

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

Haute école de Travail Social – HES-SO Valais // Wallis

---

**L'approche de l'intimité avec des adolescents en situation de  
handicap mental dans les soins**

Réalisé par : Coutaz Lorena

Promotion : Bachelor 19

Sous la direction de : M. Margot-Cattin Pierre

Sierre, le 03.03.2022

## Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce travail. Je les remercie également pour le temps qu'elles m'ont accordé ainsi que pour les renseignements qu'elles m'ont fournis.

Monsieur Pierre Margot-Cattin, mon directeur de travail de Bachelor pour son suivi et son aide précieuse au cours de mon travail.

Aux trois éducatrices sociales et aux deux éducateurs sociaux qui ont répondu favorablement à mes questions en me partageant leurs avis ainsi que leurs expériences au sujet de ma problématique.

À tout mon entourage pour leur accompagnement et leur soutien.

À toutes les personnes qui ont pris du temps pour la relecture et la correction de mon dossier.

## Déclarations

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure.

Je certifie avoir personnellement écrit ce travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citations ou paraphrases, sont clairement indiqués.

Dans ce dossier, l'utilisation du langage masculin a été privilégiée de manière à alléger la rédaction du texte et s'adresse aux hommes et aux femmes sans discrimination.

## Résumé

Ce travail de recherche s'intéresse à la posture des éducateurs face à l'intimité des adolescents en situation de handicap mental au moment des soins.

L'équipe éducative est très souvent amenée à effectuer des soins, notamment dans les institutions accueillant des personnes en situation de handicap. Cependant, en manquant de théorie et de pratique quant aux gestes et attitudes à adopter au moment de l'intimité, les professionnels se sont basés et s'appuient encore davantage sur leurs propres expériences, les conseils de leur groupe éducatif ainsi que sur leurs ressentis personnels.

Afin de comprendre au mieux la problématique, quatre hypothèses ont été retenues. La première est de savoir si, dans l'accompagnement au quotidien, l'équipe éducative apporte des soins dans la sphère intime des jeunes. La deuxième se base sur la confrontation à la sexualité des jeunes au moment de l'intervention dans l'intimité. La troisième stipule que le professionnel peut être gêné face au contact de l'intimité de la personne accompagnée. Pour finir, la dernière hypothèse s'intéresse à la formation des éducateurs quant à leur posture dans l'accompagnement aux soins.

Après une présentation des concepts théoriques liés à l'intimité, aux soins, à l'adolescence, au handicap mental et au métier d'éducateur, ce travail met en exergue, par le biais de divers entretiens et l'analyse de quatre catégories divergentes, des interprétations similaires et / ou opposées de la part des personnes interviewées sur les notions d'accompagnement, de sphère intime, de sexualité, de puberté, etc.

À travers une discussion, les éléments théoriques, les catégories émergentes et les différents postulats sont mis en lien.

Finalement, un chapitre est consacré à la conclusion, dans laquelle mon positionnement professionnel et personnel, les limites, des pistes d'action ainsi que de nouveaux questionnements sont présentés.

### Mots-clés

Accompagnement	Soin / soin intime
Sphère intime	Sexualité
Gêne	Puberté
Handicap mental	Adolescence
Posture professionnelle	Humanité

La démarche de ce rapport n'est pas genrée. Les questionnements, les entretiens et les résultats ont été effectués de manière globale.

Les termes de « jeune » et d'« adolescent » prennent également en compte le féminin. Le dossier a été rédigé au masculin pour alléger la rédaction du texte.

# Table des matières

Remerciements .....	1
Déclarations .....	1
Résumé .....	2
1. Introduction de la problématique .....	5
2. Mes motivations .....	7
2.1 Motivations personnelles .....	8
2.2 Motivations professionnelles .....	8
3. Lien avec le travail social .....	9
4. Question de recherche .....	10
5. Objectifs .....	10
6. Hypothèses .....	11
7. Cadre théorique .....	13
7.1 Intimité .....	13
7.1.1 Les types d'intimité .....	13
7.1.2 Les relations d'intimité .....	15
7.1.3 L'intrusion dans la sphère intime .....	16
7.2 Soins .....	18
7.2.1 La bientraitance .....	18
7.2.2 La maltraitance .....	20
7.2.3 L'Humanitude dans les soins .....	22
7.2.4 La relation de soin .....	23
7.3 Adolescence .....	24
7.3.1 Développements .....	25
7.3.2 Stades vécus pendant l'adolescence .....	27
7.4 Handicap .....	29
7.4.1 Formes de handicap .....	30
7.4.2 Handicap mental et adolescence .....	33
7.5 Le métier d'éducateur social .....	35
7.5.1 Définition et rôles .....	35
7.5.2 Approches .....	36
7.5.3 La posture professionnelle .....	36

<b>8. Méthodologie.....</b>	<b>40</b>
8.1 Terrain d'enquête .....	40
8.2 Récolte des données .....	40
8.2.1 Présentation des éducateurs et éducatrices.....	40
8.2.2 Outil méthodologique.....	41
8.3 Enjeux éthiques .....	41
<b>9. Analyse des résultats .....</b>	<b>42</b>
9.1 L'accompagnement dans les soins et les soins intimes.....	42
9.2 Le défi de l'adolescence chez les jeunes en situation de handicap mental.....	44
9.3 Le ressenti de l'équipe éducative face au corps de l'autre .....	47
9.4 Le manque de formation .....	49
<b>10. Synthèse des catégories émergentes.....</b>	<b>51</b>
<b>11. Discussion.....</b>	<b>53</b>
11.1 Prendre soin.....	53
11.2 Le lien de confiance.....	54
11.3 La sexualité .....	55
11.4 Les postures professionnelles.....	56
<b>12. Vérification des hypothèses .....</b>	<b>58</b>
<b>13. Conclusion .....</b>	<b>60</b>
13.1 Limites de la recherche .....	61
13.2 Pistes d'action .....	62
13.3 Nouveaux questionnements .....	63
13.4 Mots de fin .....	64
<b>14. Références.....</b>	<b>65</b>
<b>15. Annexe : grille d'entretien .....</b>	<b>70</b>

# 1. Introduction de la problématique

Intimité et soin vont de pairs lorsqu'il s'agit d'aborder le métier d'éducateur. Dans les années 1970 et 1980, les éducateurs étaient chargés d'une grande partie des tâches qu'effectue aujourd'hui le personnel soignant. En effet, l'intégration des services infirmiers dans les institutions socio-éducatives a modifié la prise en charge, amenant l'équipe éducative à délaisser l'approche aux soins. Depuis 2012, les travailleurs sociaux sont à nouveau sollicités par les établissements pour pratiquer certains actes médico-techniques. Par actes médico-techniques, est entendue l'administration de la médication, le changement d'une sonde urinaire, etc. Mais qu'en est-il des soins intimes ? Être au contact des bénéficiaires constitue un engagement corporel important face à leur intimité, mais également à la relation que ceux-ci entretiennent avec les éducateurs venant à les soigner. Les travailleurs sociaux sont alors amenés à effectuer des soins qui demandent une formation spécifique pour les soignants alors qu'eux ne sont pas formés pour cela. (Bovey & Kuehni, 2019)

CURAVIVA Suisse, association de branche des institutions au service des personnes ayant besoin de soutien, questionne les compétences des éducateurs sociaux. Depuis les années 90, le développement des formations en travail social n'a cessé de croître. Elle constate que les éducateurs ES/HES n'ont pas reçu, dans leur formation, suffisamment de connaissances de base en matière de soins. Par l'intégration des divers métiers dans les établissements, elle remarque que les assistants socio-éducatifs (ASE), les assistants en soins et santé communautaire (ASSC) et les assistants en soins et accompagnement (AFP) ont acquis plus de compétences infirmières durant leur formation que les travailleurs sociaux. (CURAVIVA Suisse, 2019)

Le soin est avant tout une rencontre humaine. Il l'est d'autant plus lorsqu'il met en avant la notion d'intimité. L'intimité est une liberté individuelle. Chaque personne, dans le cadre de la loi, de sa culture, est libre de choisir ce qu'elle veut montrer ou cacher à autrui. Il est alors important de préciser que le respect de celle-ci doit être préservé dans l'approche aux soins. Cependant, dans les institutions, les résidents, notamment les personnes en situation de handicap, sont amenés à recevoir des soins par nécessité. Même si la notion de consentement prend tout son sens, il n'en reste pas moins que le professionnel entre dans l'espace intime du bénéficiaire, par une intrusion physique et psychique. (Dumont, 2019)

