

**Avis n° 74 du 13 novembre 2017
relatif à l'assistance sexuelle aux
personnes handicapées**

CONTENU DE L'AVIS

I. SAISINE

II. ASPECTS JURIDIQUES

II. 1. Le droit international : la Convention des Nations Unies du 13 décembre 2006

II. 2. Le droit belge

II.2.1. La capacité de consentir

II.2.1.1. La personne handicapée majeure

II.2.1.2. La personne handicapée mineure

II.2.1.3. En conclusion

II.2.2. Le Code pénal

III. HANDICAP ET VIE SEXUELLE : ÉTAT DES LIEUX

Préambule

III. 1. Définition du handicap (physique ou mental)

III. 2. Handicap et vie sexuelle : droits fondamentaux et politiques publiques

III.2.1. Emergence d'une problématique

III.2.2. Extension de la problématique : de la Convention internationale aux politiques belges

III. 3. Les réponses actuelles aux besoins des personnes handicapées en matière de vie sexuelle et affective

III. 3.1. Pluralité des réponses

III. 3.2. Actions n'impliquant pas l'intervention d'un service sexuel

III. 3.3. L'accompagnement à la prostitution

III. 4. L'assistance sexuelle en Belgique

III. 4.1. L'assistance sexuelle selon Aditi

III. 4.2. L'assistance sexuelle en pratique avec Aditi

III. 5. L'expérience de la Suisse romande en matière d'assistance sexuelle

III. 5.1. Objectifs, principes et cadre éthique

III. 5.2. En pratique : formation et supervision

III. 5.3. Reconnaissance officielle par les pouvoirs publics

IV. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Préambule

- IV. 1. Le point de vue éthique prend appui sur deux modes de problématisation du handicap : l'approche sociale et l'approche anthropologique.
- IV. 2. Le Comité estime que la vie sexuelle est un aspect de la vie relationnelle des personnes.
- IV. 3. Améliorer les conditions de possibilité de relations sexuelles épanouissantes requiert un éventail d'actions.
- IV. 4. L'assistance sexuelle = une des réponses pertinentes aux discriminations
 - IV.4.1. Définition générique de l'assistance sexuelle*
 - IV.4.2. L'assistance sexuelle proposée aux personnes en situation de handicap (différence avec les autres actions et avec la prostitution)*
- IV. 5. Le comité estime que l'assistance sexuelle doit constituer une offre de service rigoureusement encadrée.
 - IV.5.1 Prise en compte des interdépendances et des relations rapprochées d'aide et de soin (famille et professionnels)*
 - IV.5.2 Prise en compte du handicap mental*
 - IV.5.3 Protection et sécurité des usagers et des prestataires*
- IV. 6. Le Comité estime que l'assistance sexuelle doit constituer une offre de service reconnue par les pouvoirs publics à travers un cadre réglementé.
- IV. 7. Le Comité estime que l'assistance sexuelle doit être envisagée comme un service rémunéré.
- IV. 8. Le Comité estime que l'assistance sexuelle ne doit pas faire l'objet d'un remboursement par les pouvoirs publics (mutuelles ou autres).

V. CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS

I. SAISINE

En date du 21 décembre 2012, M. Ph. Courard, alors secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, saisissait le Comité de la problématique de la vie sexuelle de la personne handicapée, problème délicat, précisait-il, car touchant au plus intime d'êtres humains fragilisés et faisant en principe partie de la liberté incompressible de chacun.

Faisant état d'une part, d'une proposition de résolution sur la légalisation de l'assistance sexuelle pour les personnes handicapées déposée à la Chambre et au Parlement wallon¹, d'autre part d'un film et d'un roman récents et concomitants traitant de ce sujet², il sollicita l'avis du Comité sur la question de l'assistance sexuelle sur les questions et alternatives suivantes :

« Faut-il considérer que les personnes handicapées connaissent des problèmes sexuels spécifiques?

Si oui, comment remédier à ce problème spécifique ?

Les avis des associations représentatives des personnes handicapées ont-ils déjà été sollicités ?

Est-ce le rôle des pouvoirs publics que de s'emparer de cette question où celle-ci doit rester du seul ressort des individus et des interactions sociales informelles ?

Si le rôle des pouvoirs publics apparaît pertinent:

- *L'assistance sexuelle peut-elle constituer un moyen valable et légitime de contribuer à la qualité de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées ? Peut-elle être considérée comme contribuant à la santé (au sens défini par l'OMS) de la personne handicapée ?*
- *Quelle serait la définition de l'assistance sexuelle ?*
- *Faut-il la reconnaître et reconnaître un statut à ceux qui la pratiquent ? Si oui, quel serait ce statut ? En quoi et comment serait-il distinct de celui de la prostitution ?*

À supposer le principe de l'aide sexuelle accepté,

- *Les prestations des assistants sexuels doivent-elles être définies et classifiées par le législateur ? Selon quels critères en interrogation*
- *À quel type de handicap faudrait-il accorder en priorité un accompagnement de ce type?*
- *Faudrait-il développer des pratiques adaptées en fonction du handicap (physique, mental) ?*
- *Besoins féminins-besoins masculins : comment prendre en compte leurs*

¹ <http://gouvernement.wallonie.be/un-centre-de-ressource-handicap-et-sexualit-en-wallonie>

² Le film belge *Hasta la Vista* et le roman de Régine Desforges, *Toutes les femmes s'appellent Marie*, Ed. Hugo et Compagnie, Paris, 2012.

différences ?

- *Comment protéger les personnes handicapées du risque de maltraitements sexuels dans le cadre d'une assistance sexuelle ?*
- *Comment éviter qu'un tel dispositif soit andro-centré et ne contribue, volontairement ou non, à la répétition de situations d'exploitation d'un sexe envers l'autre ?*
- *Comment éviter le soupçon de l'État « proxénète » ?*

Les diverses expériences menées notamment Suisse et ailleurs ont-elles déjà été évaluées ? »

La question fut prise en considération par le Comité du 8 septembre 2014, qui décida de l'analyser en commission restreinte (CR 2014/3).

Bien qu'en matière de vie sexuelle, un certain parallèle puisse être établi entre la situation vécue par certaines personnes âgées et celle vécue par les personnes handicapées, il a été décidé que le présent avis limiterait son analyse à la seule assistance sexuelle des personnes handicapées.

II. Aspects juridiques

Les principales dispositions juridiques applicables à la matière de l'assistance sexuelle aux personnes handicapées sont les suivantes.

II.1. Le droit international : la Convention des Nations Unies du 13 décembre 2006³

La Convention du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées, signée en 2007 et ratifiée en 2009 par la Belgique, définit les personnes handicapées selon une approche « sociale » plutôt que médicale⁴. Elles sont celles « qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »

La Convention énonce qu'elle a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Elle interdit toute discrimination fondée sur le handicap.

L'article 23 précise que les États parties prennent des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres, et veillent notamment à ce que soit reconnu à toutes les personnes handicapées, à partir de l'âge nubile, le droit de se marier et de fonder une famille sur la base du libre et plein consentement des futurs époux ; que soient reconnus aux personnes handicapées le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances ainsi que le droit d'avoir accès, de façon appropriée pour leur âge, à l'information et à l'éducation en matière de procréation et de planification familiale, et à ce que les moyens nécessaires à l'exercice de ces droits leur soient fournis. Les Etats doivent fournir aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, « y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires. »

³ Texte de la Convention à consulter sur : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=605>

⁴ Pour cette distinction, voir *infra*, III. Handicap et vie sexuelle : état des lieux.

II.2. Le droit belge

L'inscription des droits fondamentaux des personnes handicapées dans la constitution ?

Une proposition d'insertion d'un article 22^{ter} dans la Constitution a été votée au Sénat et transmise à la Chambre en 2013 (n° 5-139/1). Elle est ainsi libellée : « (Al. 1^{er}) Chaque personne handicapée a le droit de bénéficier, en fonction de la nature et de la gravité de son handicap, des mesures qui lui assurent l'autonomie et une intégration culturelle, sociale et professionnelle. (Al. 2) La loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent la protection de ce droit ». Les développements de la proposition évoquent la Convention du 13 décembre 2006, les discriminations persistantes subies par les personnes handicapées, et l'intention « de leur donner l'assurance d'être réellement prises au sérieux dans toute leur humanité et leur individualité ». Cette proposition a toutefois été frappée de caducité par la dissolution des chambres le 28 avril 2014.

II.2.1. La capacité de consentir

II.2.1.1. La personne handicapée majeure

Comme tout adulte majeur, la personne handicapée *physique* jouit en droit de sa pleine capacité d'exercice et peut dès lors consentir librement à toute pratique sexuelle qu'elle souhaite.

Il se peut que la personne handicapée *mentale* soit soumise au régime de protection instauré par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine. La règle générale est la capacité, mais des mesures « à la carte », proportionnées et personnalisées, peuvent être prises par le juge de paix. Le juge de paix décide quels sont les actes que la personne protégée est incapable d'accomplir, en tenant compte des circonstances personnelles ainsi que de son état de santé. Le consentement à des actes « extrêmement personnels », dont ceux « qui touchent l'intégrité physique ou la vie intime de la personne protégée » (art. 497/2, 20°, du Code civil), parmi lesquels il faut évidemment ranger les actes d'assistance sexuelle, ne peuvent faire l'objet d'une assistance ou d'une représentation par un administrateur. L'assistance sexuelle à une personne handicapée ne peut être concernée par la loi du 17 mars 2013 qu'à propos de l'« argent de poche » mis à la disposition de la personne sous administration, qui devrait le cas échéant tenir compte des frais que peut engendrer la vie affective et sexuelle.

II.2.1.2. La personne handicapée mineure

Il résulte des articles 372 et 373 du Code pénal⁵ qu'en Belgique, l'âge dit de la « majorité sexuelle », c'est-à-dire l'âge à partir duquel des relations intimes avec un mineur ne constituent pas l'infraction d'attentat à la pudeur, est fixé à 16 ans. L'autorité parentale n'inclut pas le pouvoir de consentir ou de refuser des pratiques sexuelles au nom de son enfant.

II.2.1.3. En conclusion

Le système classique de représentation de la personne handicapée incapable juridiquement s'applique difficilement à des actes touchant à la vie personnelle et intime de la personne, l'assistance sexuelle se situant en dehors d'une hypothèse de soin médical. Les personnes appelées à prendre ce rôle de représentant ne sont pas non plus toujours les plus qualifiées étant soit trop proches comme un parent, soit au contraire trop éloignées comme un administrateur de la personne. Par ailleurs l'incapacité juridique d'une personne handicapée ne signifie pas qu'elle ne peut pas ressentir et exprimer un besoin sexuel réel. Il faudra être attentif à la bonne compréhension de sa demande et à la manière d'y répondre avec adéquation et prudence. Le consentement ou le refus peuvent en effet s'exprimer lors de la réalisation de l'assistance par exemple par des paroles ou sons ou des attitudes corporelles. Si la formalisation de ce consentement pose problème, il faudra recourir à un modèle singulier d'assistance dans lequel le professionnel de confiance en matière d'assistance sexuelle jouerait un rôle clé.

⁵ Article 372 du Code pénal :

« Tout attentat à la pudeur commis sans violences ni menaces sur la personne ou à l'aide de la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de seize ans accomplis, sera puni de la réclusion (de cinq ans à dix ans).

Sera puni de la réclusion de dix à quinze ans l'attentat à la pudeur commis, sans violences ni menaces, par tout ascendant ou adoptant sur la personne ou à l'aide de la personne d'un mineur, même âgé de seize ans accomplis. La même peine sera appliquée si le coupable est soit le frère ou la soeur de la victime mineure ou toute personne qui occupe une position similaire au sein de la famille, soit toute personne cohabitant habituellement ou occasionnellement avec elle et qui a autorité sur elle.»

Article 373 du Code pénal :

« Sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans, l'attentat à la pudeur commis sur des personnes ou à l'aide de personnes de l'un ou de l'autre sexe, avec violence, contrainte, menace, surprise ou ruse, ou qui a été rendu possible en raison d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale de la victime.

Si l'attentat a été commis sur la personne ou à l'aide de la personne d'un mineur de plus de seize ans accomplis, le coupable subira la réclusion de cinq ans à dix ans.

La peine sera (de la réclusion) de dix à quinze ans, si le mineur était âgé de moins de seize ans accomplis. »

II.2. 2. Le Code pénal

Il résulte des auditions auxquelles le Comité a procédé que l'assistant sexuel est, dans la réalité des choses et pour le moment, soit une personne prostituée soit une personne qui affirme être étrangère à la prostitution, mais que, dans tous les cas, cette personne est rémunérée pour le service rendu à la personne handicapée.

Dans l'état actuel de la législation pénale, l'activité qui consiste à se prostituer ne constitue pas, en soi, une infraction. En revanche, la question se pose de savoir si l'institution dans laquelle la personne handicapée séjourne ou l'association à laquelle appartient l'assistant sexuel ou avec laquelle celui-ci est en contact et qui lui propose de procurer ce service à une personne handicapée, commettent l'infraction visée par l'article 380, § 1^{er}, 1^o, du Code pénal qui punit « quiconque, pour satisfaire les passions d'autrui, aura embauché, entraîné, [...] en vue de la débauche ou de la prostitution, même de son consentement, une personne majeure ».

Certes, les experts entendus contestent vivement que l'on puisse soutenir que leur activité ait quelque rapport que ce soit avec la prostitution ou la débauche et soutiennent au contraire qu'elle a pour unique but de satisfaire un droit, voire un besoin, de la personne handicapée. Mais, d'une part, la Cour de cassation, dans des arrêts du 3 janvier 1962 et du 8 avril 1981, a décidé que « le terme 'prostitution' n'implique pas nécessairement des relations sexuelles et s'applique à la débauche d'une personne qui, moyennant rémunération, se livre à des attouchements impudiques avec quiconque » ; quant à la débauche, il résulte de cette jurisprudence, à ce jour non démentie, qu'elle consiste à se livrer « à des attouchements impudiques » ou à des relations sexuelles hors mariage, sans qu'il ne soit plus question alors de rémunération ou de profit. Et, d'autre part, le mobile poursuivi par l'agent est indifférent en droit pénal dès lors que l'élément moral requis par la loi – ici « pour satisfaire les passions d'autrui » – est établi, étant entendu que, dans le langage du XIX^e siècle utilisé par le Code pénal, ce que la loi vise en utilisant le terme « passions », c'est le désir de se livrer à des « attouchements impudiques » ou des relations sexuelles hors mariage.

