



HAL
open science

L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs.

Alain Giami, Chantal Humbert, Dominique Laval

► To cite this version:

Alain Giami, Chantal Humbert, Dominique Laval. L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs.. Alain Giami. Editions de CTNERHI, pp.113, 1983. inserm-00518277

HAL Id: inserm-00518277

<https://inserm.hal.science/inserm-00518277>

Submitted on 16 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ANGE ET LA BÊTE

Représentations de la sexualité
des handicapés mentaux
par les parents et les éducateurs

2^e édition

VIENT DE PARAÎTRE

COLLECTION ÉTUDES ET RECHERCHES :

Roland Demonet et Louis Moreau de Bellaing

• **Déconstruire le handicap, citoyenneté et folie**

Analyse d'un système de pensée

Paris, CTNERHI, 2000, 303 p., 159 F (24,24 €)

Élisabeth Zucman

• **Accompagner les personnes polyhandicapées**

Réflexions autour des apports d'un groupe d'étude du CTNERHI

Paris, CTNERHI, 2000, 261 p., 125 F (19,06 €)

HORS COLLECTION :

• **Répertoire internet pour le handicap**

Paris, CTNERHI, 2000, 165 p., 95 F (14,48 €)

COLLECTION ESSAIS :

Henri-Jacques Stiker

• **Pour le débat démocratique : la question du handicap**

Paris, CTNERHI, 2000, 149 p., 95 F (14,48 €)

Olivier R. Grim

• **Du monstre à l'enfant**

Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité

Paris, CTNERHI, 2000, 189 p., 95 F (14,48 €)

COLLECTION HISTOIRE DU HANDICAP

ET DE L'INADAPTATION :

Monique Vial, Joëlle Plaisance, Henri-Jacques Stiker

• **Enfants sourds, enfants aveugles**

au début du xx^e siècle

Autour de Gustave Bager

Paris, CTNERHI/CNEFEI, 2000, 342 p., 220 F (33,54 €)

Toute reproduction doit être soumise à l'autorisation
du Directeur du CTNERHI

ALAIN GIAMI
CHANTAL HUMBERT
DOMINIQUE LAVAL

L'ANGE ET LA BÊTE

Représentations de la sexualité
des handicapés mentaux
par les parents et les éducateurs

2^e édition

CTNERHI

Centre Technique National d'Études et de Recherches
sur les Handicaps et les Inadaptations

S O M M A I R E

Introduction à la réédition, Alain Giami	9
En guise de post-face, par Claude Revault d'Allonnes	25
Introduction	31
Situation de la question, 34	
Le niveau de notre approche, 35	
Objectifs de la recherche, 36	
Hypothèses de départ, 36	
Méthodes d'investigation, 37	
La pré-enquête	39
La composition du groupe, 40	
Les interactions entre les participants du groupe, 41	
Les thèmes abordés dans le groupe, 42	
Problématique et méthodologie	47
1) Techniques de recueil du matériel, 48	
2) Hypothèses, 50	
3) Le concept de représentation, 50	
Représentation, conduite et représentation de la conduite, 52	
Représentation de l'autre groupe, 53	
4) La construction de la grille d'analyse, 54	
Les thèmes retenus, 54	

Le déroulement de l'enquête	57
Les contacts auprès des éducateurs et des institutions, 57	
1) Institutions, 58	
2) Les contacts auprès des parents, 62	
3) L'échantillon constitué, 62	
Présentation des résultats	65
Les représentations de la sexualité	67
1) Les éducateurs, 67	
Les représentations des éducateurs, 67	
Caractéristiques générales, 68	
Sexualité et parole, 70	
La masturbation, 70	
Les pratiques homosexuelles, 71	
Les rapports sexuels génitaux et les rapports entre les sexes, 73	
Les représentations que les éducateurs attribuent aux parents, 76	
2) Les parents, 77	
Les représentations des parents, 77	
Les représentations que les parents attribuent aux éducateurs, 79	
Les représentations de l'autre groupe	81
1) La représentation des parents par les éducateurs, 82	
2) La représentation des éducateurs par les parents, 85	
Les régulations de la sexualité en institution et en famille	89
1) Le discours des éducateurs, 90	
Le « malaise » des éducateurs, 90	
L'idéologie sexuelle des éducateurs, 91	
Les « contraintes » de l'institution, 92	
Les « exigences » des parents, 94	

2) Le discours des parents, 96	
En situation familiale, 96	
En institution, 97	
Contraception et enfant éventuel	99
1) Le discours des éducateurs, 99	
Les transactions autour de la contraception, 100	
Contraception et régulation sexuelles, 102	
L'éventualité de l'enfant du handicapé, 104	
2) Le discours des parents, 106	
Transactions autour de la contraception et autour de	
la stérilisation, 106	
L'éventualité de l'enfant, 107	
Conclusions provisoires et perspectives de	
recherche	109
Les représentations de la sexualité, 110	
Les représentations de l'autre groupe, 112	
Les représentations des conduites, 113	
Perspective de recherche	117
Annexe bibliographique	119
Bibliographie	121

INTRODUCTION À LA RÉÉDITION de *L'Ange et la Bête*

Alain GIAMI

Le travail réalisé voici déjà presque vingt ans sur *les représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs* a connu un retentissement important dans le milieu dit de l'« éducation spécialisée » ou du « handicap mental ». Il exerce toujours une forte influence sur la réflexion des professionnels et des parents engagés dans des associations. Le livre était épuisé et il est devenu un incunable. Il est diffusé actuellement comme un samizdat, grâce à des « photocopilleurs » bénévoles autant qu'anonymes. À l'heure où la question de la sexualité des personnes handicapées mentales fait à nouveau l'objet de débats publics, du fait de l'extension de la prévention du VIH-sida aux personnes handicapées mentales (Greacen, Hefez, Marzloff, 1996), des interrogations concernant la contraception et la stérilisation (CCNE, 1996*a* et *b*) et de la très récente modification de la loi qui autorise et encadre la pratique de la stérilisation chez les personnes handicapées mentales (Giami, Leridon, 2000), il importe de revenir aujourd'hui sur les malentendus qui se sont développés à l'occasion de ce travail.

La recherche sur « les représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs » a été réalisée en réponse à un appel d'offres du Conseil supérieur de l'information sexuelle lancé en 1981. L'appel d'offres proposait de réaliser des recherches sur « les problèmes posés par la sexualité des adultes handi-

capés mentaux placés en institution ». À cette époque, je n'avais eu aucun contact préalable avec des institutions recevant des personnes handicapées mentales. Dans les premières formulations du projet de recherche j'avais remis en question les termes dans lesquels la demande sociale était posée et qui constituait, à mon sens, une pré-construction idéologique du « problème ». La recherche a donc été centrée sur les représentations du « problème posé par la sexualité des jeunes adultes handicapés mentaux » par ceux dont on avait supposé qu'ils pensaient et qu'ils disaient qu'il existait « un problème » et, principalement, les parents et les éducateurs placés au contact direct de ces « jeunes adultes handicapés mentaux ». En d'autres termes, le fait même selon lequel la sexualité d'un groupe d'individus est construit socialement comme un « problème » a constitué le point de départ de la recherche.

Histoire des idées

Michel Foucault et Thomas Szasz ont analysé les liens qui ont été tissés dès le XVIII^e siècle entre folie et sexualité. Dans son séminaire de 1974-1975 consacré aux « anormaux » Michel Foucault a montré comment « la grande famille indéfinie et confuse des “anormaux” (ancêtres de nos handicapés mentaux contemporains) s'est constituée à partir de trois figures : *le monstre humain*, caractérisé par “l'exception de nature et l'infraction au droit” ; *l'individu à corriger*, qui justifie l'apparition progressive des institutions de redressement ; et enfin la figure de *l'onaniste* qui constitue la sexualité infantile comme objet d'éducation et qui attribue à la sexualité une “puissance étiologique illimitée au niveau du corps et des maladies”. Cette figure a pour corollaire d'attribuer aux parents une responsabilité et même une culpabilité dans les “abus” des onanistes : “défaut de surveillance, négligence, et surtout manque d'intérêt pour leurs enfants” » (Foucault, 1994). Dans son ouvrage *The Manufacture of Madness* traduit en français sous le titre de *Fabriquer la folie* et paru en France à la même époque, T. Szasz confirme comment la médecine a construit la masturbation comme la cause principale de la folie et de tout un ensemble de troubles psychosomatiques et comment l'ensemble du dispositif éducatif s'est construit sur l'éradication de ce « mal » (Szasz, 1976).

Ces travaux historiques mettent en évidence :

- 1 / la genèse d'un ensemble de représentations qui attribuent à la « monstruosité » et l'« anormalité » des caractéristiques sexuelles spécifiques ;

- 2 / les fonctions de responsabilité, de surveillance et d'éducation qui sont déléguées aux familles et aux professionnels de l'éducation spécialisée ;
- 3 / l'importance accordée la lutte contre la masturbation (forme spécifique de sexualité) qui entre dans un cadre général visant à l'éradication de la folie. La sexualité masturbatoire apparaît ainsi à la fois comme cause et conséquence de la « maladie mentale » ;
- 4 / le refus et la négation de la génitalité ;
- 5 / l'évolution des idées concernant la sexualité des « handicapés ».

Compte tenu de ce constat, et avec Claude Revault d'Allonnes¹, qui était le directeur scientifique du projet, il est apparu qu'il serait pertinent d'étudier les « problèmes posés par la sexualité des handicapés mentaux » à l'aide d'une étude de ceux qui disaient qu'il y a un « problème ».

Ce choix théorique et méthodologique fut, par ailleurs, inspiré par la lecture de *The Authoritarian Personality* (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson, Nevitt Sanford, 1950). Cette recherche qui visait à comprendre les racines psychosociales et culturelles de l'antisémitisme avait d'emblée considéré que l'antisémitisme ne pouvait pas être expliqué à partir de l'analyse des caractéristiques des juifs, mais à l'aide des caractéristiques des « Gentils »² et notamment des caractéristiques de leur personnalité.

Il a en outre été tenté de tenir compte du contre-transfert du chercheur (Devereux, 1980). Le contre-transfert du chercheur a été défini principalement en tant que point aveugle lié à la position occupée dans le champ. Je décidai de prendre mon ignorance du terrain et du milieu comme un préalable de la recherche. Le fait de ne pas savoir de quoi, ni de qui les personnes interrogées allaient me parler a été utilisé comme un outil de recherche. Partant de la position de non-implication directe dans le champ du handicap qui était la mienne – je ne suis ni éducateur spécialisé ni parent d'un enfant « handicapé mental » – j'avais imaginé de construire l'équipe de recherche en incluant

1. Claude Revault d'Allonnes est décédée en juillet 1998. La réédition de cet ouvrage est un hommage à sa mémoire.

2. Ce point de vue est opposé à celui de Hanna Arendt qui a étudié l'antisémitisme en analysant le rôle sociohistorique des juifs dans l'Europe de l'époque moderne (Arendt, 1951).

deux autres personnes dont l'une avait un ancrage professionnel dans le champ du handicap et l'autre une implication personnelle en tant que parent d'une adolescente « handicapée mentale ». Lors de l'analyse des entretiens recueillis, la confrontation de ces trois points de vue a permis de ne pas prendre parti pour l'une ou l'autre des deux positions et de les comprendre comme les différentes facettes d'un même système global de représentations. Ce choix méthodologique qui a permis l'objectivation des représentations à l'œuvre dans ce champ a permis de comprendre le problème dans son ensemble, plutôt que du point de vue de l'une ou l'autre des parties en présence.

Il aurait été pertinent d'étudier les représentations des personnes handicapées mentales et notamment de mettre en évidence si elles-mêmes considèrent qu'il y a un problème et, si oui, lequel. Je ne me suis pas senti suffisamment équipé intellectuellement pour m'engager dans cette voie ; ce que d'autres ont fait par ailleurs (Diederich, 1987, 1990).

Les principaux résultats

Ce travail avait ainsi abouti à l'identification de la structure bipolaire de la représentation de la sexualité des handicapés mentaux. Le dispositif méthodologique avait, en quelque sorte, « forcé le trait » en opposant les représentations des éducateurs à celles des parents et en unifiant les représentations de chacun des groupes. Chacune des dimensions de la représentation était ainsi apparue comme l'attribut de l'un des deux groupes. Au plan théorique, cette opposition se situait dans la perspective de S. Moscovici pour qui les représentations sociales permettent à un groupe d'exprimer son identité (Moscovici, 1961).

Par la suite, les travaux que j'ai réalisés avec d'autres personnes ont permis de faire apparaître que la structure bipolaire était constitutive de la représentation au plan intra-individuel (Giami, Giust, 1986) et intra-psychique (Giami, Assouly-Piquet, Berthier, 1988). L'opposition et la complémentarité entre la dimension de l'« Ange » et celle de la « Bête » a été confirmée par les représentations de « l'enfant à protéger » et du « monstre à éliminer ». Sur le versant de la sexualité, l'opposition entre l'« Ange » et la « Bête » apparaît en dernière analyse comme une structure fondamentale des représentations de la sexualité.

La réception de l'ouvrage

Dans une revue de question consacrée à « l'évolution des idées concernant la sexualité des handicapés mentaux », J.-L. Lang a identifié trois époques. Tout d'abord, à partir du milieu des années 1950 et jusqu'au milieu des années 1960, une première époque au cours de laquelle on entend traiter « objectivement » de la sexualité de ces personnes en la réduisant à la génitalité. Cette époque est dominée par une idéologie du contrôle et de l'interdiction qui vise à réprimer les expressions de la sexualité de ces personnes. En second lieu, une époque qui démarre au début des années 1970 et qui prend, avec quelque retard, le train en marche de la « libération sexuelle ». Au cours de cette époque, on replace la sexualité des personnes handicapées mentales dans la globalité de leur évolution psychologique et sensori-motrice et on prend en compte les aspects relationnels de la vie affective et sexuelle. Les handicapés mentaux sont désormais considérés comme des « êtres sexués qui ont droit à une vie sexuelle », dans certaines conditions. La troisième époque, qui aurait été inaugurée par mon travail, traite la « sexualité des handicapés mentaux » sous l'angle des représentations et replace celle-ci dans un ensemble interactif dans cette sexualité (et y compris son ancrage libidinal et fantasmatique), et se trouve confrontée à la propre sexualité (considérée sous le même angle) des membres de leurs entourages. Par extension, c'est l'idéologie sexuelle de la société qui se trouve interpellée par « la sexualité des handicapés mentaux » (Lang, 1992). Lang souligne, en conclusion de son article, les obstacles opposés à l'expression de cette sexualité et les difficultés rencontrées par les équipes soignantes et par les familles pour « communiquer » sur ce sujet.

Dans un travail ultérieur – qui ne fut pas publié dans son intégralité – nous avons tenté d'explorer les difficultés liées à l'exercice de la parole des professionnels, dans les contextes institutionnels. Nous avons alors, au terme d'une recherche-action menée avec des professionnels du secteur, formulé l'hypothèse que les réticences à aborder ces sujets étaient fondées sur une « fantasmatique du dévoilement ». Parler de la sexualité de l'autre est vécu comme parler de sa propre sexualité. Et l'on comprend que dans des situations professionnelles complexes, les éducateurs soient tentés de se protéger (Gianni, Giusti, 1987). Les difficultés à parler de la sexualité, et en particulier de celle des « handicapés mentaux », ont été par la suite sous-estimées. Les

institutions, les professionnels et les familles ont souvent cru qu'il suffisait que quelqu'un d'extérieur vienne « parler de la sexualité » pour que « le problème » soit résolu.

Les formes du malentendu

La publication de *L'Ange et la Bête* a suscité un grand malentendu. Le malentendu s'est manifesté sous une première forme lorsque j'ai été investi du statut d'expert en matière de « sexualité des handicapés mentaux ». J'ai donc été appelé à intervenir, en France et dans le monde, sur ce sujet. Mes interlocuteurs ont souvent pensé que je venais leur parler d'une réalité à laquelle ils n'avaient pas accès eux-mêmes. J'ai tenté de comprendre ce malentendu en revenant sur mon travail et sur les approches théoriques menées sur les représentations sociales. En effet, certains auteurs considèrent que les représentations s'imposent en premier lieu par le caractère d'*évidence* qu'elles revêtent pour ceux qui les formulent et les utilisent (Herzlich, 1972).

J'ai donc pensé que les représentations que j'avais mises à jour et « cristallisées » dans mon travail « collaient » tellement avec les expériences des acteurs de terrain que ceux-ci avaient occulté le fait que j'avais traité – et n'avais traité que – de leurs représentations.

Je me suis souvent trouvé dans l'embarras de devoir avouer que je n'avais jamais étudié « la sexualité des handicapés mentaux », comme on a pu étudier par la suite les « comportements sexuels en France » (Spira, Bajos, Groupe ACSF, 1993). J'avais simplement écouté des éducateurs et des parents parler de ce sujet dans différentes circonstances et c'est leur « savoir » en la matière que j'avais tenté de comprendre et de questionner, beaucoup plus en référence à eux-mêmes comme sujets parlants qu'en référence à la réalité de « la sexualité des handicapés mentaux ».

Cette méconnaissance me semble liée au contre-transfert des professionnels et aux attitudes des parents qui préfèrent éviter de s'interroger sur leur propre implication et leurs difficultés dans leur rapport et leur confrontation aux personnes handicapées mentales. Le problème se trouve alors déplacé. Alors que, dans des situations de formation, on vient pour parler tranquillement des autres, on se retrouve convoqué à devoir parler de soi. Cette situation recèle une dose importante de violence. Et il est parfois arrivé que des séances de formation sur « la sexualité des handicapés mentaux » provoquent des frustrations et des conflits parmi les professionnels venus pour

écouter un exposé technique. Il y avait eu erreur sur la marchandise qui devait être fournie et au lieu d'apporter des recettes sur la façon d'accommoder « la sexualité des handicapés mentaux », j'apparaisais comme celui par qui le scandale arrive, à savoir la mise à jour de l'implication personnelle des membres des entourages face à la vie sexuelle de ceux dont ils s'occupent à un titre ou à un autre.

Tout ceci illustre les difficultés que l'on rencontre lorsque l'on est confronté à des groupes qui veulent enfin « parler de la sexualité ».

La situation actuelle

Alors que Lang avait observé dans son article une diminution du volume des articles publiés sur le sujet au cours des années 1980, la période actuelle est marquée par un regain d'intérêt pour « la sexualité des handicapés mentaux ». Ce regain d'intérêt est suscité par la prise en compte de problèmes liés à certaines des conséquences de l'exercice de la sexualité, notamment sous sa forme génitale. Il s'agit, d'une part, des débats occasionnés à l'occasion de la publication des avis du Comité national consultatif d'éthique sur « la contraception des personnes handicapées mentales » (n° 49) et sur « la stérilisation envisagée comme contraception définitive » (n° 50) et, d'autre part, des réflexions qui portent sur le développement de la prévention du VIH chez les handicapés mentaux (Greacen, Hefez, Marzloff, 1996) qui s'est concrétisée plus récemment par la publication d'une circulaire de la Direction de l'action sociale « relative à la prévention de l'infection à VIH dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées mentales ».

Le rapprochement des situations impliquant la stérilisation et la prévention du VIH chez les personnes handicapées mentales est riche d'enseignement. Les deux situations révèlent des contradictions importantes dans les prises en charge de la sexualité des personnes handicapées. Elles impliquent des modalités de fonctionnement de la parole différentes. Dans les deux cas, les débats actuels révèlent un déficit concernant le développement de l'éducation sexuelle des personnes handicapées mentales, c'est-à-dire l'exercice d'une relation de parole entre éducateurs, familles et personnes handicapées, à propos de la sexualité.

La question de la stérilisation constitue le mode de réponse qui permet de faire l'économie de la parole. En effet, la majorité des stérilisa-

tions contraceptives réalisées sur des femmes handicapées mentales le sont en l'absence de l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Ces opérations sont souvent réalisées à l'insu des personnes, et parfois à l'occasion d'interventions chirurgicales bénignes. Dans les cas où une information est dispensée à ces jeunes femmes, celle-ci est incomplète ou bien tente d'atténuer le caractère définitif de l'acte en le présentant comme réversible (Giami, Lavigne, 1993). Quelques expériences épar- ses et très minoritaires tentent de respecter l'avis de la principale per- sonne concernée. Mais y compris dans ces rares cas, force est de cons- tater que la stérilisation est proposée (ou imposée) à ces jeunes femmes qui n'en font que très rarement la demande. L'établissement de règles de consentement précises et strictes maintient le problème dans le cadre d'une demande effectuée par un tiers. La stérilisation constitue la forme la plus aboutie d'un contrôle externe sur la fécondité et la sexualité des personnes handicapées mentales. Au plan symbolique, cette pratique peut être interprétée comme résultant des deux aspects de la représentation de la sexualité des handicapés mentaux. Elle per- met de lutter contre la dimension « bestiale » et le caractère incontrô- lable attribués à la sexualité de ces personnes. Elle maintient intacte l'illusion de son caractère « angélique » et infantile en excluant ces personnes de l'un des risques majeurs de l'activité génitale adulte, à savoir la procréation. Inversement, la contraception orale qui néces- site un suivi médical et éducatif quasi quotidien maintient présent l'avantage (ou l'inconvénient) de rappeler que ces personnes peuvent avoir des enfants et donc avoir accès à la genitalité adulte.

En ce qui concerne la prévention du VIH, seule l'existence d'un vaccin efficace aurait permis de maintenir les contrôles externes sur la vie sexuelle des personnes handicapées. Le vaccin aurait pu leur être administré en l'absence de toute information et consentement et le tour aurait été joué à nouveau. Or, il n'en est rien, et pour longtemps encore. Il n'y aura pas dans un avenir proche de vaccin efficace contre la contamination par le VIH. Les entourages des personnes handicapées mentales sont donc placés face à une alternative. Soit limiter au maximum la possibilité, pour celles-ci, d'avoir des rapports sexuels ; une telle démarche a déjà prouvé son inefficacité. Soit tenter de développer des méthodes visant à favoriser le contrôle autonome par les personnes elles-mêmes sur leur sexualité.

Cette alternative reste cependant sous-tendue par la représentation bipolaire de la représentation de « la sexualité des handicapés men- taux ». Soit ils sont des « anges » qui, n'ayant pas d'activité sexuelle,

ne sont pas placés en situation de risque face au VIH. Et la question de la prévention est réglée purement et simplement. Soit ils sont des « bêtes » et leur sexualité n'est contrôlable ni par eux-mêmes ni par leur entourage. Le problème devient alors d'une complexité extrême. Chantal Lavigne a apporté une contribution originale à cette question en mettant en évidence comment la sexualité des handicapés mentaux restait prise « entre nature et culture » (Lavigne, 1996).

La difficulté du problème et les malentendus qui en ont découlé résident, à mon avis, dans l'illusion de croire que l'on peut aisément parler de la sexualité de l'autre « objectivement » et en prenant cette sexualité comme une « réalité ». Est-il possible de savoir ce que fait l'autre – tout ce qu'il fait – et ce qu'il pense – y compris ce qui lui échappe ? Une telle transparence est-elle souhaitable alors même que l'on s'attache à l'idée de « l'autonomie des personnes handicapées mentales ». Dans un autre travail, mené à l'aide d'un questionnaire administré par téléphone, nous avons montré qu'un pourcentage important de personnes vivant en couple (et ayant elles-mêmes d'autres partenaires sexuels) déclare « ne pas savoir » si son partenaire a eu d'autres partenaires dans une période récente¹. S'il est donc difficile de savoir ce que fait son partenaire, comment est-il possible de savoir ce que font des personnes avec lesquelles on n'a pas de relations intimes ?

Une autre perspective de connaissance des relations sociosexuelles des personnes handicapées, fondée sur les déclarations des personnes handicapées vivant en institution, est actuellement en cours d'exploration. L'exploitation statistique des données recueillies dans la grande enquête « Handicaps, incapacités, dépendances », sous la houlette de l'INSEE, permettra de mieux connaître de façon globale la vie sexuelle des personnes handicapées. Il faut enfin souhaiter que des jeunes chercheurs (ce que j'étais en 1983...) prennent le relais et développent des études qualitatives et quantitatives sur ces questions qui sont toujours d'actualité.

L'étude des représentations de la sexualité des handicapés mentaux peut aider les acteurs engagés sur ce terrain à élucider leurs

1. A. Giami, « Parler avec un partenaire », in A. Spira, N. Bajos, Groupe ACSF, *Les comportements sexuels en France* (p. 180-188), Paris, La Documentation française, 1993, et A. Giami, « Non response and don't know answers in sex surveys », *Social Science Information*, 1996, 35 (1), p. 93-109.

façons de voir et leurs façons de faire. Elle ne vise donc pas à apporter des réponses pratiques. Par ailleurs, la sexualité des personnes handicapées mentales, au même titre que celle d'autres groupes minoritaires, constitue un miroir grossissant qui permet de mieux saisir les composantes de la structure de l'idéologie de la sexualité contemporaine. Elle nous renvoie donc, en dernière analyse, au rapport à nous-même.

Je tiens enfin à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation et à la publication de ce travail. Tout d'abord, Chantal Humbert et Dominique Laval dont la contribution a vraiment permis de construire l'objet de ce travail. Elizabeth Zucman et Antoine Lion qui avaient soutenu le projet de publication du rapport de recherche aux éditions du CTNERHI.

RÉFÉRENCES

Adorno T. W., Frenkel-Brunswick E., Levinson D., Nevitt Sanford R. (1950), *The Authoritarian Personality*, New York, Harper & Brothers.

Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (1996a), « La contraception chez les personnes handicapées mentales », *Les Cahiers du Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, n° 8, p. 5-17.

Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (1996b), « La stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive », *Les Cahiers du Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, n° 9, p. 3-19.

Devereux G. (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.

Diederich N. (1987), « Paroles pour vivre : entretiens avec des jeunes adultes étiquetés handicapés mentaux », *Revue française des affaires sociales*.

Diederich N. (1990), *Les naufragés de l'intelligence*, Paris, Syros, Alternatives.

Giami A. (1978), *Pour une critique de l'éducation sexuelle. Approches idéologique, historique et clinique*, thèse pour le doctorat de 3^e cycle en psychologie, Université Paris 7.

Giami A. (1987), « Les représentations de la sexualité des handicapés mentaux », p. 135-148, in J. M. Alby et P. Sansoy (éd.), *Handicap vécu, évalué*, Grenoble, La Pensée sauvage.

Giami A. (1996), « La négation de la sexualité des handicapés mentaux », p. 83-90, in T. Greacen, S. Hefez, A. Marzloff (éds), *Prévention du sida en milieu spécialisé*, Toulouse, Érès.

Giami A., Assouly-Piquet C., Berthier C. (1988), *La figure fondamentale du handicap : représentations et figures fantasmatiques*, Recherche MIRE-GERAL, Paris, 131 p.

