

La moindre fréquence des rapports socio-sexuels des personnes ayant des incapacités : différences corporelles ou inégalités sociales?

Ève Gardien

Volume 21, numéro 2, décembre 2015

Sexualités, handicap et droits humains
Sexualities, Disability, and Human Rights

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1086465ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1086465ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)
2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gardien, È. (2015). La moindre fréquence des rapports socio-sexuels des personnes ayant des incapacités : différences corporelles ou inégalités sociales? *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 21(2), 7–20. <https://doi.org/10.7202/1086465ar>

Résumé de l'article

Dans un contexte de revendications portées par les personnes ayant des incapacités concernant leurs droits sexuels, l'État français a été amené à se positionner en 2011 concernant la question de l'accompagnement sexuel (pratique également dénommée : assistance sexuelle). Les débats menés au sein des instances politiques, ainsi que dans les médias, sont toujours aujourd'hui largement innervés de jugements moraux, sans que pour autant la moindre fréquence des relations socio-sexuées ne soit expliquée. Elle reste simplement constatée, objectivée et déplorée. Cet article propose d'approfondir les termes du débat en interrogeant non plus la question des besoins sexuels ou encore celle de l'humanisation des personnes ayant des incapacités, mais en analysant les raisons de cette différence de fréquence des relations socio-sexuées. Existe-t-il une (ou des) causalité(s) sociale(s) ou bien ce phénomène s'explique-t-il uniquement par des différences corporelles?

La moindre fréquence des rapports socio-sexuels des personnes ayant des incapacités : différences corporelles ou inégalités sociales?

ÈVE GARDIEN

Département de Sociologie, Université Rennes 2, France

Article original • Original Article

Résumé

Dans un contexte de revendications portées par les personnes ayant des incapacités concernant leurs droits sexuels, l'État français a été amené à se positionner en 2011 concernant la question de l'accompagnement sexuel (pratique également dénommée : assistance sexuelle). Les débats menés au sein des instances politiques, ainsi que dans les médias, sont toujours aujourd'hui largement innervés de jugements moraux, sans que pour autant la moindre fréquence des relations socio-sexuées ne soit expliquée. Elle reste simplement constatée, objectivée et déplorée. Cet article propose d'approfondir les termes du débat en interrogeant non plus la question des besoins sexuels ou encore celle de l'humanisation des personnes ayant des incapacités, mais en analysant les raisons de cette différence de fréquence des relations socio-sexuées. Existe-t-il une (ou des) causalité(s) sociale(s) ou bien ce phénomène s'explique-t-il uniquement par des différences corporelles?

Mots-clés : handicap, sexualité, socialisation, inégalité sociale, différence corporelle

Abstract

In terms of people with disabilities advocating for their sexual rights, in 2011 the French government took a stand on the issue of sexual accompaniment (practice also known as sexual assistance). Discussions taking place within political bodies and in the media continue to be stimulated by moral judgments, however without explaining the lower frequency of socio-gendered relationships. They are simply recorded, objectified and deplored. This article proposes an in depth look into the debate, not by questioning the issue of sexual needs or the humanization of people with disabilities, but by analyzing the reasons for a difference in the frequency of socio-gendered relationships. Is there one (or more) social casualties or can this phenomenon be explained solely by bodily differences?

Keywords : disability, sexuality, socialisation, social inequality, bodily differences

Au cours des derniers siècles, le rapport socioculturel au corps, à l'individu et à la sexualité a profondément changé en France. Le passage d'un idéal glorifiant l'abstinence sexuelle pour se consacrer à Dieu à un horizon collectif visant l'épanouissement de l'individu, notamment par sa sexualité, est aujourd'hui assumé. Après avoir été l'objet d'un gouvernement des peuples, la sexualité est devenue l'objet de mouvements sociaux, à savoir : mouvement de libération des femmes, mouvements homosexuels et lesbiens dans les années 1970, mouvement lesbien, gay, bisexuel et transsexuel (LGBT) aujourd'hui.

Cette actualité de la lutte pour un épanouissement individuel, notamment par la sexualité, concerne également les personnes ayant des incapacités. Un front s'est à nouveau organisé ces dernières années en France. Un colloque inaugural à ces actions militantes s'est déroulé en 2007 au Parlement Européen de Strasbourg, un travail de *lobbying* politique a ensuite été mené, notamment auprès de l'Assemblée nationale et du gouvernement, de nombreuses actions de sensibilisation du grand public, des professionnels du champ de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale, ainsi qu'auprès des personnes ayant des incapacités elles-mêmes, ont été mises en oeuvre. Puis, à la suite d'un premier refus de changer le cadre réglementaire français en faveur de l'accompagnement sexuel, refus assumé par Roselyne Bachelot (avril 2011) alors ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale, un collectif associatif, l'Association pour la promotion de l'accompagnement sexuel (APPAS), s'est progressivement constitué et poursuit ses objectifs de développement de l'accompagnement sexuel, entre autres choses.

Aussi, la question de la sexualité des personnes ayant des incapacités est présentement politisée. Est-ce à dire qu'un problème d'inégalités sociales se pose? Et si oui, lequel? Cet article tentera de répondre à ces questions.

Pour ce faire, l'auteure expliquera tout d'abord l'évolution des significations de la sexualité au niveau socioculturel, au niveau des grandes

instances scientifiques internationales ainsi que du cadre réglementaire français. Ce contexte posé, les termes de la différence en matière de sexualité seront analysés d'un point de vue épidémiologique et développés de la perspective des personnes directement concernées. Enfin, une troisième partie discutera les difficultés spécifiques rencontrées par nombre de personnes ayant des incapacités en matière de rencontres ou de pratiques sexuelles. L'auteure conclura alors quant à l'opportunité de qualifier ce problème public d'inégalité sociale.

Un contexte sociopolitique donnant une nouvelle place à la sexualité humaine

La reconnaissance et la place laissée à la sexualité humaine en Occident est le fruit d'une évolution historique largement innervée par la perspective religieuse chrétienne catholique, puis par l'invention du sentiment amoureux au 12^e siècle et de la vie privée au 18^e siècle, par le déploiement d'un individualisme au 19^e siècle, enfin par la politisation de la sexualité humaine dans les années 1970. À cette époque également, des réflexions au niveau des grandes institutions scientifiques internationales, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et au niveau juridique national ont construit des cadres de référence pour penser et mettre en oeuvre des politiques de santé sexuelle, ainsi que pour circonscrire et protéger le périmètre de la liberté sexuelle.

Dès le christianisme primitif, la virginité et le retour à une virginité par l'abstinence sexuelle furent érigées en modèle de sainteté. Les écrits d'Augustin (5^e siècle) promeuvent à la fois le rejet de la concupiscence et le refus du plaisir. La sexualité trouve sa seule légitimité dans la procréation, et ce, comme participation à l'oeuvre de Dieu. L'influence du christianisme en matière de sexualité croîtra progressivement au fil des siècles et encadrera toujours davantage les mœurs de la vieille Europe (Le Goff, 1991).

