

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en  
travail social

Haute École de Travail Social – HES·SO//Valais - Wallis

**Représentation du couple pour les personnes en situation  
de déficience intellectuelle en institution**

Réalisé par : ANTUNES NOGUEIRA ROBERTO

Promotion : Bac 22 ES

Sous la direction de : AGNÈS AUBRY

Sierre, le 02.03.2024

## REMERCIEMENTS ET AVERTISSEMENTS

---

### Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, je remercie chaleureusement les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens, pour leur disponibilité, leur confiance et la richesse de leurs témoignages. Leurs partages d'expériences ont été une source précieuse pour nourrir ma réflexion et donner du sens à ce travail.

Je souhaite également adresser mes remerciements à Madame Aubry, sous la direction de qui ce projet a été réalisé, pour ses conseils et son encadrement tout au long de mon travail.

Un grand merci à M. Lévêque pour la relecture attentive et les précieux conseils qui ont permis d'affiner mon travail et de le présenter sous sa meilleure forme.

Je remercie également ChatGPT pour l'aide apportée à la correction de mes textes, ce qui m'a permis d'améliorer la clarté et la qualité de mes écrits.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers tous ceux qui m'ont soutenu tout au long de ce projet, que ce soit par leurs encouragements, leur patience ou leur expertise.

## Indications

Par souci d'allègement du texte, seul le masculin est utilisé lorsqu'il est question de genre. Cependant, tous les propos cités s'adressent aux deux sexes et la lecture doit être orientée en ce sens.

## Déclaration

*« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur. Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche en Travail Social. Je certifie également que le nombre de signes de ce document (corps de texte, espaces non comprises) est de 77'617. »*

Roberto Antunes Nogueira



## RÉSUMÉ

---

Ce travail de Bachelor s'intéresse à l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle [DI] sur le plan affectif et sexuel, et explore le rôle central des éducateurs spécialisés dans ce processus. La problématique centrale est de comprendre comment les éducateurs peuvent soutenir les résidents en leur offrant un cadre respectueux, sécurisé et bienveillant, tout en prenant en compte leurs désirs affectifs et sexuels. La question de recherche qui guide ce travail est : Comment les éducateurs spécialisés peuvent-ils accompagner des personnes ayant une déficience intellectuelle résidant en institution à envisager et à vivre positivement leur futur affectif et sexuel ?

La méthodologie retenue pour cette étude repose sur des entretiens semi-dirigés menés avec des éducateurs spécialisés, permettant de recueillir des perspectives sur leurs pratiques et sur les défis rencontrés dans l'accompagnement des personnes en situation de DI. Les entretiens ont exploré les représentations des éducateurs relatives à la vie affective et sexuelle des résidents, ainsi que les obstacles rencontrés, tant au niveau institutionnel que personnel.

Les résultats montrent que les éducateurs sont généralement favorables à l'idée de soutenir les relations affectives et sexuelles des personnes en situation de DI, mais ils rencontrent des difficultés liées à la tension entre l'autonomie des bénéficiaires et la nécessité de les protéger contre les risques d'abus. De plus, les préjugés concernant les capacités des personnes en situation de DI à mener une vie affective épanouie peuvent influencer leurs pratiques. L'accompagnement éducatif se doit d'être formé et sensibilisé à ces enjeux, afin d'adopter une approche inclusive et respectueuse des désirs des bénéficiaires.

En conclusion, les éducateurs spécialisés jouent un rôle clé dans la promotion de l'autonomie affective et sexuelle des personnes en situation de DI, en tenant compte à la fois de leurs besoins spécifiques et des enjeux de sécurité. Il est crucial que ces professionnels bénéficient d'une formation continue sur les thématiques affectives et sexuelles pour renforcer leurs compétences et leur capacité à accompagner de manière adaptée les résidents dans leurs aspirations relationnelles.

Mots-clés : éducateurs – affection et sexualité - handicap – déficience intellectuelle - institutions
---

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1	MOTIVATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES.....	1
1.2	QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	2
1.2.1	<i>Questions de recherche .....</i>	2
1.2.2	<i>Objectifs de recherche.....</i>	2
1.3	LIEN AVEC LE TRAVAIL SOCIAL.....	3
<b>2</b>	<b>CADRE THÉORIQUE .....</b>	<b>4</b>
2.1	LE HANDICAP .....	4
2.1.1	<i>Définition selon l'OMS .....</i>	4
2.2	DÉFICIENCE INTELLECTUELLE .....	5
2.2.1	<i>Définition.....</i>	5
2.2.2	<i>Critères diagnostiques.....</i>	5
2.2.3	<i>Taux de prévalence et causes de la DI .....</i>	6
2.2.4	<i>Obstacles à la représentation du couple DI .....</i>	7
2.3	RÔLE DE L'ÉDUCATEUR DANS LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE.....	8
2.3.1	<i>Le rôle des éducateurs dans l'accompagnement affectif et sexuel des personnes en situation de déficience intellectuelle .....</i>	8
2.3.2	<i>Vision des besoins des DI selon leur famille et selon les éducateurs.....</i>	10
2.3.3	<i>La sensibilisation .....</i>	11
2.3.4	<i>Compréhension des enjeux de la sexualité et de la vie affective en institution pour des personnes en situation de DI.....</i>	12
2.3.5	<i>Le devoir de protection des éducateurs .....</i>	13
<b>3</b>	<b>PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>13</b>
3.1	HYPOTHÈSES .....	15
<b>4</b>	<b>MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>16</b>
4.1	TERRAIN D'ENQUÊTE .....	16
4.2	ÉCHANTILLON .....	17
4.3	TECHNIQUES DE RÉCOLTES DE DONNÉES .....	17
4.4	RISQUES DE LA DÉMARCHE ET PRINCIPES ÉTHIQUES .....	18
4.5	DÉROULEMENT .....	19
<b>5</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>20</b>
5.1	HYPOTHÈSE 1 : AUTODÉTERMINATION VERSUS SÉCURITÉ .....	20
5.1.1	<i>Enjeux communicationnels.....</i>	20
5.1.2	<i>La pesée des risques : concilier libre arbitre et devoir de protection .....</i>	22
5.1.3	<i>Consentement .....</i>	24

5.1.4	<i>Synthèse sur l'hypothèse</i> .....	25
5.2	HYPOTHÈSE 2 : SOUTIEN INFLUENCÉ PAR DES IDÉES PRÉCONÇUES .....	26
5.2.1	<i>Les défis des éducateurs face aux préjugés</i> .....	26
5.2.2	<i>Contexte institutionnel</i> .....	27
5.2.3	<i>Synthèse sur l'hypothèse</i> .....	30
5.3	HYPOTHÈSE 3 : LE SOUTIEN DES ÉDUCATEURS EST POSITIF À LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PERSONNES EN DI .....	31
5.3.1	<i>L'acceptation des relations amoureuses par les éducateurs</i> .....	31
5.3.2	<i>Angélification des parents ?</i> .....	32
5.3.3	<i>Un levier pour des échanges positifs avec les familles</i> .....	34
5.3.4	<i>Synthèse sur l'hypothèse</i> .....	35
<b>6</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>37</b>
6.1	RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE .....	37
6.2	LIMITES ET DIFFICULTÉS .....	38
6.3	PISTES D'ACTION ET NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS.....	38
6.4	ASPECTS LIÉS AUX APPRENTISSAGES RÉALISÉS.....	40
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>42</b>
7.1	OUVRAGES ET CHAPITRES D'OUVRAGES.....	42
7.2	ARTICLES PAPIER ET ÉLECTRONIQUES.....	42
7.3	SITES INTERNET.....	42
<b>8</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>44</b>
8.1	QUESTIONS D'ENTRETIENS .....	44
8.2	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE.....	47

## TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

---

Tableau 1: Echantillon .....	17
------------------------------	----

# 1 INTRODUCTION

---

## 1.1 Motivations personnelles et professionnelles

J'ai choisi de travailler sur le thème de l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans leur rapport à l'intimité et à leurs futures relations amoureuses, car lors de ma première expérience professionnelle, j'ai travaillé à Notre-Dame de Lourdes avec des enfants en situation de handicap en transition vers le monde adulte. Ces jeunes, âgés de 15 à 19 ans, étaient en grande partie destinés à vivre en institution. Je me suis demandé sur ce à quoi ressemblerait leur vie familiale, sociale et professionnelle une fois adultes. La question des relations amoureuses et de la représentation de l'amour m'a particulièrement intrigué.

Dans notre société, l'idéal le plus commun pour une personne est souvent de construire une vie indépendante en couple, avec des projets de fonder une famille, de prendre un appartement ou une maison et de travailler. Mais qu'en est-il pour un enfant en situation de handicap ? Ont-ils les mêmes aspirations ou sont-ils capables de visualiser un tel avenir ?

De plus, pour échanger avec mes futurs bénéficiaires, j'aurai besoin de comprendre comment ils se représentent leur propre avenir et ce qui peut être, pour eux, une source de motivation ou de sens. C'est non seulement un besoin mais aussi une responsabilité.

En effet, dans un contexte institutionnel, nous sommes témoins des défis auxquels sont confrontés les personnes en situation de handicap. L'un de ces défis concerne la manière dont ils envisagent leur futur, notamment en ce qui concerne les relations amoureuses et la vie de couple. En tant qu'éducateurs, il est de notre responsabilité de les accompagner dans cette démarche, en leur offrant un soutien adapté et en les aidant à construire des représentations positives et réalistes de leur futur.



## 1.2 Question de recherche et objectifs

### 1.2.1 Questions de recherche

- Comment un éducateur peut-il aider les personnes en situation de déficience intellectuelle [DI] à envisager leur futur de manière positive et réaliste, en prenant en compte les défis spécifiques auxquels ils sont confrontés ?
- Quels sont les besoins et les aspirations individuels des personnes en situation de DI en ce qui concerne leur vie de couple et leurs relations amoureuses ?
- Quels outils ou approches puis-je utiliser pour soutenir une personne en situation de DI dans la construction de sa représentation de la vie de couple, tout en respectant son autonomie et ses choix personnels ?
- Comment puis-je contribuer à promouvoir l'inclusion sociale des personnes en situation de DI dans le domaine des relations amoureuses et de la vie de couple, tant au sein de l'institution que dans la société plus large ?
- Quels sont les stéréotypes ou les préjugés auxquels les personnes en situation de DI peuvent être confrontées en matière de relations amoureuses et de vie de couple, et comment puis-je les aider à les surmonter ?
- En quoi mes propres valeurs et croyances concernant les relations amoureuses et la vie de couple peuvent-elles influencer mon approche dans l'accompagnement des jeunes en situation de DI ?

### 1.2.2 Objectifs de recherche

#### **Compréhension des représentations du couple chez les personnes en situation de déficience intellectuelle en situation de handicap :**

Examiner comment les personnes en situation de DI perçoivent et envisagent leur futur en matière de vie de couple, en explorant leurs aspirations, leurs préoccupations et les facteurs qui influencent leurs perceptions.

#### **Identification des besoins et des attentes des personnes en situation de DI en matière de relations amoureuses :**

Analyser les besoins spécifiques des personnes en situation de DI en ce qui concerne les relations amoureuses, l'intimité et la vie de couple, afin de mieux adapter les interventions éducatives et les services de soutien.

#### **Étude des obstacles et des défis rencontrés par les personnes en situation de DI dans la construction de leur représentation de la vie de couple :**

Investiguer les obstacles sociaux, culturels et institutionnels qui peuvent entraver la construction d'une vision positive et réaliste du couple chez les personnes en situation de DI, et proposer des stratégies pour les surmonter.

## **Exploration des pratiques et des attitudes des professionnels de l'éducation spécialisée à l'égard de la vie de couple des personnes en situation de DI:**

Examiner les perceptions, les connaissances et les pratiques des éducateurs spécialisés concernant la vie de couple des personnes en situation de DI, afin d'identifier les besoins de formation et les axes d'amélioration dans ce domaine.

## **Développement de recommandations pour promouvoir l'inclusion et le bien-être relationnel des personnes en situation de DI :**

Proposer des recommandations pratiques et des lignes directrices pour les professionnels, les établissements scolaires et les institutions sociales afin de favoriser l'inclusion sociale et le développement de relations amoureuses saines et épanouissantes pour les personnes en situation de DI.

Ces objectifs de recherche visent à approfondir notre compréhension des besoins, des expériences et des perspectives des personnes en situation de DI en ce qui concerne la vie de couple, et à contribuer à l'amélioration des pratiques éducatives et des politiques sociales dans ce domaine.

