

Survol des pratiques des pays développés en matière d'éducation sexuelle au profit des personnes déficientes intellectuelles

نبذة عن الممارسات في البلدان المتقدمة فيما يتعلق بالتربية الجنسية

لفائدة الأشخاص ذوي العجز العقلي

BOUMAZOUZA Nassima, Maître de conférences

« A », Université Alger 2

Boumazouza.nassima@gmail.com

BERKOUCHE FAIZA, Maître de conférences

« A », Université Alger 2,

faiza-berkouche@hotmail.com

ملخص:

تذهب الأبحاث والخبرات والعديد من الملاحظات المنشورة في الأدبيات إلى نفس الواجهة وهي أن الجنس لدى الأشخاص ذوي العجز الذهني هو في النهاية قريب جدا مما هو عليه لدى الأشخاص "العاديين"، إذ أنه يتطور منذ الطفولة المبكرة، في السياق الأسري، ومن خلال النماذج الوالدية. فهو يندرج في السياق الوجداني والعلائقي. يمكن للشخص العاجز ذهنيا أن يشعر بالجاذبية والنفور ويمكنه أن يطور صداقات وأيضاً علاقات غرامية، فهو شخص قادر على التعلق وعلى الوفاء. فهو يرغب عموماً في إقامة علاقات عاطفية. وتبعاً لتاريخه، ولخبراته ستكون له هوية أنثوية أو ذكورية. وكأي شخص آخر يتأثر بالاكشافات والمعاناة التي يعيشها. بطبيعة الحال تبقى الحدود الذهنية موجودة فيما يخص الجنس وميادين الحياة الأخرى: فالشخص العاجز ذهنيا يمكنه ألا يفهم بعض الأحداث، وبعض الوضعيات، وبعض الأحاسيس، يمكن أن تكون معلوماته ناقصة، لذا فإن المرافقة التربوية ضرورية. سنقدم في مقالنا، لمحة عامة عن التطبيقات المتبناة فيما يخص التربية الجنسية في البلدان المتطورة سنتطرق إلى المظاهر النظرية التي قام عليها النهج التربوي لذوي الإعاقات الذهنية، إضافة إلى المظاهر التطبيقية من حيث الأدوات المتاحة

للمربين المتخصصين والأسر. سيسمح لنا هذا العرض ربما بقياس مدى التأخر الذي نسجله إزاء الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في الجزائر فيما يخص التربية الجنسية (من بين أمور أخرى).
الكلمات المفتاحية: الأشخاص ذوي العجز العقلي، التربية الجنسية، التطبيقات، الدول المتطورة.

Résumé :

Les recherches, les expériences, ainsi que de nombreuses observations publiées dans la littérature vont toutes dans le même sens. La sexualité des personnes déficientes mentales est, finalement, très proche des personnes dites « normales ». Elle se développe dès la petite enfance, dans le contexte familial, à partir des modèles parentaux. Elle s'inscrit dans un contexte affectif et relationnel. La personne déficiente est susceptible de ressentir une attirance, une répulsion, elle peut développer des amitiés, ainsi que des relations amoureuses. Elle est capable d'attachement, de fidélité. Elle désire généralement mener des relations affectives. En fonction de son histoire, de ses expériences, elle développe une identité féminine ou masculine. Comme toute autre personne, elle est marquée par les découvertes et les souffrances qu'elle vit au cours du temps. Bien évidemment, les limites intellectuelles sont présentes, ici comme dans les autres domaines de la vie : la personne déficiente peut ne pas comprendre certains événements, certaines situations, certaines sensations, être dépassée, manquer d'information. L'accompagnement éducatif est donc indispensable. Nous présenterons dans le présent article un survol des pratiques adoptées en matière d'éducation sexuelle dans les pays développés, nous aborderons les aspects théoriques sur lesquels s'est fondé l'approche éducative des personnes déficientes intellectuelles, mais aussi les aspects pratiques en termes d'outils mis à la disposition des éducateurs spécialisés et des familles. Ce survol nous permettra peut-être de

mesurer l'étendue du retard que nous accusons à l'égard des nombreux déficients intellectuels Algériens, en ce qui concerne, entre autres, l'éducation sexuelle.

Mots clés : Personnes déficientes intellectuelles, éducation sexuelle, pratiques, pays développés.

1-INTRODUCTION :

Avant l'âge adulte, pratiquement rien ! Combien de fois avons-nous entendu des équipes d'éducateurs dire qu'elles n'étaient pas concernées par la question puisqu'elles s'occupaient d'enfants ? Combien de parents, inquiets et aveugles, demandent encore aux professionnels de ne surtout pas évoquer la sexualité auprès de leur enfant qui, d'après eux, ne pense jamais à « ça ». Toute information intempestive risquant de libérer des vagues irrépressibles de besoins venus d'on ne sait où ?

Comme si l'enfant, même handicapé, ne naissait pas sexué. Comme s'il n'était pas tributaire, dès l'origine, des relations où tout se dit, y compris en se masquant, des possibles orientations que cette sexualité doit prendre ou éviter pour s'exprimer dans la société où il s'insère. Au même titre, la sexualité des handicapés mentaux est fréquemment traitée comme celle des enfants. Tout le monde s'accorde à en reconnaître l'existence, la validité et le bien-fondé, mais dès qu'elle pointe son nez, elle fait peur et provoque des réactions de défense maladroites, intempestives et plutôt destructrices (Vaginay, 2008, p 34).

(Delville & Mercier, 1997a) insistent sur le fait qu'il ne s'agit pas d'enfants, mais d'adultes avec des besoins d'adultes, tel que l'attrait à la tendresse, à une vie amoureuse, à une vie sexuelle et à la procréation. Et dans un autre article, ils persistent à démontrer à travers une série de portrait de cas de

déficients mentaux que ce sont des personnes à part entière avec leurs particularités (Delville & Mercier, 1997b).