Le besoin d'intimité se ressent davantage pendant l'adolescence. En effet, celle-ci représente une période que chaque individu traverse pour façonner son identité. Cette dernière est ce qui définit mais ce qui nous différencie à la fois. De plus, c'est lors de cette phase que la notion de puberté va être intégrée et prendre une place importante dans le corps de tout adolescent. Cette transition reste difficile pour les enfants en situation de handicap mental, car un décalage physiologique et intellectuel se crée. Ils restent « enfant » psychiquement, mais se transforment physiquement. (Michel, 2012)

Lorsque des adolescents présentent un handicap mental, l'approche de leur intimité reste toutefois difficile, car ils ne bénéficient pas toujours de facultés cognitives leur permettant d'approuver ou de désapprouver un geste ou une attitude de soin à leur égard. Par conséquent, les familles et les professionnels ont parfois tendance involontairement à les infantiliser et, de ce fait, à laisser place à une instabilité dans leur période de transition identitaire. (Bourguignon, 2010)

L'approche aux soins et à l'intimité des personnes en situation de handicap reste un sujet relativement faible en théorie dans les formations en éducation sociale. Les éducateurs sont très rapidement confrontés lors de l'expérience terrain à prodiguer des soins (laver, changer...) sans avoir reçu d'explications théoriques sur le « comment faire », mais également sur la notion de distance face à cette approche. Par distance, nous entendons le fait de différencier un acte d'ordre professionnel d'un acte dit « malintentionné ». Une bonne relation entre le bénéficiaire et le professionnel amène une dimension plus agréable et respectueuse au soin. La connaissance du corps de l'autre, de ce qu'il accepte ou non, permet de prendre du recul face à l'intimité d'autrui. (Dumont, 2019)

## 2. Mes motivations

Lors de ma formation pratique 1, j'ai travaillé avec des jeunes âgés de 8 à 13 ans ayant des besoins sensoriels particuliers, des difficultés de comportement, des troubles de perception, TSA, etc.

Tous les jeudis et vendredis, je travaillais avec une jeune adolescente âgée de 13 ans. Atteinte d'un autisme jugé sévère, son âge mental était comparé à celui d'un enfant de 2 ans. Un jeudi, je l'ai accompagnée aux toilettes. Il s'est avéré que ce matin-là, elle avait ses menstruations. Lorsque je suis entrée dans les toilettes, j'ai commencé à paniquer, car elle n'avait pas de change, ni de serviette hygiénique. Sa culotte était remplie de sang, j'étais complètement démunie. Je me suis alors dépêchée de retourner en classe pour trouver le nécessaire afin d'aller rapidement la changer et la mettre plus à l'aise. Le moment qui m'a le plus gênée, est lorsque je me suis mise à l'essuyer, puis lorsque j'ai placé la serviette hygiénique dans sa culotte. Elle n'avait pas l'air d'être dérangée que je sois aux toilettes avec elle, que je la touche et que je regarde sa culotte. C'est à partir de ce moment-là que je me suis rendue compte que j'étais entrée dans son intimité et qu'elle avait été incapable d'approuver ou de désapprouver mon approche. Cette situation m'a beaucoup questionnée :

*Si elle m'avait montré son consentement, me serai-je sentie plus en accord avec ma pratique ?*

*Cette situation m'a-t-elle gênée, car la jeune adolescente était en période de menstruations ? Ou, car je suis une personne pudique ?*

*Comment aurais-je pu agir avec cette jeune pour ne pas me sentir démunie ?*

*Pourquoi l'approche dans son intimité n'a pas semblé la déranger ?*

Quelques jours plus tard, j'ai eu l'occasion de revivre une situation de soin avec un autre enfant, âgé de 10 ans et ayant un trouble autistique. Il avait ce jour-là de la diarrhée. Lors de la douche, il a été capable de m'indiquer quelles étaient les parties de son corps qu'il était d'accord que je touche et lesquelles il souhaitait laver tout seul. Dans ce moment d'intimité, je me suis sentie en sécurité. Je n'ai pas eu l'impression d'être « trop proche », mais d'effectuer mon travail convenablement, car il était en adéquation avec son corps, son intimité et ma pratique envers lui.

De plus, lorsque j'ai terminé ma formation pratique, j'ai trouvé un travail en parallèle à mes études en tant qu'aide éducative dans une autre institution. Celle-ci accueille des enfants et adolescents en situation de handicap âgés de 2 à 18 ans. J'ai été confrontée, à plusieurs reprises, à les changer et à les laver. Une fois de plus, j'ai pu découvrir chez moi une certaine gêne dans l'approche de leur intimité. Personnellement, l'approche aux soins avec un enfant est moins embarrassante qu'avec un adolescent.

C'est pourquoi, je vais aborder, dans ce travail, l'approche de l'intimité avec des adolescents en situation de handicap mental au moment des soins.



## 2.1 Motivations personnelles

En deuxième année d'école de culture générale, j'ai participé à un projet social avec des adultes en situation de handicap. Ce projet m'a énormément plu, c'est pourquoi il m'était instinctif de me diriger dans ce domaine en me formant en tant qu'éducatrice sociale à l'HES-SO de Sierre. En deuxième année d'HES, j'ai eu l'opportunité d'expérimenter ma première formation pratique au sein d'une institution accueillant des enfants et adolescents en situation de handicap, dans laquelle j'ai pu découvrir une multitude de notions au sujet du handicap.

Cette expérience sur le terrain a mis en lumière de nombreux questionnements au sujet du handicap mental, mais plus particulièrement la notion d'intimité et de soins. Ayant majoritairement collaboré avec des enfants lors de mes différents stages, je n'ai jamais eu l'occasion de connaître la population adolescente. Cette FP1 a alors été l'occasion de faire leur connaissance.

Avant de commencer mon stage, j'étais persuadée que mon travail de Bachelor allait se centrer sur un thème lié aux animaux, soit l'approche animale dans le travail social. Cependant, cette formation pratique m'a questionnée sur mon approche et m'a redirigée vers d'autres horizons. Engager la thématique de l'intimité me permet de sortir de ma zone de confort, car je suis une personne très pudique. La situation que j'ai vécue lors de ma FP1 a été l'un de mes plus grands moments de gêne et de solitude, et je souhaite davantage confronter ma pudeur.

Ce travail de Bachelor me motive personnellement, car il répond à mes questions au sujet de cette thématique, renforce ma capacité d'analyse et m'aide à trouver des pistes d'action pour affronter une nouvelle situation lors d'un futur stage ou dans mon futur métier.

## 2.2 Motivations professionnelles

Comme mentionné précédemment, je pense que la situation que j'ai vécue lors de ma première formation pratique se reproduira au vu du métier que je souhaite entreprendre. C'est pourquoi, il est intéressant pour moi d'approfondir cette thématique, car ce sujet m'a questionné et me questionnera encore. Etant donné que je souhaite travailler avec des personnes en situation de handicap, ces questionnements me seront bénéfiques tout au long de ma profession. De plus, j'ai appris lors de ma FP1 que l'équipe éducative n'était pas seulement là pour « éduquer » mais aussi pour accompagner ces personnes dans les gestes de la vie quotidienne, tant lors des repas que lors du moment des soins (douche, toilettes, etc.).

Ce travail de Bachelor me motive professionnellement, car il me permet d'apprendre de nouvelles notions à ce sujet, d'améliorer mon savoir-faire auprès de ces personnes et répondre à mes divers questionnements sur ce thème. Ainsi, il est bénéfique de comprendre les enjeux se cachant derrière les gestes et les attitudes à adopter lors de moments intimes.

### 3. Lien avec le travail social

L'assemblée générale de l'IASSW (Association internationale des écoles du travail social) et la FITS (Fédération internationale des travailleurs sociaux) ont défini, en 2014, le travail social comme étant « une profession basée sur la pratique et une discipline académique qui favorise le changement et le développement social, la cohésion sociale, ainsi que l'autonomisation et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droits de l'homme, de responsabilité collective et de respect de la diversité sont au cœur du travail social. Soutenu par les théories des sciences sociales et humaines et des savoirs autochtones, le travail social engage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et à améliorer le bien-être ». (Dauphin, 2009)

Les éducateurs sociaux exercent un large panel d'activités. Ils accompagnent les personnes dans leur quotidien en leur apportant des soins, en leur proposant des loisirs, en les accompagnant à leurs rendez-vous médicaux, en créant des projets individualisés, etc. Dans ma problématique, le rôle du travailleur social est de privilégier l'autonomie, de favoriser les besoins personnels des adolescents et d'adopter une posture professionnelle adéquate dans l'élaboration d'un soin intime.

