nous observerons que l'entrée dans la vie sexuelle, plus tardive que la moyenne, a été l'occasion pour elles d'expérimenter des relations transgénérationnelles.

Des entrées dans la sexualité plus tardives et des premiers rapports sexuels transgénérationnels

Alors que l'âge moyen d'entrée dans la sexualité partagée est de 17,6 ans pour les femmes (Bajos et Bozon, 2007). Gwennaëlle et Emeline ont expérimenté à 20 ans ; Adèle un peu avant 19 ans. Laure quant à elle était âgée de 33 ans, et Cindy, en deçà de la moyenne féminine, se rappelle précisément l'âge qu'elle avait alors, « *17 et 3 mois* ». Alors qu'à 19 ans, 3 filles sur 4 (75%) ont connu leur première relation sexuelle (Rouget, 2019), l'échantillon présenté ici est en deçà du résultat, avec 2 filles sur 5 (40%).

L'adolescence, avec l'arrivée de la puberté, peut se révéler être une période riche d'expérimentations sexuelles et sensuelles. C'est également la période durant laquelle les relations sociales entre adolescent.e.s peuvent être empreintes de violences. En effet, 1 élève sur 3 est victime de harcèlement scolaire au moins une fois par mois (UNICEF, 2020). Les personnes porteuses de déficiences peuvent se retrouver face à l'exclusion de leurs pair.e.s et cela va se matérialiser notamment par l'« âge tardif auquel les jeunes déficients accèdent pour la première fois à une relation amoureuse ou de flirt » (Marcellini et al., 2010, p. 132-133).

Les femmes enquêtées justifient leur entrée « tardive » dans la sexualité partagée, du fait de leur sentiment d'inéligibilité au jeu de séduction et leur sentiment d'être hors du « jeu des normes cisgenres hétérosexuelles » (Madiot, 2021, p. 78). Elles témoignent alors leur vocation à d'autres activités, d'ordre scolaire et parascolaire notamment. Gwennaëlle témoigne par exemple :

« [...] entre 18 et 20 ans, j'avais pas trop développé cet aspect de moi [sa sexualité] parce que j'étais plus barrée dans bah dans mon épanouissement scolaire, créatif, théâtral. Enfin, j'avais pas trop d'énergie pour le reste et surtout je me sentais pas éligible là-dessus ».

A l'instar des propos tenus par Gwennaëlle, Laure ne se sentait pas digne d'intérêt : « *Enfin, c'est lui qui m'a accroché parce que moi, je crois que je ne voyais pas enfin ça, je voyais pas. Je voyais pas encore la possibilité qu'un mec se s'intéresse à moi* ». Laure s'est donc concentré sur d'autres activités, non citées. Elle témoigne :

« Voilà donc on va dire que ouais, au niveau de l'adolescence, je crois qu'il y'avait tellement beaucoup de souffrance en moi que j'ai... Voilà, je l'ai un peu de côté pour pas trop que ça m'envahisse, je vais mettre de côté et puis j'ai fait autre chose. Tu vois, je me suis plongée dans autre chose. Et voilà l'adolescence, vraiment, moi j'ai fermé. J'ai eu trop de souffrance donc j'ai fermé un petit peu le robinet et j'y pensais pas trop et je faisais autre chose ».

Par ailleurs, si Cindy se souvient précisément de l'âge qu'elle avait au moment de sa première relation sexuelle avec partenaire, elle est incapable de se remémorer les pratiques sexuelles qui y ont été exercées. Elle explique que les conséquences de sa pathologie influencées sa capacité à considérer l'activité sexuelle partage réalisable. Pas tant du point de vue pratique ou anatomique mais l'incontinence était alors perçue comme un frein à son épanouissement sexuelle :

« Je m'en rappelle très bien. Parce que compte tenu de ma pathologie, de mon handicap, qui est relativement lourd. J'avais conscience de mon handicap très lourd. J'avais conscience des difficultés que ça allait engendrer dans ma sexualité. Bah tout bêtement je vais te dire, je suis porteuse d'un spina-bifida, c'est un défaut de la moelle épinière et je suis incontinente ».

Pour Adèle, l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte a été la période où elle poursuivait son parcours médical ainsi que les opérations liées à la maladie. Son parcours médical l'a coupé du monde « ordinaire » et de la vie « ordinaire » mené par les adolescent.e.s de son âge alors. Elle s'est trouvée en décalage avec les préoccupations et les compétences que les jeunes de son âge acquéraient :

« Je venais, je venais d'être, je venais d'être amputée, ce sur quoi j'ai mis le doigt il y a pas très longtemps, c'est que vraiment pendant 2 ans, ces 2 années-là, j'ai pas parlé de mon handicap, très peu de mon cancer et tout ça. Tu vois, j'étais pas du tout dans le déni, hein, c'est pas du tout

la question, tu vois ? C'est simplement, je pense que ça avait pris tellement de place dans ma vie. Toute ces années avant, que j'avais envie de faire place à autre chose, j'explorais des trucs, enfin je faisais beaucoup la fête. Donc du coup, c'est pour ça que je dis que j'y comprenais rien, parce que le sentiment amoureux, je comprenais absolument pas ce que c'était. Je l'ai pas ressenti non plus, parce que du coup, je l'ai ressenti après et je sais, du coup j'ai su ce que c'était de ressentir ce sentiment amoureux. Donc j'ai rencontré des personnes mais ça, enfin ça me remplissait pas en fait. Et je pense que.... Je sais pas très bien mais cette période, je dis je comprends rien parce que ... Je me rappelle de plein de choses, j'ai l'impression d'en avoir oublié plein d'autres, mais je comprenais tellement pas ce qu'il fallait faire pour rencontrer l'autre. [...] je pense que ça faisait tellement d'années que moi j'étais qu'entre soit les murs de ma chambre ou les murs des hôpitaux. Je, je voyais le décalage, j'étais en décalage en fait à ce niveau-là avec mes coloc, mes amis et tout. Ils parlaient de plein de trucs. [...] il y avait des trucs qui ne faisaient pas sens, quoi. Mais comment ils font en fait ? Et comment on fait pour se retrouver au pieu avec quelqu'un en fait ? Enfin techniquement parlant, enfin bref, ça fait un peu bizarre de le dire comme ça, mais je comprenais pas. Et du coup bah quand tu comprends pas, quand tu sais pas, bah c'est simple, tu fais pas ».

Majoritairement, les personnes enquêtées ont débuté leur carrière sexuelle avec une relation transgénérationnelle où le partenaire se trouvait être le plus âgé. Gwennaëlle raconte : « Ça me gonflait le concept de virginité, y'a un mec en fait, c'était un gars qui avait une trentaine d'années de plus que moi et qui était très beau. Il avait des yeux magnifiques. Et voilà, j'avais envie de torcher ça et bon, lui il était assez à fond, ça s'est fait et puis voilà ». Le « concept de virginité », le rite de passage que représente la première relation sexuelle. La virginité féminine « renvoie à des normes sexuées visant la construction d'un corps 'pur', sur le plan matériel et symbolique » (Terginisi, 2016, p. 701). La virginité peut aussi bien être un outil – afin de se réapproprié son corps et son plaisir – qu'une épreuve, comme semble-t-il Gwennaëlle a pu le vivre. Dans tous les cas, elle est « située dans une relation à autrui » (Ibidem).

Quant à Emeline, non seulement c'était une relation transgénérationnelle, avec un homme marié et dont la liberté de relationner sexuellement avec d'autres n'était pas connue de sa femme, mais qui plus est, la pratique sexuelle exercée a été la pénétration anale :

« Alors c'était mes années tumultueuses j'ai envie de dire en fait, à 20 ans, j'étais dans un foyer pour personnes handicapées et j'y suis resté 2/3 ans, 3 ans dans ce foyer. Et si tu veux, il y avait un service attaché à ce foyer, un service de transport pour personnes handicapées. Et en fait, je suis sortie avec un des chauffeurs. J'avais 20 ans, il en avait 42. Il avait une femme qui était en fauteuil. Et donc je si tu veux ma première relation ça a été un rôle de maitresse. Euh, où j'ai

toujours su qu'il couché avec moi, mais qu'il ne quittera jamais sa femme, pour vivre une histoire avec moi si tu veux. Et bah une histoire, une histoire longue quoi, où il ne quittera pas l'autre. Ça n'empêche pas que 22 ans après, nous sommes toujours des amis. Voilà, et que... Alors, comment te dire, la première relation sexuelle que j'ai eue, j'étais indisposée. Donc, nous avons commencé par une relation anale ».

La pénétration anale est expérimentée par une minorité de personnes selon l'étude CSF. En effet, 37% des femmes la déclarent, contre 45% des hommes. Entre 20 et 49 ans, une femme sur dix déclare la pratiquer, et alors de manière peu fréquente (Bajos et Bozon, 2007).

Pour Adèle, elle n'a pas expérimenté sa première relation à plusieurs avec quelqu'un de plus âgé. Toutefois, vers 19 ans, peu après son entrée dans la sexualité partagée, Adèle a eu des rapports sexuels avec un homme, éducateur dans son centre de rééducation, plus âgé qu'elle : *« C'était quelqu'un de très bienveillant et beaucoup plus âgé que moi, j'avais que 19 ans. Il était très gentil ».*

Enfin, *a contrario*, Laure a fait le choix de ne pas exercer sa première relation sexuelle avec quelqu'un de plus âgé qu'elle : *« [...] Moi, je pouvais pas faire avec n'importe qui, s'il avait genre 20 ans de plus que moi. Tout ça parce qu'il était un accompagnant sexuel et parce que je peux très bien m'entendre avec, non moi c'était pas possible. Voilà, c'était important pour moi ».* A savoir que Laure a engagé un accompagnement sexuel dans le cadre de sa première relation. La littérature scientifique ne produit pas de chiffre quant au recours des femmes à la prostitution, or des chiffres sur les demandes masculines existent (Bozon, 2008). Cela démontre le caractère exceptionnel de son initiative, à l'instar des propos tenus par Fabien, l'accompagnant sexuel enquêté dans le cadre des entretiens exploratoires.

Ces premiers rapports sexuels avec des hommes plus âgés semblent concordés avec les expériences féminines recensées par la recherche. En effet, en 2012, au sein des couples hétérosexuels cohabitants, l'homme était en moyenne âgé de 2.5 ans plus que sa conjointe (Daguet, 2016). Pour ce qui est d'Emeline, elle l'explique comme ceci :

« [...] Et oui, chose très importante que je t'ai pas dit, je pense qu'on ne peut pas, je pense que quand tu as 20 ans, il est très difficile de coucher avec quelqu'un du même âge quand tu.... Il faut quelqu'un de mature. Et les jeunes de 20 ans ne sont pas prêts à coucher avec quelqu'un d'handicapé. [...] Le gamin de 20 ans n'est pas capable d'entendre que tu es handicapée et qu'en plus, lui doit découvrir sa sexualité et en plus découvrir le handicap de quelqu'un ».

Emeline pense que la maturité d'un jeune de 20 ans n'est pas suffisante pour qu'il veuille partager sa sexualité avec une personne porteuse d'un handicap. Selon elle, une personne en situation de handicap serait-elle vouée à expérimenter sexuellement avec une personne plus

âgée ? Adèle témoigne : « *Il était mieux dans ses baskets et je pense que c'était assez lié à son âge avec le recul* ». Sans parler de handicap, Adèle semble partager l'avis d'Emeline. Une certaine sagesse et confiance en soi découlerait des années acquises par l'intéressé.

A posteriori de leur premier rapport sexuel, Michel Bozon (2005) souligne que les femmes sont « deux fois plus nombreuses à déclarer qu'elles auraient préféré que le premier rapport sexuel ait eu lieu plus tard, et tendent à avoir ce premier rapport avec un partenaire déjà initié et plus âgé ». Dans le cas des femmes enquêtées, c'est le contraire, le caractère tardif de leur entrée dans la sexualité est déploré. Toutefois, le deuxième élément d'information est similaire à l'expérience des femmes enquêtées.

Des rapports à la masturbation disparates

Alors que les trajectoires sexuelles des femmes et des hommes tendent à se rapprocher (Bajos et Bozon, 2008), 6 femmes sur 10 déclarent avoir pratiqué la masturbation, contre 9 hommes sur 10 (Bajos et Bozon, 2007). De plus, les femmes issues des générations anciennes sont celles qui pratiquent le moins l'onanisme. La pratique masturbatoire régulière chez les femmes est « peu fréquenté dans la jeunesse, tandis qu'elle augmente jusqu'à 20% à l'âge de la vie conjugale » (Bajos et Bozon, 2007, p. 27). De plus, pour les femmes, c'est une pratique « qui n'entre éventuellement dans le répertoire sexuel des femmes qu'à l'âge adulte » (Bozon, 2008, p. 274). Côté pornographie, puisque la consommation et la pratique masturbatoire peuvent aller de paires, une femme sur cinq déclare en visionner « régulièrement » entre 25 et 49 ans, et pour les plus jeunes (18-24 ans), 52% d'entre elles déclarent avoir regardé leur dernier film pornographique avec leur partenaire sexuel (Bozon, 2008). Alors que la pornographie prend sens dans un cadre individuel pour les hommes, les femmes y trouvent de l'intérêt dans un cadre conjugal ou relationnel.

Cela semble être le cas d'Adèle qui, sans indiquer d'âge, déclare avoir commencé tardivement la pratique masturbatoire. Encore aujourd'hui, elle préfère partager sa sexualité plutôt que de se masturber seule :

« Ouais je sais pas pourquoi dans tous les cas je sais que j'ai commencé très tard, enfin très tard... Mais je sais pas ça a été un peu comme ça la masturbation tu vois. Du coup je sais pas très bien... Je sais pas ce qui a fait que... Après je crois que je ne suis pas une dingue de la masturbation en fait. [...] Ouais et en fait je crois que c'est pas le truc qui... Enfin j'ai aimé redécouvrir mon corps et cetera et c'était important mais en fait... Enfin c'est que j'aime bien partager en fait je crois ».

Néanmoins, un retour à la masturbation sans support ni outil sexuel lui a été nécessaire, dans le cadre de la reconquête de son corps et de ses désirs : « *Je n'en utilisais pas, pas que je n'y pensais pas mais je crois que j'ai eu besoin de me reconnecter juste moi avec mon corps j'ai appris à me masturber juste avec ma main parce que je ne le faisais pas, je ne le faisais presque pas* ». Malgré cela, Adèle s'est procurée des sex-toys, métaphorisés dans l'idée d'un cadeau de soi-à-soi :

« Et puis est arrivé Noël et les calendriers de l'Avent avec des colloques où on ne craint pas de parler cul alors avec tout respect et respect de de la vie intime des chacune et du coup en fait je me suis offert un calendrier de l'Avent du « Passage du désir » où t'avais 24 jouets ».

Pour Cindy également, elle déclare ne pas pratiquer l'onanisme : « *Alors, c'est vrai que je ne suis pas une femme qui est très portée sur la masturbation* ». Néanmoins, Cindy consomme de la pornographie, mais plutôt sur une modalité duale, accompagnée de son mari. Iels intègrent alors cela dans leurs scripts interpersonnels.

Laure, du fait de sa maladie génétique, n'a jamais été en capacité physique de se masturber. Elle a d'ailleurs la sensation que cela a joué sur son rapport à elle-même et sa confiance en elle :

« Alors moi je pense que je vais me suis toujours beaucoup dévalorisée depuis très longtemps, j'avais une faible estime de moi-même. Donc déjà parce que physiquement j'avais pas pu connaître... En fait comme je bouge pas, j'ai jamais pu me masturber et j'ai jamais pu découvrir mon corps par moi-même. Donc ça déjà ça n'aide, bah pour avoir une bonne image de son corps, voilà. Il y avait ce côté où j'avais beaucoup de mal à apprécier mon corps, alors je pense que déjà, ça, c'est un truc général chez les femmes donc voilà. [...] Moi, j'ai jamais trouvé une technique là-dessus. Non moi j'ai vraiment connu absolument aucun plaisir sexuel toute seule, ça a jamais été possible ».

Laure et Emeline s'accordent à affirmer que la masturbation est un des moyens de s'affranchir des normes corporelles et esthétiques. Tout du moins, un vecteur de confiance en soi. Emeline explicite :

« Et je pense, tu vois que c'est très important la masturbation chez la femme handicapée, parce qu'elle permet de découvrir son corps même quand il n'est pas handicapé, mais encore plus handicapée et c'est pour ça que je te disais que... [...] Encore une fois, c'est mon idée. Il faut d'abord connaître son corps avant de forcément aller parcourir le corps d'un autre. Même pour une personne valide d'ailleurs ».