Il faut aussi signaler l'existence de l'article 380ter, § 2, qui punit « quiconque, quel qu'en soit le moyen, fait ou fait faire, publie, distribue ou diffuse de la publicité, de façon directe ou indirecte, même en en dissimulant la nature sous des artifices de langage, pour une offre de services à caractère sexuel, lorsque ces services sont fournis par un moyen de télécommunication », et le paragraphe 3 du même article, qui sanctionne « quiconque aura, par un moyen quelconque de publicité, même en dissimulant la nature de son offre ou de sa demande sous des artifices de langage, fait connaître qu'il se livre à la prostitution, qu'il facilite la prostitution d'autrui ou qu'il désire entrer en relation avec une personne se livrant à la débauche » : ces dispositions condamnent donc l'assistant sexuel à la discrétion sur son activité.

Par ailleurs, comme il a été dit plus haut, il résulte du Code pénal – articles 372 et 373 - que l'âge auquel une personne peut valablement consentir à une relation sexuelle est 16 ans. L'alinéa 1^{er} de l'article 373 punit quant à lui « l'attentat à la pudeur commis sur des personnes ou à l'aide de personnes de l'un ou de l'autre sexe, avec violence, contrainte, menace, surprise ou ruse, ou qui a été rendu possible en raison d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale de la victime »⁶ ; l'attentat à la pudeur, c'est l'attouchement à caractère sexuel ; si l'attouchement est consenti – et, dans le cas de l'assistant sexuel, il est même demandé par la personne handicapée – il n'y a donc pas d'infraction. Qu'une personne handicapée physique puisse faire valablement une telle demande relève de l'évidence ; qu'un handicap physique l'empêche d'exprimer cette demande suppose que quelqu'un – de confiance – puisse l'exprimer à sa place. Qu'une personne handicapée mentale puisse faire valablement la demande est sans doute plus problématique ; là aussi, l'intervention d'un tiers connaissant suffisamment la personne handicapée pour interpréter correctement son comportement comme une demande sera nécessaire.

Enfin, l'article 375 du Code pénal érige en crime le viol qu'il définit comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas » en précisant qu'« il n'y a pas consentement notamment lorsque l'acte [...] a été rendu possible en raison d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale de la victime » ; la circonstance que la personne affectée par cette infirmité ou déficience ait pris elle-même l'initiative de la demande de pénétration pourrait, à la lecture de ce texte, être jugée indifférente ; et celui qui y aurait participé dans les conditions décrites par les articles 66 ou 67 pourrait être condamné comme co-auteur ou complice.

Indépendamment du pouvoir d'appréciation de l'opportunité des poursuites dont dispose chaque procureur du Roi dans son arrondissement, il est donc souhaitable que les législateurs compétents prennent les mesures nécessaires en ce qui concerne les aspects légaux ci-dessus envisagés.

⁶ Ce texte fut introduit par une loi du 1^{er} février 2016 (art. 9,1^o).

III. Handicap et vie sexuelle : état des lieux

Préambule

L'état des lieux reprend l'essentiel des résultats de l'enquête menée par le Comité à propos des cadres de référence et des pratiques sociales en vigueur relatives à la vie sexuelle des personnes handicapées. Cette recherche, fondée sur les littératures savante, professionnelle ou à destination des usagers, et consolidée par de nombreux entretiens, fut déterminante pour l'élaboration de la problématique éthique présentée en IV. Toutefois, le lecteur pressé peut se reporter d'emblée à cette section IV, avant de revenir par la suite et s'il le souhaite à cette section III.

III. 1. Définition du handicap (physique ou mental)

Le vocabulaire servant à indiquer une situation de handicap est par définition sensible et peut être porteur de sens et de références différents selon l'intention et le bagage du locuteur. Ainsi le terme de « personne handicapée » peut-il renvoyer à des cadres d'analyse aussi différents que le sont l'approche médicale du handicap et l'approche sociale de celui-ci (voir ci-dessous). Le Comité estime qu'au-delà de la question sémantique et du choix effectué par les locuteurs entre des expressions telles que « personne handicapée », « personne en situation de handicap », « personne avec handicap », « personnes à besoins spécifiques » etc., ce sont les approches sociales et politiques du handicap qui méritent d'être mises en lumière et analysées.

Selon le *Grand Robert*, une personne handicapée est une personne qui présente une déficience (congénitale ou acquise) des capacités physiques ou mentales. Une telle définition porte l'empreinte typique de l'approche médicale du handicap qui a prévalu jusqu'aux années 1970. Anciennement appréhendé, comme la maladie, dans un cadre religieux ou moral, le handicap a ensuite fait traditionnellement l'objet d'une approche médicale, c'est-à-dire centrée sur la déficience comme caractéristique individuelle négative, saisie comme écart ou déviation par rapport à la norme — la norme exprimant ici non pas seulement l'existence d'un fait, mais aussi la « valeur » que l'on donne à ce fait de référence⁷ qui polarise l'activité médicale sur la restauration de la normalité. Le modèle médical place les personnes handicapées dans une situation de patients nécessitant services, soins et institutions spécifiques. Dans la mesure où les limitations de ses capacités sont rapportées à sa « déficience », la personne handicapée est d'abord la cible de dispositifs et de pratiques de réadaptation fonctionnelle.

⁷ Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (1966), Paris, Presses Universitaires de France, 2003, p.75. Voir également : G. Canguilhem, « Le normal et le pathologique » (1951), dans *La connaissance de la vie* (1965), Paris, Vrin, 1998, p. 155-169.

À l'inverse, le modèle social pose que les désavantages et difficultés de la personne handicapée sont liées à des limites inhérentes à l'environnement social ; le handicap est ainsi défini à partir de l'interaction que l'individu entretient avec un environnement plus ou moins favorable ; « le handicap est la conséquence de la manière dont la société est organisée [...] une question de discrimination et d'exclusion sociale ⁸ ». Dans cette perspective, la réponse au handicap repose sur la transformation de ces interactions, par le biais d'une action sur l'environnement (matériel, relationnel, idéologique, etc.). On peut noter que, si dans le modèle médical l'agent du changement est d'abord le médecin ou le soignant, dans le modèle social, la personne handicapée peut devenir, avec d'autres personnes, un acteur à part entière de cette transformation. Naturellement, le modèle social n'exclut pas, quand c'est utile et nécessaire, l'intervention de la médecine, de même qu'il ne doit pas exclure la prise en compte de la dimension corporelle et individuelle de l'expérience vécue du handicap⁹. Mais l'approche médicale et individuelle s'intègre à un ensemble de dispositifs sociaux destinés à créer un environnement plus favorable, dans une perspective d'égalité avec les autres et de pleine participation à la vie sociale. L'égalité a ici le sens de la non-discrimination et elle passe par une logique d'accessibilité universelle.

Sous-jacents aux modèles médical et social, des modèles anthropologiques relationnels insistent à la fois sur la vulnérabilité fondamentale de tous les êtres humains (fragiles et mortels), dont certains subissent en outre une vulnérabilité contingente importante, sous la forme d'accidents de santé, par exemple génétiques ou traumatiques, de conditions matérielles précaires, etc. Cette situation de vulnérabilité laisse des possibilités et impose des limites qui, toutes, déterminent les projets individuels. Ces modèles anthropologiques du handicap insistent à la fois sur un principe de proportionnalité (qui encourage à déplacer les limitations selon un critère de raisonabilité, par exemple) et un principe de solidarité (qui oblige à réduire au maximum l'injustice et l'inégalité dans la condition humaine).

Quoi qu'il en soit, c'est bien le modèle social¹⁰ qui a été retenu pour la formulation des droits de la personne handicapée au niveau international (voir l'article 1^{er} de la Convention des Nations Unies du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées, mentionné ci-dessus dans II. Aspects juridiques).

En Belgique, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme notait en 2014 dans son *Rapport parallèle au premier rapport périodique de la Belgique dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* que

⁸ Ressources Handicap international :

http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/Handicap_Developpement/www/page31.html#_Mod%C3%A8les_du_handicap

⁹ A. Dufour, « Dépasser les modèles dans le champ du handicap : un souci de soi, de l'autre, de soi avec l'autre », sur *Handicap ou manières d'être, Carnet de recherches*, 15 juin 2013, <http://homde.hypotheses.org/220> ; Shakespeare Tom, Watson Nicholas, «The social model of disability: an outdated ideology ?», *Research in Social Science and Disability*, vol. 2, 2002.

¹⁰ Shakespeare Tom, Watson Nicholas, «The social model of disability: an outdated ideology ?», *Research in Social Science and Disability*, vol. 2, 2002.

« plusieurs définitions du handicap coexistent en Belgique et relèvent, à quelques exceptions près, du modèle médical. On les retrouve dans différents textes législatifs et réglementaires, le plus souvent réglant l'ouverture de droits et/ou d'avantages : accès aux allocations de remplacement de revenus, logement social, avantages fiscaux, admission dans les quotas d'emploi (secteur public). Particulièrement dans le domaine de l'emploi, la résistance au modèle social du handicap est forte, notamment parce qu'il ouvre à certaines personnes, par exemple celles souffrant d'une maladie chronique, le droit à une protection contre les discriminations et notamment à des aménagements raisonnables et interroge l'inadaptation de l'environnement matériel et organisationnel. Ainsi l'acceptation d'un modèle social rencontre non seulement des résistances mais souffre de désinformation et d'un conflit de cultures. En effet, le secteur de la santé mentale par exemple éprouve des difficultés ou ignore que certains problèmes de santé mentale, durables et limitant les capacités de la personne dans un environnement donné, relèvent de la notion de handicap. De même, le secteur dit du handicap n'englobe pas de manière naturelle les personnes ayant des troubles psychiques, excepté pour des situations de double diagnostic (par exemple, une personne avec une déficience intellectuelle associée à des troubles psychiques)¹¹ ». En guise de recommandation, le Centre encourage les autorités à promouvoir un modèle social du handicap qui interroge l'environnement et à mieux faire connaître les personnes ou les groupes de personnes qui sont protégées par la Convention.

III. 2. Handicap et vie sexuelle : droits fondamentaux et politiques publiques

III.2.1. Emergence d'une problématique

Dans les années 90, après que la sexualité de la personne handicapée a longtemps été, soit réprimée, soit simplement niée, la question du SIDA et de la contamination de personnes handicapées au sein même des institutions a fait éclater au grand jour la question de leur sexualité. Ainsi a-t-on vu trois ministres francophones avaliser, au début des années 2000, la « Charte pour agir », rédigée par des acteurs de terrain, dont un des objectifs est le développement de l'information et le soutien à l'épanouissement affectif et sexuel des personnes handicapées¹². Il est aujourd'hui question de vie affective et de sexualité des personnes handicapées dans des films, à la télévision, dans des colloques¹³.

¹¹ Texte sur : <http://unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/rapport-parallele-convention-des-nations-unies-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees>

¹² https://www.aviq.be/handicap/pdf/AWIPH/projets_nationaux/charte_pour_agir/charte_pour_agir-ACCOK.pdf

¹³ Voir, entre autres exemples, le film *Sexe, amour et handicap* réalisé par Jean-Michel Carré (prod. Grain de sable) en 2010 : <https://www.youtube.com/watch?v=ioyqmF4Jjio>

Liste de films traitant du sujet : http://www.senscritique.com/liste/Sexe_et_Handicap/347007

III. 2. 2. Extension de la problématique : de la Convention internationale aux politiques belges

La Convention des Nations unies de 2006 fait allusion à la vie sexuelle et affective dans le registre des droits fondamentaux, parmi lesquels figure le droit au meilleur état de santé possible. La définition de la santé proposée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1946 est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le Centre pour l'égalité des chances (actuellement *Unia*), dans son *Rapport parallèle* (2014), rappelle que, selon la Convention, « le droit à la vie sexuelle et affective est un des aspects de la dimension santé au sens large du terme » et qu'il en va de même du « droit à la vie en couple ».

En 2013, Mme E. Tillieux, Ministre wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances publiait un appel à projets pour la création d'un « Centre de ressources *Handicap et sexualité* », arguant que « les droits sexuels constituent des droits humains universels. [...] Tous les êtres humains sont égaux et ont droit à une protection devant la loi contre toutes formes d'atteintes à leur intégrité sexuelle », soulignant « qu'il ne s'agit pas d'un droit accessoire. La sexualité est intimement liée à la vie de chaque être humain. L'accès à la vie affective et sexuelle est un facteur indispensable d'épanouissement et d'équilibre¹⁴ ».

Un autre rapport publié par le Centre pour l'égalité des chances en 2014, intitulé *Les personnes handicapées en Belgique et le (non-)respect des droits de l'Homme et de leurs libertés fondamentales garantis par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*¹⁵, envisage la question de la sexualité des personnes handicapées, principalement sous l'angle restrictif de la protection contre l'abus, l'exploitation et la violence, et non sous l'angle des actions positives à mener pour favoriser l'épanouissement relationnel, affectif et/ou sexuel.

De son côté, le Parlement wallon a adopté le 5 février 2014 une résolution relative à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées, demandant au Gouvernement de veiller à ce que des structures d'avis, de formation, d'informations et d'échanges concernant la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap soient mise en place. Si les pouvoirs publics reconnaissent l'importance de la problématique, ils reconnaissent également la pauvreté des dispositifs actuels en la matière.

En Flandre, Mr Jo Vandeurzen, Ministre flamand du Bien-être, de la santé et de la famille, subventionne le secteur associatif oeuvrant dans le domaine de l'assistance sexuelle (voir point

¹⁴ Cabinet de Mme E. Tillieux ; <http://tillieux.wallonie.be/appel-projets-visant-la-creation-d-un-centre-de-ressources-handicap-et-sexualite>

¹⁵ Etude commanditée par le Centre interfédéral pour l'égalité des chances, exécutée par le Consortium KU Leuven, ULB, UHasselt, UGent et Uantwerpen (rapport final, 2014). Rapport téléchargé sur <http://www.diversite.be/la-consultation-des-personnes-en-situation-de-handicap-sur-leurs-droits-fondamentaux-resultats-et>

III.4. ADITI et note de bas de page n°29). Vient en outre d'y être instauré un système financier « attaché » à la personne handicapée même (« persoonsvolgende financiering ») consistant à allouer à cette personne son propre budget qu'il affecte à la satisfaction de ses besoins particuliers ¹⁶.