En effet, le travail de soin fait de plus en plus partie des activités que les éducateurs effectuent au quotidien, notamment dans les institutions accueillant des personnes en situation de handicap. Il a été relevé que les étudiants étant formés dans l'éducation et sortant d'une haute école ne sont pas assez qualifiés pour effectuer un soin lors de leur arrivée dans le monde professionnel.

De ce fait, il me semble pertinent de relever plusieurs compétences qui vont me suivre tout au long de ce travail de recherche. Elles sont tirées du référentiel de compétences pour la formation Bachelor en travail social :

- Compétence 2 : Identifier et analyser les situations et processus sociaux que l'intervention prend en compte.
- Compétence 6 : Se positionner professionnellement et personnellement en questionnant le sens de l'action sociale.
- Compétence 10 : Identifier, intégrer, mettre en forme et transmettre des informations sociales pertinentes pour les différents acteurs sociaux.
- Compétence 11 : Participer à une démarche de recherche.

En élaborant ce travail de Bachelor, je vais pouvoir répondre à ma problématique sous forme d'un cadre théorique et d'une analyse de terrain, et ainsi travailler ces diverses compétences.

## 4. Question de recherche

Au cours de ma formation, j'ai été amenée à accompagner des adolescentes et adolescents en situation de handicap mental lors des repas, des activités, des loisirs, etc. Toutefois, pendant mon stage, j'ai découvert une autre facette du métier d'éducateur ; celle des soins. Jusque-là, la notion d'intimité ne m'avait jamais interpellée. Ma non-expérience et mon manque de connaissances théoriques à ce sujet m'ont permis de questionner ma posture professionnelle. Ainsi, afin d'approfondir ma problématique, j'ai choisi la question de recherche suivante :

*Quelle est la posture à adopter dans l'accompagnement du soin intime d'un adolescent en situation de handicap mental ?*

Par ce travail, je souhaite réaliser des recherches me permettant de repérer les enjeux se cachant derrière la notion d'accompagnement et de découvrir comment les éducateurs sociaux agissent face à l'intimité des jeunes en situation de handicap mental lorsque la puberté et la sexualité entrent en jeu. Par conséquent, il est important de questionner l'expérience (théorique et pratique), les attitudes, les gestes et les limites des professionnels pour comprendre comment ceux-ci aménagent leurs ressentis et leurs actions lorsqu'ils sont confrontés à l'intimité des adolescents.

Mes recherches ne sont pas genrées ; Elles prennent en compte le féminin et le masculin.

## 5. Objectifs

- Approfondir la notion d'intimité
- Étayer toutes les dimensions de la dynamique des soins
- Explorer les concepts liés à l'adolescence
- Définir la notion de handicap mental
- Définir le métier d'éducateur
- Interroger les professionnels sur leurs connaissances à ce sujet

## 6. Hypothèses

**Dans le cadre de l'accompagnement, l'éducateur social est amené à apporter des soins dans la sphère intime.**

L'éducateur social accompagne chaque usager dans les actes de la vie quotidienne en favorisant le développement personnel, l'autonomie et le pouvoir d'agir tout en prenant en compte les besoins spécifiques de chacun. Les actes de la vie quotidienne se dénombrent en 6 parties : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement et le transfert.

Selon la déficience intellectuelle, l'adolescent n'est pas en mesure de garantir au mieux son quotidien. C'est pourquoi il est bénéfique que l'éducateur soit présent pour l'assister dans ces diverses tâches. Une part de l'accompagnement de l'éducateur se caractérise par le soin, la toilette. De ce fait, en exerçant le soin, l'intimité du jeune est quelque peu dévoilée.

En amenant cette hypothèse, je sous-entends que les soins font partie intégrante du métier d'éducateur. En questionnant les professionnels, je vais pouvoir analyser leurs champs d'intervention, découvrir quels sont les soins proposés dans leur institution et comment ils se déroulent, approfondir la notion de sphère intime et aborder la mixité des genres.

**L'intervention dans l'intimité entraîne une confrontation à la sexualité du jeune accompagné.**

La sexualité du jeune se ressent notamment quand celui-ci entre dans la phase de l'adolescence. En effet, le début de la puberté marque la fin de l'enfance et le commencement de l'âge adulte. Avec l'apparition des poils, de la poitrine, de l'éjaculation, des règles, etc. le jeune peut rapidement se sentir désemparé face à ce nouveau corps en construction. Lorsque l'adolescent est en situation de handicap mental, la notion de puberté reste davantage floue. En effet, celui-ci est amené à adopter des comportements répondant à son âge biologique, mais qui restent, toutefois, figés au niveau cognitif, à un âge antérieur.

Comme mentionné dans la première hypothèse, l'éducateur social apporte des soins, et de ce fait, intervient dans l'intimité du jeune. En rencontrant le corps de l'adolescent, il peut être amené à éveiller d'une certaine manière la sexualité de celui-ci. Les gestes, les mots et les intentions à son égard sont d'autant plus importants pour ne pas éveiller chez lui des émotions et des pulsions soudaines et non-volontaires.

Les entretiens avec les professionnels me permettront de questionner leurs connaissances quant à l'approche de la sexualité et de la puberté lorsqu'ils sont amenés à intervenir dans l'intimité des jeunes.

**L'éducateur social peut être gêné ou déstabilisé face au contact de l'intimité de l'adolescent.**

« L'émotion est au cœur de l'être humain. » Edith Goldbeter-Merinfeld

Chaque professionnel est différent dans sa manière d'éprouver émotionnellement une situation. Certains n'éprouvent aucun embarras face au contact de l'intimité d'autrui et d'autres sont plus confus. À travers cette hypothèse, je souhaite questionner les éducateurs sociaux sur leurs ressentis face aux soins. Entendre et analyser leurs réponses va me permettre d'identifier comment ceux-ci agissent lorsqu'un sentiment spécifique est éprouvé.

**L'éducateur social n'est pas « outillé » pour adopter une posture adéquate dans l'accompagnement du soin intime d'un adolescent en situation de handicap mental.**

Comme mentionné précédemment dans la problématique, l'association CURAVIVA a émis que les éducateurs sociaux n'ont pas assez de connaissances dans l'accompagnement aux soins intimes.

J'ai eu l'opportunité de travailler dans diverses structures accueillant des enfants et des adolescents en situation de handicap mental. J'ai pu observer que chaque professionnel avec qui j'ai collaboré, avait sa propre façon d'entreprendre la relation de soins ; ce qui m'a amenée à émettre l'hypothèse que les éducateurs sociaux apprennent davantage sur le terrain et sont influencés par la pratique des collègues plus expérimentés dans la matière.

J'ai également pu constater que les notions de soin et d'intimité n'ont été que très peu abordées théoriquement durant ma formation, impliquant un réel manque de connaissances face à cet aspect prédominant de l'éducation.

## 7. Cadre théorique

Le cadre théorique de ce travail de Bachelor présente 5 concepts importants afin de comprendre au mieux la question de recherche.

### 7.1 Intimité

Dans notre société, la question d'intimité a souvent questionné de nombreux professionnels travaillant dans la relation d'aide. En effet, nous savons quand notre intimité a été touchée : la honte, la blessure ou bien même la révolte nous en avisent. Mais quand il s'agit de l'intimité d'autrui, comment être sûr que le soignant n'a pas frôlé cette zone intime ?

« L'intimité est une histoire d'identité qui touche au corps et à la vie psychique et qui crée un lien entre les deux. C'est ce qui constitue l'essence d'un être, ce qui est du domaine du privé, du secret, du personnel. Elle est un processus interpersonnel d'échanges entre la construction de soi, l'estime de soi et la réalisation de soi ». (Jean, 2014)

L'intimité favorise le développement de l'identité et de l'individualisation personnelle. Nous pouvons alors comprendre que celle-là va au-delà de la notion de corporalité, elle est également ce que la personne ressent, pense, ce qu'elle aimerait réaliser en fonction de son histoire, de sa culture, de ses valeurs. L'intimité est continuellement en construction ; elle permet à chaque personne de s'autonomiser et de se construire. (Poriel, 2019)

#### 7.1.1 Les types d'intimité

Il existe un grand nombre d'intimités : *morale, sociale, récréationnelle, physique, privée, intellectuelle, émotionnelle, psychique, sexuelle, affective, publique*, etc. (Maltais, 2014)

Dans ce point, nous allons explorer les intimités suivantes : physique, psychique, privée et publique, afin de pouvoir analyser au mieux la problématique initiale.