Giami A., Giust A. C. (1986), *Malaise des praticiens (recherche clinique) : implication personnelle et identité professionnelle à propos de la sexualité des handicapés mentaux*, postface de C. Veil, Paris, GERAL, CTNERHI, multigraphié, 186 p.

Giami A., Giust A. C. (1987), « Les résistances et les défenses contre le dévoilement de l'implication personnelle », *Psychiatrie française*, n° 2, p. 71-76.

Giami A., Humbert-Viveret C., Laval D. (1983), *L'Ange et la Bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, Paris, Éd. du CTNERHI, 1983.

Giami A., Lavigne C. (1993), « La stérilisation des femmes handicapées mentales et le consentement libre et éclairé », *Revue de médecine psychosomatique*, n° 35, p. 35-46.

Giami A., Leridon H. (2000), « Les enjeux de la stérilisation », Paris, INSERM/INED.

Greacen T., Hefez S., Marzloff A. (1996), *Prévention du sida en milieu spécialisé*, Toulouse, Érès.

Herzlich C. (1972), « La représentation sociale », in S. Moscovici (éd.), *Introduction à la psychologie sociale* (vol. 1), Paris, Larousse.

.....

Lang J.-L. (1992), « Note sur l'évolution des idées concernant la sexualité des handicapés mentaux », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 40 (2), p. 59-65.

Lavigne C. (1996), « Entre nature et culture : la représentation de la sexualité des personnes handicapées mentales », *Handicaps et inadaptations. Cahiers du CTNERHI*, n° 72, p. 58-70.

Moscovici S. (1961), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

Spira A., Bajos N., Groupe ACSF (1993), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation française.

CONTRIBUTIONS

Les entretiens ont été recueillis par A. Giami et C. Humbert-Viveret ; ils ont été analysés par A. Giami et discutés par l'ensemble de l'équipe.

Le rapport final a été rédigé par A. Giami, discuté et approuvé par l'ensemble de l'équipe.

C. Revault d'Allonnes, directeur du Laboratoire de Psychologie clinique individuelle et sociale, a assuré la supervision scientifique de la recherche.

Le Laboratoire de Psychologie clinique individuelle et sociale a contribué au financement de cette recherche en dégageant un mi-temps sur le poste d'assistant de recherche occupé actuellement par A. Giami (septembre 1981 - juin 1982).

Post-face

EN GUISE DE POST-FACE

par Claude REVAULT D'ALLONNES

En lisant ce texte ou plutôt en le relisant, puisque j'ai suivi la recherche aux différents moments de son accomplissement, j'ai pourtant encore été frappée d'étonnement devant la nouveauté de sa démarche, l'intérêt et l'importance de ses apports.

On a l'impression d'aller de découverte en découverte, d'avancer, de mieux comprendre. Et quand on referme le livre, les premiers résultats, vigoureusement repris dans la conclusion, ont la clarté de l'évidence, une évidence peu à peu dévoilée mais d'autant plus convaincante.

Selon moi, ce qui entraîne la conviction, c'est pour une grande part l'ingéniosité et la pertinence de la démarche. Et tout d'abord la constitution de l'équipe de recherche : composée de trois personnes différemment situées, elle permet la prise en compte et la régulation de l'implication. Une définition large de la sexualité : elle n'est pas réduite à l'exercice de la sexualité génitale, mais comprend la vie affective, la tendresse, les manifestations auto-érotiques et homosexuelles, et permet une appréciation large et nuancée des réalités. Une définition ouverte de la notion de représentation : elle ne se ramène pas à celle d'image, mais est référée à l'idéologie, à l'histoire individuelle, aux affects, aux fantasmes, aux processus identificatoires et projectifs, aux conduites qu'ils sous-tendent. Le croisement des représentations qu'a chaque groupe de l'autre : il conduit à s'interroger sur le sens et la portée d'un dispositif relationnel, institution-

nel, social, aussi complexe, entretenu autour d'un « objet » aussi ambigu. En fin de compte, on reçoit un choc : ce n'est pas rien de découvrir, au fil des analyses proposées, la complexité, la profondeur, la force des représentations qu'entretiennent parents et éducateurs à propos de la vie affective et sexuelle des jeunes handicapés mentaux ; ainsi que des groupes de personnes et des institutions qui la prennent en charge – de voir se mettre à plat les contradictions de ces représentations, se dégager les fonctions de ces contradictions – pour comprendre enfin que, bien plus qu'opposées, elles sont complémentaires : leur diversité, leurs affrontements contribuent en fin de compte au « bouclage » – nécessaire, rassurant, inévitable ? – de cette force inquiétante, la retenant dans les limites tolérables, notamment sur les points cruciaux où elle peut faire irruption et durement, interpeller : viol, grossesse indésirée/indésirable, stérilisation...

Dans les problèmes souvent difficiles et douloureux qu'elle pose aux familles et aux institutions, dans l'intérêt multiforme qui lui est nouvellement porté, dans les formes ouvertes, implicites, secrètes, concertées, contradictoires, conflictuelles, de prise en charge dont elle est l'objet, ne faut-il pas voir que la sexualité des handicapés représente un véritable analyseur du fonctionnement/dysfonctionnement social ?

Un analyseur dont le point nodal est constitué par l'« enfant du handicapé » mi-réel, mi-fantasme, carrefour de bien des angoisses, écran de toutes les projections : « Tu nous préviens ; section des trompes : après on sera tranquilles » (p. 115). « On a appris qu'ils avaient un chat et que le malheureux avait miaulé la nuit, et lui, il l'a pris et l'a passé par la fenêtre. On s'est dit : "Mon dieu, si le bébé se met à hurler deux, trois nuits de suite" » (p. 113).

Quelle étonnante leçon ! Et comment espérer concilier la « rationalité », la « scientificité » de nos interventions avec un tel degré d'implication ? Sauf à fonder justement sur la prise en compte de l'implication notre exigence de rigueur : c'est le repère dont ne peut s'éloigner le clinicien, qu'il soit praticien et/ou chercheur.

Et pourtant que de questions se posent encore à lui !

Au doute justifié qui clôt l'ouvrage « on peut légitimement se demander si d'autres conditions de fonctionnement sont possibles et souhaitées par les personnes concernées », il me semble qu'une réponse reconfortante peut être cherchée et trouvée dans deux directions :

— L'affinement des instruments de recherche, sur le plan de la méthode et de la conceptualisation, afin que des analyses pluridimen-

sionnelles des situations auxquelles nous sommes confrontés augmentent notre niveau de conscience et éclairent nos pratiques.

C'est dans ce sens que va l'article d'Alain Giami « Une approche psychosociale clinique des idéologies de la sexualité ; propositions méthodologiques »¹, en faisant porter l'analyse à trois niveaux : social large, indissociable des supports et des groupes sociaux plus ou moins conflictuels qui véhiculent les idéologies ; institutionnel, où s'actualise, se médiatise, se met en pratique une expérience collectivement vécue des idéologies ; individuel, où s'effectue leur reprise, en fonction de l'histoire et de la fantasmagorie personnelles, où s'articulent véritablement sujets social, institutionnel, psychologique, où s'enracine son identité, avec les décalages et les conflits inévitablement liés à ce travail de reprise.

— Le développement de la formation des personnels concernés, et notamment des éducateurs, les plus exposés et malmenés, selon de nouvelles modalités : bien plus qu'un renforcement des savoirs acquis théoriques ou techniques, une formation personnelle, en groupe et en situation, visant à faire prendre conscience des projections, assouplir les défenses, diminuer la part accessible de la méconnaissance.

C'est seulement ainsi « par un changement limité mais réel des personnalités » (M. Balint) que des situations bloquées pourront évoluer, notamment dans les institutions. C'est cette voie que teste la « recherche action », actuellement menée (dans le cadre d'un contrat entre le CTNERHI et le GERAL, dont le responsable scientifique est le D^r C. Veil, le coordinateur A. Giami) : centrée sur les représentations, les affects, les conduites des éducateurs, elle a permis à un groupe d'entre eux, en un premier temps, de travailler leurs représentations et celles de leurs institutions sur la sexualité des handicapés, avec un objectif de connaissance et de formation ; en un deuxième temps seront appréciés les effets dans les institutions, notamment dans la gestion de la sexualité des handicapés, du changement des éducateurs impliqués dans la première phase du travail. Une recherche clinique, donc avec un triple objectif : description fine d'une situation complexe et pluridéterminée, démarche de compréhension et d'explication, mise en œuvre de formes et de stratégies de formation, d'intervention, de changement adaptés aux lieux et aux circonstances.

1. Psychologie clinique VI, « Frontières et articulations du psychologique du social », *Bulletin de psychologie*, n° 360, t. XXXVI, mai-juin 1983, p. 571.

Mais une autre question se pose au chercheur : le système complexe de représentations et de conduites décrit à propos de la sexualité des handicapés mentaux se reproduit-il quand il s'agit des handicapés physiques, deux populations bien différentes rassemblées sous le signe (stigmaté) commun du « handicap » ?

Dans un rapport récemment présenté au Conseil de l'Europe « Procréation, sexualité des handicapés, gestion et contrôle social. Nouvelles perspectives »¹, A. Giami a pu montrer l'acharnement thérapeutique dont est l'objet le « handicapé sexuel » qu'est par exemple le paraplégique accidenté de la route : déplacement de l'investissement libidinal corporel vers une resexualisation de l'ensemble du corps et des zones érogènes autres que génitales, usage de techniques variées (stimulations, prothèses péniennes...) visant à rétablir la sexualité génitale et à rendre possible la procréation. Le handicapé occupe un nouveau statut par rapport à sa partenaire et doit « reconquérir » ; dans tous les cas « la réadaptation sociale est d'autant meilleure que la vie sexuelle est normale ».

Citons-en la conclusion :

Les handicapés physiques et les handicapés mentaux présentent donc des « dysfonctionnements sexuels » opposés.

Chez les paraplégiques on considère qu'il s'agit d'une perte de la fonction génitale liée à un traumatisme spinal en évitant de prendre en compte la dimension des investissements libidinaux et du désir, comme si, dans notre société, le désinvestissement de la sexualité était intolérable. Cependant, chez les paraplégiques, la libido a perdu sa « sauvagerie originaire », ce qui la rend d'autant moins menaçante. La menace étant perçue dans l'absence de désir, on met en place des batteries technologiques afin de rétablir un simulacre de vie sexuelle (génitale, hétérosexuelle et monogame) à même de rétablir les liens sociaux, détériorés à la suite du traumatisme.

La technologie médicale sous-tendue par une idéologie de l'acharnement thérapeutique remplit ici une fonction de stimulation normative. Il s'agit de rétablir un minimum de « fonctionnement normal » de la sexualité, la réinsertion sociale des paraplégiques passe par l'établissement de ce simulacre.

1. C. Revault d'Allonnes, A. Giami, *Procréation, sexualité des handicapés, gestion et contrôle social*, rapport de la 15^e conférence de recherches criminologiques, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 22-25 novembre 1982.

Les handicapés mentaux, qui sont souvent assimilés dans l'imaginaire aux malades mentaux, jettent une ombre menaçante. On insiste plus volontiers sur les manifestations ostentatoires et agressives de leur sexualité que sur leurs inhibitions profondes. La « sauvagerie libidinale » qui leur est attribuée fait peur, car elle renvoie aux possibles pertes de contrôle et de maîtrise pulsionnelles qui guettent tout un chacun (au niveau fantasmatique). De fait, la sexualité des handicapés mentaux est perçue comme difficilement contrôlable, sinon incontrôlable : « Il est difficile, presque impossible, de savoir d'avance avec suffisamment de précision et de certitudes si un handicapé mental va ou non inverser ses comportements ni quand il le fera éventuellement. »

La perception claire d'une nécessité de contrôle permanent de la sexualité des handicapés rend extrêmement aléatoires les possibilités de réinsertion sociale. Le maintien en institution, plus ou moins lourde, scelle le destin des handicapés mentaux. Confinés dans un statut de perpétuel mineur, l'éventualité de relations sexualisées avec l'entourage « normal » est frappée d'un puissant interdit.

Dans le cas des handicapés mentaux, on n'assiste pas au déploiement d'une technologie médicale sophistiquée. Il s'agit d'un contrôle social utilisant les ressources des institutions fermées ou semi-ouvertes avec l'appoint de la psychopharmacologie et des travailleurs de l'éducation spécialisée qui sont les relais du pouvoir médical. Le rétablissement d'une « sexualité normale » étant perçu comme impossible pour les handicapés mentaux, « l'exclusion et le contrôle renforcés restent les pratiques les plus couramment pratiquées ».

Et tirons-en la leçon : il existe dans ce que nous nous plaignons à appeler les sociétés évoluées, comme dans toutes les autres, des modèles de « bonne sexualité » – pour nous celle qui échange du plaisir et à certaines conditions procréée. Mais avant tout, et partout, celle qui socialise et de ce fait est acceptable socialement, ce qui sous-entend qu'il existe un « mauvais sexe » – celui qui par défaut (retrait social, perte du lien humain) ou par excès (dérèglement, sauvagerie) représente une menace pour le fonctionnement social, l'effort de civilisation. À l'intérieur des interdits fondateurs des sociétés, celui de l'inceste et de l'anthropophagie, chaque société, chaque époque canalise, réprime, facilite, et surtout tente, par des ajustements sociaux variés, d'acculturer la part socialisable du désir.

Dans ce combat perpétuellement renouvelé, la solution de chaque problème en fait apparaître d'autres : l'augmentation de la tolérance

et de la permissivité souvent plus apparente que réelle se double de formes de contrôle plus sournoises et risqué, à défaut de « société psychiatrique avancée »¹, de faire de l'ensemble social un réseau serré de prises en charge... Le progrès des moyens scientifiques, techniques, médicaux, sociaux qui met sa maîtrise au service de nos corps, de nos vies, met aussi en évidence le décalage entre besoin, demande et désir, et laisse apparaître la force de l'inconscient. Tant il est vrai qu'« au jeu du désir, les dés sont pipés » et que c'est pourtant ce jeu-là qu'il nous faut jouer...

Parvenus à ce moment de notre réflexion, nous ne pouvons éviter de nous poser une dernière question, la plus insidieuse et la plus dérangement aussi : cette problématique est-elle propre aux handicapés ? ou bien leur situation n'est-elle finalement qu'une situation-choc, en ce qu'elle grossit à la loupe, jusqu'à nous boucher la vue, un dilemme, une misère – qui est en fin de compte le lot de la sexualité humaine ?

Pierre Fédida, lors d'un séminaire² faisait remarquer que la psychanalyse n'a rien à faire du « handicap », sinon se méfier du souci social dont il est actuellement l'objet ; que le handicap et le handicapé, en tant que tels, ne sont pas des « objets » psychanalytiques, mais bien la névrose et le névrosé. Et le handicapé peut bien lui aussi avoir affaire avec la névrose.

Autrement, peut-être, mais finalement ni plus ni moins qu'un autre puisque, d'une manière ou d'une autre, tous les êtres humains sont des handicapés de l'amour, et que le manque, la souffrance, le désir s'originent là.

Est-il nécessaire de pointer à nouveau l'importance, l'urgence de ces recherches, notamment pour tous ceux qui (se) sont placés en situation de prendre en charge la vie affective et sexuelle d'autres, différents et semblables ; qui, de ce fait, sont constamment renvoyés à la leur, et ont probablement plus de difficulté à assumer ce double poids ?

1. F. Castel, R. Castel, A. Lovell, *La société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset, 1979.

2. P. Fédida, Séminaire au Congrès international d'éducation spécialisée, Rio de Janeiro, octobre 1981.

I n t r o d u c t i o n

« ... notre personnalité sociale est une création de la pensée des autres. Même l'acte si simple que nous appelons "voir une personne que nous connaissons" est en partie un acte intellectuel. Nous remplissons l'apparence physique de l'être que nous voyons de toutes les notions que nous avons sur lui, et dans l'aspect total que nous représentons, ces notions ont certainement la plus grande part » (Marcel Proust, *À la recherche du temps perdu*, Paris, Bibliothèque de la Pléiade, 1968, t. I, p. 19).

La sexualité des handicapés mentaux pose à l'entourage de ces personnes des « problèmes » de différentes natures. En effet, cette sexualité est marquée par une double spécificité :

- le handicap (ou déficience) mental qui nous renvoie à la dimension constitutionnelle et à la stigmatisation sociale de ces personnes ;
- la vie en institution qui nous renvoie à la dimension psychosociale de la sexualité et notamment de ses régulations.

Cette spécificité double situe la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux dans une altérité fondamentale qu'il ne saurait être question de nier, mais dont il importe d'évaluer l'impact sur l'entourage.

Cette altérité remet en cause la conception idéologique de la sexualité¹, marquée par la prédominance du phallogentrisme et de la génitalité, qui fait fonction de garde-fou de la sexualité dite normale.

Ainsi, lorsque l'appel d'offres du CSIS (Conseil supérieur de l'information sexuelle) parle de « problèmes de la sexualité dans les établisse-

1. R. Lewinter, *Introduction à Groddeck. Le livre du ça*, Paris, Gallimard, 1973.

ments d'adolescents et de jeunes déficients mentaux », il convient de se demander de quelle sexualité il s'agit.

— S'agit-il de la sexualité des handicapés mentaux, ou de celle de leur entourage immédiat ?

— Que veut-on dire lorsque l'on parle de « sexualité » : les pratiques génitales, les attouchements corporels, ce qui relève de la tendresse, des sentiments, des émotions, etc. ?

Nous avons délibérément choisi de prendre pour objet de cette recherche ce que nous qualifions, pour l'instant, du terme vague de « réactions des éducateurs et des parents à la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux ».

Situation de la question

La sexualité des handicapés mentaux a été l'objet de publications nombreuses, dans le domaine médical et psychiatrique, tant pour définir les caractéristiques de cette sexualité que pour envisager sa gestion et notamment la contraception, et définir une éthique à son égard¹.

Par contre, les travaux de recherche portant sur les réactions et les attitudes de l'entourage des handicapés mentaux, à propos de la sexualité de ceux-ci, sont beaucoup moins nombreux.

Une recherche importante a été menée dans le cadre d'une institution afin d'évaluer les attitudes différentielles des membres du personnel face aux différents types de handicap².

Plus récemment, des sondages utilisant la méthode des questionnaires ont été réalisés. Un sondage effectué en 1978 fait apparaître les « tendances à l'immobilisme » des parents et des professionnels, alors que l'environnement plus large des handicapés apparaît plus tolérant³. Un autre sondage réalisé en Italie met en évidence « les attitudes conflictuelles envers les handicapés mentaux, allant de l'acceptation à la simple tolérance », mais surtout la prédominance des attitudes répressives chez les travailleurs de l'éducation spécialisée⁴.

1. *Sexualité des déficients mentaux. Inventaire thématique à partir de publications récentes de langue française*, Lyon, LSF (multigraphié 68 p.).

2. D. Degos, *Sexualité, institution, handicapés mentaux*, Bordeaux, 1975, thèse de médecine n° 379.

3. D. Velche, N. Diederich, « Vers une sexualité autonome des handicapés mentaux : de l'intolérance à la permissivité », *Réadaptation*, n° 256, 1979, p. 23-31.

4. J. Baldaro Verde, *Sondage d'opinions sur la sexualité des handicapés mentaux*, 2^e Congrès international « Sexualité et handicap », Paris, novembre 1981.

Ces études font surtout apparaître l'extrême complexité des « réactions » des entourages des handicapés mentaux, et notamment par rapport à leur sexualité. Dans ces réactions, des éléments situés à différents niveaux apparaissent intriqués : des réactions affectives et émotionnelles et des positions idéologiques.

Les relations entre les éducateurs et les parents ont été analysées de façon globale, d'une part, dans un ouvrage qui fait apparaître la « rivalité » entre les professionnels et les parents¹ et, d'autre part, dans un article qui explique la violence des équipes thérapeutiques à l'égard des parents, par leur sentiment d'impuissance^{2, 3}.

Le niveau de notre approche

Nous avons voulu nous donner les moyens de repérer et d'analyser cette complexité. Pour réaliser ce projet, nous avons utilisé la **méthode clinique**, qui constitue un des meilleurs moyens d'investigation pour atteindre le niveau psychologique. Elle consiste à s'intéresser à un nombre restreint d'individus placés « dans leur situation sociale qui les détermine mais qui est par eux aussi déterminée »⁴.

Cependant, il ne faut pas oublier que les chercheurs se trouvent aussi dans une « situation réelle d'engagement » (à d'autres niveaux) par rapport à l'objet de la recherche, et notamment lorsqu'il est question de sexualité. Il nous a semblé important de favoriser un questionnement sur notre relation à l'objet de recherche, afin de tenter d'éviter un parasitage par la mise en jeu de nos propres mécanismes de défense et par nos propres réactions irrationnelles.

C'est dans cette hypothèse qu'il a semblé nécessaire que l'équipe de recherche soit constituée de personnes situées dans des positions différentes par rapport à l'objet de la recherche.

L'équipe a donc été composée d'un chercheur, d'une formatrice en école d'éducateurs spécialisés, et d'une mère d'adolescente handicapée.

1. D. D. Rouques, *Parents et thérapeutes*, Paris, Fleurus, 1975.

2. P. Durning, « Psychose. Les parents accusés (note sur la violence des équipes éducatives et thérapeutiques à l'égard des parents) », *Éducation et développement*, n° 139, 1980, p. 23-33.

3. E. Zucman, *Famille et handicap dans le monde (analyse critique des travaux de la dernière décennie)*, Paris, CTNERHI, 1982 (il s'agit d'une bibliographie commentée qui fait le point sur ce secteur de recherche).

4. C. Revault d'Allonnes, J. Barrus-Michel, « La psychologie sociale », *Bulletin de psychologie*, n° 34, 1981, p. 239-246.

En outre, nous nous sommes assurés d'une supervision scientifique extérieure à l'équipe.

La confrontation des positions respectives des membres de l'équipe et l'analyse de leur contre-transfert¹ nous auront permis l'approche d'une objectivité construite et, au moins, de prendre conscience de certains mécanismes de défense pour tenter d'en repérer les effets sur la mise en œuvre méthodologique.

Ainsi, la constitution de l'équipe a-t-elle notamment permis de ne pas considérer l'un ou l'autre groupe comme un bouc émissaire. Au début de la recherche, l'ensemble de l'équipe est apparu plus favorable aux éducateurs et plus critique quant aux parents. Le maintien de cette position aurait fait de la recherche une dénonciation des pratiques des parents. La confrontation de nos différentes positions avec le matériel recueilli a permis de dégager une vision moins partisane et plus scientifique.

Objectifs de la recherche

Il s'agit d'analyser les réactions des éducateurs et des parents face à la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux, et de repérer les conflits opposant les éducateurs aux parents.

En outre, il va s'agir de repérer les significations de ces conflits et les niveaux auxquels ils se situent dans le cadre de la relation entre les parents et les éducateurs par rapport aux relations de chacun de ces deux groupes avec les handicapés.

Hypothèses de départ

1 / Les relations entre les déficients mentaux et les éducateurs dans les institutions sont fortement teintées d'affectivité.

2 / Cette affectivité provoque des réactions défensives en même temps qu'elle constitue l'une des sources de satisfaction libidinale qui peuvent être tirées de cette situation. Il s'agit là du contre-transfert des éducateurs.

3 / Cette affectivité sous-tend les relations entre les éducateurs et les parents des déficients mentaux. Elle alimente les conflits entre ces deux catégories de personnes.

4 / Ces conflits apparaissent notamment à l'occasion des négociations concernant l'éducation sexuelle des jeunes déficients mentaux. L'éducation sexuelle constitue un analyseur des problèmes de la sexualité en institution.

1. G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion, 1980.

Méthodes d'investigation

Pré-enquête : Un groupe de discussion libre composé de parents et de professionnels de l'éducation spécialisée.

Ce groupe a pour but de tester nos hypothèses de départ, en mettant en scène une discussion ayant pour thème l'éducation sexuelle des handicapés. Par la même occasion, nous pourrions évaluer la pertinence de notre analyseur, il s'agit de l'éducation sexuelle.

Enquête : Des entretiens semi-directifs de groupes et des entretiens individuels auprès d'éducateurs ; des entretiens individuels auprès des parents.

Nous posons l'hypothèse méthodologique que le discours produit, aussi librement que possible, dans la situation de l'entretien, nous permettra d'avoir accès à la complexité des réactions des parents et des éducateurs.

Nous avons accordé une part importante, dans la rédaction du rapport, aux problèmes méthodologiques, qui figurent avant la présentation des résultats. Le lecteur intéressé par les résultats de la recherche trouvera leur exposé détaillé dans la conclusion.

La pré-enquête

Avant de s'engager sur le terrain de la recherche, il était nécessaire de tester les premières hypothèses de travail auprès d'un groupe de personnes représentant les populations que nous souhaitions interroger.

Pour réaliser ce projet, nous avons organisé un groupe de discussion libre, animé selon la méthode non directive. Ce groupe a été composé pour moitié de parents de handicapés et pour l'autre moitié de personnes travaillant en institution.

Ce faisant, nous avons « mis en scène » les acteurs du conflit supposé dans nos hypothèses de départ.

La situation de groupe permet la confrontation entre les différentes positions (par rapport au thème), elle conduit les participants à évaluer leurs positions respectives, à les préciser et à en mesurer les différents aspects.

Par ailleurs, la composition du groupe devait nous permettre de saisir (par le biais des interactions entre les participants) les modalités du « conflit entre les parents et les éducateurs ».

Enfin, il fallait trouver une consigne de départ qui permette d'amener les participants sur le terrain de la recherche (la sexualité des handicapés mentaux), sans provoquer de mécanismes de défense trop rigides qui auraient bloqué et limité le discours.

Nous avons choisi de proposer le thème de « l'éducation sexuelle » comme question de départ, ce thème permettant à la fois d'évoquer de façon indirecte la sexualité et de situer les participants autour d'une pratique « pédagogique » qui est effectivement l'objet d'une négociation, sinon d'un enjeu entre les parents et les éducateurs.

Le choix du thème de l'éducation sexuelle a fonctionné comme **question-écran**, c'est-à-dire que les participants du groupe ont abordé un ensemble de thèmes portant sur la sexualité des handicapés, y compris « l'éducation sexuelle », mais sans que ce thème-ci apparaisse de façon centrale.

Nous avons ainsi résolu le problème de la consigne de départ pour les entretiens individuels ultérieurs (cf. *infra*).

La composition du groupe

Ce groupe a été composé de six personnes.

Parents : 3 femmes mères d'adolescents et d'adultes handicapés mentaux et « militantes » dans des associations de parents à des niveaux de hiérarchie divers. Une des personnes était, en outre, directrice en titre d'un CAT (Mme F...).