### **1.3 Lien avec le travail social**

Dans le domaine du travail social avec les personnes en situation de DI, aider les bénéficiaires à envisager leur vie de couple est important pour plusieurs raisons :

- Soutien global : les travailleurs sociaux visent à aider les personnes en situation de handicap dans tous les aspects de leur vie. Les relations amoureuses et la vie de couple font partie de cela.
- Encourager l'inclusion : en aidant les personnes en situation de DI à voir la vie de couple de manière positive, les travailleurs sociaux contribuent à leur estime de soi et à leur intégration sociale.
- Aider dans les relations : les travailleurs sociaux aident les personnes en situation de DI à comprendre leurs désirs et leurs limites dans les relations amoureuses, les aidant à prendre des décisions éclairées.
- Sensibilisation : l'éducateur peut sensibiliser également les autres professionnels et la société en général à l'importance des personnes en situation de DI dans ce domaine, contribuant ainsi à créer un environnement plus compréhensif et inclusif pour eux.

En résumé, dans le domaine du travail social avec les personnes en situation de DI, les éducateurs ont pour mission d'aider leurs bénéficiaires à penser à leur vie de couple pour leur permettre de se sentir bien dans leur peau et de s'intégrer dans la société ainsi que de prendre des décisions relationnelles avisées.

## 2 CADRE THÉORIQUE

---

### 2.1 Le handicap

#### 2.1.1 Définition selon l'OMS

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le handicap regroupe les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la vie sociale. Il reflète les aspects négatifs de l'interaction entre une personne ayant un problème de santé et les facteurs contextuels (environnementaux et personnels) dans lesquels elle évolue. Cette définition est en accord avec la Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes en situation de handicap [LHand] qui définit comme personne en situation de handicap « toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation ou une formation continue ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités » (art. 2 al. 1 LHand).

Selon le site Swiss Uniability, le handicap est défini dans le cadre d'un problème de santé, tel qu'une maladie ou un trouble pouvant faire l'objet d'un diagnostic médical. Des affections chroniques, des troubles psychiques, des troubles de la perception ou des troubles spécifiques des apprentissages peuvent également conduire à des situations d'inégalité, notamment dans le milieu scolaire.

Ainsi, un diagnostic médical est une condition préalable essentielle pour reconnaître l'existence d'un handicap. Toutefois, les handicaps découlant de désavantages sociaux ou économiques ne relèvent pas du champ d'application de la loi sur l'égalité pour les personnes en situation de handicap.

## 2.2 Déficience intellectuelle

### 2.2.1 Définition

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders définit la déficience intellectuelle comme un trouble caractérisé par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, sur le plan du quotient intellectuel [QI], ainsi que des limitations significatives de la vie quotidienne, tels que la communication, la capacité à se prendre en charge, les compétences sociales, l'autonomie à l'école ou au travail, et la capacité à se conformer aux normes sociales et culturelles.

### 2.2.2 Critères diagnostiques

Selon Monette et Flessas (2022) neuropsychologues, le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) débute pendant la période de développement et se caractérise par des déficits intellectuels et adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Les trois critères suivants doivent être présents :

La déficience intellectuelle se manifeste par des déficits intellectuels tels que des difficultés à raisonner, à résoudre des problèmes, à planifier, à produire des abstractions. Ces difficultés rendent l'apprentissage scolaire ou individuel plus complexe. Ces déficits doivent être confirmés par une évaluation clinique et des tests d'intelligence standardisés. De plus, Toujours selon Monette et Flessas (2022), il y a un déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec à atteindre les normes de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance continue, ces déficits limitent le fonctionnement dans divers domaines de la vie quotidienne, comme la communication, la participation sociale et l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail et la communauté. Enfin, ces déficits intellectuels et adaptatifs doivent apparaître pendant la période de développement.

En résumé, on comprend que selon Monette et Flessas (2022), le diagnostic de la déficience intellectuelle repose sur trois critères : un fonctionnement intellectuel déficitaire (généralement parmi les 2% les plus faibles de la population), un déficit des comportements adaptatifs, c'est-à-dire la capacité à fonctionner de façon autonome dans divers domaines de la vie quotidienne et la présence de ces déficits durant la période de développement. Cette période de développement est évaluée par des jalons qu'un enfant doit atteindre à certains âges, comme former ses premiers mots, acquérir la propreté ou utiliser des ciseaux.

### 2.2.3 Taux de prévalence et causes de la DI

Toujours selon Monette et Flessas (2022) :

« Il y aurait environ 1 à 2 % de la population présente une déficience intellectuelle (DI). Les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes, et la DI est plus fréquente dans les milieux défavorisés. La DI peut avoir de nombreuses causes, notamment :

Les syndromes chromosomiques : X fragile, trisomie 21, syndrome de Turner, syndrome de Klinefelter, phénylcétonurie, syndrome de Lesch-Nyhan ;

Les syndromes génétiques : syndrome de Prader-Willi, syndrome de Williams, syndrome d'Angelman ;

Les facteurs de risque prénataux, comme la malnutrition, l'insuffisance placentaire, l'exposition du fœtus à des tératogènes (alcool, drogues, toxines), certaines maladies maternelles (hypothyroïdie) ou des infections périnatales (toxoplasmose, syphilis, herpès, rubéole, cytomégalovirus, etc.) ;

Les incidents périnataux : ischémie, hypoxie à la naissance, grande prématurité, etc. ;

Les causes postnatales rares : dans de rares cas, la DI peut être « acquise », résultant d'une lésion ou d'une pathologie cérébrale postnatale, comme un traumatisme crânien grave, une noyade, une intoxication au plomb ou au mercure, une tumeur cérébrale, une épilepsie dégénérative, une méningite ou une négligence extrême et chronique en bas âge.

La cause reste inconnue dans environ 50 % des cas. La majorité des enfants ayant une DI ont une DI légère (85 %), 10 % ont une DI modérée, et 5 % ont une DI sévère ou profonde. Plus la sévérité de la DI est importante, plus il est probable que la cause soit identifiable. Les causes les plus fréquentes de DI sont le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Down et la consommation d'alcool pendant la grossesse » (p.4).

Les enfants ayant une DI sévère ou profonde sont généralement identifiés durant les premières années de vie en raison des syndromes génétiques associés. Ceux avec une DI modérée sont souvent identifiés avant l'âge de 5 ans. Ces niveaux de sévérité sont plus facilement repérables en raison des retards de développement visibles en bas âge et sont souvent associés à des causes identifiables, comme un syndrome génétique ou une encéphalopathie. La DI légère est souvent diagnostiquée plus tard, à l'âge scolaire,

lorsque les difficultés d'apprentissage deviennent évidentes, et parfois seulement à l'adolescence pour certains enfants qui passent entre les mailles du filet du système éducatif et des services sociaux (Monette & Flessas, 2022).

Ce texte porte principalement sur la DI légère, car elle représente la majorité des cas (85 %), et c'est celle qui est habituellement évaluée par les neuropsychologues.

Qu'en est-il du retard global de développement ? Selon Monette et Flessas (2022), les enfants présentant une DI ont souvent manifesté des retards de développement en bas âge, n'atteignant pas certains jalons de développement (par exemple, prononcer ses premiers mots, former des phrases, empiler des cubes, devenir propre, copier des formes, utiliser des ciseaux, etc.) au même âge que les autres enfants. Avant l'âge de 6 ans, il est fréquent que l'enfant reçoive un diagnostic de retard global de développement, reflétant des retards dans plusieurs sphères de fonctionnement. Monette et Flessa (2022) disent :

« Beaucoup d'enfants diagnostiqués avec un retard global de développement recevront plus tard un diagnostic de DI. Le diagnostic de « retard global de développement » avant l'âge de 6 ans s'explique par la fluctuation des capacités intellectuelles à cet âge et le fait que certains enfants rattrapent leur retard. » (p.5).

#### 2.2.4 Obstacles à la représentation du couple DI

Selon l'Association Insieme (2025), pour une personne atteinte de DI, la façon dont elle se représente la vie en couple peut être source de préoccupations et de défis uniques. Contrairement aux personnes sans DI, cette population peut être confrontée à des difficultés supplémentaires dans la compréhension des relations amoureuses et de couple.

En effet, la personne atteinte de DI peut avoir du mal à comprendre les différents aspects d'une relation de couple, tels que les attentes mutuelles et les responsabilités partagées et les limites personnelles. La complexité des interactions sociales et émotionnelles peut rendre difficile pour cette personne d'envisager comment une relation de couple pourrait se développer dans sa propre vie (Insieme, 2025).

De plus, les règles sociales et les attentes de la société concernant les relations amoureuses et de couple peuvent ajouter une pression supplémentaire. Une personne atteinte de DI peut se sentir dépassée par ces attentes et éprouver des difficultés à imaginer une relation comparable à celle des autres.

Un autre obstacle réside dans le fait que les personnes ayant une DI peuvent être plus susceptibles de vivre des émotions intenses et de ressentir un stress accru, ce qui peut affecter leur vie de couple. Elles pourraient donc avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour gérer leurs émotions et leurs réactions au sein d'une relation (Insieme, 2025).

En outre, des difficultés pratiques peuvent surgir, telles que trouver des opportunités pour rencontrer d'autres personnes, accéder au soutien nécessaire ou bénéficier de ressources adaptées pour développer des relations saines. Les préjugés et les idées fausses sur la DI peuvent également influencer négativement l'estime de soi de ces individus et réduire leurs chances de construire une relation amoureuse (Insieme, 2025).

En résumé, la représentation du couple pour une personne atteinte de DI est souvent entourée de préoccupations et de défis uniques. Ces derniers découlent de difficultés à comprendre les relations interpersonnelles, les normes sociales et les obstacles pratiques. Il est crucial d'offrir un soutien adapté et des ressources spécifiques pour accompagner ces personnes dans leur quête de relations amoureuses et de couple, tout en respectant leurs besoins et capacités individuels (Insieme, 2025).

## **2.3 Rôle de l'éducateur dans la vie affective et sexuelle**

### **2.3.1 Le rôle des éducateurs dans l'accompagnement affectif et sexuel des personnes en situation de déficience intellectuelle**

L'accompagnement des personnes en situation de DI dans leur vie affective et sexuelle représente un défi majeur pour les éducateurs spécialisés. Selon Dorison (2021) :

« Ce sont les éducateur·trice·s qui sont garants du cadre, par l'instauration de règles et par leurs capacités d'écoute, de reformulation et de synthèse. Mais pour cela, il est nécessaire pour les professionnels de s'y soumettre également et de le questionner sans cesse pour s'adapter au public. » (p. 65).

Cette approche est essentielle non seulement pour protéger les bénéficiaires, mais aussi pour leur permettre de développer une représentation positive de leur vie affective et sexuelle.

Les éducateurs spécialisés ont une responsabilité importante dans la prévention des violences et abus, qu'ils soient physiques, émotionnels ou sexuels. Ils sont amenés à sensibiliser les bénéficiaires sur des concepts fondamentaux tels que le respect des autres, le consentement et les limites personnelles. Ces notions sont d'autant plus

cruciales pour les personnes en situation de DI, qui peuvent rencontrer des difficultés à exprimer leurs besoins ou à identifier des situations de danger. En ce sens, l'accompagnement éducatif vise à créer un environnement sécurisé, où les bénéficiaires peuvent explorer leurs désirs affectifs tout en étant protégés des risques.

Il s'agit de comprendre comment les éducateurs peuvent, tout en respectant l'autonomie des bénéficiaires, favoriser un environnement propice à l'épanouissement affectif et sexuel des personnes en situation de DI. L'accompagnement des éducateurs doit prendre en compte la tension entre autonomie et protection, un défi soulevé par Dorison (2021). En effet, si les éducateurs sont souvent favorables à l'idée que les personnes en situation de DI puissent entretenir des relations amoureuses et sexuelles, la question de l'autonomie et du respect des choix des bénéficiaires demeure délicate. Il est crucial que ces relations soient soutenues dans un cadre respectueux des désirs des personnes, tout en étant vigilant face aux risques d'abus et d'exploitation.

Les éducateurs doivent également être conscients des préjugés et des idées préconçues qui existent autour de la capacité des personnes en situation de DI à mener une vie affective et sexuelle épanouie. Dorison (2021) explique :

« En effet, dans la relation, l'éducateur·trice n'est pas neutre, elle met en jeu sa personne, ses sentiments, ses goûts, ses opinions ou encore ses représentations, notamment concernant la sexualité qui est perçue selon ses convictions et expériences » (p. 67).

De ce fait, il est essentiel que les éducateurs spécialisés bénéficient d'une formation continue sur les enjeux affectifs et sexuels des personnes en situation de DI, afin de lutter contre ces préjugés et d'adopter une approche plus inclusive et respectueuse.