III. 3. Les réponses actuelles aux besoins des personnes handicapées en matière de vie sexuelle et affective

Il transparaît des auditions menées par le Comité que les personnes handicapées ont des aspirations semblables, aussi complexes et aussi variées que les personnes valides en ce qui concerne leur vie sexuelle et affective. Ce qui les singularise, par contre, c'est la très grande difficulté qu'elles éprouvent à répondre à ce besoin fondamental de la vie humaine, en raison de différents facteurs: (1) une autonomie motrice réduite ou complexifiée par la situation de handicap, (2) des contraintes organisationnelles liées à la vie en communauté (3) des vécus corporels et psychiques spécifiques découlant des situations de soins quotidiens reçus de l'entourage familial et/ou de professionnels. La mobilisation du corps, sa manipulation par un ou des tiers à l'occasion des soins est ainsi évoquée comme une expérience primordiale et structurante d'un certain rapport à soi et aux autres. Il apparaît aussi que ce vécu propre aux relations de soins constitue pour certaines personnes en situation de handicap la seule occasion de contact entre leur propre corps et celui d'autres personnes.

Les soins omniprésents interfèrent avec la vie sexuelle des personnes dépendantes. D'une part, l'aide apportée peut constituer une nécessité pour une meilleure appropriation du corps; d'autre part, il peut résulter de ces mêmes soins une difficulté quant à la connaissance et à l'autonomisation des vécus corporels associés à la vie affective et sexuelle. Par ailleurs, « la proximité et l'intimité vécue durant les nursings notamment conduisent parfois à une érotisation de la relation de soin¹⁷ » que ce soit de la part du professionnel ou du bénéficiaire. Diverses recommandations existent sur la conduite à tenir de la part des soignants¹⁸.

Il peut résulter de ces différents facteurs une question importante: comment rendre possibles des contacts physiques interpersonnels autres que ceux liés aux soins et à la vie familiale? De nombreuses initiatives ont été mises en place par les professionnels.

¹⁶ Voir :

-*"Vlaams beleid voor personen met een beperking : invoering van het decreet persoonsvolgende financiering"*:

http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Meerjarenplanfinaal_VR6feb2015_0.pdf

- *"Beleidsnota 2014-2019"* ingediend door de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin", <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>.

¹⁷ *Affectivité, sexualité et handicap*, Solidaritis, 2011, p. 61. Pour la réalisation de ce guide, l'ASPH a réuni un groupe de travail pluridisciplinaire (animateurs, éducateurs, psychologues, sexologue), nommé PHAS, issu de 4 institutions mixtes pour personnes handicapées qui diffèrent dans leur fonctionnement, dans leur population et leur quotidien. Document téléchargé : <http://www.solidarisliece.be/mutualite/publications/nos-publications/affectivite-sexualite-et-handicap.html>.

¹⁸ *Affectivité, sexualité et handicap*, op. cit., p. 62.

III. 3. 1. Pluralité des réponses

S'il existe une multiplicité de réponses informelles, relatives aux situations particulières (célibat, couple, handicaps physiques et/ou mentaux, handicaps légers ou sévères), de nombreuses réponses plus formalisées se sont mises en place ces dernières années au niveau des institutions d'aide, d'accueil (centres de jour, enseignement spécialisé) et de vie (centres d'hébergement) pour les personnes handicapées. Toutes peuvent être considérées comme un éventail d'actions **de soutien ou d'accompagnement à la vie affective, relationnelle et sexuelle**, analogues au soutien offert aux personnes non handicapées par le monde associatif et les pouvoirs publics, à travers plannings familiaux, consultations psychologiques, etc. Ces actions sont modulées en fonction des besoins et des situations spécifiques dans lesquelles se trouvent les personnes handicapées, du fait de la nature de leur handicap et de leur lieu de vie. Ce soutien est, plus qu'ailleurs, un travail d'équipe.

On peut proposer un aperçu de la **pluralité des actions qui entrent en jeu dans cette démarche de soutien ou d'accompagnement**¹⁹. Pour la clarté de l'exposé, nous distinguons les actions de soutien à la vie affective et sexuelle qui n'impliquent pas l'intervention d'un service sexuel (III. 3. 2) de celles qui y font appel, comme l'accompagnement à la prostitution (III. 3. 3) et l'assistance sexuelle (III. 3. 4).

III. 3. 2. Actions n'impliquant pas l'intervention d'un service sexuel

On peut distinguer des actions d'information, des actions sur les infrastructures matérielles et spatiales, des actions de soutien pratique à la vie relationnelle, des actions de santé, des actions relatives à la protection et à la sécurité des usagers. Dans la pratique concrète, elles peuvent impliquer aussi bien les usagers et leurs familles que les professionnels.

Actions d'information et de formation liée à la vie sexuelle et affective : à l'heure actuelle, les personnes handicapées sont loin d'avoir accès à une information suffisante ; manque de connaissances, croyances erronées, manque de compétences, manque de vécu sensuel du corps²⁰. Des institutions d'accueil, d'enseignement spécialisé et/ou d'hébergements sont ainsi engagées dans des groupes de parole, séances d'information/formation adaptées²¹, ateliers de bien-être, suivis individuels, cours d'éducation sexuelle, accès à des consultations de planning et incorporation de la dimension sexuelle (et des modalités d'accompagnement) dans le *projet individuel* psycho-médico-pédagogique.

¹⁹ Nous nous appuyons sur le guide *Affectivité, sexualité et handicap*, Solidaris, 2011.

²⁰ Sur ce dernier point, voir aussi *infra* : « Actions de santé et d'hygiène ».

²¹ Actions de formation pouvant inclure par exemple une éducation aux usages de l'internet, notamment sites de rencontre, pornographie, relations sexuelles on-line, etc.

Actions sur les infrastructures matérielles et spatiales (intimité, vie privée, espace personnel) : les lieux de vie communautaire rendent difficile le respect de l'intimité, de la vie privée et de l'espace personnel pourtant indispensable au bien-être en général et à la vie relationnelle, sexuelle et affective en particulier. Des actions visant à l'organisation et à la programmation de l'usage des divers locaux, sur la base d'une distinction claire entre espaces privés et publics²² sont ainsi menées, à travers lesquelles s'organisent des possibilités d'intimité personnelle pour les usagers devant partager leur chambre avec d'autres.

Actions de soutien pratique à la vie relationnelle : le handicap et la vie en institution, peuvent constituer des entraves au développement de relations sociales et humaines fructueuses et diversifiées : « Les couples se créent, se séparent, d'autres se forment... mais le choix des partenaires reste, la plupart du temps, confiné aux bénéficiaires de l'institution. Au bout de quelques années, ils finissent par 'faire le tour', malgré les activités extérieures [...] La plus grosse difficulté est [...] d'assurer le suivi d'une relation entre deux personnes issues de différents établissements. [...] les éducateurs ne peuvent pas toujours accompagner leur résident dans l'autre institution²³ ». Par ailleurs, comme souligné lors des auditions, la vie communautaire implique souvent que les personnes handicapées ont peu l'occasion de « socialiser » leurs émois, leurs émotions²⁴. Pour répondre à ces difficultés, les institutions peuvent mettre en place des moyens visant à promouvoir les rencontres et la circulation : par exemple, activités interfoyers ou interinstitutions, activités tournées vers les relations amoureuses et sexuelles²⁵, accompagnement et suivi de la mise en ménage.

Actions de santé et d'hygiène : la vie sexuelle rencontre des questions de santé, qu'il s'agisse de pathologies liées aux maladies sexuellement transmissibles (MST), de grossesse et de contraception, de problèmes spécifiques liés au vieillissement des bénéficiaires. Les institutions existantes veillent à mettre en place toutes les conditions d'accès à des soins de santé de qualité, à travers consultations médicales (gynécologie, urologie) et de planning familial (psychologie, etc.).

Toutefois, la vie en institution et le handicap lui-même exigent une organisation rigoureuse en termes de « suivis médicaux et sanitaires des usagers », raison pour laquelle il convient de rappeler, plus qu'ailleurs, le droit de la personne handicapée d'être « l'interlocuteur privilégié de sa santé », qui réserve au professionnel un rôle d'accompagnement dans lequel les parents peuvent trouver leur place²⁶.

²² Par le biais de règlements, de calendriers d'accès aux chambres, ou de pictogrammes sur les portes

²³ *Affectivité, sexualité et handicap*, op. cit., p. 37.

²⁴ Audition par la commission restreinte de M. Guy Hubert (8 juin 2015), psychologue, responsable des formations au sein de l'asbl « Inclusion » <http://www.inclusion-asbl.be/> qui soutient les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou atteintes d'un handicap mental.

²⁵ P. ex. activités slow dating, dancing en projet au Centre Arthur Regnier (Hainaut).

²⁶ *Affectivité, sexualité et handicap*, op. cit., p. 54.

Il faut souligner que les déficiences intellectuelles et les conditions de vie (le témoignage d'un expert rapportant que l'absence de miroir est fréquent en institution) entraînent souvent une relative méconnaissance du corps : de ses capacités, de ses sensations, de ses besoins en terme d'hygiène (par exemple, l'hygiène dentaire et buccale ou l'hygiène intime en tant qu'elles jouent un rôle dans les rapports à autrui).

Actions relatives à la protection et à la sécurité des usagers : abus et violences d'ordre corporel ou/et psychologique, à caractère sexuel ou non, existent dans les institutions comme partout ailleurs; l'abus se définit comme l'obtention de quelque chose (acte ou bien) de la part d'une personne sans consentement de celle-ci (par la force, l'autorité, le chantage ou la manipulation). Le problème se complique lorsque le handicap mental, les difficultés d'expression, ou encore les habitudes de soumission ou les « automatismes d'adhésion » s'en mêlent²⁷... Les conditions du « consentement » peuvent être atteintes, voire absentes. Du côté des professionnels, démêler le vrai du faux, détecter ce qui ne peut être dit, comprendre la nature de l'agression, devoir impliquer la famille ou les personnes responsables, adopter soi-même au quotidien la bonne distance, peut s'avérer difficile et complexe.

A côté des actions de contrôle (dissuasion, médication dans certains cas) et des éventuelles sanctions (dans le cas de plaintes formellement déposées et vérifiées), la littérature dit toute l'importance des démarches (telles les groupes de parole, séances d'information, animations inter-foyers, le dialogue, chartes de vie) visant à l'acquisition d'attitudes et, si c'est possible, de paroles à travers lesquelles les personnes handicapées apprennent à élaborer et exprimer leurs choix (apprendre à dire « non »), à respecter les autres et se faire respecter, à apprécier aussi la valeur des choses qui leur appartiennent.

Travailler à élaborer un climat de confiance plutôt qu'un régime de surveillance, apprendre et dialoguer plutôt que réprimer est essentiel aux institutions. Le personnel lui-même, qui occupe naturellement une position d'autorité et de contrôle et est amené quotidiennement à toucher à l'intimité des personnes dont il a la charge, est invité à faire preuve de rigueur, de respect, de discrétion, tout en bénéficiant de l'appui d'un travail d'équipe pour résoudre les questions les plus complexes²⁸.

III. 3. 3. L'accompagnement à la prostitution

Il ressort des auditions menées que quelques lieux d'accueil seulement pratiquent, avec les usagers qui en émettent le souhait, l'accompagnement à la prostitution — étant entendu que

²⁷ Le guide *Affectivité, sexualité et handicap* souligne de manière significative que l'autorité bienveillante sous laquelle évoluent les bénéficiaires de services en institution tend à restreindre leur capacité de décision : celles-ci sont « prises à leur place et on parle pour eux ».

²⁸ *Affectivité, sexualité et handicap*, op. cit., p. 64-74 pour l'ensemble de la thématique « Abus et violences ».

certaines personnes handicapées plus autonomes peuvent y avoir recours par elles-mêmes²⁹. Il s'agit ainsi pour l'accompagnant professionnel de prendre le relais de (ou de se substituer à) l'accompagnant naturel (famille ou proche). Le recours à la prostitution peut intervenir pour permettre une première expérience sexuelle ou lorsqu'il s'agit de la seule manière possible de vivre la sexualité génitale ; *il s'agit de l'une des réponses possibles dans l'éventail des actions d'accompagnement*.

Rappelons à cet égard que le Code pénal belge (art. 380) ne réprime pas la prostitution en tant que telle, mais punit seulement ceux qui contribuent à la débauche et à la prostitution (voir ci-dessus, II.2.2), sans qu'aucun but de lucre ne soit nécessaire dans le chef de l'auteur du fait.

Le résident, homme ou femme, premier et seul décideur, doit en faire individuellement la demande, qui sera éventuellement transmise par un professionnel de confiance ; elle vise un rapport hétérosexuel ou homosexuel. Suit un entretien entre le demandeur et le sexologue, qui vise à déterminer si la demande explicite est bien en accord avec ce que désire réellement la personne ou ce dont elle a besoin, et dans quelles conditions matérielles, périsexologiques (biologiques ou psychologiques) et sexologiques la demande est formulée et pourra être rencontrée³⁰. Si la demande est acceptée, l'entretien entre le demandeur et le professionnel envisage la démarche prostitutionnelle elle-même, tant sur le plan relationnel (relation payante, montant forfaitaire, personne prostituée concernée) qu'organisationnel (endroit, moment et fréquence, accompagnateur, véhicule, accord parental et/ou de l'administrateur des biens en cas de minorité ou de minorité prolongée). Le lieu de la rencontre est toujours *externe* (pas dans la chambre du résident), pour des raisons de discrétion.

L'expérience montre que l'aval parental est souvent recherché, comme pour les autres décisions importantes. Sans lui, la personne handicapée peut se trouver dans un conflit de loyauté qui rejaillit sur l'institution. Il est ainsi rapporté que si le parent confident commence souvent par être désarçonné par la demande, il souhaite par la suite lui-même une amélioration des conditions dans lesquelles son enfant recourt à la prostitution.

L'institution prévoit la possibilité d'une écoute a posteriori, attentive aux effets bénéfiques de la démarche (expérience à vivre, détente psychique et physique, éventuel investissement de la relation à plus long terme, aspects sexologiques / mieux connaître sa sexualité), mais aussi aux

²⁹ L'accompagnement à la prostitution est pratiqué au Centre Arthur Regniers (Hainaut), mais non au Village Reine Fabiola n. 1. Nous nous fondons sur l'audition de M. Coquiart, expert sexologue de ce Centre, qui a eu lieu le 9.03. 2015.

³⁰ Les conditions matérielles concernent les besoins matériels spécifiques tels que matériel de lavage ou de déplacement, nécessités induites par le handicap (lange, urinal), les modifications éventuelles d'horaire et d'organisation des prises en charge, l'argent de poche. Les conditions périsexologiques biologiques concernent le bilan de santé général (hypertension ou diabète p. ex.), les médicaments à suspendre ou à prendre (iatrogènes ou favorables à la sexualité). Les conditions périsexologiques psychologiques touchent, par exemple, à l'éventuelle anxiété vis-à-vis de la performance, l'éventuelle dépression, les connaissances et les compétences sexuelles. Les conditions plus précisément sexologiques sont également prises en compte.

éventuels problèmes (difficultés dans le rapport sexuel, chantage, racket, etc.) dont le service social pourra être saisi le cas échéant. Les parents sont informés et invités à faire part de leur sentiment.