##### **Intimité physique**

L'intimité physique, ou autrement dit intimité corporelle, est le lieu où se manifestent les difficultés les plus importantes. Elle est la proximité sensuelle ou tactile. Le contact visuel est aussi une forme d'intimité physique, car il donne accès à l'espace personnel de l'autre. (Bourguignon, 2010)

Le corps est la première extériorisation de la personne. « C'est donc là que l'intimité est la plus risquée, la plus ouverte aux agressions, et la plus exacerbée ». (Vienne, 2019)

Par « agressions », nous entendons le fait que l'intime peut stimuler le voyeurisme ou l'abus ; les gestes peuvent très rapidement se transformer en attaque à l'intimité. (Bourguignon, 2010)

##### **Intimité psychique**

Elle est la vie intérieure de l'individu, caractérisée par les joies, les peines, les croyances, les envies, etc. et implique un rapport à soi nécessitant un espace psychique interne. (Dumont, 2019)

Chaque personne, dans la mesure du possible, est capable de reconnaître et d'identifier son expérience interne. C'est-à-dire de réussir à accepter l'intensification et l'insécurité que peuvent provoquer les sentiments qui la traversent en trouvant des pistes afin de gérer au mieux les émotions qui en ressortent. (Jean, 2014)

Développer son intimité psychique, c'est « favoriser le développement de ce nous pensons et l'accès vers une identité personnelle positive ». (Poriel, 2019)

### **Intimité privée**

L'intimité se construit comme « un espace intérieur mettant en jeu le registre du secret vis-à-vis d'autrui mais aussi de soi-même ». (Durif-Varembont, 2009)

Autrui est à la fois semblable et différent. L'intimité produit alors une distance entre soi et autrui, une différenciation inévitable au respect de l'autre et à l'estime de soi. De ce fait, l'intimité est la vie privée que chaque individu maintient afin de se sentir exister comme une personne à part entière. Cette distanciation permet de construire des liens de confiance avec l'autre, mais également avec soi-même, tout en restant des êtres différents. (Durif-Varembont, 2009)

Dans l'intimité privée, nous pouvons intégrer la notion d'intimité morale. En effet, la question de moralité est définie comme le fait « d'être respecté dans sa vie privée, c'est-à-dire de ne pas être importuné par autrui dans sa vie ». (Jean, 2014)

En d'autres termes, il est important, par exemple, lors d'une relation d'aide, de respecter l'intimité privée et de savoir définir la limite entre ce qui est du questionnement nécessaire et de ce qui est de la curiosité. (Dumont, 2019)

« Ainsi, reconnaître le droit à l'intimité de la personne, c'est la reconnaître en tant que sujet et la faire se construire en tant que sujet, et non pas en tant qu'objet ou corps déficient ». (Poriel, 2019)

### **Intimité publique**

Que décidons-nous de partager aux autres et de garder pour soi ? Y'a-t-il encore une vie privée ? Nous devons constamment apprendre à concilier notre intimité avec la vie en collectivité.

Nous pouvons compter 5 niveaux d'intimité lorsque nous apprenons à connaître autrui (Wilson, 2021) :

1. *Échange de données et d'informations* : interactions partagées avec des personnes que nous ne connaissons pas forcément. Les sentiments ainsi que les opinions ne sont pas partagés.  
Exemple : « Il fait beau aujourd'hui... »
2. *Partage des pensées, des croyances et des opinions* : vérifier la réaction d'autrui sans se prononcer soi-même  
Exemple : « Ma grand-mère me disait toujours de... »
3. *Partage de nos propres pensées, opinions et croyances*
4. *Partage de nos sentiments et expériences* : partage des joies, des peines, des succès, des échecs, de nos goûts personnels.

5. *Révéler sa personne* : faire confiance à l'autre, se donner, prendre le risque d'être critiqué ou d'être aimé pour ce que l'on est.

« La véritable intimité s'établit au fil du temps et non immédiatement » (Wilson, 2021). Chaque personne est dans son droit de donner son intimité quand elle veut et à qui elle veut qu'elle soit physique ou psychique.

### **7.1.2 Les relations d'intimité**

Il est important de relever que l'intimité avec laquelle nous collaborons en premier temps, en tant que professionnel avec chaque usager, reste l'intimité physique. Ce n'est qu'avec le temps que se découvre l'intimité psychique de l'autre. En effet, « l'intimité implique une forte autonomie individuelle qui précède la confiance partagée ». (Badeau, 2004)

De ce fait, parvenir à l'intimité d'autrui implique de se mettre dans la peau de celui-ci tout en ne perdant pas sa propre intimité. « L'intimité se devine plus qu'elle ne se manifeste, elle est plus question que réponse, plus expérience que lieu commun ». (Badeau, 2004)

Il existe deux sortes d'intimité, de relation : l'intimité interpersonnelle et l'intimité intrapersonnelle.

#### **Intimité interpersonnelle**

Lorsque nous entretenons une relation avec l'autre, l'intimité est dite interpersonnelle. Elle est décrite comme « la capacité à entretenir de bonnes relations avec les personnes qui font partie de la coexistence dans un certain environnement ». (Coaching communication, 2021)

L'intimité interpersonnelle se partage. Par conséquent, chaque parti, bénéficiaire et professionnel, entretient une bonne relation en partageant des humeurs, des motivations, des désirs, etc. tout en se dissociant par des caractéristiques, différences et personnalités. (Ribes, 2012)

« Le dévoilement de soi dans l'intimité suscite de nombreuses peurs : peur de se dévoiler, de s'exposer tel qu'on est dans ses émotions, désirs et besoins physiques, peur de se fragiliser, d'exposer sa vulnérabilité. Mais seule la tolérance et une grande estime de soi amènent à vivre l'acte de se dévoiler comme une opportunité et non comme une menace ». (Badeau, 2004)

C'est pourquoi il est primordial dans une intimité interpersonnelle de ne pas laisser entièrement place à la transparence, mais de toujours garder une part d'inconnu, un jardin secret. Tout professionnel peut être pris au piège de vouloir à tout prix entretenir une relation transparente avec ses bénéficiaires. Or, par de simples paroles révélatrices, gestes, écoutes, etc. il peut être amené à accompagner autrui par habitude, et non plus par bientraitance. (Badeau, 2004)

#### **Intimité intrapersonnelle**

L'intimité intrapersonnelle, autrement appelée intelligence intrapersonnelle, correspond à l'intimité avec soi. C'est la relation que chaque personne établit avec elle-même à travers ses propres sentiments et aspirations. C'est la compétence de nous connaître personnellement, de nous maîtriser intérieurement, mais aussi la façon dont nous nous



motivons dans notre vie pour atteindre nos objectifs. Plus nous connaissons nos besoins, nos envies, nos limites, plus nous atteignons notre définition du bonheur. (Badeau, 2004)

« La capacité à décider et à être entendu dans ses choix définit une autre dimension de l'intime : celle de la limite que l'individu donne à l'autre dans son existence. Elle marque le choix, la définition de soi. Elle renvoie à l'image de soi et à la responsabilité qu'implique la capacité à choisir ». (Ribes, 2012)

### **7.1.3 L'intrusion dans la sphère intime**

Comme explicité précédemment, l'intime est un « espace intérieur mettant en jeu le registre du secret vis-à-vis d'autrui, mais aussi de soi-même. Il est indissociable de l'altérité, c'est-à-dire qu'il prend naissance lors de la reconnaissance du monde extérieur et de l'autre, impliquant une délimitation du moi / non-moi ». (Fourques, 2020)

Ainsi, cet espace permet de se différencier mais aussi de se reconnaître à travers l'autre. Il permet à chacun d'exister en tant que personne à part entière. Nous pouvons délimiter l'espace intime selon deux bornes : la honte et la pudeur. « La honte touche à ce qu'il y a de plus intime chez le sujet, et la pudeur correspond à un intime qui peut être partagé où l'autre et soi peuvent éventuellement se rencontrer ». (Selz, 2006)

Contrairement à la pudeur, la honte ne peut se reconnaître sans la dépendance de l'usager. Le bénéficiaire, par honte, peut être amené à ne pas réussir à satisfaire seul ses besoins, et par conséquent, à nécessiter de la présence du professionnel pour les accomplir. Par ailleurs, la pudeur résulte d'une réaction protectrice, elle maintient à l'écart la relation afin de montrer ou de dissimuler ce qui lui semble le plus adéquat pour garder au mieux sa sphère intime. (Fourques, 2020)

« L'intimité fait donc le lien entre l'autre et soi, mais également le lien entre le sujet et ses objets internes. Sa construction répond ainsi à une fonction de protection en autorisant un espace de liberté à l'abri de l'intrusion et de l'emprise de l'autre réciproquement ». (Fourques, 2020)