Enfin, l'accompagnement des personnes en situation de DI dans leur vie affective et sexuelle doit également inclure un soutien aux familles. Selon l'article de Dorison (2021), les éducateurs jouent un rôle de médiateur entre les bénéficiaires et leurs familles, en permettant une communication ouverte sur les besoins affectifs des personnes accompagnées. Toutefois, les avis des familles peuvent parfois diverger de ceux des éducateurs, en particulier lorsqu'il s'agit de la vie intime et sexuelle des bénéficiaires. Dans ce contexte, il est primordial que les éducateurs sachent naviguer avec délicatesse et diplomatie, en renforçant leur soutien tout en respectant les croyances et les valeurs des familles.



En conclusion, les éducateurs spécialisés jouent un rôle clé dans l'accompagnement des personnes en situation de DI, en contribuant à la fois à leur autonomie et à leur sécurité affective et sexuelle. Comme le souligne Dorison (2021) :

« Les professionnel-le-s favorisent la construction identitaire des personnes accompagnées en les informant de la loi existante, ce qui leur permet de se forger leur propre avis tout en ayant connaissance de ce qu'ils ont le droit de faire ou non. » (p. 67).

### 2.3.2 Vision des besoins des DI selon leur famille et selon les éducateurs

Dans leur étude, Delville et Mercier (1997) ont analysé les opinions sur les désirs des adultes ayant une DI en interrogeant trois groupes : les parents à propos des personnes en situation de handicap en général, les éducateurs spécialisés, et les parents à propos de leurs propres enfants.

Les résultats montrent que plus de 80 % des parents reconnaissent chez les personnes ayant une DI en général le désir de contact physique, de séduction et de rapport sexuel. Cependant, ce pourcentage diminue à 66 % et 56 % pour le désir de mariage et d'avoir des enfants. En revanche, les éducateurs spécialisés ont des taux de reconnaissance très élevés pour tous les désirs, avoisinant les 90 %, et ces taux restent élevés même pour le mariage et la procréation (92 % et 88 %).

Une différence marquante apparaît entre les éducateurs et les parents. Les éducateurs sont presque unanimes quant à la reconnaissance des désirs de contact physique, de séduction et de rapport sexuel. Les parents, quant à eux, reconnaissent le désir de contact physique pour leurs propres enfants, mais beaucoup moins pour la séduction (47 %), les rapports sexuels (23 %), le mariage (23 %) et le désir d'enfant (21 %).

Toujours selon cette étude de Delville et Mercier (1997), les éducateurs reconnaissent donc davantage de désirs diversifiés chez les personnes ayant un DI que les parents. Ces derniers distinguent clairement leurs opinions selon qu'il s'agit de personnes en situation de handicap en général ou de leurs propres enfants, surtout en ce qui concerne le mariage, les rapports sexuels et la procréation. Moins de la moitié des parents reconnaissent ces désirs pour leurs propres enfants.

Lorsque la question porte sur la possibilité de rapports sexuels entre personnes présentant une DI dans le cadre d'un couple stable, les avis des parents et des éducateurs convergent pour la population en général, bien que les parents soient

légèrement en dessous des éducateurs (91 % contre 96 %). Cependant, lorsqu'il s'agit de leurs propres enfants, même dans un couple stable, les parents ne sont favorables aux rapports sexuels que dans un cas sur deux, montrant ainsi une divergence notable.

### 2.3.3 La sensibilisation

L'éducation sexuelle donnée aux personnes en situation de DI joue un rôle crucial dans l'amélioration de leurs connaissances et de leurs représentations de leur propre corps, ainsi que dans la compréhension de leur fonctionnement biologique. Selon Delville et Mercier (1997), cette éducation permet d'apprendre à comprendre des mécanismes corporels comme l'érection ou les règles, réduisant ainsi les risques de troubles psychologiques liés à un fonctionnement corporel mal compris ou méconnu. L'information et la connaissance sont donc des leviers essentiels pour prévenir ces difficultés et pour aider les personnes en situation de handicap à mieux appréhender leur propre corps.

La prévention constitue également un objectif fondamental de l'éducation sexuelle. Elle permet non seulement de traiter des sujets liés à la contraception, mais aussi des maladies sexuellement transmissibles et des risques d'abus dont pourraient être victimes les personnes en situation de DI. En abordant ces thématiques, l'éducation sexuelle contribue à la fois à la sécurité physique et à l'émancipation des bénéficiaires.

Les comportements sociaux et relationnels liés à la sexualité sont également au cœur de cette éducation. Comme l'indiquent Delville et al. (1997) :

« La masturbation est fréquente, s'effectuant parfois ouvertement, au mépris de toute règle, tant sociale que de simple hygiène. Vouloir à tout prix inhiber l'expression de toute sexualité aboutit ainsi fréquemment à des situations de malaise ou de souffrance. » (p. 126).

Ainsi, il est essentiel d'enseigner aux personnes en situation de handicap mental les codes sociaux de la sexualité, en les sensibilisant aux notions de respect et d'intimité. Ces programmes éducatifs permettent d'améliorer le savoir-faire et le savoir-être des individus dans un cadre socialement accepté et respectueux.

Delville et al. (1997) soulignent également l'importance pour les éducateurs de disposer d'une connaissance personnelle et d'une aisance face aux enjeux de la sexualité. Ils précisent que :

« De nombreux professionnels ont tendance alors à ne pas aborder le sujet, de peur de se sentir déstabilisés, mal à l'aise. Le seul remède à ce problème

consiste à effectuer une démarche personnelle, en participant à des groupes de formation sur ce thème, et en s'informant un maximum » (p. 131).

Cette dimension est fondamentale, car parler de sexualité entraîne un questionnement intime sur ses propres valeurs et convictions, ce qui nécessite une posture ouverte, sans jugement, vis-à-vis des expériences sexuelles des autres.

En conclusion, selon Delville et al. (1997), l'éducation sexuelle pour les personnes en situation de DI constitue un outil précieux pour améliorer leur connaissance de leur corps, prévenir les risques liés à leur sexualité, et leur enseigner les codes sociaux et relationnels associés. Elle reste l'une des solutions les plus pertinentes pour favoriser leur bien-être affectif et sexuel dans un cadre respectueux et sécurisé.

#### 2.3.4 Compréhension des enjeux de la sexualité et de la vie affective en institution pour des personnes en situation de DI

Selon le Comité Consultatif National d'Ethique (2011), la sexualité ne peut être envisagée indépendamment des liens affectifs et des relations amoureuses. La vie sexuelle et la vie affective sont interconnectées et les personnes en situation de handicap revendiquent principalement l'accès à une vie affective épanouie. En d'autres termes, il souligne l'importance non seulement de la sexualité en tant qu'acte physique, mais aussi des émotions, des relations et de l'affection qui l'accompagnent.

Toujours selon le CCNE (2011), les personnes en situation de handicap en institution peuvent avoir des niveaux variables d'autonomie et d'indépendance par rapport à leurs pairs vivant dans des environnements familiaux. Il est important d'explorer comment ces facteurs influencent leur capacité à développer des relations amoureuses et des modèles de couple sains. Cela peut inclure des questions liées à l'autonomie personnelle, à la prise de décision et à l'accès à des espaces privés pour les interactions sociales.

Il est dit qu'il est essentiel de reconnaître que les besoins et les désirs sexuels peuvent varier d'une personne à l'autre en fonction de facteurs tels que le niveau de fonctionnement cognitif, les expériences passées, les croyances culturelles et religieuses, et les préférences personnelles. Il est donc important d'adopter une approche individualisée pour répondre aux besoins sexuels des personnes en situation de DI.

### 2.3.5 Le devoir de protection des éducateurs

Delville et Mercier (1997) soulève que les institutions ont leurs propres normes, règles et pratiques concernant les relations entre les résidents. Il est essentiel d'examiner comment ces normes influencent la perception du couple chez les personnes en situation de handicap. En effet, les politiques institutionnelles en matière de visites, d'interactions sociales et de vie privée peuvent avoir un impact direct sur la construction des représentations affectives et amoureuses des bénéficiaires.

Selon les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, l'exercice de la sexualité devrait être possible, car il s'agit d'un droit fondamental. Toutefois, comme le soulignent Delville et al. (1997) :

« Si un éducateur prend la décision, de son propre chef, de mener une action d'éducation sexuelle et affective, il y a gros à parier que cette action va rapidement avorter, étouffée par l'inertie du groupe » (p. 132).

Cela illustre les résistances institutionnelles qui peuvent freiner l'accompagnement des résidents dans leur vie affective et sexuelle.

Il est donc essentiel qu'une concertation existe au sein des équipes éducatives et que la direction soit impliquée dans ces réflexions. Comme l'indiquent Delville et al. (1997), « la concertation est nécessaire, non seulement au niveau de l'accord face à la mise en place d'un projet, mais aussi de ses objectifs, de son déroulement, des valeurs sous-tendant l'action » (p. 132). Cette approche collective permet d'éviter que les initiatives individuelles des professionnels ne se heurtent à des blocages internes.

Toutefois, dans certaines structures, l'accès à l'intimité pour les couples institutionnalisés reste limité. Il incombe alors aux professionnels du travail social d'accompagner ces situations avec discernement, en veillant au respect du consentement et à la protection des bénéficiaires.

## 3 PROBLÉMATIQUE

---

Les éducateurs spécialisés jouent un rôle clé dans l'accompagnement des personnes en situation de DI au sein des institutions. Leur mission ne se limite pas à une simple surveillance, mais englobe des dimensions éducatives, affectives et relationnelles essentielles au bien-être des bénéficiaires. Les éducateurs sont souvent plus ouverts que les familles à reconnaître et soutenir les désirs affectifs et sexuels des personnes en situation de DI, notamment en ce qui concerne le contact physique, la séduction, les

relations amoureuses, le mariage et la procréation. Cette approche est cruciale, car elle permet aux résidents de se sentir écoutés, compris et validés dans leurs émotions et leurs aspirations affectives et sexuelles. En favorisant un environnement respectueux et sécurisé, les éducateurs contribuent non seulement à la prévention des risques liés à la sexualité, mais aussi à l'autonomisation des individus dans leur développement relationnel.

L'éducation sexuelle est une composante clé du travail des éducateurs. Ils fournissent des informations sur le fonctionnement du corps, les mécanismes sexuels, et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et des abus. Ils enseignent également les comportements sociaux appropriés, aidant les résidents à comprendre et à respecter les normes sociales liées à la sexualité. Cette éducation permet de réduire les problèmes psychologiques liés à une incompréhension ou méconnaissance de leur corps et de leur sexualité.

Pour cela les éducateurs doivent être à l'aise avec leur propre sexualité pour parler de ces sujets sans jugement. Ils offrent un soutien émotionnel continu, aidant les résidents à gérer leurs émotions et à développer des compétences sociales cruciales pour établir des relations amoureuses et sexuelles saines. Ils aident les résidents à naviguer à travers les interactions sociales et émotionnelles complexes nécessaires dans une relation de couple.

Cependant ils doivent aussi prendre en compte que les institutions ont leurs propres règles concernant les relations entre les résidents. Les éducateurs doivent équilibrer le respect de ces normes avec les besoins individuels des résidents. Ils veillent à ce que les relations soient librement consenties et offrent un soutien pour garantir que les interactions se déroulent dans un cadre sécurisé et respectueux. Cela inclut la vigilance par rapport au consentement et la protection contre les abus.

Chaque résident a des besoins et des désirs uniques en fonction de son niveau de fonctionnement cognitif, de ses expériences passées, de ses croyances culturelles et religieuses et de ses préférences personnelles. Les éducateurs doivent adopter une approche individualisée, offrant un soutien spécifique et adapté à chaque résident pour qu'il puisse envisager et vivre une vie affective et sexuelle épanouie.

L'ensemble de ces responsabilités soulève la problématique suivante : comment les éducateurs peuvent-ils accompagner des personnes ayant une DI résidant dans une institution à envisager et à vivre positivement leur futur affectif et sexuel ?

Cette problématique nécessite une réflexion sur les méthodes d'éducation sexuelle, le soutien émotionnel, l'équilibre entre les normes institutionnelles et les besoins individuels, ainsi que la protection et le respect des résidents. L'objectif est de permettre à chaque personne ayant une DI de vivre pleinement ses désirs affectifs et sexuels, tout en assurant un environnement sûr et respectueux.

### **3.1 Hypothèses**

1. Le travail des éducateurs doit à la fois viser l'autonomisation des bénéficiaires et le respect de leur libre-arbitre, mais aussi garantir un environnement sécurisé. Cette tension présente un défi.
2. Les éducateurs eux-mêmes pourraient être confrontés à des préjugés ou à des idées préconçues sur les capacités des personnes en situation de DI à entretenir des relations amoureuses, ce qui pourrait influencer la qualité du soutien qu'ils fournissent.
3. Les éducateurs sont généralement plus enclins à favoriser la vie sexuelle affective des personnes en situation de DI, cet accompagnement est aussi l'occasion d'échanges positifs avec les familles.