C'est au 12^e et 13^e siècle que le mariage chrétien sera véritablement institué. En 1215 le 4^e concile de Latran fondera les lignes de partage de l'économie sexuelle occidentale, avec



d'un côté la virginité et l'abstinence pour ceux qui embrassent la vie monastique, et de l'autre le mariage monogame et indissoluble, seul espace social au sein duquel la sexualité trouvait légitimement son expression. Toute autre pratique érotique était fermement condamnée. Parallèlement, un dispositif de coercition morale des fidèles, en la pratique de la confession, s'est progressivement mis en place, veillant en autres choses à un interrogatoire poussé sur les péchés dits « de la chair ».

La sexualité au sein de l'union maritale restera malgré tout un pis-aller. Le projet véritable de l'Église catholique était de détourner le chrétien de la sexualité pour qu'il se consacre entièrement à Dieu, y compris dans le cadre du mariage. La chasteté et l'abstinence étaient donc des préceptes de gouvernement du peuple, et non pas de quelques ascètes portés par leur foi. Le mariage fût ainsi longtemps déconsidéré en tant que signe patent de l'échec des individus à vouer leur vie à Dieu. Le mariage était également perçu comme propice au péché de luxure. C'est pourquoi un cadre moral des relations sexuelles au sein du mariage fût même établi, instituant « *les jours d'accouplements, les gestes permis, les échanges verbaux et surtout la finalité reproductive de l'acte sexuel* » (Borrillo, in Borrillo & Lochak, 2005, p. 43).

On retrouve les prémisses d'une pensée légitimant des rapports sexuels fondés sur le sentiment amoureux et réciproque entre l'homme et la femme au 12^e siècle avec l'amour courtois occitan (Nelli, 1984). Cette littérature met en lumière une nouvelle sensibilité émergente : le « *fin' amor* »¹. Étant donné que les époux ne se choisissent pas à cette époque, et que le mari se comporte souvent en patriarche brutal, les relations sociaux-sexuelles basées sur le sentiment amoureux sont nécessairement adultères. Plus avant, dans l'amour courtois, l'usage était une inégalité de statuts sociaux en faveur de la femme, pour préserver cet amour d'un homme qui se comporterait en maître. Cet amour courtois, s'il inspira l'Occident, eut grandes difficultés néanmoins à s'implanter dans les mœurs. Ce n'est qu'au 18^e siècle que le

sentiment amoureux deviendra un attendu. Il s'instituera ensuite comme norme au cœur des relations des couples envisageant le mariage. Alain Corbin date ce tournant de l'introduction de l'amour dans le mariage aux années 1860 (Corbin, in Duby, 1987, p. 860).

La Renaissance et le siècle des Lumières vont rendre possible le développement progressif d'une autonomie des individus face à l'Église. C'est alors que la volonté individuelle prendra le pas sur l'horizon collectif d'un salut après la mort. L'autodétermination du sens de l'activité sexuelle rendra caduque le principe d'une sexualité uniquement dédiée à la procréation. Ne pas nuire à autrui et le consentement préalable du partenaire seront les principes portés par l'État laïque, même si l'application de ces principes à l'époque laisseront longtemps à désirer. La sexualité relèvera alors de la vie privée, espace social soumis à la morale et non plus au droit, et cela à partir de la Révolution française. Pour ces raisons, tout individu en est venu à être libre de vaquer à ses activités érotiques dans la mesure où il respecte la liberté d'autrui et le cadre légal (notamment la majorité sexuelle). Un nouvel espace d'échanges sociaux-sexuels est donc né, au cœur duquel se déploiera la volonté de rapports fondés sur le sentiment amoureux. Le caractère intime des relations socio-sexuelles s'affirmera également au 18^e siècle. Si auparavant la sexualité ne se déroulait pas sur la place publique, elle était beaucoup moins cachée. La pudeur est un sentiment qui prendra progressivement de l'ampleur, tant et si bien que la sexualité deviendra un objet de réserve et de discrétion. Civilisation des mœurs oblige (Elias, 1939), il n'est plus possible de laisser se déployer tous ces émois en public. C'est alors que l'éducation sexuelle de la jeunesse posera problème par l'explicitation des choses qu'elle suppose.

La diffusion massive de méthodes contraceptives, telles que la pilule ou bien le dispositif intra-utérin (DIU), introduira une « révolution contraceptive » dans les années 1960. Ces méthodes de contraception sont contrôlées par les femmes elles-mêmes et leur donnent un tout nouveau sentiment de confiance en soi et de maîtrise de la procréation. La peur ances-

¹ Fin' amor : généralement traduit par : « amour épuré ».

trale de la grossesse non désirée disparaît alors rapidement et les expériences sont modifiées : la sexualité est quasiment toujours protégée d'une possible fécondité, les femmes font le choix d'avoir ou non une progéniture, elles connaissent le plaisir d'avoir des enfants, elles peuvent décider de l'écart de temps entre les naissances, etc. Les femmes ne sont plus assujetties à la procréation et découvrent une nouvelle liberté dans les échanges socio-sexuels. « Cette découverte a donné un fondement médical et renforcé la légitimité sociale de la dissociation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation. » (Giami, 2007, p. 57)

Au cours des années 1970, de nombreux mouvements sociaux appelleront à la « libération sexuelle ». Une appétence à la liberté sexuelle sera ouvertement revendiquée et progressivement assumée par une partie toujours plus importante de la population française. Cette aspiration à une sexualité désaliénée du péché, de la saleté et des normes sociales dans leur ensemble, vers plus de tolérance et davantage de permissivité, a soutenu des minorités sexuelles, notamment homosexuelles ou lesbiennes, dans leurs efforts à faire reconnaître leurs différences. Parallèlement, des pratiques, dont la masturbation, deviennent notoirement sans grande conséquence. Pour autant, contrairement à ce que voudrait faire croire le discours idéologique de l'époque de « la révolution sexuelle », les normes n'ont pas été annulées mais bien réaménagées. L'importance du consentement *a priori* des partenaires majeurs sexuels et le rejet de toute forme de violence et de domination sexuelles deviennent davantage prégnants. L'égalité entre hommes et femmes est promue. La réciprocité dans le couple est de mise.

Parallèlement, au niveau international, émerge le concept de « santé sexuelle », porté par l'OMS et un nombre conséquent d'organisations non gouvernementales (ONG). Ce concept est le produit de la rencontre de deux évolutions conceptuelles, l'une concernant la santé, l'autre la sexualité. La santé qui avait tout d'abord été pensée comme un état de fonctionnalité silencieuse des organes au 19^e siècle devient un « processus devant être maintenu,

conquis et développé par différentes méthodes » (Giami, 2007). Une telle définition se trouve dans le préambule à la constitution de l'OMS, à savoir : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Les conceptions de la sexualité, quant-à-elles, sont passées d'une finalité de procréation au sein du mariage à des finalités de bien-être et d'épanouissement individuel, et ce, par l'expérience du plaisir et de l'orgasme au cœur de relations humaines non nécessairement instituées.