« *Éducateur* » : Il n'a pas été possible d'obtenir la participation d'éducateurs spécialisés dans ce groupe. Les arguments qui nous ont été opposés portaient essentiellement sur le manque de disponibilité des éducateurs. Nous avons finalement décidé d'organiser ce groupe sans éducateurs, pour ne pas retarder le début de la recherche.

Nous avons finalement choisi trois personnes qui se répartissaient de la façon suivante :

- directrice de CAT (femme) ;
- comptable (femme) ;
- psychologue (homme).

Le groupe a donc été majoritairement féminin.

Ce groupe, animé par A. Giami et C. Humbert (formatrice), a duré une heure et demie. Les échanges ont été enregistrés et transcrits intégralement. Cette transcription a permis, à l'ensemble de l'équipe de recherche, l'accès au matériel recueilli et l'analyse de son contenu.

Cette analyse porte sur deux niveaux :

- les interactions entre les participants du groupe ;
- les thèmes abordés.

Les interactions entre les participants du groupe

Un sous-groupe s'est constitué, comprenant l'ensemble des parents, qui se connaissaient déjà par ailleurs, la directrice dont l'établissement dépend de l'association présidée par une des femmes présentes (Mme F...). La directrice du CAT et Mme F... se connaissaient aussi et ont fonctionné en interaction positive, cherchant appui l'une sur l'autre. Mme F... a occupé la place de leader dans ce sous-groupe.

Le psychologue et la comptable n'ont pas constitué de sous-groupe. La comptable a adopté une attitude vécue comme provocatrice par les parents. Le psychologue, seul participant de sexe masculin, s'est cantonné dans une position questionnante et parfois même interprétative, ce qui a donné lieu à un autre type d'interaction avec les parents.

Les propos de la comptable ont été relativisés en fonction de son statut professionnel de « non-spécialiste ». Les parents n'ont pas accordé de valeur « scientifique » à ses propos.

Entre la comptable et Mme F... les interactions se sont situées autour des pôles provocation/rejet : la comptable adoptant une position « réaliste » pour parler de la sexualité des handicapés, se situant du côté du désir d'enfant des handicapés. Mme F... acceptant apparemment ce discours tout en se situant en opposition aux attitudes de la comptable, au nom du bon sens.

La comptable et le psychologue sont intervenus par intermittence. Le psychologue a adopté une position plus nuancée quant à ses représentations de la sexualité des handicapés mentaux, et beaucoup plus distanciée sur le plan personnel, ce qui, ajouté à son statut professionnel, a provoqué beaucoup moins de rejet de la part des parents, alors que ses propos, nuancés, ont porté sur un questionnement en profondeur des attitudes et des représentations des parents (mais aussi des institutions).

Il semble que la présentation provocatrice et réaliste de la sexualité des handicapés mentaux par la comptable ait été vécue par les parents de façon beaucoup plus insupportable que le questionnement nuancé et distancé du psychologue.

En résumé, les interactions entre les parents et les professionnels ont permis de dégager trois modalités de relations entre les deux catégories :

- la directrice et les parents se situent dans une **relation de collaboration** ;
- la position de la comptable a permis de relever une **relation de provocation/rejet** ;

- l'attitude questionnante du psychologue, nuancée et distanciée, a provoqué un rejet beaucoup moins évident que l'attitude provocatrice ; ce rejet s'est caractérisé par la **surdité sélective et l'évitement par les parents des questions qu'il avançait.**

Les thèmes abordés dans le groupe

L'écoute du déroulement du groupe n'est, en aucun cas, une écoute naïve qui permettrait de « tout entendre ». Cette écoute est pré-structurée par les premières hypothèses de la recherche qui sous-tendent une grille de lecture implicite. Mais cette écoute a aussi une fonction de relais, dans la mesure où elle va permettre de construire le guide d'entretien et la grille d'analyse qui doivent être élaborés pour l'enquête.

La présentation des thèmes apparus dans le groupe procède donc d'une première classification, d'un regroupement qui laisse en second plan la dynamique émotionnelle, les investissements qui sous-tendent l'apparition et l'enchaînement de ces thèmes.

Cependant, si ces « thèmes » constituent un premier degré d'abstraction par rapport au vécu du groupe, il convient de les articuler à la problématique de la recherche et à la mise en place du cadre méthodologique ; c'est pourquoi nous avons préféré présenter ces thèmes comme une série de **questions ouvertes.**

Enfin, il est entendu que chacun de ces thèmes a été abordé par les parents et par les professionnels présents dans le groupe, de façon spécifique, dans des dimensions différentes, sinon opposées.

1) Représentation des caractéristiques de la sexualité des handicapés :

- en fonction du handicap : léger/moyen/profond/psychotique ;
- niveau de compréhension par le handicapé ;
- connaissance de son propre corps ;
- culpabilité et absence de culpabilité ;
- composantes infantiles de leur sexualité ;
- dimension du « besoin » (hyper-sexualité ou hypo-sexualité) ;
- importance de l'affectivité ;
- comparaison avec la sexualité des « normaux ».

2) Attitudes par rapport aux conduites sexuelles des handicapés :

Ces attitudes se situent entre la **tolérance, l'encouragement ou la répression.**

Les acteurs adoptent l'une ou l'autre de ces attitudes, suivant qu'il s'agit de :

- masturbation ;
- rapports sexuels ;
- homosexualité ;
- conduites perverses ;
- violence ;
- constitution d'un couple et mariage éventuel.

3) *L'enfant éventuel du handicapé et l'enchaînement des générations :*

- avant sa naissance : souhaité ou refusé ;
- après la naissance : confisqué par l'entourage, abandonné, confié à la charge des parents ;
- obstacles : hérédité et mauvaise socialisation par le couple de handicapés ;
- relations entre le handicapé et son enfant ;
- relations entre les parents du handicapé et l'enfant du handicapé ;
- réactions de l'environnement social.

4) *Autonomie du handicapé :*

- autonomie sociale et habitat du handicapé (foyer, studio, chez les parents) ;
- autonomie psychologique et reconnaissance du « désir » du handicapé.

5) *Éducation et information sexuelles :*

- les thèmes privilégiés de l'éducation sexuelle sont : la contraception et la connaissance anatomique du corps ;
- compréhension par le handicapé de ses potentialités et de ses possibilités de communication ;
- rapports entre connaissance scientifique et morale sexuelle ;
- buts explicites et implicites assignés à l'éducation sexuelle, connaissance distanciée, « objective » et maîtrise du comportement.

6) *Fantasmes liés à la contraception :*

- contraception pour empêcher toute éventualité de grossesse ;
- contraception fantasmée comme un encouragement aux rapports sexuels.

7) *Travail et sexualité :*

- rythmes de travail et productivité ;
- fonctions de l'idéologie du travail dans la régulation de la sexualité.

8) *Institution :*

- idéologie et morale sexuelle personnelle des professionnels ;
- décalage et conflit entre idéologie personnelle et idéologie de l'institution ;
- perception de l'institution : hiérarchisée ou tolérante.

9) *Relations entre parents et professionnels :*

- interactions dans le groupe (cf. supra).

Les relations entre les parents et les professionnels apparaissent dans les représentations que chacun des groupes donne de l'autre groupe.

— *Attitudes des parents perçues par les professionnels :*

- aveuglement par rapport aux manifestations sexuelles ;
- refus-répression ;
- hyper-protection ;
- abandon-désintérêt.

— *Attitudes des professionnels perçues par les parents :*

- permissivité ;
- laisser-faire ;
- autoritarisme.

Enfin, un élément important sous-tend l'ensemble des thèmes, pendant tout le déroulement du groupe : il s'agit du fait de *parler de la sexualité* qui renvoie à la fois au discours que les participants tiennent ou ne tiennent pas, par ailleurs, dans leurs milieux respectifs, et à la situation mise en scène dans le cadre du groupe où il est demandé à ces mêmes participants de parler de la sexualité.

Le fait de « parler de la sexualité » prend des significations et produit des impacts différents suivant le lieu et la situation dans lesquels il advient.

— Dans le cadre de réunions de parents, dans les associations, parler de la sexualité peut être intégré comme un élément de la gestion des handicapés, ou bien provoquer un scandale : « J'ai lancé la bombe » (Mme G...).

— Dans les institutions, parler de la sexualité évolue en fonction de « crises ». À propos d'une de ces « crises », le psychologue dit : « Ça a été très mal ressenti et c'est vrai que c'était un problème... Je crois qu'on s'en est pas relevé au fond... On a parlé de la sexualité pendant six mois, on n'a parlé que de ça et maintenant on n'en parle plus du tout, c'est le sujet tabou ; c'est le signe du traumatisme par excellence. »

— Au niveau des relations entre parents et éducateurs, on note une contradiction : « Les parents sont très écoutés au niveau de la sexualité et c'est important parce qu'il y a des déchirements quand il y a des décisions à prendre à ce niveau-là » (psychologue).

On peut déjà percevoir quelques-unes des dimensions qui sous-tendent les paroles sur la sexualité. On en parle à l'occasion de « crises » ou bien pour prendre des décisions (notamment sur le plan de la contraception) ; on peut aussi en parler parce que l'on trouve que l'on n'en parle pas assez. Le silence est aussi le signe de « quelque chose ». En tout état de fait, parler ou ne pas parler de la sexualité des handicapés apparaît comme fortement investi par les individus.

En résumé, l'apport principal de ce groupe, qui a permis à des parents et à des professionnels de parler de la sexualité des handicapés mentaux, réside dans les points suivants :

- les parents et les professionnels ne perçoivent pas, et ne décrivent pas, les manifestations de la sexualité des handicapés de la même manière, ni avec la même intensité émotionnelle sous-jacente. Dans une moindre mesure, on peut affirmer que, en dehors de leurs positions de parent ou de professionnel, chaque individu en donne une représentation différente ;
- les attitudes des parents et des professionnels ainsi que leurs pratiques de régulation et de gestion de la sexualité des handicapés mentaux se situent dans des perspectives différentes. Les deux groupes ne semblent pas adopter ni partager les mêmes principes pour guider leurs pratiques. De plus, quelle que soit l'attitude adoptée par l'un des membres d'un groupe, elle est l'objet de critiques de la part des membres de l'autre groupe ;
- les interactions que nous avons pu observer dans le déroulement du groupe ont fait apparaître les modalités des relations entre les deux groupes, situées entre les pôles de la collaboration et du rejet.

Cependant, n'ayant pu obtenir la participation d'éducateurs spécialisés à proprement parler, il est nécessaire de laisser en suspens, provisoirement, cette question et de la réévaluer au cours de l'enquête auprès des éducateurs.

Les résultats de ce groupe de pré-enquête nous ont permis de recentrer le champ de la recherche et d'effectuer un premier recensement des thèmes importants.

Il importe, maintenant, de préciser le cadre théorique et méthodologique dans lequel nous avons situé l'enquête et l'exploitation de ses résultats.

Problématique et méthodologie

La définition de l'objet de la recherche et le point de vue suivant lequel il est abordé entretiennent, avec la méthodologie, une relation dialectique, c'est-à-dire que les méthodes et les techniques de recueil du matériel sont constitutives de l'objet de la recherche qui est, en dernière analyse, un objet construit par la mise en œuvre d'une méthodologie.

Il importe donc à l'équipe de recherche de s'interroger sur la méthodologie afin de décider si celle-ci convient à la problématique, ainsi qu'au niveau auquel elle va se situer.

Mais, en même temps, il importe aussi de vérifier que la construction de l'objet n'élimine pas les « parasites » du champ de la recherche. En effet, on risque fort de construire un objet « sur mesure » qui ne pourra que confirmer les hypothèses de départ.

La méthodologie constitue une **médiation** entre le questionnement de départ (les hypothèses) et l'objet de la recherche. La mise en place de cette médiation produit des effets tant sur le questionnement initial qu'elle conduit à reformuler et à apprécier, que sur l'objet de la recherche dont elle contribue à la construction.

La méthodologie comprend des dimensions différentes :

- il s'agit d'une part de l'appareil conceptuel et théorique que nous utilisons pour définir l'objet de la recherche. C'est la langue du chercheur qui est, en même temps, son outil ;
- il s'agit d'autre part des techniques de recueil, de dépouillement et d'analyse du matériel.

1) TECHNIQUES DE RECUEIL DU MATÉRIEL

La technique principale de recueil du matériel qui a été mise en œuvre dans cette recherche est l'**entretien de style non directif d'enquête**¹. On peut se poser la question de la pertinence de cette technique par rapport à notre objet.

D'une part, nous sommes victimes du réflexe selon lequel cette méthode de recueil du matériel apparaît comme la seule méthode en psychologie sociale. L'utilisation de cette méthode nous condamne donc à travailler sur du discours. La matière première constitutive de notre objet va donc résider dans la production de discours spécifiques par les acteurs du champ étudié.

Mais, d'autre part, cette méthode nous semble adaptée à notre problématique, dans la mesure où elle va proposer aux acteurs de « parler de la sexualité ». Ce qui constitue déjà une forme d'intervention.

La pré-enquête qui procédait elle-même de cette méthode a fait apparaître les aspects et les soubassements conflictuels du fait de « parler de la sexualité ».

La mise en place et l'utilisation de la technique de « l'entretien non directif d'enquête »² constituent donc déjà la **mise en scène d'une situation**, dont nous avons évalué la signification selon qu'il s'est agi d'entretiens collectifs ou bien d'entretiens individuels, dans les institutions ou hors des institutions.

Cette situation, qui constitue le biais spécifique de notre intervention, a permis de produire des discours censés renvoyer à un objet bien circonscrit : « l'éducation sexuelle des handicapés mentaux ». En fait, et la pré-enquête nous l'avait bien montré, le choix de ce thème comme consigne de départ de l'ENDE a fonctionné comme « question-écran ».

1. Nous empruntons cette définition à A. Blanchet.

2. À partir de ce moment, nous désignons « l'entretien non directif d'enquête » par une abréviation : « ENDE ».

Les acteurs du champ étudié ont été **explicitement** interrogés sur l'éducation sexuelle des handicapés mentaux ; ils ont, en fait, parlé de la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux, de leurs réactions propres, de leurs pratiques pédagogiques, de leurs attitudes et de leurs conduites à cet égard.

Nous avons pensé que l'introduction de ce thème permettait de dédramatiser la situation de l'entretien et de ne pas susciter, de la part des personnes interrogées, la mise en place de processus de censure trop importants. « L'éducation sexuelle » a permis de parler, de façon socialement acceptable, pour les acteurs, de la sexualité des handicapés mentaux en même temps que de leurs prises de position à l'égard de cette sexualité.

À ce propos, on ne doit pas oublier la position des enquêteurs (« contre-transfert du chercheur ») et la culpabilité à investiguer la « sexualité des autres » qui peut parfois fonctionner comme mécanisme inhibiteur dans le travail de recherche. Le choix de cette consigne a aussi permis aux enquêteurs de se situer sur un terrain et une thématique socialement acceptables, car, comme l'écrit G. Devereux : « Un entretien sur la sexualité, même s'il s'agit d'une interview scientifique, est en lui-même une forme d'interaction sexuelle qui peut, dans certaines limites, être entièrement vécue et résolue sur un plan purement symbolique ou verbal, comme le montrent l'expérience et la résolution du transfert sexuel dans la psychanalyse. »¹

La question de l'éducation sexuelle a permis, en outre, de se situer sur le « segment professionnel de l'identité », c'est-à-dire, encore une fois, d'envisager les dimensions sociales de la sexualité, à partir du statut professionnel de l'une des deux catégories, tout en gardant présent à l'esprit le décalage fondamental entre la position des parents et la position des éducateurs.

Les parents sont engagés dans une problématique plus personnelle qui engage l'ensemble de leur personne.

Les éducateurs sont placés sur le terrain de leur pratique professionnelle, qui engage certainement leur personne, mais qui leur offre de plus larges possibilités de dégagement.

Dans cette perspective, les interventions de l'enquête au cours des entretiens (les relances) ont été situées au niveau des pratiques professionnelles à l'égard de la sexualité. Les positions et réactions personnelles des professionnels n'ont pas été relancées.

La situation de l'entretien auprès des parents est plus complexe. Le choix de la consigne a permis de se situer sur un plan général et en

1. G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion, 1980, p. 160.

étroite relation avec le champ des institutions (repéré comme étant le lieu du conflit). Les positions personnelles des parents ont donc toujours été replacées dans le cadre institutionnel et par rapport aux pratiques institutionnelles.

Le groupe de pré-enquête et les premiers entretiens nous ont finalement conduits à recentrer le niveau d'analyse auquel nous nous sommes situés, et à redéfinir notre problématique.

2) HYPOTHÈSES

Dans le projet de cette recherche, nous avons formulé **l'hypothèse générale** d'un « conflit entre parents et éducateurs à propos de la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux ». Cette hypothèse générale s'est trouvée vérifiée, à un premier niveau, lors du groupe de pré-enquête. Des pistes d'approfondissement des modalités de ce conflit y ont été esquissées.

Dans la page 3 (§ 2) de notre projet, nous avons posé des « hypothèses de départ » qui constituent les **hypothèses explicatives de l'hypothèse générale**.

Nous nous proposons, alors, de rechercher dans **l'affectivité** qui sous-tend les relations entre éducateurs et handicapés et les relations entre éducateurs et parents, l'explication causale du conflit et d'en envisager les modalités.

Ces hypothèses explicatives ne nous semblent plus pertinentes, d'un point de vue heuristique.

En effet, le matériel dont nous disposons ne nous semble pas en mesure de nous fournir un accès suffisant à cette « affectivité », même s'il permet d'en relever les traces.

Nous avons donc décidé de transposer les hypothèses explicatives en nous situant, sur le plan conceptuel, au niveau des **représentations**. **Le conflit entre les parents et les éducateurs nous apparaît donc comme un conflit de représentations.**

3) LE CONCEPT DE REPRÉSENTATION

Il ne s'agit pas de faire ici une théorie du concept de représentation, mais d'en préciser notre utilisation au cours de cette recherche.

C'est en psychologie sociale expérimentale que les travaux de construction du concept de représentation sociale ont été les plus nombreux et les plus approfondis. Ces travaux portent sur les points suivants :

- la représentation sociale envisagée à la fois comme processus et comme contenu¹ ;
- la fonction de la représentation sociale dans l'orientation des conduites² ;
- la fonction de la représentation sociale dans les relations entre groupes³.

Il est nécessaire de formuler une première remarque à propos du qualificatif de « sociale » qui accompagne le terme de représentation, et que présentement nous ne reprenons pas dans cette étude.

S. Moscovici écrit notamment, à ce propos : « Il s'agit, bien entendu, d'indiquer la nature collective de la constitution de celle-ci, mais, au même degré, d'exprimer une fonction qui lui est propre : à savoir la contribution de la représentation aux processus formateurs et aux processus d'orientation des conduites et des communications sociales. »⁴ Dans cette conception, S. Moscovici s'intéresse à la dimension collective de la genèse des représentations et à son retour dans la sphère des conduites et communications sociales.

Nous nous situons au niveau de l'**élaboration individuelle de la représentation** par les acteurs du champ étudié et, dans un deuxième temps, nous procédons à une construction de la représentation chez les membres d'un groupe défini par sa position par rapport aux handicapés. De plus, et par prudence méthodologique, nous avons considéré que le petit nombre de personnes interrogées ne nous permet pas de procéder à une généralisation des résultats obtenus. Nous préférons nous maintenir à un stade intermédiaire entre les représentations individuelles et les représentations sociales.

Notre construction de la représentation procède d'une **lecture transversale et thématique** des discours recueillis.

Un deuxième élément nous incite à ne pas nous situer du côté « social » de la représentation qui est lié à notre objet : la sexualité.

Plutôt que de repérer, de façon préférentielle, les déterminants liés au groupe d'appartenance de chaque individu émetteur de discours, nous avons préféré tenter de repérer les éléments liés à la position individuelle des acteurs. Ce faisant, nous nous situons aussi dans la pers-

1. S. Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961.

2. C. Herzlich, « La représentation sociale », in *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, 1973 (Moscovici Éd.).

3. W. Doise, « Relations et représentations intergroupes », in *op. cit.*, *supra*.

4. S. Moscovici, *op. cit.*, p. 307.

pective indiquée par Freud dans « Les théories sexuelles infantiles » : « Ces fausses théories sexuelles ont toutes une propriété très remarquable. Bien qu'elles se fourvoient de façon grotesque, chacune d'elles contient pourtant un fragment de vérité. »¹ Sans entrer dans le côté extrême de la formulation freudienne, nous en reprenons le principe, à savoir que les « théories sexuelles » font coexister des fragments de la réalité, liés aux perceptions, et des éléments du registre de l'imaginaire, ce qui nous introduit dans la dimension de l'affect : « Ce n'est pas l'arbitraire d'une décision psychique ou le hasard des impressions qui ont fait naître de telles hypothèses, mais les nécessités de la constitution psychosexuelle. »²

Ainsi, le processus d'élaboration de la représentation nous semble lié à la nature de l'objet de la recherche.

Dans le cas de la représentation de la sexualité des handicapés mentaux nous supposons (sur le plan théorique) que, dans la mesure où l'imaginaire tient une place constitutive dans le processus d'élaboration, quelque chose de l'ordre de l'affect se trouve mobilisé.

Ainsi, la position occupée par les acteurs par rapport aux handicapés, les relations qu'ils nouent avec eux jouent-elles un rôle important dans ce processus.

Nous pouvons donc proposer notre définition de la représentation : **Il s'agit de l'activité psychologique qui consiste à construire un objet en y associant des éléments de perception extérieure et des éléments liés à la fantasmatisation individuelle, en relation avec la position occupée par rapport à l'objet.**

Représentation, conduite et représentation de la conduite

Les méthodes d'investigation que nous mettons en œuvre, c'est-à-dire l'intervention ponctuelle centrée sur le recueil d'entretiens individuels ou collectifs, ont exclu la possibilité d'effectuer des observations systématiques sur les pratiques de régulation institutionnelle de la sexualité des handicapés, ou même sur les comportements des éducateurs face aux manifestations sexuelles des handicapés.

Cependant, nous avons choisi de relancer les discours des éducateurs sur le terrain de leurs pratiques et de leurs réactions face à la sexualité

1. S. Freud, « Les théories sexuelles infantiles », in *La vie sexuelle* (trad. de D. Berger, J. Laplanche), Paris, PUF, 1969, p. 19.

2. S. Freud, *op. cit.*, p. 19.

des handicapés mentaux. Encore une fois, ceci nous était facilité dans la mesure où la consigne de départ (« l'éducation sexuelle ») induisait la dimension de la pratique.

Renonçant aux observations directes, nous avons, par contre, eu accès à un discours prenant pour objet les conduites à l'égard de la sexualité des handicapés mentaux.

La prudence méthodologique qui nous conduit à ne pas nous situer au niveau des conduites, en fonction du matériel dont nous disposons, nous a conduits à adopter une conceptualisation spécifique.

Les discours recueillis nous permettent de construire la **représentation de la conduite**.

Ainsi, la représentation de la conduite constitue un sous-ensemble de la représentation dans laquelle on retrouve, à des niveaux de discours différents : la représentation de la sexualité des handicapés mentaux et la représentation des conduites à l'égard de la sexualité des handicapés mentaux.

Représentation de l'autre groupe

Au niveau des institutions, les parents et les éducateurs sont placés en situation d'interaction constante. Ceci est dû notamment à la position de pouvoir occupée par les parents regroupés en associations, lesquelles gèrent les institutions.

Nous n'avons pas cherché à reproduire de façon expérimentale, comme lors de la pré-enquête, une situation dans laquelle on puisse saisir *in vitro* l'interaction entre parents et éducateurs.

Par contre, les entretiens recueillis auprès de chacun des membres des deux groupes ont souvent donné une place importante à des propos concernant l'autre groupe.

Ces propos sont situés à deux niveaux différents :

- les relations directes entre parents et éducateurs, c'est-à-dire les récits de rencontres effectives entre les deux groupes qui mettent en place la **représentation de l'autre groupe** ;
- les représentations et les conduites qui sont attribuées par les membres d'un groupe à ceux de l'autre. Dans ce cas, et dans notre construction, nous avons considéré qu'il s'agit de **représentation des représentations de l'autre groupe, et de représentation des représentations des conduites de l'autre groupe**.

Nous nous situons ainsi dans la même perspective de prudence méthodologique dans laquelle nous avons décidé de ne pas opposer (conceptuellement) les représentations et les conduites, c'est-à-dire de considérer que les conduites évoquées relèvent d'une construc-

tion discursive élaborée par les acteurs, plutôt que d'observations systématiques.

Les représentations des représentations et les représentations des représentations des conduites de l'autre groupe relèvent du même procédé discursif, et viennent constituer un des éléments de ce système de représentation en y tenant une fonction spécifique.

Nous aboutissons ainsi à élaborer deux systèmes de représentations (le système des éducateurs et le système des parents) qui vont constituer les deux pôles du conflit entre les deux groupes.

En outre, à l'intérieur de chaque système, les différents niveaux vont remplir des fonctions complémentaires ou contradictoires dont il sera nécessaire de dégager les significations en fonction de la situation des membres de chaque groupe.

Enfin, si nous nous sommes engagés dans cette recherche avec l'hypothèse d'une opposition entre deux systèmes de représentations, il est important de préserver une vue moins systématique en envisageant l'hypothèse de niveaux de convergence ou de divergence variables entre les groupes, en fonction des thèmes abordés.

4) LA CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ANALYSE

L'utilisation du concept de représentation et l'élaboration des « systèmes de représentation » qui constituent le biais conceptuel et le « niveau de profondeur » de la recherche ont abouti à la construction de la grille d'analyse des entretiens recueillis.

Il s'agit d'un découpage des discours recueillis suivant deux perspectives :

- découpage du discours en thèmes ;
- découpage des thèmes en fonction du niveau auquel on le situe.

Les thèmes retenus :

- 1 / Soi comme être sexué.
- 2 / Extérieur et handicapé.
- 3 / Sexualité des handicapés mentaux.
- 4 / Sexualité et niveau de handicap.
- 5 / Sexualité et différence des sexes.
- 6 / Couple de handicapés.
- 7 / Enfant du handicapé.
- 8 / Relation entre le handicapé et ses parents.

- 9 / Personnalité du handicapé.
- 10 / Éducation sexuelle.
- 11 / Contraceptions.
- 12 / Avortement.
- 13 / Travail et sexualité.
- 14 / Institution.
- 15 / Relations directes entre les deux groupes.
- 16 / Idéal.

TABLEAU. — *Découpage de thèmes*

Représentations	Représentation du locuteur	Représentation de l'autre groupe
Représentations de la conduite	Représentation de la conduite du locuteur	Représentation de la conduite de l'autre groupe

Le déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée entre mars et juin 1981.