## 4 MÉTHODOLOGIE

---

### 4.1 Terrain d'enquête

Mon terrain d'enquête se compose de profils variés afin d'obtenir une perspective diversifiée sur la problématique. J'ai d'abord interrogé un responsable d'équipe travaillant au sein d'une institution accueillant des personnes en situation de handicap. Ce choix m'a permis de recueillir une vision globale et stratégique sur la gestion de cette question dans un contexte institutionnel. Ensuite, j'ai mené un entretien avec une éducatrice qui travaille directement auprès des bénéficiaires. Grâce à son expérience de terrain et sa proximité avec les usagers, elle a offert un éclairage sur les défis pratiques et les dynamiques relationnelles. Enfin, j'ai rencontré un éducateur social, dont l'expérience de plusieurs décennies dans ce domaine a apporté un recul précieux, notamment sur l'évolution des pratiques et des mentalités.

Chaque échange a été enregistré avec le consentement du professionnel interrogé, afin de permettre une analyse approfondie et fidèle de nos échanges. J'ai veillé à adopter une posture d'écoute active et à guider les entretiens à l'aide de questions semi-dirigées, en laissant toutefois une grande place à l'expression libre des participants.

Le choix d'interroger des professionnels aux points de vue complémentaires et parfois divergents m'a permis de mettre en lumière des enjeux clés tels que l'autonomisation des bénéficiaires, la gestion des préjugés, ou encore la collaboration avec les familles. Ces entretiens constituent une base solide pour analyser les pratiques actuelles et identifier des pistes d'amélioration dans l'accompagnement affectif et sexuel des personnes ayant une DI.

## 4.2 Échantillon

	Identité	Rôle institutionnel	Age	Lieu de travail	Durée des entretiens réalisés
Entretien 1	Homme (Monsieur X)	Responsable secteur	≈ 35	Institution x	1 heure
Entretien 2	Femme (Madame Y)	Educatrice	≈ 25	Institution y	41 min
Entretien 3	Homme (Monsieur Z)	Educateur	≈ 55	Institution y	1 heure et 13 min

Tableau 1: Echantillon

## 4.3 Techniques de récoltes de données

Pour collecter les données nécessaires à ma recherche, j'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-dirigés. Cette méthode m'a permis de structurer les discussions autour de thèmes spécifiques tout en offrant une certaine flexibilité, ce qui était essentiel pour explorer les expériences et perceptions des professionnels que j'ai interrogé.

Avant chaque entretien, j'ai préparé un guide comprenant des questions ouvertes pour orienter les échanges, sans les contraindre. Cela m'a permis d'obtenir des réponses riches et nuancées, adaptées à la problématique étudiée. Les entretiens ont été menés dans un cadre permettant aux participants de s'exprimer librement et en toute confiance.



## 4.4 Risques de la démarche et principes éthiques

Aborder la thématique de l'accompagnement des personnes ayant une DI dans leur futur affectif et sexuel comportait des risques et des enjeux éthiques importants. La sexualité, déjà perçue comme un sujet sensible, devient encore plus complexe lorsqu'elle concerne des personnes en situation de DI. Ce tabou a été l'un des principaux obstacles auxquels j'ai été confronté tout au long de ma démarche.

Une des premières difficultés a été de trouver des institutions prêtes à collaborer. Beaucoup n'ont pas donné suite à mes demandes, témoignant d'une certaine réticence à aborder ces questions. Cela reflète un inconfort général face à un sujet délicat, souvent amplifié par des peurs liées à l'exposition ou au jugement extérieur. Cette difficulté a limité le nombre d'entretiens possibles, réduisant ainsi la diversité des points de vue recueillis.

Dans ce contexte, il était essentiel d'adopter une démarche respectueuse et éthique pour instaurer un climat de confiance. Avant chaque entretien, j'ai pris le temps d'expliquer clairement les objectifs de ma recherche, les modalités de collecte des données et leur utilisation. Les participants devaient se sentir à l'aise et en sécurité pour partager leurs points de vue. La confidentialité a été scrupuleusement respectée, et tous les propos ont été anonymisés pour protéger leur identité.

Pendant les entretiens, j'ai maintenu une posture neutre et bienveillante, en évitant tout jugement ou commentaire pouvant créer un inconfort. Je me suis assuré de respecter les limites personnelles des participants, leur laissant la liberté de ne pas répondre à certaines questions s'ils le souhaitaient.

Un autre risque majeur résidait dans l'interprétation des données. Étant donné la sensibilité du sujet et la diversité des pratiques, il était primordial d'analyser les informations de manière rigoureuse et fidèle. Mon objectif était de ne pas biaiser les propos recueillis pour qu'ils correspondent à mes hypothèses personnelles.

En définitive, cette recherche a mis en lumière à la fois les tabous entourant la sexualité et la DI, et la nécessité de respecter des principes éthiques solides. Ces principes étaient indispensables pour mener une recherche sérieuse, réduire les risques et rester aligné sur les valeurs fondamentales du travail social.

## 4.5 Déroulement

Pour cette recherche, j'ai contact  plusieurs institutions liées à la DI, mais la plupart n'ont pas répondu à mes demandes d'entretien. Une institution a montré un intérêt et semblait prête à participer, mais après un premier échange, elle a finalement décliné l'offre pour des raisons organisationnelles.

Face aux difficultés à obtenir des réponses positives des institutions, j'ai dû faire appel à mon réseau personnel pour organiser ces entretiens, plutôt que de compter sur les contacts institutionnels. Ces échanges ont néanmoins été précieux et m'ont permis de récolter des données importantes pour la suite de ma recherche.

Finalement, j'ai pu réaliser trois entretiens. Deux entretiens se sont déroulés dans les institutions des participants tandis que le troisième entretien a eu lieu chez le professionnel interrogé, car cela convenait mieux à leurs disponibilités respectives. Leur laisser ainsi le choix des conditions de l'entretien a permis de créer un contexte confortable et propice aux échanges.

## 5 ANALYSE

---

### 5.1 Hypothèse 1 : autodétermination versus sécurité

#### 5.1.1 Enjeux communicationnels

L'accompagnement des personnes ayant une DI sur le plan de la vie affective et sexuelle repose en grande partie sur la capacité des éducateurs à comprendre et à interpréter les souhaits des bénéficiaires. Les entretiens réalisés mettent en lumière plusieurs outils et approches visant à pallier les difficultés de communication, notamment lorsqu'il s'agit de garantir à la fois l'autonomie des bénéficiaires et la sécurité de leur environnement.

Un premier enjeu majeur est de comprendre les désirs et les besoins des bénéficiaires, même lorsque ceux-ci ne peuvent pas les exprimer verbalement. Les entretiens 1 et 2 ont souligné l'importance d'outils visuels comme les pictogrammes pour faciliter la communication. Monsieur X mentionne :

*« (...) Ces outils aident les résidents à exprimer leurs préférences et leurs envies de manière plus concrète. Mais les picto ont aussi leurs limites, parce que le vocabulaire reste assez restreint, souvent limité à des choses très simples comme « j'aime » ou « je n'aime pas » ».*

On comprend dès lors que ces outils permettent aux bénéficiaires d'exprimer certaines préférences ou désirs de manière concrète. Toutefois, l'utilisation des pictogrammes présente des limites, notamment en raison de leur vocabulaire restreint, souvent limité à des expressions basiques comme "j'aime" ou "je n'aime pas". De plus, ces supports demandent une phase d'apprentissage parfois longue et ne conviennent pas à tous les bénéficiaires.

Dans le cas des personnes non verbales ou peu familières avec les outils visuels, l'entretien 1 met en avant une méthode d'"essais-erreurs". Ce procédé consiste à formuler des hypothèses sur les souhaits des bénéficiaires, puis à tester ces hypothèses par des actions concrètes. Par exemple, si un bénéficiaire manifeste des signes de bien-être, tels qu'un sourire ou un comportement apaisé, on peut en déduire que l'approche ou l'action mise en place lui convient. À l'inverse, des manifestations d'inconfort ou d'agitation, comme des bruits stridents ou des comportements atypiques, peuvent indiquer que la méthode employée n'est pas adaptée.

La communication non verbale semble être une méthode particulièrement précieuse pour travailler avec des bénéficiaires présentant une DI. Cette approche repose sur

l'observation attentive des signaux corporels et émotionnels émis par la personne. Bien qu'efficace, elle nécessite un investissement en temps pour développer une connaissance approfondie du bénéficiaire. Monsieur Z souligne d'ailleurs que :

*« (...) C'est vraiment en passant du temps avec la personne et en la connaissant bien que l'on peut sentir ce qu'elle veut ou non ».*

Cela correspond à ce que j'ai pu expérimenter lorsque je travaillais comme auxiliaire dans des appartements accueillants des personnes en situation de polyhandicaps. Par exemple, l'un des bénéficiaires n'avait pas l'habitude de sourire et lorsque cela lui arrivait, on pouvait en déduire que ce sourire avait une réelle signification. J'avais dû apprendre les habitudes et les caractères de mes bénéficiaires pour pouvoir interpréter leur communication non-verbale. Cela impliquerait que ce type de communication n'est possible si le bénéficiaire passe assez de temps avec le bénéficiaire.

On comprend donc l'importance de combiner différentes méthodes de communication pour répondre au mieux aux besoins individuels des bénéficiaires. Madame Y l'exprime d'ailleurs ainsi :

*« (...) Déjà, je pense qu'on peut valider les émotions qu'ils ressentent, discuter avec eux, les faire exprimer, verbaliser ce qu'ils ressentent. Je pense que ça travaille aussi autour des émotions. Parce que quand on a une émotion, on sait aussi ce qu'on aimerait de l'autre. Je pense aussi aux attentes : Qu'est-ce que toi, tu aimerais ? Avec un garçon ? Si tu aimes un garçon ? Je pense que c'est une discussion qui se fait avec la personne. ».*

Si les outils visuels comme les pictogrammes peuvent être utiles dans certains cas, ils doivent être complétés par une observation attentive des comportements non verbaux et par des interactions régulières avec le bénéficiaire. En adoptant une approche holistique, l'équipe éducative est mieux à même de respecter le libre arbitre des bénéficiaires tout en leur garantissant un accompagnement adapté et sécurisé.

En conclusion, les enjeux communicationnels dans ce contexte ne résident pas tant dans le choix d'une méthode unique, mais dans la capacité des éducateurs à mobiliser l'ensemble des outils à leur disposition. Cela permet non seulement de maximiser l'autonomie des bénéficiaires, mais aussi de s'assurer que leurs souhaits et besoins sont compris et respectés dans un cadre favorisant leur bien-être.

### 5.1.2 La pesée des risques : concilier libre arbitre et devoir de protection

Les entretiens menés ont souligné un enjeu majeur dans l'accompagnement des personnes ayant une DI : la tension entre le respect de leur libre arbitre et le devoir de protection assumé par les éducateurs. Cette problématique est particulièrement sensible dans des contextes où les désirs ou besoins des bénéficiaires ne sont pas exprimés verbalement, mais plutôt à travers des comportements, des attitudes ou des signaux non verbaux.

Lorsqu'un bénéficiaire exprime, par exemple, le souhait de passer du temps seul ou en compagnie d'une autre personne, l'éducateur se retrouve face à une double responsabilité : celle de respecter cette volonté et celle de garantir la sécurité des personnes concernées. Pour répondre à cette exigence, la méthode de la "pesée des risques" devient essentielle. Cette notion est par exemple décrite durant l'entretien 1. Monsieur X mentionne :

*« (...) On travaille par hypothèses. Et puis après, on fait toujours une pesée des risques. On appelle ça la pesée des risques. Donc, qu'est-ce qui est le plus important ? Est-ce que c'est le fait que la personne soit autonome, ou est-ce que l'on prend un trop gros risque par rapport à sa sécurité ? ».*

On comprend dès lors que cette démarche repose sur une évaluation minutieuse des implications de chaque décision, en s'appuyant sur l'observation, les outils de communication adaptés et un processus progressif.

Un cas spécifique, évoqué lors de l'entretien 3, est celui où un bénéficiaire exprime le souhait de partager un moment intime ou simplement plus rapproché avec un autre bénéficiaire. Monsieur Z mentionne :

*« (...) Il y a des risques pour ces personnes, et il faut en être conscient pour pouvoir ajuster notre intervention et comprendre les enjeux liés au cadre que nous mettons. Est-ce qu'on les laisse seuls dans une chambre ? Est-ce qu'elle est en capacité de dire : « Non, je ne veux pas » ».*

Dans ce contexte, la pesée des risques prend une importance cruciale. Monsieur Z explique que l'éducateur doit alors procéder avec une grande attention pour s'assurer que les deux bénéficiaires partagent cette envie et qu'ils sont en mesure de consentir à cette interaction. Cela nécessite non seulement une compréhension fine de leurs modes de communication, mais aussi une capacité à interpréter leurs comportements et leurs réactions.