En effet, Lors des consultations médicales, ainsi que dans la vie quotidienne, des questions faisant référence à la sexualité et à la vie affective des personnes handicapées surgissent fréquemment. On remarque que tel adulte handicapé mental se masturbe, que tel autre poursuit les filles pour les toucher, qu'un autre encore embrasse son éducatrice avec plus que de l'affection... L'existence d'une pulsion sexuelle chez les personnes handicapées mentales a ainsi peu à peu été reconnue, mais elle reste souvent envisagée comme un phénomène purement biologique : elles auraient un instinct sexuel qui les pousse à une série de conduites qu'elles ne sont pas capables de maîtriser. Au-delà des simples facteurs biologiques (instinctifs) apparaissent des mécanismes relationnels, culturels, institutionnels et sociaux (Delville & Mercier, 1997a, p26).

Nous présenterons dans le présent article un survol des pratiques adoptées en matière d'éducation sexuelle dans les pays développés, nous aborderons les aspects théoriques sur lesquels s'est fondé l'approche éducative des personnes déficientes intellectuelles, mais aussi les aspects pratiques en termes d'outils mis à la disposition des éducateurs spécialisés et des familles. Ce survol nous permettra peut-être de mesurer l'étendue du retard que nous accusons à l'égard des nombreux déficients intellectuels Algériens, en ce qui concerne, entre autres, l'éducation sexuelle.

2-PROBLEMATIQUE :

La réflexion explicite quant à la sexualité des personnes déficientes mentales n'est pas très ancienne. Il existe encore des institutions, des groupes qui se comportent exactement comme si les personnes déficientes mentales étaient privées de toute pulsion sexuelle. Ange ou bête, selon la métaphore de GIAMI

(1983) : la personne déficiente est considérée soit comme un ange, tout à fait asexué, soit comme un animal sauvage, livré à ses instincts et constituant un danger potentiel (Delville, Mattys, & Mercier 1997b, p 126).

Pour les parents des personnes en situation de handicap, comme pour ceux qui les accompagnent, la déficience empêche souvent de les considérer, d'abord comme des filles et des garçons puis comme des femmes et des hommes. Le handicap prend la place du sexe dans l'identité, conduisant, entre autres, à ne pas les informer ou leur proposer une éducation à la sexualité (Fournier, 2016, p 53).

Les recherches, les expériences, ainsi que de nombreuses observations publiées dans la littérature vont toutes dans le même sens. La sexualité des personnes déficientes mentales est, finalement, très proche de la nôtre. Elle se développe dès la petite enfance, dans le contexte familial, à partir des modèles parentaux. Elle s'inscrit dans un contexte affectif et relationnel. La personne déficiente est susceptible de ressentir une attirance, une répulsion, elle peut développer des amitiés, ainsi que des relations amoureuses. Elle est capable d'attachement, de fidélité. Elle désire généralement mener des relations affectives. En fonction de son histoire, de ses expériences, elle développe une identité féminine ou masculine. Comme toute autre personne, elle est marquée par les découvertes et les souffrances qu'elle vit au cours du temps. Qualitativement parlant, ce qui est frappant c'est donc la proximité plutôt que la distance entre la personne déficiente intellectuelle et les autres. Bien évidemment, les limites intellectuelles sont présentes, ici comme dans les autres domaines de la vie : la personne déficiente peut ne pas comprendre certains événements, certaines situations, certaines sensations, être dépassée, manquer d'information. L'accompagnement éducatif est donc indispensable (Delville, et al, 1997b, p 126).

Bien que la déclaration des droits de la personne handicapée date déjà de plusieurs années, il s'avère dans les faits que beaucoup de ces droits sont « oubliés » voire « bafoués ». L'un de ceux-ci, l'éducation, droit lui aussi acquis, comprend l'éducation sexuelle. Pourtant, force est de constater que ce domaine est encore souvent tabou. Si nous osons aborder le sujet de la vie affective d'une autre personne, sujet à part entière, c'est avec respect, sans intrusion, en nous basant sur des notions éthiques, liées au caractère intime du sujet (Derouaux, 2005, p 258).

Nous vivons dans un régime (mondiale), dans lequel certaines valeurs de base sont reconnues de manière générale. La Déclaration universelle des droits de l'homme, la Déclaration des droits de l'enfant constituent des référents reconnus par tous. Pour notre propos, la « Déclaration des Droits du déficient mental », proclamée par l'ONU, constitue aussi une base importante. Celle-ci déclare notamment que « *le déficient mental a droit à la formation, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes* ». Ces valeurs fondamentales sont traduites dans les législations (Delville, 2007, p227).

Parmi les droits les plus absolus, nous pouvons citer le droit à la santé sexuelle, qui se définit aussi et peut alors être pris en compte dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les auteurs R. Ogien et J.-C. Billier rappellent que Freud fut un des premiers thérapeutes à exposer l'idée que la sexualité ne se limitait pas à l'instinct de reproduction mais constituait un élément essentiel d'épanouissement et de bien-être de l'individu. Il était convaincu que la satisfaction de la pulsion sexuelle était la finalité de la sexualité (Maquelin, 2009, p 47).

De ce fait, il devient impératif de tenir compte dans la mission professionnelle d'intégration, d'épanouissement et de

socialisation, de ne plus faire l'impasse de la dimension affective et sexuelle. Il existe parfois un décalage entre les désirs et les besoins des déficients intellectuels et leur réalité. Si le processus de sexualisation est le même chez chacun, souvent, les personnes adultes en situation de handicap restaient à un stade d'auto-érotisme, qui ne correspond pas aux besoins sexuels d'une personne de leur âge (Maquelin, 2009, p 112).

D'après (Delville et al, 1997b, p 130), de nombreux auteurs envisagent l'éducation sexuelle et affective comme un droit de la personne déficiente intellectuelle. Ce droit est reconnu, dans certains pays, par les instances politiques qui donnent aux enseignants et aux éducateurs les directives à suivre dans leur travail avec les personnes déficientes. C'est le cas en Grande-Bretagne, pour les Comité du Hertforshire (1989) et de l'East Sussex (1991), qui ont établi des guides d'intervention destinés aux professionnels de terrain, incluant la nécessité d'une éducation et d'une guidance dans le domaine de la sexualité. En réalité, l'éducation sexuelle et affective ne constitue qu'une part de l'éducation globale. Elle devrait simplement être intégrée dans toute démarche éducative vis-à-vis des personnes déficientes mentales.