#### **Intrusion dans l'intimité physique**

L'intimité physique se délimite par le corps. Celui-ci est « la frontière, entre la personne et l'extérieur, sa vie intérieure et ses relations. Le corps, espace de visibilité, interface entre privé et public, est à la fois espace d'autonomie (privée) et de participation (sociale). L'atteinte du corps de l'autre est déjà un franchissement, une transgression de cette frontière. » (Char, 1996)

La dépendance peut souvent renvoyer maladroitement à une relation de dominé (personne dépendante) et de dominant (tiers aidant). Le risque d'intrusion est d'autant plus grand, car l'intention de la relation n'est pas toujours basée sur la confiance et sur la régularité des soins exercés par le même professionnel. De ce fait, les gestes, les mots, les intentions sont différentes selon la personne accompagnante. Ces diverses relations mettent à nu l'intimité du bénéficiaire, mais peuvent aussi entraîner un repli social et la peur. (Char, 1996)

C'est souvent le contexte qui peut créer la pudeur, l'atteinte à l'intimité plus que la nudité elle-même. La dépendance peut amener les professionnels à des gestes ayant une forte signification de violation de la pudeur et de l'intimité. (Fourques, 2020)

« La connotation sexuelle de certains actes peut être fortement ressentie. Le fait que l'aidant soit ou non du même sexe peut représenter un élément très important. Aux contacts et aux manipulations subies, peut s'ajouter pour la personne en situation de handicap, le sentiment que son corps, dont les défauts physiques sont exposés, est évalué, apprécié par le tiers ». (Char, 1996)

### **Intrusion dans l'intimité psychique**

Même si les professionnels essaient de préserver au maximum l'intimité de chaque bénéficiaire, il est assez difficile de garantir une intimité psychique dans certains cas. En effet, par la mise en place de projets individualisés, de la recherche du consentement lors des soins, du brassage de professionnels dans l'institution, mais aussi face à la dépendance des personnes en situation de handicap, un risque d'étouffement peut se faire ressentir par les bénéficiaires. Prendre des décisions à la place de l'utilisateur constitue un des éléments majeurs de l'intrusion à l'intimité psychique. (Fourques, 2020)

Afin de préserver la vie intérieure de la personne en situation de dépendance, il est primordial de privilégier une relation basée sur la discrétion et le secret. Tout ce qui a été appris par celle-ci, et non par les dossiers médicaux, appartient à la personne concernée et ne doit pas être dévoilé. (Char, 1996)

« Respecter l'intimité, c'est donc séparer l'ordre, extérieur, des choses et des objets, de l'ordre spécifique de la personne, de son intimité, de la relation, de la présence. On ne fait pas une toilette (ordre des choses), mais on aide la personne à se laver. Être présent dans une relation consentie, et non faire de l'utile ». (Char, 1996)

Afin de faire un lien avec le point théorique suivant, il est important de relever que l'intimité est souvent impactée au moment des soins, de la toilette. Les soins au niveau des zones génitales peuvent souvent susciter des réactions physiques incontrôlées, et de ce fait, provoquer chez le professionnel un système de défense : silence, condescendance, rétraction. (Bourguignon, 2010)

La question suivante peut alors se poser : *Est-il préférable d'engager une relation de soins face à l'intimité de la personne en situation de handicap en adoptant une intervention plus technique, et moins relationnelle ? Ou l'inverse ?*

## 7.2 Soins

Les soins sont des actes par lesquels les professionnels veillent au bien-être, à la santé et au corps de l'autre. (Larousse, 2021)

*Care*, autrement dit *prendre soin* provient du latin *carus* signifiant *valeur*. Cette notion stipule qu'« autrui est un être de valeur, un être capable de nous toucher et nous devenir subitement proche et cher, un étranger dont il importe alors de se soucier (*to care*) et de prendre soin (*take care*) ». (Châtel, 2010)

Non seulement un soin du corps, il l'est également un soin de l'être. En effet, le *care* n'est pas une compétence professionnelle, mais un état d'ouverture à l'autre. Il relève de la réciprocité, car il se construit par la relation, par l'accompagnement. Accompagner c'est *Être avec*, « c'est être désireux d'offrir quelque chose de soi et d'accueillir quelque chose de l'autre » (Châtel, 2010). En d'autres termes, l'accompagnement est une posture basée sur la sincérité et sur l'égalité.

Prendre soin d'une personne implique notamment l'idée de consentement. Consentir, « c'est accepter que quelque chose se fasse » (Larousse, 2021). Par consentement, nous entendons le fait de tenir compte de la personne, de son accord ou de son désaccord, de ne pas lui imposer des soins de force, de l'informer des moindres faits et gestes, mais surtout de privilégier au maximum l'exercice de son autonomie. Entrer dans l'accompagnement demande une relation de confiance entre le professionnel et le bénéficiaire. Dans la relation de soin, les interprétations sont les mêmes pour les deux parties lorsqu'elles sont partagées adéquatement. (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

« Nous détenons des facultés cognitives nous permettant de ne pas ressentir le soin comme une agression et le professionnel comme un étranger voulant nous faire du mal ». (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

Les personnes n'ayant pas de facultés cognitives, notamment dû à une déficience intellectuelle, peuvent ressentir les soins comme une agression. Elles n'arrivent pas à dissocier ce qui est du geste naturel (prendre par le bras, le poignet), du geste habituel, de ce qui est du geste de soin classique (toilette intime). De plus, il arrive également qu'un bénéficiaire ne se laisse pas faire, mais que le professionnel continue à le soigner. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il pense que le résident ne sait pas ce qu'il fait et ne connaît pas ses limites dû à sa démence. (Bourguignon, 2010)

« Le geste thérapeutique peut vite se transformer en attaque à l'intimité. Les gestes et les paroles constitutifs du soin sont ainsi potentiellement bienveillants ou destructeurs selon l'intention qui les anime et qui peut varier selon les moments et les dispositions de chacun ». (Bourguignon, 2010)

### 7.2.1 La bientraitance

« La bientraitance est une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins ». (Le Guludec, 2015)

Ce concept est né dans les années 90. Il a été créé pour ne pas assimiler l'approche aux soins, à l'assistance et à l'accompagnement à une simple pratique ou technique. Il est confronté à la notion de maltraitance, qui elle, survient souvent quand un usager, par sa

déficience, est dépendant pour ses activités de la vie quotidienne. (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

En effet, dépendre d'autrui demande une attention toute particulière lors des soins. « A la qualité technique du soin et de l'aide s'ajoutent les besoins d'accompagnement, de respect de cette personne, qui ne doit pas se sentir diminuée par cette assistance ». (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

« La bientraitance concerne le soin, la compensation des déficiences, l'accompagnement des personnes en situation de dépendance, qui ne peuvent vivre sans l'aide d'autrui, qui ne peuvent exercer par elles-mêmes leurs droits de citoyen. La bientraitance concerne encore plus les personnes en perte d'autonomie décisionnelle, celles qui ont des difficultés à faire connaître leurs souhaits et leurs choix ». (Herfray, 2006)

Il est important de préciser que toute personne accompagnant un usager en situation de dépendance se voit bientraitante. Or, en voulant bien faire, il arrive que le système d'infantilisation se mette en place. En excusant les écarts de comportement, la dépendance physique, la déficience intellectuelle, etc. on nie les désirs de l'usager en prenant des décisions « pour son bien ». (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

C'est pourquoi valoriser l'usager dont on s'occupe valorise également le professionnel. Respecter l'humanité de la personne à travers son corps « malade » et répondre à ses besoins est la base de toute bientraitance. Pour ce faire, il existe un certain nombre d'objectifs que les professionnels peuvent utiliser afin de répondre au mieux à cette démarche de bientraitance. (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

### **Les objectifs de la bientraitance (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)**

1) **Prendre conscience de l'humanité du bénéficiaire malgré ses déficiences.** L'usager donne sa confiance au professionnel.

2) **Connaitre et apprendre les bons gestes et pratiques à l'égard d'autrui.**

Ces pratiques entraînent un savoir-faire, mais également un savoir-être au niveau relationnel, que ce soit avec l'équipe ou avec les personnes demandant une assistance particulière.

Afin de favoriser une meilleure expérience et bientraitance, il est important de mettre régulièrement à jour ses connaissances, et assimiler que chaque être humain est un être social et différent des autres pour pouvoir l'accompagner au mieux selon ses propres besoins.