Nous souhaitions rencontrer des éducateurs et des parents individuellement et, d'autre part, proposer des réunions de groupe dans les institutions, lesquelles seraient suivies par des entretiens individuels avec une partie des participants aux réunions de groupe.

Les contacts auprès des éducateurs et des institutions

Dans un premier temps, nous avons contacté des éducateurs, individuellement, par le biais d'une école de formation. Ce faisant, nous avons préféré établir un contact direct avec les éducateurs, sans avoir à passer par la voie hiérarchique, afin d'éviter la dimension de l'intervention institutionnelle.

Dans tous les cas, nous avons évité que ces éducateurs soient interviewés par la formatrice (participant à la recherche) qui avait établi le contact. Les entretiens ont toujours été présentés dans la perspective d'une recherche sur l'éducation sexuelle des handicapés mentaux.

Les premiers entretiens auprès des éducateurs ont eu lieu à leur domicile ou au Centre Censier. Ils se sont toujours déroulés dans de

bonnes conditions. Les éducateurs étaient contents de participer à une recherche sur ce thème, et ont profité de l'occasion qui leur était offerte pour exprimer leur point de vue et leurs préoccupations.

Ces entretiens ont duré une heure et demie en moyenne. Cependant, l'un de ces entretiens, qui s'est déroulé au domicile de l'interviewé, a duré trois heures. Dans un deuxième temps, nous nous sommes centrés sur les institutions. Cette phase de l'enquête a soulevé d'autres problèmes que ceux qui ont été rencontrés lors des contacts avec les éducateurs en dehors de leur milieu professionnel. En effet, bien que notre demande se situât explicitement dans la dimension d'intervention, elle a suscité une demande implicite d'intervention dans les institutions.

Dans cette perspective, il aurait été illusoire de continuer à penser que ces interventions puissent conserver un caractère de neutralité. Dans chacune des institutions dans lesquelles nous sommes intervenus, nous avons été, à des degrés divers, l'objet d'un enjeu institutionnel, voire d'un conflit.

Dans aucune de ces institutions, il ne nous a été donné de pouvoir réunir la totalité du personnel ou même d'obtenir la participation de représentants de toutes les catégories professionnelles. Les réunions que nous avons provoquées ont constitué des mises en scène explicites, des clivages, des oppositions et des réseaux d'alliance et de pouvoir établis au sein des institutions.

L'absence des « autres » membres du personnel du cadre de la réunion, ainsi que l'absence des parents, ont fonctionné comme analyseurs des conflits en cours dans les institutions. Cependant, ces « autres » ont fonctionné, dans le discours recueilli, comme supports de représentations et objets d'affect, le plus souvent négatifs.

Il ne s'agissait pas, pour nous, de pointer et de reprendre ces éléments conflictuels dans les situations de groupe. Par contre, ces situations ont servi à alimenter notre réflexion et notre analyse sur le fait de parler de la sexualité en institution, et les significations qui en découlent.

Nous allons maintenant décrire ces situations dans les quatre institutions où nous sommes intervenus.

1) INSTITUTIONS

CAT - Foyer dans la région parisienne

C'est par l'intermédiaire du psychologue qui avait participé à la réunion de pré-enquête que nous avons pu avoir accès à cette institution. Il s'est donc chargé d'organiser la réunion de groupe, étant entendu qu'à

l'issue de celle-ci, nous proposerions des entretiens individuels à une partie des participants.

Le groupe a été composé de la majeure partie des éducateurs et des moniteurs du foyer, d'une éducatrice technique du CAT et du psychologue.

La composition de ce groupe répondait à un souci, affirmé par le psychologue, de réamorcer une réflexion sur les problèmes de la sexualité auprès des éducateurs du foyer, à la suite d'une grossesse survenue chez une jeune femme handicapée quelques mois auparavant. Un conflit grave avait opposé les parents de cette jeune femme et l'institution dans son ensemble. Conséquemment, la direction de l'institution avait décidé d'instaurer une double règle :

- instauration de contraception obligatoire pour les filles du foyer ;
- interdiction absolue des rapports sexuels dans le cadre de l'institution.

Après une phase de discussions intenses, la situation était revenue au point de départ et, selon le psychologue, plus personne ne parlait des problèmes de la sexualité dans le cadre du discours officiel de l'institution (réunions de synthèse, réunions d'équipe, etc.).

Notre intervention répondait donc à la demande implicite du psychologue de susciter un débat à propos de la sexualité dans l'institution. Dans les jours qui suivirent, les entretiens individuels eurent lieu avec une partie des éducateurs présents au groupe.

CAT à Paris

C'est à partir d'un annuaire d'établissements parisiens que nous avons connu ce CAT.

Dans un premier temps, en l'absence du directeur qui était en stage hors de l'établissement, nous avons proposé à un éducateur-chef de participer à la première réunion de pré-enquête ; la comptable de l'établissement fut déléguée pour y participer (les éducateurs ayant prétexté un manque de disponibilité).

Dans un deuxième temps, nous avons pris contact avec le directeur, en lui proposant notre schéma d'intervention (discussion de groupe avec l'équipe éducative plus entretiens individuels), et en l'invitant à y participer personnellement.

Le directeur proposa que nous ayons un premier rendez-vous en tête à tête afin de définir plus précisément le projet. Au cours de cette première rencontre, nous avons facilement convenu d'une date pour le groupe de discussion qui prendrait place au cours d'une réunion de syn-

thèse, mais, par contre, le directeur refusa le principe des entretiens individuels pris sur les heures de travail.

Il lui fut proposé un entretien individuel qu'il accepta et qui eut lieu une demi-heure avant la réunion du groupe. Cela lui permit d'éviter de participer à la réunion du groupe.

Le jour fixé pour l'entretien avec le directeur et le groupe de discussion, je commençai donc par interviewer le directeur dans son bureau. À la fin de l'entretien, il m'introduisit dans la salle où se trouvait l'équipe et, sans même me présenter, il s'éclipsa et referma la porte.

L'équipe était visiblement en réunion et ne prêta pas attention à ma présence ; j'en profitai pour installer le magnétophone, ce qui suscita immédiatement des réactions. On me demanda qui j'étais et ce que je faisais là.

Il apparut alors que le directeur avait à peine prévenu l'équipe que « quelqu'un » allait venir discuter avec elle, sans préciser le contexte ni les modalités de cette intervention.

L'institution était alors le siège d'un violent conflit entre le directeur et l'équipe à propos d'une grossesse survenue chez une jeune femme handicapée légère, comme dans la première institution (cf. *supra*).

Alors que l'équipe avait réussi à convaincre cette personne de subir une IVG, le directeur, présenté comme un « catho », avait fait, de son côté, le travail inverse en lui assurant que sa grossesse ne l'empêcherait pas de conserver son emploi au CAT.

Cette institution était donc en pleine crise. La réunion de groupe fut le moment d'une mise en accusation violente du directeur et de ses méthodes.

Par la suite, il fut impossible d'obtenir des entretiens individuels qui auraient dû nécessairement se tenir en dehors des heures de travail.

IME - Banlieue parisienne

Le contact fut établi par l'intermédiaire d'une éducatrice spécialisée qui accepta de proposer à ses collègues le principe d'une réunion. Une date fut fixée et lorsque je me rendis sur place, il s'avéra que l'éducatrice avait « oublié » de prévenir ses collègues, qui, n'étant pas disponibles à ce moment, refusèrent le principe d'une discussion de groupe.

La discussion de groupe eut lieu avec l'éducatrice spécialisée et un éducateur technique. D'autres personnes se montrèrent intéressées par des entretiens individuels qui eurent lieu par la suite.

Un des entretiens fut enregistré à l'aide d'une caméra-vidéo, ce qui provoqua un regain d'intérêt pour la recherche : les autres membres de l'équipe ayant cru qu'il s'agissait d'un reportage pour la télévision.

Dans cette institution, l'équipe n'avait pas été confrontée à une situation de crise à propos de la sexualité des handicapés, et ses membres ne semblaient pas désireux de s'interroger à ce propos. Une expérience d'éducation sexuelle avec des personnes du Planning familial avait été tentée quelque temps auparavant, sans avoir eu de suites et, au dire des personnes interviewées, dans l'indifférence de la majorité du personnel.

IME - Province

Le contact fut établi par l'intermédiaire d'un éducateur spécialisé qui en référa au directeur. Celui-ci accepta le principe d'une réunion de groupe qui se déroula à la fin d'une réunion de synthèse. Lui-même n'y participa pas. Le groupe fut composé de la quasi-totalité des éducateurs de l'institution (une quinzaine).

Il fit apparaître une opposition entre le groupe des éducateurs et les dirigeants de l'institution (directeur, psychiatre), à propos des méthodes de régulation de la sexualité des handicapés. Les éducateurs se présentant comme beaucoup plus libéraux que la direction.

C'était déjà le mois de juin, et il ne fut pas possible de trouver le temps disponible pour effectuer quelques entretiens individuels.

La simple description de nos interventions dans les institutions fait apparaître la multiplicité des situations rencontrées et ordonnées autour de la problématique de la sexualité.

Contrairement à quelques présupposés de départ selon lesquels nous nous attendions à essayer des refus nombreux à nos propositions d'intervention, nos prises de contact avec les institutions se sont faites quasiment sans difficulté, **comme si les agents institutionnels souhaitaient donner une image d'ouverture, de tolérance et de capacité de remise en question par rapport aux problèmes de la sexualité.**

À une époque où l'on considère que « parler de la sexualité est tout à fait naturel », il eût été de mauvais ton de nous interdire l'accès des institutions. Mais cette possibilité nouvelle de pouvoir parler de la sexualité, dans une dimension socialement acceptable et apparemment dépourvue de menaces, nous semble avoir dessiné de nouvelles lignes de conflits dans les institutions.

2) LES CONTACTS AUPRÈS DES PARENTS

Il s'est avéré beaucoup plus difficile d'entrer en contact avec les parents.

Dans le cadre du groupe de pré-enquête, nous n'avons pu avoir accès qu'à des parents engagés dans des associations de parents de handicapés. Aussi, souhaitions-nous réaliser des entretiens individuels auprès de « parents de la base », qui ne militent pas dans ces associations.

L'effet conjugué des résistances de l'équipe de recherche à aborder ces parents, ainsi que les difficultés rencontrées pour les contacter directement nous ont conduits à renoncer à ce projet.

En effet, nous ne voulions pas passer par l'intermédiaire des institutions pour établir les contacts avec les parents, car nous avons pensé que cela aurait introduit un biais que nous souhaitions éviter. Par ailleurs, il a été exclu de proposer ces entretiens aux parents que nous connaissions.

Enfin, les associations que nous avons contactées nous ont toujours introduits auprès de parents militants qui se présentaient comme des « spécialistes » de l'éducation sexuelle des handicapés mentaux.

Nous avons finalement décidé de nous rendre à l'Assemblée générale de l'UNAPEI qui s'est tenue à Caen les 16 et 17 mai 1981, afin de prendre des contacts directs avec des parents, au « hasard » de nos déambulations et de nos discussions.

Ayant obtenu la mise à disposition d'un bureau pour effectuer nos entretiens selon les règles de la méthode non directive, nous avons donc pu recueillir sur ce terrain quelques entretiens de parents, engagés à des degrés divers dans la hiérarchie de cette association. Ces entretiens ont été les seuls que nous ayons réalisés auprès de parents.

3) L'ÉCHANTILLON CONSTITUÉ

Notre échantillon présente un décalage numérique entre les entretiens réalisés auprès des éducateurs et les entretiens réalisés auprès des parents.

En voici la composition :

1) *Professionnels* :

1 / Éducateur technique spécialisé (ETS), homme 35 ans, CAT, Paris ;

2 / ETS, homme, 26 ans, CAT, RP (région parisienne) ;

3 / ETS, homme, 30 ans, CAT, RP ;

- 4 / Éducateur spécialisé (ES), homme, 28 ans, IMPro, RP ;
- 5 / Moniteur d'internat, homme, 23 ans, Foyer, RP ;
- 6 / ES, femme, 30 ans, IME, RP ;
- 7 / Infirmière, femme, 42 ans, IMPro, RP ;
- 8 / Monitrice d'internat, femme, 19 ans, Foyer, RP ;
- 9 / ETS, homme, 32 ans, IME, RP ;
- 10 / ES, homme, 28 ans, IME, RP ;
- 11 / ES, femme, 34 ans, Foyer, RP ;
- 12 / ES, homme, 27 ans, Foyer, RP ;
- 13 / Psychologue, homme, 33 ans, IME, RP ;
- 14 / Directeur, homme, 42 ans, CAT, Paris.

2) *Parents :*

- 15 / Femme, 58 ans, Directrice ADAPEI, RP ;
- 16 / Homme, 66 ans, retraité, Province ;
- 17 / Homme, 40 ans, enseignant, Province ;
- 18 / Femme, 55 ans, secrétaire, Paris ;
- 19 / Femme, 62 ans, Directrice CAT, Paris ;
- 20 / Femme, 52 ans, sans profession, Paris ;
- 21 / Femme, 60 ans, sans profession, Paris.

Cet échantillon appelle un premier commentaire : on note une importante différence d'âge entre les éducateurs (19-42 ans) et les parents (40-66 ans). Cette différence est liée au fait que nous n'avons cherché que des parents d'adolescents ou d'adultes handicapés, délaissant les parents des jeunes enfants.

Présentation des résultats

Le matériel recueilli et analysé nous a permis de construire les systèmes de représentations véhiculés par les éducateurs et par les parents.

Cependant, chacun des deux groupes accorde une place importante à un supposé système de représentations de l'autre groupe, repris et élaboré par les membres de chaque groupe. Il apparaît ainsi que dans chacun des deux systèmes, la cohérence se construit au travers des relations posées avec l'autre système.

Dans cette perspective, le système de représentation des parents et le système des éducateurs constituent deux sous-systèmes d'un ensemble plus vaste. Chacun de ces sous-systèmes tire sa cohérence et sa légitimité aussi bien des relations qu'il nous propose entre ses différents niveaux internes que des relations qui s'établissent avec tel ou tel élément de l'autre sous-système.

Les relations que nous avons pu dégager entre les niveaux de chacun des sous-systèmes (parents et éducateurs) relèvent de modalités différentes : opposition, complémentarité, convergence.

Dans la mesure où l'objectif de cette recherche est de repérer les modalités du conflit entre les deux groupes (conflit que nous avons

définis comme étant un conflit de représentations), nous avons adopté le mode de présentation suivant :

Au lieu de présenter en un tout le sous-système des éducateurs et le sous-système des parents, ce qui aurait eu pour effet de mettre en lumière les contradictions internes entre les différents niveaux de chaque sous-système, nous avons préféré reprendre et rapprocher les éléments de chaque sous-système en fonction des modalités de relation que nous avons dégagées.

Cette présentation nous semble plus à même de participer à la construction et à l'élaboration de l'ensemble dans lequel prend place le « conflit » dans ses différents aspects.

Nous verrons, d'ailleurs, à l'issue de la présentation de ces résultats, comment il est nécessaire de nuancer et de relativiser l'hypothèse du « conflit » en envisageant ses fonctions intégratives au même titre que ses fonctions désorganisatrices par rapport à ce qu'on peut appeler **la gestion de la sexualité des handicapés mentaux.**

Les représentations de la sexualité

Dans ce chapitre, nous présentons les représentations de la sexualité des handicapés mentaux telles que nous les avons dégagées de l'analyse de contenu thématique des entretiens recueillis.

Pour chacun des deux groupes, nous indiquons les représentations propres ainsi que les représentations des représentations de l'autre groupe (les représentations qui sont attribuées à l'autre groupe).

1) LES ÉDUCATEURS

Les représentations des éducateurs

Dans les discours recueillis, un certain nombre d'éléments ont trait à l'origine des représentations. L'examen du processus d'élaboration des représentations fait apparaître une très forte dimension de fantasmatisation collective et individuelle. Les personnes interviewées ont rarement été les témoins immédiats des situations qu'elles relatent, et notamment des situations les plus extraordinaires, celles qui sont le plus chargées d'affect et sur lesquelles les éducateurs élaborent l'ensemble de leur raisonnement.

Il s'agit le plus souvent d'événements survenus en leur absence ou bien avant qu'ils n'arrivent dans l'institution. Sur le plan spatial, ces événements ont lieu dans des endroits retirés où « l'on sait qu'il se passe toujours des choses » (maison en ruine aux alentours de l'institution, par exemple, prostituées en forêt, etc.).

D'autre part, lorsque les éducateurs sont les témoins directs des situations sexualisées. C'est à l'occasion de contrôles sur la vie quotidienne des handicapés.

L'origine imprécise et le statut limité des perceptions directes des éducateurs tendent à renforcer la dimension imaginaire de leurs représentations.

La perspective dans laquelle nous nous sommes engagés, qui nous évite de préciser « scientifiquement » le type et le degré de handicap ou de déficience dont relèvent les « handicapés mentaux » dont parle notre échantillon, appelle quand même quelques précisions et relativisations.

Il a paru important de préciser le sexe et, éventuellement, le statut du locuteur dans son institution ; enfin, on a pu remarquer des différences notables dans les représentations, suivant que le locuteur est éducateur technique ou éducateur spécialisé dans un établissement de jour (CAT, IME) ou bien dans un « établissement de nuit » (foyer).

Avant d'examiner point par point les éléments qui constituent et qui définissent la sexualité des handicapés mentaux (dans le discours des éducateurs), nous allons indiquer les caractéristiques générales.

Caractéristiques générales

La sexualité des handicapés apparaît comme une sexualité mue par une **sauvagerie libidinale** dont le contrôle et la maîtrise échappent aux handicapés. Cependant, le caractère **sauvage et irrépressible** de cette sexualité ne favorise pas son expression génitale, relationnelle et hétérosexuelle, ni même, dans certains cas, son expression corporelle, cette expression étant déplacée sur le plan du langage (« verbiage »).

Cette caractéristique générale qui fait relever la sexualité des handicapés mentaux de la sauvagerie est exprimée dans le discours des éducateurs par toute une série de qualificatifs :

— « C'est très primaire... bestial » (ETS homme).

— « Pour eux c'est beaucoup plus pour se décharger d'une envie » (ES, foyer, homme).

— « Hier soir on disait que c'était la pleine lune en rigolant, mais peut-être qu'à ce moment-là leur sexualité les travaille plus » (ES, foyer, femme).

— « On sent qu'il y a des périodes d'agressivité. On sait que ça va durer deux-trois jours, et pendant ces deux-trois jours visiblement il va être exacerbé » (ES, foyer, femme).

Les rythmes de l'expression des manifestations de la sexualité qui échapperaient au Moi relèvent de rythmes saisonniers ou cosmiques, dans une dimension qui dépasse les handicapés et qui s'impose à eux.

Le corollaire de cette caractéristique dominante réside dans l'absence de tendresse et d'affectivité, qui serait surtout le fait des garçons. Les conduites sexuelles apparaissent dissociées des sentiments et même du plaisir qui accompagnent les pratiques sexuelles des « normaux » :

— « C'est vrai que quand on a envie d'avoir une relation sexuelle on va pas dans un coin... Où il est l'amour ?... y a rien d'affectif... y a pas de tendresse qui passe... y a rien de chouette à ce niveau-là » (ETS, IME, homme).

— « C'est commandé par l'instinct, alors que nous on peut y mêler des sentiments si on veut, mais eux y sont pas capables de mêler les sentiments... quand ils ont envie d'avoir un rapport, ils se demandent pas s'ils l'aiment vraiment » (ES, foyer, femme).

— « Alors moi, j'ai ce plaisir-là... le plaisir d'avoir des rapports hétérosexuels... enfin quand on fait l'amour, quand on baise... c'est quelque chose de vachement important à ce niveau-là... ils n'ont pas ce plaisir-là » (ES, foyer, homme).

Si la sexualité et l'affectivité apparaissent dissociées dans la description des relations entre les handicapés, par contre, une affectivité importante réapparaît dans les relations entre les éducateurs et les handicapés. Les handicapés seraient animés d'une demande affective apparaissant à ces derniers comme dépourvue de contenu libidinal :

— « Elles recherchent plus le contact avec une éducatrice ou un éducateur mais c'est pas... ce sont plus des petits bisous... c'est beaucoup plus tendre... ça fait plus bébé, plus enfant... ce sont plus des rapports d'enfants... Elles ont besoin qu'on les cajole » (ES, foyer, homme).

— « Ça se traduit peut-être plus par la quête affective chez les adolescents... Y en a beaucoup qui ont besoin de toucher, de me toucher, alors ça traduit plus cette demande de maternage » (ETS, IME, homme).

L'expression affective des handicapés à l'égard des éducateurs ne suscite pas chez ceux-ci de malaise. La dénégation de la dimension libidinale semble fonctionner comme défense contre une culpabilité liée à des relations de type incestueux.

Globalement, les éducateurs construisent une représentation de la sexualité des handicapés mentaux où celle-ci apparaît comme « sauvage ». Cette sauvagerie empêche de placer les conduites sexuelles sous

le contrôle du Moi. D'autre part, l'affectivité et les conduites sexuelles sont dissociées.

Nous allons maintenant examiner comment ces caractéristiques générales déterminent les différents aspects de la sexualité des handicapés.

Sexualité et parole

Sans doute à cause de la consigne de départ (portant sur l'éducation sexuelle), les éducateurs ont accordé une place importante au « verbiage » des handicapés en institution. Certains ont même décrit les conduites verbales des handicapés comme des conduites substitutives des conduites sexuelles :

— « C'est sûr qu'ils ont du mal à vivre leur sexualité, ils sentent bien quelque chose en eux, mais ça a du mal à s'exprimer... alors ça s'exprime par le verbiage, on se défoule par la parole... plus c'est refoulé, plus on a envie d'en parler (...). Alors si la monitrice s'approche de lui, ça le bloque carrément : c'est les difficultés de comportement, il se gratte, il a des agitations et ça reprend verbalement quand elle a une certaine distance de lui. Il y a vraiment le décalage entre ce qu'il dit et ce qu'il serait susceptible de faire » (ETS, CAT, homme).

Le « verbiage sexuel » des handicapés est présenté comme une composante essentielle de leur sexualité ; il en traduit à la fois l'excès et les limites ; le déferlement du flot de paroles apparaît autant comme un effet de l'inhibition que comme un mode de satisfaction substitutif.

Dans le discours des éducateurs, on peut considérer cette conduite comme le **paradigme de la sexualité des handicapés prise entre le débordement et l'inhibition.**

La masturbation

La masturbation, individuelle et/ou collective, reste une des figures dominantes de la sexualité des handicapés mentaux :

— « Une fille qui est très exubérante... hystérique, et qui extériorise beaucoup... elle est devenue complètement amoureuse de Travolta (un acteur américain, à la mode vers 1979)... elle lâchait tous ses livres, elle se masturbait sur les bouquins, elle embrassait Travolta (...) tant et si bien qu'on a prévenu les parents en leur disant que leur fille, elle risquait de passer à l'acte » (ETS, CAT, homme).

Dans certains cas, la masturbation est perçue comme le révélateur des possibilités sexuelles des handicapés, comme si dès que la masturbation apparaissait tout devenait possible. On se retrouve ici sur le versant du débordement où la masturbation exprime le « trop-plein »

de pulsion sexuelle en même temps qu'elle contient en germes une hypersexualité potentielle, qui fait peur et contre laquelle il faudra se prémunir.

Dans d'autres cas, la masturbation est la marque de l'inhibition :

— « On peut se demander, je pense à des garçons exclusivement, si leur démarche par rapport à des filles était plus explicite, s'ils osaient plus... si ce phénomène de masturbation qui est tout bêtement inadapté dans certaines situations... si leur vie avec des filles de leur âge était plus réelle, un peu moins imaginaire, si ça se passerait... c'est pas évident » (ES, IME, femme).

On se trouve ici face à une position où la masturbation témoigne des limites imposées à la vie sexuelle relationnelle des handicapés. Ces limites sont attribuées autant à l'institution et à la société qui cloisonnent les handicapés et entretiennent la séparation entre les sexes, qu'au surinvestissement de l'imaginaire. Cette hypothèse, partant de prémisses moins menaçantes (la masturbation étant la limite), permet d'envisager la recherche de solutions découlant de l'instauration d'un système de régulation plus permissif.

Cependant, dans tous les cas, la masturbation ne fait ni l'objet d'une répression ni d'une interdiction directe. Le comportement, en tant que tel, est toléré, s'il reste dans la sphère de la vie privée et n'est pas ressenti comme une agression, une provocation :

— « Je les ai surpris dans la chambre en train de se masturber mutuellement... J'ai rien dit. Je leur ai dit d'aller à table... c'était terminé. Je leur ai fait aucun reproche... j'en ai pas parlé, j'ai fait celle qui n'avait rien vu... à partir du moment où les autres ont commencé à se révolter et à ne pas accepter, je suis intervenue... je leur ai dit que c'était pas l'endroit. Je crois que c'est la seule fois où j'ai été obligée de le faire parce que les jeunes n'ont pas supporté ça » (ES, foyer, femme).

La masturbation ne fait donc pas l'objet d'une répression, mais elle fait l'objet d'une explication dans la mesure où elle témoigne des caractéristiques de la sexualité des handicapés mentaux.

Elle est perçue comme un élément constitutif (« normal » serait-on tenté de dire), c'est-à-dire comme l'élément qui découle de l'« anormalité » et qui empêche l'accès à la « normalité ».

Les pratiques homosexuelles

C'est l'homosexualité masculine qui a été surtout abordée, les pratiques homosexuelles étant posées comme une des caractéristiques des garçons mongoliens. Les femmes handicapées sont absentes de la scène de l'homosexualité.

— « La tendance à l'homosexualité est plus forte chez les mongoliens garçons » (ETS, CAT, homme).

De manière générale, l'homosexualité n'est pas perçue comme une structure spécifique des handicapés, mais comme un ensemble de pratiques liées à la situation, à la séparation entre les sexes et à l'inhibition d'origine institutionnelle.

— « Alors pour certains ça se transforme... c'est plus obscène et ça se transforme en homosexualité. Ils parlent beaucoup d'homosexualité, ils se traitent de pédés, mais de là au passage à l'acte, non » (ETS, IME, homme).

— « C'est logique... que c'est passer dans leur vie... qu'il faut qu'ils se confrontent à une sexualité de n'importe quel ordre plutôt que de ne pas avoir de sexualité du tout, de tout méconnaître, au moins de se confronter avec une forme de sexualité... notamment l'homosexualité... De ce côté-là il y a une meilleure compréhension de ces états et ça a amené quand même l'adolescent à discuter de sa sexualité par rapport aux rapports qu'il pouvait avoir avec d'autres garçons » (ES, IME, homme).