Nous pouvons affirmer que l'éducation sexuelle pour la tranche des personnes déficientes mentales, est de la plus grande importance, non seulement pour leur inculquer les bases de la fonction sexuelle, mais aussi pour les prémunir contre les abus, et leur permettre ainsi une meilleure intégration. On se pose dès lors les questions suivantes : comment est apparu le concept de l'éducation sexuelle chez les personnes déficientes mentales, sur quels principes repose cette éducation et comment se déroule-t-elle dans les pays développés ?

3-HISTORIQUES :

Jadis, les malades mentaux et les déficients étaient mis à l'écart de la société. Isolés, écartés, personne ne les voyait et ils étaient ignorés de tous. Il était donc inévitable que ces personnes, puissent susciter peur, méfiance et crainte, car peu de monde en avait une connaissance approfondie.

Malgré le vent de libération, parler de sexualité pour des personnes déficientes intellectuelles est resté trop peu fréquent. Ce sont des mouvements de pensée tels que la normalisation et la valorisation des rôles sociaux qui vont faire évoluer les idées, cherchant désormais à rendre le plus possible normales les conditions de vie des personnes en situation de handicap mental.

Vint ensuite la notion de qualité de vie, cette idée subjective à laquelle se joignent des notions de santé et de promotion de la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), définit en 2000 la santé sexuelle comme « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour ». Remarquons à quel point l'individu, personne à part entière, est un tout : son éducation se doit aussi de l'être. La vie affective, sociale et sexuelle, en constitue un domaine incontournable, tout comme l'éducation à l'autonomie personnelle dans les activités quotidiennes, la scolarisation ou l'apprentissage (Derouaux, 2005, p 259).

Cependant, en ce début de XXI^{ème} siècle, les tabous sont encore présents. Un exemple parmi beaucoup d'autres est très significatif : les campagnes pour la lutte contre le SIDA sont multiples ; cependant, aucune n'est spécifique ou adaptée à la compréhension d'une personne déficiente intellectuelle. Bien qu'énoncée comme un droit, l'éducation affective et sexuelle,

doit devenir une réalité de terrain, qu'il convient d'aborder dans sa globalité (Derouaux, 2005, p 260).

Vaginay pense que ce n'est pas la générosité bienveillante qui contribua à ouvrir des brèches dans les résistances sociales mais plutôt une peur irrationnelle et disproportionnée. En effet, c'est l'apparition du SIDA et la crainte que les personnes déficientes soient des vecteurs puissants de la propagation du virus qui déclenchèrent un réel intérêt pour leur sexualité. Heureusement on s'aperçut que, s'il existait bien un groupe à risque, il restait modeste et peu représentatif. Les craintes furent ramenées à de plus justes proportions (Vaginay, 2008, p 33).

Malgré leurs limitations, les personnes ayant des incapacités intellectuelles possèdent des ressources pour se développer dans toutes leurs potentialités. Leur épanouissement implique la possibilité d'établir des rapports avec d'autres êtres humains, y compris des relations sexuelles. Toutefois, il est convenu socialement que la sexualité doit s'exercer par un « sujet autonome et responsable qui déploie sa liberté à partir de choix rationnels ». Les personnes ayant des incapacités intellectuelles rencontrent des difficultés plus ou moins grandes, selon leur degré de déficience, à se conformer à ces exigences. Elles risquent d'être perdantes et exclues si elles n'arrivent pas à intérioriser et à utiliser les nouveaux codes sociaux en matière de sexualité. Des interventions sont nécessaires pour faciliter leur adaptation à la société hypermoderne, car elles n'arrivent pas toujours à consentir à une activité sexuelle ou à ne pas nuire à autrui lors d'une relation sexuelle. Une éducation à la sexualité peut contribuer au développement d'une certaine autonomie chez les personnes ayant des incapacités sexuelles qui leur permettrait de devenir des acteurs capables de s'appropriier leur sexualité et de l'assumer d'une façon responsable (Dupras, 2013, p 206).

Les personnes ayant des incapacités intellectuelles ont donc longtemps été considérées comme des êtres asexués à qui l'accès à la sexualité était refusé. Les temps ont changé, entraînant une évolution des mentalités et des pratiques concernant la vie sexuelle de ces personnes. Pour en témoigner, mentionnons que la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle a déclaré que « la personne présentant une déficience intellectuelle a le droit de s'épanouir au niveau des relations affectives et de vivre sa sexualité » (1994 : 44). L'accent mis sur les droits sexuels a conduit à faire évoluer les mentalités, les structures et les services. Des institutions se sont dotées d'outils pour faire respecter les droits sexuels des personnes ayant des incapacités intellectuelles en inscrivant ceux-ci dans leur charte des droits et libertés de même que dans leurs projets d'établissement.

A titre d'exemple, Dupras (2006) cite le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (2004) qui a élaboré une politique institutionnelle dans laquelle il reconnaît le droit à l'expression de la vie affective, amoureuse et sexuelle des usagers. Les chartes mentionnent généralement que les usagers pourront bénéficier d'une formation pour les aider à assumer une vie sexuelle épanouissante et responsable. Au Québec, comme ailleurs, des professionnels ont conçu et expérimenté des programmes d'éducation à la sexualité destinés aux personnes ayant des incapacités intellectuelles (Dupras, 2013, p 206).

4-DEFINITIONS DES CONCEPTS :

4-1- LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE (LE HANDICAP INTELLECTUEL):

4-1-1-LE HANDICAP :

Le concept de handicap est difficilement définissable par la population, car trop souvent connoté affectivement. Cependant, l'OMS a mis au point certains documents permettant d'utiliser un vocabulaire international commun. Il en résulte trois notions centrales.

- **Les déficiences :** Ce terme inclut les troubles et les pertes de substance. Il peut être inné (congénital) ou acquis. Les déficiences illustrent toute altération du corps, de son esthétisme, ou une anomalie fonctionnelle ou organique. La déficience correspond alors à « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ».