À la suite de quoi, en 1974, une conférence de spécialistes de divers horizons internationaux, organisée par la *World Association of Sexology* (WAS), sous l'égide de l'OMS, permit de proposer une première définition de la santé sexuelle :

« l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le *counselling* et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles (MST) » (OMS, 1975).

Cette prime définition évoluera au fil des campagnes de promotion de la santé sexuelle, des travaux de recherches et des pratiques cliniques. L'importance accordée à la liberté et à la responsabilité individuelle en sortent renforcée :

« La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement en l'absence de dysfonction, de maladie



ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus » (PAHO/OMS/WAS, 2000).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, face à cette évolution des mœurs et des conceptions, le cadre légal français ne s'amointrit pas mais s'étoffe. De la fondation de la Maternité heureuse en 1956, à la loi Veil en 1974, les débats parlementaires portent sur des sujets aussi variés que contraception, avortement, éducation sexuelle, violences, homosexualités (Chaperon, 2004, p. 51). Cependant, la sexualité elle-même est peu encadrée par les textes de lois, sauf dans le cadre du mariage (code civil), ou par des interdits et des limites (code pénal). L'adultère n'est plus une cause de divorce depuis 1975. L'homosexualité n'est plus pénalisée depuis 1981. Mais qu'en est-il d'un droit à la sexualité ou d'une liberté sexuelle qui serait conféré au citoyen?

Ni l'un ni l'autre ne sont mentionnés dans le cadre réglementaire français, qu'il s'agisse des lois ou encore des codes. En ce sens, il est possible de dire qu'ils n'existent pas. Néanmoins, ce serait interpréter un peu vite les nouvelles orientations prises en matière de droit pénal et de jurisprudence, d'application des droits humains, au niveau français ou européen (Cour européenne des droits de l'homme). De fait, l'analyse effectuée de ce corpus de textes par Lochak (2005) permet d'amener un certain nombre de repères.

Tout d'abord, pour ce qui concerne le droit d'avoir des relations sexuelles, celui-ci « n'est pas garanti sous la forme d'un "droit à" - pas même dans le mariage, puisque, s'il implique l'obligation de consommer, [...] cette obligation n'a pas pour contrepartie le droit d'un des époux d'imposer à l'autre des relations sexuelles contre son gré, la loi de 1980 ayant reconnu la notion de viol entre conjoints » (Lochak, 2005, p. 13). En outre, aucun droit-créance n'est garanti par l'État en matière de sexualité, autrement-dit, aucun citoyen ne peut se prévaloir d'un droit d'avoir des relations sexuelles et ne peut demander justice car il n'aurait pu faire

appliquer ce droit. Alors existe-t-il une liberté sexuelle? Et si oui, laquelle?

La liberté sexuelle n'émane pas de la liberté de disposer de soi, et par suite logique de son corps. En effet, la liberté de disposer de soi n'est reconnue dans aucun texte de droit positif : « il se déduit au mieux du principe très général de liberté » (Lochak, 2005, p. 9). Quant à la liberté de disposer de son corps, elle est restreinte sur de nombreux aspects : principe d'indisponibilité du corps humain, sacralisation de la vie, respect de la dignité humaine, capacité au libre consentement, etc.

Ensuite, la liberté sexuelle n'est pas garantie par le droit français. Cependant, le principe de consentement entre majeurs sexuels l'est, à l'instar de la possibilité de choisir la nature des dites relations : hétéro ou homosexuelles. De plus, la sexualité n'est pas interdite, pas davantage obligatoire. Aussi est-il possible d'analyser la liberté qui en découle, au sens juridique du terme, comme « la possibilité d'accomplir – ou de ne pas accomplir – un acte qui n'est ni interdit ni imposé par les règles en vigueur : c'est la sphère de l'autonomie laissée par l'ordonnancement juridique à l'individu » (Lochak, 2005, p. 15). Par ailleurs, la liberté sexuelle peut être déduite logiquement de plusieurs droits, en tant que composante : le principe de liberté individuelle, le droit au respect de l'intimité, le droit au respect de la vie privée, le droit de se marier et de fonder une famille. À ce titre, la liberté sexuelle peut être considérée comme protégée par le cadre juridique français.

Ainsi, la liberté sexuelle est un espace d'auto-détermination pour l'individu qui est limité par deux principes : la liberté d'autrui et le bien commun. Il s'agit de faire coexister l'ensemble des libertés individuelles, mais également les exigences du vivre ensemble. Ce nouvel espace socialement produit, qu'en est-il des relations socio sexuelles pour les personnes ayant des incapacités? Les résultats d'une enquête représentative de la population française, traitant de ce point et pointant une différence, seront présentés. Produit dans la foulée des mouvements sociaux porteurs des premières

revendications sexuelles dans les années 1970, le point de vue des collectifs militants de personnes ayant des incapacités portant sur cette différence sera explicité.

Une différence en matière de relations socio sexuelles?

- Une différence significative en termes de fréquence des relations socio sexuelles

Malgré leur intérêt pour les politiques de santé publique et les campagnes de promotion de la santé, il est encore aujourd'hui difficile de produire des données fiables et représentatives sur les comportements socio-sexuels des Français. La production de ces données est singulièrement limitée par le caractère généralement intime de ces pratiques, leur déroulement dans des contextes privés, le fait corollaire que ces informations ne soient pas directement collectables. En outre, si les connaissances cliniques (consultations de sexologie) et psychopathologiques (expertises devant les tribunaux) ont largement progressé, les statistiques représentatives restent encore peu développées, fondées essentiellement sur une auto-déclaration des comportements sexuels (autre limite à la fiabilité des données reposant alors, nécessairement et uniquement, sur l'auto-perception et l'auto-désignation). Or, l'auto-déclaration est considérée ne pas permettre une collecte de données fiables lorsqu'elle porte sur des comportements gênants ou tabous et lorsque la réputation des individus interrogés est en jeu. Ces difficultés à produire des données fiables sur les comportements socio-sexuels concernent également la population française ayant des incapacités.