Dans le cas de Gwennaëlle et Emeline, elles pratiquent la masturbation et ont débuté précocement, selon elles. Emeline explique :

« J'ai découvert la masturbation j'avais 10 ans. Et je ne savais pas du tout ce que c'était. Voilà, je me disais il y a un truc qui va pas, il y a un truc qui va, il y a un truc qui va pas. Et puis à l'époque avec les magazines pour adolescents, donc vers 13/14 ans. Tu sais, t'avais la page Sexo à la fin du magazine. Et c'est là que j'ai appris ce qu'étais la masturbation. Et que c'était énormément pratiqué. Et donc d'un seul coup, ça m'a finalement rassurée, classique quoi. [...] Après, je savais pertinemment que je ne faisais rien de mal mais après je me suis sentie moins seule. »

Aujourd'hui, Emeline pratique la masturbation sporadiquement, à regret : *« Peut-être pas assez régulièrement à mon goût. On va dire que c'est après, c'est des moments. Ça peut être une fois par semaine, comme ça peut être plusieurs fois comme ça peut être une fois par mois parce que l'occasion, s'est pas plus présentée »*. De plus, Emeline emploie une stratégie pour outrepasser ses incapacités physiques ne lui permettant pas d'atteindre sa vulve avec ses mains. Elle emploie un objet, *« simple bâton »*, qui n'est pas forcément homologué sex-toys, afin de *« faire une prolongation de [s]a main »*. Emeline n'utilise pas de sex-toys car elle les perçoit comme pénétrant, alors c'est dans la stimulation de son clitoris externe qu'elle trouve son plaisir : *« Mouais non parce que pour le gode il faut pénétration sur... si tu veux. Ouais donc non c'est, si tu veux, moi, je pratique la masturbation sans pénétration. Juste avec titillement du clitoris »*. Côté pornographie, Emeline est lassée des pratiques *« rébarbati[ves] »* que l'on retrouve dans la pornographie *mainstream* : *« Si tu veux au bout de 5 minutes de porno, je suis vite dégoûtée parce que c'est toujours la même cadence, c'est les mêmes pratiques, le même sens de pratiques »*. Enfin, Gaëlle a expérimenté la masturbation respiratoire dès ses 7/8 ans : *« C'était par le souffle par le déplacement de souffle et des tensions, des détentes musculaires. Enfin des choses comme ça, sans me toucher du tout enfin pendant longtemps »*. Elle pratique encore aujourd'hui cette masturbation pour des raisons de praticités : *« Ouais, c'est parce que c'est très pratique en fait, ça évite de galérer à chercher la bonne position. Voilà, physiquement tu vois la génitalité et cetera »*. Elle *« adore »* également la pornographie alternative féministe pro-sexe :

« Je vais pas sur des plateformes. Je suis pas trop streaming, je trouve ça de plus en plus dur de trouver des choses de qualité en streaming. Après, il y a une période où j'avais une copine qui téléchargeait pas mal de films de sexualité dite alternative et tout ça, et des trucs plus conventionnels et tu vois plein de trucs. Donc entre potes, on se passait des films, des machins. Ouais puis, tous les films un peu féministes par le, enfin tu vois porno féministe pro sexe, je suis assez fan. [...] Enfin je trouve que, je sais pas où ça en est actuellement, mais il y avait du porno très coloré, très bigarré, très fin. Puis où ça commence, où ça finit, tu vois le

porno ? Moi, mes premières portes de mes premières imaginaire masturbatoire, c'était sur la Bible quoi. Tu vois ? Enfin t'as des supers scènes de cul dans la Bible ».

Un imaginaire inattendu s'offrait alors à Gwennaëlle, fille et petite-fille de pasteurs.

Plusieurs constats peuvent découler des résultats des données récoltées jusqu'alors : l'entrée dans une sexualité partagée s'est faite majoritairement plus tardivement pour elles que pour les femmes enquêtées dans le cadre de l'enquête sur le Contexte de la Sexualité en France (2006). Des disparités concernant les pratiques masturbatoires avec : des temporalités différentes dans l'initiation à la pratique masturbatoire ; une moindre fréquence de la pratique pour certaines, alors que d'autres pratiques encore aujourd'hui l'onanisme ; des modalités d'expérimentations divergentes quant aux supports et outils usités. Nous allons désormais tenter de mettre en lumière les résistances persistantes provenant de l'entourage institutionnel, familial et amical.

2.2 L'entourage institutionnel, familial et amical : entre surprotection et essentialisation

Les personnes enquêtées semblent avoir parcouru un long chemin avant de se considérer comme désirables et se sentir désirées. Et pour cause, l'entourage institutionnel, familial ou amical les renvoie[yait] à leur handicap. Elles ont pu être objectifiées voire essentialisées par leur environnement. Comme si naître en tant que personne en situation de handicap revenait à devoir immuablement faire une croix sur leur subjectivité en tant que personne désirable, désirée et désirante.

A titre d'exemple, Gwennaëlle se remémore les propos tenus par son père dans sa jeunesse. Des propos violents, empreints de validisme et jugeant les corps handicapés comme illégitimes à la séduction et au plaisir sexuel. Ces dires ont considérablement influé la manière dont elle se percevait alors :

« Moi j'étais plutôt timide en fait, parce que je parlais du principe que j'étais pas désirable. Si tu veux parce que c'est un peu ce qu'on te renvoie dans la gueule. Enfin tu vois mon père, quand j'avais 13/14 ans, j'étais en train de draguer un de ses stagiaires qui était un gars que je trouvais assez sexy. Je m'étais habillée, tu vois avec un gros décolleté, un gros Wonderbra, j'avais une ceinture de maintien qui faisait une taille fine. J'adorais. Tu vois, ça faisait vraiment fétichisme quoi. Enfin, je ne connaissais pas encore le concept, mais j'étais à fond dedans. Voilà et j'étais là, un peu à le draguer, je m'étais maquillée et mon père il m'avait sorti devant le mec quoi : 'Tu sais que ton fauteuil est une ceinture de chasteté, autour de ta taille'. Pah, prends-toi ça dans la gueule. Je dis 'Oui papa je le sais, voyons'. Quand tu te prends ça, ça fait un peu mal.

Surtout devant le mec, c'était la honte. [...] Et c'est vrai que c'est une phrase qui m'a quand même beaucoup blessée. Puis, qui cristallisait tous les points de vue du monde, si tu veux. Les gens qui pensent que les personnes handicapées ont pas de sexualité, et cetera, qu'ils connaissent rien, enfin y en a plein et tu intègres ça, tu l'intègres pour toi-même ».

Concernant Laure, paradoxalement, elle raconte que du fait de sa maladie génétique, ses parents n'avaient pas beaucoup d'espoir en sa longévité :

« [...] en gros, on leur a mis dans la tête que j'allais mourir très rapidement. Donc du coup ils ont vécu avec ça et je pense qu'ils ont du coup jamais intégré, je pense, que j'allais pouvoir avoir une vie affective et sexuelle. Et comme ils ont jamais intégré, ben même sans le dire on va dire noir sur blanc, je pense qu'ils m'ont élevé avec ça dans la tête, et du coup... Je pense que c'était un peu aussi un en moi. J'arrivais pas à... peut être, à me mettre dans cet imaginaire du possible ».

Néanmoins : *« Moi ma mère déjà quand j'avais à peu près une .. On va dire à 13 ans, a commencé à me dire, il faut t'épiler quoi. Enfin, je veux dire ça venait de ma propre mère, tu vois, qui elle-même à subi cette injonction ».*

Tandis que ses parents ne se projetaient pas sur un futur affectif et sexuel pour Laure, sa mère diffusait à son égard des injonctions sociales liées à la beauté normative. Cela peut sembler contradictoire puisque la démocratisation des « techniques de beauté » a comme résultante « l'occultation symbolique des corps 'déviant', malades et handicapés » (Ghigi, 2016, p. 79).

De plus, Laure est confrontée régulièrement aux remarques qui lui sont faites concernant la chance d'avoir un conjoint prenant soin d'elle. Or, elle regrette que ces remarques ne soient pas réciproques. Elle témoigne :

« Souvent, mon compagnon quand il a raconté qu'il était avec une personne en situation de handicap, c'est souvent des grands blancs. Les gens sont mal à l'aise. C'est un peu comme un... C'est un peu comme une grande tragédie, tu vois ce que je veux dire ? Après ça il faut, c'est à nous d'en parler mais tu vois, on est quand même là-dedans. Moi souvent on m'a dit, là où j'en ai souffert, bon un peu moins maintenant. Mais c'est qu'on me disait "ou la la alors tu as eu beaucoup de chance" et on ne disait pas, inversement, à mon compagnon ».

Par ailleurs, des représentations sociales du couple avec un partenaire handicapé existent. La personne valide au sein de couple peut alors incarner deux postures contradictoires aux yeux des autres : soit la personne est admirée, héroïsée, soit, sa posture de conjoint.e est nourrie de suspicions de doutes infondés sur les *réelles* motivations qui existeraient (Brun, 2010). Dans le cas où la posture incarnée serait celle du héros, paradoxalement, le.a conjoint.e valide peut « devenir la victime et assumer une position sacrificielle » (Brun, 2010, p. 191).

Quant à la mère d'Emeline, sous couvert de protection et de réduction des risques, elle a pu véhiculer des messages de prévention sur le mode de la peur : « *Ma mère m'avait toujours bourré le crâne en étant jeune en me disant 'Attention ma fille pour ta première fois. Dis-toi bien un truc, c'est que tu seras allongée sur un lit et que tu ne pourras pas te sauver en courant'. Donc qu'il était très important d'avoir un partenaire en face de soi en qui tu as confiance* ». Par ailleurs, Emeline témoigne également de violences verbales insufflées par la mère de son petit-ami lorsqu'elle avait 20 ans : « *Pour te dire la première fois que j'ai rencontré sa mère, elle m'a dit : "Je vous préviens, je n'ai pas fait un fils pour qu'il fasse la nounou toute sa vie avec vous"* ».

A *contrario*, les parents de Cindy semblent n'avoir jamais incarné de posture réticente ou entravante. Afin de préserver la santé de leur fille, les parents de Cindy ont préféré accepter que les relations sexuelles, si relations il devait se passer, s'organisent sous leur toit :

« *Mes parents étaient conscients de mes limites en termes de mobilité. Je pense qu'il n'avait peut-être pas très envie que je me retrouve à faire ça dans une voiture, ou dans un endroit un peu tordu. Donc ils ont toujours « cautionné » que le petit copain dorme à la maison* ».

De plus, la prévention des risques passait également par l'achat de préservatifs pour Cindy, sans que cela soit un sujet ou un non-sujet : « *Ça s'est toujours passé comme ça, j'allais au supermarché, j'achetais des préservatifs, mais ça, c'était dans le caddie. Il y avait aucun problème* ».

Néanmoins, lorsque Cindy a eu des difficultés à ressentir du désir sexuel, sentant sa libido et elle-même « *éteinte[s]* » durant 2 années. Avant de comprendre la teneur du « *problème* », elle s'est retrouvée à consulter des forums, son entourage, des ami.e.s. Régulièrement, ces personnes rejetaient la faute sur sa pathologie : « *Donc on m'a dit plein de choses : que c'était mon handicap, que c'était normal, c'était dû à ma pathologie... C'était plein de choses. Que je m'y prenais mal, enfin bon c'était, il y a eu plein de choses comme ça... C'était beaucoup... Beaucoup disaient que c'était mon handicap qui était la cause* ». Finalement, Cindy a été essentialisée, réduite à son handicap comme réponse à toutes les problématiques qu'elle pouvait rencontrer. Après avoir consulté sa gynécologue, elles se sont rendues compte que la raison venait de son contraceptif.

Giami (1983) a démontré, à travers ses travaux, les représentations paradoxales partagées par l'entourage familial (ange asexué) et institutionnel (bête assoiffée) des personnes en situation de handicap. Les entretiens avec les professionnel.le.s issu.e.s du secteur socio-médical ont confirmé la persistance de ces représentations. L'entourage familial peut également s'avérer être une entrave à la reconnaissance des désirs et des capacités de séduction des

personnes en situation de handicap. Les conséquences pour les femmes concernées sont alors déplorables : manque de confiance en soi, sentiment d'illégitimité, méfiance envers les autres. En effet, Gwennaëlle témoigne de cela : « *Si tu veux, quand t'as du mal à à t'aimer toi-même parce que tu estimes que t'es pas éligible machin dès qu'on t'adresse un peu le désir, tu trouves ça suspect* ».

2.3 Le rapport au corps et les impacts sur les rencontres et les relations sexuelles

Les réalités vécues par les femmes enquêtées sont plurielles et singulières. Les déficiences, incapacités et handicaps n'ont pas les mêmes répercussions sur l'exercice de la sexualité. Le rapport au corps est également impacté par sa plasticité, l'acceptation de sa corporalité peut être un long chemin semé d'embûches. Parfois, il arrive que des stratégies soient mises en place dans le cadre des modalités de rencontres. Notamment, sur Internet, où un jeu de (dé)voilement est exécuté.

Site de rencontres : entre voilement et dévoilement

« Le corps occupe une place centrale dans la rencontre et la séduction, dans les relations amoureuses et sexuelles » (Marcellini et *al.*, 2010, p. 130). Les sociologues du corps ont par ailleurs mis en lumière l'importance qu'occupent les dimensions corporelles et esthétiques, à travers la manière de s'habiller, de parler, d'occuper l'espace, etc. Autrement dit : de parader. De plus, l'apparence physique joue un rôle particulier dans le choix du partenaire (Bozon, 2006).

Internet fait davantage parti du « scénario des rencontres affectives et sexuelles » (Bozon, 2008, p. 274). L'inaccessibilité à certains lieux où se jouent des jeux de pouvoir et de séduction (bar, discothèque) peut amener les personnes en situation de handicap à relationner *via* Internet. L'inaccessibilité peut se concevoir en termes d'infrastructures avec des locaux non adaptés ou bien en termes d'environnement, le « brouhaha » incessant représentant pour certain.e.s une incapacité à se faire entendre et d'échanger avec les autres.

Les rencontres sur Internet amène à des rencontres physiques et une relation sexuelle pour 4 à 6% des femmes de 18 à 34 ans et 7 à 10% des hommes âgés de 18 à 39 ans (Bozon, 2008).

Sur les sites de rencontres, où le corps n'est pas engagé et seules les compétences intellectuelles et relationnelles le sont, des stratégies diverses sont mises en place par les enquêtées. La question du (dé)voilement du handicap est alors abordée.

Pour Emeline et Adèle, la préférence est portée sur l'annonce *de facto* de leur handicap. Emeline raconte :

« Et je pense que c'est super le côté Internet. J'ai connu mon mari par Internet. Bon maintenant, malheureusement il y a beaucoup de dérives sur Internet donc c'est compliqué, mais à l'époque, on s'est connu sur Internet et lui qui était très timide et tout était rassuré derrière l'écran. Moi j'étais rassurée parce que j'étais handicapée derrière l'écran. Et alors par contre j'affichais tout de suite mon handicap. C'est à dire que y avait pas du tout d'histoire à raconter, je faisais pas croire que j'avais les jambes d'Adriana Karembeu et que... non, non direct 3e ligne, "je suis handicapée". Voilà, ça te plait, ça te plait. Ça te plait pas c'est pareil. Et pour moi, c'est quelque chose qu'il faut dire tout de suite ».

Elle reconnaît qu'Internet est un outil pour : « [s]'en servir comme bouclier » contre les mauvaises expériences, les potentiels râteaux. Emeline affirme que la barrière imposée par l'écran est alors un moyen de mieux appréhender les relations interpersonnelles dans le cadre d'une recherche de partenaire.

Adèle s'est inscrite sur une application de rencontre lorsqu'elle s'est sentie prête à rencontrer de nouvelles personnes il y a un an. Il y a un an, les lieux publics où les rencontres sont possibles étaient fermés en raison du contexte sanitaire (Covid-19). Lors de son inscription sur l'application de rencontre, Adèle s'est posée la question du dévoilement de sa déficience motrice :

« Donc comment on fait pour rencontrer des gens donc je me suis inscrite sur des applis et en début d'année 2021, après ça faisait presque 2 ans que je voyais une psychologue je pense que ce n'est pas anodin de le dire, le choix des photos sur l'application de rencontres est un grand sujet. Est-ce que je fais apparaître ma prothèse ? Est-ce que je ne fais pas paraître ma prothèse ? Comment je fais ? Je l'ai fait apparaître pour être sûre bah que les gens ils savent où ils vont en fait ».

C'est alors le dévoilement qui l'a remporté dans sa réflexion, souhaitant mettre au fait les personnes intéressées. A l'instar d'Emeline, Adèle semble penser que dans le cas inverse, le voilement s'apparenterait au mensonge.

Tandis que Cindy préfère ne pas l'évoquer au premier abord. Elle mise en premier lieu sur ses capacités relationnelles et son humour pour ensuite présenter cet aspect d'elle-même. Elle a conscience que dans le cas où l'interaction aboutirait sur une rencontre, son handicap sera de fait affiché. Cette stratégie lui permet d'effacer son corps, habituellement mis sous les projecteurs lors des interactions physiques :

« En fait je crois que moi j'avais cette capac... c'est pas une capacité d'ailleurs. J'avais ce truc de me dire, les gars debout quand ils me voient au premier abord, je ne les intéresse pas.