Travailler auprès d'une personne dépendante est un travail de responsabilité exigeant « une utilisation réfléchie de ses connaissances, une capacité de prise de décision, une personne à qui rendre compte pour valider ou non l'initiative ». (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

3) **Respecter la déontologie professionnelle prônant le devoir de réserve, de confidentialité et d'assistance.**

4) **Respecter la dignité et l'autonomie du bénéficiaire.** Le professionnel doit tenir compte des capacités, mais aussi des souhaits de celui-ci.

« La bientraitance exige de s'interroger sur le sens de l'aide. L'aide ne doit faire à la place que lorsque la fonction est définitivement perdue. Autrement l'aide doit aider à

faire jusqu'à récupération totale ou partielle de la fonction. Aider à faire est plus difficile et plus consommateur de temps que de faire à la place ». (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

#### 5) Connaître les limites de ses capacités et de son savoir.

Il est important de rappeler que personne ne peut tout savoir et tout faire. C'est pourquoi il est primordial de ne jamais s'asseoir sur ses acquis ; mais plutôt de laisser place à la remise en question et à la recherche d'aide et d'avis auprès des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

#### 6) Travailler en équipe.

Prendre une décision en équipe permet à chacun « d'y mettre du sien pour accompagner au mieux la personne dépendante ou en perte d'autonomie décisionnelle ». (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

« On doit toujours craindre que ce soit au moment où un professionnel ou une équipe se proclament eux-mêmes bientraitants que commence la maltraitance. Se voir bientraitant permet d'ignorer la violence que représente la situation de dépendance, la mise sous l'emprise d'autres personnes ». (Herfray, 2006)

### 7.2.2 La maltraitance

Quand nous entendons le mot *maltraitance*, nous sommes souvent amenés à l'assimiler à la violence physique ou psychologique. Afin de comprendre ce qu'elle est réellement, nous allons la déterminer en nous référant à la définition proposée par le Conseil de l'Europe sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus.

Elle est définie comme : « Tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter ». (Brown, 2002)

Nous pouvons alors remarquer que la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ont une place importante dans la société et dans les institutions. Cependant, le risque de maltraitance est inhérent à la situation de handicap, car elle peut être répertoriée selon deux formes (violence ou négligence) et sept types et peut être intentionnelle ou non intentionnelle. (Camberlein, 2021)

Afin de traiter au mieux la problématique, nous allons nous intéresser plus spécifiquement à trois types de maltraitance que peuvent souvent rencontrer les personnes en situation de handicap lors des soins.

**Les différents types de maltraitance (DIRA-Estrie, 2017)**

Physique	<u>Violence</u> : coups, blessures, contentions
	<u>Négligence</u> : non-assistance à l'hygiène
Psychologique	<u>Violence</u> : infantilisation, manipulation, insultes, privation de pouvoir
	<u>Négligence</u> : indifférence, rejet, objectivation
Sexuelle	<u>Violence</u> : attouchements non désirés, promiscuité
	<u>Négligence</u> : privation d'intimité

**Les intentions de la personne maltraitante**

« Maltraitance intentionnelle : la personne maltraitante veut causer du tort à l'utilisateur.

Maltraitance non intentionnelle : la personne maltraitante ne veut pas causer du tort ou ne comprend pas le tort qu'elle cause ». (DIRA-Estrie, 2017)

De plus, il est important d'ajouter que la maltraitance peut être liée soit à des facteurs humains, soit à des facteurs institutionnels. Pour ce travail de Bachelor, nous allons plutôt nous concentrer sur ce qui est des facteurs humains.

Dans un cours présenté à la HES sur la bientraitance, nous avons vu que la maltraitance était souvent due à un manque de formation et de connaissances chez les intervenants, mais aussi une difficulté de résistance au stress à cause des nombreuses exigences que demandent le soin et l'accompagnement de la personne en situation de handicap. En d'autres termes, la fatigue, le stress, la négligence et le manque de savoir-faire peuvent engendrer des attitudes inappropriées, et par conséquent, être source de maltraitance (communications personnelles).

Lors des soins, nous n'avons pas toujours conscience que nous pouvons parfois être maltraitant sans nous en apercevoir. Pour illustrer cette phrase, nous pouvons prendre l'exemple de la routine qui est, l'opposé de la bientraitance. La routine peut susciter l'insécurité, l'ennui et la démotivation. C'est-à-dire que les gestes ne sont plus réfléchis, ils deviennent automatiques. Nous pouvons alors comprendre que l'ennui ne favorise pas une bonne condition de travail tant pour les professionnels que pour les personnes en situation de handicap. (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

De ce fait, « pour tenter d'être bientraitant, il est nécessaire que chacun reste assez anxieux pour s'interroger sur sa pratique et le sens de son action. Il importe que chacun soit assez satisfait de ce qu'il fait pour rester motivé ». (Moulias, Moulias, & Busby, 2010)

« Lors du soin, il est important de préserver l'humanité de la personne en ne la dépossédant pas d'elle-même, de son identité et de son intimité ». (Bourguignon, 2010)

Afin que le bénéficiaire soit reconnu à part entière, il existe des paroles et des actes techniques pouvant accompagner le soin. Créer une relation de confiance, de communication non-verbale et travailler sur les manières de toucher, de regarder et de parler permet d'entrer en relation de soin avec une personne nécessitant de l'aide ; ces techniques particulières sont également appelées « la mise en humanité ». (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

### 7.2.3 L'Humanité dans les soins

« La mise en humanité est le développement des capacités et des facultés de chaque personne (marcher, parler, s'habiller, créer, etc.). Elles constituent l'ensemble des particularités permettant à chaque individu de se reconnaître dans son espèce, dans son humanité ». (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

Ce qui caractérise la mise en Humanité, ce sont les premières interactions. Celles-ci créent la base de la sensibilité émotionnelle de chacun. De plus, elles permettent à toute personne de ne pas interpréter l'acte de soin comme agressif, mais comme bienveillant à leur égard. Ces interactions se font par le regard, la parole et le toucher, et se construisent à travers une méthodologie bien précise. (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

#### **Les interactions**

**Le regard** représente le premier canal de la mise en humanité. Les regards détiennent des caractéristiques techniques et des qualités affectives. Celles-ci vont façonner notre sensibilité. Les caractéristiques techniques sont les différents types de regards existants, soit le regard axial, horizontal, long et proche ; et les qualités affectives quant à elles correspondent à l'amour, la tendresse, la fierté, la protection, etc. (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008) :

- Regard horizontal : le professionnel se met au même niveau que le bénéficiaire. Il préconise l'égalité.
- Regard axial : le professionnel regarde le bénéficiaire dans les yeux. Il correspond à la franchise.
- Regard long et proche : le professionnel et le bénéficiaire ne se quittent pas des yeux. Il met en avant les notions d'amour et d'amitié.

Ainsi, il est important d'éviter le regard vertical. Celui-ci renvoie un message de mépris ou de domination ; le bénéficiaire peut vite se sentir craintif ou méfiant.

**La parole** permet d'informer l'usager sur les actes pratiqués pendant le soin. Même si nous sommes fréquemment amenés à travailler avec des usagers n'ayant pas la faculté d'entrer en discussion, il existe la notion d'auto-feed-back. Cette méthode est définie par le fait de « décrire tous les faits et gestes en intégrant des mots prédictifs (je vais...) et des mots descriptifs (je suis en train de...) ». (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

Même si le bénéficiaire n'est pas en mesure de répondre, l'auto-feed-back va empêcher que le soin se fasse dans le silence, et par conséquent, infliger un malaise ou une menace pour celui-ci. (Bourguignon, 2010)

**Le toucher** conclut la mise en relation. Il existe 3 types de toucher (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008) :

- « Toucher validant, de reconnaissance » : poignée de main, accolade, baiser, etc.
- Toucher agressif : coups
- Toucher utile : ni agréable, ni agressif mais nécessaire (toucher du dentiste, du gynécologue, de l'infirmière, etc.). »

### **La méthodologie du soin**

« Les différentes techniques sont divisées en 3 étapes :

- 1) **Préliminaires du soin** : phase permettant d'obtenir ou non le consentement de la personne avant le soin, sous une forme verbale ou non-verbale.
- 2) **Rebouclage sensoriel** : techniques utilisées conjointement durant le déroulement du soin (regard-toucher, regard-parole, toucher-parole). Cette phase favorise l'émergence, en mémoire émotionnelle, d'empreintes, facteurs du bien-être et de douceur.
- 3) **Consolidation émotionnelle** : étape terminant le soin. Le professionnel exprime, avec des mots positifs, le fait que le soin s'est bien passé ». (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