En l'état, au regard des données aujourd'hui disponibles, seule la comparaison des chiffres produits à intervalles de temps réguliers, ou sur des périodes prédéfinies, permet l'étude des écarts et des variations observés de manière fiable, et des résultats qui, par la suite, sont considérés comme valides. Cette procédure de comparaison a été mise en œuvre par l'équipe « Sexualité, Société, Individu » de l'unité 292 de l'Institut national de la santé et de la re-

cherche médicale (INSERM)² pour déterminer les écarts constatables entre les comportements sexuels des Français (Enquête ACSF)³ et celle des personnes ayant des incapacités (Enquête HID)⁴. Trois grands constats en ont été issus. Tout d'abord, une moindre fréquence des relations socio sexuelles pour les personnes adultes ayant des incapacités : « À l'exception des femmes de 18-29 ans, les personnes déclarant au moins une déficience vivant en domicile ordinaire sont toujours moins nombreuses à avoir une relation socio sexuelle, c'est-à-dire à être en couple ou à avoir un partenaire (fiancé, copain, ou petit ami) que la population générale »⁵ (Brouard, 2004, p. 56). Cette différence en termes de fréquence des relations socio sexuelles est considérablement augmentée si l'adulte ayant des incapacités est hébergé en institution : « Si près de 90 % de personnes vivant en France ont une éventuelle relation socio sexuelle, c'est-à-dire au moins un partenaire ou un conjoint, ce n'est le cas que d'un peu moins du quart des personnes handicapées vivant en institution. » (De Colomby & Giami, 2001, p. 51). L'hébergement en institution a également une influence défavorable sur la possibilité pour les personnes ayant des incapacités de se marier : « Quel que soit leur âge, l'immense majorité des répondants au volet institution de l'enquête HID déclarent en effet n'avoir jamais été mariés. Cette situation contraste avec les observations faites en population générale, où le pourcentage de célibat décroît rapidement avec l'âge »⁶ (De Colomby & Giami, 2001, p. 50).

D'autres enquêtes portant sur la thématique « handicap et sexualité » existent. Elles sont généralement davantage restreintes dans leur

² Hôpital de Bicêtre.

³ Enquête ACSF : Enquête Analyse des Comportements Sexuels en France, 1993.

⁴ Enquête HID : Enquête Handicap Incapacité Dépendance, 1998-2001.

⁵ Ces constats sont issus des résultats de l'enquête HID volet « milieu ordinaire », publiés en 2004, relatifs à une population de 18 à 69 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine, déclarant au moins une déficience.

⁶ Ces résultats sont issus de l'enquête HID volet « institution », relatifs à une population d'âge compris entre 16 et 69 ans, vivant en institution.



portée ou portent sur une population très spécifique. Cependant, les résultats sont généralement convergents. Mentionnons à ce propos l'enquête menée par Tom Shakespeare (2006, p. 172) avec son groupe de recherche de l'Université de Newcastle, portant sur les personnes à croissance limitée dans le nord de l'Angleterre. Là encore, sur la population de répondants, 55 % étaient célibataires contre 30 % pour la population anglaise, 39 % sont ou avaient été mariés contre 69 %.

Est-ce que ce sont les déficiences ou encore les incapacités qui font obstacle au déploiement de relations socio sexuelles chez les personnes ayant des incapacités? Cette différence de fréquence des relations socio sexuelles s'explique peu par les déficiences, peut-être davantage par les incapacités. En effet, l'analyse statistique proposée par De Colomby et Giami (2001, p. 56) met en lumière un point important : « le rôle relativement faible que jouent les facteurs directement liés aux déficiences (et en particulier le type de ces dernières) comparativement à ceux liés aux incapacités, donc à la dépendance – ou l'indépendance – des personnes considérées. Cette indépendance s'entend tant sur un plan « médical » (physique et psychique) que juridique ou financier. » Ce résultat s'entend dans un contexte de vie en institution. Cette non corrélation entre type de déficience et potentialité de relations socio sexuelles demande à être vérifiée en milieu ordinaire. Une autre hypothèse peut également être avancée : la vie en milieu institutionnel serait-elle défavorable à l'engagement de relations socio sexuelles, et d'autant plus si l'on est dépendant?

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il n'y a pas d'atteinte à la libido, les exemples ne manquent pas de personnes très dépendantes, vivant à leur domicile en milieu ordinaire, ayant investi et entretenu des relations socio sexuelles, ayant également fondé une famille. Les déficiences et les incapacités ne sont donc pas un obstacle infranchissable. D'autres hypothèses (Laval, Giami, & Humbert, 1983; Siegrist, 2000; Soulier, 2006), davantage du côté de la construction sociale de cette moindre fréquence des rela-

tions socio sexuelles, ont été et continuent à être travaillées pour expliquer cet état de fait.

- Une politisation et une subjectivation des aspirations sexuelles des personnes ayant des incapacités

À la suite des différents mouvements de libération sexuelle en France, plusieurs collectifs de personnes ayant des incapacités se sont emparés de cette perspective à la fin des années 1970 pour permettre à eux-mêmes et à leurs pairs un meilleur épanouissement sexuel. Les initiatives sont dispersées sur l'ensemble du territoire hexagonal, sans concertation ou organisation d'ensemble. Ces événements et ces publications diverses sont l'œuvre de collectifs militants de droite comme de gauche, libertaires également.

Un premier panel d'actions concerne l'information du grand public. Parmi elles, le 16 mars 1977, le collectif *Sexualité et handicap*, groupe de personnes ayant des incapacités ou non, anime une veillée-débat dans un haut lieu de la ville de Grenoble, à savoir : la Maison de la Culture⁷. L'ouverture de l'événement est effectuée à deux voix : Huguette Ducros (psychologue) et François Suchod (alors étudiant en lettres)⁸ introduiront la question « Pourquoi des handicapés parlent de leur sexualité? » et donneront ensuite la parole à de nombreux interlocuteurs ayant des incapacités ou non pour y répondre. Diverses thématiques seront abordées, telles que : la sexualité comme partage, les relations entre personnes ayant des incapacités, la dimension sexuelle de la construction de la personnalité, la fécondité, l'hérédité, l'identification de l'enfant à ses parents ayant des incapacités, la responsabilité du corps médical. Dans la même veine, l'Association française contre la Myopathie (AFM) et le Groupement des Intellectuels Handicapés Physiques (GIHP) organiseront le 22 septembre 1979 à Reims un colloque intitulé « Handicaps, vie affective et sexualité ». De ce rassemblement

⁷ La Maison de la Culture de Grenoble a été rebaptisée « MC2 » il y a quelques années.

⁸ François Suchod assumait plus tard la fonction d'élus conseiller municipal à la ville de Grenoble pendant de nombreuses années.

émergera la volonté d'éditer une plaquette d'informations à l'adresse du grand public.