L'expérience rapportée démontre divers effets personnalisés de la démarche prostitutionnelle, qui a valeur d'apprentissage : augmentation de la confiance en soi, augmentation des habiletés de séduction, adaptation progressive des comportements sexuels, clarification des besoins affectifs et/ou génitaux pour la personne, investissements érotiques divers de la relation sur le plus long terme, consolidation de l'identité sexuelle vis-à-vis des autres. Elle démontre aussi que les parents sont généralement satisfaits de voir leur enfant s'épanouir à ce niveau et peuvent parfois poursuivre l'expérience lors de la sortie de l'institution.

Enfin, la possibilité de l'accompagnement à la prostitution ne signifie pas nécessairement l'automatisation du recours à la prostitution, ni sa généralisation : certaines personnes abandonnent après l'entretien initial, d'autres parce que l'expérience a permis une amélioration de leur vie affective et sexuelle, d'autres encore parce qu'ils quittent l'institution (relais éventuel par les parents).

III. 4. L'assistance sexuelle en Belgique

L'idée et la pratique de l'assistance sexuelle s'est développée historiquement *en dehors* de l'univers du handicap, mais a trouvé dans celui-ci des possibilités d'application inédites. Elle répond à divers objectifs, connaît diverses formes et recouvre des pratiques différentes selon les pays.

A côté de l'éventail d'actions *de soutien ou d'accompagnement à la vie affective, relationnelle et sexuelle* existant en Belgique (voir III. 3), on a vu émerger une initiative, à la fin des années 2000, visant à promouvoir l'assistance sexuelle proprement dite. Comme cette initiative est unique dans notre pays, il importe de présenter avec quelques détails sa perspective et les résultats actuels de son expérience.

L'asbl ADITI a été créée en Flandre en 2008, sur la base de demandes venues des institutions et des professionnels d'aide aux personnes handicapées. Ces institutions et ces professionnels, avec l'appui de Sensoa (Centre d'expertise flamand pour la santé sexuelle), sont les parties prenantes de l'association. On trouve, parmi les collaborateurs actifs de l'association, des orthopédagogues, des psychologues et des psychothérapeutes. Les institutions cotisent au titre de membre à hauteur de 100€ par an.

De 2009 à 2013, l'association a fonctionné grâce au travail bénévole effectué en dehors des heures de travail. Depuis 2014, l'association bénéficie de 2 temps pleins financés par les

institutions qui en sont membres, la Communauté flamande, Sensoa (centre d'expertise flamand en matière de sexualité) et les revenus tirés des formations. A partir de 2016 s'est ajouté un mi-temps³¹. Aditi fonctionne en Wallonie depuis 2014 sur une base exclusivement bénévole. On a donc, sur l'axe Nord-Sud du pays, un fonctionnement à deux vitesses. Elle reçoit en moyenne 700 demandes ou questions par an, dont 300 sont des demandes précises d'assistance sexuelle au sens strict, et les 400 autres sont des demandes de formation, de soutien institutionnel, etc. (voir ci-dessous).

En 2012, Aditi a mené, en collaboration avec le Prof. G. Vandermeulen (Gand, Droit & criminologie) et avec un subside provincial, une recherche de terrain auprès du réseau des institutions et des personnes handicapées. Elle concernait les demandes, les questions et les problèmes relatifs à l'assistance sexuelle. La conclusion principale de l'étude, qui a intégré une comparaison internationale, est simple : il n'existe pas de cadre pour l'assistance sexuelle et il serait nécessaire d'en élaborer un. Le seul cadre existant concerne la prostitution et il n'est pas adéquat.

III. 4. 1. L'assistance sexuelle selon Aditi

Aditi pense l'assistance sexuelle dans une double perspective : depuis le cadre juridique ou parajuridique qui énonce les droits des personnes en situation de handicap d'une part, et d'après une certaine conception de la sexualité, d'autre part.

Sur le plan juridique et parajuridique, la référence est la Charte IPPF (Charte des droits en matière de sexualité et de reproduction de l'IPPF, *International Planned Parenthood Federation*)³² et la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées signée par la Belgique en 2007 et ratifiée en 2009³³. Ce cadre fournit 6 points de repère essentiels pour Aditi qui touchent à :

- la liberté et à l'autonomie, dont la liberté sexuelle (dans le cas du handicap, la signification de l'autonomie doit être ajustée en fonction des situations spécifiques, déterminées par les dépendances multiples) ;
- l'égalité (importante pour les situations de dépendances multiples dans lesquelles se trouvent les personnes handicapées qui ont besoin d'aide) ;
- le respect de la vie privée (comment y faire droit dans des contextes où les personnes ont

³¹ M. le Ministre Jo Van Deurzen.

³² L'IPPF est une fédération internationale pour la planification familiale (plus haute instance décisionnelle pour le planning familiale). Sur la base de cette Charte, une commission mise sur pied par l'IPPF en 2006 a élaboré une Déclaration sur les droits sexuels, présentée au Conseil de gouvernance de l'IPPF en mai 2008 : <http://www.ippf.org/resource/IPPF-Charter-Sexual-and-Reproductive-Rights>. Ces textes sont en conformité avec les instruments et les traités internationaux relatifs aux droits humains : ils en développent le contenu pour ce qui a trait à la sexualité, à la reproduction et à la santé.

³³ Voir II. Aspects juridiques.

besoin d'intermédiaires dans leur vie sexuelle / question du secret professionnel partagé) ;

- l'information (le droit à l'information doit se concrétiser dans une transmission de savoir, nécessaire dans des situations de vulnérabilité, car le savoir protège, notamment de l'abus) ;
- l'accès aux soins (l'action d'Aditi peut s'entendre comme favorisant l'accès à un soin au sens large, non médical, que serait l'assistance sexuelle ou à ce qui peut favoriser l'épanouissement sexuel comme l'usage de sex toys, la contraception, etc.) ;
- la sécurité (la protection à l'égard de l'abus, à laquelle participent les missions d'information).

Sur le plan de la conception de la sexualité, Aditi défend l'idée que la sexualité est un besoin vital fondamental, qu'elle accompagne l'être humain aux différents stades de la vie et ne s'arrête qu'avec elle. La sexualité des personnes handicapées n'est pas en soi un problème ; elle est autre ou particulière *seulement* en raison des limitations qu'impose le handicap. Le « problème » de la sexualité des personnes handicapées est d'abord le fait de l'entourage, non celui de la personne elle-même.

Dans cette double perspective, l'assistance sexuelle touche à la sexualité dans son sens le plus élargi (depuis la masturbation jusqu'à la pénétration proprement dite, en passant par toutes les formes de relations intimes comme la simple tendresse). Chaque personne est unique et a ses besoins singuliers et c'est aussi le cas pour la personne handicapée : l'enjeu de l'assistance sexuelle est celui de l'élaboration d'une réponse adéquate à des besoins singuliers ou personnels, qui tiennent compte des facteurs propres à une situation spécifique. L'assistance sexuelle relève du soin au sens large (c'est-à-dire non médical, au sens que le *care* peut prendre en anglais lorsqu'il s'oppose à *cure*), d'une attention à porter aux besoins de la personne handicapée. L'expert ici n'est pas l'assistant sexuel, mais bien la personne handicapée elle-même.

Le rôle d'Aditi dépasse de loin celui d'un pourvoyeur de services d'assistance sexuelle. L'association se reconnaît en effet quatre missions principales :

1. Le conseil personnalisé : à travers des consultations et des entretiens pouvant impliquer des personnes handicapées seules ou accompagnées, les professionnels d'Aditi s'efforcent de cibler la demande spécifique et de chercher la réponse la plus adéquate. Souvent, la consultation joue un rôle de médiation entre la personne handicapée et son entourage (famille et/ou professionnels), lorsqu'une demande a été adressée à celui-ci et que surgissent des difficultés de compréhension, ou dans l'élaboration d'une réponse à la demande. Aditi s'efforce de tenir compte de toutes les personnes impliquées, et constitue une possibilité intéressante de substitution aux parents dans la recherche concrète de solutions pour satisfaire les besoins sexuels de leur enfant. L'assistance

sexuelle au sens restreint fait partie du faisceau de possibilités de réponse, mais Aditi peut aussi aider des couples par exemple.

2. L'expertise en matière d'assistance sexuelle, à destination des assistants sexuels : à travers la formation des assistants sexuels, l'accompagnement de ceux-ci parallèlement à leur travail et en relation avec les institutions.
3. L'expertise et le soutien en matière de sexualité, à destination des institutions : aider les institutions à acquérir des savoirs en matière de sexualité (au sens large) des personnes handicapées ; élaborer un positionnement clair quant aux réponses à apporter aux besoins sexuels des usagers et des procédures spécifiques pour la réception des demandes ; élaboration de chartes définissant des règles et des seuils (notamment concernant les comportements transgressifs), un suivi de la « politique interne » en la matière.
4. La sensibilisation de la société et l'entretien d'un débat dans l'espace public à propos de l'assistance sexuelle, visant à la reconnaissance de celle-ci et à la constitution d'un cadre juridique susceptible d'assurer non seulement la reconnaissance sociale, mais aussi un cadre sécurisant pour les usagers et les assistants sexuels eux-mêmes. A travers la création d'EPSEAS (*European platform sexual assistance*)³⁴, qui regroupe les organisations à but non lucratif travaillant autour de l'assistance sexuelle pour les personnes en situation de handicap (Belgique, Italie, France, Espagne, Suisse), Aditi défend la proposition d'une formation harmonisée pour les assistants sexuels et des propositions pour l'élaboration d'un cadre légal.

III. 4. 2. L'assistance sexuelle en pratique avec Aditi

Du côté de l'usager

Dans le cadre d'une demande expresse d'assistance sexuelle au sens restreint, l'entretien a lieu en priorité avec la personne handicapée, première « experte » de sa sexualité, quand elle le peut. Si c'est impossible, des personnes de l'entourage peuvent être présentes. Tous les aspects de la personne sont pris en compte (cognitifs, émotionnels, sociaux, relationnels, limitations physiques ou mentales, situation particulière). A travers une analyse « fine », le but de l'entretien est d'abord, si cela est nécessaire, une clarification de la demande, qui peut, le cas échéant, faire l'objet d'une transmission à l'entourage. Une fois la demande précisée, il s'agira d'envisager les aspects pratiques (lieu, transport, mise en position, paiement), mais aussi de prévoir une phase préparatoire (par exemple : apprentissage, par l'assistant sexuel, d'éléments de langue des signes ou autres techniques de communication ; communication d'informations et apprentissages spécifiques à destination de personnes ayant un handicap mental ou débutantes par l'orthopédagogue). La définition de *limites* fait l'objet d'une attention spéciale, tout

³⁴ <http://www.epseas.eu/fr/page/192>

particulièrement auprès des personnes à handicap mental, aux développements cognitif, corporel et émotionnel spécifiques, dont les attentes et besoins sont parfois plus compliqués à clarifier. Aditi assure une médiation entre l'utilisateur et l'assistant sexuel dans ces cas spécifiques, et un suivi sur la durée.

Du côté de l'assistant sexuel

Aditi ne publie pas d'appel et, jusqu'à présent, il s'agit de volontaires, hommes ou femmes, qui se sont manifestés spontanément auprès de l'association. En Flandre, ce sont actuellement 40 assistants qui répondent aux 300 demandes émanant de parents de personnes résidant en institution ou des personnes elles-mêmes. Les $\frac{3}{4}$ sont des femmes et $\frac{1}{4}$ sont des hommes. En Wallonie, on compte actuellement seulement 8 assistants, dont 3 bilingues (NL/FR) qui ont aidé au lancement des activités. Les assistants doivent avoir un métier principal, donc exercer comme tels seulement à titre secondaire — le but de cette règle étant de tenir à distance les motivations financières.

La sélection s'effectue à travers des entretiens destinés à identifier les motivations du candidat, sa vision de la sexualité et ses connaissances en matière de handicap. Ceux qui sont retenus sont invités à suivre une formation (une journée, 4x/an) et à participer à des rencontres d'intervision (qui regroupent des assistants sexuels en exercice) par province. Un nouveau prestataire se voit attribuer, à ses débuts, un « parrain » plus expérimenté qui lui servira de référent.

Une fois en exercice, les assistants bénéficient de la médiation d'Aditi, qui se charge de mettre en correspondance des demandes d'utilisateurs avec tel ou tel assistant, choisi pour ses qualités en fonction de la demande. Une fois le contact établi, Aditi assure un suivi mais il revient à l'assistant sexuel de s'organiser au quotidien directement avec l'institution ou la famille. Le suivi d'Aditi s'effectue à travers des rencontres en intervention, où les assistants regroupés peuvent échanger au sujet de leur expérience. L'un des aspects les plus importants de l'intervention est l'identification et l'énonciation des limites assignées tant aux assistants qu'aux utilisateurs (comment réagir aux déclarations d'amour ? comment réagir face au don de cadeaux ? etc.). Au début de l'année 2016, en Flandre, 20 personnes supplémentaires étaient en phase exploratoire (formation et d'intervention), ayant donc franchi l'étape de l'entretien initial.

Actuellement, les assistants sexuels n'ont pas de statut formellement reconnu et c'est Aditi qui contribue à la définition du cadre — notamment à travers la fixation d'un montant forfaitaire qui neutralise la concurrence (100€/heure + frais de déplacement, montant identique quels que soient les actes).

Il est à noter qu'Aditi s'efforce de nouer des contacts avec le milieu de la prostitution, notamment en vue de répondre aux demandes des clients qui ont un handicap exclusivement fonctionnel et

dont la situation est relativement simple. Comme aucun contrat n'est passé entre Aditi et les personnes prostituées et que l'association se borne à être un interlocuteur, son rôle reste, à ses yeux, parfaitement légal. Peu de personnes prostituées semblent à l'heure actuelle intéressées à rejoindre Aditi au titre d'assistants sexuels, peut-être en raison de l'obligation de formation et du caractère moins lucratif de l'activité — mais Aditi n'est en rien opposé à l'idée d'accueillir dans son équipe des personnes exerçant principalement l'activité de prostitution.

III. 5. L'expérience de la Suisse romande en matière d'assistance sexuelle

La Suisse romande, pionnière en la matière, constitue un bon exemple et une inspiration pour les initiatives cherchant à mettre sur pied un dispositif d'assistance sexuelle experte, encadrée et reconnue par les pouvoirs publics. Dans la mesure où elle a nourri la réflexion du Comité, nous en décrivons les principaux éléments.