Ainsi que nous l'avons vu à propos du thème de la masturbation, les pratiques homosexuelles sont tolérées (psychologiquement) dans la mesure où elles rassurent sur le potentiel sexuel des handicapés, mais critiquées dans la mesure où elles sont perçues comme une conséquence de la répression institutionnelle.

Cependant, l'homosexualité qui est tolérée comme pratique sexuelle générée par l'institution apparaît à certains comme une limite posée à leur développement génital. L'homosexualité reste un mode de relation infantile et infantilisant.

— « On parlait d'un garçon qu'on savait homosexuel à l'extérieur... bon ben on encourageait presque, on fermait les yeux parce qu'il a eu des rapports hétérosexuels... bon c'est un des meilleurs niveaux ici, on sait qu'il sera appelé plus tard à sortir d'ici, à vivre à l'extérieur... ça arrangeait peut-être les gens de savoir qu'il pouvait avoir des rapports hétérosexuels et on fermait les yeux, mais c'est vraiment le seul cas » (ES, foyer, homme).

La modulation de l'interdit institutionnel des rapports hétérosexuels s'exerce dans un cas où il apparaît que le handicapé est perçu comme « hésitant » entre les rapports homosexuels et les rapports hétérosexuels. La pédagogie reprend ici ses droits ; l'homosexualité tolérée à l'intérieur de l'institution l'est beaucoup moins à l'extérieur, comme si elle venait instaurer une dissonance par rapport à l'exigence d'autonomie et de vie sociale.

Les thèmes que nous venons d'analyser (sexualité, parole, masturbation et homosexualité) renvoient à des pratiques sexuelles marquées par

la séparation des sexes, et reproduisent cette même séparation telle qu'elle est instituée dans les établissements. Il s'agit aussi de pratiques qui sont représentées par les éducateurs comme accordant une part importante à l'imaginaire. Enfin, ces pratiques sont prises dans un **double mouvement entre le débordement pulsionnel et l'inhibition**. Elles sont le signe de fortes exigences pulsionnelles, incontrôlables par les handicapés, lesquelles ne pouvant être canalisées (pour des raisons davantage institutionnelles que constitutionnelles) dans des pratiques génitales hétérosexuelles, sont détournées vers des pratiques perçues comme substitutives et inhibitrices.

Par rapport à l'inhibition, ces pratiques semblent avoir un double statut : elles marquent l'impossibilité d'accéder aux relations sexuelles « normales » ; elles empêchent, par fixation et renforcement institutionnel, l'accès à la génitalité relationnelle.

Les rapports sexuels génitaux et les rapports entre les sexes

Les rapports génitaux hétérosexuels apparaissent comme l'une des dimensions des rapports entre les sexes, dans les institutions. Mais, en même temps, ils constituent l'élément central autour duquel vient s'articuler l'ensemble des relations entre les sexes. Les relations entre les sexes semblent déterminées par la possibilité, l'impossibilité et l'interdit des rapports sexuels.

Les garçons et les filles handicapés n'auraient pas les mêmes désirs :

— « Moi je connais des filles, elles ont envie d'avoir des petits copains ça c'est certain... mais enfin c'est toujours le même refrain... c'est pas forcément pour coucher avec eux. Y a toujours cette nuance... les garçons c'est pour tirer un coup... les filles c'est plus sentimental effectivement. Les filles qui aimeraient avoir des rapports sexuels avec les garçons, elles le manifestent de façon différente » (ES, foyer, femme).

— « C'est toujours très autoritaire et très sadique et les filles ont peur. Les garçons ne sont pas très délicats... Moi je trouve qu'il y a une espèce de crainte des filles, des rapports sexuels » (E5, foyer, femme).

Ce sont les éducatrices qui dénoncent le plus vigoureusement le décalage entre les sexes, en situant le rôle de l'agressivité chez les garçons. Ainsi, leurs pratiques de contrôles sont-elles présentées comme une protection. Par contre, pour les éducateurs de sexe masculin, l'agressivité des garçons handicapés reste à un niveau superficiel du fait de leur impossibilité à réaliser les rapports sexuels :

— « Les filles ont une sexualité plus réfléchie qui tendrait presque à une manifestation plus normale que chez les garçons. Chez les garçons

y a une libération de la sexualité par le verbiage. On en parle beaucoup, on s'exprime par des mots grossiers, mais on a l'impression que c'est pas ce qui est dit qui est la sexualité, mais le fait d'en parler, ça se manifeste souvent comme ça » (ETS, CAT, homme).

Les rapports entre les sexes apparaissent comme fortement chargés d'agressivité et d'inquiétude. Lorsque la question des rapports sexuels est abordée, on retrouve les mêmes composantes. Cependant, les rapports sexuels sont toujours présentés comme étant de l'ordre de l'éventualité. Jamais personne ne peut affirmer avec certitude que les rapports sexuels ont eu lieu :

— « Il y a eu des situations où les relations ont été certainement... mais comme personne ne le sait... jusqu'à un acte sexuel entre une fille et un garçon » (ES, IME, femme).

— « Je crois qu'ils connaissent très peu, qu'ils ont jamais eu de rapports sexuels ou s'ils en ont eus... ça on peut pas présumer » (ETS, IME, homme).

Il faut toutefois préciser, et relativiser, qu'il s'agit là de la représentation des rapports sexuels dans une situation institutionnelle, c'est-à-dire sous le contrôle et le regard des personnels à vocation psychopédagogique.

La représentation des rapports sexuels des handicapés est donc à resituer dans l'interaction entre l'institution, l'éducateur et le handicapé.

— « Un garçon me dit : "Voilà, j'ai fait l'amour avec une amie"... je l'ai regardé... j'attendais qu'il me donne quelques précisions et il dit : "Oui, on s'est promené main dans la main, on s'est regardé dans le blanc des yeux et on a fait l'amour." Alors qu'il y avait là une conception qui ne correspondait pas à la réalité qui était plutôt imagée, romanesque, qui n'était pas vécue physiquement... corporellement. Vaguement ils s'imaginaient que l'homme et la femme ont des rapports sexuels, mais dans le détail, ils seraient incapables de l'explicitier » (psychologue, IME, homme).

À l'impossibilité supposée par les éducateurs à ce que les handicapés arrivent à avoir des rapports sexuels se surajoute l'explication donnée par un psychologue quant à leur impossibilité à les mentaliser.

À un autre niveau des rapports entre les sexes, on trouve la représentation du couple.

Dans la majorité des cas, le thème du couple n'a pas été abordé. C'est un thème qui apparaît en creux dans le discours sur la sexualité.

La nature même de la sexualité des handicapés (agressive, inhibée et séparée de l'expression affective) semble incompatible avec l'idée du couple, qui supposerait l'existence de liens stables entre les deux partenaires.

D'autre part, les conditions de la vie institutionnelle empêchent la cohabitation entre un homme et une femme. Le couple ne devient possible qu'à l'extérieur de l'institution.

— « Un garçon qui avait un QI pas loin de la normale, plutôt caractériel, pas toujours très équilibré. Ce garçon est arrivé chez nous, il se débrouillait mieux que les autres (...). Ils ont qu'un moyen, c'est de fuguer, alors ils sont partis pendant un mois. On n'a pas eu de nouvelles et la famille non plus. Quand ils sont revenus, ils ont manifesté le désir de vivre ensemble » (ETS, CAT, homme).

— « Ce qui serait chouette, c'est qu'il y ait des couples... bon sans les marier ni rien, mais... enfin que ça dure un minimum » (ES, foyer, femme).

Le thème du couple occupe un statut paradoxal dans la mesure où il marquerait la transgression de l'interdit institutionnel et témoignerait de l'autonomie relative des handicapés. Cependant, dans la mesure où il a été le plus souvent associé au thème de l'enfant, les éducateurs ont préféré continuer à en nier la possibilité. Ce thème est resté dans la perspective de l'idéal de la normalisation des handicapés, en tant que solution souhaitable mais impossible du fait des contraintes institutionnelles et constitutionnelles.

L'analyse des différents thèmes qui constituent la représentation de la sexualité des handicapés mentaux par les éducateurs fait apparaître une différence de statut entre, d'une part, les thèmes qui relèvent des pratiques considérées comme perverses et, d'autre part, les thèmes qui renvoient aux relations sexuelles (*stricto sensu*).

Les trois premiers thèmes occupent une place prépondérante dans le discours des éducateurs. Le « verbiage », la masturbation et l'homosexualité qui sont plus ou moins tolérés dans les institutions sont décrits par les éducateurs comme des pratiques qui empêcheraient le développement psychosexuel « normal » des handicapés.

Par contre, les rapports sexuels qui sont frappés d'un interdit institutionnel massif sont perçus comme souhaités mais impossibles à réaliser par les handicapés.

L'intrication entre la dimension institutionnelle de la sexualité semble occultée. Les éducateurs expliquent les pratiques sexuelles « perverses » comme étant déterminées à la fois par l'interdit institutionnel et la constitution psychosexuelle des handicapés. Mais là où l'interdit est le plus strict (à propos des rapports sexuels), c'est le recours à la **constitution déficiente** qui prédomine pour rationaliser la représentation et lui donner sa cohérence.

L'insistance avec laquelle l'explication constitutionnelle, quant à l'impossibilité des rapports sexuels, est donnée, nous conduit à poser

l'hypothèse d'un aveuglement par rapport à la fonction de l'interdit. Cet interdit est en dissonance avec les positions idéologiques conscientes (permissives), mais il fonctionne comme instance de sécurisation. Nous reviendrons sur cette hypothèse au moment d'aborder les régulations de la sexualité.

Les représentations que les éducateurs attribuent aux parents

Les éducateurs ont mis beaucoup d'insistance pour affirmer que les handicapés « ont une sexualité », « qu'ils ont droit au plaisir ». Ce discours a été, dans la majorité des cas, resitué par rapport au discours qui est attribué aux parents.

Les éducateurs ont défini, très schématiquement, la représentation et la position des parents à l'égard de la sexualité des handicapés.

À entendre les éducateurs, la représentation des parents est diamétralement opposée à la leur, et coupée de la « réalité » à laquelle, eux éducateurs, ont accès.

— « Les parents ne le remarquent pas, le voient pas et refusent de le voir. Ils sont comme l'autruche. Ils se cachent les yeux parce qu'ils veulent pas... pour eux c'est pas possible. Les parents refusent la sexualité... enfin la plupart... leur enfant c'est encore un bébé » (ES, foyer, femme).

— « Ils trouvent que la sexualité de leur gars est inexistante... pour eux, ça n'existe pas, il n'a pas de quéquette. On a un cas ici d'une mère... le plus flagrant et c'est le gars qui nous pose le plus de problèmes à ce niveau-là, qui recherche absolument toutes les filles » (ES, foyer, homme).

De plus, la négation de la sexualité des handicapés par les parents produirait des effets incitateurs, considérés comme désastreux par les éducateurs. Plus la sexualité de l'enfant handicapé est niée par les parents, plus celle-ci se manifesterait de façon ostentatoire et agressive dans l'institution, sous les yeux des éducateurs.

— « On sent qu'il a des périodes d'agressivité, il peut devenir très violent... il fait partie de ces jeunes qui sont très encadrés par les parents, plus que surprotégés avec des parents... une mère complètement malade et délirante... » (ES, foyer, femme).

Les éducateurs établissent donc une relation très importante entre la représentation qu'ils attribuent aux parents et la sexualité de leur enfant. Ce faisant, ils tentent de démontrer que le modèle négateur de la sexualité, qui n'est pas le leur, engendre les problèmes les plus importants au niveau de la sexualité.

2) LES PARENTS

Les représentations des parents

Les parents que nous avons interviewés ont beaucoup moins parlé des pratiques sexuelles diverses des handicapés que les éducateurs, et pour cause, dans la mesure où il s'est globalement agi de dénier la sexualité des handicapés mentaux.

La représentation globale des parents peut être considérée comme le **négatif** de celle des éducateurs.

Autant les éducateurs ont insisté, minutieusement, sur les facettes des pratiques multiples, « polymorphes », des handicapés, autant les parents ont insisté et mis au premier plan les **composantes affectives intenses de la vie relationnelle des handicapés**.

En schématisant à l'extrême, les parents ont littéralement déssexualisé les handicapés (surtout lorsqu'il s'agissait de leur propre « enfant ») :

— « La sexualité se pose à 90 % au point de vue sentiment, au point de vue acte sexuel, elle se pose pratiquement pas » (Mme C...).

Cependant, même si les parents essaient de donner une représentation déssexualisée des handicapés, leur discours recèle des contradictions nombreuses qui révèlent qu'il s'agit d'une entreprise de dénégation qui fonctionne comme un mécanisme de défense à l'égard des questions de l'autonomie du handicapé et de l'enfant du handicapé.

La question de la sexualité semble constituer pour les parents une menace profonde qui viendrait remettre en question leurs projets et leur emprise sur le handicapé.

La dénégation de la sexualité permet aux parents de maintenir présente l'image d'un handicapé qui reste un enfant éternel :

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

La représentation exprime, dans une certaine mesure, le désir des parents et le fantasme que le handicapé est toujours un enfant. Cependant, si les parents sont formels en ce qui concerne leur « enfant » qui, lui, ne leur « pose jamais de problèmes », la sexualité est de l'ordre du possible en ce qui concerne d'autres handicapés.

— « Ce nouveau problème, qui un jour va arriver, pour certains ça n'arrivera jamais... C'est prouvé médicalement que pour certains le sen-

timent sexuel ne parviendra jamais à sa pleine maturité, ce sera toujours l'état moyen et même pour certains ça ne viendra jamais... les médecins l'ont dit, l'ont déclaré » (M. P...).

L'entourage immédiat, institutionnel ou extérieur, du handicapé est souvent perçu comme beaucoup plus sexualisé que l'enfant des personnes interviewées. Ce sont toujours les « autres » qui viendraient provoquer cet « enfant » :

— « Il a fallu que j'intervienne personnellement auprès de la mère de la jeune fille en lui disant que Mimi cherche Bernard et elle le cherche... on est certain qu'elle le cherche... » (M. P...).

— « J'en connais un qui achète des livres porno. Ma fille m'a dit qu'un de ses copains lui avait prêté un livre nettement mieux que celui que je lui avais acheté » (Mme C...).

Pendant, dans quelques cas, la masturbation est reconnue et acceptée :

— « Avant d'en arriver à des rapports sexuels, je pense qu'il y a des pratiques solitaires notamment qui doivent s'effectuer » (M. L...).

— « J'ai une fille handicapée... elle s'est masturbée comme beaucoup et puis elle a trouvé son bonheur comme ça. Un jour je rentre chez moi, ma fille devait avoir 8 ans, elle était assise en tailleur... en tailleur sur le divan... elle dit... regarde maman je caresse... Ben on n'était pourtant pas des milieux exhibitionnistes, elle avait trouvé ça toute seule et elle n'avait aucune inhibition vis-à-vis de ça. Maintenant elle a 42 ans, ça lui a cessé toute seule parce que ça ne doit plus l'intéresser, mais elle n'a jamais eu envie d'aller vers un garçon » (Mme F...).

Par contre, aux yeux des parents, les handicapés auraient une affectivité très développée, et même, dans certains cas, beaucoup plus développée que celle des « normaux » :

— « Le problème des handicapés est un petit peu différent parce que disons que leurs sentiments à eux ne sont pas entachés par rapport à nous qui nous croyons normaux. Ils ont, disons, un avantage sur nous, c'est que leur sentiment est un sentiment qui est droit, qui n'a pas de trucs tordus. On va au but... on aime quelqu'un et puis on le prouve, on l'embrasse, on l'aime, mais sans arrière-pensée » (M. P...).

Les handicapés seraient donc caractérisés par une « affectivité pure », détachée de la génitalité. Cette affectivité, débordante, est présentée comme un facteur de stabilité relationnelle :

— « C'est pas du boniment eux, quand ils aiment ils aiment, c'est pas les petites histoires qui se passent malheureusement partout. On se marie et quinze jours après on divorce et puis on va galoper ailleurs... chez eux le butinage, ils savent pas... le butinage, ils s'arrêtent à un et puis ça y est quoi, on s'arrête et puis c'est bien à l'arrêt » (M. P...).

Les représentations que les parents attribuent aux éducateurs

Les représentations que les parents attribuent aux éducateurs sont toujours articulées à leur pratique et à l'influence qu'ils exerceraient sur les handicapés.

Pour les parents, les représentations des éducateurs (qui sont rarement énoncées en tant que telles) sont indissociables de leur pratique professionnelle. Plutôt que de représentations, c'est d'attitudes qu'il s'agit dans ce cas-là :

— « Dans les établissements, c'est pareil, on ignore le problème de la sexualité... cette jeune qui s'était même pas rendu compte que ce couple de handicapés qui se tenaient par la main c'était quelque chose de flagrant... Pour eux ça se limite à l'acte sexuel... le reste, on ne sait pas ce que c'est... c'est dramatique » (Mme B...).

Les éducateurs auraient tendance à remarquer prioritairement les pratiques sexuelles génitales et à ignorer ce qui relève de l'affectivité. Cependant, il faut préciser que la citation que nous avons mentionnée ci-dessus est la seule dans laquelle un parent attribue un contenu « sexuel » à des attouchements, caresses, etc., généralement perçus comme non sexuels par l'ensemble des parents.

Pour une partie des parents, les éducateurs auraient une méconnaissance profonde de la vie affective des handicapés du fait de leur focalisation sur les pratiques génitales.

Les parents reconnaissent le décalage qui existe entre eux et les éducateurs, et le déplorent dans la mesure où les valeurs des éducateurs sont transmises aux handicapés :

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

— « Ils ont réussi à mettre dans la tête de ma fille que sa place n'était pas au foyer... le mal est fait... pour la sexualité, c'est pareil. Des moniteurs qui vivent ensemble se marient un ou deux ans après... tout ça ils le savent » (Mme C...).

Nous avons présenté, en premier lieu, les représentations de la sexualité des handicapés mentaux que les parents et les éducateurs ont élaborées, dans la mesure où il était important de repérer l'objet du discours (au travers de la représentation qui en est donnée).

Les éducateurs et les parents sont en contact quotidien avec les handicapés, les uns en situation institutionnelle et professionnelle, les autres en situation familiale. Les uns et les autres ne tissent pas avec les handicapés des rapports de même nature.

Compte tenu de ces décalages, et en dehors du fait de savoir si les parents et les éducateurs perçoivent ou non des « réalités » différentes de la vie sexuelle et affective des handicapés, parents et éducateurs en donnent des représentations fondamentalement divergentes.

Pour les éducateurs, il s'agirait d'une vie sexuelle essentiellement **agie** sous des formes non génitales, et dégagée de l'affectivité. Sans aller jusqu'à affirmer que les éducateurs se représentent les handicapés comme dépourvus d'affectivité, ils se représentent, en tout état de cause, les manifestations sexualisées qu'ils décrivent comme éloignées de manifestations d'affectivité, de tendresse, voire même d'amour.

Ces manifestations sexualisées sans affectivité constituent la part la plus importante de leur représentation de la sexualité des handicapés mentaux.

Pour les parents, en dehors de quelques pratiques masturbatoires et de quelques attouchements (perçus comme déssexualisés), les handicapés (et surtout leur « enfant ») n'auraient pas de vie sexuelle au sens large, ni d'expression génitale. Par contre, les handicapés seraient des êtres débordant d'affectivité, celle-ci apparaissant comme l'élément déterminant de leur vie amoureuse relationnelle.

Parents et éducateurs ne se représentent donc pas la même chose lorsqu'ils parlent de la sexualité des handicapés. De plus, chacun des deux groupes est fortement conscient du décalage existant avec l'autre groupe sur le plan de la représentation ; chacun des deux groupes attribue, en effet, à l'autre groupe des représentations (voire même des attitudes) différentes des siennes ; ces représentations ayant un effet sur les handicapés.

Pour les éducateurs, la négation de la sexualité des handicapés par les parents produirait, en partie (ou du moins renforcerait), les comportements dont ils se disent être les témoins. Pour les parents, la méconnaissance des éducateurs et surtout leurs attitudes auraient pour effet de « donner des idées » aux handicapés.

Ainsi, le décalage entre parents et éducateurs que nous avons pu dégager de l'analyse de leurs représentations est-il renforcé par les représentations que chacun des deux groupes attribue à l'autre.

En plus du fait qu'ils n'ont effectivement pas la même représentation de la sexualité des handicapés, chaque groupe est conscient que l'autre n'accepte pas très bien sa vision des choses. Ce qui cause d'autant plus le fossé qui les sépare.

Les représentations de l'autre groupe

Dans la mesure où les parents et les professionnels sont amenés à collaborer et à négocier les options éducatives qui seront mises en œuvre auprès des handicapés, l'autre groupe occupe, sur le plan de la réalité, une place importante.

Les entretiens font apparaître que l'autre groupe occupe aussi une place importante sur le plan de l'imaginaire. Chacun des deux groupes construit une représentation de l'autre groupe dans laquelle celui-ci fonctionne comme interlocuteur imaginaire.

Ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, « l'autre groupe » (et notamment ses attitudes par rapport à la sexualité) est présenté comme jouant un rôle important dans la genèse des manifestations sexualisées des handicapés.

Dans ce chapitre, nous souhaitons repérer et analyser la représentation de l'autre groupe, non plus en tant que support de représentations contradictoires, mais comme élément d'une transaction entre les deux groupes ; et ceci avant d'envisager, dans les chapitres suivants, les points qui font l'objet des transactions entre les deux groupes.

1) LA REPRÉSENTATION DES PARENTS PAR LES ÉDUCATEURS

Cette représentation est fondée sur les rencontres et les discussions que les deux groupes ont l'occasion d'entretenir, soit dans le cadre de l'institution, soit à l'occasion de rencontres ponctuelles.

Ainsi, pour les éducateurs, les parents persistent à percevoir et à considérer leur « enfant », quand bien même celui-ci est un adulte, comme un enfant éternel lui déniait, de ce fait, toute possibilité d'autonomie et de vie sexuelle :

— « Pour eux, il a toujours 8 ans » (ETS, CAT, homme).

— « Leur enfant est encore un bébé... ils les considèrent comme des petits... c'est leur petit bébé... même quelquefois ça pousse jusqu'à être leur gros bébé » (ES, foyer, femme).

Le fait de considérer le handicapé comme un enfant maintient les parents dans un état d'inquiétude permanente, entretenu par la séparation que constitue le placement en institution. Pour les éducateurs, les parents ont des difficultés à accepter ce placement et à les investir de leur confiance. Cette inquiétude se manifeste, notamment, dans les accusations dont les éducateurs se croient l'objet.

« Elle a dit ça au cours d'une réunion sur la sexualité quand il y a eu le problème de la fille enceinte... Quand on lui a dit que son fils nous posait des problèmes, elle l'a nié absolument, elle a dit : "C'est pas possible, c'est pas vrai ce que vous me racontez ou alors vous nous les débauchez ici... parce que chez moi j'ai jamais eu ce problème" » (ES, foyer, homme).

Le très fort attachement des parents à leur « enfant » et le manque de confiance dont ils font preuve à l'égard des équipes éducatives renforcent le maintien du handicapé dans son absence d'autonomie. Ce à quoi les éducateurs s'opposent en tentant de convaincre les parents d'une possibilité d'autonomie :

— « J'en ai eu l'occasion vis-à-vis d'une jeune fille dont les parents vont partir à la retraite en province... il m'apparaissait important de dire à la famille : "Quand vous partirez en province, est-ce que vous allez obliger votre fille majeure handicapée de vous suivre ou est-ce que vous lui permettrez de décider autrement en raison de ses liens d'affection qu'elle peut avoir à Paris avec d'autres camarades de son lieu de travail." Toute cette dynamique est de permettre que le handicapé adulte soit reconnu comme un adulte » (directeur, CAT, homme).

On perçoit ainsi que la représentation des parents par les éducateurs ne joue pas simplement dans la relation parent/handicapé, mais qu'elle

constitue l'arrière-plan des relations entre les parents et les éducateurs. En effet, selon les éducateurs, les contacts avec les parents sont considérés comme très importants dans la mesure où ils peuvent « faire évoluer » les parents :

— « On leur a dit “votre fille est comme les autres jeunes filles, elle a envie d'avoir des rapports sexuels, elle a un petit copain, elle a envie de vivre comme les jeunes de son âge”. Bon, petit à petit, en discutant avec eux, ça leur paraît possible, mais il y a plein de mais » (infirmière, CAT).

Les éducateurs se sentent fortement investis de leur « mission » auprès des parents, d'autant plus que les discussions qui peuvent avoir lieu à propos des handicapés ont aussi pour objet de « faire évoluer » les parents par rapport à leur propre problématique sexuelle.

— « On a des réunions le soir avec des parents volontaires, le sujet qui revenait, c'était la sexualité. On n'intervenait pas en tant qu'éducateurs. C'est surtout les parents qui parlaient entre eux de leur sexualité et aussi de l'acceptation ou non de la sexualité de leur enfant » (ES, IME, homme).

Cette « mission » des éducateurs trouve aussi son fondement dans la représentation qu'ils donnent de l'« incohérence » des parents, notamment à propos des décisions concernant le choix d'une méthode contraceptive.

— « Elle avait pris contact avec un gynécologue pour prendre conseil, et le gynécologue lui avait conseillé une pilule d'essai. Peu de temps après, la mère n'accepte plus du tout la pilule. Elle considérait que la pilule était un feu vert à la sexualité... Et, tout récemment, j'ai appris que la mère avait pris une solution radicale, c'était la ligature des trompes... comme ça plus aucun problème » (ETS, CAT, homme).

Enfin, dans quelques cas, les éducateurs ont parlé de pratiques incestueuses dont les handicapés seraient l'objet, dans leur cadre familial. Ces pratiques peuvent prendre des formes variées, depuis de simples attouchements occasionnés par les soins quotidiens :

— « Mais je suis sûr que y en a qui les lavent encore... y en a qui racontent ça d'une façon naïve... Une mère m'a raconté : “Oh le matin... je sens une grosse boule qui vient se frotter contre moi et alors... comme ça... mais il est gentil... c'est mon nounours” » (ETS, IME, homme).

Dans certains cas (rares), on a fait état de pratiques vraiment incestueuses :

— « L'année dernière j'avais un adolescent qui vivait seul avec sa mère et qui avait des relations sexuelles avec elle... il y avait pas de père... le garçon m'en a parlé au bout de plusieurs mois d'entretiens...

mais évidemment la mère s'est bien gardée d'évoquer... d'abord parce qu'elle redoutait d'avoir des ennuis et puis parce que ces choses-là, ça ne doit pas sortir du cercle familial » (psychologue, IME, homme).