Concrètement, l'éducateur peut initier cette interaction dans un cadre semi-structuré, par exemple lors d'une activité commune ou dans un espace supervisé. Ce cadre permet de s'assurer que les bénéficiaires se sentent à l'aise et que leurs besoins ou attentes semblent alignés. Si cette étape est concluante, l'éducateur peut progressivement réduire son intervention, tout en restant vigilant à tout signe de malaise ou de conflit.

Cependant, cette approche ne s'arrête pas à la simple observation. Elle implique une réflexion éthique basée sur le Code de déontologie du travail social en Suisse (AvenirSocial, 2018), qui stipule que l'éducateur a un devoir de protection envers les bénéficiaires. Ce devoir de protection ne doit pas être perçu comme une contrainte limitant la liberté des résidents, mais comme une responsabilité visant à créer un environnement où leur autonomie peut s'exprimer sans risque pour leur bien-être.

Les outils de communication, tels que les pictogrammes ou les supports visuels, peuvent jouer un rôle dans ce processus. Ils permettent parfois de clarifier les intentions et les besoins des bénéficiaires. Cependant, comme je le souligne dans les enjeux communicationnels, ces outils présentent des limites. Dans ces cas, l'éducateur doit s'appuyer sur l'observation attentive des comportements non verbaux, comme les expressions faciales, les gestes ou les attitudes corporelles.

Le recours à la pesée des risques permet également d'aborder des situations complexes où la sécurité des bénéficiaires peut être en jeu. Par exemple, si un résident exprime un désir de solitude, l'éducateur peut tenter de respecter cette volonté tout en s'assurant qu'elle ne cache pas un malaise, une souffrance ou une situation potentiellement dangereuse. Cette démarche progressive, basée sur l'essai et l'erreur, aide à garantir que les besoins des bénéficiaires sont pris en compte tout en maintenant un cadre protecteur.

En fin de compte, la pesée des risques est un outil précieux dans l'accompagnement des bénéficiaires. Elle offre une approche nuancée qui concilie respect du libre arbitre, prise en compte des désirs et besoins des bénéficiaires, et responsabilité éthique des éducateurs. Cette démarche, bien que complexe, constitue une réponse adaptée aux enjeux communicationnels et relationnels propres à l'accompagnement des personnes ayant une DI.

### 5.1.3 Consentement

Dans l'accompagnement des personnes avec une DI, le consentement constitue un enjeu fondamental. Comme le souligne SwartenBroekx (2013), les relations affectives et sexuelles doivent impérativement être basées sur un consentement libre, éclairé et non contraint. Pourtant, la DI peut compliquer cette notion, rendant parfois difficile pour les bénéficiaires de comprendre les implications de leurs choix ou d'exprimer leurs désirs et leurs limites.

Cette complexité est également liée aux représentations que les bénéficiaires se font des relations de couple. Selon l'association Insieme (2025), les personnes avec une DI rencontrent des défis spécifiques pour appréhender les attentes, responsabilités et limites inhérentes à une relation amoureuse. Ces obstacles nécessitent un accompagnement particulièrement attentif de la part des éducateurs pour permettre aux bénéficiaires de naviguer sereinement dans ces dynamiques.

Les entretiens réalisés confirment cette importance du consentement et illustrent des situations concrètes où les éducateurs ont dû s'assurer qu'une interaction entre bénéficiaires était pleinement consentie. Madame Y partage, par exemple, avoir été confronté à des moments où il était crucial de vérifier que les deux parties impliquées étaient en accord avec l'interaction souhaitée, sans qu'aucune ne se sente forcée ou mal à l'aise :

*« (...) Madame n'était pas toujours consentante, mais elle n'arrivait pas à dire non. Ou elle en avait moins besoin que Monsieur, on va dire. Et on pouvait le comprendre, car elle ne semblait pas toujours heureuse après avoir passé du temps avec lui. ».*

Cet exemple souligne l'importance d'une observation attentive et d'une évaluation rigoureuse des comportements pour prévenir tout malentendu ou abus.

L'éducateur, dans ces situations, doit adopter une approche méthodique. Par exemple, lorsqu'un bénéficiaire souhaite passer du temps en privé avec un autre, il peut s'appuyer sur une communication progressive et des étapes bien définies pour s'assurer que chaque bénéficiaire est à l'aise et volontaire. Ces démarches permettent de concilier respect de l'autonomie et devoir de protection.

En tant que garant de la sécurité et du bien-être des bénéficiaires, l'éducateur ne se limite pas à la validation verbale ou gestuelle du consentement. Monsieur Z le décrit très bien dans ce passage :

*« La personne peut parler, d'autre pas. Certain disent trois mots. Ça, c'est tout un travail. Ce qu'il y a de plus, c'est la connaissance de la personne. Plus tu la connais, plus tu comprends les signes. Et après, c'est l'aborder. Est-ce que ça va ? La personne va facilement te dire oui ou non. ».*

Il intègre donc des observations fines, des échanges et un cadre adapté pour s'assurer que les interactions se déroulent dans un climat respectueux et sécurisant. Cette responsabilité est au cœur de son rôle.

En somme, le consentement est bien plus qu'un simple principe : il constitue un axe central pour garantir des relations saines et respectueuses. Les éducateurs doivent jongler avec finesse entre la promotion du libre arbitre des bénéficiaires et leur obligation de veiller à leur sécurité, tout en restant attentifs à leurs besoins et capacités spécifiques.

#### 5.1.4 Synthèse sur l'hypothèse

L'hypothèse selon laquelle le travail des éducateurs doit concilier l'autonomisation des bénéficiaires, le respect de leur libre arbitre et la garantie d'un environnement sécurisé est validée par les retours des entretiens réalisés. Lors de ces échanges, il est ressorti clairement que les éducateurs cherchent à offrir aux résidents la possibilité d'exprimer leur libre arbitre, tout en assurant leur sécurité.

Les éducateurs doivent naviguer entre la volonté de respecter l'autonomie des bénéficiaires et celle d'assurer une prise en charge sécurisée. Par exemple, Monsieur X souligne que lorsqu'un résident souhaite exprimer de l'affection, il faut s'assurer qu'aucune pression ne soit exercée sur l'autre partie, et que l'acte se déroule dans un cadre sécurisé. Cela illustre bien la difficulté de cette tension, qui nécessite un jugement précis et une vigilance constante.

La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, joue un rôle clé dans ce processus. Comme l'indiquent plusieurs entretiens, les outils de communication visuelle, tels que les pictogrammes, bien qu'utiles, ne suffisent pas toujours à saisir complètement les désirs et besoins des bénéficiaires. Il est donc souvent nécessaire d'adopter une approche plus nuancée, où l'éducateur fait preuve d'hypothèses et d'observations comportementales, afin de garantir que le libre arbitre des bénéficiaires soit respecté, tout en assurant leur sécurité.



Cette validation est également soutenue par la théorie de SwartenBroekx (2013) sur le consentement éclairé et le libre arbitre des personnes en situation de DI, qui stipule que ces personnes doivent pouvoir comprendre les conséquences de leurs choix. Les éducateurs doivent ainsi s'assurer que chaque décision, en particulier dans le domaine des relations affectives, repose sur un consentement libre et éclairé, tout en prenant en compte les limites de la personne.

En définitive, l'hypothèse s'avère fondée : les éducateurs tentent bien de trouver un équilibre entre le respect du libre arbitre des bénéficiaires et la nécessité de garantir un cadre sécurisant, ce qui constitue une part essentielle de leur travail.

## **5.2 Hypothèse 2 : soutien influencé par des idées préconçues**

### **5.2.1 Les défis des éducateurs face aux préjugés**

Selon l'étude de Delville et Mercier (1997), les éducateurs spécialisés reconnaissent de manière marquée les désirs affectifs et sexuels des personnes en situation de DI. En effet, les éducateurs spécialisés identifient à plus de 90 % les désirs de contact physique, de séduction, ainsi que les désirs de mariage et de procréation chez les personnes ayant une DI. Ce taux reste élevé même pour les aspects plus intimes des relations, ce qui illustre une ouverture des éducateurs à la diversité des désirs des personnes en situation de DI.

Cependant, les entretiens réalisés mettent en lumière les difficultés rencontrées par les professionnels. Par exemple, certains éducateurs expriment, de manière implicite ou explicite, des réserves sur la capacité des bénéficiaires à gérer une relation de couple, notamment en raison de leur dépendance institutionnelle ou de leur compréhension limitée des dynamiques relationnelles. Par exemple Monsieur X dit :

*« (...) C'est vrai que des fois, pour certaines personnes, en plus c'est des adultes, on est beaucoup dans des maintiens des acquis. Donc, ce qui a été effectué, ce qui a été, mais l'augmentation de la progression, elle peut être très légère ou presque même peu distincte. ».*

On comprend ici que l'acquisition de nouvelles compréhensions des dynamiques relationnelles pourrait être freinée par la priorité donnée au maintien des acquis, limitant ainsi les possibilités d'évolution ou de progression significative pour certaines personnes.

Monsieur X a souligné aussi l'importance d'éviter toute attitude paternaliste, bien qu'il admette que la surprotection reste un réflexe fréquent dans le métier. Il illustre ce propos par un exemple :

*« (...) Par exemple, lorsqu'une relation débute entre deux résidents, il peut arriver que l'on intervienne pour les aider à mieux comprendre leurs attentes mutuelles. Mais jusqu'où doit-on aller ? Est-ce qu'on doit simplement leur donner un espace d'échange ou est-ce qu'on risque, sans le vouloir, d'orienter leurs choix en fonction de notre propre perception de ce qui est adapté pour eux ? Ce sont des questionnements qui existent, parce que même si on veut favoriser l'autodétermination, on a parfois ce réflexe, presque inconscient, de vouloir protéger et ça peut vite basculer dans une forme de surprotection. ».*

Cela montre que, bien qu'ils aspirent à favoriser l'autodétermination des bénéficiaires, les éducateurs peuvent inconsciemment projeter leurs propres idées sur ce qui est « adapté » ou « possible » pour ces derniers.

### 5.2.2 Contexte institutionnel

La question de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de DI reste marquée par des lacunes institutionnelles et professionnelles, comme le souligne les trois entretiens.

Tout d'abord, l'absence de politiques internes claires au sein des institutions est un frein majeur. En effet, Monsieur X constate que les politiques internes mises en place par son institution sont souvent trop vagues. Il dit :

*« (...) Ce conseil d'équipe a jugé que le besoin de la sexualité et de l'affectivité n'était pas un besoin vital. Si on n'en a pas, on peut quand même vivre. (...) C'est un besoin prioritaire, mais ce n'est pas un besoin vital. Et on avait défini ça. Et puis, sur cette charte-là, c'était une charte, mais ce n'était pas dans le but de dire comment est-ce qu'il faut faire par rapport à certaines situations, mais plutôt une ligne de conduite. ».*

Les autres entretiens ne mentionnent pas de charte ou règle claires quant aux règles des institutions. On peut donc estimer que le manque de cadre institutionnel pour traiter ces enjeux affectifs et sexuels crée des zones d'incertitude, rendant difficile l'accompagnement des bénéficiaires dans ce domaine essentiel de leur vie.

En parallèle, une autre difficulté mentionnée est la faible formation des professionnels qui interviennent auprès des personnes en situation de déficience intellectuelle. Cela apparaît fortement dans les différents entretiens. Monsieur X dit :

*« Nous, on a ça à l'interne qui a été mis en place, mais par contre, les formations, très peu, trop peu. (...) c'est peut-être plus en termes de formation, en termes d'accompagnement des équipes. On pourrait aller un petit peu plus loin, honnêtement. ».*

Madame Y dit :

*« Moi, je pense que ça manque. Je pense qu'il faudrait former davantage. (...) Je pense que ça serait bien d'avoir des formations continues ou même spontanément de nous faire des formations en plus. Je pense vraiment que ça manque. Et puis, ça serait bien aussi d'avoir une équipe éducative qui est formée là-dedans. ».*

Ces derniers ont souvent des connaissances limitées sur les ressources existantes ou sur les outils pédagogiques adaptés à ces besoins spécifiques. Selon moi, cette absence de formation adéquate restreint leur capacité à apporter un soutien pertinent et à intervenir de manière éclairée et respectueuse dans le domaine de la sexualité et des relations affectives.