On compte en Suisse romande principalement deux initiatives de type associatif, celles des associations *Corps solidaires* et *Sexualité et handicaps pluriels* (SEHP)³⁵, qui ont mis sur pied une formation payante à l'activité d'assistant sexuel, prodigant un certificat reconnu par la Fondation suisse pour la santé reproductive et sexuelle³⁶.

L'assistance sexuelle s'inscrit dans le temps long des 40 dernières années, qui a vu l'évolution rapide des pratiques sociales dans le champ de la sexualité (contraception, reconnaissance de la sexualité comme besoin fondamental et comme dimension de l'affirmation de soi, etc.) et, parallèlement, dans le champ du handicap, les mouvements visant à l'intégration, à l'autonomisation et à l'émancipation. Ces transformations s'inscrivent, plus largement, dans la perspective de l'égalité des droits entre tous les citoyens, mais aussi dans celle de la valorisation des normes individuelles en matière de comportement sexuel.

Dans un contexte où les résistances demeurent vives et les obstacles nombreux, le SEHP reconnaît que l'assistance sexuelle constitue à la fois une réponse pertinente et innovante à certains besoins et une expérimentation sociale périlleuse. De ce fait, elle requiert mesure, prudence, rigueur, mais aussi discussion critique³⁷.

III. 5. 1. Objectifs, principes et cadre éthique

Ses objectifs sont alignés sur les valeurs *d'autonomisation, d'intégration et de qualité de vie* des personnes en situation de handicap.

³⁵ <http://www.sehp.ch>

³⁶ Elles prennent à leur façon le relais des pratiques de formation existant depuis plus longtemps en Suisse alémanique. Voir C. Aghté-Diserens « La formation en assistance sexuelle. Toute innovation implique des risques », dans *Reliance* 2008/3 (n° 29 : *Au risque du désir*), p. 46-52. La totalité du numéro de la revue est consacrée à l'assistance sexuelle. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-reliance-2008-3-page-46.htm>

³⁷ Voir à ce sujet C. Aghté-Diserens, *art. cit.* p. 47.

Elle a pour principe *l'adaptation des réponses apportées à des besoins « sensuels et sexuels » qui tiennent compte de l'originalité de chaque situation*. Elle n'est pas un catalogue de prestations, mais une « proposition d'accompagnement en phase avec les émotions et les attentes érotiques et sensorielles des bénéficiaires » ; l'assistant sexuel attend et décode, à travers signes et indices, la demande propre au bénéficiaire, sans induire, ni miser sur la performance³⁸.

Son cadre éthique est celui du *respect réciproque (bénéficiaire/prestataire), du respect absolu de l'intimité et de la confidentialité, de la sécurité pour les bénéficiaires comme pour les prestataires*, ainsi que de la *prise en compte du « rôle subtil des tiers dans la mise en place de ces prestations »*. Enfin, l'assistance sexuelle obéit à un principe *de solidarité et d'engagement personnel*.

III. 5. 2. En pratique : formation et supervision

Les objectifs de la formation sont clairement définis :

- Garantir un programme théorique et pratique adéquat au développement de compétences adaptées aux besoins individuels et différenciés des personnes en situation-s de handicap-s.
- Développer des connaissances spécifiques liées aux divers handicaps et favoriser une action préventive contre les violences sexuelles et les infections sexuellement transmissibles.
- Apprendre à clarifier les attentes singulières des bénéficiaires, et les dissocier de ses propres projections.
- Augmenter des compétences d'écoute de soi et de l'autre, de remise en question, d'analyse de sa motivation et de son histoire sexuelle, ainsi qu'une capacité à définir avec finesse ses propres limites.
- Offrir un cadre de formation renforçant l'identité professionnelle ainsi que le développement personnel.
- Construire la cohésion et la solidarité du groupe de pionniers au travers de la supervision collective.

L'accès à la formation d'assistant sexuel passe d'abord par une sélection rigoureuse sur la base d'un appel à candidature. L'appel à candidatures est adressé à des personnes se reconnaissant une compétence pour ce type de relation d'aide et des qualités humaines requises par elle (écoute, maîtrise du toucher, sens aigu de ses propres limites, personnalité équilibrée, à l'aise dans sa sexualité). Les personnes sélectionnées doivent se révéler, entre autres, « courageuses, tendres et solidaires³⁹ ». Il est procédé à des entretiens approfondis, en présence d'une sexo-

³⁸ La mise en phase de l'assistant sexuel avec lui-même (sensations, pensées, émotions positives et négatives) est posée comme condition *sine qua non* de l'écoute et de la compréhension de l'autre (sensations, pensées, émotions positives et négatives). Il s'agit, pour l'assistant sexuel, de reconnaître l'autre comme un sujet qui interpelle son désir, et de se reconnaître dans ses propres limites. C'est un engagement conscient de soi et de l'être humain total.

³⁹ Ph. Rodrick, *La Tribune de Genève*, 10-11 septembre 2003.

pédagogue et d'un homme concerné par le handicap physique, de manière à clarifier les motivations exactes du candidat et évaluer l'adéquation de ses représentations avec les principes, les objectifs et l'éthique de la démarche.

Par ailleurs, les candidats doivent avoir un casier judiciaire vierge et une activité professionnelle fixe, l'assistance sexuelle ne pouvant être exercée à titre principal.

La formation prévoit un **processus d'apprentissage intégratif et progressif**, passant par des évaluations individuelles qui mènent (ou non) à l'obtention du certificat. Elle mobilise des outils didactiques théoriques et pratiques.

Le champ des **compétences** à acquérir est vaste et pluriel. A côté des connaissances spécifiques portant sur le handicap (I), des connaissances juridiques (II), des connaissances sexologiques (III), des connaissances portant sur les contextes institutionnels et sur le rôle des tiers accompagnant (IV), on doit souligner que cette formation prévoit en outre l'acquisition de compétences psychocorporelles spécifiques (V) et le développement d'une réflexion éthique intégrée à l'activité (VI). Du côté des compétences psycho-corporelles, trois dimensions constituent des objets de réflexion, de formalisation et de modification : habiletés cognitives, psychologiques et corporelles, qui mobilisent les capacités introspectives et la gestion des émotions de l'assistant sexuel.

Du côté de la réflexion éthique, la formation développe l'aptitude à contextualiser les savoirs et à produire des compétences. Prendre conscience et comprendre les limites déontologiques, développer une capacité d'adaptation aux diverses situations de handicap, et à la singularité de la demande du bénéficiaire, garantir la confidentialité des situations individuelles sont autant de finalités à travailler au regard du projet en assistance sexuelle et de l'inscription dans la société de l'apprenant.

L'équipe de formation est plurielle, et spécialisée. La conceptualisation et la coordination de la formation sont assurées par deux sexo-pédagogues et deux hommes concernés par un handicap physique, présents alternativement comme personnes-ressources et formateurs. Les autres intervenants sont sexologues, médecin-psychiatre, assistants sexuels, responsables de formation en HES⁴⁰, spécialistes des approches corporelles et sexo-corporelles, psychologues, juristes, éthiciens, ainsi que spécialistes des divers handicaps.

La supervision offre un cadre collectif. Si la formation en assistance sexuelle implique un important travail sur soi, ne pas rester isolé est capital. Impliquant un investissement affectif réciproque propice à des projections fantasmatiques, l'assistant(e) sexuel(le) peut trouver un

⁴⁰ Haute Ecole Spécialisée, telle que la Haute Ecole de travail social et de la santé de Lausanne (HETS&Sa).

point d'appui extérieur grâce à une supervision fondée sur la cohésion et la solidarité de groupe entre prestataires⁴¹.

III. 5. 3. Reconnaissance officielle par les pouvoirs publics

La reconnaissance officielle fournit un cadre institutionnel et consolide l'initiative en l'inscrivant dans une perspective de santé au sens large. Courir le risque de l'assistance sexuelle participe d'une approche positive de la sexualité. Elle tient compte des différences et des spécificités affectives et sexuelles relatives à chaque femme/homme, ainsi que des compétences que chacun et que l'ensemble peuvent mettre en œuvre, pour déboucher sur des mieux-être individuels et solidaires⁴².

⁴¹ « L'aide sexuelle implique un engagement relationnel profondément humain et souvent intense qui fait référence au principe de réalité, mais également aux manifestations inconscientes, aux affects, à l'imaginaire, aux pulsions et aux fantasmes. Cette profession est un métier à risque où chacun est exposé aux insuffisances probables et évidentes ou aux excès possibles, et aux risques inhérents des liaisons dangereuses » (citation hors « Quelques mots pour ne pas se tromper », Boulet Yannick, Paris, février 2006, mentionnée en note de bas de page n°5 du dossier coordonné par C. Agthe Diserens et Y. Jeanne et publié in : Reliance n° 29, 2009, Ed. ERES sous le titre « Au risque du désir »).

⁴² C'est dans cet esprit que la formation en assistance sexuelle a été reconnue et qu'elle est soutenue par PLANeS (actuellement « Santé Sexuelle Suisse »), *Fondation Suisse pour la Santé Sexuelle et Reproductive*. PLANeS défend un travail compétent d'information et de conseil en matière de grossesse, contraception et sexualité, et s'engage pour que tous - femmes et hommes, couples, jeunes, migrants - disposent d'un accès assuré à ces prestations. Une attention particulière est consacrée aux groupes de la population plus vulnérables. La définition du terme « Santé sexuelle et reproductive » dans le programme de l'CIPD (Conférence Internationale sur la Population et le Développement, art.7, 2) est la suivante : « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités » (voir www.sante-sexuelle.ch/fr rubrique « qui sommes-nous- « statuts »).

Voir également : lettre de recommandation de PLANeS adressée au SEHP, août 2007 (à recevoir sur demande au secrétariat du Comité).

IV. Considérations éthiques

Préambule

Dans le présent avis, le Comité part du principe que les personnes handicapées n'ont pas une *sexualité particulière* et que l'assistance sexuelle, d'ailleurs historiquement construite en dehors du champ spécifique du handicap, n'est ici destinée qu'à répondre à des *besoins liés aux conditions de vie matérielle et psychologique* des personnes handicapées et non pas à des besoins sexuels présumés spécifiques. Le présent avis adopte, sur le plan de la sexualité elle-même, une perspective d'égalité entre personnes handicapées et personnes non-handicapées.

Par ailleurs, on notera que le Comité se montre généralement neutre quant aux distinctions 1/ de genre ou de sexe, 2/ de type de handicap (physique ou mental), 3/ de mode de vie ou de prise en charge (à la maison en autonomie, en famille ou en institution).

Si le présent avis met en évidence, quand c'est nécessaire, les situations qui mettent en jeu la différence de genre ou de sexe, il traite de la même manière le handicap physique et le handicap mental, de même que les situations de vie en famille, en autonomie ou en institution. Si ces distinctions à portée générale peuvent être pertinentes pour d'autres problématiques, elles ne le sont pas pour ce qui concerne la vie sexuelle, laquelle ne connaît en quelque sorte, comme pour les personnes valides, que des cas singuliers, à prendre comme tels. Outre que la distinction entre le handicap physique et le handicap mental est difficile à établir avec précision dans de nombreux cas, le présent avis insiste sur la nécessité de partir des capacités personnelles de désirer, de s'exprimer et d'agir *de chacun dans sa singularité, avec les limites qui sont les siennes*. De même, la vie en institution, en famille ou en autonomie, ne correspond pas à des distinctions étanches, et les familles ou les institutions elles-mêmes peuvent différer fortement les unes des autres. Il n'est donc pas nécessaire de définir des catégories de problèmes et des réponses spécifiques à ces différents modes de vie. Ici encore, il s'agit pour les acteurs de terrain d'élaborer des réponses à des besoins déterminés par des situations complexes toujours singulières.

Enfin, nous soulignons le fait que, dans ces *Considérations éthiques*, nous nous limitons à aborder les questions relatives à la « vie sexuelle » des personnes handicapées, indépendamment de la « vie relationnelle et affective » à laquelle elle est très fréquemment associée dans les textes existants⁴³.

⁴³ Comme on l'aura peut-être remarqué en *III. Etat des lieux*, en Belgique, textes et dispositifs existants utilisent le plus souvent l'expression « vie relationnelle, affective et sexuelle ». Celle-ci n'est pas exempte d'implications morales variées qui mériteraient d'être discutées dans la mesure où certaines se révèlent incompatibles avec les implications éthiques et morales de l'assistance sexuelle. C'est pourquoi nous nous bornons, pour le problème spécifique traité, à l'expression neutre de « vie sexuelle », sans préjuger de la façon dont celle-ci s'articule avec la vie relationnelle et affective.

IV.1. Le point de vue éthique adopté par le Comité prend appui sur deux modes de problématisation du handicap (voir III. 1.) : *l'approche sociale*, située dans la perspective d'une lutte contre les discriminations, et *l'approche anthropologique*, qui porte l'attention sur l'individu en tant qu'être singulier, relationnel et vulnérable. Si les points de vue varient quant à la priorité qu'il convient d'accorder à l'une ou à l'autre, les membres estiment qu'elles ne sont pas exclusives, mais complémentaires : favoriser l'épanouissement de la vie sexuelle consiste à proposer des *réponses sociales* à des *demandes singulières, portées par des personnes*.

En matière de handicap physique et mental, les dernières décennies ont vu s'imposer, dans de nombreux pays, une **approche sociale**, en lieu et place de l'approche strictement médicale qui a longtemps prévalu. Le modèle social définit le handicap depuis les interactions de l'individu avec son environnement de vie et d'action et propose en conséquence un mode d'action spécifique. Socialement façonné, l'environnement apparaît inadapté à des particularités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles dont sont porteurs certains individus. Dans cette perspective, agir sur l'environnement est primordial : aménagements des espaces physiques, dispositifs techniques, institutions d'aide et d'accueil voire de soin, ont pour but de réduire autant que possible les obstacles que l'environnement standard oppose à certaines personnes — l'aménagement des accès et sites de circulation dans les lieux publics pour les personnes à mobilité réduite est sans doute l'illustration la plus simple et la mieux connue de cette approche.

Cette approche sociale s'inscrit dans un mouvement plus large de lutte contre les discriminations et les inégalités qui forme l'assise de la formulation des droits de la personne handicapée dans les conventions internationales (voir II. Aspects juridiques). Intervenir sur l'environnement consiste à toucher aux conditions matérielles et symboliques qui s'avèrent discriminantes pour certaines personnes en vertu de leurs particularités, limitant leur accès à une pleine participation à la vie sociale. La définition de droits spécifiques obéit à cette logique d'accessibilité.

Apparue avec les « années SIDA », la préoccupation pour la vie relationnelle, sexuelle des personnes handicapées trouve aujourd'hui son sens à l'intersection de l'approche sociale du handicap, de la lutte contre les inégalités (non-discrimination) et du droit à la santé tel qu'il a été formulé par l'OMS (voir III. 2.2.).