Les parents sont donc perçus par les éducateurs comme inquiets quant au devenir des handicapés, très fortement attachés à leur enfant de façon à lui interdire toute possibilité d'autonomie, et incohérents aux moments des prises de décisions importantes. Cette constellation d'attitudes est, par ailleurs, surchargée par l'évocation de possibles (et rares) pratiques incestueuses. **Cet ensemble tend à présenter les parents dans une position archaïque dominée par l'irrationnel et une dimension affective névrotique.**

Dans le cadre de cette « transaction imaginaire » qui se construit à partir de la représentation de l'autre groupe, il faut aussi mentionner les représentations que les éducateurs pensent donner d'eux aux parents.

Cette représentation apparaît comme très ambivalente. D'une part, les éducateurs se perçoivent dans le regard des parents comme des spécialistes capables de mieux gérer l'existence de l'enfant handicapé.

— « Ici, on est vécus comme des spécialistes par l'extérieur et par les familles. Des gens qui vont réussir avec leur gosse, là où ils ont échoué... Pour les familles, nous on saurait faire. Ce qui ne veut pas dire qu'ils sont toujours d'accord avec nous, mais ils nous vivent globalement détenteurs d'un certain savoir » (ES, IME, femme).

D'autre part, ils se voient accusés par les parents de « favoriser la débauche » dans les institutions :

— « À propos d'une fille qui s'est retrouvée enceinte, elle était assez portée... elle se laissait faire et le père quand il l'a appris, il a dit que c'était un viol. Il avait même mis en cause les éducateurs du foyer » (ES, foyer, femme).

Les relations entre les deux groupes, telles qu'elles sont présentées du point de vue des éducateurs, semblent marquées par une forte mise à distance des parents, dans le cadre d'une opposition entre deux pôles : le pôle archaïque et irrationnel occupé par les parents, et le pôle éducatif occupé par les éducateurs.

Ainsi, dans cette « transaction imaginaire », les éducateurs se posent en **agents de changement** susceptibles de « faire évoluer » les parents.

Les relations entre les deux groupes sont sous-tendues par une dimension conflictuelle dans la mesure où la légitimité conférée aux éducateurs par leur statut reste entachée par les accusations des parents. Cependant, bien que conflictuelles, les relations avec les parents restent souhaitées dans la mesure où elles peuvent « faire évoluer » ces derniers.

— « Je sais pas si c'est les parents qu'il faut éduquer sexuellement, avant d'éduquer les jeunes... C'est sûr que les parents ont leur mot à dire... On a tout à gagner à leur parler et à tenir compte un minimum de leur avis quitte après à pousser plus loin... finalement on arrive à leur faire admettre un tas de choses » (ES, foyer, femme).

2) LA REPRÉSENTATION DES ÉDUCATEURS PAR LES PARENTS

Malgré les limites imparties à l'enquête sur le plan quantitatif, la représentation des éducateurs par les parents n'est pas apparue dans une dimension monolithique.

Les parents présentent, dans leurs représentations des éducateurs, des différences notables, suivant qu'il s'agit de père ou de mère et en fonction du sexe de leur « enfant » handicapé.

Le « hasard » qui a présidé à l'établissement de notre échantillon de parents a fait apparaître ces différences avec beaucoup de relief dans la mesure où les hommes étaient des pères de garçons, et les femmes des mères de filles.

Ainsi, dans notre échantillon, les mères de handicapées ont donné une représentation des éducateurs marquée par leur hostilité à l'égard de ceux-ci, ce qui n'apparaît pas avec autant de force chez les pères.

Les femmes ont donc insisté sur la dimension négative des éducateurs quant à leurs qualités et leurs compétences personnelles et professionnelles.

Selon une des mères, les éducateurs méconnaissent la sexualité des handicapés, notamment leur vécu et leur sexualité spécifiques :

— « Cette jeune qui ne s'était même pas rendu compte que ce couple de handicapés qui se tenaient tout le temps par la main... C'était quelque chose de flagrant... ça se limite à l'acte sexuel... le reste, on ne sait pas ce que c'est » (Mme B...).

Pour la même personne, cette méconnaissance n'est pas simplement due à une absence de formation professionnelle, elle renvoie aux caractéristiques personnelles des éducateurs :

— « Ce sont des gens qui viennent dans nos établissements pour chercher une structure sécurisante souvent... pour d'abord régler leurs propres problèmes et il y en a beaucoup. On s'aperçoit la plupart du temps que ce sont des jeunes assez paumés qui viennent, qui se cherchent » (Mme B...).

Il s'agit là de la représentation la plus négative et la moins nuancée des éducateurs qui associe l'incompétence professionnelle et les problè-

mes personnels. Face à ces éducateurs, les parents, et notamment les parents militant dans les associations, se perçoivent eux aussi comme des « agents de changement », et ce à l'occasion des rencontres dans les institutions :

— « Il y a eu une confrontation entre parents et équipes... les questions posées par les parents ont suscité de la part des équipes et des éducateurs des questions qu'ils ne s'étaient jamais posées auparavant » (Mme B...).

Dans d'autres cas, apparaît un autre type d'opposition aux éducateurs, fondée sur les divergences idéologiques liées aux différences de générations :

— « Les jeunes moniteurs de foyer sont pour une vie sexuelle libre... forcément, les jeunes d'aujourd'hui sont de leur temps, les parents comme moi sont de notre temps » (Mme C...).

Les divergences idéologiques sont dénoncées, car elles ont un impact sur les handicapés :

— « Ils sont charmants ces gars-là mais ils ont des idées bien arrêtées, alors pour des enfants influençables comme les nôtres c'est grave » (Mme C...).

Pour leur part, les pères se montrent plus nuancés dans leur représentation des équipes – leurs propos à l'égard des éducateurs sont beaucoup moins violents. Ils établissent une différence entre les directions des institutions et les jeunes éducateurs. Les directeurs sont investis de leur confiance et il est possible de collaborer avec eux :

— « Il m'est arrivé de par mes fonctions d'avoir à visiter des foyers et j'ai interrogé les directeurs de ces foyers pour demander comment ça se passait... c'est assez amusant car ces directeurs n'ont pas reçu d'instructions et ils appliquent une idéologie qui leur est proche et qui est assez pragmatique, mais enfin qui est assez simple et saine, me semble-t-il, c'est qu'ils ont droit à une vie affective et c'est dans le contexte de cette vie affective qu'ils pourront avoir une vie sexuelle et non pas comme certains pourraient le souhaiter une vie sexuelle pour elle-même » (M. L...).

Cette collaboration possible et souhaitée avec les directeurs, présentés comme ayant des attitudes raisonnables, ne touche pas les éducateurs. La collaboration avec les directeurs aurait même pour effet d'« encadrer » les éducateurs. Ainsi, à propos du recrutement des éducateurs :

— « C'est un directeur qui, s'entourant de précautions bien entendu, à partir de centres spécialisés, fait appel à des personnes avec quelques petits critères. On voit si ça peut être valable ou non, quelquefois on tombe sur des ennuis. La recherche de ces garçons et de ces

filles ne se fait pas au petit bonheur la chance. Le directeur essaie d'avoir les renseignements nécessaires... À ce moment-là, on peut être à l'écoute pour savoir si cette personne est tout à fait apte à pouvoir remplir le rôle qu'on attend d'elle » (M. P...).

Les relais « sûrs » que constituent les directeurs permettent à certains parents de « faire absolument confiance à ce personnel éducatif ».

Au-delà de ces différences de représentations entre les pères et les mères de handicapés, on peut noter différentes modalités de relations aux éducateurs. Ainsi, les mères qui donnent une représentation négative des éducateurs se perçoivent comme des agents de changement, capables de « faire prendre conscience de leurs limites aux éducateurs, alors que les pères, qui font une distinction très nette entre les directeurs et les éducateurs, se situent sur le terrain d'une possible collaboration avec les premiers ».

Enfin, les parents interrogés qui sont, comme nous l'avons déjà indiqué, tous militants dans des associations de parents d'enfants handicapés, opèrent une distinction importante entre eux-mêmes et d'autres parents qu'ils jugent rétrogrades, et par rapport auxquels ils se posent aussi comme agents de changement (notamment à propos de la sexualité).

Ces parents disent militer en faveur d'une reconnaissance par les autres parents de l'importance du problème de la sexualité, et en particulier de la contraception :

— « On a fait un soir une réunion de parents et puis on a flanqué sur la table le problème ; ça a provoqué un tollé général sauf 4 ou 5 familles, mais ça a été un tollé général parce qu'on osait aborder ce problème-là, on allait dire des choses abominables, alors qu'en fait c'est la vie des individus qui est en cause » (M. F...).

Ainsi, les parents militants se perçoivent-ils comme agents de changement autant par rapport aux parents « rétrogrades » et « pleins de tabous » que par rapport aux éducateurs qui « ignorent la sexualité des handicapés ».

Ainsi, ces parents affirment-ils avec force les droits du handicapé, tant sur le plan de la sexualité que sur le plan de l'autonomie, à l'encontre des obstacles qu'ils rencontrent, l'expression de ces droits.

On perçoit ainsi comment la « transaction imaginaire » permet de donner une représentation de soi, en même temps et au travers d'une représentation de l'autre (des autres) groupe(s).

— « Les équipes sont aussi ignorantes des problèmes de la sexualité que peuvent l'être les parents. Ça a été notre expérience » (Mme B...).

Nous venons donc d'examiner les représentations de l'autre groupe, en nous attachant, dans chacun des cas, à souligner les éléments consti-

tutifs de la « transaction imaginaire », ainsi que les positions adoptées (ou souhaitées) dans les interactions entre les deux groupes.

Il apparaît que chacun des deux groupes se pose en agent de changement par rapport à l'autre groupe, et cela en creusant le décalage entre ses propres positions et les positions de l'autre groupe. On assiste ainsi à une mise à distance de l'autre groupe (dans les deux cas), avec en même temps le souhait d'établir des contacts dans le but de « faire évoluer », c'est-à-dire de lui faire partager ses propres positions. Positions qui, comme nous l'avons vu à propos des représentations de la sexualité, sont divergentes, les deux groupes ne donnant pas la même définition de la « sexualité ».

C'est en construisant la représentation de l'autre groupe que parents et éducateurs se mettent le plus à distance les uns des autres.

Les régulations de la sexualité en institution et en famille

Sous le terme de « régulations de la sexualité », nous plaçons les pratiques de gestion de la sexualité dans les institutions, c'est-à-dire tout ce qui recouvre les interventions par rapport aux manifestations sexualisées des handicapés, mais aussi le discours qui accompagne ces pratiques.

Dans le matériel discursif que nous avons recueilli, il s'agissait de la partie la plus difficile à évaluer ; en effet, le discours portait autant sur le récit des pratiques en vigueur que sur le discours d'accompagnement de ces pratiques.

Les personnes interviewées ont raconté des situations à partir desquelles on pouvait interpréter leurs représentations sous-jacentes mais, en même temps, elles nous ont donné leurs propres interprétations de ces situations.

Cependant, éducateurs et parents n'étant pas les seuls acteurs, on s'est trouvé face à une constellation de discours attribués tantôt à l'autre groupe, tantôt à l'institution, voire aux handicapés eux-mêmes. Les régulations de la sexualité apparaissent comme le résultat de compromis entre des positions personnelles et des « réalités » institutionnelles ; des positions personnelles et des positions d'autres catégories de personnes ; elles reflètent aussi les décalages entre ce que l'on croit être obligé de faire et ce que l'on souhaiterait faire.

Nous allons donc tenter de restituer et de construire les éléments qui président aux conduites de régulation et qui en constituent la représentation, ceci conformément au principe qui a guidé notre analyse des discours, c'est-à-dire la distinction entre représentation et représentation des conduites.

1) LE DISCOURS DES ÉDUCATEURS

La représentation des conduites de régulation de la sexualité des handicapés mentaux en institution prend appui et s'articule sur la représentation de la sexualité. Rappelons brièvement que les éducateurs mettent l'accent sur les pratiques sexualisées non génitales (verbiage, masturbation, homosexualité), et présentent les pratiques génitales hétérosexuelles comme souhaitables mais difficilement accessibles (voire même inaccessibles) pour la majorité des pensionnaires.

Le « malaise » des éducateurs

Ce sont les éducateurs les plus jeunes, les moins formés et qui sont le plus au contact immédiat et quotidien avec des handicapés qui font part du malaise qu'éveille en eux la sexualité de ces derniers. La perception de ce malaise est d'autant plus forte qu'elle renvoie parfois les éducateurs à leur propre sexualité :

— « C'est vrai que quand on n'est pas tout à fait à l'aise dans sa sexualité, on a du mal à faire face à celle des autres ou à en parler librement » (ETS, CAT, homme).

Le fait d'aborder la sexualité des handicapés, dans des discussions en équipe, développe une angoisse de dévoilement, comme si parler de la sexualité des handicapés était entendu par les autres comme parler de sa propre sexualité.

Cette représentation a pu être **élaborée par un psychologue** :

— « Moi personnellement, de par mes fonctions, j'ai un regard un peu plus attentif vis-à-vis des problèmes touchant à la sexualité des adolescents... Je soulève pas mal d'observations autour de moi... de sourires qui cachent quand même une certaine gêne, une certaine réserve et même une certaine provocation... On me désigne un peu comme je ne dirais pas... l'obsédé sexuel de la maison, mais celui qui a l'étiquette de la préoccupation sexuelle » (psychologue, IME, homme).

Ainsi, ce malaise qui résulte de la confrontation entre la sexualité des handicapés et la sexualité de l'éducateur provoque-t-il une certaine inhibition. En ayant l'impression d'une confusion entre les réponses

personnelles et les réponses institutionnelles, les éducateurs préfèrent s'abstenir et se réfugier dans le silence.

— « On est très rapidement bloqués, on est un peu touchés par ça... C'est pas facile de parler de la sexualité, de donner une réponse à une question. Quotidiennement quand on est interpellés, notre réponse, elle vient de nous... en fait elle donne une sensation de malaise ou elle n'en donne pas, elle est détournée ou refoulée... ça reste pour nous » (ES, IME, homme).

L'idéologie sexuelle des éducateurs

La permissivité apparaît comme la position idéale des éducateurs. Cette attitude repose sur la reconnaissance des droits des handicapés à mener une existence autonome sur tous les plans.

Cette adhésion idéologique accompagne le projet pédagogique des éducateurs, en vertu duquel les handicapés mentaux devraient accéder à une prise en charge de leur propre existence.

Ainsi, l'apprentissage d'une vie sexuelle harmonieuse est-il inclus dans l'apprentissage général des fonctions sociales :

— « Je pense que les handicapés ont droit au plaisir sexuel... Moi c'est surtout pour le plaisir... Ils n'ont pas ce plaisir-là. Ils sont différents à tous les niveaux, au niveau travail, il y a quand même une grande différence, mais si on pouvait leur apprendre, leur montrer ça... » (ES, foyer, homme).

Cependant, l'affirmation d'une position permissive se situe toujours à un niveau de généralité qui a rarement été illustré par des situations concrètes, dans lesquelles les éducateurs auraient mis en pratique leur adhésion au principe de la permissivité. Même avec ces restrictions, l'adhésion au principe de la permissivité tient une place importante dans les rationalisations et les explications apportées aux conduites mises en œuvre.

— « Moi j'essaie de les comprendre aussi, c'est quand même malheureux qu'on puisse pas leur accorder la sexualité parce que... ils travaillent en CAT, au foyer il y a certaines contraintes et on peut pas tout leur supprimer non plus » (ES, foyer, femme).

Les éducateurs revendiquent, sur le plan idéal, le droit à la sexualité pour les handicapés, mais, dans la pratique, ils se présentent comme contraints d'exercer une action répressive, sous les pressions des forces extérieures (l'institution, les parents), en même temps qu'ils vont trouver des arguments à l'appui de la répression dans les caractéristiques qu'ils attribuent à la sexualité des handicapés mentaux.

Les « contraintes » de l'institution

Dans leur confrontation directe à la sexualité des handicapés, les éducateurs trouvent à la fois des limites et un soutien en l'institution.

L'institution impersonnelle émet des règles de fonctionnement qui paraissent imposées aux éducateurs et aller à l'encontre de leur idéal permissif. L'idéologie permissive réapparaît ici en creux comme un élément contrarié par les contraintes institutionnelles :

— « Je suis tombé sur cette fille et ce garçon qui finissaient d'avoir un rapport sexuel... j'étais embêté. Je suis tombé par hasard sur eux. Dans mon for intérieur, je trouvais normal qu'ils aient des rapports sexuels mais, au sein de l'institution, ce n'est pas possible. J'étais à la fois obligé de leur dire que c'était normal et de prévenir de ce que je venais de voir » (ETS, foyer, homme).

Il s'agit d'un premier niveau d'analyse qui fait apparaître l'aspect contraignant du règlement institutionnel et sa contradiction avec les positions personnelles. Mais, à un autre niveau d'écoute des discours, la distinction avec les positions institutionnelles s'estompe. L'interdit posé par l'institution « rendrait service » aux éducateurs qui l'assument en le reprenant à leur compte :

— « Je le vis pas trop mal parce que je n'ai pas eu de confrontation. Je n'ai pas été impliqué jusqu'à présent donc je le supporte pas comme une contrainte. La contrainte, elle est pour les jeunes, mais c'est une contrainte au niveau de ce qu'on peut se représenter, de ce que moi je me représente » (ES, foyer, homme).

La réglementation institutionnelle apparaît dans une autre dimension. Alors que ce qui a été mis en avant est de l'ordre de la contrainte, elle semble plutôt fonctionner comme une médiation institutionnelle et interpersonnelle qui va faire l'économie de bien des conflits.

Bien souvent, d'ailleurs, dans l'histoire des institutions, la mise au point d'une règle stricte (c'est-à-dire d'un interdit explicite portant sur les relations sexuelles entre pensionnaires) a été élaborée à la suite d'un conflit. Ainsi, dans l'une des institutions que nous avons visitées, c'est à la suite d'une grossesse survenue chez une jeune femme handicapée que la direction de l'institution a décrété l'interdit des relations sexuelles en même temps que la prescription d'une méthode contraceptive comme critère d'admission et de maintien dans l'institution.

Contrairement à ce qu'auraient pu laisser entrevoir les présupposés idéologiques des éducateurs, cet interdit posé de façon stricte et autoritaire n'a pas suscité de réactions agressives de leur part à l'égard de l'institution. Il a plutôt été mis en pratique de façon souple, c'est-à-dire que les éducateurs n'ont pas adopté d'attitudes franchement répressi-

ves, mais se sont contentés d'exercer une surveillance discrète auprès des pensionnaires :

— « L'interdit, il est là quand même aux locaux, on leur interdit pas le week-end de sortir avec une copine, je ne dis pas qu'on ferme les yeux parce que quelquefois on sait ce qu'ils font et quelquefois on sait pas, on cherche pas, en principe ça fait partie de leur vie privée » (ES, foyer, femme).

— « Il est certain que quand ça allait trop loin on intervenait, on arrêtait... ils se tenaient par le cou, on disait rien. Tandis que maintenant on voit un garçon et une fille se tenir par le cou, on intervient... on leur dit halte-là... pendant six mois dès qu'on voyait un gars et une fille ensemble, on avait très peur et on arrêtait tout » (ES, foyer, homme).

La formulation stricte de l'interdit par les instances institutionnelles a pour effet de déplacer le lieu de conflit. Les éducateurs ne sont plus « livrés à eux-mêmes », mais mis en position d'accepter ou de refuser, en tout cas de négocier avec l'institution. L'interdit institutionnel sur les relations sexuelles permet des aménagements secondaires. Ainsi, certaines relations homosexuelles qui ne sont pas directement frappées d'interdit sont tolérables lorsqu'elles ont lieu en dehors du « regard » de l'institution :

— « J'ai vu deux garçons ensemble... je ferme les yeux généralement à partir du moment où ça ne gêne pas les autres... je les ai surpris dans leur chambre en train de se masturber... j'ai rien dit, je leur ai dit d'aller à table, c'était terminé, je leur ai fait aucun reproche... j'ai fait celle qui n'a rien vu... je les ai surpris plusieurs fois comme ça et j'ai absolument rien dit » (ES, foyer, femme).

L'interdit posé par l'institution permet ainsi aux éducateurs d'aménager des zones de tolérance.

À l'inverse, lorsqu'une éducatrice en arrive à imaginer une institution dans laquelle les rapports sexuels seraient tolérés, cette représentation apparaît comme difficile à supporter :

— « Les foyers pour malades mentaux, je suis allée en voir quelques-uns, je sais pas s'ils ont autorisé les rapports sexuels, en tout cas, s'ils sont tolérés, ça donne pas une image très rassurante » (ES, foyer, femme).

Et de justifier de cette façon l'interdit institutionnel par des nécessités constitutionnelles :

— « C'est ce qu'on essaye d'imaginer, l'interdit enlevé. On imagine que les rapports qu'ils pourraient avoir ne seraient ni satisfaisants ni harmonieux pour la plupart d'entre eux, car la population qu'on a ici c'est un peu spécial » (ES, foyer, femme).

On a aussi recours aux handicapés lorsqu'ils expriment leur intolérance à l'égard des manifestations sexualisées de certains pensionnaires. Ce serait pour répondre aux exigences des handicapés eux-mêmes que les éducateurs seraient contraints d'intervenir. La référence ainsi posée aux exigences des handicapés permet de se dédouaner par rapport à l'idéal permissif :

— « À partir du moment où ça s'est passé à table et où les autres ont commencé à se révolter et à ne pas accepter, bon là je suis intervenue, je leur ai dit d'arrêter que c'était pas l'endroit, mais je crois que c'est la seule fois où j'ai été obligée de le faire parce que les jeunes ont pas supporté ça » (ES, foyer, femme).

Au niveau institutionnel, l'interdit permet d'assurer la cohésion et la cohérence des pratiques des éducateurs. Il permet d'éviter les discussions de fond qui renverraient chacun à sa problématique personnelle perçue comme menaçante. La menace personnelle de dévoilement est abordée, au niveau institutionnel, en termes d'éclatement et de conflit :

— « Les gens sont venus travailler avec un certain objectif, si demain on les met en face d'autres objectifs et d'autres manières de voir les choses ils risquent même d'avoir des réactions de panique et d'angoisse et ça risque de foutre en l'air toute l'institution » (psychologue, IME, homme).

— « S'il y avait une équipe plus solide, on pourrait adopter un autre point de vue, puis au moins en parler, adoucir le truc... » (ETS, CAT, homme).

En fait, l'interdit, même s'il n'emporte pas l'adhésion totale de la part des équipes, leur permet de prendre position à son encontre. La cohérence du groupe se construit sur la base d'une opposition de principe à l'interdit :

« Je pense que tout le monde est d'accord ici, interdire, c'est pas l'idéal » (ES, foyer, femme).

Les « exigences » des parents

Dans le domaine des conduites, la représentation des positions de l'autre groupe n'apparaît pas simplement comme un élément qui permet d'évaluer la distance entre les deux groupes, mais aussi comme un élément de contrainte qui obligerait les éducateurs à modifier les conduites qu'ils souhaitent mettre en œuvre.

Dans ce contexte, le discours qui est attribué aux parents fonctionne comme un élément supplémentaire de détermination des conduites, d'autant plus que les parents occupent une position de pouvoir qui donne force de loi à leurs exigences.

Les exigences des parents sont perçues par les éducateurs de façon d'autant plus contraignante que, comme nous l'avons vu à propos des relations entre les deux groupes, les éducateurs se perçoivent à l'égard des parents comme agents de changement. Ce qui est l'objectif assigné aux rencontres et discussions avec les parents :

— « Nous avons à nous situer vis-à-vis des parents comme ceux qui permettent au handicapé mental adulte d'être adulte ; c'est un travail de longue haleine » (directeur, CAT, homme).

Les exigences des parents sont perçues par les éducateurs comme allant dans le sens d'une répression plus grande et plus sévère de la sexualité des handicapés :

— « Ils nous demandent pratiquement d'être des gardes-chiourme, de les avoir sous les yeux tout le temps... c'est pas supportable » (ES, foyer, femme).

— « Pour beaucoup de cas, les parents ont bien dit que c'était un des sujets à surveiller en premier que leur fille ou leur garçon n'ait absolument pas la possibilité d'exercer leur sexualité et puis qu'il fallait qu'ils en sachent pas trop là-dessus » (ETS, CI, homme).

Les éducateurs n'ont pas toujours de relations directes avec les parents, lesquelles s'effectuent beaucoup plus par l'intermédiaire des directions d'établissement, les médecins et les psychologues :

— « Nous on a rarement de contacts avec des parents ; l'établissement fonctionne avec une association de parents. C'est eux qui sont assez puissants dans toutes les décisions à prendre... Y a des rapports bizarres avec les parents. Les parents téléphonent beaucoup à la directrice pour se plaindre » (ETS, CAT, homme).

Conséquemment, les rapports avec les parents, qui sont souhaités dans certains cas, peuvent apparaître aux yeux des éducateurs comme menaçants et comme source de conflits.

Au terme de cette analyse, on peut entrevoir la multiplicité des positions extérieures entre lesquelles les éducateurs tentent d'élaborer leur proposition. Ils tissent ainsi un réseau complexe de justifications et rationalisations des conduites qu'ils sont contraints d'adopter.

On se trouve alors face à un premier décalage : les idéologies permissives ne résistent pas au choc du malaise provoqué par les manifestations sexualisées des handicapés.

La confusion entre les positions personnelles et les positions institutionnelles, lorsque les éducateurs se sentent mis en position de dévoiler leurs positions personnelles, provoque un autre malaise.

Dans ce contexte, l'énoncé d'une règle stricte par l'institution (notamment l'interdit sur la sexualité) remplit une fonction de sécurisa-

tion. Cela constitue un point de repère à partir duquel il est possible de se situer, de négocier et d'aménager des espaces de tolérance.

La mise en œuvre de l'interdit qui va à l'encontre de l'adhésion à la permissivité nécessite, en outre, une série de rationalisations attribuées aux exigences des handicapés eux-mêmes et des parents.

Les éducateurs acceptent le statu quo institutionnel dont ils disent, au premier abord, qu'il constitue une contrainte, mais qui, en dernière analyse, leur permet de trouver un équilibre précaire entre leurs propres exigences, leurs idéaux et leurs pratiques.

2) LE DISCOURS DES PARENTS

Rappelons que le discours des parents quant à leurs conduites est à resituer par rapport à leur représentation de la vie sexuelle des handicapés, marquée par la prédominance de l'affectivité et une relative désexualisation.

On a pu repérer les représentations des conduites des parents, dans deux domaines :

- leurs relations directes avec leur « enfant » en situation familiale ;
- les régulations qu'ils souhaitent faire appliquer dans les institutions, par les éducateurs.

Comme ces deux situations, les conduites des parents contrastent étrangement avec la dénégation de la sexualité de leur enfant dans la mesure où, globalement, ils mettent en œuvre une surveillance très stricte de la vie privée de celui-ci. Comme s'ils n'étaient pas persuadés du bien-fondé de leurs allégations.