Parce qu'ils voient le fauteuil au départ. Par contre quand t'es sur des sites de rencontres, c'est un peu l'arnaque pour les hommes mais moi c'est comme ça que je le voyais. Ils commençaient à me parler, et puis je les intéressais sur le plan intellectuel, ou voilà sur le plan de mon humour, parce qu'on me dit que j'ai beaucoup d'humour. Et puis ma tête aussi plaisait. Et puis après j'enclenchais sur le handicap. Alors soit le gars disait « bah ouais mais moi le handicap ça me bloque » et il partait. Soit le gars, bon bah il n'était pas trop trop attaché au physique, quoi que je n'avais pas le physique que j'ai maintenant, j'étais quand même vachement plus mince. Et quand même, malgré le handicap, bah ça les intéressait de me rencontrer ».

Nous pouvons observer qu'à travers les stratégies de (dé)voilement ou *a minima*, le questionnement qui se pose autour de l'aspect physique de la rencontre, les femmes en situation de handicap intègrent « les standards de corps valides » (Bouchet, 2021, p. 53). Les apparences sont un enjeu central pour les femmes en situation de handicap, qui sont d'une part soumises aux enjeux corporelles qui concernent tout à chacun.e, et d'autres part, les enjeux liés aux rapports de genre.

Handicap, genre et performativité

Selon leurs déficiences et leurs trajectoires, la performativité et les performances employées par les femmes enquêtées ne prennent pas les mêmes formes.

La mère de Cindy semble avoir toujours investi du temps et de l'intérêt dans le développement de la féminité de sa fille et les attentes esthétiques associées à celle-ci. Pour cause, Cindy estime avoir vécu une « vraie adolescence ». Elle le justifie par le fait que sa mère l'emmenait faire les boutiques, la laissait s'habiller et s'apprêter comme elle le souhaitait : « C'est à dire que j'ai une maman qui fait les boutiques, qui faisait les boutiques avec moi, les fringues, le maquillage. Tout. J'ai toujours été au top quoi de tout ça ». Elle pouvait alors performer sa féminité sur la base de la féminité normative, ce qui semble l'avoir conforté dans l'idée de convenir aux attendus, à la norme. De plus, Cindy témoigne la fierté qu'elle a éprouvé, en tant que personne en situation de handicap, d'avoir eu une relation sexuelle avec un valide :

« En plus quand t'es une fille en fauteuil, que tu te tapes un valide et que t'es ado. Bah tu le cries sur tous les toits. Et puis t'en fais des caisses, t'en rajoutes. T'es ado alors t'en rajoutes. Tous les ados en rajoutent. Et puis moi j'ai une adolescence, voilà une vraie adolescence, grâce à mes parents encore une fois. Donc oui ma mère elle a vraiment favorisé ce côté féminin ».

Par ailleurs, l'entrée dans une relation conjugale a pour Laure était fondateur dans sa construction identitaire en tant que femme et son affranchissement des injonctions formulées à l'égard de la classe sociale des femmes. Elle témoigne :

« En tout cas moi, depuis que je suis en couple, j'ai appris que je pouvais être une femme mais qui n'a pas à répondre à toutes les injonctions qu'on m'a mis depuis très longtemps et ça, ça fait beaucoup de bien. Bah ça tu vois, c'est l'expérience qui m'a fait ça. J'aurais jamais pensé que je pouvais être considérée comme une femme si je ne sortais pas maquillée par exemple, tu vois. Ça c'est chouette ».

En un sens, sa relation conjugale et la valorisation que cela lui apporte, semble la détacher de son irrémédiable obligation à performer son genre à travers des techniques de beauté (Ghigi, 2016).

Ensuite, au regard des données récoltées lors des entretiens, seule Adèle a expérimenté une intimité partagée avec un jeune homme porteur d'une déficience physique. Emeline a toujours refusé l'éventualité de partager sa sexualité avec une personne en situation de handicap. En effet, elle considère que, pour des raisons pratico-pratiques, c'est se rajouter des problèmes inutilement :

« Par contre attention, j'ai toujours eu des rapports avec des hommes valides. Okay, voilà, et pour moi il n'est pas envisageable d'avoir un rapport avec quelqu'un qui est handicapée comme moi. [...] Parce que ça ne me plaît pas. Il y a suffisamment de mon corps si tu veux à gérer, je vais pas en plus gérer le handicap de l'autre. C'est peut-être dégueulasse de ma part, mais non ».

Par « dégueulasse » il semblerait qu'Emeline a elle-même conscience de la part du validisme intégré dans sa conception des relations sexuelles avec des personnes porteuses de déficiences.

Certaines enquêtées ont fait part de leur fantasmes, inatteignables du fait de leurs incapacités physiques. Bien que majoritairement, elles semblent conscientes que les relations sexuelles à positions multiples, pratiquées tous les jours sont une représentation tronquée de la réalité des sexualités pratiquées. Laure raconte :

« C'est sûr que notre sexualité moi et mon compagnon, elle est pas normative en soi, même si j'aime pas trop ce terme, mais normative, comme on voudrait la voir chez tout le monde. Où on fait 36, enfin 36 positions, où la femme elle prend forcément des initiatives ou l'homme. Enfin bon c'est, ce sera forcément différent. Après il y a ce que les gens disent et ce qu'ils font réellement ».

Quant à Cindy, elle témoigne de scripts intrapsychiques qui prennent comme modèle le corps valide :

« Alors si j'avais des... C'est vrai que c'est très rapporté quand même à mon handicap, c'est à dire que j'ai des fantasmes sur les positions que je peux pas faire. Donc je les imagine. Si je replonge dans mes souvenirs, c'est ça. Ça serait plus comme ça, voilà. J'ai pas des fantasmes, je sais pas moi : à 2, à 3, dans une voiture, voilà, avec une caserne de pompier. Mais non j'ai pas ce genre de truc, c'est plutôt... Moi ce qui va m'emporter, c'est de me voir... Alors peut être que c'est une manière de dire que je lis mal mon handicap hein ? J'en sais rien, peut être, j'en sais rien mais c'est vrai que dans mon imaginaire, je vais m'imaginer valide, à faire ce que je peux pas faire ».

De surcroît, Laure témoigne de sa difficulté éprouvée face à son incapacité d'incarner un rôle de conjointe à l'instar des rôles sociaux communément associés aux femmes et la féminité. Elle raconte :

« Et puis tu vois dans le couple, il a quand même, tu vois, il s'occupe de moi quand même beaucoup et ça aussi ça a inversé un peu systématiquement. Du coup, un peu. Tu vois ce que je veux dire ? Les rôles de genre. Voilà, c'est lui qui m'a fait à manger. C'est lui qui va faire aussi le ménage. [...] Alors c'est aussi beaucoup de souffrance pour moi parce que du coup j'ai l'impression que moi je ne lui apporte rien parce que dans la société en général, une femme qui fait pas le ménage et qui fait pas à manger bah elle a pas beaucoup de valeurs ».

En effet, Laure ne peut performer son rôle de conjointe à travers des tâches domestiques ou encore à travers une posture de soignante, la personne qui cajole (le *care*) et cela a des répercussions sur son sentiment de valeur au sein de la société. En effet, puisque socialement, la femme est valorisée à l'égard de ces comportements et compétences, alors, les femmes en situation de handicap ne bénéficient pas de cette valorisation sociale.

Enfin, Gwennaëlle, en réponse aux rapports de domination dans lesquels elle est investie, elle a performé certains rôles. Performant la soumission ou la domination de manière hyperbolique, elle s'est servie de cet outil comme moyen d'émancipation des rapports sociaux qui intègrent des formes de domination :

« Si tu veux, j'ai une sexualité de soumise/masochiste pendant quelques années. C'était vraiment le temps de de définir un peu. J'ai compris ça, c'était vraiment thérapeutique. Pour moi, c'était une façon de, pour moi, d'arriver à nommer ce que j'aime, ce que j'aime pas, ce que j'accepte, ce que j'accepte pas, mes limites et le rapport, enfin... De rendre palpable les rapports de domination intégrés dans cette société, en les surjouant une bonne fois pour toute ».

Cette performance employée peut s'apparenter à celle organisée par les personnes queers lors des spectacles de *drag king/queen* (Greco et Kunert, 2016).

Nous venons de voir que des performances sont employées par les enquêtées afin de, soit s'inclure et incarner la norme, ou alors au contraire, s'en affranchir. Cette notion de

performativité est importante car elle démontre leur capacité d’agir, les moyens d’actions mis en œuvre pour manœuvrer au sein d’une société régie par des rapports sociaux impliquant des hiérarchies sociales, et donc, des discriminations. Certaines d’entre elles semblent néanmoins avoir intériorisé des formes du validisme. Au même titre que des personnes racisées peuvent utiliser des préjugés ou des stéréotypes contre son propre groupe racisé (théorisé par Frantz Fanon, 1952).

La reconquête de son corps à travers la sexualité

Laure, qui a eu par le passé un rapport au corps conflictuel dont quelques séquelles subsistent aujourd’hui. Elle observe tout de même des améliorations, et lit celles-ci au prisme de son initiation à la sexualité, à la découverte de son corps et du plaisir charnel :

« Encore, il y est forcément, tout est un peu biaisé dans le sens où...Mon corps il existe, principalement parce qu’il est touché ou manipulé par les autres. Voilà, moi, depuis toute petite, ma vie... Ma vie, quand je dis ma vie, c’est ma vie au sens, je respire donc mon corps. Voilà, il ne pourrait pas exister mon corps en vie si je n’avais pas l’intervention des autres. Donc ça, ça transforme quand même vachement la vision de son corps. Je sais pas si tu vois ce que je te dis ? Par exemple, on va dire que bon, je le fais encore un peu maintenant mais peut-être un peu moins, mais j’avais toujours tendance à parler de mon corps et de moi. Pour moi, c’était deux entités différentes. Alors que finalement je crois qu’avec la sexualité, la découverte de mon corps, j’ai un peu réussi à réunir les 2 ».

Une reconquête de son corps à travers des pratiques sexuelles.

Par ailleurs, pour Cindy, du fait de l’accès à la génitalité biaisée pour les personnes dotées d’une vulve et d’un vagin, se déplaçant en fauteuil roulant, la connaissance de leur anatomie et l’exploration de leurs organes génitaux est nécessaire à promouvoir :

Elles [les femmes en fauteuil roulant] n’ont pas, elles ne connaissent pas leur corps, elles ne l’ont pas vu. Tu sais quand on est en fauteuil roulant. Un garçon en fauteuil roulant, son pénis il va le voir, il est à l’extérieur. Je pense qu’il peut le voir. Une femme, sur son fauteuil, elle est assise sur son sexe. Quand t’es assise, toi, t’es assise dessus. Mais nous on est assise tout le temps dessus. Donc si on ne prend pas le temps de s’allonger, de prendre un miroir et de se regarder. Intérieur, extérieur. On ne voit pas. Et donc on ne se connaît pas, et on ne se touche pas. Donc il n’y a pas de rapport au plaisir, au désir, à la sexualité ».

Nous avons déjà exposé ce résultat mais il est important de le rappeler ici, Adèle est elle-même passée par la masturbation pour se reconnecter à son corps et à ses désirs, après une

période de « *désert affectif et sexuel* », à la suite de son divorce. Lors du premier entretien, Adèle explique :

« Et petit à petit j'ai cheminé à ce niveau-là mais très lentement pendant des années, enfin j'ai été plutôt dans un désert amoureux et dans un désert sexuel parce que je n'avais pas confiance en moi. Même si en vrai j'accepte ma prothèse parce que c'est ce qui m'a permis d'avoir mon indépendance, quitter chez mes parents, aller faire mes études... Mais c'est compliqué d'être en lien, de rencontrer quelqu'un d'autre physiquement. Donc c'est pour ça que je te dis que c'est un long processus. Je pense que je peux dire que je me sens vraiment bien dans ma tête, dans mon corps, dans ma prothèse depuis un an. C'est assez récent alors j'ai totalement participé au choix de l'opération et j'ai été partie prenante à 200 millions de pourcent. C'est moi qui l'ai demandé donc j'étais d'accord mais c'est une chose de retrouver sa mobilité, de retrouver son indépendance mais c'est une autre d'accéder à un lâcher prise physique ».

Lors du second entretien, nous revenons sur la notion de « *désert affectif et sexuel* » et Adèle précise :

« Bah ça a été cette période du coup de l'été 2018 au début d'année, fin d'année 2020. Parce que là, ça a commencé voilà. Désert amoureux parce qu'il n'y avait de la place pour personne, je n'avais pas envie. Enfin, c'est pas que j'avais pas envie c'est pas ça, mais il y avait d'autres priorités aussi. Je sais pas enfin du coup il y a eu personne en termes de sentiments ou juste l'apprentissage du délaissement d'une personne. Et désert sexuel parce que mais c'est vrai qu'un peu ce que tu dis, bah enfin si je me suis masturbée donc bah c'était pas un désert sexuel total puisqu'il avait du sexe solo, mais pas de sexe partagé du coup ».

A plusieurs reprises, Adèle témoigne d'un revirement de situation qui remonte à l'année dernière : « *Alors oui. Euh j'ai enclenché ma procédure de divorce. Il y a un an* ». Le divorce semble avoir été le point de départ pour la reconquête de son corps, développer une confiance en elle et de ses expérimentations sexuelles. Ça se matérialise notamment par 2 facteurs : réussir à rester nue au lit et ôter sa prothèse lors d'une activité sexuelle partagée :

« [...] c'est le fait d'être nue dans un lit, parce que pour moi, jusqu'à y a un an, je n'acceptais pas dormir nue en fait ou de rester nue dans un lit parce que pour moi, quand on était nue dans un lit, c'était pour aller au bloc opératoire et ça j'en étais très consciente » ; « en fait je vois comment j'ai cheminé et du coup même au niveau de déchausser ma prothèse, je suis beaucoup plus à l'aise par rapport à ça. Du coup parce que je suis mieux sans prothèse en fait ma prothèse est bien pour marcher mais pour sexer et c'est un peu différent ».

Pour Emeline, son rapport à son corps est ambivalent. Parfois, elle l'aime bien, parfois il la « *saoule* ». De plus, Emeline projette son corps à travers celui de son amant, en l'occurrence son mari. Elle effectue un transfert et le corps de son mari devient le sien, par extension. Ne

pouvant pas forger sa propre plasticité, elle attend de son mari qu'il s'entretienne et réponde aux normes esthétiques et corporelles plébiscitées par la société contemporaine :

« Il faut qu'il soit bien foutu. C'est pas possible autrement, moi si c'est pas un mec sportif, non c'est triste à dire, mais si tu veux le corps que j'ai rêvé d'avoir et que je n'ai pas, il faut que ça soit l'autre qui l'ait. C'est dégueulasse ce que je dis, mais voilà il faut que le gars il soit sportif, faut qu'il soit bien foutu parce que voilà. Après j'ai la chance d'avoir un mari très sportif, qui s'entretient et voilà. Après, le pauvre garçon si au bout de 20 ans, s'il avait pris un peu de ventre, peut-être que je l'aurais pas jeté quoi mais j'aurais dit "fais quelque chose" quoi. Moi physiquement, comme je te dis, il faut que j'aie en face de moi la perfection que je peux pas avoir moi ».

3. Les femmes en situation de handicap enquêtées : analyse croisée

3.1 L'impact des incapacités sur les sexualités

La pleine conscience et la verbalisation « forcées »

Avoir la nécessité d'être à l'écoute de son corps continuellement pour prévenir l'évolution négative de la maladie semble favoriser une certaine conscience de son être. La pleine conscience ou « méditation sexuelle » peuvent être des pratiques exercées pour atteindre la jouissance et la faire perdurer (Barmak, 2016).

Adèle est l'enquêtée qui a le plus exprimé le lien qu'elle fait encore sa déficience, son écoute nécessaire et la possibilité de retransposer cette pleine conscience au sein de ses sexualités :

« [...] je sais pas trop comment dire mais physiquement c'est... Je pense que y a des fois, ce que je comprends je crois, au fur et à mesure, voilà c'est que je crois que, quand t'es handi moteur, t'es obligé d'être davantage à l'écoute de ton corps. Parce que ton corps il a vécu plein de trucs. Je vais te parler que de moi en fait mais j'ai rencontré quelques personnes handi moteur où j'ai retrouvé un peu les mêmes trucs. On parlait pas forcément de sexualité mais sur l'écoute du corps. Et du coup pour moi, enfin ça fait écho à la sexualité, c'est que t'es obligée d'apprendre à écouter ton corps en fait parce ce que ton corps c'est un peu... C'est comment dire... Ah, je sais pas je trouve pas bien les mots... Il peut être source de problème majoré tu vois ce que je veux dire ? Enfin là que tu sois t'as une hémiplégie, tu es para, tu es tétra, tu es amputée, t'es obligée d'être à l'écoute de ton corps quoi. Parce que sinon ça peut très vite mais alors

complètement déraillé et donc du coup ce qui fait que bah quand j'ai appris à être encore plus à l'écoute de mon corps et tout bah c'était tout était encore mieux en fait. [...] j'ai pensé tout de suite mon prothésiste et du coup, comment je dois parler à mon prothésiste et du coup je dois beaucoup parler à mon prothésiste en fait lui dire 'bah j'ai mal là, j'ai mal là, je me sens déséquilibrée là, je me sens plus petite'. Enfin tu vois et du coup j'ai un apprentissage en termes de verbalisation qui est important aussi. Et donc du coup cette capacité de verbalisation j'apprends petit à petit parce que je suis pas encore au top mais ça fait un an que j'apprends à la retransposer dans ma vie affective et sexuelle ».