Selon INSERM (institut international de la santé et de la recherche médicale), les types de déficiences sont catégorisés ainsi :

- *Intellectuelles*
- *Psychiques*
- *Langagières*
- *Auditives*
- *Oculaires*
- *Autres organes*
- *Squelette-soutien*
- *Esthétiques*
- *Générales sensibles et autres*

Les déficiences peuvent être multiples et variées. Ainsi, une trisomie peut être accompagnée d'une déficience cardiaque et respiratoire (Maquelin, 2009, p 33).

- **Les incapacités :** Ce terme représente les perturbations de l'individu lui-même. En d'autres termes, ce sont ici les conséquences des déficiences dans l'activité fonctionnelle de la personne. L'incapacité « *correspond à une réduction -résultant d'une déficience partielle ou totale - de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou, dans les limites considérées comme normales pour un être humain (même âge, même sexe, même facteurs sociaux et culturels)* ». Les incapacités sont manifestées par l'excès ou la diminution des comportements ou des activités normales. Ces altérations peuvent être éphémères ou non, réversibles ou irréversibles et progressives ou non.

La délimitation d'une incapacité ne se centre pas sur la personne mais sur son activité. Il s'agit d'employer un verbe d'action (Maquelin, 2009, p 34).

- **Le désavantage :** En psychologie, « le handicap » remplace, par extension, celui « d'infirmité ». Ce terme désigne alors un désavantage psychosocial que doit compenser un individu déficient (par rapport à la « normalité »). En 1989, *Les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées* édictées par les Nations Unies stipulent : « *Le handicap est fonction des rapports des personnes handicapées avec leur environnement, il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels et sociaux qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside alors dans la perte ou la limitation des possibilités de participer, sur un pied d'égalité avec les autres individus, à la vie de la communauté* » (Maquelin, 2009, p 35).

Le handicap est alors un phénomène social puisqu'il décrit les conséquences sociales ou contextuelles causées par une déficience et/ou une incapacité. La notion de handicap est arbitraire puisqu'elle dépend des normes d'une société précise à un moment donné, du niveau de développement de la société

dans laquelle évolue la personne en situation de handicap et du niveau de tolérance de la différence au sein même de cette société. Le handicap n'est en aucun cas une constante. Certes, il constitue une gêne dans une circonstance précise mais pas de manière permanente. Il est le résultat du croisement entre les limites de capacité de l'individu et les facteurs sociaux qui l'entourent. De ce fait, des personnes ayant des capacités fortement réduites peuvent présenter peu de handicap grâce à des structures socioculturelles compensatoires. Par exemple, des fauteuils roulants, des rampes, etc. A contrario, des individus ayant des capacités moins limitées peuvent se retrouver fortement handicapés par un manque de compensations socioculturelles (Maquelin, 2009, p 36).

4-1-2-LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE :

La définition de la déficience intellectuelle qui fait autorité au Québec est celle de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities : « la déficience intellectuelle est caractérisée par des limitations du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans » (2011 : 6. (Dupras, 2013, p 205).

Dans le DMS-5 on retrouve la déficience intellectuelle sous l'appellation « Handicap intellectuel » dans le chapitre « trouble du développement intellectuel », répondant aux critères diagnostiques suivants :

Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Les trois critères suivants doivent être présents :

A. Déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels standardisés.

B. Déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité.

C. Début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement.

N.B. : Le terme diagnostique handicap intellectuel a pour équivalent le diagnostic de troubles du développement intellectuel dans la CIM-11. Bien que le terme de handicap intellectuel soit employé tout au long de ce manuel, les deux termes coexistent dans le titre du chapitre pour clarifier les relations avec d'autres systèmes de classification. De plus, une loi fédérale aux Etats-Unis (Public Law 111-256, Rosa's Law) remplace le terme de retard mental par handicap intellectuel, les revues de recherche l'utilisent également. Ainsi, handicap intellectuel est le terme communément utilisé par le monde médical, l'enseignement, les autres professions, le grand public et les associations représentatives.

Spécifier la sévérité actuelle :

317 (F70) Léger

318.0 (F71) Moyen

318.1 (F72) Grave

318.2 (F73) Profon (DSM 5, 2015, p 36).

Devant l'hétérogénéité présentée par les handicapés mentaux sur les plans de l'étiologie, du fonctionnement et du pronostic, le déficit intellectuel est sans aucun doute une caractéristique essentielle que ces sujets ont en commun. Un déficit intellectuel significativement inférieur à la moyenne renvoie à un QI qui se situe en dessous de deux écarts-types de la moyenne. Dans les épreuves de Wechsler, les plus souvent appliquées au plan international, le QI moyen est de 100, la valeur de l'écart-type est de 15, la borne supérieure de la déficience mentale correspond à un QI de 70. On distingue quatre niveaux de retard mental : le retard mental profond, sévère, moyen (QI compris entre 35 et 49) et léger (QI compris entre 50 et 70). Cette classification, pour les deux derniers niveaux en particulier (ce qui montre la difficulté d'établissement du QI en dessous de 35), se fait en fonction du QI. Même si cette notion est critiquable et nous renvoie à la limite des tests en général, elle est la plus utilisée et la plus pratique, la seule qui permette de communiquer rapidement une information à un autre professionnel. Il est à préciser que l'évaluation ne doit pas s'en tenir aux seuls tests d'intelligence et, en tout cas, elle doit en associer plusieurs et se baser sur un bilan clinique et somatique approfondi (Guidetti & Tourrette, 2002, p 101).

En effet, le DSM-5 insiste sur le fait que les différents niveaux de sévérité soient définis sur la base du fonctionnement adaptatif et non plus sur la note au QI, parce que c'est le fonctionnement adaptatif qui détermine le niveau d'assistance requis. De plus les mesures du QI sont moins valides pour les notes les plus basses. Les notes au QI donnent une valeur approximative du fonctionnement intellectuel mais peuvent s'avérer insuffisantes pour évaluer les capacités de raisonnement dans les situations de la vraie vie et la maîtrise des tâches pratique (DSM 5, 2015, p 36, 40).