Une autre ligne d'interventions dans l'espace public porta sur la condition des femmes ayant des incapacités. On retrouve des traces de ces positions féministes assumées dans deux numéros de la revue « Handicapés méchants » publié par le Comité de Lutte des Handicapés (CLH) en 1978. Là encore, il s'agit de faire prendre conscience au grand public de la sexualité, et surtout, des désirs érotiques des femmes ayant des incapacités, sans parler de leur capacité au libre consentement :

« [...] soucieuses de notre condition féminine, notre culture et notre aspect physique et moral. Nous ne sommes pas dépourvues de sentiments et de désirs ; seulement, si de votre côté cela peut paraître normal (quoique l'on s'étonne encore que la femme demande des droits), de notre côté c'est une lutte sans fin pour prouver que l'on n'est plus des petites filles, que l'on est capables de mener notre vie, prendre des responsabilités, de nous considérer en tant que femmes sans que pour cela on nous traite d'inconscientes ou de rêveuses. Nous sommes des femmes (et des hommes) à part entière, conscients de nos actes, et non des animaux féroces. » (Revue *Handicapés méchants*, 1978, n° 9-10, pp. 11-12).

Les institutions spécialisées sont désignées comme des obstacles majeurs à l'exercice d'une sexualité librement choisie; d'abord parce qu'elles imposent à cette époque une stricte séparation des hommes et des femmes ayant des incapacités, empêchant ainsi toute rencontre car la vie en institution a ensuite pour conséquence immédiate et radicale un contrôle très serré de la vie privée de chacun, même s'il n'est pas organisé, en raison de la promiscuité régnant alors dans les dortoirs, rendant impossible une quelconque intimité. Ensuite, aucune information ou éducation sexuelle n'est dispensée en direction de ses publics, les laissant dans une ignorance certaine. De même, aucun

suivi gynécologique n'est pensé au sein des institutions révélant le peu de cas qui est fait de la sexualité de ces personnes. Enfin, comme il était coutume à cette époque, une volonté de déconstruction et de remise en cause des normes sexuelles en vigueur dans notre société, en raison des aliénations qu'elles engendraient inévitablement :

« les nanas en ghettos (et les autres aussi d'ailleurs) se devraient de rejeter d'office, violemment (et avec quelques autres minorités érotiques)⁹, toutes les « normes sexuelles », explicites ou implicites, en vigueur dans le système si elles sont de nature à restreindre (à censurer) les possibilités de PRATIQUES RÉELLES que les handicapées peuvent avoir, en les limitant dans un seul MODÈLE, préétabli, de sexualité SOCIALISÉE, essentiellement modèle unique du COUPLE (HÉTÉRO de préférence) qui reste pourtant un idéal (sinon une vue de l'esprit !) autant pour beaucoup de femmes handicapées que pour la plupart des valides. » (Revue *Handicapés méchants*, 1978, n° 11-12, p. 4).

Une attaque en règle de la médicalisation de la sexualité des personnes ayant des incapacités sera déclenchée lors de la tenue en France du 1^{er} Congrès médical international « Handicap et sexualité », à Paris, les 30 et 31 octobre 1980. Cet événement scientifique organisé par le docteur Waynberg (sexologue) suscite un vif intérêt du Mouvement de Défense des Handicapés (MDH), lequel demande un droit de réponse, dans le cadre du colloque, à ce qui sera énoncé sur « eux », également sur « les problèmes psycho-sociaux » liés à leur sexualité ou plutôt à son absence chronique (revue *L'exclu*, 1980, n° 20, p.10). En réponse à cette sollicitation, le docteur Waynberg justifiera son refus dans une lettre qui sera publiée *in extenso* dans la revue : « En ce qui concerne les deux jours du Congrès proprement dit, il y a fausse

⁹ Le contenu de cette parenthèse se réfère à un ouvrage qui semble avoir suscité beaucoup d'intérêt à son époque, à savoir : l'ouvrage « *les minorités érotiques* » du docteur Lars Ullerstam, traduit du suédois et publié en français aux éditions Jacques Pauvert à Paris en 1965.



route en ce qui vous concerne : l'accès est limité aux professions de santé et les communications exclusivement médicales » (revue *L'exclu*, 1980, n° 20, p. 11). Les militants du MDH n'en resteront pas là. Ils assisteront à ce congrès et publieront un dossier spécial dans la revue « *L'exclu* » sur ce congrès « Sexualité et handicap ». Il ressort de ces quelques pages que la médicalisation de la sexualité des personnes ayant des incapacités est une voie ouverte à de nouvelles erreurs en matière de connaissance et de traitements des populations ayant des incapacités, pour au moins deux raisons. Premièrement, la sexualité est objectivée, sortie de son contexte d'expérience subjective et humaine. Cela a pour conséquence une amputation radicale des connaissances produites, une pensée mécaniste de la sexualité des personnes ayant des incapacités, l'absence significative d'investigations portant sur la possibilité d'éprouver du plaisir par l'expérience corporelle pour ces publics : « À deux ou trois exceptions près, la majorité des exposés vérifia une fois encore qu'en France la médecine n'a pas encore pris en compte le **droit au plaisir** des grands infirmes. » (Revue *L'exclu*, 1980, n°20, p.13). Deuxièmement, la sexualité des personnes ayant des incapacités est d'emblée pathologisée, comme si toutes pratiques sexuelles effectives de ces personnes étaient nécessairement vouées à l'anormalité et à la déviance d'un point de vue médical, évacuant toute pensée et production de connaissances favorisant un meilleur développement des êtres humains concernés ou encore une amélioration sensible de leur bien-être :

« Dans l'esprit de ce Congrès il y avait, en effet, l'habituelle et attendue confusion entre "troubles sexuels" (du reste pas toujours définissables avec exactitude) se manifestant à *posteriori*, plus ou moins tardivement dans la vie des adultes valides, suite à certaines pathologies, et l'abstinence érotico-sexuelle totale, la carence orgasmique des grands paralytiques. Jamais ou presque, il ne fut question de la chasteté forcée chronique de ces derniers, ni de leurs carences sensito-affectives inhérentes aux handicaps en général. » (Revue *L'exclu*, 1980, n°20, p.13).

Aussi, si une différence est attestée en matière de fréquence des relations socio sexuelles entre personnes ayant des incapacités ou non, cette différence est également inscrite dans un univers de significations, subjectivée par les personnes ayant des incapacités, politisée et présentée comme un ensemble de représentations erronées communément partagées et de limitations inhérentes à la vie en institution faisant obstacle à une vie sexuelle épanouie des personnes ayant des incapacités.

Dans les pratiques ordinaires, nombre de couples se fondent sur le principe d'endogamie, la ressemblance semblant appeler la ressemblance, et dans une moindre mesure la complémentarité. Par ailleurs, des évolutions importantes ont été observées, tout particulièrement en matière de comportements genrés. Qu'en est-il pour les personnes ayant des incapacités?