Un corps empêché dans ses mouvements va également être source de verbalisation pour pallier à l'impossibilité de se mouvoir. Cela résultera sur une façon d'être pro-active dans l'activité sexuelle. A l'instar de Laure, qui est tétraplégique et qui recourt énormément à la verbalisation. Elle exprime un « *ras-le-bol* » face au manque de solution qui s'offrent à elles, résultant systématiquement sur la communication verbale. Toutefois, Laure a bien conscience que cette verbalisation forcée est source de bénéfices notamment l'épanouissement sexuel :

« La proactivité, elle est pas dans ce que on va connaître en général de la sexualité, la proactivité ça peut être dans la communication, ça peut être dans la demande, moi il y a beaucoup de choses qui passent par la parole. Forcément. Ouais puisque c'est là que ça marche bien. Et voilà, ce sera pas forcément par des gestes, c'est pas. C'est d'ailleurs pas toujours simple, ni pour moi, ni pour mon compagnon, que ça passe uniquement par la parole et pas par le côté physique, mais ça fait partie de quand même de notre sexualité. On la vit comme ça quand même. Elle est pas impossible et et comme, comme je le dis dans mon Tdex. [...] Quand j'ai fait cette comparaison avec l'étoile de mer parce que c'est un peu ce que les gens considèrent au premier abord quand on bouge pas du tout. Mais donc ça c'est bien mon clin d'œil. Mais à côté de ça, je pense que dans ma sexualité, je suis encore plus active au centre de la participation et du plaisir que je peux prendre, que certaines femmes qui font réellement l'étoile de mer. [...] Même si c'est pas toujours des fois bon, des fois, peut être c'est moi, j'ai peut être un ras-le-bol d'utiliser aussi que la communication et j'aimerais un petit peu personnellement, avoir... Oui, bah forcément ce qu'on n'a pas, ça nous manque enfin voilà (rit). Mais oui, mais je suis bien consciente que c'est justement cette communication qui fait aussi que ça va bien. Oui ça, je j'en suis consciente, donc c'est oui, c'est un c'est. C'est comment dire ? C'est une réalité qui fait qu'on est obligé d'aller chercher des solutions ailleurs et qui peuvent être bien aussi, oui, c'est ça ».

La verbalisation, c'est par ailleurs ce qui a permis à Laure d'exprimer son désir d'installer un miroir dans la chambre. En effet, Laure et son compagnon pratique notamment la position en cuillère lors de la sexualité pénétrative. Cela permet à Laure d'être moins confrontée

à des douleurs physiques. Le miroir est alors une stratégie pour répondre à la demande de Laure qui est : de voir son amant pendant l'activité sexuelle :

« C'est sûr que je ne peux pas faire beaucoup de position. La position qui m'est la plus confortable c'est donc la cuillère. Voilà, celle-ci, c'est celle qu'on pratique principalement parce que voilà moi ça me permet d'être quand même dans une position agréable où ça tire pas donc sur mes rétraction et à la fois d'avoir quand même ... Et pour mon compagnon aussi. Ben voilà pour moi ce qui me manquait le plus dans cette position, c'est de le voir parce que malheureusement on se voit pas au niveau des yeux, tu vois enfin voilà du regard. Et du coup on a décidé de mettre un miroir parce que c'est important pour moi de pouvoir se voir aussi ».

Alors que les normes sexuelles veulent des êtres silencieux, yeux fermés, dans le noir. Le handicap permet, voire oblige la personne concernée à aller au-delà d'une certaine pudeur

Les femmes en situation de handicap moteur, du fait de leur corporalité, semblent plus à même d'utiliser la parole. Tout du moins, c'est à nuancer, puisqu'Emeline et Cindy n'utilisent pas, voire jamais la communication verbale avant, pendant ou après l'activité sexuelle. Cela se traduit par une moindre fréquence des rapports sexuels employant un « éventail de techniques sexuelles » (Bozon, 2005, p. 111) varié ainsi que de l'emploi de la communication lors des rapports sexuels. Par ailleurs Cindy pense que ça la placerait dans une situation inconfortable et inappropriée à l'exercice de sa sexualité :

« Disons que non on ne se le dit plus parce qu'on le sait. Non, c'est pas que c'est pas qu'on communique pas, c'est que On le sait. Il y a pas besoin de dire "je veux si je veux ça". Tu sais, je pas si les gens se parlent dans ces moments-là ? Est ce que ils disent des mots ? Non, moi c'est plus voilà peut être des regards, la main qui se pose là. Moi, la main sa main que je vais poser quelque part. C'est comme ça que ça va se passer. C'est pas dans "je veux ci, je veux ça". Je pense qu'il aurait trop de g.. je pense pas que je serais assez à l'aise de parler comme de le dire en mot, ça me fait rigoler. Je le ferai pas. Ca me, ça me couperai mon élan ».

Plaisir vs. Souffrance

Tous les sens sont investis lors de l'activité sexuelle. Le toucher, qui semble être au cœur de la relation sexuelle seule ou partagée, n'est pas forcément accessible par tous et toutes. Laure qui n'a jamais expérimentée la masturbation, lourdement empêchée dans sa mobilité, déclare que sa première demande lors de son accompagnement sexuelle a été de pouvoir toucher le corps de l'autre :

« Et ben contrairement à ce que la plupart pourrait penser, ma première envie, c'est de pouvoir avoir quelqu'un qui me prenne mes mains pour que je puisse toucher le corps d'un homme, c'était ma première demande ».

Alors qu'Adèle utilise les vocables « corps-plaisir » et « corps objet de souffrance », Cindy use, quant à elle, les vocables « toucher-plaisir » et « toucher-médicale ». Les mots ne sont pas les mêmes mais l'idée sous-jacente désigne l'ambivalence avec laquelle elles ont à traiter de leur corps.

Adèle témoigne des bienfaits de l'exercice de la sexualité pour se réapproprier son corps comme un lieu de plaisir et non de souffrance :

« [...] mon corps était pas que objet de souffrance parce que bah du coup le cancer ça a été douloureux et donc du coup de découvrir que mon... Moi j'ai découvert l'année dernière comment vraiment mon corps pouvait être une grande source de plaisir ».

Pour Cindy, amenait à se toucher régulièrement les parties génitales dans le cadre d'actes médicaux, elle déclare :

« C'est que compte tenu de mon handicap et de ma pathologie, moi j'effectue des sondages urinaires. Donc je me sonde plusieurs fois par jour. [...] Donc il m'a fallu apprendre dans ma pathologie, et ça c'est mon cheval de bataille pour la société... pour les femmes qui ont mon handicap. Il a fallu me... que je détache, que je sépare le sondage urinaire, le toucher médical et le toucher plaisir. [...] Parce qu'il y a ce rapport au corps, au médical, qui est trop lourd. Nous allons être touchée, nous en tant que personne en situation de handicap, et femmes en situation de handicap, un toucher médical très lourd. Tellement lourd qu'on s'est détaché de notre corps et que le corps plaisir on sait pas trop ce que c'est ».

Par ailleurs, Enfin, Laure affirme qu'habituee à être touchée pour des actes médicaux ou des soins, elle appréhendait sa première intimité partagé. En effet, Laure craignait que son corps ne fasse pas la différence entre ce qu'appelle Cindy, le « toucher-médical » et le « toucher-plaisir ». Laure raconte :

« Alors, ça a surtout été rassurant. En fait je t'explique. J'avais vraiment peur, bah c'était avec mon accompagnement sexuel, J'avais vraiment peur que mon cerveau depuis le temps qu'il avait été touché pour le côté fonctionnel bah qu'il fasse plus la différence. En fait, c'était une des grosses angoisses. Et puis j'ai été très rassurée. En voyant que en fait, non, mon cerveau et ça va être très bien faire la différence, et que mon voilà avait vite ressenti du plaisir et avait fait la différence. Ça a vraiment été rassurant donc donc voilà, ça c'est un cheminement qui fait que la sexualité, la découverte de mon corps a permis un petit peu de me reconnecter ».

Laure parle de reconnexion, en opposition avec la déconnexion qu'elle emploie stratégiquement, afin de la préserver des douleurs et des inconforts :

« Mais tu sais, moi, je l'utilise encore, j'ai tendance à me déconnecter de mon corps pour tout ce qui est soi, pour tout ce qui est douleur, Ouais, je me déconnecte pas, comment dire ? C'est, c'est un peu difficile pour les gens d'imaginer mais en gros. Tu prends une distance, je pense ton cerveau

il fait ça c'est pour te protéger, hein. Mais tu prends une distance, je pense entre toi-même et ton corps en souffrance. [...] (émue) Je pense que la sexualité m'a permis d'avancer pour me dire j'existe en tant que corps. [...] Mais c'est une violence [la maladie] qui est faite sur ton corps, et la maladie c'est une violence perpétuelle ».

3.2 Les fondements du développement de pratiques subversives

Pour ainsi dire, la subversion employée par les femmes enquêtées prend de multiples formes. Toutefois, l'ajout de marqueurs sociaux tels que l'âge, le rapport aux réseaux sociaux, véhiculant de nombreux contenus sexo-pédagogiques, ou encore, l'orientation sexuelle – qui peut être considérée comme une subversion en tant que telle – apporte alors de nouvelles analyses pertinentes.

En effet, des disparités se font sentir : certaines enquêtées développent un discours marqué par la « *gender consciousness* » et la « *disability consciousness* », tandis que d'autres, sans affirmer qu'elles n'y sont pas sensibles, peuvent développer des propos différentialistes, voire essentialistes sur les hommes et les femmes ainsi que faire preuve d'une forme de validisme intégré, comme nous l'avons précédemment évoqué.

Gwennaëlle semble être la plus initiée en termes d'expérimentations et pratiques sexuelles : son activité sexuelle est à partenaires multiples, ou avec de multiples partenaires, elle ne souhaite pas s'inscrire dans une relation conjugale alors que la conjugalité à l'âge adulte constitue une norme (Bajos et *al.*, 2008).

Gwennaëlle se considère « *un mec comme un autre* ». Elle ne se sent pas atteinte par les normes de genre et ne pense pas que son identité de genre a une quelconque répercussion sur l'exercice de sa sexualité. Pouvons-nous lire ceci au prisme de ses expérimentations et expériences sexuelles variées ? En tout cas, il semblerait que le modèle sur lequel elle se calque est le modèle masculin, où la sexualité masculine est considérée comme récréative, individuelle, physiologiste (Bajos et *al.*, 2008). L'émancipation de Gwennaëlle passerait-elle par un « emprunt » au masculin, qui apparaît alors comme le modèle (Déroff, 2021, p. 178)

Pour d'autres enquêtées, investies dans des relations conjugales depuis plus de 15 ans, semblent développer une forme de fatalisme et désintérêt quant au déploiement de nouvelles expérimentations sexuelles. La relation conjugale de longue durée ainsi que l'âge avancé sont des facteurs expliquant la moindre fréquence de l'activité sexuelle. La fréquence diminue avec l'âge, passant de 11 rapports par mois pour les femmes de 18-19 ans à 5 pour les femmes âgées de 60 ans et plus (Bajos et Bozon, 2007). Mais également avec la durée de la relation puisque la fréquence mensuelle des rapports sexuels passe de 12 pour celles et ceux en relation

conjugale depuis moins de 8 mois contre 8 rapports sexuels par mois pour celles et ceux en relation depuis plus de cinq ans. Emeline explique alors que ses pratiques sexuelles ont évolué depuis le début de son activité sexuelle.

« Non non, maintenant je pratique plus ces positions parce que malheureusement le handicap a un peu évolué, c'est à dire perdre de la souplesse. Et puis aussi parce qu'on va pas se cacher la vérité quand t'es 17 ans avec quelqu'un, c'est plus les années folles du début, donc automatiquement... »

Alors que la littérature scientifique souligne que ce sont les femmes et les hommes les plus actifs sexuellement qui emploient le plus fréquemment des pratiques sexuelles non pénétratives (Bajos et al. 2008), pour Emeline c'est une question de douleurs provoquées par la pénétration péno-vaginale. Elle et son compagnon pratiquent donc majoritairement une sexualité orale et masturbatoire.

A l'instar d'Emeline, l'évolution de handicap, l'activité sexuelle peut s'en trouver entachée. Gwennaëlle témoigne :

« Ouais, en ce moment c'est pas le centre de la préoccupation si tu veux. Quand t'as un môme, que t'es obligée de veiller à ta santé, de veiller à l'équipe hyper complexe d'auxiliaire de vie, de faire des trucs dans la vie. Enfin tu vois, je fais des choses quoi, autre que baiser. Ben du coup la sexualité elle passe un petit peu plus au second plan, contrairement à d'autres périodes. J'ai eu des périodes.... Puis bon, j'ai 40 ans, tu vois maintenant c'est, j'ai plus tout à fait... Ça va surement rechanger tu vois puis il y a des moments, ça dépend aussi, mais... Je dirais l'enjeu est moins... ».

De plus, Gwennaëlle pratique le BDSM où elle incarne la position de dominatrice. Elle explique ce choix notamment pour des raisons de praticité. En effet, le rôle joué lui permet d'inclure, au sein de sa sexualité, les douleurs ou inconforts qu'elle ressent du fait de son handicap :

« Mais d'un autre côté, ça, si je suis pas dominatrice j'ai pas de sexualité vraiment épanouie parce que... Parce que c'est justement, si tu veux quand t'es handicapée, c'est "attention mon pied, attention ma manche, attention" enfin. Voilà il y a quand même des fragilités dans mon corps qui peuvent être limitatives dans la sexualité. Mais si tu les prends par jeu, où tu es la dominatrice, tout de suite, ça devient plus sexy ».

La subversion réside d'une part, dans sa position de dominatrice, rôle assigné socialement aux hommes. Mais d'autres parts, dans les pratiques qui y sont effectuées. En effet, Gwennaëlle expérimente et inclut la pénétration anale au sein de sa sexualité. Pénétration où elle tient le rôle de la pénétrante. Tandis que seulement 22% des femmes ont déjà pratiqué la pénétration anale avec un homme. Le rapport du journal Le Monde précise que ces 22% de

femmes ont par ailleurs pénétré leur partenaire sexuel avec leur doigt (rapport Le monde). Gwennaëlle témoigne :

« Enfin voilà, j'adore pénétrer homme, femme et être pénétrée d'une manière ou d'une autre, même avoir la main pénétrée. Je trouve ça vraiment excitant. Et vice versa, être moi-même [pénétrée] ».

Des pratiques subversives semblent donc également découler des déficiences, incapacités et/ou handicaps. Pour Laure, lorsqu'elle s'est sentie prête, a franchi le pas d'avoir recours aux services sexuels auprès d'un accompagnant sexuel formé par une association française. Le recours à la « prostitution » en tant que cliente, rappelons-le, est une forme de subversion puisqu'imminemment illégal. Désormais, Laure et avec son fiancé, engagés dans une relation exclusive. Iels ont développé une stratégie pour répondre au besoin exprimé par Laure. En effet, du fait de ses incapacités physiques, elle et son compagnon privilégient la « position de la cuillère » dans laquelle Laure regrette le manque de contact visuel. Pour y remédier, iels ont donc installé un miroir. Tandis que l'activité sexuelle dans le noir, ou avec une lumière tamisée est un script sexuel bien répandu, glamourisé, scénarisé dans les productions culturelles et en ce sens, normé (Podcast « *Histoire de la sexualité, en plaisir et contraintes* », 2022, France Culture).