Selon Warembourg (2008), il existe un manque flagrant d'offres de programmes d'éducation et d'informations sexuelles spécifiquement adaptés aux personnes en situation de DI. Ces programmes, s'ils étaient mis en place, offriraient aux bénéficiaires une véritable opportunité de sensibilisation et d'accompagnement dans la compréhension de leurs droits, de leurs désirs, ainsi que des enjeux liés à la vie affective et sexuelle. En outre, ces programmes permettraient de développer des compétences de communication et de gestion des relations affectives, tout en garantissant la sécurité et le respect des besoins de chacun.

Cependant lors des entretiens réalisés, les différents intervenants ont fréquemment cité le Service d'Intervention et de Prévention en Éducation [SIPE], mais il est apparu que ce service n'est que rarement sollicité pour des actions de formation préventive. En effet, bien que le SIPE soit disponible, les institutions ont tendance à faire appel à ce service principalement lorsqu'une situation problématique se présente, c'est-à-dire lorsque des incidents ou des difficultés sur le plan affectif ou sexuel surviennent déjà.

Monsieur Z dit :

*« On a eu fait des travaux en réseau avec les personnes du SIPE qui font de la sensibilisation, qui parlent de manière adaptée à la personne en face. Et puis, je pense que ça, vraiment, c'est quelque chose qui doit être mis en place dès qu'il y a des situations d'amour ou des situations de personnes qui se rapprochent. ».*

Madame Y dit :

*« En tout cas, par rapport à ici, c'est beaucoup le SIPE. On travaille avec le SIPE lorsqu'il y a des situations potentiellement complexes. Mais c'est pas des formations mais plutôt des gestions de situations problématiques. ».*

Dans ces cas, on comprend que l'intervention du SIPE est davantage orientée vers la gestion et la résolution de problèmes plutôt que vers la formation des éducateurs ou la mise en place de programmes éducatifs préventifs.

Cela témoigne d'une approche réactive plutôt que proactive en ce qui concerne la prise en charge de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de DI. Les professionnels, bien qu'ils puissent avoir accès au SIPE en cas de crise, n'ont pas systématiquement l'opportunité de bénéficier de formations continues sur ces sujets. L'absence de programme éducatif adapté dans les institutions crée donc une situation où l'accompagnement affectif et sexuel est souvent relégué à des situations de gestion de crise, au lieu de constituer une partie intégrante de la formation des éducateurs et d'un projet global d'accompagnement. Cette approche réactive limite les possibilités d'autonomisation et de sensibilisation des bénéficiaires et des professionnels, renforçant ainsi les obstacles à une prise en charge respectueuse et préventive des enjeux affectifs et sexuels dans les institutions.

En outre, la vie en institution pose des contraintes supplémentaires qui influencent la vie affective et sexuelle des résidents. Les horaires stricts, les règles de fonctionnement institutionnel, ainsi que le manque d'intimité, sont des éléments qui jouent un rôle décisif dans la manière dont les personnes peuvent expérimenter et vivre leurs relations affectives et sexuelles. Par exemple, la gestion des rencontres amoureuses ou intimes peut être freinée par des horaires rigides ou des règles d'accès qui réduisent la spontanéité et l'intimité des moments partagés. La question de l'intimité, qui est fondamentale pour la construction de relations affectives authentiques est souvent négligée dans un environnement institutionnel où l'espace personnel est limité.

Ainsi, ces contraintes institutionnelles, en combinaison avec le manque de politiques spécifiques et de professionnels formés, entravent le développement d'une vie affective et sexuelle épanouie et respectueuse des droits des personnes en situation de DI.

En conclusion, dans les entretiens, les intervenants ont souligné que le manque de formation et l'absence de cadre clair autour de l'accompagnement affectif et sexuel laissent souvent les éducateurs prendre des décisions seuls. Cela augmente l'influence de leurs avis personnels et de leurs préjugés dans la manière dont l'accompagnement est dispensé. Le manque de directives institutionnelles solides et de formation appropriée fait porter la responsabilité de l'accompagnement des bénéficiaires sur les professionnels qui les accompagnent et ces derniers échappent difficilement à leurs propres opinions sur la sexualité des personnes présentant une DI.

### 5.2.3 Synthèse sur l'hypothèse

L'hypothèse selon laquelle les éducateurs peuvent être confrontés à des préjugés ou à des idées préconçues sur les capacités des personnes en situation de DI à entretenir des relations amoureuses se trouve confirmée par les entretiens réalisés. Ceux-ci montrent que certains éducateurs, malgré leur volonté d'aider, peuvent douter des capacités des bénéficiaires à vivre des relations affectives de manière autonome, en raison de la dépendance institutionnelle ou d'une vision limitée des dynamiques relationnelles. Ce phénomène est accentué par la surprotection, qui reste un réflexe fréquent chez les éducateurs, ce qui peut mener à une gestion des relations amoureuses perçue comme trop interventionniste ou paternaliste.

De plus, le manque de formations spécifiques et de cadres institutionnels sur ce sujet crucial laisse souvent les éducateurs décider seuls, ce qui les conduit à projeter leurs propres jugements ou préjugés dans l'accompagnement. Le SIPE, bien que disponible, est davantage sollicité en cas de problème plutôt que pour former les professionnels en amont. Cela témoigne d'une absence de prévention systématique et donc d'une influence notable des perceptions personnelles des éducateurs sur la qualité de l'accompagnement.

On pourrait regretter cette situation pour deux raisons. Les opinions différentes des éducateurs créent des situations d'accompagnement qui varient et qui ne sont pas toujours d'égale qualité. De plus, la bienveillance dont font preuve les éducateurs les amène le plus souvent à adopter une posture positive à l'égard de leurs bénéficiaires. Mais cette bienveillance n'équivaut pas à une posture professionnelle. Il faudrait donc

que les éducateurs soient davantage formés sur les enjeux de la sexualité des personnes en situation de DI.

### **5.3 Hypothèse 3 : Le soutien des éducateurs est positif à la vie affective et sexuelle des personnes en DI**

#### **5.3.1 L'acceptation des relations amoureuses par les éducateurs**

Les recherches, notamment l'étude de Delville et Mercier (1997), montrent qu'il existe des divergences significatives entre les perceptions des parents et des éducateurs en ce qui concerne les désirs affectifs et sexuels des personnes en situation de DI. Tandis que les parents reconnaissent généralement les désirs de contact physique et de séduction pour leurs enfants, leur acceptation des rapports sexuels, du mariage et de la procréation reste plus faible, surtout en ce qui concerne leurs propres enfants. En revanche, les éducateurs spécialisés, avec des taux de reconnaissance plus élevés, sont plus enclins à soutenir et à accompagner ces désirs dans le respect de l'autonomie des bénéficiaires.

Les éducateurs spécialisés, par leurs rôles d'accompagnants, adoptent une approche plus globale, qui leur permet de percevoir les désirs affectifs et sexuels des bénéficiaires comme légitimes et naturels. Ils semblent mieux disposés à favoriser l'épanouissement relationnel des personnes qu'ils accompagnent, à la différence des parents qui peuvent être plus réticents, notamment par crainte de l'inconnu ou par des croyances culturelles et personnelles liées à la DI.

Lors des entretiens menés auprès d'éducateurs, plusieurs points ont émergé. En premier lieu, tous les éducateurs interrogés soulignent l'importance de percevoir et d'identifier les besoins des bénéficiaires, notamment en matière de relations affectueuses et sexuelles. Cette responsabilité, partagée par l'équipe et l'institution, permet d'envisager un accompagnement adapté, tout en garantissant leur sécurité et en sensibilisant les familles.

Par exemple, Monsieur X dit :

*« C'est le rôle d'éducateur, en tout de percevoir qui a un besoin. Ça, honnêtement, c'est notre rôle. C'est le rôle de l'équipe, c'est le rôle de l'institution, percevoir qui a un besoin. Après, comme je vous dis, par la suite, sensibiliser les familles, oui aussi. Pour moi, oui, je pense. ».*

Cependant, des divergences sont apparues dans leurs pratiques et opinions, notamment en raison de différentes approches éducatives, de formations diverses et de valeurs personnelles. Ces disparités peuvent entraîner des tensions au sein des équipes éducatives et nuire à la cohérence des pratiques.

Par exemple, Monsieur Z se souvient de discussions difficiles avec des collègues dont les positions personnelles et religieuses les amenaient à penser que les personnes en situation de DI ne devraient pas procréer. Cela revient à des différences de valeurs ou de croyances qui influent grandement sur l'approche que l'éducateur adopte à l'égard du bénéficiaire. Ces différences renforcent peut-être l'importance d'un cadre clair et commun en ce qui concerne la sexualité et les droits des personnes en situation de DI.

### 5.3.2 Angélification des parents ?

L'angélification des personnes en situation de DI, particulièrement dans le cadre familial, est un phénomène qui peut entraîner des répercussions sur la manière dont les parents perçoivent et accompagnent leurs enfants. Monsieur X le mentionne :

*« (...) Il y a des personnes qui voient encore leurs enfants comme de grands bébés. Avec eux, il n'y a rien qui peut être effectué et c'est vrai que ça impacte notre marge de manœuvre en tant qu'institution. ».*

En effet, la vision idéalisée que les parents ont souvent de leurs enfants, les voyant comme des "petits anges", peut les amener à minimiser leurs désirs affectifs et sexuels. Cette perception bienveillante, teintée d'une volonté protectrice, crée une certaine distorsion où la personne en situation de handicap est vue comme incapable de gérer des aspects de sa vie affective et relationnelle. De ce fait, cette image d'innocence rend difficile l'acceptation d'un potentiel développement affectif et sexuel, phénomène que beaucoup de parents jugent inapproprié ou risqué pour leurs enfants.

Cela se heurte au processus de passage de l'enfance à l'âge adulte décrits par Korff-Sausse (2016), qui est déjà un moment de transformation important dans le développement des jeunes. Ce passage exige un détachement des figures parentales, un processus souvent conflictuel où l'adolescent cherche à s'émanciper, à affirmer ses désirs et à se détacher des images parentales. Pour les jeunes en situation de DI, ce processus est particulièrement complexe, car ils font face à des obstacles multiples qui entravent leur socialisation. Cette difficulté à franchir le seuil de l'adolescence, à s'intégrer dans un groupe de pairs, et à explorer leur autonomie sociale et affective, est exacerbée par une perception infantilisante. En d'autres termes, les parents, bien qu'ils veuillent le meilleur pour leurs enfants, ont parfois tendance à voir leurs désirs

d'indépendance et d'autonomie comme une menace. Ils craignent les risques associés à ces désirs, en particulier ceux liés à la sexualité et à la vie affective, Leur projection de l'enfant comme un être vulnérable les empêche souvent de soutenir le processus de maturation affective et sexuelle de manière appropriée.

Selon ma compréhension des discussions que j'ai eu avec les éducateurs, je trouve qu'ils abordent cette question de manière plus pragmatique et réaliste. Ils ont une vision différente de la personne en situation de DI. Plutôt que de la considérer comme un "petit ange" qu'il convient de protéger des réalités de la vie adulte, ils la voient comme un individu à part entière, avec des désirs et des besoins affectifs qu'il convient de reconnaître et de soutenir. Ce point de vue parfois "terre-à-terre" s'opère souvent contre l'angélification opérée par les parents. Les éducateurs sont formés à accompagner les jeunes dans leur développement affectif et sexuel, en favorisant leur autonomie tout en garantissant un cadre sécurisant. Leur rôle est de permettre à ces jeunes de se projeter dans une vie relationnelle, en les aidant à comprendre et à vivre leurs désirs dans le respect de leur dignité et de leur sécurité.

Cette divergence de perceptions entre les parents qui cherchent à protéger et à préserver leur enfant d'un monde qu'ils jugent parfois trop risqué, et les éducateurs qui favorisent l'autonomie et la reconnaissance de la personne comme adulte peut créer des tensions.

Un exemple qui est donné par Madame Y le montre bien :

*« Il y a des réseaux mis en place qui permettent d'échanger entre collaborateurs et avec les parents. On peut ainsi leur expliquer que notre objectif est d'autonomiser leurs enfants ou membres de leur famille, afin qu'ils puissent évoluer et progresser. Parfois, des difficultés émergent avec certains parents qui souhaiteraient que nous soyons constamment présents pour leur proche et que certains ne soient pas forcément enclins à accepter des relations avec d'autres bénéficiaires. Cependant, la réalité est que nous disposons d'un nombre limité de personnel, et surtout, que notre rôle est de favoriser leur autonomie. Il est donc essentiel que les familles en prennent conscience. ».*

Les parents, souvent ancrés dans leur rôle protecteur, ont du mal à imaginer que leur enfant devenu adulte puisse vivre une vie affective et sexuelle épanouie, ce qui peut renforcer une vision infantilisante. De leur côté, les éducateurs, en se basant sur leur expérience et leur expertise, sont davantage portés à soutenir ces aspects de la vie même si cela va à l'encontre des perceptions des parents.