Comme explicité précédemment, tenir compte du consentement de la personne, l'informer de tous les faits et gestes et entrer en contact avec elle adéquatement permet la construction d'une relation de confiance. Il est important de préciser que l'être humain se construit grâce à autrui, mais développe également son unicité. « En tant que professionnel, il est important de comprendre que le résident est à la fois un humain semblable à tous les autres, mais aussi un être humain différent de tous les autres, avec des besoins, des envies, une humanité et une sociabilité différente ». (Gardou, 2005)

C'est pourquoi chaque professionnel « se doit à une forme d'auto-vigilance pour rétablir un maximum d'égalité en donnant du pouvoir à la personne et en veillant à ne pas abuser de son propre pouvoir ». (Bourguignon, 2010)

### **7.2.4 La relation de soin**

Le composant indispensable dans l'acte de soin n'est pas la maladie, mais la relation qui se construit entre la personne en situation de dépendance et le professionnel. Une équipe éducative, étant méprisante ou autoritaire, ne peut pas être compétente. La compétence ne se mesure pas aux différents diplômes ou diverses connaissances acquises au cours des années, mais à la qualité de la relation instaurée avec le bénéficiaire en laissant place aux informations personnelles et émotionnelles entre l'un et l'autre. (Passeport santé, 2021)

« Ne pas expliquer, ne pas répondre, ou répondre par un dénigrement ou une accusation, imposer au lieu d'accompagner, ce n'est pas une relation de soin, c'est un abus de pouvoir. Et s'il y a abus, c'est parce qu'il y a pouvoir, et non partage ». (Passeport santé, 2021)



L'empathie est souvent estimée comme étant l'approche la plus appréciée dans la relation de soin, entre le professionnel et le bénéficiaire. L'empathie exprimée dans la relation de soin est cognitive. Par cognitive, nous entendons le fait de prendre conscience de soi et de l'autre, en favorisant la compréhension, le développement et l'apprentissage. (Formarier, 2007)

La base d'une relation de soin se repose sur la notion d'écoute, une écoute dite compréhensive et non interprétative. En se sentant entendu, l'utilisateur peut laisser libre cours à son authenticité. De plus, la communication ne se limite pas seulement à l'expression verbale, mais également aux comportements utilisés pour bâtir la confiance entre le soignant et le soigné. (Formarier, 2007)

Ainsi, « la confiance s'inscrit comme un postulat bilatéral de bienveillance à l'égard de l'autre, permettant de s'ouvrir à l'autre. Si la confiance est nécessaire à l'établissement de la relation, elle n'est pas suffisante à elle seule. Respect, écoute, attention, honnêteté sont autant d'arcanes non exhaustives qui viennent sceller non seulement la rencontre, mais deviennent éléments majeurs de la relation ». (Santin, 2009)

## 7.3 Adolescence

Adolescence vient du latin *adolescere*, signifiant « grandir vers ». Ce terme s'est construit au fil des siècles. En effet, l'historien français Philippe Ariès avait formulé l'hypothèse qu'aux 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> siècles, la différence entre l'enfance et l'adolescence n'existait pas. Ce n'est qu'au 19<sup>e</sup> siècle que la frontière entre ces deux périodes de la vie s'est accentuée et a, par conséquent, laissé place à cette phase de transition qu'est devenue l'adolescence aujourd'hui. (Dadoorian, 2007)

L'OMS définit alors l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain se situant entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». (Organisation mondiale de la Santé, 2021)

Lors d'un cours sur le *Développement de l'adolescence*, nous avons pu retenir que l'adolescence est l'étape par laquelle chaque individu passe pour façonner son identité. Cette dernière est ce qui définit, et ce qui différencie à la fois. Étant une période de recherche identitaire, les adolescents vont voir leur corps s'accroître, achever leur développement cognitif, réaménager leur affectivité, prendre de la maturité au niveau de leur sexualité et s'inscrire socialement et professionnellement dans la société (communications personnelles). Nous pouvons catégoriser l'adolescence selon 5 types de développements (physique, cognitif, affectif, social et sexuel). (Cloutier & Drapeau, 2008)

### 7.3.1 Développements

#### **Physique**

Les transformations physiques observées à l'adolescence résultent, pour la plupart, de modifications hormonales. Cette transformation, appelée puberté, est le passage d'un corps d'enfant à un corps d'adulte. Celle-ci n'est pas vécue au même rythme pour tout le monde ; elle dépend notamment des hormones sexuelles étant responsables des changements corporels observés tant chez les garçons par la production de testostérone que chez les filles par la production d'œstrogènes. En effet, les adolescents grandissent, ont une transpiration plus abondante et voient apparaître de l'acné ainsi que de la pilosité. (Cannard, 2019)

Chez les filles : développement des glandes mammaires et de la vulve, pilosité pubienne et axillaire, acné, menstruations, élargissement des hanches, augmentation de la masse grasseuse. (Coslin, 2017)

Chez les garçons : augmentation du volume testiculaire, modifications de la verge et du scrotum, pilosité (pubienne, axillaire, corporelle et faciale), mue de la voix, acné, éjaculation, élargissement des épaules, augmentation du thorax. (Coslin, 2017)

#### **Cognitif**

Nous pouvons définir le développement cognitif selon un début et une fin. Plus précisément, au début de l'adolescence, les jeunes laissent place à leurs premiers raisonnements abstraits et, à la fin, ils sont capables de maîtriser leur pensée formelle. (Cloutier & Drapeau, 2008)

Nous comprenons alors que pendant cette phase, les adolescents développent leur pensée logique et leur capacité d'abstraction. Par pensée logique, nous entendons le terme de pensée hypothético-déductive. En définition, elle consiste en un raisonnement où les apprenants sont « capables de déduire des conclusions à partir de pures hypothèses et pas seulement d'une observation réelle » (Gonzalez, 2001). En d'autres termes, les adolescents savent faire la distinction entre ce qui est réel et ce qui est logique.

« Cette sophistication accrue mène à une prise de conscience accrue de soi et à la capacité de réfléchir sur son propre être ». (Graber, 2019)

Les jeunes ont tendance à remettre en question les normes de comportement et à rejeter les traditions, enseignées par leur entourage. Cette phase de transition avant l'âge adulte aboutit à une réflexion et à une intériorisation individuelle de leur propre code moral. (Graber, 2019)

#### **Affectif**

En raison des nombreux changements physiques, les adolescents développent de nouvelles préoccupations concernant leur apparence et une sensibilité augmentée aux différences par rapport à leurs pairs. C'est pourquoi il est important de mentionner que « les jeunes se questionnent énormément sur leur identité personnelle et ressentent un besoin grandissant d'indépendance et d'affirmation de soi ». (Coslin, 2017)

La puberté déclenche non seulement des transformations physiques, mais également des changements d'humeur et/ou des frustrations. L'aspect émotionnel du développement pubertaire est alors difficile à gérer, car les régions du cerveau contrôlant les émotions se développent et mûrissent. (Graber, 2019)

De plus, la présence des pairs prend une grande importance dans la vie de chaque adolescent. En effet, la pression de ceux-ci augmente et des changements comportementaux se produisent, créant parfois des conflits entre le jeune et ses parents. Etant insouciant et se sentant invulnérable, les jeunes recherchent constamment de nouvelles expériences, au risque, parfois, de s'exposer à des situations pernicieuses ou nuisibles à leur bien-être et à leur santé. (Brunet, 2021)

### **Social**

Pendant l'enfance, la famille constitue l'élément le plus important de la vie sociale de chaque enfant. Lorsque l'enfant grandit et entre dans l'adolescence, la famille est progressivement remplacée par les groupes de pairs devenus, alors, le centre d'intérêt principal. Ceux-ci se créent souvent selon des distinctions de hobbies, d'apparences, d'habillages, d'attitudes, d'intérêts, etc. Au début de l'adolescence, les groupes de pairs sont de même sexe ; le mélange des genres se construit au cours de l'adolescence. De plus, l'attachement est différent entre la relation que l'adolescent entretient avec ses parents que celui qu'il entretient avec ses pairs, car la polarité n'est pas la même. Le jeune passe « d'une relation asymétrique où il reçoit l'attention particulière d'une figure parentale protectrice, à une relation réciproque, dans laquelle chacun offre et reçoit un soutien ». (Atger, 2007)

Nous pouvons définir le groupe de pairs comme l'univers social des adolescents. Il peut être source de reconnaissance et de partage de valeurs et de cultures communes, mais en contre-partie, il peut également devenir source d'exclusion et de rejet. En effet, les jeunes se retrouvant seuls peuvent développer des sentiments intenses de différence et d'aliénation face aux autres. « Bien que ces sentiments n'aient généralement pas d'effets permanents, ils peuvent aggraver le risque de comportement dysfonctionnel ou antisocial ». (Claes, 2005)