Nous pouvons aussi observer une subversion sexuelle par rapport aux normes sexuelles sous le prisme de l'orientation sexuelle des enquêtées. Adeline a par le passé eu des relations hétérosexuelles. Désormais en dehors de l'hétérosexualité, ses relations homosexuelles l'ont amené à découvrir des pratiques notamment à la marge de la pénétration péno-vaginale. D'ailleurs, elle est désormais dans le refus de cette pénétration, voire de fréquenter des hommes cisgenres⁵³. Adèle déclare : *« Et puis du coup j'ai rencontré une nana qui a absolument tout changer dans ma vie affective et sexuelle : Roxane »*. Cette « socialisation secondaire » (Bozon, 2008, p. 273) lui a permis notamment de connaître la jouissance sexuelle : *« [...] et mais par contre ouais j'ai découvert vraiment la jouissance l'année dernière avec mon ex Roxane. Ce que j'ai ressenti avec elle physiquement je l'avais jamais ressenti avec personne d'autre en termes de lâcher prise »* ; ainsi que l'intégration de la notion du consentement au sein de son activité sexuelle : *« [...] enfin j'ai rencontré quelqu'un là et tu vois quand je te disais que Roxane elle m'a beaucoup apporté sur la verbalisation de mes besoins, de mes envies aussi et du respect de mon consentement bah là je le sens. En fait enfin ça s'est complètement dissocié de mon ex c'est vraiment moins intérieurement en fait je vois comment j'ai cheminé en fait et du coup*

⁵³ Personnes se sentant en adéquation avec le genre qui leur a été assigné à la naissance. Ici, les hommes.

même au niveau de déchausser ma prothèse en fait je suis beaucoup plus à l'aise par rapport à ça ». Le consentement connaît une promotion sur les réseaux sociaux notamment, devant une notion systématique, nécessaire et... sexy⁵⁴. Pour Adèle, cela lui a permis de se sentir mieux dans son corps et d'accepter le regard de ses partenaires sexuel.le.s sur son handicap.

Gwennaëlle se définit pansexuelle ou ne se définit pas. Elle a expérimenté la sexualité avec de multiples partenaires et le genre de la personne n'est pas un critère dans le choix d'avoir ou non une relation sexuelle avec. Elle s'intéresse à la personne en elle-même, sa personnalité. Elle semble être celle qui a développé le plus de pratiques diversifiées et la corrélation entre la diversification et le nombre de partenaires sexuel.le.s est mis en lumière par l'enquête CSF (Bozon, 2008). Gwennaëlle semble lire ses expérimentations sexuelles variées notamment grâce à son handicap et la « perversité » ou l'« anormalité » qu'il représente. Elle déclare :

« Enfin, moi, quand j'avais entre 20 et 30 ans, j'étais plutôt cis dans mes désirs. Tu vois, aujourd'hui, c'est moins le cas parce que bah aussi... Voilà, tu t'enrichis. Il y a un film qui s'appelle "Et la tendresse, bordel" c'est un film de 70 ou 80, je sais plus qui est un film. Fabrice Luchini qui joue [...]. C'est dans le numéro 2. Il dit "mais là perversité il faut pas croire que c'est de la sexualité, c'est en plus de la sexualité. Mais les pervers, ils vont en plus de pouvoir jouir sur des trucs improbables". Tu vois donc, et je trouve ça super. J'adore cette phrase parce que du coup c'est pas juste une autre sexualité, c'est un ajout à la sexualité on va dire, mais finalement cet ajout là il se fait par l'expérience. Aussi. Et il s'acquiert avec le temps, donc cultive ta perversité. [...] ça s'est fait au fur et à mesure. Et puis en fait, quand t'es handicapée t'es déjà tellement un symbole de la perversité. Que bah on te le renvoie donc au fur et à mesure, ça agit, et ça t'offre plein de possibilités. Enfin, tu vois en fait quand j'ai eu fait le tour au sens d'éprouver largement la sexualité dite ordinaire et que voilà, je te dis l'histoire du Casanova, de Fellini et que je trouvais que ça commençait à ressembler un petit peu à l'automatisme sans trop d'intérêt. Ouais bah voilà, je trouvais ça rigolo de chercher ailleurs ».

De plus Gwennaëlle semble avoir puisé sa subversion dans les arts et la culture. Les productions culturelles (arts plastiques, films, BD, etc.) ont été vecteurs d'affranchissement de la beauté normative, l'assignation à un être monstrueux et indigne de désir et plaisir sexuels. Au contraire, cela lui a permis de « cultiver sa perversité » :

⁵⁴ « Consent is sexy », slogan floqué sur des t-shirt par la créatrice du compte @orgasmeetmoi ; Iris Brey revient sur la notion du consentement au sein du podcast « Les couilles sur la table » créé par Victoire Tuillon. Elle présente une conception du consentement comme étant sexy, tel que la demande d'embrasser quelqu'un avant de le faire. Cette vision créée une rupture avec celle majoritairement reconduite au sein des productions culturelles et scénarios culturels : l'homme va plaquer avec fougue la femme contre un mur et l'embrasser. Podcast à écouter à l'URL suivante : <https://www.binge.audio/podcast/les-couilles-sur-la-table/female-gaze-ce-que-vivent-les-femmes>.

« Ah par contre, si quelqu'un qui a en plus une possession de ses moyens physiques et cetera, aura moins tendance à explorer des sexualités. Je dirais alternatives. Parce que ben évidence de la génitalité, tu vois des trucs des autoroutes de la sexualité quoi. Tu vois, il y a un peu des autoroutes qui existent et plus t'es normal, plus tu restes sur l'autoroute et plus tu es bizarre d'une manière ou d'une autre, plus t'es de toute façon obligée d'utiliser des itinéraires bis, alors tu t'en rends pas forcément. Enfin moi quand j'avais 20 ans, j'avais une revendication d'avoir une sexualité normale. C'est-à-dire une sexualité d'autoroute. Mais c'était aussi pour légitimer mon existence au monde, la norme étant finalement la justification de l'existence au monde. Quand j'ai compris après, j'ai compris peu de temps après quand même, grâce notamment à certains plasticiens, tu vois par exemple Orlan [plasticienne à son apogée dans les années 80] par exemple... ».

Lors de l'entretien, Gwennaëlle a également cité les réalisateurs David Conenberg (*Frissons*, 1975 ; *Rage*, 1977) et Federico Fellini (*Le Casanova*, 1976) ou encore, le bédéiste Bilal :

« Enfin moi, quand j'avais 20 ans, j'ai commencé à la fac, j'étais un art du spectacle théâtre. Et il y avait des cours sur l'art contemporain et sur les esthétiques. Enfin les performances, machin des trucs comme ça. Et il y avait un cours sur enfin notamment, j'ai eu un cours sur Orlan et ça m'avait ouvert beaucoup d'horizons sur accepter qui je suis comme je suis vraiment, mais c'est à dire érotisée totalement ce que je suis dans sa réalité ».

Nous pouvons alors observer comme fondements de la subversion, l'attrait pour les arts et la culture comme Gwennaëlle, ou encore l'investissement sur les réseaux sociaux, à l'instar d'Adèle. C'est notamment par le biais d'Instagram et des réseaux sociaux qu'Adèle a pu s'émanciper des normes sexuelles et d'expérimenter sexuellement. En effet, c'est via Instagram qu'Adèle a pris connaissance de l'existence du calendrier de l'Avent aux 24 sex-toys surprises :

« Ouais parce que en fait je me suis mise sur Instagram il y a à peu près un an et c'est mes coloc qui m'ont parlé de certains comptes : @Orgasmeetmoi, @Wiculpédia, @jemenbatsleclito, @sexopsyo enfin pas mal de choses comme ça qui m'ont beaucoup apportés, @Orgasmeetmoi au départ, je trouve qu'elle est relativement bien inclusive elle a une façon d'aborder les choses. Elle parle de handicap, c'est un mec para mais au moins c'était une personne handi qui parlait de sexualité quoi donc du coup ça j'ai trouvé ça très cool. Et elle en parle de temps en temps et puis aussi elle est déconstruite en terme de genre, dans ces Story elle va mettre des stories lesbiennes et enfin voilà et du coup je sais que son compte enfin mais pour @machasexplique les autres aussi voilà @jouissanceclub c'était trop bien ça aussi j'ai même acheté son bouquin. Et du coup c'est des choses qui moi, en plus de ma relation avec mon ex

Roxane, ça m'a... Enfin la sexualité ça s'invente pas ça s'apprend en fait et je crois que j'ai compris ça l'année dernière ».

Enfin, des expérimentations sexuelles qui émanent des intérêts personnels voire professionnels comme pour Cindy. Actuellement en formation pour devenir sexothérapeute, Cindy est donc amenée à s'intéresser à des nombreux sujets qui ont trait à la sexualité. Entre autres, le tantrisme. Elle explique alors que c'est une notion encore nouvelle mais qu'elle tente d'investir dans le cadre de sa sexualité :

« Alors après c'est vrai que moi je suis quelqu'un qui m'intéresse beaucoup à tout ce qui est tantra, chakra. Donc fatalement, moi le rapport sexe-corps-tête me parle beaucoup si tu veux ».

Conclusion

Nous avons tenté de répondre, tout du moins, de proposer des pistes de réflexion concernant le questionnement de départ. A savoir, si les femmes en situation de handicap développent des pratiques sexuelles en marge des normes sexuelles définies par les résultats de la recherche ? Autrement dit, s'affranchissent-elles des normes sexuelles véhiculées au sein de notre société contemporaine et occidentale ?

Tout d'abord, nous avons démontré que le processus de reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap et dont les droits sexuels font partis, s'est fait tardivement. Impulsés par les mouvements sociaux et l'autodétermination des personnes concernées, des changements sociaux, juridiques – la loi de 2005 et la circulaire de 2021 en sont des exemples – et politiques – le débat autour de l'assistance sexuelle ou encore le déploiement de politiques publiques pour la formation à l'éducation à la sexualité en institutions – ont vu le jour.

Néanmoins, un contexte toujours empreint de résistances multifactorielles lorsque les personnes résident en institution, résultant sur une moindre-fréquence des relations socio-sexuelles (Giarni, Fournier, Marcellini etc). Des équipes professionnelles tiraillées entre le devoir de protection et l'accompagnement à l'autonomie des personnes (Fournier, 2020). Une société basée sur des hiérarchies où les corps « déficients » sont considérés illégitimes (Masson, 2013) et dans laquelle le masculin et les hommes restent hégémoniques au féminin et aux femmes (Béréni et *al.*, 2021). De surcroît, être en situation de handicap continue à être un facteur de risque supplémentaire pour les femmes, puisque les femmes handicapées sont trois fois plus victimes de violences sexuelles que les femmes valides (Jaspard et *al.*, 2003 ; UNFPA, 2018).

De plus, nous avons tenté de peindre le contexte de l'éducation à la sexualité en France. Des initiatives encore faibles au sein des institutions tout comme au sein du système scolaire. En effet, seuls 13% des ateliers préconisés par la loi Aubry datant de 2001, sont mis à exécution. Les initiatives en établissements spécialisés, également soumis à la loi de 2001 préconisant trois ateliers/an/niveau scolaire, sont isolées et à l'origine d'actions indépendantes (Letellier, 2014).

Enfin, des représentations des sexualités différenciées selon le genre persistent malgré l'évolution des normes sexuelles (Bajos et *al.*, 2008). Il faut souligner que les normes sexuelles « n'ont pas été annulées mais bien réaménagées » (Gardien, 2015). Ces représentations différenciées et hygiénistes influent sur les ateliers mis en œuvre, lorsqu'ils le sont (Pasquier, 2019).

Nous avons formulé l'hypothèse que des comportements sexuels subversifs sont développés par les femmes en situation de handicap. La capacité d'agir permettrait aux minorités de développer des stratégies leur permettant de manœuvrer dans une société où elles incarnent une posture dominée. De plus, la seconde hypothèse formulée consistait à supposer que les subversions sont influencées par l'émergence des contenus sexo-éducatifs largement diffusés sur les réseaux sociaux, notamment Instagram. Les résultats regroupés dans l'analyse nous forcent à nuancer ces hypothèses.

Tout d'abord, les femmes interrogées semblent avoir développé des pratiques sexuelles en marge des normes, de manière hétérogène. L'analyse est plus pertinente à l'aide d'ajout de marqueurs sociaux tels que la génération dans laquelle elles se trouvent, leur présence ou non sur les réseaux sociaux, leur développement d'un bagage culturel leur permettant d'alimenter leur réflexion ou leur ouverture sur le monde. A titre d'exemple, Adèle s'est procurée son Calendrier de l'Avent *via* Instagram et a découvert des messages sexo-éducatifs qui désormais nourrissent ses relations interpersonnelles. De plus, Gwennaëlle use de métaphores tirées d'œuvres artistiques et démontrent l'influence que les arts et la culture ont eu dans sa quête de jouissance et sa subversion. De surcroît, l'orientation sexuelle des enquêtées semblent entraîner des conséquences sur les pratiques sexuelles effectives et leurs caractères subversifs. Enfin, les déficiences et incapacités physiques des interviewées résultent sur le développement de solutions, stratégies voire subversions pour ainsi répondre à leurs désirs sexuels. En atteste le recours à l'accompagnement sexuel par Laure ou encore l'installation d'un miroir afin de voir son compagnon lors de leur activité sexuelle.

A l'inverse, certaines femmes interrogées semblent nourrir leurs relations à l'aide d'un répertoire sexuel moins variés, et se rapprochant ainsi des pratiques sexuelles normées. Trois sur cinq d'entre elles s'inscrivent dans une relation conjugale installée, hétérosexuelle et à partenaire unique. Deux de ces trois femmes semblent, par le passé, témoigner d'un répertoire sexuel plus varié (sexe en public, positions sexuelles foisonnantes, etc.) et justifient leur « assagissement » par leur âge, la durée de la relation ainsi que l'évolution de la maladie.

Toutes semblent avoir développé des pratiques subversives mais cela est à observer dans de moindres mesures et dans une moindre constante. La sexualité pour chacune d'entre elles leur prise au monde et par là, la justification de leur légitimité à être.

Les résultats démontrent ici sont en accord avec les résultats du champ de la recherche qui affirment que le déploiement de pratiques en dehors de la norme est influencé par une conception large des contours de ce qui relève de la sexualité. De plus, la variation du répertoire

sexuel est en corrélation avec l'occurrence de l'activité ainsi que la multiplication des partenaires sexuel.le.s (Bajos et *al.*, 2008).

Certaines recommandations peuvent être formulées à l'encontre des aux acteur.rice.s des pouvoirs publics. Ces recommandations s'appliquent également professionnel.le.s issu.e.s du secteur social, travaillant auprès des personnes en situation de handicap. D'une part, la nécessité de suivre les préconisations explicitées par l'ONU concernant la désinstitutionnalisation. L'exclusion sociale, l'infantilisation ainsi que le collectif sont des freins à l'épanouissement personnel, bien plus que la dépendance humaine et technique (Fournier, 2020).

D'autre part, mettre en œuvre les préconisations inscrites dans la loi Aubry 2001 et réinstaurées à l'occasion de l'instruction qui a suivie la circulaire du 5 juillet 2021. L'éducation à la sexualité est imminemment nécessaire, afin de prévenir les violences sexistes et sexuelles, mais également afin de favoriser l'épanouissement sexuel, constituante du bien-être de la personne.

Les établissements spécialisés, comme établissements scolaires appelés « ordinaires », pourraient s'inscrire dans une démarche institutionnelle, incluant l'ensemble des professionnel.le.s et des personnes bénéficiaires, résultant sur une réflexion collective. Les ateliers seraient alors axés leur accompagnement éducatif à la sexualité sur une démarche positive et inclusive et s'inscriraient dans la durée. L'affranchissement des normes et des représentations stéréotypées demande du temps, de l'énergie et de revenir sur certaines thématiques afin de permettre la levée des freins culturels et sociaux.

De plus, la réflexion collective pourrait intégrer les familles, ou tout du moins dialoguer avec elles à ce sujet. Par exemple, lors de l'inscription d'un élève au sein d'un établissement spécialisé ou ordinaire, la famille pourrait être informée que la reconnaissance des droits sexuels est un aspect dont l'établissement prend au sérieux. Cela permettrait de clarifier les intentions de l'établissement, à savoir accompagner les bénéficiaires à développer des compétences et connaissances sur ces thématiques.

Pour les établissements qui ne seraient pas dotés de spécialistes sur ces sujets, la nécessité d'instaurer un réseau partenarial est alors de mise. Un suivi gynécologique et urologique auprès de docteur.esse.s serait alors organisé de manière systématique. Les interventions en éducation à la sexualité et en santé sexuelle pourraient faire l'objet d'interventions externes, à l'aide d'associations spécialisées. Il est également recommandé de privilégier la pair-aidance au maximum afin d'encourager et de favoriser la visibilité des

personnes concernées. Rappelons que la pair-aidance est un outil afin d'empouvoier les personnes dans leur quête d'autonomie et d'autodétermination.

Ensuite, outiller les professionnel.le.s sur ces questions semble primordial au vu des difficultés témoignées et de leur sentiment de solitude face à la tâche demandé.

Enfin, les productions culturelles ont leur part de responsabilité avec la diffusion d'informations liées à l'éducation à la sexualité positive et inclusive et représentent des vecteurs de schémas d'émancipation. De plus, les maisons d'édition des manuels scolaires, à destination des élèves, pourraient porter attention aux stéréotypes sexistes et au manque d'inclusivité en leur sein.