4-2-L'EDUCATION SEXUELLE :

Lorsque nous envisageons la sexualité, nous la réduisons souvent au coût. Pourtant, la sexualité humaine est beaucoup plus large et plus complexe. Elle comprend « *l'ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité* ». Sont ici évoqués deux éléments constitutifs de la sexualité : la part biologique et la part psychoaffective. Michel Bozon ajoute, lui, la dimension sociale et culturelle : « *la sexualité humaine implique nécessairement la coordination d'une activité mentale et d'une activité corporelle, qui doivent toutes deux être culturellement apprises. La sexualité n'est pas une donnée de la nature* ». Les connaissances, les représentations et les pratiques sexuelles sont des produits culturels et historiques. Par conséquent, les limites de ce qui est considéré comme relevant ou non de la sexualité varient non seulement d'une culture à une autre, mais également d'une époque à une autre (Fournier, 2016, p 20).

La sexualité reste un concept tabou au sein de beaucoup de sociétés. Le mot « tabou » trouve son origine dans la langue polynésienne : « tapu », qui signifiait l'interdit sacré. Sa fonction est d'ériger une barrière entre les humains et le domaine du sacré. Dans notre société, le tabou correspond à un interdit d'ordre moral ou religieux. Freud relie ce mot à des comportements sexuels qui outrepasseraient la morale. En psychanalyse, le tabou est essentiellement lié à la sexualité (Maquelin, 2009, p 30).

Peu à l'aise, nous continuons cependant à avoir souvent peur sans chercher à comprendre pourquoi. Ainsi masquons-nous nos craintes, alors même qu'elles ne sont pas forcément

illégitimes, en avançant le regret, curieux, que la sexualité des handicapés reste taboue, comme si nous fantasmions la possibilité d'une transparence absolue dans ce domaine. Alors que parler de sexualité, c'est déjà vivre du sexuel, c'est déjà mettre en jeu quelque chose de la séduction, c'est déjà partager une intimité, se dévoiler. Il est donc normal d'être gêné lorsqu'on parle de sexualité, ce qui ne signifie pas pour autant que c'est impossible. Dans une institution, le premier travail, c'est de reconnaître collectivement ces difficultés pour amorcer une dynamique qui reconnaisse la pertinence de la démarche. Ensuite, l'engagement de chacun doit être proportionné à ses capacités à se confronter à la question. Tâche ardue et souvent négligée (Vaginay, 2008, p 37).

L'éducation à la sexualité peut donc se définir comme « un moyen de formation a une vie sexuelle la plus indépendante et enrichissante possible. Elle a pour objectif principal de contribuer à un développement intégral de la sexualité par l'intermédiaire d'apprentissages progressifs dans le cadre d'activités pédagogiques. Si ses mérites sont largement reconnus, il n'en demeure pas moins que l'éducation a la sexualité suscite depuis fort longtemps des affrontements entre différents courants de pensée. Ainsi, des points de vue divergents s'observent entre les divers groupes de professionnels. Dans son étude, Gaudreau (1989) a répertorié cinq orientations, soit celles centrées sur le biologique, la morale, la prévention, le social et le personnel. Les oppositions paradigmatiques concernent des systèmes de croyances, de valeurs et de théories fondamentales qui définissent les objectifs et les méthodes de l'éducation à la sexualité (Dupras, 2013, p 207).

5- SPECIFICITES DE L'EDUCATION SEXUELLE (ET EMOTIONNELLE) CHEZ LES PERSONNES DEFICIENTES MENTALES :

Comme tout enfant, l'enfant déficient mental pose des questions sur la sexualité (D'où viennent les bébés ? etc.), construit ses théories sexuelles à partir de son imagination et des informations qu'il reçoit. Cependant, ses parents ont souvent peur de répondre à ses questions, peur de susciter un intérêt pour des situations qu'ils ne désirent pas pour lui ou qu'ils n'imaginent pas réalisables. Cela a pour conséquence de bloquer la curiosité de l'enfant et de lui faire croire que le sujet est tabou. Cela risque également de mettre un frein au développement de sa curiosité intellectuelle. Cette période de latence est également cruciale au niveau de la socialisation. Pour les parents d'un enfant déficient mental, il est très difficile de lui permettre d'élargir son horizon relationnel. De plus les milieux fréquentés par l'enfant déficient sont généralement très spécifiques (école, loisirs...) et les barrières sont dès lors nombreuses, qui empêchent l'enfant de nouer des relations hors du cadre familial (Derouaux, 2005, p 263).

Nous savons que l'instinct sexuel existe, même s'il n'est pas toujours extériorisé. La pulsion sexuelle est modulée par toutes les expériences physiques, relationnelles, les compréhensions et les incompréhensions et donc, que la personne soit handicapée ou non, la sexualité s'élabore et se construit au fil du temps (Derouaux, 2005, p 260).

La limitation cognitive introduit une différence importante, car là où un enfant apprend de manière intuitive, informelle, par imitation, l'enfant porteur d'un handicap devra être informé, éclairé et souvent rappelé. L'apprentissage étant moins spontané, l'éducation sexuelle est encore plus nécessaire

chez ces personnes qui saisissent moins aisément ce domaine si complexe des relations, de l'amour et de la sexualité. Il faudra donc organiser dès le plus jeune âge les soutiens nécessaires, sans oublier que le corps étant sexué à vie, cet accompagnement reste indispensable, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte (Derouaux, 2005, p 261).

Quelles sont les valeurs qui guident l'organisation de l'éducation à la sexualité des personnes ayant des incapacités intellectuelles ?

Dans leur étude, Brown et Pirtle (2008) ont identifié quatre systèmes de croyances adoptés par les acteurs sociaux : les partisans de l'éducation à la sexualité, les régulateurs de la reproduction, les défenseurs des droits sexuels et les humanistes favorables à l'émancipation sexuelle. Ainsi, des valeurs orientent les jugements professionnels et structurent les interventions. Toutefois, ces valeurs et ces croyances sont davantage fondées sur les conceptions personnelles des intervenants que sur une politique institutionnelle. Souvent ils considèrent la personne déficiente mentale comme un être dépourvu d'intériorité et d'autonomie. La personne ayant des incapacités intellectuelles peut alors se construire une image de soi comme objet. Devenir objet signifie perdre la maîtrise de soi, être dépossédé de soi et dépendant des forces extérieures qui imposent leur loi. L'individu handicapé chosifié devient davantage un spectateur qui regarde les autres vivre leur vie sexuelle qu'un acteur de son propre développement sexuel (Dupras, 2013, p 207).