Des possibilités effectives pour une personne ayant des incapacités d'avoir des relations socio-sexuelles

L'entrée pour les jeunes gens dans la sexualité ne se fait pas dans un néant social. Toute une socialisation antérieure les a préparés à ce tournant de leur existence, notamment en transmettant de façon genrée des savoirs et des pratiques constitutives, des savoir-être et des savoir-faire féminins et masculins. Autrement dit, avant-même les premières expériences sexuelles avec un partenaire, l'individu se construit identitairement comme homme ou comme femme, et intériorise les prérequis de son statut concernant le panel de ses rôles sexuels possibles.

Néanmoins, les normes et les comportements genrés se sont largement assouplis ces dernières décennies. En effet, les comportements se sont modifiés et un rapprochement des expériences, des attitudes et des trajectoires sexuelles des hommes et des femmes est observable (Bozon & Kontula, 1997). La durée de la vie sexuelle s'est allongée, elle débute plus tôt et se termine plus tard. Aujourd'hui, les femmes connaissent généralement, à l'instar des hommes, une vie sexuelle préconjugale, et

cette expérience leur permet davantage de recul dans leurs choix à venir. Pour les hommes, l'entrée dans la sexualité s'effectue maintenant rarement par l'entremise d'une prostituée, la possibilité d'une relation sexuelle avec une femme de son âge étant davantage ouverte. Par ailleurs, les femmes de 50 ans et plus expérimentent aujourd'hui une vie sexuelle similaire à celle des hommes (Bozon & Kontula, 1997).

Pour autant, ce rapprochement des expériences sexuelles n'exclue pas un certain écart ou une certaine dissymétrie dans les rôles sexuels contemporains. En effet, les femmes sont encore davantage soumises à des attendus sociaux très contraignants à leur égard. Par ailleurs, les attitudes à l'égard de la sexualité semblent différentes, à la fois entre hommes, à la fois entre hommes et femmes. L'enquête menée par Michel Bozon (1993) montre de fait que les jeunes hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels entre 15 et 16 ans déclarent rarement un sentiment amoureux pour leur partenaire, alors que ceux ayant fait cette prime expérience entre 19 et 20 ans montrent la disposition inverse. De plus, pour les femmes, quel que soit l'âge auquel elles ont eu leur premier rapport, le sentiment amoureux est généralement présent. Ces premières différences trouvent leur suite dans des rapports différenciés à l'engagement dans une vie de couple. Les hommes ayant investi une sexualité pouvant être découplée du sentiment amoureux, doivent choisir de renoncer à ce comportement pour pouvoir s'installer durablement en couple, tandis que les femmes, face à cette attitude de la gente masculine, renoncent progressivement au grand amour pour s'engager dans une posture davantage individualiste, dans une vision moins idéalisée de la vie de couple. Une fois la relation conjugale établie dans la durée, une différence d'appétence sexuelle peut s'installer entre l'homme et la femme, l'homme peut ressentir davantage l'envie de rapports sexuels et prendre alors plus souvent l'initiative. Enfin, l'arrivée d'un enfant renforce souvent cet écart des attentes sexuelles entre les conjoints. Dans le même temps, les femmes se trouvent alors plus investies dans le travail domestique que les hommes, même si

avant la survenue de l'enfant le partage était de mise.

Les rapports socio-sexuels ne sont pas construits socialement uniquement dans la dimension genrée. Les enquêtes sur la formation des couples sont très révélatrices à cet égard (Girard, 1964; INED, 1984; Bozon & Héran, 1987), et leurs résultats varient peu au fil du temps : « *qui se ressemble s'assemble* » (Kaufmann, 1995). Autrement-dit : « L'on constate que (taux supérieur d'au moins 50 % à la moyenne) les artisans associent leurs enfants avec les enfants d'artisans, les commerçants avec des commerçants, les ingénieurs avec des ingénieurs, les instituteurs avec des instituteurs, les ouvriers qualifiés de type industriel avec des ouvriers qualifiés de type industriel, [...] L'homogamie est particulièrement forte aux deux extrémités de l'échelle sociale » (Kaufmann, 1995). Si l'endogamie a varié durant ce dernier demi-siècle, les couples étant moins fondés sur une proximité géographique avec le développement de la mobilité, l'importance de l'homogamie professionnelle ayant tendance à diminuer en faveur d'autres critères tels les affinités culturelles, la position sociale, le niveau de revenu, il n'en reste pas moins que ce principe reste fort statistiquement. Il est nuancé par le principe de complémentarité qui veut que certains critères d'électivité puissent être pondérés par d'autres. Par exemple, le statut social élevé d'un homme peut être pondéré par la beauté de la femme, la rigueur et le sérieux d'une femme peut être le pendant d'un homme travailleur et courageux, etc.

Ainsi, si l'amour est, dans nombre de discours, le sentiment au fondement du couple, il n'en reste pas moins vrai que les trajectoires sexuelles et conjugales de l'individu contemporain répondent également à une logique d'intériorisation de critères d'élection du partenaire sexuel et varient avec les appartenances socio-culturelles et les trajectoires de vie. La liberté sexuelle n'entrave en rien le procès d'endogamie favorisant certaines rencontres plutôt que d'autres et fondant une part importante des couples contemporains.



Or, précisément, c'est à cet endroit de l'élection du partenaire que le handicap peut devenir un critère excluant ou désavantageux. Comme tout stigmat (Goffman, 1963 [1975 version française]), le handicap impose des restrictions dans les relations aux personnes n'ayant pas d'incapacités, une gêne ou un désagrément, difficilement compatibles avec le sentiment amoureux. Si bien que séduire lorsque l'on a des incapacités nécessite de cacher ou de réduire la perception de son handicap et de savoir mettre en lumière *a contrario* ses autres atouts. Autrement-dit, le stigmat fait partie des apprentissages sociaux acquis lors de la socialisation des individus, lequel est généralement défavorable à l'émergence du sentiment amoureux par la disqualification qu'il produit. Même une socialisation dans un milieu relativement fermé, par exemple une institution, transmet des codes sociaux et des goûts, également une hiérarchie des critères d'élection affinitaire qui font que la foudre de l'amour ne tombe jamais tout à fait au hasard. En l'occurrence, les personnes n'ayant pas d'incapacités sont souvent privilégiées dans les choix amoureux effectués par les personnes ayant des incapacités.