Les limites de la méthodologie

Tout d'abord, le temps imparti ne nous a pas permis de réaliser des entretiens poussés auprès des enquêtées. Par « poussés » nous entendons des entretiens redondants, permettant de revenir sur des propos ou des sujets abordés jusqu'alors partiellement. De plus, la grille d'entretien étant conséquente, les points n'ont pas été détaillés de la même manière d'une enquêtée à l'autre. Cela peut donc poser des problèmes de fiabilité des résultats selon les informations récoltées de manière inégale.

Ensuite, le caractère intime et personnelle des données récoltées et des questions posées ne nous permet pas d'assurer l'exactitude des résultats ni si les réponses ont été données dans leur entièreté. Notamment au sujet des fantasmes, « cet univers intérieur [...], souvent dissimulé, parfois dérangeant, échappe aux données statistiques et à l'étude de l'être social » (Fournier, 2020, p. 16).

De surcroît, le caractère intime de la sexualité mérite d'autant plus la construction d'un lien de confiance entre les enquêtées et moi-même. La redondance des rendez-vous aurait pu faciliter cet établissement, notamment avec certaines enquêtées qui semble-t-il ont préféré mettre une distance entre les propos tenus et la réalité de leur vécu. En effet, à plusieurs reprises, certaines questions ont pu être contournées ou partiellement répondues.

De plus, les discours des enquêtées peuvent ne refléter qu'en partie la réalité des vécus. En effet, l'auto-perception et l'auto-désignation peuvent être vecteurs de propos biaisés, faussés (Eve Gardien, 2015). Le caractère intime comme susmentionné, ne permet pas la vérification des propos transmis.

A l'écoute partielle des entretiens, nous pouvons constater des lacunes d'informations, certaines (re)formulations à rejeter, employant des biais. Exemple : une enquêtée m'explique

n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec des personnes valides. Au lieu de demander simplement « Comment vous l'expliquez ? » ou « Y a-t-il une raison à cela ? », je perçois des biais dans ma question. Un recalibrage sera donc à effectuer pour les entretiens du Master 2.

De plus, l'ajout de thématiques et de questions auraient pu se révéler pertinent. A titre d'exemple, la grille d'entretien ne contient pas de question concernant le dernier acte sexuel. Les éléments de réponse pourraient mettre en lumière de manière plus empirique les pratiques sexuelles effectives, en comparaison avec le discours tenu par les enquêtées.

Ensuite, au niveau de l'analyse, il n'a pas été possible d'approfondir davantage le caractère intersectionnel puisque l'échantillon ne comprenait aucune personne non-blanche. Or, des rapports sociaux se complexifient selon l'appartenance réelle ou supposée à une ethnie des enquêtées. Les renvoyant par là à un « ailleurs » et favorisant ainsi une « racialisation du sexisme » (Hamel, 2003). D'autant plus que l'intersectionnalité ainsi que la sexualité sont des notions vastes et complexes, où la simplification des concepts est toujours menaçante.

Pour finir, des perspectives seraient pertinentes dans le cadre de la continuité de ce travail de recherche. Notamment, agrandir l'échantillon afin d'améliorer la pertinence des résultats et leur fiabilité. L'échantillon devrait être représentatif de la population générale en tenant compte des indicateurs sociaux (CSP, âge, orientation sexuelle, rapports sociaux de race, etc.). L'objet d'étude resterait les pratiques sexuelles et la cible les personnes porteuses d'une déficience et socialisées en tant que femmes. Les types de handicap pourraient inclure les déficiences mentales ou psychiques, jusque là exclues. Il serait intéressant de se questionner sur les enjeux que vivent les femmes en situation de handicap mental. En effet, le corps occupe une place centrale dans les relations interpersonnelles et au sein de la sexualité. Alors que le rapport au corps est un enjeu majoritaire pour les femmes en situation de handicap moteur, quelles seraient les déclinaisons pour les femmes en situation de handicap mental ?

Bibliographie

- A.R.S. (2017). *Etude HandiGynéco. Ile de France ARS*.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/handi-gyneco-etude-2017.pdf>
- Aghte Diserens, C. (2013). *Sexualité et handicaps. Entre tout et rien*. . . Saint-Augustin.
- Ancet, P., & Nuss, M. (2012). *Dialogue sur le handicap et l'altérité*. DUNOB.
- Bajos, N., Bozon, M., & Godelier, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France (LA DECOUVERTE éd.)*. LA DECOUVERTE.
- Banens, M., Marcellini, A., le Roux, N., Fournier, L. S., Mendès-Leite, R., & Thiers-Vidal, L. (2007). L'accès à la vie de couple des personnes vivant avec un problème de santé durable et handicapant : une analyse démographique et sociologique. *Revue française des affaires sociales*, 1(2), 57-82. <https://doi.org/10.3917/rfas.072.0057>
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain (Guides Repères)*. La Découverte.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre (Ouvertures politiques) (2^e éd.)*. De Boeck Supérieur.
- Berrewaerts, J., Fries, V., Goblet, D., Jacques, V., Mille, C., & Mercier, M. (2016). Handicap, sexualité et citoyenneté. *La Revue Nouvelle*, N° 3(3), 48-55.
<https://doi.org/10.3917/rn.163.0048>
- Bouchet, C. (2021). Handicap et genre dans la formation des couples. Des ressorts sociologiques classiques ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 43-68.
<https://doi.org/10.3917/rfas.211.0043>
- Bozon, M. (2001). Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. *Sociétés contemporaines*, 41-42(1), 11-40.
<https://doi.org/10.3917/soco.041.0011>

- Bozon, M. (2001a). Les cadres sociaux de la sexualité. *Sociétés contemporaines*, 41-42(1), 5-9.
<https://doi.org/10.3917/soco.041.0005>
- Bozon, M. (2005). 13. Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte. Dans *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs* (p. 103-113). La Découverte.
- Bozon, M. (2006). 2/ Apparence physique et choix du conjoint. Dans *La formation d'un couple* (p. 99-122). La Découverte.
- Bozon, M. (2018). *Sociologie de la sexualité* (4^e éd.). Armand Colin.
- Brasseur, P. (2016). De la mixité au droit : sexualité et intimité dans les institutions accueillant malades et handicapés depuis les années 1970. *Sexologies*, 25(3), 107-113.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.05.006>
- Brasseur, P. (2016b). La sexualité des personnes en situation de handicap comme problème public et politique (1950–2015). Dans *Les politiques de la sexualité : avancées et résistances au niveau national et local dans la diffusion des savoirs relatifs à la sexualité à la contraception et à la prévention des IST* (p. 123-143). L'Harmattan.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01311148>
- Brasseur, P. (2021). Handicap. *Encyclopédie critique du genre*, 340-354.
<https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0340>
- Brasseur, P., & Detuncq, P. (2014). L'assistance sexuelle : qu'est-ce à dire ? Quels enjeux ? *VST - Vie sociale et traitements*, 123(3), 51-56. <https://doi.org/10.3917/vst.123.0051>
- Brasseur, P., & Nayak, L. (2018). Handicap, genre et sexualité. *Genre, sexualité et société*, 19.
<https://doi.org/10.4000/gss.4362>
- Brun, A. (2010). La question de l'identité sexuelle chez le conjoint du sujet handicapé. Dans *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (p. 187-202). Erès.
<https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0187>

- Butler, J. (1990). *Trouble dans le genre (Gender Trouble) : Pour un féminisme de la subversion*. Editions La Découverte.
- Butler, J. (2006). *Défaire le genre*. Amsterdam.
- Chaperon, S. (2011). Sexologie et féminisme au début du XXe siècle. *Champ psy*, n° 58(2), 67-81. <https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0067>
- Charrier, G., & Déroff, M. L. (2006). La décohabitation partielle : un moyen de renégocier la relation conjugale ? *Cahiers du Genre*, n° 41(2), 99-115. <https://doi.org/10.3917/cdge.041.0099>
- Chiland, C. (2010). Identité sexuée et handicap. Dans *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (p. 25-42). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0025>
- Ciccone, A. (2010). Introduction. Le handicap, l'altérité et le sexuel. Dans *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (p. 7-24). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0007>
- Clair, I. (2013). Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? *Cahiers du Genre*, 54(1), 93-120. <https://doi.org/10.3917/cdge.054.0093>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- De Colomby, P. (2004). Les relations familiales et sociales des personnes handicapées vivant en France : une exploration secondaire des enquêtes hid. *Gérontologie et société*, 27 / n° 110(3), 183-199. <https://doi.org/10.3917/gs.110.0183>
- Déroff, M. (2015). *Homme/Femme : la part de la sexualité : Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*. Presses universitaires de Rennes.

- DREES. (2020, juillet). *Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1156.pdf>
- Dubet, F., Cousin, O., Mace, E., & Rui, S. (2013). *Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations.* Editions du Seuil.
- Dupras, A. (2014). La sexualité des hommes en situation de handicap comme quête d'identité et de reconnaissance. *VST - Vie sociale et traitements*, 123(3), 44-50. <https://doi.org/10.3917/vst.123.0044>
- Durif-Varembont, J. P. (2014). 4. Éthique, handicap et violence : où est le problème ? *Handicap et violence*, 61-70. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2014.01.0061>
- Durif-Varembont, J.-P. (2010). Handicap et sexualité : pour une éthique de l'accompagnement. *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, 129-146. Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0129>
- Durif-Varembont, J.-P. (2012). Handicap Man : la monstruosité est affaire de regard. Dans *Art et handicap. Enjeux cliniques* (p. 109-120). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2012.01.0109>
- Fausto-Sterling, A. (1993). The Five Sexes. *The Sciences*, 33(2), 20-24. <https://doi.org/10.1002/j.2326-1951.1993.tb03081.x>
- Féral, J. (2013). De la performance à la performativité. *Communications*, 92(1), 205-218. <https://doi.org/10.3917/commu.092.0205>
- Fillion, E., & Baudot, P. (2021). *Le handicap cause politique (laviedesidees.fr) (French Edition)*. PUF.
- Foucault, M. (1976). *La Volonte De Savoir (Histoire De La Sexualité)*. Gallimard.
- Foucault, M. (1984). *L'usage des plaisirs (Histoire De La Sexualité)*. Gallimard.

- Fournier, J. (2020). Inexpérience, interdictions et idéalisation. Le point de vue des personnes en situation de handicap. *Expériences du handicap et de la sexualité*, 63-83. <https://doi.org/10.3917/eres.fourn.2020.01>
- Fournier, J. (2020c). *Expériences du handicap et de la sexualité : Entendre, comprendre pour penser et agir (Connaissances De La Diversité) (French Edition)*. Erès.
- France Culture. (2022). *Histoire de la sexualité, entre plaisir et contraintes* [Podcast]. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-histoire-de-la-sexualite-entre-plaisir-et-contrainte>
- Gardien, E. (2015). La moindre fréquence des rapports socio-sexuels des personnes handicapées : différences corporelles ou inégalités sociales ? *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 21(2), 7-20.
- Gelly, M. (2013). Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges. *Sciences sociales et santé*, 31(4), 73-96. <https://doi.org/10.3917/sss.314.0073>
- Giami, A. (1994). Du handicap comme objet dans l'étude des représentations du handicap. *Sciences sociales et santé*, 12(1), 31-60. <https://doi.org/10.3406/sosan.1994.1282>
- Giami, A. (2000). Les récits sexuels : matériaux pour une anthropologie de la sexualité. *Journal des anthropologues*, 82-83, 113-127. <https://doi.org/10.4000/jda.3314>
- Giami, A. (2011). Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution. *Sexualité, handicaps et vieillissement*, 195-205. Erès.
- Giami, A. (2012). Qu'en est-il de l'assistance sexuelle aux personnes handicapées ? *Sexologos, Mars*(2), 20-22. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00757122>
- Giami, A., & de Colomby, P. (2008). Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête « Handicaps,

- incapacités, dépendance » (HID). *Alter*, 2(2), 109-132.
<https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.02.002>
- Giami, A., & Lavigne, C. (1998). La stérilisation des femmes handicapées mentales et le « consentement libre et éclairé ». *Stériliser le handicap mental ?*, 69-79. Erès.
- Giami, A., Humbert, C., & Laval, D. (1983). *L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs*. Editions de CTNERHI.
- Goffette, J. (2014). Sensibilité, sensualité, sexualité, sentiment et situation de handicap. Dans *Corps à coeur* (p. 123-147). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.jean.2014.01.0123>
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Editions de Minuit.
- Greco, L., & Kunert, S. (2016). Drag et performance. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 222-231). La Découverte.
- HALDE. (2010). *Rapport annuel HALDE 2010*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000234.pdf>
- Hamel, C. (2003). *L'intrication des rapports sociaux de sexe, de « race », d'âge et de classe : ses effets sur la gestion des risques d'infection par le VIH chez les Français descendant de migrants du Maghreb*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02370609>
- Handicap et alors ?* (2018). Le Planning Familial. <https://www.planning-familial.org/fr/handicap-et-alors-257>
- Héritier, F. (1981). *L'exercice de la parentalité*. Seuil.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin*. Editions Odile Jacob.
- IFOP. (2019). *Où en est la vie sexuelle des Françaises en 2019 ?* https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/02/116130_ifop_ELLE_Mag_2019.02.014.pdf
- Jaspard et al. (2003). *Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale*, La Documentation française.

- Korff-Sausse, S. (2005). La notion de responsabilité dans le domaine du handicap. Autonomie, réciprocité et sexualité. *Reliance*, 18(4), 49-54. <https://doi.org/10.3917/reli.018.0049>
- Korff-Sausse, S. (2011). Des gender studies aux disability studies : repenser les catégories. *Champ psy*, n° 58(2), 37-52. <https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0037>
- Lacroix, A. (2022). *Apprendre à faire l'amour*. Allary.
- Langlet, M. (sous presse). Quand « l'infirmes » prend du pouvoir. *Lien Social*.
- Laqueur, T. (1992). *Making Sex : Body and Gender from the Greeks to Freud by Thomas Laqueur (1992-02-01)*. Harvard University Press.
- Le Breton, D. (2008b). *La sociologie du corps* (1^{re} éd.). QUE SAIS JE. <https://doi.org/10.3917/puf.lebre.2008.01>
- Le Monde avec AFP. (2013, 18 janvier). Un hôpital psychiatrique condamné pour avoir interdit les rapports sexuels. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2013/01/18/un-hopital-psychiatrique-condamne-pour-avoir-interdit-les-rapports-sexuels_1819253_3224.html
- Le Petit Robert. (s. d.). *Définitions*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/subversif>
- Legouge, P. (2021). Plaisir sexuel. *Encyclopédie critique du genre*, 545-556. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0545>
- Léon, M. (2020). Dossier « Vie affective et sexuelle ». *Lien Social*, 1284, 18-24.
- Letellier, J. L. (2018). Dossier « Entre les murs ». *Lien Social*, 1241, 5-35.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel électronique authentique n° 0036 du 12/02/2005.
- Lotte, L., & Séraphin, G. (2009). Le handicap psychique : un concept ? *Ethnologie française*, 39(3), 453-462. <https://doi.org/10.3917/ethn.093.0453>

- Madiot, J. (2021). Les effets de l'interaction du genre et du handicap : l'expérience de femmes handicapées en matière de sexualité. *Revue française des affaires sociales*, 1, 69-86.
<https://doi.org/10.3917/rfas.211.0069>
- Marcellini, A., le Roux, N., & Banens, M. (2010). Au-delà des apparences. . . Interactions, séduction et rencontres amoureuses des personnes présentant des déficiences. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 50(2), 129-144.
<https://doi.org/10.3917/nras.050.0129>
- Massieu, S., & Ricard, M. (2020). Assistance sexuelle : entre fantasmes et réalités. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 3148, 6-10.
- Masson, D. (2013). Femmes et handicap. *Articles hors thème*, 26(1), 111-129.
<https://doi.org/10.7202/1016899ar>
- Ministère de l'Education Nationale. (2018). *Circulaire n°2018-11 du 12-9-2018 relative à l'éducation à la sexualité*. Legifrance.gouv.fr.
<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43964>
- Ministère de l'intérieur. (2020). *Nouvelle hausse en 2019 des victimes de crimes ou de délits « anti-LGBT » enregistrées par les forces de sécurité*.
<https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-14-Nouvelle-hausse-en-2019-des-victimes-de-crimes-ou-de-delits-anti-LGBT-enregistrees-par-les-forces-de-securite>
- Ministère des Armées, Ministère de la Culture, Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, Secrétariat d'Etat chargée de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes et de la Lutte cont, Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, & Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2019). *Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif. 2019-2024*.

https://cache.media.eduscol.education.fr/file/MDE/11/6/VFinale_Convention_Interminis_Egalite_Nov2019_1211116.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences*. Legifrance.gouv.fr. https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220?page=1&pageSize=10&query=*&searchField=ALL&searchType=ALL&sortValue=PUBLI_DATE_DESC&tab_selection=circ&typePagination=DEFAULT

Mithout, A. L. (2018). « Récupérer le sexe qui m'a été volé » : la sexualité comme affirmation de soi chez Asaka Yûho. *Genre, sexualité et société*, 19, 1-21. <https://doi.org/10.4000/gss.4200>

Mouget, A. C. (2016). Sexualité récréative des hommes handicapés moteurs. *Dialogue*, 212(2), 65-78. <https://doi.org/10.3917/dia.212.0065>

NousToutes.org. (2021, octobre). *Enquête sur les séances d'éducation à la sexualité au collège et au lycée*. https://www.noustoutes.org/ressources/Dossier_de_presse_Education_a_la_sexualite.pdf

Nuss, M. (2008). *Handicaps et sexualités - Le livre blanc*. Dunod.