A travers la présentation de trois expériences de vie, Delville et Mercier, montrent clairement dans leur étude combien les problèmes touchant la sexualité et la vie affective sont liés à l'histoire de la personne, à son contexte familial, relationnel, institutionnel et culturel. Dès lors, une intervention psychologique, médicale ou éducative ne peut s'envisager que

dans un essai de compréhension globale de la personne (Delville, & Mercier, 1997b, p 46).

Isabelle Marc, travaille depuis de nombreuses années avec les personnes déficientes mentales, elle pose un œil critique sur les pratiques actuelles en posant les interrogations suivantes :

Puisque les parents sont les premiers à pouvoir influencer sur la sexualité des jeunes handicapés, pourquoi ne pas multiplier les espaces de parole, pour aborder avec eux les inquiétudes légitimes que soulève la vie affective de leurs enfants ? Se concentrer sur les désirs de la personne handicapée elle-même, impliquant sa présence et sa participation - sa prise de parole - ne serait-il pas la meilleure façon de la rendre sujet de l'accompagnement, dans son individualité, en fonction de sa demande, en dehors de tout modèle "valide" de "normalité" ? (Marc, 2003)

D'autres intervenants-chercheurs aussi (ex : Vaginay 2008), insistent sur la collaboration avec les familles, qui un domaine important qui reste à développer. (Vaginay, 2008, p 39), la raison de leur implication est simple, en tant que parent Ce sont les acteurs les plus impliqués affectivement. Un professionnel demeure éphémère dans la prise en charge d'une personne en situation de handicap tandis que les parents en sont « à vie » responsables. Il y a alors plusieurs attitudes adoptées par les parents au sujet de la sexualité de leur « enfant » en situation de handicap : Certains parents sont dans le déni total de la sexualité de leur enfant. Cette négation est généralement liée à la peur des abus sexuels et des risques de procréation. Ils font partie de ces parents qui se représentent leur enfant comme un ange dénué de sexe. D'autres parents ont tendance à surestimer les possibilités d'avoir une sexualité « comme tout le monde », avec l'espoir de la procréation. Au mépris du handicap, ils se projettent dans l'avenir comme devenant grands-parents. Il y en a d'autres qui

ressentent une crainte de voir leur enfant « réussir » là où ils ont « échoué ». C'est-à-dire, qu'en excluant les maladies génétiques, leur enfant en situation de handicap pourrait mettre au monde un enfant valide (Maquelin, 2009, p 44).

A la suite de Nicole Diederich, Isabelle Marc s'interroge également sur l'importance du rapport au vocabulaire. Apprendre, utiliser, et apprendre à utiliser les mots adaptés, accompagner dans la verbalisation, dans l'expression orale des désirs, constituent sans doute le premier pas incontournable d'une bonne politique de prévention.

Si l'on considère que l'insertion sociale est moteur d'une certaine autonomie de la personne handicapée, pourquoi ne répond-elle pas aux mêmes règles que nous ? Pourquoi nos valeurs de consentement mutuel, d'intimité, de vie privée, par exemple, leurs seraient inaccessibles ? Ici, ce sont sans doute les lois sociales qu'il faut mettre en avant, pour signifier clairement que, dans la recherche du plaisir, les mêmes règles s'appliquent à tous.

Enfin, la prévention ne doit-elle pas sans cesse être évaluée, adaptée, affinée ? Et, à cet égard, les multiples intervenants auprès des personnes souffrant de troubles mentaux ou de déficiences intellectuelles - famille, médecins, partenaires sociaux, éducateurs spécialisés... - ne gagneraient-ils pas à inscrire leurs démarches dans un projet global d'éducation affective et sexuelle, sans silences ni tabous ?

Les réponses à ces questions sont les jalons probables d'une véritable prise en charge de la sexualité des personnes handicapées. Dès l'enfance et tout au long de l'âge adulte, l'amélioration de leur bien-être global passe aussi par la reconnaissance de leur droit au désir... et au plaisir. De ce point de vue, c'est incontestablement aux personnes "valides" de faire le premier pas, afin d'ouvrir au plus vite des espaces de parole

qui répondront inmanquablement aux attentes des personnes souffrant de difficultés mentales (Marc, 2003).

6- MODELES D'EDUCATION SEXUELLE (ET EMOTIONNELLE) CHEZ LES PERSONNES DEFICIENTES MENTALES :

Il existe, dans les pays développés, plusieurs modèles et programmes d'éducation sexuelle, destinés aux personnes déficientes mentales, nous pouvons citer le Programme pédagogique « Trase project 2017 ». Il s'agit d'un projet éducatif dans le domaine de l'éducation sexuelle, soutenu et financé par Erasmus+, le projet bénéficie de l'expertise de diverses organisations de sept pays européens différents (la Belgique, le Luxembourg, le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Autriche, le Portugal et la Lituanie). Des outils ont été créés ou adaptés par les partenaires du projet, destinés aux parents et aux professionnels afin de les aider dans l'éducation sexuelle aux personnes handicapées.

Nous nous intéresserons en revanche à un autre programme, qui connaît actuellement un grand succès auprès des éducateurs spécialisés dans l'accompagnement des déficients mentaux, nous évoquerons, ses objectifs, son contenu, ses méthodes, ses outils, et bien d'autres éléments. Nous invitons les lecteurs qui ambitionnent de connaître le programme en détail de consulter le livre des concepteurs du programme, à savoir, Delville, J., Mercier, M, et Merlin, C « Des femmes et des hommes. Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales », édité en 2016.

Les auteurs préconisent au début de la formation de clarifier des notions importantes tant sur le plan du handicap, de la santé, de l'éducation à la santé que sur le plan de la sexualité

des personnes déficientes mentales, après avoir opéré un retour sur soi indispensable en ce domaine et réfléchi aux valeurs que nous privilégions, ils disent pouvoir envisager la question d'une intervention concrète en ce domaine.

Cette intervention concrète, qui est l'éducation à la vie affective et sexuelle, peut se réaliser de trois façons différentes :

- **La première** que nous appelons *environnementale*, se fait par observation de ce qui nous entoure. Le milieu dans lequel nous baignons influence chacun d'entre nous. Il est important pour les personnes déficientes mentales de tenir compte du contexte de vie, du type d'informations qui leur parvient.