Plus avant, si l'on ne tombe pas amoureux de n'importe qui, l'on ne rencontre pas davantage n'importe qui. Les rencontres amoureuses se produisent dans le cadre des réseaux de socialité établis par l'individu, autrement-dit de ses engagements professionnels et familiaux, des relations nouées dans le cadre des temps libres et des vacances. Or, là encore, le handicap est un facteur diminuant les possibilités de rencontres par un moindre investissement dans divers domaines de la vie. Tout d'abord, alors que de nombreux couples en France se rencontrent sur le lieu de travail, les personnes ayant des incapacités sont pour une part reconnues en incapacité de travailler, pour une autre part cherchent un emploi (le taux de chômage des personnes ayant des incapacités en France est de façon constante depuis 20 ans, au moins deux à trois fois celui des chercheurs d'emploi non handicapés), pour une part en emploi (le taux d'emploi des personnes handicapées correspond environ à la moitié du taux d'emploi des personnes n'ayant pas d'incapa-

cités). Par ailleurs, concernant les personnes adultes vivant en milieu ordinaire, l'enquête HID (1998-2001) a montré, entre autres choses, un moindre investissement dans le cadre de leur temps de loisir : « 75 % contre 87 % pour les personnes sans déficience. Cette moindre fréquentation est particulièrement marquée pour les spectacles sportifs payants, le cinéma, les concerts de rock ou de jazz et les parcs d'attractions » (Brouard, 2004, p. 57). Un tiers des adultes ayant des incapacités contre environ 50 % des adultes n'ayant pas d'incapacités pratiquent régulièrement une activité sportive. Enfin, les départs en vacances sont moins fréquents, voire inexistantes : « Près d'un quart des personnes de 20 à 59 ans déclarant au moins une déficience ne partent jamais ou presque jamais en vacances contre seulement 12 % pour les personnes sans déficiences » (Brouard, 2004, p. 57). Il va sans dire que les rencontres ne pourront se produire que dans des espaces sociaux accessibles.

La vie en institution est encore moins propice à des rencontres avec tout un chacun. Au contraire, elle favorise une socialité entre personnes ayant des incapacités, bien souvent y compris pendant les temps de loisirs ou de vacances. En outre, des relations amoureuses et sexuelles entre résidents d'une même institution n'est pas sans poser question dans nombre d'établissements. Il est encore usuel de les voir interdites, à tout le moins différées éternellement, ou encore tolérées si elles se déroulent hors des murs de l'établissement (Nuss, 2008). L'intimité est par ailleurs souvent difficile à préserver en institution (Boucand, 1998; APF Formation, 2011). C'est pourquoi développer des relations de couple devient un risque interactionnel majeur, au sens où chacun des résidents ou des professionnels pourra aisément s'informer, commenter, juger ou même se mêler de cette idylle débutante. Cette intrusion quasi inéluctable d'autrui dans l'intimité d'un couple naissant peut fragiliser cette affinité élective, ou encore amener à renoncer à ce projet.

Ensuite, si les incapacités d'un individu impliquent le besoin d'une aide humaine d'une façon quasi constante tout au long de la journée,

alors plusieurs autres freins et obstacles à l'établissement de relations socio-sexuelles apparaissent. En effet, être dépendant d'autrui pour les besoins vitaux et les gestes de la vie quotidienne a plusieurs incidences directes en France. Tout d'abord, du fait de l'organisation par un prestataire de services (formule la plus courante en France) des interventions de l'aide humaine, le temps de la personne ayant des incapacités échappe à son contrôle : son *planning* devient dépendant des horaires d'intervention des uns et des autres, de leurs contingences, mais aussi des passages de relais, des remplacements, etc. En outre, le temps imparti forfaitairement par les allocations prévues pour ce type de financement est souvent en dessous des besoins réels, et impose de ce fait un stress quotidien par une priorisation nécessaire des activités de la vie courante et le renoncement à une part d'entre elles, malgré leurs utilités. Difficile donc de pouvoir donner un rendez-vous à un possible partenaire socio-sexuel quand la gestion de votre temps vous échappe et peut être modifiée en toute dernière minute par le prestataire de services. Ensuite, cette présence humaine implique une intimité plus rare, qui ne pourra être improvisée mais devra être planifiée, une vie privée déployée sous de multiples regards et des jugements auxquels il n'est pas possible d'échapper, etc. (Gardien, 2012).

En outre, le corps étant un apprentissage social, également une matière marquée par les nombreuses influences de son environnement (Gardien, 2008), déployer une activité sexuelle suppose une socialisation antérieure spécifique, des expériences concrètes que la dépendance rend difficile à expérimenter. Comment connaître son corps et explorer sa sensualité, si la dépendance impose autrui non comme partenaire mais comme intermédiaire? L'accès même à son propre corps peut être un obstacle au déploiement d'une sexualité épanouie.

Enfin, comment rencontrer sexuellement son partenaire si un tiers est nécessaire à l'accomplissement de caresses, à l'actualisation de la tendresse et à l'assouvissement du désir? Ce tiers doit-il être envisagé et recherché? Quel

pourrait être ce tiers¹⁰? Quel serait son statut? Quel positionnement éthique? Quelle formation? Quelle sélection? Autant de questions restant à débattre.

Aussi, si les diverses enquêtes statistiques sur les comportements sexuels des Français permettent d'entrevoir une moindre fréquence des rapports socio-sexuels des personnes ayant des incapacités corrélées avec deux facteurs, au moins la dépendance à autrui (pour les gestes de la vie quotidienne, juridique, financière) et la vie en institution, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de procès sociaux contribuent également à construire cet écart, au nombre desquels : la stigmatisation des personnes ayant des incapacités, une limitation des possibilités de rencontres liée à la moindre participation sociale en matière de vie professionnelle, de vie familiale et amicale, de loisirs et de vacances, des restrictions comportementales imposées dans le cadre d'un hébergement en institution, les difficultés à maîtriser sa vie quotidienne en cas de dépendance à autrui impliquant l'intervention de professionnels, l'absence de proposition éducative d'apprentissage du corps pour les individus dépendants.

Conclusion

L'évolution des mœurs au fil des siècles est importante. En France, le tournant historique de la libération sexuelle des années 1970, l'avènement de la contraception médicale, le travail des femmes, etc., ont considérablement modifié le cours des relations socio-sexuelles, ainsi qu'ont ouvert à davantage de libertés sexuelles. Cependant, lesdites libertés semblent en pratique inégalement réparties.

En effet, les personnes ayant des incapacités ont par principe les mêmes droits que les autres concitoyens en matière sexuelle, et les plus vulnérables sont même davantage protégés des abus et des violences. Or, ce cadre réglementaire a pour corollaire une différence significative en termes de moindre fréquence de

¹⁰ C'est notamment pour répondre à ces deux séries de questions que l'accompagnement sexuel est aujourd'hui envisagé comme une réponse intéressante par de nombreux activistes et quidam.



relations socio-sexuées pour les personnes ayant des incapacités.

Dans le même temps, les différences corporelles ne suffisent pas à expliquer cet état de fait. Force est de constater la construction sociale de ce phénomène : les affinités électives sont socialement orientées, les rencontres de partenaires potentiels sont liées aux milieux sociaux fréquentés, la vie en institution est peu favorable à une intimité de couple, la nécessité d'aides humaines pour compenser les actes de la vie ordinaire et répondre aux besoins limitent également les possibilités de rencontres, la planification des activités des aides humaines par un prestataire de services rigidifie le *planning* de la journée et les possibilités d'intimité, l'apprentissage du corps et de la sexualité ne peuvent se passer d'expériences vécues alors que les opportunités sont très rares parfois même inexistantes.