En définitive, il me paraît essentiel de dépasser cette angélification et de concilier les visions des parents et des éducateurs afin de permettre aux personnes en situation de DI de s'épanouir pleinement. Un dialogue ouvert entre les parents et les éducateurs soutenu par une prise de conscience collective de la nécessité d'accompagner ces jeunes dans tous les aspects de leur vie, affectifs comme sexuels, est indispensable. Le soutien à l'autonomie affective et sexuelle des jeunes en situation de handicap est une composante essentielle de leur développement et de leur intégration dans la société adulte.

### 5.3.3 Un levier pour des échanges positifs avec les familles

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation de DI, le rôle des éducateurs peut s'avérer être un levier important pour établir des échanges positifs avec les familles. En reconnaissant les désirs et les aspirations des bénéficiaires, les éducateurs peuvent proposer une perspective plus terre à terre sur les capacités et les besoins des personnes en situation de handicap, ce qui permet d'ouvrir un dialogue avec les parents. Cependant, cette ouverture n'est pas sans défis. Les parents, souvent influencés par une vision angélique de leurs enfants en raison de leur amour ou de croyances religieuses, peuvent parfois être réticents à accepter des réalités qui vont à l'encontre de l'image protectrice qu'ils ont de leurs enfants. L'angélification peut, par exemple, limiter leur capacité à envisager une vie affective et sexuelle pour leur enfant. Ce décalage entre la vision des parents et celle des éducateurs peut dans certains cas créer des tensions.

Les entretiens réalisés révèlent que cette divergence de perspectives peut conduire à des conflits. Par exemple, dans les entretiens 2 et 3, les éducateurs soulignent les difficultés rencontrées lorsqu'ils abordent des sujets comme l'autonomie affective et sexuelle avec les parents. Ces derniers, en raison de leurs croyances ou de leur image idéalisée de leurs enfants, peuvent se retrouver en désaccord avec les propositions éducatives, renforçant ainsi le fossé entre les éducateurs et les familles. Néanmoins, en instaurant une communication bienveillante et en cherchant à comprendre les attentes et les craintes des parents, l'éducateur peut jouer un rôle essentiel pour apaiser ces tensions et favoriser une meilleure collaboration. Cela reste tout de même une zone de tension potentielle.

De plus, selon l'entretien 1, bien que les éducateurs soient souvent plus ouverts à reconnaître les désirs et les besoins des bénéficiaires, les parents, en tant que représentants légaux, restent les décideurs principaux. Monsieur X dit :

*« (...) mais pour des aspects extérieurs, sécuritaires, c'est la famille qui doit quand même valider ou pas. Mais à l'intérieur de l'institution, nous, on va plus facilement favoriser le développement de potentiel désir ou besoin d'un ou d'une bénéficiaire, mais on se doit de questionner la famille sur ces thématiques. ».*

Ils conservent un pouvoir décisionnel crucial dans les choix relatifs à l'accompagnement de leur enfant. Cette dynamique peut compliquer l'établissement de relations équilibrées, car les éducateurs sont parfois confrontés à des parents qui privilégient une vision protectrice, tandis que les éducateurs souhaitent soutenir une autonomie progressive. Face à cette dualité, les éducateurs doivent naviguer entre la nécessité de respecter les décisions parentales tout en poursuivant leur mission d'accompagnement.

Monsieur Z dit :

*« Moi, je pense que tant qu'on est ouvert à la discussion, quel que soit le sujet, on trouve presque toujours une solution, un terrain d'entente. Notre but, c'est le bien-être des bénéficiaires, et pour les familles, c'est aussi de voir leur enfant heureux. Au final, on a le même objectif : leur épanouissement. Quand les parents voient que leur enfant est bien dans sa relation, qu'il est heureux avec son copain ou sa copine, ils sont rassurés. Parfois, ils les invitent même à la maison. Et quand on voit son enfant bien dans sa relation, on se sent bien aussi. À ce moment-là, il n'y a plus de questions à se poser. ».*

En intégrant cette complexité dans leur travail, les éducateurs peuvent à travers un dialogue transparent tenter d'ouvrir des voies vers une meilleure compréhension commune et un soutien plus adapté aux besoins des bénéficiaires.

#### 5.3.4 Synthèse sur l'hypothèse

L'hypothèse selon laquelle les éducateurs sont plus enclins à favoriser la vie affective et sexuelle des personnes en situation de DI, et que cet accompagnement mène à des échanges positifs avec les familles, est plutôt validée par les données collectées.

D'une part, les éducateurs semblent effectivement plus ouverts et enclins à soutenir les relations affectives et sexuelles des personnes en situation de handicap, en leur offrant une autonomie tout en garantissant leur sécurité. Cette approche est en grande partie conforme à leur rôle d'accompagnateurs et se distingue de celle des parents, qui peuvent avoir des réticences en raison de croyances personnelles, religieuses ou protectrices.

Cependant, cette tendance à favoriser la vie affective des bénéficiaires n'est pas toujours perçue de manière positive par les familles, notamment dans les cas où des préjugés ou

des préoccupations excessives viennent interférer. Les éducateurs peuvent se heurter à des résistances, surtout lorsqu'ils tentent de promouvoir l'autonomie ou de soutenir des choix affectifs et sexuels des bénéficiaires que les parents trouvent inappropriés.

Cela dit, lorsque des échanges respectueux sont possibles, ils deviennent un levier intéressant pour renforcer les liens entre éducateurs et familles. Ces échanges permettent aux parents de mieux comprendre les besoins réels de leurs enfants et de dépasser certaines craintes ou certains malentendus. Les éducateurs, en dialoguant de manière ouverte et rassurante, peuvent favoriser une meilleure acceptation et collaboration, créant ainsi un environnement favorable à l'épanouissement des personnes en situation de DI.

En conclusion, bien que des tensions puissent surgir en raison des perceptions divergentes entre éducateurs et familles, l'hypothèse est globalement validée : les éducateurs jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des relations affectives et sexuelles des personnes en situation de handicap et cet accompagnement peut ouvrir des voies positives pour l'interaction avec les familles, à condition que le dialogue et la confiance soient maintenus.

## 6 CONCLUSION

---

### 6.1 Réponse à la question de recherche

À travers les entretiens réalisés et les éléments théoriques mobilisés, plusieurs points clés se dégagent pour répondre à la question de recherche sur l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle dans une institution, afin qu'elles puissent envisager et vivre positivement leur futur affectif et sexuel.

Tout d'abord, il est essentiel de comprendre les envies et les limites des bénéficiaires. Cela permet de proposer des actions adaptées et pertinentes, tout en garantissant un environnement sécuritaire. Cette compréhension passe par une écoute attentive et une communication claire avec les personnes concernées, afin de respecter leur individualité et leurs choix. Mes recherches indiquent que cette communication est délicate et se trouve favorisée par l'usage croisé de différentes méthodes et qu'elle implique toujours de prendre le temps de découvrir la personnalité propre de chaque bénéficiaire.

Ensuite, l'accompagnement de la sexualité des personnes en situation de DI est trop peu clairement encadré dans les institutions, ce qui crée des espaces dans lesquels les opinions et les croyances des éducateurs tendent à s'exprimer. Il convient donc de souhaiter que ce cadre soit clarifié, mais aussi d'encourager les éducateurs à conserver un esprit ouvert et de ne pas hésiter à se former sur ces sujets trop souvent ignorés sous la pression de tabous plus ou moins lourds.

Enfin, inclure la famille des bénéficiaires dans ce processus est incontournable. En tant que représentants légaux, les parents ou proches jouent un rôle décisionnel central. Les éducateurs doivent donc travailler à instaurer une relation de confiance et à intégrer les familles dans les démarches entreprises. Cette inclusion passe par des échanges réguliers visant à les rassurer, à les sensibiliser et à garantir une cohérence entre leurs attentes et les pratiques éducatives.

En institution, l'articulation entre la compréhension des bénéficiaires, l'ouverture à des perspectives variées et la collaboration avec les familles constituent ainsi un cadre structurant pour accompagner les personnes ayant une DI vers une vie affective et sexuelle épanouie et positive.

## **6.2 Limites et difficultés**

Une des principales difficultés rencontrées dans le cadre de ce travail a été l'accès aux entretiens. En raison de la nature sensible du sujet, il a été compliqué de convaincre certaines institutions de participer à l'étude. Cette réticence m'a contraint à faire appel à mon réseau personnel pour obtenir des entretiens. Bien que cette approche m'ait permis d'accéder à des témoignages précieux, elle a aussi limité la diversité des institutions représentées et par conséquent, la représentativité des informations collectées.

De plus, deux des personnes interviewées n'étaient plus en poste dans les institutions dont elles parlaient. Cela a posé une question quant à la pertinence et l'actualité des informations transmises, car les pratiques et les politiques institutionnelles peuvent évoluer rapidement. La prise en compte de témoignages d'acteurs qui n'étaient plus directement impliqués dans ces institutions a donc limité la fiabilité des données récoltées sur les pratiques actuelles.

Ces difficultés ont été des défis importants tout au long de mon travail. Cependant, elles ont aussi permis de souligner les obstacles structurels et culturels qui entravent la prise en compte de ces questions dans les institutions. Elles m'ont également permis de mieux comprendre la nécessité de changer certaines mentalités et pratiques dans le domaine de l'accompagnement des personnes en situation de DI.

## **6.3 Pistes d'action et nouveaux questionnements**

L'analyse réalisée au cours de ce travail m'a permis d'identifier plusieurs pistes d'action pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de DI dans le domaine de leurs relations affectives et sexuelles. Il apparaît en effet crucial de favoriser les interactions entre parents et professionnels en créant des espaces dédiés à ces questions. Ces espaces permettent non seulement d'aborder de manière ouverte et respectueuse les préoccupations des familles, mais aussi de clarifier les rôles et les responsabilités des éducateurs dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des bénéficiaires. En réunissant les familles et les professionnels, ces moments d'échange favorisent la compréhension mutuelle et peuvent contribuer à lever les tabous et les préjugés autour de ces thématiques. Ils permettent également de renforcer la collaboration entre les différents acteurs, ce qui est essentiel pour garantir un accompagnement cohérent et respectueux des besoins des personnes accompagnées.

Une autre piste importante réside dans la mise en place d'outils spécifiques permettant d'améliorer la communication avec les personnes en situation de DI concernant leurs

relations affectives et sexuelles. Ces outils peuvent prendre différentes formes : supports visuels, méthodologies adaptées ou même des interventions pédagogiques qui respectent les capacités cognitives et émotionnelles des bénéficiaires. Ces outils permettront aux éducateurs d'adapter leur approche, de mieux comprendre les besoins et les souhaits des personnes accompagnées et de favoriser une prise en charge plus personnalisée. De plus, ils constituent un moyen de rendre ces sujets plus accessibles et moins intimidants pour les bénéficiaires, tout en leur offrant des espaces sécurisés pour s'exprimer.

Ces actions soulèvent également des questionnements importants sur la manière d'intégrer de manière systématique ces outils dans l'accompagnement des personnes en situation de DI. Comment permettre au bénéficiaire d'avoir accès à un lieu d'intimité, tout en préservant la spontanéité de ses relations affectueuses ? Ces interrogations sont essentielles pour affiner les pratiques éducatives et garantir que l'autonomie des personnes soit respectée tout en leur offrant les conditions nécessaires pour une vie affective et sexuelle épanouie.

Un autre questionnement qui me paraît essentiel, se porte sur l'autonomie des personnes présentant une DI en matière de sexualité qui fait l'objet d'un certain cadre juridique. Que cela concerne la sexualité ou même le mariage, il s'agit de la capacité de discernement qui est le critère déterminant, dans la mesure où ce discernement est aussi ce qui permet de penser et de formuler un consentement (art. 94 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC]. L'art.16 CC précise que :

« Toute personne qui n'est pas dépourvue de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables, est capable de discernement. »

On remarque donc que la catégorie juridique n'a pas la finesse nécessaire pour distinguer les degrés de DI dont peuvent être atteints nos bénéficiaires. Il faudrait peut-être qu'un travail de définition soit élaboré, notamment pour que le travail de l'éducateur soit davantage encadré.