- **La seconde** dite *expérientielle*, renvoie à un contenu informatif appris « sur le vif ». Une demande est faite à laquelle on tente de répondre immédiatement. Exemple : *c'est quoi faire des bébés ?* Ou encore *comment fait-on l'amour ?*

- **Le troisième** type d'éducation est une éducation *construite* : une équipe, un éducateur réfléchit à l'élaboration d'un programme systématique. (Delville, Mattys, & Mercier, 1997a, p 117)

6-1-Les Objectifs de la formation :

Comme Michel Lemay le préconise, les objectifs doivent être envisagés en termes de :

6-1-1-Le savoir : il s'agit ici d'apporter des informations relatives aux aspects biologiques, anatomiques de l'être humain. En effet, les personnes déficientes mentales, en raison de leur handicap, ont moins d'accès à ce type d'informations (certains ne peuvent pas lire, les échanges entre pairs sont moins fréquents...). Il est important cependant de ne pas se limiter au savoir. En effet, les connaissances théoriques seules ne suffisent pas, l'expérience personnelle est tout aussi fondamentale.

6-1-2-Le savoir-faire : dans ce point, la question suivante est posée : que désirons-nous que les personnes avec lesquelles on

travaille puissent faire ? Il s'agit de faire acquérir des « connaissances techniques », un savoir pratique dans le domaine de la sexualité, des habiletés sociales.

Exemple : les menstruations : la question du savoir abordée, il s'agit de se pencher sur le savoir-faire en ce domaine : comment faire pour gérer adéquatement ses règles au moment où elles surviennent ?

6-1-3-Le savoir-être : ici, nous visons le bien-être, le fait de « se sentir bien dans sa peau » par rapport à un phénomène précis.

Exemple : lors des menstruations, arriver à ne pas se sentir gênée lorsqu'on est réglée, écarter ce sentiment de se sentir sale à ce moment précis (Delville, et al, 1997a, p 118).

6-2-Le Contenu de la formation :

Les différents thèmes susceptibles d'être abordés dans un programme de formation sont vus ici en termes d'unités. Le choix se fera notamment en fonction du public auquel on s'adresse, de son niveau de connaissance et de compréhension, du type de relations qu'il est en train de vivre.

6-2-1- **L'unité biologique** aborde la physiologie de la femme, de l'homme, les changements morphologiques survenant au cours de l'évolution de l'être humain. On se situe ici au niveau du *savoir*. Il est important de ne pas se limiter à cette seule unité.

6-2-2- **L'unité santé** aborde les questions de l'hygiène, l'hygiène intime, la visite chez le médecin, le gynécologue...

6-2-3- **L'unité de comportements sexuels** traite des différents comportements en matière de sexualité ; comportements auto-érotiques, comportements sexuels dangereux, douloureux, inadéquats dans un contexte particulier.

6-2-4- **L'unité de reproduction** est relative à l'idée d'avoir un enfant, les interruptions de grossesse...

6-2-5- **L'unité « contrôle des naissances »** aborde les thèmes de la contraception, la stérilisation...

6-2-6- **L'unité relationnelle** aborde les questions suivantes : comment nouer une relation, comment l'entretenir, comment la rompre, quels sont les différents types de relations existants, les amitiés... (Delville, et al, 1997a, p 119)

6-3-Les Méthodes de la formation :

Le principe de base que nous adoptons est le principe du minimum. Il s'agit de se poser la question, selon la population à laquelle on a affaire, du minimum que l'on veut transmettre. Qu'estimons-nous que les personnes déficientes mentales doivent *savoir, savoir-faire* et *savoir-être* au minimum, pour chacun des thèmes que nous avons choisi d'aborder ? Il s'agit de commencer par les choses les plus simples, les éléments de base et éventuellement, d'évoluer par la suite.

Exemple : les menstruations : le minimum = savoir qu'elles surviennent tous les mois.

6-4-Le public :

Le public-cible est celui des personnes déficientes mentales. Cependant, on peut rencontrer différents types de handicap, différents degrés dans la déficience, le handicap recouvrant des réalités très différentes. Une évaluation des besoins des personnes déficientes mentales, de leurs connaissances, de la demande, de leur niveau de compréhension est nécessaire. Il faut tenir compte des caractéristiques du public visé en matière de handicap, mais aussi de la culture, de l'éducation reçue (le milieu d'appartenance est important) ... Les normes sociales sont plus difficiles à intérioriser chez ce type de personnes, leur compréhension intuitive est limitée (Delville, et al, 1997a, p 120).

6-5-L'organisation concrète du programme :

Plusieurs points pratiques sont à envisager pour la mise en place du programme ; ces points sont présentés ci-dessous :

6-5-1- Les bénéficiaires : quelles sont leurs motivations ? Il s'agira d'évaluer leur degré de connaissances, les comportements maîtrisés de ceux qui ne le sont pas.

6-5-2- Objectifs précis : on peut envisager un programme très large ou plus restreint. On peut partir de thèmes très généraux (le corps, la santé, l'hygiène) et y intégrer la vie affective et sexuelle. On peut également partir de thèmes plus ciblés.

6-5-3- Contenu : il dépend des objectifs. Il faut déterminer ce qui paraît important pour ce groupe en particulier.

6-5-4- Moyens : moyens utilisés pour atteindre les objectifs. Il est intéressant d'avoir recours à plusieurs types de support faisant appel à différents canaux de communication ; le canal visuel reste néanmoins le plus adéquat pour ce type de personnes (photographies, diapositives, vidéogrammes, témoignages...) (Delville, et al, 1997a, p 120).