Ainsi, si les mêmes droits protègent les mêmes libertés sexuelles pour l'ensemble des citoyens, ladite égalité découle d'un raisonnement de principe. En réalité, les possibilités concrètes d'entretenir des relations socio-sexuées sont nettement moindres pour les personnes ayant des incapacités. La liberté en situation et les options envisageables ne sont pas identiques. Autrement dit, les mêmes droits ne protègent pas exactement les mêmes libertés situées. L'égalité des droits n'élimine pas de nombreux obstacles concrets spécifiques aux situations de handicap. Il existe bien des inégalités socialement construites en matière de sexualité pour les personnes ayant des incapacités, lesquelles ne peuvent se réduire à simples conséquences d'un corps différent.

Qu'en est-il alors de l'application du principe de compensation des conséquences du handicap institué par la loi de modernisation sociale (2002)? Pour ce qui est des aides techniques, le marché est quasi-inexistant. Concernant les aides humaines, peu d'avancées également. La reconnaissance d'un statut professionnel pour les aides humaines travaillant dans l'accompagnement sexuel posait le problème de cautionner la prostitution, et donc a été refusé pour cette raison par l'État français. Ensuite, l'accès

aux services de santé reproductive et à la planification familiale n'est pas toujours acquis, à tout le moins pas de manière uniforme sur l'ensemble du territoire français. L'éducation à la santé sexuelle reste souvent lettre morte. Des aides médicamenteuses et certains actes chirurgicaux sont effectivement proposés. Autant dire que le principe de prise en compte des conséquences du handicap est peu suivi d'engagements sur cette dimension de l'existence.

Comment expliquer ce peu d'intérêt alors que des collectifs de personnes ayant des incapacités sont mobilisés sur ce sujet depuis au moins les années 1970, et que, par ailleurs, pour de nombreux autres domaines de l'existence (scolarité, emploi, loisirs, culture, etc.), un effort réglementaire, des dispositifs et des expertises professionnelles effectives montrent une volonté d'égalisation des chances?

Le handicap n'est plus relégué aujourd'hui uniquement du côté de la nature, les facteurs environnementaux sont couramment admis comme participant à la construction des situations. La volonté des *disability studies* de dénaturer le handicap et de focaliser les débats politiques sur les aspects sociaux du handicap a permis d'obtenir la réforme de nombreuses politiques publiques, mais a également souvent abouti à un déni du corps (Shakespeare, 1999, p. 98) et à une relégation de la sexualité à la sphère de l'intimité hors du champ politique. Or, le corps et la sexualité ne sont pas des faits uniquement de nature. Ils sont tout autant des construits sociaux, et par la suite, des objets politiques possibles, des causes pour lesquelles lutter ou engager une conflictualité. En l'occurrence, si la différence corporelle est ici attestée, l'inégalité socialement construite des personnes ayant des incapacités en matière de relations socio-sexuelles l'est également.

Références

- APF FORMATION (2011). *Les inter-dits – sexualité, parentalité vie affective*. Paris.
- BOUCAND, M.-H. (1998). *Intimité, secret professionnel et handicap*. Lyon : Chroniques Sociales.
- BOZON, M. (1993). L'entrée dans la sexualité adulte. Le premier rapport et ses suites. *Population*, 5, 1317-1352.

- BOZON, M., & KONTULA, O. (1997). Initiation sexuelle et genre : comparaison des comportements de douze pays européens. *Population*, 6, 1367-1400.
- BOZON, M. (2009). *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin.
- BROUARD, C. (2004). *Le handicap en chiffres*. Paris : CTNERHI.
- CHAPERON, S. (2002). L'histoire contemporaine des sexualités en France. *Vingtième siècle Revue d'Histoire*, 3(75), 47-59.
- DE COLOMBY, P., & GIAMI, A. (2001). Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution, in DREES, *Handicaps-Incapacités-Dépendance Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, série Études, n°16.
- CORBIN, A., COURTINE J.-J., & VIGARELLO, G. (2006). *Histoire du corps*. Paris : Seuil.
- CORBIN, A. (1987). Couliesses, in Philippe Ariès, Georges Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, tome 4, De la Révolution à la Grande Guerre. Paris : Seuil.
- ELIAS, N. (1973, 1^{ère} éd. 1939). *La civilisation des mœurs*. Paris : Seuil.
- GARDIEN, E. (2008). *L'apprentissage du corps après l'accident – Pour une sociologie de la production du corps*. Grenoble : PUG.
- GARDIEN, E. (2012). Le corps sexué au cœur du politique : dépendances et justice sociale. *Gérontologie et Société*, 140, 79-93.
- GIAMI, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la santé et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(septembre), 56-60.
- GOFFMAN, E. (1963 [1975 version française]). *Stigmates – Les usages sociaux du handicap*. Paris : Éd. de Minuit.
- KAUFMANN, J.-C. (1995). *Sociologie du couple*. Paris : PUF.
- LAVAL D., GIAMI A., & HUMBERT C. (1983). *L'ange et la bête – Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Paris : Éd. du CTNERHI.
- LE GOFF, J. (1991). Le refus du plaisir, in *Amour et sexualité en Occident*, pp. 177-192. Paris : Seuil.
- NUSS, M. (dir.) (2008). *Handicaps et sexualités – Le livre blanc*. Paris : Dunod.
- OMS (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality: The training of Health Professionals*, Report of a WHO Meeting (Technical Report Series n° 572), in E. Haeberle & R. Gindorf (1993), *Sexology today : a brief introduction*, pp. 40-62. Dusseldorf : Dggs.
- NELLI, R. (1984). *L'érotique des troubadours*. Toulouse : Privat.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION / WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Promotion of sexual health : recommendations for action*. Proceedings of a regional consultation convened by PAHO/WHO, in collaboration with WAS. Retrieved from <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>
- REVUE PROSTITUTION ET SOCIÉTÉ (2008). n°160, 1^{er} trimestre, dossier sur l'assistance érotique.
- SANCHEZ, P. (2014). *Justice pour les personnes handicapées*. Grenoble : PUG.
- SHAKESPEARE, T., GILLESPIE-SELLS, K., & DAVIES, D. (1996). *The sexual politics of disability*. London : Cassell.
- SHAKESPEARE, T. (1999). « Je n'ai jamais vu ça dans le *Kama Sutra* » : histoires sexuelles de personnes handicapées ». *Handicap – revue de sciences humaines et sociales*, 83, 97-110.
- SIEGRIST, D. (2000). *Oser être femme – Handicaps et identité féminine*. Paris : Desclée de Brouwer.
- SOULIER, B. (2006). *Aimer au-delà du handicap – Vie affective et sexualité du paraplégique*. Paris : Dunod.