Sur ces bases, un consensus s'est dégagé ces dernières années dans plusieurs pays, dont la Belgique, pour reconnaître la nécessité de promouvoir, par l'action publique, « les droits sexuels » des personnes handicapées. Le soutien et l'accompagnement dans ce domaine ne peut être laissé à l'initiative privée, par définition tributaire des contingences et des inégalités économiques et sociales.

Comme la formation ou l'emploi, la vie relationnelle sexuelle est reconnue comme un domaine où les personnes handicapées sont discriminées, c'est-à-dire font face à de fortes limitations de leurs possibilités d'action et d'expérimentation : obstacles matériels, idéologiques, éducationnels et symboliques. Les politiques publiques et associatives de lutte pour le droit des personnes handicapées à avoir une vie sexuelle épanouie envisagent ces contraintes comme des *discriminations*, c'est-à-dire comme des *contraintes socialement transformables*.

Le droit à vivre sa sexualité ne se pose pas comme un « droit-créance », mais plutôt comme un engagement de la part de la société, à garantir autant que possible à tous ses membres un accès égal à l'exercice de ce droit. La question se pose donc de savoir *comment lever les obstacles* qui peuvent l'être et *répondre aux besoins particuliers engendrés par les contraintes spécifiques liées aux handicaps*, dans une perspective d'autonomisation, d'intégration et de qualité de vie des personnes handicapées.

Le Comité estime que cette approche sociale du handicap n'exclut pas une **approche anthropologique**. D'une part, celle-ci rappelle que le handicap a des effets sur le vécu individuel d'une personne qui fait l'expérience singulière, plus ou moins négative, de la force de la « normalité » sociale. En conséquence, le soutien à la vie sexuelle des personnes handicapées doit aussi être envisagé comme une réponse à une demande individuelle, à un besoin ou un désir exprimé par une personne — en aucun cas comme une mesure de contention, ou de simple facilitation de l'action quotidienne des soignants. D'autre part, comme toute personne, la personne handicapée ne saurait être envisagée en dehors des relations (familiales, amicales, aidants) qui forment le tissu de son existence ; mais demandes, besoins ou désirs individuels, dans certains cas de handicap, se trouvent fortement influencés par ces relations, qui doivent faire l'objet d'une prise en compte dans la réponse qu'on leur apporte (voir ci-dessous IV. 2).

En outre, l'approche anthropologique envisage le handicap comme relevant d'une vulnérabilité inhérente à la condition humaine en général car il rappelle à tout homme sa fragilité fondamentale. Selon cette approche, les possibles engendrés dans tout projet humain rencontrent toujours, d'une manière ou d'une autre, leurs propres limites. Il en découle un double principe normatif s'appliquant à la prise en charge du handicap, laquelle consiste précisément à faire bouger les limites : un principe de proportionnalité (rester dans l'ordre du raisonnable, du « raisonnable connu » en termes juridiques) et un principe de solidarité (réduire au maximum l'injustice et l'inégalité dans la condition humaine).

IV. 2. Le Comité estime que la vie sexuelle est un aspect de la vie relationnelle des personnes ; lever les obstacles à son épanouissement nécessite de prendre en compte les interdépendances complexes, matérielles et symboliques, caractéristiques de la vie en situation de handicap et d'y ménager la possibilité de relations d'une *autre nature*, où la personne handicapée est le premier acteur.

La vie relationnelle d'un nombre important de personnes handicapées, dans sa dimension sexuelle, n'est pas seulement compliquée par les contraintes matérielles qu'entraînent le handicap lui-même et la vie en institution ou dans la maison familiale — principalement en raison du manque de vie privée (espace et temps disponibles). Beaucoup de personnes handicapées, lorsqu'elles ne souffrent pas d'isolement, sont prises au quotidien dans une multiplicité de relations sociales rapprochées, et cependant privées des dimensions sexuelle et affective dont peuvent jouir les personnes valides dans leurs relations sociales. Etre l'objet du soin et dépendre de l'aide des autres, parents ou professionnels, peut constituer, à l'âge adulte, un obstacle important au développement de relations sexuelles au sens plein du terme, lesquelles supposent, non seulement l'intimité, mais aussi autonomie et réciprocité.

Les témoignages recueillis par le Comité, ainsi que la documentation consultée, convergent sur ces trois points. Qu'il s'agisse de la vie en institution ou dans le cadre familial, la présence rapprochée des autres (quel qu'en soit le degré de bienveillance et de sollicitude), le manque d'autonomie et, souvent, d'un lieu à soi constituent une entrave à la création d'une sphère « privée » ou d'intimité indispensable aux relations sexuelles des jeunes et des adultes. Etre l'objet de soins et d'aide quotidiens est essentiel à l'épanouissement affectif du petit enfant quel qu'il soit, mais devient avec l'âge problématique pour ce qui est de la sexualité.

Le soignant ou l'aidant professionnel, dans l'exercice de son métier, doit en effet parfois neutraliser les investissements affectifs et éventuellement sexuels qui peuvent se greffer sur la relation de soin ; il en va *a fortiori* de même pour le parent aidant qui se trouve contraint de manipuler le corps de son enfant après que celui-ci a atteint l'âge adulte. De ce fait, la personne handicapée jeune ou adulte se trouve dans une situation qui est exceptionnelle, voire inconnue de l'expérience des personnes valides : celle d'être touchée ou manipulée quotidiennement par autrui sans possibilité de réciprocité⁴⁴. Ces éléments expliquent en partie « l'asexuation » dont les personnes handicapées font encore socialement l'objet à l'heure actuelle⁴⁵ et le déficit d'expérience (notamment en termes de connaissance et jouissance du corps propre et d'autrui) qui en découle. Cette « asexuation » est, de l'avis des spécialistes, encore plus grande pour les femmes handicapées.

⁴⁴ Témoignage de Madame C. (audition du 13 mai 2016). Dans sa conférence « Le handicap vécu comme un troisième sexe », C. Aghté-Diserens a excellemment montré pourquoi la sexualité des personnes handicapées est, comme on le dit souvent, « niée » par les parents, qui tendent ainsi à voir leur enfant comme asexué. Le parent aidant se trouve placé dans une position singulière, puisqu'il doit parfois continuer d'assurer une relation de soin avec son enfant qui cesse en principe à partir du moment où celui-ci atteint la maturité sexuelle. C'est en quelque sorte la prohibition de l'inceste qui se manifeste ici avec sa plus haute intensité : c'est précisément pour pouvoir continuer d'assurer un rôle indispensable qu'il doit *activement* nier ou refouler la sexualité de son enfant. Par là, il répond à une nécessité sociale et morale profonde. (Colloque *Tout ce que vous n'auriez jamais voulu savoir sur le sexe... Quand l'intime s'invite dans les interventions psychosociales*, org. Parole d'enfants Asbl, Liège, Palais des Congrès, 26 et 27 mai 2016).

⁴⁵ Le fait que les personnes handicapées se voient dénier, dans les faits mais aussi dans les représentations sociales, une sexualité.

S'il s'agit là d'un complexe d'interdépendances relationnelles qui obèrent, pour nombre de personnes handicapées, la possibilité de faire l'expérience et d'acquérir les savoirs indispensables à l'épanouissement affectif et/ou sexuel, il n'est bien entendu pas possible de supprimer ces interdépendances. *Là où l'existence sociale est saturée par les relations d'aide et de soin (familiales et/ou professionnelles) il s'agit de ménager des possibilités de relations d'une autre nature, distinctes des premières, mais articulées à elles* (voir ci-dessous, IV.5.1).

Pour la personne handicapée, l'enjeu de l'aide dans le domaine de la vie sexuelle est de parvenir à l'instauration, au cœur de ce réseau d'interdépendances, d'une certaine indépendance ou autonomie et d'une certaine responsabilité personnelle — dont la latitude sera fonction de ses capacités. L'idéal reste de faire de la personne handicapée l'acteur principal de sa vie sexuelle.

Par ailleurs, parents de personnes handicapées et professionnels de l'aide (infirmiers, assistants sociaux, etc.) sont très massivement demandeurs de dispositifs permettant de marquer les limites de la relation d'aide et de soin et de neutraliser les investissements affectifs indésirables et *a fortiori* les investissements sexuels dont ils peuvent faire l'objet - ce que l'on appelle l'« érotisation de la relation de soin » et qui est parfois le fait des aidants eux-mêmes⁴⁶. Ceci n'est évidemment possible que si ces investissements peuvent se déplacer sur d'autres personnes. Comme c'est assez naturellement le cas pour les personnes valides lorsqu'elles se trouvent dans une situation d'aide rapprochée (incapacité temporaire, maladie ou vieillesse), il s'agit de marquer une différence claire entre les relations d'aide et de soin et celles qui sont disponibles aux investissements sexuels — encore faut-il que celles-ci puissent exister ! Indirectement, les mesures de soutien et d'accompagnement à la vie sexuelle contribuent à délester les relations d'aide et de soin d'une ambiguïté parfois difficile à vivre pour les aidants et les soignants.

⁴⁶ De tels dispositifs sont donc de nature à protéger les *deux parties*, l'aidant ou le soignant et l'aidé ou le soigné.

IV.3. Selon le Comité, améliorer les conditions de possibilité de relations sexuelles épanouissantes requiert un éventail d'actions matérielles et symboliques, soit une pluralité de réponses pour des besoins et des situations toujours singulières.

L'état des lieux en Belgique révèle l'existence d'une pluralité d'initiatives répondant à des objectifs différents et complémentaires, que l'on peut regrouper en 5 catégories⁴⁷.

Prises toutes ensemble, elles permettent la création d'une culture d'ouverture vis-à-vis de la sexualité des personnes handicapées et de lieux pluriels, accessibles à tous (personnes handicapées, familles, aidants professionnels ou non), où celle-ci est verbalisable et communicable, dans le respect de la confidentialité et de la vie privée.

Elles concernent les personnes handicapées, mais aussi, dans certains cas, les professionnels ou les familles confrontés à la sexualité de leurs usagers ou de leurs proches.

Il convient de les développer ensemble et d'assurer une harmonisation entre institutions d'accueil publiques ou privées.

(1) L'action sur les infrastructures matérielles et les règles de fonctionnement des lieux de vie communautaires, qui a pour but de ménager aux usagers des espaces d'intimité, protégés de l'intrusion d'autrui (soignants ou usagers) ;

(2) Les actions qui visent à fournir un soutien pratique au développement de relations sociales dégagées du soin et de l'aide : activités interfoyers ou interinstitutions dont certaines sont tournées vers les relations sexuelles, par exemple par l'accompagnement de couples, accompagnement à la prostitution ;

(3) Les actions d'information et de formation individuelles (du type planning familial) ou collectives (groupes de parole, ateliers bien-être), adaptées à des personnes dont l'expérience et les compétences en matière de vie sexuelle peuvent être très différentes des personnes valides du même âge ;

(4) Les actions de santé et d'hygiène recouvrant un spectre très large, qui ne touche pas seulement aux pathologies liées à la sexualité (MST, etc.) mais aussi au bien-être sexuel général. L'approche médicale (gynécologie, urologie) ou paramédicale individualisée (planning familial, psychologie, sexologie, conseils personnalisés d'hygiène) s'avère utile.

(5) Les actions relatives à la protection et à la sécurité des personnes, en particulier celles qui fréquentent ou vivent en institution et celles qui souffrent d'un handicap mental. Apprendre le respect physique et moral de soi-même et des autres, exprimer des choix et savoir dire « non » à travers des activités collectives dédiées permettent de prévenir abus et violences dans un climat de confiance ; du côté des professionnels, le développement du travail d'équipe pour les problèmes complexes, l'encouragement à la rigueur, au respect et à la discrétion doivent

⁴⁷ On en trouve également la liste en III. Handicap et vie sexuelle : état des lieux.

également contribuer à un cadre protecteur, contribuant au respect de la vie privée et de la liberté des personnes handicapées.

IV.4. Le Comité estime qu'un dispositif d'assistance sexuelle intégré à l'éventail des actions existantes constitue l'une des réponses pertinentes aux discriminations que rencontrent les personnes handicapées dans leur vie sexuelle.

IV.4.1. Définition générique de l'assistance sexuelle

L'assistance sexuelle est un service personnalisé de soutien et d'accompagnement pratique à la sexualité, effectué par une personne formée à cet effet, qui joue à l'égard de l'utilisateur le rôle d'un partenaire, éventuellement régulier. La pratique de l'assistance sexuelle a pour but de développer, à travers des expériences concrètes, les compétences physiques (relaxation, toucher, masturbation, pénétration, etc.) et mentales (émotionnelles, affectives, imaginatives, etc.) favorisant, au-delà de la simple réalisation du plaisir génital, l'épanouissement sexuel au sens large.

Issue de la recherche clinique liée à la sexologie dans les années 60 aux Etats-Unis⁴⁸, la pratique de l'assistance sexuelle est animée par l'idée que la sexualité est non seulement un besoin humain fondamental mais aussi l'une des dimensions de l'affirmation de soi. Elle ne vise ni un public particulier, ni des sexualités particulières mais s'efforce de proposer des réponses en phase avec les besoins et les attentes singulières d'un/une usager(e).

IV.4.2. L'assistance sexuelle proposée aux personnes en situation de handicap (différence avec les autres actions et avec la prostitution)

En Suisse romande et en Belgique notamment, certaines initiatives ont vu le jour, qui proposent l'assistance sexuelle comme réponse parmi d'autres aux besoins en matière de vie relationnelle et sexuelle qu'expriment certaines personnes handicapées.

Comme les autres actions de soutien et d'accompagnement, l'assistance sexuelle vise à la mise en œuvre des droits de la personne handicapée tels que définis par la Convention des Nations Unies, signée par la Belgique en 2007 et ratifiée en 2009. Elle s'inscrit dans l'éventail des actions de lutte contre la discrimination et s'aligne sur les valeurs d'autonomisation, d'intégration et de qualité de vie des personnes en situation de handicap.

⁴⁸ L'assistance sexuelle a été définie par les pionniers de la recherche en sexologie clinique, William Masters et Virginia Johnson. D'abord axée sur la prise en charge des troubles de la sexualité, la sexologie clinique travaillait de manière privilégiée sur la relation au corps. Distincts des thérapeutes spécialisés dans le travail psychologique et social auxquels toute activité sexuelle avec le patient est interdite dans l'exercice de leur fonction, tout autant que des *sex workers*, l'assistant sexuel est engagé avec un client dans des expériences qui ont pour but, non la satisfaction sexuelle en tant que telle, mais le développement des aptitudes physiques et mentales nécessaires à l'épanouissement sexuel.