Nuss, M. (2012). *Je veux faire l'amour*. Autrement.

Observatoire des violences sexistes et sexuelles en Nouvelle-Aquitaine. (2021, septembre). *Les femmes victimes de violences en situation de handicap en Nouvelle-Aquitaine*. <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2021-11/Femmes%20victime%20violence%20handicap.pdf>

- Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. < <https://www.who.int/fr/> > (consulté le 17-11-2021)
- Pasquier, G. (2019). *La construction de l'égalité des sexes et des sexualités*. PUR.
- Péretié, R. (2010). Construire son identité sexuée pour intégrer son handicap. Dans *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (p. 203-218). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0203>
- Piéro Ferrand, J., & Jeanne, Y. (2008). Assistance sexuelle et prostitution : un binôme tabou ? *Reliance*, 29(3), 101-106. <https://doi.org/10.3917/reli.029.0101>
- Planche, F., Granget, P., & Loew, F. (2008). Implications de l'assistance sexuelle : regard éthico-légal. *Reliance*, 29(3), 74-81. <https://doi.org/10.3917/reli.029.0074>
- Pruvost, G. (2011, 1 mars). *Récit de vie*. OpenEdition Journals. <https://journals.openedition.org/sociologie/671>
- Puiseux, C., Costa, D., Lamotte, M., & Giroux, S. (2019). Monde des idées. *Revue du Crieur*, N°14(3), 132-151. <https://doi.org/10.3917/crieu.014.0132>
- Queffelec, D. (2021, 24 février). *Réinventer le porno avec Olympe de G*. Radio France. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/reinventer-le-porno-avec-olympe-de-g-2906885>
- Rouget, S. (2019). Sexualité, adolescence et vie affective dans la société d'aujourd'hui. Dans *Ordres et désordres dans la sexualité, la conjugalité, la parentalité* (p. 69-99). 1001 et +. <https://doi.org/10.3917/eres.bonne.2019.02.0069>
- Rožman, I. (2012). Eugénisme et croyances populaires : le dépistage des infirmités dans le passé. *Ethnologie française*, 42(2), 301-312. <https://doi.org/10.3917/ethn.122.0301>
- Salbreux, R. (2010). La connaissance précoce du handicap rend-elle le fœtus asexué ? Celle de son sexe le rend-elle handicapé ? *Handicap, identité sexuée, vie sexuelle*, 61-76. Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0061>

- Stiker, H. (2017). *La condition handicapée (Handicap Vieillesse Société)*. PUG.
- Stiker, H.-J. (2010). Handicap, genre et rapport des sexes : regards historiques et anthropologiques. *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, 109-128. Erès.
<https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0147>
- Tersigni, S. (2016). Virginité. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 701-712). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0701>
- Texte intégral de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (1/3) / Disabilities FR.* (2006). Organisation des Nations Unies.
<https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html>
- Torrent, S. (2018). Devenir « une belle jeune fille » : construction du genre dans les cours d'éducation sexuelle dispensés à des filles en situation de handicap. *Genre, sexualité et société*, 19. <https://doi.org/10.4000/gss.4149>
- U.N.A.P.E.I. (2005). Stérilisation des personnes handicapées mentales. *Contraste*, 22-23(1), 273-284. <https://doi.org/10.3917/cont.022.0273>
- UNICEF & Observatoire International des violences à l'école. (2011). *A l'école, des enfants heureux. . . ou presque.*
[https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011\(1\).pdf](https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011(1).pdf)
- Vaginay, D. (2010). Handicap, de l'assignation du sexe au sexe publicitaire. *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (p. 109-128). Erès.
<https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01.0109>
- Vanderstraeten, M. (2015). II. Définir, c'est exclure : le cas du handicap. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 73(1), 91-108.
<https://doi.org/10.3917/riej.074.0091>

- Ville, I., & Ravaud, J. F. (1994). Représentations de soi et traitement social du handicap. L'intérêt d'une approche socio-constructiviste. *Sciences sociales et santé*, 12(1), 7-30.
<https://doi.org/10.3406/sosan.1994.1281>
- Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J., Dézé, A., Aucante, Y., & Shakespeare, T. (2020). *Introduction à la sociologie du handicap : Histoire, politiques et expérience (2020) (Ouvertures politiques)* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Vincent, T. (2002). 3. La subversion homosexuelle. Dans *L'indifférence des sexes* (p. 81-110). Erès. <https://www.cairn.info/l-indifference-des-sexes--9782749200118-page-81.htm?contenu=article>
- Wendell, S. (1989). Toward a Feminist Theory of Disability. *Hypatia*, 4(2), 104-124.
<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1989.tb00576.x>

Annexes

Annexe 1 : Grille d’entretien à destination des professionnelles travaillant en institution accueillant des personnes en situation de handicap.	13032
Annexe 2 : Grille d’entretien à destination des professionnelles en charge de formation à l’éducation sexuelle.	13639
Annexe 3 : Grille d’entretien à destination des femmes en situation de handicap moteur ..	1447
Annexe 4 : Grille d’analyse des entretiens effectués auprès des personnes concernées	Erreur ! Signet non défini.5
Annexe 5 : Extraits photographiques de contenus sexo-éducatifs issus d’Instagram	Erreur ! Signet non défini.6

Annexe 1 : Grille d'entretien à destination des professionnelles travaillant en institution accueillant des personnes en situation de handicap.

Q° introductive : La notion de sexualité peut être subjective. Qu'est-ce que la sexualité représente pour vous ?

Thèmes	Questions	Suggestions	Qu'est-ce qui est recherché
Sexualité / intimité	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Qu'est-ce que la sexualité représente pour vous ?</i> - Qu'est-ce que l'intimité représente pour vous ? 		<p>Les définitions propres à chacun.e</p> <p>Définition normative de la sexualité ? « marginale » ?</p>
L'éducation sexuelle en France	<ul style="list-style-type: none"> - Que pouvez-vous me dire de l'éducation sexuelle effectuée auprès et avec les personnes en situation de handicap ? - Selon vous, sur quelles représentations/modèles de la sexualité basent l'éducation sexuelle instruite auprès des personnes en situation de handicap en France ? 	<p>Comprendre : selon quelle.s norme.s / scripts sexuels ?</p> <p>Sexualité positive (plaisir) ou sexualité = danger (IST, grossesse indésirée)</p> <p>Grâce à quels outils ?</p>	<p>(In)existante ? Lacunaire ? Pourquoi ? Qui prend des initiatives ? (Etat, public / association / entreprise, privé)</p> <p>Leur propre déconstruction face aux représentations sexuelles et normes sociales (de genre, de corporéité, de sexualité)</p>

			+ l'importance d'une éducation positive à la sexualité
L'éducation sexuelle en institution	<ul style="list-style-type: none"> - Que stipule le règlement intérieur de votre établissement au sujet de la sexualité ? - Quel est le rôle de votre institution au sujet de la sexualité des personnes résidentes ? - Quel discours est tenu par votre institution au sujet de la sexualité des résident.e.s ? - Qui est en charge de créer des ateliers d'éducation sexuelle auprès des résident.e.s ? - Les personnes en charge ont-elles reçu une formation spécifique ? Si oui, auprès de qui ? Combien de temps ? Sous quel prisme ? 	Sexualité réprimandée ? Droit de la résidente à recevoir ? Droit de la résidente à dormir à 2 ? Temps d'intimité mis en place ? Discours institutionnel (direction) Discours sanitaire et médical (infirmier·ère) Discours des aidant·e·s	La place de la sexualité au sein de l'institution dans laquelle le·a professionnel·le travaille. L'importance de la prise en compte de cette dimension par le·a professionnel·le Les initiatives mises en place, si existantes. Les freins et les leviers à la mise en place de ces initiatives.

	<ul style="list-style-type: none"> - A quel.s moment.s rencontrez-vous la thématique de la sexualité dans vos fonctions ? - Quelles pratiques sexuelles sont vécues par les résidentes ? - Quelles réponses sont apportées par votre établissement sur la question de la sexualité ? - Selon vous, quelles seraient les limites d'une éducation sexuelle réussie ? Les leviers ? - Avec quelles conséquences ? 	<p>Temps d'intimité</p> <p>Temps privilégié ? « ¼ d'heure d'intimité » ?</p> <p>A vous professionnel·le·s Aux résident·e·s A l'entourage des résident·e·s</p>	<p>L'espace d'accueil et de prise en compte de ces sexualités expérimentées.</p>
Sexualités, genres et handicaps	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, en quoi les sexualités vécues par les personnes en situation de handicap diffèrent de celles vécues par les « valides » ? 	<p>Capacitisme</p> <p>Corps « hors-normes »</p> <p>Corps non désirés et indésirables</p>	<p>Sexualité handicapées = sexualités spécifiques ?</p> <p>L'impact du handicap sur l'exercice de la sexualité</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Comment les déficiences des personnes en situation de handicap sont / devraient être prises en compte dans l'expérience des sexualités des concerné.es ? - En quoi l'éducation sexuelle diffère-t-elle d'un homme à une femme en situation de handicap ? (ou : que pouvez-vous me dire quant à la différence de traitement en matière de droit à la sexualité en institution entre les hommes et femmes résident.e.s ?) 	<p>Groupes séparés ?</p> <p>Informations différentes ?</p> <p>Hétéronormativité/Androcentrisme</p>	
Droit	<ul style="list-style-type: none"> - Comment définiriez-vous le handicap ? - Remarquez-vous des améliorations ou au contraire des reculs/freins persistants dans l'exercice de la sexualité pour les personnes en situation 	<p>Améliorations : compensation, internet, évolution des mentalités des professionnel.le.s, + de liberté, + d'intimité</p> <p>Freins : infantilisation, restriction,</p>	

	<p>de handicap ? Lesquels ?</p> <p>- Quels seraient les moyens et mesures à mettre en place pour permettre le libre exercice d'une sexualité saine et épanouie pour les personnes en situation de handicap ?</p>		
--	--	--	--

Nom

Prénom

Age

Identité de genre

Poste

Activités professionnelles

Structure

Depuis quand ?

Etudes réalisées

Valide/en situation de handicap ?

Avez-vous d'autres éléments qui vous semblent importants à ajouter ?

Pouvons-nous rester en contact ? Si oui par quel biais ?

Auriez-vous des femmes en situation de handicap moteur/sensoriel dans votre entourage qui souhaitent potentiellement s'entretenir avec moi au sujet de ces pratiques sexuelles ?

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des professionnelles en charge de formation à l'éducation sexuelle.

Q° introductive : La notion de sexualité peut être subjective. Qu'est-ce que la sexualité représente pour vous ?

Thèmes	Questions	Suggestions	Qu'est-ce qui est recherché
Sexualité / intimité	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Qu'est-ce que la sexualité représente pour vous ?</i> - Qu'est-ce que l'intimité représente pour vous ? 		<p>Les définitions propres à chacun.e</p> <p>Définition normative de la sexualité ? « marginale » ?</p>
L'éducation sexuelle en France	<ul style="list-style-type: none"> - Que pouvez-vous me dire de l'éducation sexuelle effectuée auprès et avec les personnes en situation de handicap ? - Selon vous, sur quelles représentations de la sexualité basent 	<p>Comprendre : selon quelle.s norme.s / scripts sexuels ?</p> <p>Sexualité positive (plaisir) ou sexualité = danger (IST, grossesse indésirée)</p>	<p>(In)existante ?</p> <p>Lacunaire ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Qui prend des initiatives ? (Etat, public / association / entreprise, privé)</p> <p>Leur propre déconstruction face aux représentations sexuelles et normes sociales (de genre, de corporéité, de sexualité)</p> <p>+ l'importance d'une éducation positive à la sexualité</p>

	l'éducation sexuelle instruite auprès des personnes en situation de handicap en France ?	Grâce à quels outils ?	
Votre formation	<ul style="list-style-type: none"> - D'où est venue l'initiative de créer du contenu éducatif au sujet de la sexualité en direction spécifiquement des personnes en situation de handicap ? - Les personnes en charge ont-elles reçu une formation spécifique ? Si oui, auprès de qui ? Combien de temps ? Sous quel prisme ? - Qui est ciblé par ces temps éducatifs ? 	<p>Professionnel·le·s/personnes concerné·e·s/entourage familial</p> <p>Personnes en situation de handicap</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les modalités appliquées dans le cadre de ces formations ? - La raison de ces modalités (ex : non mixité) - Sur quels outils et supports vous basez-vous pour créer ces temps d'échange ? - Selon vous, comment vos formations aident à créer de nouveaux scripts sexuels ? 	<p>mental/moteur/sensoriel/poly-handicapé ?</p> <p>Ponctuel ? Pérenne ? Combien de temps par semaine/mois ? A destination de combien de personnes ? Quelles déficiences ou incapacités ont les personnes concernées ? En (non)mixité ? Hétérogénéité au niveau de l'âge ?</p>	
Sexualités vécues par les personnes concernées	<ul style="list-style-type: none"> - Qui est à l'initiative de la demande de formation ? - Souvent cela survient à quel moment ? - D'après votre expérience, 		<p>La réalité des sexualités vécues au sein de l'institution en question.</p> <p>L'espace d'accueil et de prise en compte de ces sexualités expérimentées.</p>

	<p>pourriez-vous définir les pratiques sexuelles vécues par les personnes concernées?</p> <ul style="list-style-type: none">- S'il s'agit d'un tiers (pro ou famille) quelles réponses sont apportées aux personnes en situation de handicap en ce qui concerne leur sexualité ?- Selon vous, qu'est-ce qu'une éducation sexuelle réussie ?- Quels sont les freins existants contraignant l'accès des personnes en situation de handicap à cette éducation sexuelle idéale ?		
--	--	--	--

	<p>l'expérience des sexualités des concerné.es ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Existe-t-il une sexualité « spécifique » aux personnes en situation de handicap et si oui, pouvez-vous la définir ?- Selon vous, quels sont les stéréotypes sexuels existants aujourd'hui ?- Que pouvez-vous me dire au sujet des normes en matière de sexualité ?- Quelles pratiques sexuelles se dégagent de cette norme sexuelle ?- Pouvez-vous me raconter des anecdotes		
--	---	--	--

	<p>rencontrées lors de votre temps d'échange où les personnes en situation de handicap « transgresse » ces normes sexuelles ?</p> <p>- Selon vous, en quoi le handicap ou le genre peut/peuvent altérer les pratiques sexuelles des personnes concernées ?</p>		
Droit	<p>- Comment définiriez-vous le handicap ?</p> <p>- Remarquez-vous des améliorations ou au contraire des reculs/freins persistants dans l'exercice de la sexualité et de l'autonomie sexuelle vécue</p>	<p>Améliorations : compensation, internet, évolution des mentalités des professionnel.le.s, + de liberté, + d'intimité</p> <p>Freins : infantilisation, restriction, représentations péjoratives</p>	

	<p>par les personnes en situation de handicap ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesquels ? - Quels seraient les moyens et mesures à mettre en place pour permettre le libre exercice d'une sexualité saine et épanouie pour les personnes en situation de handicap ? 		
--	---	--	--

Nom

Prénom

Age

Identité de genre

Poste

Activités professionnelles

Structure

Depuis quand ?

Etudes réalisées

Valide/en situation de handicap ?

Avez-vous d'autres éléments qui vous semblent importants à ajouter ?

Pouvons-nous rester en contact ? Si oui par quel biais ?

Auriez-vous des femmes en situation de handicap moteur/sensoriel dans votre entourage qui souhaitent potentiellement s'entretenir avec moi au sujet de ces pratiques sexuelles ?

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des femmes en situation de handicap moteur

Q° introductif : Pour commencer, on va rentrer dans le vif du sujet, selon toi comment la sexualité des femmes en situation de handicap est-elle abordée dans la société ?