## 6.4 Aspects liés aux apprentissages réalisés

Au travers de mon travail de Bachelor, j'ai acquis une meilleure compréhension des enjeux liés à l'accompagnement des personnes en situation de DI, notamment en ce qui concerne leur vie affective et sexuelle. Ce travail m'a permis de réaliser que l'un des plus grands obstacles à une prise en charge efficace dans ce domaine est la perception du sujet comme un tabou. Ce silence, souvent imprégné de réticences culturelles, sociales et institutionnelles, est un frein majeur à l'évolution des pratiques éducatives et à la mise en place d'accompagnements adaptés. J'ai pris conscience de l'importance de dépasser ces réticences, tant au niveau des équipes éducatives que des familles et des autres parties prenantes, pour permettre aux personnes en situation de DI de vivre pleinement leur dimension affective et sexuelle.

Ce processus de réflexion m'a également appris qu'il est crucial de pouvoir aborder ces questions de manière ouverte et respectueuse, en écoutant et en comprenant les besoins et les aspirations des bénéficiaires. Les éducateurs doivent être capables d'identifier les désirs et les limites des personnes accompagnées, tout en offrant un cadre sécurisant et respectueux de leur autonomie. En même temps, il est fondamental de travailler sur l'ouverture d'esprit, tant vis-à-vis des collègues et de la direction d'institution que des familles, dont la vision peut parfois être biaisée par des croyances religieuses ou culturelles. C'est par des échanges constructifs et des sensibilisations que l'on peut surmonter ces obstacles et favoriser une meilleure compréhension du rôle que les éducateurs peuvent jouer dans l'accompagnement affectif et sexuel.

Une autre prise de conscience importante a été l'importance d'être proactif dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de DI. Cela passe par une formation continue des professionnels, mais aussi par des discussions régulières au sein de l'équipe éducative et avec les familles. Ce processus favorise non seulement une meilleure prise en charge des besoins affectifs et sexuels des bénéficiaires, mais aussi l'inclusion de ces enjeux dans la réflexion globale sur leurs droits et leur autonomie. Cela permet aux éducateurs de développer des pratiques plus ajustées, d'élargir leurs compétences professionnelles et de mieux accompagner les bénéficiaires dans leurs aspirations relationnelles.

En résumé, j'ai compris que le chemin vers un accompagnement de qualité des personnes en situation de DI en matière de vie affective et sexuelle passe par une remise en question des tabous existants, une ouverture au dialogue et une sensibilisation des acteurs institutionnels et familiaux. L'éducateur doit jouer un rôle clé dans cette démarche, non seulement en accompagnant les bénéficiaires dans leur développement

affectif et sexuel, mais aussi en faisant évoluer les pratiques professionnelles, tout en intégrant ces questions dans une vision globale et respectueuse de l'autonomie et des droits des personnes accompagnées.

Cette question de l'accompagnement de la sexualité des personnes en situation de DI m'a semblé intéressante et je crois que j'ai pu l'aborder parce que la sexualité ne fait pas partie des tabous qui m'ont été transmis par l'éducation que j'ai reçue. En revanche, d'autres questions, comme la maladie ou la mort par exemple, ne sont pas des sujets que je pourrais aisément aborder. De la même manière que certains éducateurs projettent leurs propres opinions dans leur pratique professionnelle lorsqu'il s'agira d'envisager la sexualité de leurs bénéficiaires, je serais peut-être conduit à le faire pour d'autres questions. Ainsi il me semble que l'un des enjeux difficiles du travail d'éducateur est d'adopter toujours une posture professionnelle et informée par les théories les plus récentes et cela sans se laisser déterminer par les limites de ses propres croyances.



## 7 BIBLIOGRAPHIE

---

### 7.1 Ouvrages et chapitres d'ouvrages

Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 210 ; état le 1er janvier 2023)

Delville, J., & Mercier, M. (1997). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.merci.1997.01>

Delville, J., Mattys, M., & Mercier, M. (1997). Élaboration d'un outil éducatif destiné à des adultes déficients mentaux. In J. Delville & M. Mercier (Éds.), *Sexualité, vie affective et déficience mentale* (pp.125-137). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.merci.1997.01>

WAREMBOURG S., (2008), Un service au service de l'accompagnement de la vie affective et sexuelle en institution (AVAS), Handicap International, pp. 17-22

### 7.2 Articles papier et électroniques

Avenir Social. (2018). Code de déontologie du travail social. *Avenir Social*.

Dorison, É. (2021). Éducateur•trice : un rôle essentiel de prévention et d'accompagnement des violences sexistes et sexuelles. *VST - Vie sociale et traitements*, 150(2), 62-67. <https://doi.org/10.3917/vst.150.0062>

Korff-Sausse, S. (2016). « Quand je serai grand ». *Contraste*, 44(2), 55-73. <https://doi.org/10.3917/cont.044.0055>

Swartenbroekx, A. (2013). La relation amoureuse : Favoriser l'accompagnement. *Le Journal des psychologues*, 304(1), 45-48. <https://doi.org/10.3917/jdp.304.0045>

### 7.3 Sites internet

Comité Consultatif National d'Éthique. (2011). *Avis 118: Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle*. Consulté le 29 mai 2025, à l'adresse : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-118-vie-affective-et-sexuelle-des-personnes-handicapees-question-de-lassistance>

Insieme. (2025). *Amour, sexualité et handicap*. Consulté le 21 mai 2024, à l'adresse : <https://insieme.ch/fr/theme/sante-et-qualite-de-vie/amour-et-sexualite/>

Monette, S., & Flessas, C. (2022). *La déficience intellectuelle (DI)*. AQNP. Consulté le 17 mai 2024, à l'adresse : <https://aqnp.ca/documentation/developpemental/la-deficience-intellectuelle-di/#:~:text=En%20résumé%2C%20le%20diagnostic%20de>

Swiss Uniability. (s. d.). *Définition du handicap*. Consulté le 25 mai 2024, à l'adresse :  
<https://www.swissuniability.ch/fr/Notions-de-base/Definition-du-handicap>

## 8 ANNEXES

---

### 8.1 Questions d'entretiens

#### Hypothèse 1

**« Le travail des éducateurs doit à la fois viser l'autonomisation des bénéficiaires et le respect de leur libre-arbitre, mais aussi garantir un environnement sécurisé. Cette tension présente un défi. »**

Question de départ : En quoi consiste votre travail auprès des personnes en situation de déficience intellectuelle ?

Quel est selon vous votre rôle auprès de ces personnes ? Votre rôle comporte-t-il des tensions ?

Est-ce que vous travaillez à l'autonomisation de vos bénéficiaires ? Si, oui comment vous y prenez-vous ? Sinon, quels aspects travaillez-vous avec elles ?

**1) Pensez-vous que certains bénéficiaires peuvent exercer pleinement leur libre-arbitre malgré leur déficience intellectuelle ?**

- Si oui, comment les soutenez-vous dans ce processus ? Si non, quelles sont les alternatives ?

**2) Comment accompagnez-vous un bénéficiaire dans des choix qui pourraient ne pas sembler "sûrs" tout en respectant son libre-arbitre ?**

- Existe-t-il des limites à ne pas dépasser ? Si oui, comment les définissez-vous ?

**3) Comment les familles réagissent-elles à la recherche de cet équilibre entre autonomie et sécurité ?**

- Comment gérez-vous les attentes familiales qui peuvent être parfois en contradiction avec l'autonomie que vous cherchez à promouvoir chez les bénéficiaires ?

## Hypothèse 2

**« Les éducateurs eux-mêmes pourraient être confrontés à des préjugés ou à des idées préconçues sur les capacités des personnes en situation de DI à entretenir des relations amoureuses, ce qui pourrait influencer la qualité du soutien qu'ils fournissent. »**

Comment percevez-vous et accompagnez-vous les besoins relationnels et affectifs des personnes en situation de déficience intellectuelle ?1) **Pensez-vous que les relations amoureuses chez les personnes avec une déficience intellectuelle sont parfois perçues comme moins "valables" ou moins sérieuses ?**

**1) Pensez-vous que les relations amoureuses chez les personnes avec une déficience intellectuelle sont parfois perçues comme moins "valables" ou moins sérieuses ?**

**1) Pensez-vous que les relations amoureuses chez les personnes avec une déficience intellectuelle sont parfois perçues comme moins "valables" ou moins sérieuses ?**

Comment accompagnez-vous les bénéficiaires dans leurs relations affectives et sociales, en prenant en compte leurs besoins et leur situation individuelle ?2) **est-ce que vous avez vous-mêmes dû travailler sur vos propres perceptions ou idées préconçues vis-à-vis des relations amoureuses chez les bénéficiaires ? Si oui, Comment ?**

**2) est-ce que vous avez vous-mêmes dû travailler sur vos propres perceptions ou idées préconçues vis-à-vis des relations amoureuses chez les bénéficiaires ? Si oui, Comment ?**

- Avez-vous accès à des formations ou des discussions professionnelles pour mieux aborder ces questions ?

**3) "Comment soutenez-vous les bénéficiaires dans leur désir de relations amoureuses tout en veillant à leur sécurité ?**

- Comment abordez-vous ces situations en équipe éducative ?
- **"Dans quelle mesure les idées des familles influencent-elles votre soutien aux bénéficiaires dans leurs relations amoureuses ?"**Comment gérez-vous les attentes familiales qui pourraient diverger de votre approche éducative ?

**4) Comment abordez-vous les discussions avec les bénéficiaires autour de la sexualité, des relations amoureuses et de ce qu'ils ou elles ressentent ?**

- Quels sont les outils ou méthodes que vous utilisez pour ouvrir ces discussions de manière appropriée ?


## Hypothèse 3


« Les éducateurs sont généralement plus enclins à favoriser la vie sexuelle affective des personnes en situation de DI, cet accompagnement est aussi l'occasion d'échanges positifs avec les familles. »

"Comment abordez-vous la vie affective et sexuelle des bénéficiaires dans votre accompagnement, notamment avec leurs familles ?"

- 1) Est-ce que vous sentez-vous à l'aise pour aborder la vie sexuelle et affective des bénéficiaires avec la famille ou les proches des bénéficiaires ?**
  - Avez-vous remarqué une évolution de votre pratique en faveur de cette dimension de l'accompagnement ?
- 2) Comment initiez-vous les discussions avec les familles concernant la vie affective et sexuelle des bénéficiaires ?**
  - Avez-vous souvent des échanges positifs avec les familles à ce sujet, ou rencontrez-vous parfois des réticences ?
- 3) Quelles sont, selon vous, les principales difficultés que les familles expriment face à l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de leur proche ?**
  - Comment les aidez-vous à surmonter ces inquiétudes ((tout en respectant leurs valeurs)) ?
- 4) Est-ce que vous estimez que votre rôle d'éducateur consiste à sensibiliser ou à rassurer les familles sur la question des relations affectives et sexuelles ?  
Si oui, pensez-vous qu'il y ait des moments plus propices que d'autres ?**
  - Avez-vous des exemples de situations où cela a permis d'ouvrir un dialogue plus constructif avec les familles ?
- 5) Est-ce que vous constatez des bienfaits chez les bénéficiaires lorsque vous les accompagnez dans leur vie affective et sexuelle ?  
Si oui, de quel ordre ?**
  - Comment cela contribue-t-il à leur bien-être général et à leur développement personnel ?
- 6) Estimez-vous que cet accompagnement favorise le dialogue avec les familles, ou au contraire, peut-il créer des tensions ?**
  - Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour naviguer entre les attentes des bénéficiaires et celles de leurs familles ?

## 8.2 Formulaire de consentement vierge





**Formulaire de consentement**

**Représentation du couple pour les personnes en situation de déficience intellectuelle en institution**

**Module Travail de Bachelor**

Antunes Nogueira Roberto Diogo

Sous la Direction de Aubry Agnès

Haute École et École Supérieure de Travail Social  
Rue de la Plaine 2  
3960 Sierre

Contact :

Par ma signature, j'accepte de participer à un entretien dans le cadre de la réalisation du Travail de Bachelor (TB) susmentionné, notamment :

• Je suis informé-e que ce travail est réalisé selon les prescriptions de la nouvelle loi fédérale sur la protection des données (nLPD) et s'appuie sur le code d'éthique de la recherche en travail social.	
• J'accepte que l'entretien soit enregistré et retranscrit, que cet enregistrement et cette retranscription soient conservés le temps de la réalisation du TB en un lieu sécurisé et détruits ensuite.	
• Je donne mon accord pour que ces données soient traitées de manière anonymisée pour la réalisation du TB.	
• Je comprends que je peux demander la suppression des données et de ma participation à tout moment.	
• Je confirme savoir à qui je peux m'adresser en cas de questions ou renseignements complémentaires.	
• Je confirme que ma participation est volontaire.	

Lieu, date & Signature : \_\_\_\_\_

Par ma signature, je confirme avoir informé la personne interviewée sur l'exploitation des données de l'entretien conformément à nouvelle loi fédérale sur la protection des données (nLPD) et le code d'éthique de la recherche en travail social.

Lieu, date & Signature : \_\_\_\_\_