Le respect de la personne déficiente mentale implique, qu'on lui fournisse l'information qu'elle peut maîtriser, selon ses capacités cognitives, dans tous les aspects de la vie sexuelle et affective. Elle a le droit de savoir comment son corps est constitué, ce que sont les rapports hommes-femmes, comment est conçu et naît un enfant, ... Cependant, toute information doit être accompagnée d'une démarche éducative. Le délicat problème de la responsabilité se pose ici. D'une part, tout doit être fait pour que la personne déficiente mentale puisse poser des choix, gérer sa vie, élaborer ses expériences ; d'autre part, le déficit intellectuel l'empêche de maîtriser tous les aspects de sa vie quotidienne. C'est ici qu'intervient la responsabilité du parent, de l'éducateur : ceux-ci doivent accompagner les informations qu'ils donnent d'une réflexion, d'un accompagnement, d'une guidance permettant d'aider la personne déficiente mentale à poser ses choix. (Delville, Mattys, & Mercier, 1997b, p 135)

CONCLUSION :

Dupras (2013) pense que si un pas important a été franchi en reconnaissant les personnes ayant des incapacités intellectuelles comme des êtres sexués et sexualisés, il insiste sur une autre étape qui consiste à se demander si leur éducation à la sexualité s'inscrit dans un projet d'assujettissement ou d'émancipation. Une visée émancipatrice implique, en effet, de changer le paradigme en éducation à la sexualité en accordant plus d'importance à la parole des personnes en situation de handicap afin qu'elles puissent davantage s'autodéterminer et s'autogérer. C'est l'attitude qu'adoptent de plus en plus les parents et les professionnels qui réfléchissent ensemble sur les besoins sexuels des personnes ayant des incapacités intellectuelles : « leur donner la parole pour qu'elles puissent exprimer leurs désirs ».

Il est primordial d'après Derouaux (2005) de s'occuper de l'éducation à la vie relationnelle et sexuelle. Il est inutile d'essayer de trouver à qui incombe cette responsabilité, c'est-à-dire si c'est du ressort des parents ou des professionnels. Il est évident que cela doit se faire en toute confiance et avec l'accord des parents, mais surtout que les professionnels ont un grand rôle à jouer.

Il est donc préconisé de débiter l'éducation sexuelle dès le jeune âge. Cependant, même si elle est tardivement dispensée, elle reste très utile. Il est possible d'adapter cette éducation à toute personne affectée d'une déficience intellectuelle en fonction de son niveau mental et de ses attentes.

Les thèmes abordés intéressent énormément toutes les personnes concernées : en effet, on leur parle d'elles-mêmes, de leur vie, de leur vécu. Elles sont curieuses et vivent mieux en ayant plus de connaissances d'elles-mêmes, ce qui permet de voir les difficultés comportementales s'estomper. De plus le fait

d'apprendre à se faire respecter, à choisir, à dire « non », permet d'espérer une meilleure protection face aux maladies sexuellement transmissibles, aux abus sexuels, aux grossesses non désirées ou non souhaitables.

En guise de **RECOMMANDATIONS**, nous avons retenu l'idée d'adopter les programmes de formation étrangers et de les prodiguer aux élèves des écoles spécialisées dans la prise en charge des enfants déficients en Algérie. Ceci doit passer par des projets de collaborations entre les spécialistes des deux rives, ainsi qu'une action de formation des formateurs. Nous devons par ailleurs, prendre en considération les différences culturelles entre les sociétés européennes et américaines d'un côté, et la société algérienne de l'autre, il est clair que les programmes importés ne pourront être appliqués sans un travail d'adaptation par rapport aux valeurs locales en terme de liberté et de restriction sexuelle, ce travail d'adaptation est indispensable si nous voulons donner aux enseignés une plus grande possibilité d'intégration à la société à laquelle ils appartiennent.

Bibliographie :

- American Psychiatric Association. (2015). DSM 5, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Elsevier Masson.
- Delville, J. (2007). Les bases éthiques d'un programme d'éducation affective et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales. In Jonckheere, P., Salbreux, R., et Magerotte, G, Handicap mental : Prévention et accueil. De Boeck Supérieur.
- Delville, J., & Mercier, M. (1997a). Ils ne pensent pas à tout cela, ce sont de « grands enfants ». In Delville, J., & Mercier, M, Sexualité, vie affective et déficience mentale, (p 25-32). Paris-Bruxelles : De Boeck & Larcier.

- Delville, J., & Mercier, M. (1997b). La personne handicapée mentale est une personne : quelques portraits, In Delville, J., & Mercier, M, Sexualité, vie affective et déficience mentale, (p 33-47). Paris-Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Delville, J., Mattys, M., & Mercier, M. (1997a). Un programme de formation pour les professionnels, In Delville, J., & Mercier, M, Sexualité, vie affective et déficience mentale, (p 98-124). Paris-Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Delville, J., Mattys, M., & Mercier, M. (1997b). Elaboration d'un outil éducatif destiné à des adultes déficients mentaux, In Delville, J., & Mercier, M, Sexualité, vie affective et déficience mentale, (p 125-137). Paris-Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Derouaux, C. (2005). Éducation affective et sexuelle des personnes atteintes de déficience intellectuelle : de la nécessité de recevoir une éducation affective et sexuelle adaptée. *Érès « Contraste »* /1 n°22 – 23, p 257-272. ISSN 1254-7689 ISBN 9782749237831
- Dupras, A. (2013). *Rénover* la pratique de l'éducation à la sexualité des personnes ayant des incapacités intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 204–218. <https://doi.org/10.7202/1020830ar>
- Fournier, J. (2016). La vie intime, amoureuse et sexuelle à l'épreuve de l'expérience des personnes en situation de handicap l'appréhender et l'accompagner. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, de l'Université de Lyon « l'Université Lumière Lyon 2 ».
- Guidetti, M., & Tourrette, C. (2002). Handicaps et développement psychologique de l'enfant. Paris : Armand Colin.
- Maquelin, G. (2009). Intimité, affectivité, sexualité et handicap. Un accompagnement subtil et délicat pour les éducateurs sociaux. Mémoire de fin d'études, Filière éducation sociale, Centre de Sierre.

-Marc, I. (2003). Comment favoriser un accompagnement de l'intimité, au quotidien, avec des personnes en situation de handicap mental ? 51ème rencontre du CRIPS, Prévention des risques sexuels et handicap.

-Vaginay, D. (2008). la sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution. Érés « La lettre de l'enfance et de l'adolescence », 3 n° 73, p 33-40. ISSN 2101-6046 ISBN 9782749209401.