L'assistance sexuelle n'a pas vocation à se substituer aux autres actions existantes de soutien et d'accompagnement telles que reprises en IV.3 ; elle offre aux usagers une possibilité *complémentaire*, dans le respect des attentes comme des limites tant de la personne handicapée que de l'assistant(e) sexuel(le). Le succès de l'assistance sexuelle dépend d'ailleurs en bonne part du développement global d'une culture d'ouverture vis-à-vis de la sexualité des personnes handicapées, à laquelle participe bien entendu la pluralité des actions énumérées en IV.3.

En effet, l'assistance sexuelle recoupe les finalités des diverses actions existantes⁴⁹ :

- elle ménage un espace et un temps d'intimité dégagés du soin et de l'aide *stricto sensu* (professionnels et parents) ;
- elle constitue une aide individuelle ou au couple sans exclusive ;
- elle permet de prendre connaissance de son corps et de ses désirs, de ses besoins et de ses limites ;
- elle permet d'acquérir les compétences physiques et mentales (émotionnelles et autres) que demandent des relations sexuelles épanouies ;
- elle constitue aussi l'occasion de s'informer et d'apprendre (santé, hygiène, contraception) ;
- elle implique des personnes formées et compétentes ;
- elle offre un cadre qui garantit respect, protection, sécurité physique et morale.

Mais elle se distingue aussi des autres actions existantes par le fait que :

- elle propose un apprentissage des relations *par la relation*, donc par le biais d'une *expérimentation avec autrui* (seul ou en couple) ;
- elle met au centre la singularité ou le caractère unique de la personne, de ses besoins et de ses désirs (de la simple sensualité à la sexualité *stricto sensu*) ;
- elle constitue en elle-même, pour les personnes seules, la possibilité d'une relation éventuellement régulière, la possibilité de satisfaire un besoin fondamental ;
- elle donne l'opportunité aux usagers handicapés d'élargir leur cercle de relations hors des milieux du handicap.

Bien que l'accompagnement à la prostitution fasse, dans certains cas, partie de l'éventail des actions proposées par certaines institutions et qu'elle puisse remplir certaines des fonctions

⁴⁹ Les finalités des actions existantes et actuellement reconnues se retrouvent dans l'assistance sexuelle telle que nous la proposons sur la base de l'expérience associative suisse et belge. Il faut en retenir, tout particulièrement, *du côté des prestataires comme du côté des bénéficiaires* : la formation, l'acquisition de compétences psycho-corporelles, la délimitation personnelle et singulière des limites dans les pratiques érotiques, la protection et la sécurité physique et morale. Nous renvoyons à nos sections III. 4 (L'assistance sexuelle en Belgique) et III. 5 (L'expérience de la Suisse romande).

assurées par l'assistance sexuelle⁵⁰, cette dernière telle qu'elle est actuellement pratiquée en Belgique ou en Suisse par exemple, s'en distingue par le fait que :

- l'assistance sexuelle implique des prestataires formés et compétents pour prendre en charge les contraintes spécifiques liées au handicap physique ou mental ;
- l'assistance sexuelle se veut une action rigoureusement *encadrée*, qui assure la qualité du service et l'accessibilité par un montant fixe modéré et qui garantit le respect, la protection et la sécurité physique et morale des usagers comme des prestataires (assistants sexuels) ;
- l'assistance sexuelle est le fait de prestataires motivés, volontaires et formés. Elle n'est pas un travail salarié ni une activité principale. Le montant fixé pour ce service équivaut à un montant forfaitaire couvrant entre autre les frais, et non à un salaire. La rémunération permet en outre de fixer les limites de la relation, qui s'appuie sur l'assistance et le service, et n'est pas supposée prendre appui sur d'autres ressources relationnelles tel l'amour ;
- l'assistance sexuelle est une offre de services qui s'adresse autant aux femmes qu'aux hommes⁵¹.

Il va de soi que les personnes exerçant la prostitution ne sont pas exclues de l'assistance sexuelle et qu'elles peuvent se voir reconnaître le titre d' « assistant sexuel », pour autant que, comme tout autre volontaire, elles accomplissent la formation et s'inscrivent dans le cadre prévu.

IV.5. Le Comité estime que l'assistance sexuelle, afin de rencontrer les finalités des actions de soutien et d'accompagnement à la vie sexuelle, doit constituer une offre de service rigoureusement encadrée (expertise, travail d'équipe, règlement)⁵².

Est nécessaire la présence d'un cadre qui prévoit :

- la sélection et la formation des candidats à l'assistance ;
- le travail en équipe et en intervision pour le suivi des assistants ;
- la possibilité pour les assistants de définir eux-mêmes, librement et individuellement, les services qu'ils sont prêts à offrir ;
- une analyse soigneuse et précise des demandes, au besoin *en concertation approfondie avec les tiers* ;
- la gestion collective des problèmes rencontrés lors de prestations ;
- l'*adéquation* entre la demande de l'utilisateur et l'offre du prestataire ;

⁵⁰ Les acteurs de terrain de l'assistance sexuelle de notre pays estiment cependant que le cadre légal qui régit la prostitution en Belgique est totalement insuffisant, et tout à fait inadéquat pour répondre aux problèmes spécifiques des personnes en situation de handicap (Audition Aditi).

⁵¹ L'offre de prostitution à destination des hommes avec un handicap semble, d'après les témoignages recueillis, plus élevée que celle à destination des femmes.

⁵² Nous nous fondons ici encore sur l'étude des expériences menées en Suisse romande et en Belgique, effectuée à travers la littérature et les auditions. En regard de l'absence de cadre de la prostitution, experts et praticiens semblent unanimes quant à la nécessité d'une pratique *encadrée* de l'assistance sexuelle. Voir *supra*, III. 4 et III. 5.

- un haut niveau d'expertise soutenant la pratique (psychologique, sexologique, etc.) ;
- un règlement précis définissant la prestation, les compensations financières, les obligations des parties (rapports protégés contre les MST), etc.,

Ce cadre permet de répondre à trois objections que soulèvent les actions de soutien et d'accompagnement à la vie sexuelle des personnes en situation de handicap : comment agir dans des situations d'interdépendances complexes ? comment agir vis-à-vis des personnes avec un handicap mental ? comment garantir la protection des usagers comme des prestataires ?

IV.5.1. Prise en compte des interdépendances et des relations rapprochées d'aide et de soin (famille et professionnels) qui caractérisent la vie de certaines personnes en situation de handicap (voir IV.2)

L'intervention de tiers est fréquente, et d'ailleurs souvent inévitable, dans la vie sexuelle des personnes présentant un handicap physique et/ou mental sévère, qu'elles soient mineures ou majeures ; il arrive souvent que les demandes sexuelles ne soient pas explicitement prononcées par les personnes, mais repérées et, le cas échéant, transmises par les aidants (famille ou professionnels). S'il est entendu que ces derniers n'ont pas vocation à répondre par eux-mêmes aux besoins et désirs sexuels, ni à tous les désirs affectifs des personnes dont elles s'occupent, la relation d'aide et de soin ne pourra pas toujours être mise entre parenthèses et l'enjeu est de construire, en chaque cas, la bonne articulation entre l'indispensable de l'aide et du soin et les relations sexuelles qui en sont distinctes (voir point 2, *supra*). L'assistance sexuelle peut y contribuer.

Les membres du Comité estiment que l'encadrement du service de l'assistance sexuelle lui-même, tel qu'il est expérimenté à l'heure actuelle de façon empirique, est de nature à favoriser *quand c'est nécessaire* la concertation et le dialogue avec les différentes personnes impliquées dans la vie quotidienne de la personne handicapée et avec celle-ci (par exemple lorsque la « demande » n'est pas suffisamment explicite et claire et est relayée par différentes personnes). L'un des enjeux de l'assistance sexuelle aux personnes handicapées est, notamment, de mettre en place les conditions d'une certaine autonomie par la création d'une sphère d'intimité et de vie privée *au cœur des relations complexes* expérimentées par les personnes handicapées du fait de leurs conditions de vie concrètes (vie en institution, aide des proches, etc.). Les membres du Comité estiment que, comme le disent certains acteurs de terrain, la personne handicapée doit rester le « premier expert » de sa vie sexuelle. Cependant, la concertation avec les tiers aidants doit être possible si elle est souhaitée et si elle est nécessaire. Elle ne doit en aucun cas être obligatoire. Le « cadre » empirique actuellement élaboré dans les expériences associatives d'assistance sexuelle permet d'offrir cette possibilité.

IV.5.2. Prise en compte du handicap mental

La situation de handicap mental (déficience intellectuelle, cognitive, émotionnelle, etc.) engendre des vulnérabilités particulières et soulève des questions spécifiques, comme celle de la capacité à s'exprimer verbalement et physiquement, à donner son consentement ou encore à adopter des attitudes, gestes et comportement appropriés. Les experts s'accordent à reconnaître que le handicap mental expose davantage au risque d'abus.

Pour autant, le Comité estime que le recours à l'assistance sexuelle pour les personnes en situation de handicap mental, seules ou en couple, peut constituer une réponse tout aussi pertinente que pour les personnes porteuses d'un handicap physique. Bien encadrée et définie, l'assistance sexuelle non seulement ne représente pas un danger pour les personnes en situation de handicap mental, mais, comme pour les autres, peut constituer un *moyen de protection* des personnes estimées vulnérables. Le dispositif en lui-même (expertise des prestataires, possibilité d'une concertation avec les tiers impliqués, parents ou professionnels, analyse approfondie préalable de demandes dont la personne concernée n'est pas toujours le premier porte-parole, suivi systématique), ainsi que l'expérience acquise à travers l'assistance sexuelle sont de nature à diminuer les vulnérabilités et à construire les conditions d'un « consentement » qui ne peut pas toujours se formuler facilement. L'éventuelle incapacité juridique de la personne demandeuse ne pose pas de problème éthique dans la mesure où le cadre du service proposé apporte lui-même la sécurité nécessaire.

IV.5.3. Protection et sécurité des usagers et des prestataires

Dans les relations sexuelles, les personnes en situation de handicap mental et/ou physique sont exposées aux mêmes risques que les personnes valides : abus, violence physique, pression morale, etc⁵³. Par sa nature même de *relation*, l'assistance sexuelle expose usagers et prestataires à des risques similaires. L'encadrement tel qu'il est décrit ici a précisément pour vocation d'offrir aux deux parties une sécurité et une protection qui peuvent faire défaut dans le cas du recours à la prostitution. Les acteurs de terrain estiment qu'à l'heure actuelle, le cadre légal existant en Belgique pour la prostitution est inadéquat pour l'assistance sexuelle.

Si la présence d'un *cadre* constitue une réponse à l'objection des risques potentiels de l'assistance sexuelle — réponse à la question de la protection des parties dans l'exercice du service —, on peut aussi avancer que, bien encadrée, c'est *l'assistance sexuelle elle-même*, par son potentiel d'expérimentation, d'apprentissage et de médiation entre personnes, qui contribue à défaire les vulnérabilités des personnes handicapées pour l'avenir. L'expérience, l'acquisition

⁵³ Si l'on peut faire un parallèle entre personnes handicapées et personnes valides de ce point de vue, il convient de ne pas perdre de vue que, d'un côté comme de l'autre, les femmes ne sont pas en position d'égalité avec les hommes : elles sont davantage exposées à l'abus et à la violence physique. Une attention particulière doit être accordée aux femmes handicapées, dont la sexualité est encore trop souvent niée par l'entourage.

de compétences et de connaissances, la conquête de l'autonomie ou encore l'estime de soi que peut procurer l'assistance sexuelle comptent parmi les défenses les plus solides contre l'abus et la violence⁵⁴.

En outre, le Comité est d'avis que *ce même cadre* est également protecteur pour les assistants sexuels eux-mêmes, garantissant leur activité contre l'exploitation économique et sociale observée dans certaines formes de prostitution et punissable par la loi.

IV.6. Le Comité estime, à rebours de l'avis rendu par le CCNE français⁵⁵, que l'assistance sexuelle, afin de rencontrer adéquatement les finalités des actions de soutien et d'accompagnement à la vie sexuelle, doit constituer une offre de service *reconnue* par les pouvoirs publics à travers un cadre réglementaire.

Les associations qui expérimentent actuellement des dispositifs d'assistance sexuelle « sur le terrain » en Belgique sont très attachées au « cadre institutionnel » qu'elles élaborent pour leur activité et appellent de leurs vœux la mise en place d'un cadre légal adapté. Les membres du Comité rejoignent cet avis, estimant que l'existence d'un cadre réglementaire sanctionné par les pouvoirs publics, outre la reconnaissance du caractère légal de l'assistance sexuelle :

- permettrait d'assurer une harmonisation des services d'assistance sexuelle, mettant à égalité usagers et prestataires impliqués sur tout le territoire ;
- permettrait de distinguer clairement les prestations d'assistance sexuelle des prestations de prostitution et de donner aux assistants sexuels un statut formellement reconnu et protégé⁵⁶ (et ce, même s'ils exercent par ailleurs dans la prostitution en dehors de leurs services d'assistants sexuels) ;
- serait de nature à renforcer les protections que les acteurs de terrain cherchent à élaborer, pour les usagers comme pour les prestataires, au niveau même des pratiques ;
- encouragerait le développement d'une initiative solidaire qui a fait les preuves de sa pertinence et de son utilité sur le terrain.

⁵⁴ « L'information rend les individus plus forts. [...] L'information, c'est la sécurité » (Audition des responsables d'Aditi, 3/2/2016).

⁵⁵ L'avis n. 118 rendu en 2012 par le Comité Consultatif National d'Ethique (*Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle*), n'est pas défavorable à l'assistance sexuelle, qui s'y trouve par ailleurs définie de manière peu précise et délimitée pas des principes assez généraux. Mais l'avis se montre défavorable à toute intervention des pouvoirs publics dans le domaine, estimant que les problèmes relatifs à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées, s'ils renvoient bien à une responsabilité collective, doivent se résoudre par la solidarité interpersonnelle : « une affaire collective dont chacun porte la responsabilité » (<http://www.ccne-ethique.fr/fr>)

⁵⁶ En 2015, la plateforme européenne EPSEAS (qui met en réseau des associations sans but lucratif travaillant à développer les dispositifs d'aide et d'accompagnement aux relations sexuelles comme ADITI) a vu le jour grâce à un subside provincial en Flandre. Elle a pour but l'élaboration d'une formation harmonisée pour les prestataires de services sexuels et de propositions de cadre légal.