Thèmes	Questions	Suggestions
Vie sexuelle	<p><i>Pensez-vous que la sexualité des femmes en situation de handicap est abordée dans la société (recherches, médias, politiques publiques)</i></p> <p><i>Selon vous, de quelle manière est-elle abordée ?</i></p> <p>Quelle est la définition de la sexualité selon vous ?</p> <p>Quelle place cela a ou devrait avoir dans la vie d'une femme, d'un homme ?</p> <p>Que recherchez-vous dans la sexualité ?</p> <p>Selon vous, quelles sont les pratiques sexuelles normées ?</p> <p>Quelles sont celles qui sont en marge de la norme ?</p> <p>A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?</p>	<p>Plaisir personnel</p> <p>Relation amoureuse</p> <p>Donner du plaisir</p> <p>Procréer</p> <p>Comment iels se sont rencontré.e.s ? Quelles</p>

	<p>Que pouvez-vous m'en dire ?</p> <p>Avez-vous eu d'autres partenaires sexuels ? Par quel.s biais les avez-vous rencontrés ?</p> <p>Pouvez-vous me décrire vos pratiques sexuelles ? Utilisez-vous des accessoires ?</p> <p>Pratiquez-vous la masturbation ? Utilisez-vous un support ? Si oui, le/lesquels ? Ces pratiques vous conviennent-elles ?</p> <p>Comment avez-vous pris connaissance de ces pratiques ?</p> <p>Les pratiques « subversives » : polysexe, sexe sans lendemain, sexe face cam, lieux hors lit conjugal, libertinage, échangeisme ?</p> <p>Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans l'exercice de la sexualité ?</p> <p>Quels sont les déterminants qui te sont propres pour passer à l'acte sexuel ?</p>	<p>pratiques ont été exercées ? Comment elle l'a vécu ?</p> <p>Site/app de rencontre Rencontre spontanée T.D.S</p> <p>Pénétration Caresse Baisers Massage tantrique, etc.</p> <p>Porno visuel Porno audio Livres érotiques</p> <p>Partenaire Lecture Education sexuelle reçue Pair-aidance, etc.</p>
--	---	--

	<p>Qu'attendez-vous de votre partenaire sexuel ?</p> <p>Quels attributs physiques attendez-vous de votre partenaire ? (plasticité du corps, apparence)</p> <p>Quels attributs psychologiques attendez-vous de votre partenaire ? (façon de penser, centres d'intérêts, valeurs)</p> <p>Quelles attentes avez-vous d'un point de vue comportemental ? (attentionné·e, patient·e, prévenant·e...)</p>	<p>Telle pratique ?</p> <p>Telle qualité ?</p>
Handicap, sexualité, genre	<p>Selon vous, en quoi la sexualité différer d'un homme d'une femme ? Comment expliqueriez-vous cela ?</p> <p>Selon vous, en quoi la sexualité diffère entre une personne valide et une personne en situation de handicap moteur/sensoriel ? Comment l'expliquez-vous ?</p> <p>Selon vous, quelles répercussions sur vos pratiques sexuelles découlent du fait d'être une femme en situation de handicap ?</p>	
Modalités de « subversion »	Est-ce que votre handicap vous amène à penser votre sexualité ?	

	<p>Pour quelles raisons ? De quelle manière ?</p> <p>Selon vous, quelles sont les normes sexuelles ?</p> <p>En quoi une pratique sexuelle peut se détacher de la norme sexuelle ?</p> <p>Diriez-vous que vous pratiquez la sexualité d'une manière différente de celle promue par la norme ?</p> <p>Quelles formes prennent ces pratiques ?</p> <p>Si oui, comment avez-vous pensées ces pratiques ? par quels moyens ?</p> <p>Comment les avez vous mises en application de manière effective ? Depuis quand ?</p> <p>→ chercher à savoir/comprendre le processus individuel et social effectué par la personne qui lui a permis de pratiquer des scripts sexuels « subversifs »</p>	<p>→ question déjà posée en début d'entretien mais je me demande si le fait de reposer la question, après avoir abordé le sujet des normes sexuelles ne va pas amener la personne à réfléchir à ses pratiques en dehors de ces normes</p> <p>Média</p> <p>Recherche documentaire</p> <p>Bouche à oreille</p> <p>Accompagnement</p> <p>pro/institutionnel/sexologue</p>
Enfance	Quel.s souvenir.s avez-vous au sujet de l'apprentissage de l'intimité ?	

	<p>Quels souvenirs de l'éducation sexuelle reçue par vos parents/tuteur·rice·s ?</p> <p>En foyer ? En maison d'accueil ? A domicile ?</p> <p>Etablissement scolaire « classique » ou spécialisé ?</p>	
Adolescence	<p>Comment définiriez-vous vos relations affectives et sexuelles lors de votre adolescence ? (14-17 ans) → à mettre en lien avec la subversion potentielle : comment la subversion est venue ? à quel moment de leur vie ? quelle en est l'origine ?</p> <p>Quelle a été votre expérience en matière d'éducation sexuelle dans votre établissement scolaire (lycée) ?</p> <p>Quels souvenirs avez-vous de vos camarades de classe au sujet de la sexualité ? En parliez-vous ? En quels termes ?</p> <p>Etablissement spécialisée ou établissement classique ? Cela a t il eu des répercussions sur votre manière de penser la sexualité, de l'expérimenter ?</p>	

	<p>Selon l'établissement : comment était amener ces questions auprès des résident.e.s/usagèr.e.s/élèves ?</p> <p>Comment l'avez-vous vécu ?</p>	
Education sexuelle	<p>Quelles fonctions l'éducation sexuelle doit remplir selon vous ?</p> <p>Dans l'idéal, pouvez-vous me décrire les éléments importants à enseigner à tout être humain afin de lui assurer une sexualité saine et épanouie ?</p> <p>Quel.s souvenir.s avez-vous au sujet de l'éducation sexuelle ?</p> <p>En quoi l'éducation sexuelle enseignée aux personnes en situation de handicap doit différer de celle apprise aux personnes valides ?</p> <p>→sexualité « handicapée » ?</p>	
Vie adulte	<p>A domicile ou en institution ?</p> <p>Comment définiriez-vous votre vie sexuelle aujourd'hui ?</p> <p>Vie affective ? Sentimentale ?</p> <p>De quels modèles vous êtes vous inspirée pour vos relations sexuelles/affectives/sentimentales ?</p>	

	<p>Qu'est-ce que cela évoque pour vous une sexualité saine et épanouie ?</p> <p>Quels freins percevez-vous au sujet de l'accessibilité à une sexualité saine et épanouie ?</p> <p>Quels outils vous semblent pertinent pour acquérir une sexualité saine et épanouie ?</p>	
Maternité/Parentalité	<p>Avez-vous des enfants ou un désir de parentalité ?</p> <p>Si vous avez des enfants, comment intégrez vous l'éducation sexuelle dans vos enseignements parentaux ?</p> <p>Ou comment pensez-vous l'intégrer à l'avenir ?</p>	
Droit	<p>Quelle est pour vous la définition du handicap ?</p> <p>Dans le droit l'Etat affirme que les personnes en situation de handicap du fait de cette condition doivent recevoir une compensation. Comment cela peut il se retranscrire dans le domaine affectif/sexuel ?</p> <p>Devoir de compensation + droit à la sexualité : constatez-vous la mise en place de mesures allant dans ce sens ?</p> <p>Bénéficiez-vous d'une compensation</p>	

	<p>dans le domaine de la sexualité ? Si oui, laquelle ?</p> <p>Jugez-vous la compensation dans le domaine de la sexualité nécessaire ?</p> <p>Quelle.s discrimination.s avez vous perçue en lien avec votre sexualité ?</p> <p>Avez-vous déjà ou souhaitez-vous avoir recours à une prestation sexuelle tarifée ?</p> <p>Pour quelles raisons ?</p> <p>Comment comptez-vous ou avez-vous mis cette démarche en place ?</p>	
--	--	--

Nom

Prénom

Age

Genre

Orientation sexuelle

Déficiência

Parcours géographique à travers les âges

Lieu d'habitation actuel

Etablissement scolaire classique ou spécialisé ?

Domicile ou institution ?

Avez-vous d'autres éléments qui vous semblent importants à ajouter ?

Pouvons-nous rester en contact ? Si oui par quel biais ?

Auriez-vous des femmes en situation de handicap moteur/sensoriel dans votre entourage qui souhaitent potentiellement s'entretenir avec moi au sujet de ces pratiques sexuelles ?

Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens des femmes en situation de handicap

Prénoms	Gwenaëlle	Emeline	Cindy	Laure	Adèle
Thématiques					
Définition sexualité					
Education sexuelle					
Ecole					
Institution					
Parents					
Pair.e.s					
Pratiques sexuelles					
Âge 1 ^{er} rapport					
Pratiques subversives					
Pratiques normatives					
Masturbation					
Support/outils sexuels					
Raison/fondement de la subversion					
Partenaires sexuels					
Nombres					
Modalités de rencontre					
Mauvaises expériences					
Attentes					
Intersectionnalité					
Handicap & genre					
Genre & sexualité					
Handicap & sexualité					
Handicap, sex & genre					
Assistance sexuelle					

Annexe 5 : Extraits de contenus sexo-éducatifs diffusés sur Instagram



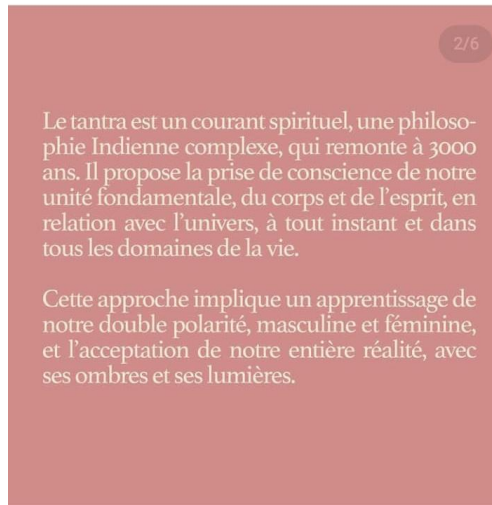
97 J'aime

cestquoitonplan Magnifique message d'inclusion et d'égalité 🍌🍌🍌

Quel que soit votre genre, vos mensurations, vos origines, votre handicap, votre orientation sexuelle, vous êtes parfait-e-s !

Ne laissez jamais personne dire le contraire 🍌🍌🍌

jouissance.club et mlaniejfree

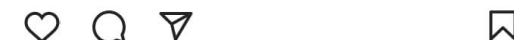
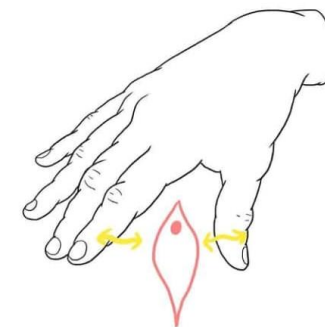


Aimé par wicul_ et 5 839 autres personnes

jouissance.club ❤️ Cette semaine je me suis associée à @mlaniejfree, Sexothérapeute et praticienne Tantra, pour vous faire découvrir cette pratique.

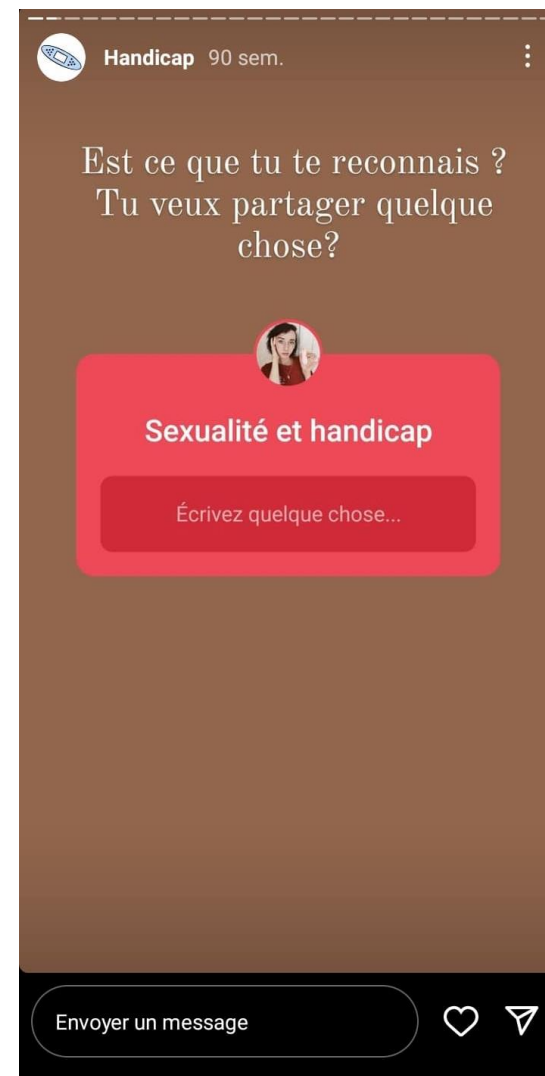
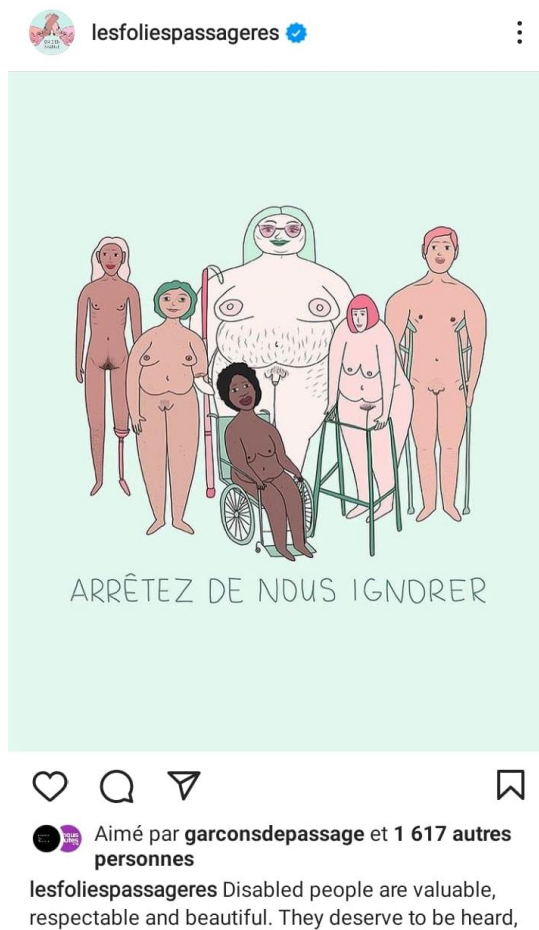
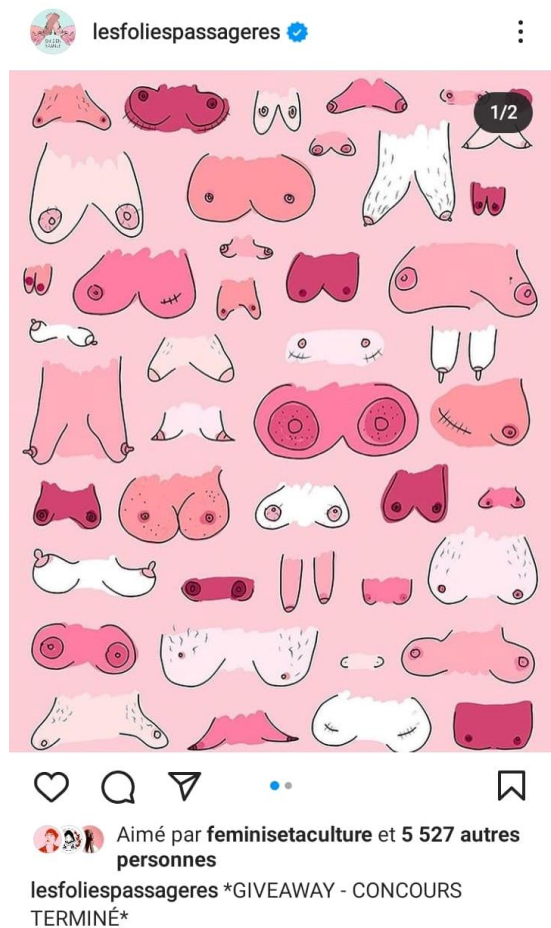
Lisez bien la définition, elle vous servira à vous mettre dans l'ambiance en attendant les deux exercices illustrés qu'on vous a préparé avec amour. Rendez vous demain pour le prochain post ! Stay tuned et joyeuse saint Valentin (ou pas) ❤️ #tantra #bodyandmind #spirituality

jouissance.club



Aimé par edouard_creativeur et 40 122 autres personnes

jouissance.club Ouvre, ferme, ouvre, ferme... ça paraît pas grand chose vu comme ça mais quand c'est fait avec amour, ça fait un certain effet. De rien. 😊



⁵⁵ Les extraits exposés ici proviennent de comptes Instagram différents et les messages diffusés prennent de multiples formes : le *body positive*, la visibilisation de la diversité des corps et l'inclusion des corps handicapés ; des informations concernant par exemple la pratique du tantrisme ; des tutos graphiques pour développer des compétences en termes de pratiques sexuelles et découvrir son corps et celui d'autrui ; des « stories » en temps réel, où la parole est donnée aux personnes concernées.