En situation familiale :

— « Il y a eu un après-midi... ils étaient à tourner des disques et ils ont poussé la porte et ils étaient tous les deux assis, il a fallu qu'on intervienne en disant bon ben c'est pas tout... le temps est mauvais, il va pleuvoir, il vaudrait mieux que tu rentres à la maison. On a essayé de trouver une formule pour dire à un moment... on ne savait pas ce qui aurait pu se produire, parce qu'en fait, il ne faut pas deux heures pour faire l'acte conjugal... l'acte sexuel... ça aurait pu se produire » (M. P...).

En institution :

— « Il pourrait se produire des événements, ben disons que là, les moyens de surveillance sont tels que jusqu'à maintenant le CAT où il est. On n'a pas éprouvé de difficultés » (M. P...).

Ainsi, dans les cas où la dénégation de la sexualité est la plus forte, la surveillance mise en œuvre est la plus stricte.

Au contraire, lorsque certains parents apparaissent moins dénégateurs de la sexualité des handicapés, ils se montrent moins strictement répressifs et prêts à envisager l'expression de certaines manifestations de la sexualité :

— « Alors disons que, pour l'instant, je ne suscite pas des manifestations sexuelles mais disons que je fais effort pour ne pas les réprimer quand elles ne sont pas contraires... quand elles ne portent pas atteinte à la vie en société » (M. L...).

Enfin, les conduites des parents varient suivant le sexe de leur enfant ; le contrôle permanent, voire même l'immixtion dans les relations affectives sont plus fréquents lorsqu'il s'agit d'une fille :

— « J'ai toujours été attentive à parler, à m'intéresser à ce qu'elle faisait. J'arrive à la raisonner, à lui faire entendre raison... Je suis allée trouver son ami pour lui dire que c'était pas possible. Il me dit : "C'est pas à vous de me le dire, c'est à elle." – Dis donc je suis sa mère, je peux me permettre de te le dire, tant qu'elle sera sous curatelle, c'est son curateur qui a le droit de dire et de penser ce qu'il veut » (Mme C...).

De manière générale, les parents apparaissent beaucoup plus soucieux que les éducateurs de surveiller, contrôler, voire même d'empêcher la possibilité des rapports sexuels pour les handicapés, et ils exigent des éducateurs qu'ils mettent en œuvre cette surveillance dans les institutions.

Au terme de cette analyse des représentations des conduites de régulation élaborées par les parents et les éducateurs, les positions de chacun des deux groupes, lorsqu'ils sont confrontés à la pratique, nous apparaissent dans un moindre décalage.

Alors que les représentations de la sexualité et les représentations de l'autre groupe sont apparues comme les moments de l'affirmation de la contradiction et de la mise à distance entre les deux groupes, on ne retrouve pas les mêmes oppositions au niveau des conduites.

Les parents apparaissent très rigoureux quant au contrôle qu'ils entendent mettre en place. Les éducateurs qui souhaitent dans l'idéal mettre en place des régulations moins répressives se montrent contraints d'adopter des conduites répressives qui résonnent en eux de façon ambivalente : elles constituent une réponse au malaise suscité par

la sexualité des handicapés en même temps qu'elles suscitent une certaine dissonance par rapport à l'adhésion aux idéologies permissives.

Mais par des motivations différentes de celles des parents, les éducateurs en arrivent presque à adopter les conduites qui sont exigées d'eux par les parents et qu'ils dénoncent.

Il reste maintenant à analyser un élément central qui détermine les orientations des pratiques de régulation de la sexualité, c'est-à-dire l'éventualité d'un enfant chez le handicapé et les contraceptions.

Contraception et enfant éventuel

Nous allons aborder les thèmes des « contraceptions » et de « l'enfant éventuel » dans la perspective adoptée jusqu'à présent, c'est-à-dire que, au lieu d'évaluer avec précision les pratiques en cours, nous allons tenter de repérer les fantasmatisations qui accompagnent ces pratiques, et d'en élargir les significations.

Étant donné que ces thèmes semblent constituer la clef de voûte du système des représentations qui entoure la sexualité des handicapés mentaux et sa prise en charge, nous serons tentés de repérer et de rétablir les liaisons significatives que nous allons dégager de notre analyse.

Le thème des « contraceptions » apparaît à l'articulation entre l'éventualité de l'enfant des handicapés et la régulation de leur sexualité.

Par rapport à ces deux lignes de signification, les parents et les éducateurs continuent à se situer de façon spécifique.

1) LE DISCOURS DES ÉDUCATEURS

Les discussions, décisions et prescriptions de méthodes contraceptives pour les handicapés sont apparues comme éminemment conflictuelles.

La non-pratique d'une contraception, le choix d'une méthode spécifique révèlent des contradictions, des ambivalences et des résistances chez les éducateurs que nous avons rencontrés.

Cependant, pour les éducateurs de sexe masculin, la contraception féminine a soulevé beaucoup moins d'interrogations que chez leurs collègues de sexe féminin. Bien souvent les éducateurs ne perçoivent que la sécurité qu'une méthode contraceptive peut apporter, autant à eux-mêmes qu'à la jeune femme handicapée.

Autrement dit, leur perception simplifiée de la contraception ne leur fait pas développer de résistances quant à son emploi, lorsque celui-ci apparaît nécessaire du fait du caractère ostentatoire des pratiques sexuelles de telle handicapée :

— « On a prévenu les parents en leur disant que leur fille, il était peut-être grand temps d'avoir une contraception pour elle car elle risquait de passer à l'acte... elle avait tendance à sauter sur les garçons, à les aborder... alors là ça nous a fait très peur, on a demandé aux parents de venir dans l'établissement pour en discuter » (ET5, CAT, homme).

Dès lors, se pose la question de savoir si la prescription d'une méthode contraceptive reste une pratique ponctuelle limitée à quelques cas susceptibles de « passer à l'acte » ou à « hauts risques », ou s'il va s'agir d'une décision institutionnelle applicable à toutes les filles de l'institution. La contraception n'a été envisagée par les éducateurs (hommes et femmes) qu'à propos de femmes handicapées.

Nous verrons, à propos de la stérilisation, que celle-ci a été aussi, dans la majorité des cas, préconisée pour les femmes handicapées.

Les transactions autour de la contraception

Lorsque la décision d'administrer une méthode contraceptive est prise en fonction d'un cas particulier, cela semble susciter beaucoup moins de résistance et d'inquiétude de la part des éducatrices (notamment), que lorsqu'il s'agit d'une décision institutionnelle applicable à toutes les femmes.

Dans le premier cas, la contraception s'inscrit dans le cadre de la pratique pédagogique, en tant qu'éducation sexuelle. La dimension de la « protection » contre un enfant éventuel passe alors en second plan (dans les rationalisations) :

— « Alors cette fille a eu tendance à dire : “Maintenant que je suis complètement libre, je vais pouvoir sortir avec tous les garçons”, alors on était là pour lui dire : “Écoute, c'est très bien que tu sortes, c'est très bien que tu aies des rapports sexuels... maintenant y a aussi les sen-

timents... tu peux avoir aussi des sentiments... y a pas que le plaisir" » (ETS, CAT, homme).

Par contre, dans le cas où la contraception aurait été rendue obligatoire dans une institution, son utilisation a soulevé de nombreuses résistances de la part des éducatrices.

Dans un premier temps, c'est l'aspect sécurisant et la dimension de protection qui a été mise en avant. En effet, la surveillance des handicapés ne pouvant être totale, la généralisation de la contraception a permis de dédramatiser les failles éventuelles de la surveillance et de rassurer les éducateurs dans une position de maîtrise :

— « On est obligés parce qu'on peut pas les surveiller tout le temps, tout le monde. Et puis cette fille qui est tombée enceinte, on n'a jamais su si c'était ici ou dans sa famille » (E5, foyer, femme).

La prescription d'une méthode contraceptive est ici censée assurer une protection permanente, y compris en dehors de l'institution :

— « Maintenant les filles sont sous contraceptif, c'est un facteur de sélection pour entrer ici et... voilà. On peut jamais être derrière et il se peut qu'il y ait un accident, c'est pour ça... » (E5, foyer, homme).

La contraception introduit les notions de protection et de sécurité, dans une perspective qui paraît floue. La protection des handicapées contre un enfant éventuel ne semble pas constituer le seul enjeu de la contraception. Il y va aussi de la sécurité de l'institution qui figure dans la plupart des cas comme l'instance demanderesse de contraception pour les handicapées. Dans le cas de l'institution qui a rendu obligatoire la contraception, la protection se veut massive et constitue une réponse aux attaques dont elle a été l'objet. Dans d'autres cas, on retrouve les rationalisations posées en termes de « prise de conscience » par les handicapées elles-mêmes :

— « Je ne les emmène pas consulter en disant "tu as des rapports sexuels donc je t'emmène consulter", je ne peux pas... j'en discute avec elle de façon à ce que ce soit elle qui me demande cette consultation... j'essaie de lui expliquer comme à une amie. J'essaie qu'elle m'en parle et de l'emmener consulter consentante » (infirmière, CAT).

Le fait de chercher à favoriser la prise de conscience ne constitue qu'une rationalisation.

Souvent si, dans un premier temps, on recherche le consentement de la handicapée, par la suite, on y renonce et la contraception est imposée :

— « Elle vivait avec un gars et elle n'avait aucun moyen de contraception... on a essayé de l'amener plusieurs fois... impossible... de toute façon, elle voulait pas avoir de relations sexuelles et alors on est allé voir carrément les parents » (ES, IME, femme).

Cependant, si les éducateurs en arrivent à imposer des méthodes contraceptives aux handicapées « à risques », ils contestent le recours à la stérilisation présentée comme la méthode préconisée par les parents :

— « Mais quand on l'a su, on a essayé de discuter avec les parents. On a pris contact avec le chirurgien en lui expliquant la situation. Le premier chirurgien a dit "dans ce cas, je n'opère pas". Mais on ne se faisait pas d'illusions : ils ont trouvé un autre chirurgien qui a accepté. La fille a finalement cédé. Monstrueux... très douloureux pour nous... » (ETS, CAT, homme).

Encore une fois, on est confronté au décalage entre les positions idéales qui mettent en avant le projet pédagogique de prise de conscience des handicapées et le besoin de sécurité par rapport à l'éventualité de l'enfant. La contradiction entre ces deux positions semble insoluble. Les éducateurs ne peuvent y répondre que cas par cas, sans généraliser.

Les transactions autour de la contraception s'effectuent, dans la plupart des cas, avec les parents. Ceux-ci sont présentés par les éducateurs comme incohérents.

La contraception occupe une fonction de sécurisation par rapport aux limites et aux failles d'une surveillance qui ne peut jamais être totale. La contraception apparaît donc comme une protection contre l'éventualité de l'enfant du handicapé (nous reviendrons sur ce point).

La prescription d'une méthode contraceptive s'accompagne de rationalisations pédagogiques. Elle tend à s'insérer dans un projet pédagogique visant à l'autonomisation des handicapés dans le cadre d'une éducation sexuelle. Cependant, le projet pédagogique ne peut pas toujours être réalisé et les impératifs de la sécurité reprennent, en dernière instance, le dessus ; la contraception est imposée à la handicapée. Les éducateurs se montrent opposés aux méthodes de stérilisation dont ils attribuent la responsabilité aux parents, d'autant qu'elles sont le plus souvent imposées à la handicapée qui est maintenue dans l'ignorance de ce qu'elle subit. Ici encore, la perspective négative est projetée sur l'autre groupe, ce mécanisme permettant de s'en détacher.

Contraception et régulation sexuelles

Alors que, par rapport à l'éventualité de l'enfant, la contraception assure les éducateurs dans une relative position de maîtrise, elle semble fonctionner dans une autre dimension par rapport aux pratiques sexuelles.

La contraception est fantasmée par les éducatrices (notamment) comme provoquant une levée des inhibitions et favorisant l'émergence d'une sexualité sauvage, incontrôlable :

— « Elles partent du principe que si elles prennent la pilule, c'est pour coucher avec tout le monde et elles ne veulent pas coucher avec tout le monde... Y en a une par exemple, elle a un copain... son copain lui a dit qu'elle pouvait prendre la pilule et elle, elle veut pas la prendre parce que si elle a la pilule, elle a l'impression qu'elle pourra pas refuser... elle peut pas refuser. Elle sait pas dire non. Y a comme un sentiment... comme si elles étaient plus maîtres de leur corps » (ES, IME, femme).

Les fantasmes occasionnés par les pratiques contraceptives, s'ils provoquent des résistances moindres aux prescriptions, provoquent en retour un besoin de sécurisation, situé à un autre niveau.

L'interdiction stricte des relations sexuelles dans l'institution où la contraception a été posée comme condition d'admission et de maintien semble avoir répondu à ce besoin. Cette simultanéité de l'interdit et de l'obligation de contraception, qui peut apparaître comme une forme de double contrainte sur un mode paradoxal, assure en fait une double fonction de protection : protection contre l'éventualité de l'enfant et protection contre les fantasmes de perte de maîtrise. La protection assurée par ces mesures permettant, comme nous l'avons vu, de dégager des aménagements ponctuels adaptés à chaque situation :

— « La contraception pour moi, elle est indispensable, elle doit être systématique. On dit qu'il y a pas tellement de problèmes, mais pour moi c'est une assurance. Comme on se sent quand même coupables de mettre des interdits... finalement c'est une contrepartie de se dire que sous contraceptifs, si un jour elles manifestent quoi que ce soit et que ça nous fait plaisir, on peut fermer les yeux » (ES, foyer, femme).

Dans un premier temps, les parents refuseraient d'écouter les propositions des équipes visant à prescrire une méthode contraceptive à la jeune handicapée, ces propositions allant à l'encontre de leur dénégation de la sexualité des handicapés. Dans ce premier temps, la contraception apparaît comme un élément qui souligne l'existence de la sexualité, ce qui, au dire des éducateurs, devient intolérable pour les parents :

— « Peu de temps après, mère n'accepte plus du tout. Elle est revenue nous voir et nous a dit : "Écoutez si ma fille prend la pilule... c'est qu'elle a du plaisir... J'ai peur que la pilule, ça va l'inciter à avoir des rapports sexuels. C'est plus possible on arrête la pilule, comme ça elle n'aura plus de rapports, elle n'en aura plus l'idée" » (ETS, CAT, homme).

Dans un deuxième temps, et sans transition, les parents feront procéder à une stérilisation :

— « Tout récemment j'ai appris que la mère avait pris une solution radicale... c'était la ligature des trompes. Comme ça plus de problème » (ETS, CAT, homme).

Les transactions autour de la contraception font apparaître les positions des éducateurs. La prescription d'une méthode contraceptive pour les handicapées est souhaitée dans la mesure où elle permet d'assurer une **sécurité** pour les éducateurs et pour les institutions, confrontés à l'éventualité de l'enfant des handicapés.

L'éventualité de l'enfant du handicapé

Cette éventualité est fortement redoutée par les éducateurs qui opposent le désir de grossesse des handicapées et leurs difficultés à élever un enfant « dans de bonnes conditions ». Le désir de grossesse se manifeste souvent avec force chez les jeunes femmes handicapées :

— « C'est très lié aussi certainement à son désir de grossesse et puis c'est vrai qu'elle prend du poids... elle avait déjà fait pareil l'année dernière » (ES, IME, femme).

Ce désir se manifeste notamment lorsqu'une éducatrice est enceinte ; ce qui suscite parfois des réactions d'agressivité de la part des handicapées :

— « Pendant un moment ça a été très violent, elles n'ont pas hésité à nous taper... on entendait : "On va t'ouvrir le ventre... fais-nous voir comment c'est fait... on va t'ouvrir le ventre." Elles étaient bien plus violentes quand on était enceintes » (ES, IME, femme).

Les manifestations expressives du désir de grossesse et du désir d'enfant renforcent à la fois l'éventualité d'un enfant et les résistances à son égard.

— « Les gens craignent avant tout la venue d'un enfant, la naissance d'un enfant... tout le monde a peur, on en a parlé la dernière fois. Y a une fille ici qui est tombée enceinte dans l'établissement... ça a posé de gros problèmes... tout le monde a été très choqué » (ES, foyer, homme).

Face à cette éventualité qui suscite tellement de résistances, les éducateurs opposent une argumentation semblable à celle qu'ils construisent à propos de l'impossibilité supposée des rapports sexuels, c'est-à-dire que l'enfant serait possible à condition que les handicapés mènent une existence tout à fait autonome et responsable, qu'ils constituent un couple stable sur le plan affectif, qu'ils disposent d'un emploi et d'un logement, etc.

Cette énumération constitue, en fait, l'argumentation tenue aux handicapés par les éducateurs, lorsque ceux-ci tentent de les dissuader d'avoir un enfant :

— « Disons que... il faut être deux et puis assez solidement attachés l'un à l'autre... avec un enfant faut avoir un appartement, il faut être à l'extérieur, pas au foyer et puis avoir une situation assez stable. On peut pas élever un enfant ici... Alors on leur dit faut être réaliste, c'est pas possible... on leur explique le schéma qu'elles devraient suivre avant mais c'est pas possible à la limite puisque c'est trop long » (ES, foyer, femme).

Mais, malgré toutes ces réticences, les éducateurs ont été confrontés à des situations dans lesquelles des handicapés ont eu un ou plusieurs enfants.

Des réactions opposées sont apparues. Les « choses se passent bien » lorsque les familles des handicapés apportent un soutien à cette jeune famille :

— « Ils ont besoin d'être aidés. Les parents habitent tout près, sans accaparer tout ce qui se passe dans le foyer, ils leur apportent vraiment un grand soutien et ça se passe bien » (infirmière, CAT).

Par contre, lorsque le couple handicapé n'est pas aidé par son entourage, l'existence et l'éducation de son enfant suscitent des angoisses très profondes chez les éducateurs :

— « Puis j'ai appris qu'ils avaient un enfant. Mais depuis ils ne viennent plus travailler au CAT ni l'un ni l'autre. Je sais pas comment ça se passe. Quand on a appris ça on était un petit peu affolés étant donné que lui... c'était le loubard, elle savait à peine faire sa toilette. Au départ, elle était au foyer. Vraiment on se pose des questions sur l'éducation du malheureux bébé qui est arrivé là-bas. On a appris aussi qu'ils avaient un chat et que le malheureux avait miaulé la nuit et lui, il l'a pris et l'a passé par la fenêtre. On s'est dit "mon Dieu si le bébé se met à hurler deux-trois nuits de suite" » (ETS, CAT, homme).

En résumé, les éducateurs se montrent plutôt opposés à l'éventualité d'un enfant chez les handicapés, en justifiant ce refus par l'impossibilité des handicapés à assurer son éducation dans les meilleures conditions.

Cependant, le thème de l'enfant du handicapé, qui a été relativement peu développé dans le discours des éducateurs, de façon explicite, se retrouve en filigrane dans les autres thèmes. Il constitue l'une des raisons déterminantes qui conduit les éducateurs à adopter des conduites répressives, dans les régulations de la sexualité des handicapés (notamment les rapports sexuels). Ce thème sous-tend la problématique de la contraception.

2) LE DISCOURS DES PARENTS

Les parents que nous avons rencontrés se disent, en majorité, absolument favorables à la prescription d'une contraception et à la stérilisation des handicapés. Cependant, la mise en œuvre de ces principes s'effectue selon certaines modalités.

Transactions autour de la contraception et autour de la stérilisation

La stérilisation du handicapé est mise sur le même plan que les méthodes contraceptives. Pour les parents, la stérilisation constitue la méthode la plus efficace, dans la mesure où les moyens contraceptifs, qui associent nécessairement le handicapé, leur apparaissent moins fiables.

Contrairement aux éducateurs, qui associaient à leur propre besoin de sécurité des justifications d'ordre pédagogique laissant une place à la personnalité du handicapé, les parents se situent massivement vers l'efficacité, fût-ce à l'encontre des souhaits de leur « enfant » :

— « S'ils ne peuvent pas se passer d'acte sexuel, il faut voir les méthodes contraceptives en toute confiance. Le stérilet n'est pas sûr à 100 % et il y a une manipulation. Faut pouvoir le supporter. Pour les filles, la section des trompes c'est l'idéal. Pour les garçons, il peut aussi faire une vasectomie... Il faut que la loi permette dans les cas de nos enfants une section des trompes » (Mme C...).

Mais la prescription d'une méthode contraceptive est l'objet d'une transaction entre la mère et la fille. Sa mise en œuvre est perçue, par la mère, comme une forme d'autorisation de relations sexualisées. La non-mise en œuvre de la contraception est utilisée dans ce cas comme argument central pour empêcher la fille de « fréquenter son ami » :

— « Lui, il est sous tutelle, toi tu es sous curatelle, donc il faut demander l'avis de ton père. Tu sais qu'il n'est pas très chaud pour ça. Je ne suis pas d'accord pour que tu te maries... parce que si tu te maries, on n'a plus rien à dire... C'est lui qui devient le chef de famille et tu n'as plus aucun moyen de te défendre. Lui pour nous, c'est zéro, mais avec n'importe qui d'autre, tu nous préviens, section des trompes, après on sera tranquille » (Mme P...).

L'argument de la contraception, et surtout son refus par la mère, fonctionne comme une interdiction de nouer des relations qui déplaisent aux parents.

On se trouve ici dans la relation entre la contraception et la régulation de la sexualité. La contraception est posée comme un enjeu dans la

relation mère-fille, qui témoigne de l'emprise de la mère et qui signifie son interdiction de la sexualité.

Au-delà de l'interdiction de la sexualité, la contraception, et l'enjeu qu'elle constitue, témoigne de la négation des exigences personnelles de la fille handicapée :

— « Puisque tu pourras pas élever tes enfants et que tu veux des rapports avec Henri, alors le mieux c'est de prendre une contraception. Tu sais que tu ne peux pas prendre la pilule parce que tu prends du Gardénaï, alors section des trompes. "Mais c'est contre la religion", qu'elle me dit, parce qu'elle joue les enfants de Marie de temps en temps. Si c'est ta religion, lis les commandements. "Acte de chair ne pratiquera qu'en mariage." Ta religion on se brosse, section des trompes et après on sera tranquille tu vivras avec ce type-là » (Mme C...).

Pour les pères de handicapés comme pour les éducateurs de sexe masculin, la contraception (ou la stérilisation) ne soulève pas de problèmes relationnels. Sa mise en œuvre pose des problèmes techniques et des problèmes juridiques qui sont perçus comme facilement surmontables :

— « Les solutions précises, elles sont relativement simples. Évidemment, c'est dommage qu'en France on soit assez pointilleux là-dessus. L'opération peut se faire sur la femme, mais en France on est encore un peu en retard dans ce domaine-là... Dans les pays nordiques, si la fille et le gars s'entendent bien et bien on fait une ligature des trompes et puis l'affaire s'arrête là, ils peuvent avoir des relations et puis il y a pas de problèmes » (M. P...).

L'obstacle principal réside dans les positions archaïques de certains parents, qu'il faudra convaincre de la nécessité de la contraception :

— « Cette soirée-là je me suis expliqué avec le père et la mère, je me suis fait vider dehors comme un malappris parce que j'avais osé aborder cette question-là. Alors vue par certains parents, c'est une affaire tabou. Il y en a d'autres ça vient doucement, mais y en a encore qui sont au Moyen Âge » (M. P...).

L'éventualité de l'enfant

Les parents apparaissent radicalement opposés à l'éventualité d'un enfant pour le handicapé. En témoigne leur assimilation de la stérilisation à la contraception.

Leur argumentation repose sur le fait que les handicapés sont incapables d'élever leur enfant et que celui-ci serait à leur charge :

— « Elles ont peur qu'ils aient un enfant et que à la suite de cette naissance ce soient les parents qui soient obligés d'assumer cet enfant

parce que le couple de handicapés ne sera pas toujours capable de le faire » (Mme B...).

Dans tous les cas, les handicapés sont perçus comme incapables de gérer une famille et un enfant.

Un autre type d'argument est avancé qui accorde une place plus importante à l'existence de l'enfant du handicapé qu'au handicapé lui-même. Cet enfant qui est perçu comme potentiellement normal serait « handicapé » par le fait qu'il devrait être élevé par des parents handicapés :

— « Ce sont des spécialistes hautement qualifiés qui le disent que la plupart d'entre eux seraient capables de procréer des enfants sains, des enfants normaux et peut-être même des enfants surintelligents, ce qui serait une catastrophe » (M. P...).

Le thème de l'éventualité de l'enfant a été peu développé dans le discours des parents, mais il a été développé sans contradiction interne.

La négation de cette éventualité confère au handicapé un statut d'enfant éternel. Il est et demeure un enfant et en tant que tel, il n'est pas question qu'il fasse un enfant.

Ainsi, au cours de certains entretiens, les parents ont commis des lapsus révélant que l'enfant de leur enfant handicapé était vécu inconsciemment comme leur propre enfant. Une génération se trouve ainsi exclue de la lignée familiale, le handicapé apparaissant parfois comme le réceptacle provisoire d'un enfant supplémentaire de réparation pour ses parents.

Conclusions provisoires et perspectives de recherche

Au terme de cette recherche, il ne saurait être question de poser des conclusions péremptoires et définitives sur les relations « conflictuelles » entre les éducateurs et les parents à propos de la sexualité des handicapés mentaux.

Nous avons tenté de dégager des effets de signification des systèmes de représentation que nous avons analysés. D'une part, nous avons cherché à ouvrir un questionnement de recherche, à partir de ces premiers résultats.

Rappelons tout d'abord que ce travail se situe au niveau **des représentations** des parents et des éducateurs, c'est-à-dire sur leur façon de mentaliser, d'élaborer les situations d'ordre érotique auxquelles ils sont confrontés. Il s'agit d'un **espace intermédiaire** entre leurs perceptions et leur imaginaire qu'on peut rapprocher, sur le plan conceptuel, de la notion de fantasmatisation telle qu'elle a été dégagée par Winnicott¹.

Ces représentations peuplent l'espace mental des individus. Elles portent notamment, ainsi que nous l'avons vu, sur la sexualité des handica-

1. D. W. Winnicott, « La localisation de l'expérience culturelle », *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1971.

pés mentaux, mais aussi sur les conduites mises en œuvre par rapport à cette sexualité, et enfin sur l'autre groupe (parents et éducateurs).

Nous n'avons pas cherché à évaluer systématiquement dans quelle mesure ces représentations orientent ou déterminent les conduites et les pratiques effectivement mises en œuvre, dans la mesure où nous n'avons pas cherché à évaluer ces pratiques (par le biais de méthodes d'observation).

Par contre, nous avons tenté de dégager les significations de ce système de représentation dans le repérage et l'analyse de ses articulations et, au travers de ses contradictions, ses oppositions et convergences internes.