IV.7 Le Comité estime que l'assistance sexuelle doit être envisagée comme un service rémunéré. Usagers et prestataires de l'assistance sexuelle s'accordent généralement sur l'importance de la transaction financière comme moyen de mettre en évidence le cadre dans lequel se déroulent les relations sexuelles : elles sont par là clairement dégagées d'obligations et d'engagements mutuels au-delà de ceux inhérents au service. Du côté du prestataire, la transaction financière n'empêche nullement une démarche apparentée au bénévolat⁵⁷ : elle est dans ce cas conçue comme une indemnité ou un défraiement. Dans tous les cas, cette rémunération est fixée forfaitairement au préalable et n'est pas conditionnée au type d'actes réalisés durant le temps de l'assistance sexuelle.

IV.8. Le Comité estime que l'assistance sexuelle ne doit pas faire l'objet d'un remboursement par les pouvoirs publics (mutuelles ou autres).

Le Comité estime que, s'il est important d'assurer, via un montant fixe et modéré (forfait), l'accessibilité à tous de l'assistance sexuelle, le principe d'un remboursement de type mutuelle présente deux défauts : d'une part, il risque de conditionner l'accès à une procédure de type « prescription », rendant l'intervention de tiers supplémentaires nécessaire ; d'autre part, il risque de faire entrer l'assistance sexuelle dans la catégorie des « soins » de santé.

De nombreux acteurs de terrain tiennent à souligner que l'assistance sexuelle vise à répondre à l'un des besoins humains fondamentaux plutôt qu'à délivrer un soin. Ceci rejoint l'idée que le handicap et ses implications concrètes ne relève pas de la pathologie mais de configurations environnementales et sociales discriminatoires, à traiter non au moyen de politiques de santé mais au moyen de politiques sociales d'accessibilité (même si certains soins de type « santé » peuvent s'y insérer bien entendu).

Une telle perspective souligne le fait que c'est l'égalité entre personnes en situation de handicap et personnes valides qui doit prévaloir et que les pouvoirs publics ont une responsabilité quant à la mise en place de mesures actives favorisant l'accès à la vie sexuelle de tous les membres de la société.

⁵⁷ Comme c'est le cas dans le cadre prévu par Aditi, qui dispose que l'assistance sexuelle ne peut constituer une source de revenus principale pour le prestataire et que le montant de la prestation ne constitue donc pas un salaire.

V. Conclusions & Recommandations

L'assistance sexuelle aux personnes handicapées : aux frontières du soin

Les recommandations du Comité, qui tranchent avec celles produites par d'autres instances ou groupes de travail ayant été saisis pour traiter la question de l'assistance sexuelle aux personnes handicapées, tant en Belgique⁵⁸ qu'à l'étranger durant les dernières années, constituent le fruit d'une recherche de longue durée et de débats nourris. Les explications et témoignages apportés par les acteurs de terrain experts dans l'aide apportée aux personnes handicapées relativement à leur vie sexuelle (qu'il s'agisse ou non de l'assistance sexuelle), de même que ceux apportés par des assistants sexuels et par une usagère, ont joué un rôle majeur. Ainsi, le partage d'expériences vécues, très largement inconnues des personnes valides, et d'ailleurs largement invisibles au grand public, expliquent en grande partie les conclusions originales produites par le Comité.

Le présent avis a élaboré la problématique de l'assistance sexuelle aux personnes handicapées dans un cadre à la fois *social* et *anthropologique*. Il s'inscrit dans le mouvement, amorcé il y a plus de trente ans, qui s'est efforcé de soustraire le handicap au cadre médical où il fut longtemps confiné, pour le placer de manière directe dans l'horizon politique de l'égalité des droits et de la lutte contre les discriminations — ainsi que le font, d'ailleurs, les conventions internationales touchant aux personnes handicapées.

Dans la perspective adoptée par le Comité, l'assistance sexuelle ne relève donc pas du domaine du soin aux sens médical et paramédical du terme ; comme le handicap lui-même, la sexualité des personnes handicapées n'est pas d'ordre pathologique ; elle n'est pas davantage une question de conduite personnelle ou privée, ni de « morale », sur laquelle le Comité n'a bien entendu pas vocation à se prononcer. L'approche socio-anthropologique adoptée est, comme exposé en III. et en IV.1, l'aboutissement historique d'une œuvre collective, d'une réflexion plurielle et contradictoire qui a constaté les limites et la péremption du modèle médical du handicap. Elle a permis de mettre en évidence les inégalités dans l'accès aux droits, souvent rencontrées dans les situations de handicap.

⁵⁸ Par exemple : un avis émis par l'ASPH (Association Socialiste des Personnes Handicapées), *Quelle place pour l'assistance sexuelle en Belgique* en 2012 sans être totalement opposé, émet de sérieuses réserves. « Nous ne voulons pas nous résoudre à une 'sexualité de soulagement' ou à de la 'tendresse sur commande' » (p. 11) sont les lignes conclusives de 2012. Mais l'opinion évolue : plus nuancé, proche de la position défendue ici, l'avis *Quels sont les grands enjeux politiques et juridiques de l'assistance sexuelle en Belgique* de 2015 avance que « chaque projet dans le domaine de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mérite de prendre le temps d'identifier les besoins de chaque personne, afin d'apporter la réponse la plus adéquate, qui ne sera pas nécessairement l'assistance sexuelle » (p. 7-8). Consulter : <http://www.asph.be/PublicationsEtOutils/AnalysesEtEtudes/sante-et-ethique/Pages/default.aspx>

Si l'assistance sexuelle ne relève pas du domaine du soin, elle n'en appelle pas moins un questionnement d'ordre bio-éthique, pour plusieurs raisons. Le Comité est en effet d'avis que l'assistance sexuelle, par son lien avec la sexualité et en tant que composante possible de la vie sexuelle, participe du domaine de la santé tel que l'entend l'OMS : un état de « bien-être, physique, mental et social » englobant la vie sexuelle reconnue comme besoin humain fondamental. Par ailleurs, la question de l'assistance sexuelle met en jeu, à divers niveaux, le corps (qu'il s'agisse de celui de la personne handicapée, celui de l'assistant sexuel ou du prestataire de service sexuel). Enfin, il est clair que le Comité, en prenant le parti de soustraire l'assistance sexuelle au cadre du soin, répond à une demande de clarification venue des professionnels de soins de santé eux-mêmes en vue d'une séparation nette des prestations de soins de celles à caractère sexuel. On rappellera que nombre de personnes handicapées vivent dans des institutions où elles sont en relation quotidienne avec des «soignants» ; ceux-ci sont souvent, en raison même de leur proximité physique avec les personnes handicapées, des interlocuteurs de première ligne pour ce qui touche aux difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans leur vie et leur activité sexuelle. Les soignants du secteur sont nombreux à souhaiter une séparation nette entre les soins à prodiguer et l'aide sexuelle, quelle qu'en soit la nature.

La situation actuelle montre donc que les « frontières » du soin — qu'il s'agisse de faire la part entre des prestations médicales et d'autres dispositifs d'égalité sociale, de distinguer entre maladie et handicap, ou même entre santé et maladie — ne sont pas données a priori, stables et assurées, mais sont l'objet de constructions historiques, de conflits éthiques et politiques, de négociations sociales plus ou moins harmonieuses.

Le Comité consultatif de bioéthique se positionne, à travers le présent avis, comme un acteur, parmi d'autres, de la discussion publique qui doit, idéalement, nourrir ce travail de co-construction et de délimitation, dont les implications retentissent dans les pratiques sociales concrètes.

La partie II a identifié les aspects juridiques de la question. La partie III, *Etat des lieux*, s'efforce de rendre compte, d'une part, de la variété des réponses sociales aux besoins sexuels des personnes handicapées et, d'autre part, des cadres de référence et des finalités qui sous-tendent ces réponses. La partie IV, *Considérations éthiques*, s'efforce d'en développer les implications, de manière à définir l'assistance sexuelle en précisant sa différence avec la prostitution. Elle propose, plus globalement, une *problématisation* bien définie de l'assistance sexuelle, qui l'inscrit dans l'éventail des dispositifs d'aide existants.

Les conclusions et recommandations constituent le résumé de cette problématisation éthique.

1.

Le point de vue éthique adopté par le Comité prend appui sur deux modes de conception du handicap : *l'approche sociale*, située dans la perspective de l'égalité et d'une lutte contre les discriminations, et *l'approche anthropologique*, qui porte l'attention sur l'individu en tant qu'être singulier, relationnel et vulnérable. Si les points de vue varient quant à la priorité qu'il convient d'accorder à l'une ou à l'autre, le Comité estime qu'elles ne sont pas exclusives, mais complémentaires : favoriser l'épanouissement de la vie sexuelle consiste à proposer des *réponses sociales* à des *demandes singulières, portées par des personnes*.

2.

Le Comité estime que la vie sexuelle est un aspect de la vie relationnelle des personnes ; lever les obstacles à sa réalisation nécessite de prendre en compte les (inter)dépendances complexes, matérielles et symboliques, caractéristiques de la vie en situation de handicap pour y ménager la possibilité de relations d'une *autre nature*, distincte du soin et des relations familiales, dont la personne handicapée reste le premier acteur. Il s'agit toujours, dans les réponses sociales apportées, de partir des capacités personnelles, des attentes et des limites des personnes concernées.

3.

Selon le Comité, améliorer les conditions d'accès à la vie sexuelle requiert un éventail d'actions matérielles et symboliques, soit une pluralité de réponses pour des besoins et des situations toujours singulières.

4.

Le Comité estime qu'un dispositif d'assistance sexuelle intégré à l'éventail des actions existantes et complémentaires de celles-ci constitue l'une des réponses pertinentes aux discriminations que rencontrent les personnes handicapées dans leur vie sexuelle.

L'assistance sexuelle se définit comme un service de soutien et d'accompagnement pratique à la sexualité, effectué par une personne formée à cet effet, qui joue à l'égard de l'utilisateur le rôle d'un partenaire éventuellement régulier. Ce service peut répondre adéquatement aux situations spécifiques que rencontrent les personnes handicapées du fait de leurs conditions de vie particulières. Ce service est rémunéré de façon forfaitaire et non soumis à une gradation en fonction du type de prestation réalisé. Ce forfait qui couvre le dédommagement des frais, l'engagement personnel et les compétences de l'assistant(e) sexuel(le), a aussi pour fonction de clarifier la nature de *service* de l'assistance sexuelle et de dégager les partenaires d'obligations et engagements mutuels, notamment affectifs, allant au-delà de ce service.

5.

Le Comité estime que l'assistance sexuelle, afin de rencontrer les finalités des actions de soutien et d'accompagnement à la vie sexuelle, doit :

- constituer une offre de services *rigoureusement encadrés* (expertise, travail d'équipe, règlements) ;
- prendre en compte les (inter)dépendances et les relations rapprochées d'aide et de soin (famille et professionnels) qui caractérisent la vie de certaines personnes handicapées;
- ne pas faire du handicap mental un cas à part, et veiller, quel que soit le handicap, à prendre en considération les vulnérabilités éventuelles qui en découlent ;
- assurer par un encadrement adéquat la protection et la sécurité des usagers comme des prestataires.

D'une manière générale, le Comité estime que, sous condition de la présence d'un cadre adéquat, l'assistance sexuelle elle-même, par le potentiel d'expérimentation, d'apprentissage et de médiation entre personnes qu'elle représente pour les usagers, peut contribuer à la diminution de leurs vulnérabilités et à augmenter leurs défenses contre l'abus et la violence.

6.

Le Comité estime que l'assistance sexuelle, afin de rencontrer adéquatement les finalités des actions de soutien et d'accompagnement à la vie sexuelle, doit constituer une offre de service *reconnue* par les pouvoirs publics à travers un cadre réglementaire. Cette reconnaissance et le cadre réglementaire qui en découle assureraient une homogénéité des services offerts, et l'égalité des usagers au regard de ceux-ci. S'il ne met pas en cause le statut de la prostitution dans le droit belge, il estime en revanche que celui-ci n'offre nullement un cadre réglementaire adéquat pour l'assistance sexuelle telle que définie dans le présent avis. Aussi, le Comité recommande que les législateurs compétents prennent chacun pour ce qui les concerne les mesures nécessaires pour adapter les textes légaux en matière d'exemption des poursuites pénales (voir II.2.2) ainsi qu'en matière de consentement (voir II.2.1).

7.

Le Comité estime que l'assistance sexuelle ne doit pas faire l'objet d'un remboursement par les pouvoirs publics (via les mutuelles ou autres).

8.

Conscient du tabou que constitue encore souvent la sexualité des personnes handicapées, le Comité incite les personnes directement concernées, que ce soit en famille ou en institution, à surmonter leurs éventuelles réticences à ce sujet et à en parler.

L'avis a été préparé en commission restreinte 2014/3 composée de :

Coprésidents	Corapporteurs	Membres	Membre du Bureau
J. Fierens	F. Caeymaex	M. Dupuis	P. Schotsmans
V. Draulans	V. Draulans	G. Lebeer	
		J. Libbrecht	
		D. Lossignol	
		J. Messinne	
		V. Pirard	
		F. Van de Merckt (jusqu'au 28 octobre 2016, date de sa démission au Comité)	

Membre du secrétariat

Monique Bosson

Experts auditionnés

Paul Maes, ASBL "Emmaüs", directeur du "dienstverleningscentrum" 't Zwart Goor, Merksplas

Pascal Coquiart, *Centre Arthur Régniers*, psychologue, sexologue spécialisé

Home « Reine Fabiola », Braine-l'Alleud :

- Dominique Linglart, psychologue, coordinatrice de l'accompagnement de la vie affective, relationnelle et sexuelle
- Mélanie Lepoivre, éducatrice, responsable de deux unités de vie pour personnes autistes
- Antony Artigas, anthropologue, responsable pédagogique

Guy Hubert, *ASBL « Inclusion »* (issue de AFRAHM), psychologue, antenne déficience intellectuelle, service formation

Fabienne Cornet, licenciée en travail social, responsable du *centre de ressources «Sexualité & Handicap»*

Témoignage d'un parent souhaitant garder l'anonymat

ASBL « ADITI »:

- Miek Scheepers, coordinatrice
- Pascale Vanransbeeck, collaboratrice de projet Bruxelles/Wallonie

Michel Mercier, prof. ém. Fac. univ. ND Paix Namur

Mr X, assistant sexuel souhaitant garder l'anonymat

Mme X, usagère d'assistance sexuelle souhaitant garder l'anonymat

Experts consultés

Catherine Agthé Diserens, sexo-pédagogue spécialisée, formatrice pour adultes, Suisse

Nicole Gallus, juriste, membre du Comité

Les documents de travail de la commission restreinte 2014/3 – question, contributions personnelles des membres, procès-verbaux des réunions, documents consultés – sont conservés au centre de documentation du Comité, et peuvent y être consultés.

Cet avis est disponible sur le site : www.health.belgium.be/bioeth.