Ce travail constitue ainsi une première approche des systèmes de représentations sociales qui entourent les handicapés mentaux dont on peut, quand même, supposer qu'ils orientent les conduites à leur égard.

À l'issue de la pré-enquête, nous avons maintenu l'hypothèse centrale selon laquelle les relations entre les parents et les éducateurs étaient le lieu d'un conflit ; conflit que nous nous proposons de repérer au niveau des représentations.

L'analyse du matériel recueilli au cours de l'enquête nous a permis d'affiner et de reformuler l'hypothèse du conflit.

Les découpages que nous avons effectués entre les différentes thématiques ont fait apparaître les modalités différentes dans les relations entre les groupes.

Les représentations de la sexualité

À ce premier niveau, nous avons dégagé les représentations que chacun des groupes élaborait à partir de la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux. Il s'agissait de définir ce que chacun des deux groupes plaçait derrière le mot « sexualité ».

Or, il est apparu que les parents et les éducateurs ne parlent pas des mêmes choses.

Les éducateurs construisent une représentation de la sexualité des handicapés qu'on peut qualifier à la fois de « sauvage » et incomplète par rapport au modèle génital.

« Sauvage » dans la mesure où les éducateurs mettent en avant les éléments les plus visibles et les plus provocateurs de cette sexualité. Il est souvent fait état de pratiques masturbatoires individuelles et collectives, de conduites agressives et de pratiques homosexuelles.

Les garçons, notamment, sont souvent perçus comme agressifs par rapport aux filles qu'ils obligeraient à se soumettre à leurs exigences sexuelles.

Les filles sont présentées dans une double dimension. D'une part, on ne leur attribue pas les conduites perverses, qui sont attribuées aux garçons, et on les présente comme plus « affectives », et d'autre part, certaines sont présentées comme nymphomanes avec une structure hystéroïde.

La sexualité des garçons est présentée comme brutale, directe, impulsive et dénuée d'affectivité.

Garçons et filles seraient incapables de nouer des relations stables et durables dans le temps.

La majorité des éducateurs affirment que les jeunes adultes handicapés mentaux sont incapables d'« aller jusqu'au bout » (c'est-à-dire d'avoir des rapports sexuels complets) mais, en même temps, ils exercent une surveillance qui leur serait dictée d'ailleurs, pour empêcher que ces rapports sexuels aient lieu dans les institutions. De plus, ils déplorent que les handicapés ne puissent accéder à des relations sexuelles « normales » qu'ils présentent comme équilibrantes et socialisantes.

Globalement, on peut dire que les éducateurs construisent une représentation de la sexualité des handicapés qui s'apparente à la sexualité des adolescents. C'est-à-dire que cette sexualité a une dimension auto-érotique assez forte, qu'elle possède une dimension relationnelle et des aspects ludiques, que la parole y joue un rôle important, voire même substitutif. De plus, inhibition et agressivité s'articulent et se renforcent mutuellement.

Pour leur part, les parents affirment que leur enfant n'est pas « concerné par la sexualité » ; qu'eux-mêmes, ainsi que les équipes éducatives, n'ont rien remarqué d'« anormal ». Par contre, ils n'excluent pas l'idée que d'autres handicapés puissent éventuellement se manifester sur ce plan. Certains parents, cependant, reconnaissent et tolèrent l'existence de pratiques masturbatoires.

Pour les parents, cet enfant déssexualisé (même lorsqu'il s'agit d'un adulte) manifeste une affectivité débordante, tant à leur égard qu'à l'égard des camarades d'institution avec lesquels il peut se lier de façon très profonde. Cette « affectivité » est présentée de la façon la plus pure et exempte d'« arrière-pensées ».

Pour les parents, le handicapé aurait donc une sexualité « enfantine », c'est-à-dire une « sexualité déssexualisée » et essentiellement fondée sur l'affectivité.

À ce niveau, qui sous-tend les relations entre les groupes, éducateurs et parents se situent dans une opposition fondamentale reposant, pour les uns, sur l'exacerbation de pratiques sexualisées et la négation de l'affectivité et, pour les autres, sur la négation des pratiques sexualisées et l'exacerbation de l'affectivité.

De plus, chaque groupe est conscient de cette opposition, dans la mesure où il définit avec justesse (plus ou moins schématiquement) les représentations de l'autre groupe, en y attribuant un impact qu'il perçoit comme négatif sur les handicapés. Pour les parents, les éducateurs joueraient parfois un rôle incitateur sur la sexualité des handicapés, alors que pour les éducateurs, la négation de la sexualité des handicapés par leurs parents produirait ce même effet incitateur.

Parents et éducateurs sont déjà situés dans une première opposition, dès qu'il s'agit de définir la sexualité des handicapés.

Les représentations de l'autre groupe

Chacun des deux groupes a donné une représentation de l'autre groupe qui marque une séparation et une distance bien nette entre eux.

Dans leur discours, les parents et les éducateurs se représentent, eux-mêmes, comme des agents de changement par rapport à l'autre groupe.

C'est-à-dire que, dans les deux cas, l'autre groupe est présenté dans une vision négative.

Pour les éducateurs, les parents semblent incohérents dans leurs décisions, lesquelles sont sous-tendues par une affectivité à fleur de peau et archaïques dans leur mode de relation à leur enfant. Par ailleurs, les éducateurs envisagent la possibilité de « faire évoluer » les parents, ceci apparaissant comme le moyen de leur faire adopter des attitudes positives et bénéfiques envers leur enfant. C'est-à-dire de les amener sur leurs positions.

Les parents ont donné une représentation des éducateurs dans laquelle ils déplorent leur méconnaissance des besoins des handicapés, le manque de formation et de maturité affective qui leur permettraient de mieux s'occuper des handicapés. Par contre, les parents situent les directions d'institutions à un tout autre niveau : le degré de responsabilité des directeurs et la confiance qu'ils inspirent permettent une franche collaboration.

Les parents et les éducateurs vivent leurs rencontres de façon conflictuelle, mais les estiment nécessaires, au moins pour faire évoluer les points de vue de l'autre groupe.

C'est dans la représentation de l'autre groupe que l'on retrouve le degré d'antagonisme le plus fort : l'autre groupe est placé à distance de soi, en même temps qu'on lui attribue les valeurs les plus négatives. La dimension conflictuelle trouve son acuité la plus forte dans la différence entre les deux groupes. Il s'agit du niveau de la représentation, dans lequel chacun des deux groupes se situe par rapport à l'autre dans l'antagonisme le plus fondamental.

Les représentations des conduites

À ce niveau, nous avons tenté de dégager les transactions qui accompagnent les conduites.

Pour leur part, les parents apparaissent très déterminés en ce qui concerne les régulations de la sexualité. Ils exigent de la part des éducateurs une surveillance stricte, qu'ils définissent comme une non-ingérence dans la vie privée des handicapés qui leur sont confiés. Toute pratique autre que répressive est insupportable pour les parents. On retrouve ici les indications de Freud : « Ils ne leur prêtent aucune activité sexuelle et donc ne se donnent pas la peine d'en observer une, tandis que, d'autre part, ils en répriment les manifestations qui seraient dignes d'attention. »¹

Les exigences de surveillance formulées par les parents suscitent peu de contradictions internes d'ordre idéologique ; dans leur majorité, les parents n'adhèrent pas aux idéologies permissives.

Par contre, les éducateurs mettent au premier plan de leur discours les idéologies permissives auxquelles ils adhèrent. Cependant, ces idéologies ne résistent pas au malaise provoqué par les manifestations de la sexualité des handicapés qui produit un besoin de sécurisation. Les exigences institutionnelles, lorsqu'elles sont formulées de façon stricte, voire même autoritaire, répondent à ce besoin ainsi que les exigences des parents. De cette façon, les éducateurs peuvent assumer les positions répressives provoquées par leur malaise en attribuant l'origine à d'autres instances, et notamment aux parents.

En même temps, la sécurité apportée par les interdits institutionnels permet aux éducateurs d'aménager ces interdits. Mais les rapports sexuels des handicapés, qui ne sont pas perçus comme possibles, du fait du handicap, restent l'objet d'une surveillance et d'une répression stricte.

Du côté des éducateurs, on assiste ainsi à une transaction entre des positions personnelles ambivalentes et des positions institutionnelles strictes. Ainsi s'expliquerait la mise à distance des parents (dans la représentation de l'autre groupe) : elle permet de revendiquer le pôle permissif et de masquer le pôle répressif en l'attribuant aux parents. Ce mécanisme permet ainsi de se dégager du double malaise provoqué à la fois par la sexualité des handicapés et la nécessité d'adopter des conduites répressives.

1. S. Freud, « Les théories sexuelles infantiles », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 19.

Au terme de cette transaction, les éducateurs semblent adopter des conduites beaucoup plus proches, qu'ils ne l'affirment, de celles qui sont exigées des parents, conduites qui sont entourées d'un système de justification et de rationalisation.

Par rapport à des pratiques spécifiques concernant les contraceptions et l'éventualité de l'enfant, la différence entre les parents et les éducateurs se situe au niveau des discours qui accompagnent ces pratiques.

Parents et éducateurs sont d'accord, en dernière analyse, pour prescrire des moyens contraceptifs ou la stérilisation des handicapées et se montrent autant opposés à l'éventualité de l'enfant.

Du côté des éducateurs, l'argumentation est d'ordre pédagogique. La contraception doit être prescrite au terme d'une transaction avec le handicapé, mais en cas d'impossibilité du consentement de celui-ci, elle doit être prescrite quand même. On est opposé au principe de la stérilisation, mais on l'accepte dans certains cas en s'en dédouanant par le fait qu'elle répond aux exigences des parents qui assument, une fois de plus, les positions dissonantes par rapport à l'idéologie.

L'enfant éventuel n'est pas souhaité parce que les handicapés seraient incapables de former un couple stable sur le plan affectif, et autonome sur le plan social.

Du côté des parents, la contraception ne suscite pas d'adhésion car elle ne présente pas de garantie de fiabilité, dans la mesure où une part de responsabilité est laissée au handicapé.

Les parents préfèrent recourir, le plus tard possible, à la stérilisation qui leur paraît beaucoup plus fiable. Cette méthode supprime, en même temps, l'éventualité des transactions avec le handicapé et avec les éducateurs, évite les conflits liés à ces situations.

Au terme de cette analyse des différents éléments constitutifs du système des représentations de la sexualité des handicapés mentaux, il apparaît que **partant de prémisses opposées (la représentation de la sexualité des handicapés mentaux), les parents et les éducateurs en arrivent à adopter des conduites convergentes dans la gestion de la sexualité des handicapés, le choix des contraceptions et de la stérilisation et l'opposition à l'éventualité de l'enfant.**

Le conflit se situerait donc à un niveau superstructurel, qu'on peut définir comme **niveau de légitimation, c'est-à-dire** que ce serait la nature de leur relation aux handicapés qui opposerait les parents et les éducateurs, ces derniers se situant dans une légitimité de type pédagogique, les parents dans une légitimité affective.

Ces différentes positions occupées par rapport aux handicapés amènent les parents à construire des représentations opposées de la sexua-

lité des handicapés, dont on pourrait dire qu'elles constituent, en dernière analyse, des représentations des handicapés eux-mêmes.

Qu'ils soient présentés par les parents comme des « anges », ou comme des « bêtes » par les éducateurs, revient à poser les handicapés mentaux dans une altérité fondamentale, dans une différence à laquelle on refuse de s'identifier, et qu'on tente de maintenir par la mise en œuvre de conduites et de pratiques spécifiques.

Dans les deux types de représentations, c'est la dimension génitale des handicapés qui est visée et qui est réprimée. Le malaise ressenti à l'égard de la sexualité des handicapés n'aurait donc pas son origine dans les conduites sexualisées qui leur sont attribuées ni dans leur négation, mais dans la possibilité d'accéder à une sexualité et donc à une existence dite normale.

On peut ici établir une relation entre la négation et la répression des rapports sexuels génitaux et l'interdit qui pèse sur l'éventualité de l'enfant. Nous avons vu que ce sont les **grossesses** qui, dans les institutions, suscitent les conflits les plus violents, celles-ci constituant la preuve de la possibilité de rapports sexuels féconds, laquelle possibilité est niée par les parents et les éducateurs.

L'opposition à l'éventualité de l'enfant, unanime, conduit à maintenir le handicapé dans une position d'enfant éternel : il reste un enfant et, en tant que tel, il ne peut faire ni avoir un enfant. En effet, l'enfant éventuel handicapé semble devenir un enfant supplémentaire des parents du handicapé, la génération intermédiaire (celle du handicapé) se trouvant gommée.

Les éléments conflictuels des relations entre parents et éducateurs, à propos de la vie sexuelle et affective des handicapés mentaux, auraient ainsi pour fonction d'occulter les mécanismes de rejet, d'exclusion et de violence mis en place et assumés par ces deux catégories.

Perspectives de recherche

Il s'agit là d'une première approche des représentations de la sexualité des handicapés mentaux, dans laquelle nous n'avons pas tenu compte des handicapés eux-mêmes. Il est évident qu'une analyse plus fine de ces représentations devra tenir compte de la nature et des niveaux du handicap. Les débiles légers ne posent pas les mêmes « problèmes » à leur entourage que les arriérés profonds, bien qu'étant situés dans le champ dit du handicap par une nomenclature sociomédicale.

D'autre part, et dans la mesure où nous situons prioritairement notre intérêt scientifique sur les différents entourages des handicapés, et notamment les personnels des établissements, il est opportun de repérer les systèmes de défense mis en place par les différentes professions de l'éducation spécialisée situées dans des pratiques suscitant, à des degrés divers, l'implication et le dégageant par rapport à cette implication.

À partir de ce premier point, se détache la notion de dynamique institutionnelle, et l'on peut s'interroger sur la place et la fonction que remplit la fantasmatisation sexuelle dans les institutions. On pourra tenter d'évaluer dans quelle mesure les représentations et les conflits suscités, au sein des équipes, par la sexualité des handicapés, et sa gestion quotidienne ont un impact sur le fonctionnement institutionnel.

On pourra ainsi constituer la sexualité comme analyseur des relations sociales des handicapés et des limites qui y sont apportées. Ainsi, l'analyse des représentations de la sexualité et des investissements libidinaux et idéologiques qui les sous-tendent permettra-t-elle de dégager les résistances et les réticences aux handicapés et à leur insertion sociale.

Notre recherche a mis en évidence certaines modalités des pratiques institutionnelles dont on peut dire, à la fois, qu'elles fonctionnent difficilement et qu'elles fonctionnent parfaitement ; les conflits ayant plutôt une fonction de régulation.

On peut légitimement se demander si d'autres conditions de fonctionnement sont possibles et souhaitées par les personnes concernées.

Annexe bibliographique

Une bibliographie sur « la sexualité des handicapés » ne peut avoir sa place à la fin de ce travail qui a porté sur les **représentations** de la sexualité des handicapés.

Nous avons, certes, consulté un certain nombre d'articles, mais c'est la lecture de certains de ces textes qui nous conduit à penser qu'il était difficile de définir « objectivement » la sexualité des handicapés mentaux. De façon générale, il nous semble que toute prétention à l'objectivité, lorsqu'on parle de sexualité, est vouée à un échec relatif.

Nous proposons donc quelques textes récents sur la sexualité des handicapés que nous suggérons de lire comme des représentations élaborées à un autre niveau et des textes qui envisagent les questions liées à la sexualité dans une perspective plus critique.

Au lecteur de définir sa façon de lire ces différents textes...

Nous avons inclus, dans la présente réédition, un certain nombre de travaux qui ont été publiés sur ce thème depuis 1983.

Bibliographie

ALCORN D. A. (1974), « Parental views of sexual development and education of the trainable mentally retarded », *The Journal of Special Education*, 8, p. 119-130.

AMBROSELLI C. (1988), *L'éthique médicale*, Paris, PUF, « Que sais-je ? ».

ARIÈS Ph., BEJIN A., *Sexualités occidentales. Communications*, Paris, Le Seuil, 1982.

BAJOS N., BOZON M., FERRAND A., GIAMI A., SPIRA A. (1998), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, PUF.

BALDARO VERDE J., *Sondage d'opinions sur la sexualité des handicapés mentaux*, in 2^e Congrès international « Sexualité et handicap », Paris, novembre 1981.

BEAUVAIS S., GARRABOS M., SAINT-MARC O., CHABANON D. (1997), « Être professionnel face à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales », p. 18-31, in *Actes*

du colloque « La sexualité des personnes handicapées mentales au regard de leur autonomie sociale » (25 janvier 1997), Bordeaux, URAPEI, Aquitaine.

BONIERBALE-JULIEN M., STENVAGA L. (1975), « Réflexions sur la sexualité des schizophrènes hospitalisés », *Cahiers de sexologie clinique*, 1, p. 493-502.

BOURGEOIS M., « Aspects médico-psychiatriques de la contraception moderne », *Régulation de la fécondité*, INSERM, 1979, 83, p. 269-290.

BRANTLINGER E. (1983), « Measuring variation and change in attitudes of residential care staff toward the sexuality of mentally retarded persons », *Mental Retardation*, 1, p. 17-22.

BRUNNER H. (1978), « D'une limite à la contraception », *Actualités psychiatriques*, n° 6, p. 24-27.

Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, CTNERHI (1999), *Contraception et stérilisation des personnes handicapées mentales : aspect éthique et social*, Dossier professionnel n° 1.

— *Contraception et stérilisation des personnes handicapées mentales : aspect juridique et recherche*, Dossier professionnel n° 2.

CHEVRAN-BRETON O. (1992), *Handicap mental et sexualité : le rôle du médecin et la pratique médicale*, colloque « Au risque du désir », CREA de Bretagne, Saint-Brieuc, 11-12 juin 1992.

Comité consultatif national d'éthique (1996), « La contraception chez les personnes handicapées mentales » (Avis et rapport n° 49), *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, 8, p. 3-17.

— « La stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive », *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, 9, p. 3-19.

Contraste (1997), *Sexualité et handicap* (numéro spécial), n° 6-7, p. 7-263.

COUTURIER C., DELAUNAY J. (1997), « Liens amoureux en institution psychiatrique : liberté ou aliénation ? », *Ann. méd.-psychol.*, 155 (3), p. 217-220.

CRAFT A. (éd.) (1987), *Mental handicap and sexuality. Issues and perspectives*, Kent, 1987, Costello.

CRAFT A., CRAFT M. (1985), « Sexuality and personal relationships », p. 177-185, in M. Craft, J. Bicknell (eds), *Mental Handicap, a Multi-Disciplinary Approach*, London, Baillière Tindall.

DEGOS D., *Sexualité, institution, handicapés mentaux*, Bordeaux, 1975, thèse méd. n° 379.

DELVILLE J., MERCIER M. (éds.) (1997), *Sexualité, vie affective et déficience mentale*, Bruxelles, De Boeck Université.

DEVEREUX G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980.

DIEDERICH N. (1997), « La vie affective et sexuelle des personnes "handicapées mentales". Différence de sexe, différence dans le devenir ? », *Contraste* (numéro spécial : *Sexualité et handicap*), n° 6-7, p. 81-107.

DIEDERICH N. (éd.) (1998), *Stériliser le handicap mental*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

DUPRAS A. (1997), « La qualité de vie sexuelle des patients. Innover à l'hôpital psychiatrique », *Perspectives psychiatriques*, 36 (5), p. 340-346.

DUPRAS A. (1998), « La sexualité en institution psychiatrique : les avantages et limites d'une politique », *L'information psychiatrique*, 7, p. 693-698.

DUPRAS A. (1998), « Les paradoxes de l'éducation à la sexualité en milieu psychiatrique », *Cahiers de sexologie clinique*, 24 (139), p. 22-26.

DUPRAS A., *Les parents face à la sexualité de leur enfant handicapé : stérilisation ou éducation sexuelle*, communication au col-

loque scientifique national sur la sexualité des handicapés à déficit mental, Lyon, 24 octobre 1981.

DURAND B. (1991), « Éthique et handicap mental de l'enfant », p. 75-89 (t. II), in N. Lenoir, *Aux frontières de la vie : une éthique bio-médicale à la française*, Paris, La Documentation française.

DURNING P., « Psychose des parents accusés. Note sur la violence des équipes éducatives ou thérapeutiques à l'égard des parents », *Éducation et développement*, 1980, 139, p. 24-33.

EHRENSTROM Ph. (1990), « La stérilisation des malades mentaux », *Médecine et hygiène*, 48, p. 2784-2790.

EISENRING J.-J. (1975), « Sexualité et débilité mentale », in G. Abraham et W. Pasini (eds), *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, p. 334-346.

ERLICH M. (1991), *Les mutilations sexuelles*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », n° 2581.

FLANDRIN J.-L., *Le sexe et l'Occident*, Paris, Le Seuil, 1981.

FOUCAULT M., *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité*, t. 1, Gallimard, 1976.

FREUD S., *Les théories sexuelles infantiles françaises*, Paris, PUF, 1969.

GAIGNEBET C., *Le folklore obscène des enfants*, Paris, Maisonneuve & Larose, 1980.

GERMAIN Ch., JONAS C. (1997), « Contraception et stérilisation en psychiatrie », *Act. méd. int. psychiatrie*, 14 (201), p. 3396-3399.

GIAMI A. (1987), « Coping with sexuality of the disabled. A comparison of the physically disabled and the mentally retarded », *Int. J. Rehab. Research*, 10 (1), p. 41-48.

GIAMI A. (éd.) (1999), « Sexualité et institutions », *Handicap, Revue de sciences humaines et sociales*, 83, p. 1-114.

GIAMI A., LAVIGNE C. (1993), « La stérilisation des femmes handicapées mentales et le consentement libre et éclairé », *Revue de médecine psychosomatique*, n° 35, p. 35-46.

GIAMI A., LERIDON H. (éds.) (2000), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Éditions Inserm.

GRÉACEN T., HEFEZ S., MARZLOFF A. (éds.) (1996), *Prévention du sida en milieu spécialisé*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

HERZLICH C., « La représentation sociale », in *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, 1973 (Moscovici S., éd.).

JASPARD M. (1997), *La sexualité en France*, Paris, La Découverte.

KEVLES D. J. (1985), *Au nom de l'eugénisme. Génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, PUF (tr. fr. 1995).

KOEPEL B., *De la pénitence à la sexologie (essai sur le discours tenu aux jeunes filles)*, Paris, Le Sycomore, 1982.

KOHLER C. (1978), « Les problèmes de la sexualité chez les handicapés mentaux légers à l'adolescence et à l'âge adulte », *Réadaptation*, 255, p. 24-29.

LANG J.-L. (1992), « Note sur l'évolution des idées concernant la sexualité des handicapés mentaux », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 40 (2), p. 59-65.

LAVIGNE C. (1996), « Entre nature et culture : la représentation de la sexualité des personnes handicapées mentales », *Handicaps et inadaptations, Cahiers du CTNERHI*, 72, p. 58-70.

MACKLIN R. (1995), « Informed consent for contraception », p. 109-128, in C. SUREAU, F. SHENFIELD (éds), *Aspects éthiques de la reproduction humaine*, Paris, John Libbey Eurotext.

MASSIN B. (1990), « L'euthanasie psychiatrique sous le III^e Reich. La question de l'eugénisme », *L'information psychiatrique*, 72 (8), p. 811-822.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, Direction des Hôpitaux, Direction générale de la santé (1999), *La prévention de la transmission sexuelle en*

psychiatrie : VIH. Virus des hépatites. MST, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

PATIN B. (1998), « Maladie mentale et infection par le VIH : une prise en charge et une prévention difficiles par les infirmiers de structures psychiatriques », Paris, Agence nationale de recherches sur le sida, p. 43-54, in *Des professionnels face au sida : évolution des rôles, identités et fonctions*.

PATTERSON-KEELS L., QUINT E., BROWN D., LARSON D., ELKINS T. (1994), « Family views on sterilization for their mentally retarded children », *Journal of Reproductive Medicine*, 39, p. 701-706.

PERRON R. (1994), « Représentations et images », p. 27-45, in R. MISÈS, R. PERRON, R. SALBREUX (éds), *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*, Paris, ESF Éditeur.

REILLY P. (1991), *The surgical solution. A history of involuntary sterilization in the United States*, Baltimore, The Johns Hopkins Press.

SALBREUX R. (1997), « Les abus sexuels d'enfants et d'adolescents sévèrement handicapés existent-ils ? », *Contraste* (numéro spécial : *Sexualité et handicap*), n° 6-7, p. 57-80.

SHEPPERDSON B. (1995), « The control of sexuality in young people with Down's syndrome », *Child care. Health and Development*, 21 (5), p. 333-349.

SQUIRE J. (1989), « Sex education for pupils with severe learning difficulties : a survey of parent and staff attitudes », *Mental Handicap*, 17, June 1989.

SUREAU C., SHOENFIELD F. (1995), *Aspects éthiques de la reproduction humaine*, Paris, John Libbey, Eurotext, coll. « Éthique et sciences ».

SUTTER J. (1950), *L'eugénique : problèmes, méthodes, résultats*, Paris, INED, PUF (Travaux et documents, cahier n° 11).

SZASZ T., *Sexe sur ordonnance (l'étonnante vérité des thérapies sexuelles)*, Paris, Hachette, 1980.

SZASZ Th. (1976), *Fabriquer la folie*, Paris, Payot.

Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (1995), *La vie affective et sexuelle de la personne handicapée mentale et son incidence sur sa prise en charge familiale et pédagogique, d'une part, et sa fonction parentale, d'autre part : synthèse des travaux du groupe d'étude réalisés au cours de l'année 1994*, Paris, UNAPEI.

VALLES G., « Réflexions sur la sexualité des handicapés physiques et mentaux », *Cahiers de sexologie clinique*, 1980, 6, p. 113-120.

VELCHE D., DIEDERICH N., « Vers une sexualité autonome des handicapés mentaux : l'intolérance à la permissivité », *Réadaptation*, 1979, 256, p. 23-31.

WEBER M., CHARANTON J., La sexualité dans un centre de rééducation fonctionnelle, in *Handicap et sexualité*, Paris, Masson, 1981.

WOLTON D., *Le nouvel ordre sexuel*, Paris, Seuil, 1974.

Le Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), Association loi 1901, remercie vivement tous les organismes qui, par leur participation financière, lui permettent d'accomplir ses missions de documentation, d'études, de recherches et d'édition, notamment :

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ;
 - Direction générale de l'action sociale (DGAS) ;
 - Direction générale de la santé (DGS).
- Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

Imprimé et édité par le CTNERHI
Dépôt légal : mai 2001
E-mail : ctnerhi@club-internet.fr
ctnerhi@wanadoo.fr
Tél. : 01 45 65 59 00

ISBN : 2 87710143-6
ISSN : en cours

Le Directeur : Marc Maudinet