Il est important d'ajouter que le groupe de pairs peut aussi prendre une dimension trop importante dans certains cas, et entraîner, par conséquent, des comportements à risque chez ses membres. (Graber, 2019)

Pour finir, pendant l'adolescence, le développement humain impose un double impératif : « engager des relations avec autrui et participer à la vie collective, affirmer son individualité et se différencier des autres ». (Claes, 2005)

Se créer un groupe d'amis est nécessaire, mais il ne faut pas oublier de forger sa propre identité et d'affirmer son autonomie. Lorsque chaque aspect s'équilibre, ils constituent un signe majeur de l'accès à la maturité adulte. (Atger, 2007)

### **Sexuel**

Comme explicité précédemment, la puberté entraîne des changements hormonaux et corporels importants ; celle-ci impose à l'adolescent « un travail psychique d'appropriation d'un nouveau corps puis d'un nouveau statut social ». (Discour, 2011)

Il est indispensable de comprendre que l'adolescent se retrouve dans une situation narcissiquement inconfortable et douloureuse, source d'inquiétudes voire d'angoisses. De ce fait, le jeune doit se familiariser à un corps suscitant du désir aux yeux d'autrui. (Coslin, 2017)

Lors d'un cours sur *l'Adolescence et sexualité*, nous avons pu observer que la sexualité peut se catégoriser selon différents stades freudiens (oral, anal, phallique, complexe d'Œdipe, période de latence et génital). Le stade pouvant nous intéresser actuellement est le génital. En effet, ce stade est le primat des organes génitaux. Pendant l'enfance, ces zones de plaisir ne sont pas sexuellement investies, mais érotiquement investies. Lors du passage à l'adolescence, le sexe de l'individu se développe et apporte de la jouissance. L'adolescent va alors, à nouveau, être confronté à la problématique Œdipienne. Il est perdu et ne sait pas comment gérer cette nouvelle identité (communications personnelles).

Cette période de transition amène donc à de nombreux questionnements au sujet de la sexualité, et la conquête d'informations est d'autant plus bénéfique pour assouvir le besoin de réponses. Comprendre le sentiment amoureux ou sexuel n'est pas une mince affaire. En effet, les groupes de pairs, les parents, les professionnels ou même Internet peuvent être sources de renseignements. (Brunet, 2021)

Selon le rapport national sur la santé, il a été prouvé qu'en moyenne, le premier rapport sexuel, pour la majorité des jeunes suisses, a lieu à l'âge de 16 ans et demi. Nous pouvons alors affirmer que celui-ci se manifeste pendant l'adolescence. « Les relations amoureuses et la sexualité sont au cœur des préoccupations des adolescents, tandis que chez les jeunes adultes peuvent s'ajouter celles en lien avec le désir d'enfants. » (Observatoire suisse de la santé, 2020) Se rajoutent également à cette phase, les comportements sexuels masturbatoires et la découverte de l'orientation sexuelle. (Coslin, 2017)

### **7.3.2 Stades vécus pendant l'adolescence**

Il est important de comprendre que l'adolescence est une étape parmi d'autres, et que chaque individu doit y passer pour forger son identité personnelle. Chaque étape se caractérise par une crise psychosociale opposant deux forces en conflit. Nous pouvons dénombrer ces étapes en 8 stades distincts, où chaque personne ne peut passer à l'étape suivante tant qu'elle n'a pas acquis le stade précédent. Ils correspondent au fil conducteur de la vie : petite enfance, enfance, âge du jeu, âge scolaire, adolescence, jeune adulte, âge adulte et vieillesse. (Murray & Michel, 1994)

Dans ce point, nous allons nous centraliser sur les différents stades vécus au moment de l'adolescence :

#### **La période de latence**

La période de latence commence dès l'âge de 7 ans et ce jusqu'à 12 ans. Pendant cette période, « l'enfant doit traiter les pulsions sexuelles et agressives qui y sont associées à la puberté et à partir de là, former les éléments qui sont nécessaires au développement de l'égo ». (Leroux, 2018)

En d'autres termes, le Moi (mécanismes de défenses) et le Surmoi (censure, auto-observation, idéal) jouent un rôle important dans le contrôle des pulsions (ça). De ce fait, le jeune entre dans la phase d'opposition et fait preuve d'une plus grande stabilité émotionnelle.

Ainsi, il fait émerger sa pensée symbolique et peut donc s'appuyer sur son jugement et sa logique pour faire des choix adaptés dans sa vie quotidienne. En consolidant tous ces éléments, l'enfant devient alors capable de réguler lui-même son estime personnelle en se détachant petit à petit de ses parents et en devenant plus conscient de son environnement social. (Leroux, 2018)

### **Préadolescence**

Estimée à l'âge de 12-13 ans, la préadolescence est la phase intermédiaire où le jeune consolide ses acquis enseignés durant la période de latence, continue à évoluer corporellement (puberté) et succombe à l'augmentation de la pression prégénitale infligée par le début de l'adolescence. L'aspect central de ce stade se porte essentiellement sur l'intérêt de la sexualité. Le préadolescent fait face à une augmentation de l'excitation libidinale et agressive. (Leroux, 2018)

Les filles et les garçons ne vont pas gérer de la même manière ce conflit intérieur. Pour les garçons, cette excitation prédominante réactive la prégénitalité et se traduit par l'utilisation de gros mots et par le désintérêt de l'hygiène corporelle. Pour les filles, leurs pulsions vont être redirigées vers de nouveaux objets d'investissement libinal, comme par exemples des amours secrets, des amitiés idéalisées, des recherches de nouveaux modèles idéaux, etc. (Leroux, 2018)

### **L'adolescence**

Pendant l'adolescence, les jeunes sont en processus d'individuation. Ainsi, ils manifestent un certain nombre de changements, tels qu'une plus grande fragilité au niveau de la personnalité suite à l'augmentation de la pression pulsionnelle, une dépendance familiale de moins en moins marquée et l'abandon des objets infantiles. (Leroux, 2018)

Par ailleurs, le détachement familial laisse place à l'intégration de leurs propres valeurs et principes moraux. Le groupe de pairs amène chez les adolescents un certain uniformisme. Par uniformisme, nous entendons « la défense correspondant à la tendance des adolescents à accepter un code externe pour soutenir la lutte de leur Moi contre les pulsions ». (Leroux, 2018)

En d'autres termes, lorsque les jeunes sont influencés par le groupe de pairs dans lequel ils occupent une place, les pulsions ne sont plus vécues comme dangereuses. Au contraire, elles sont mises de côtés et, par conséquent, substituées par l'uniformité certifiée par le code commun. (Leroux, 2018)

« Quoi qu'il en soit, la vie en groupe contribue à la constitution de la personnalité et à l'apprentissage de la vie en société. Elle permet de prendre des distances par rapport au milieu familial, de s'orienter dans l'existence en fonction de nouveaux points de repères ». (Samir, 2010)

De ce fait, les jeunes s'attachent à de nouveaux objets d'amour, autres que leurs parents. Les pulsions sexuelles déclenchent de nouvelles anxiétés. Cependant, l'identification au parent du même sexe doit être achevée avant de laisser place à un amour pulsionnel. « Auparavant idéalisé, le parent devient dévalué et abandonné comme une ancienne idole ». (Leroux, 2018)

Ainsi, l'amour devient synonyme d'intimité et/ou de sexualité. En effet, le premier choix d'objet d'amour est soit identique ou à l'opposé du parent de même sexe. (Samir, 2010)

L'adolescence se distingue en 3 stades (début, milieu et fin). Nous pouvons reconnaître le début de cette phase par les oscillations de l'humeur, les préoccupations pour l'intimité et le fait d'être normal, l'importance du groupe de pairs de même sexe ainsi que l'existence d'un monde imaginaire (confection d'un journal intime). Au milieu de l'adolescence, les groupes de pairs du même sexe laissent place à des groupes de pairs mixtes. Les premières expériences sexuelles et les premiers comportements à risques commencent, tels que l'essai de la cigarette ou la consommation de l'alcool avant la majorité. À la fin de l'adolescence, les jeunes établissent définitivement leur identité sexuelle (hétéro, homo, etc.), développent des relations durables avec leurs pairs, s'engagent professionnellement et sont capables de plus en plus à se comporter comme des adultes. (Muscari & Brown, 2010)

### **La post-adolescence ou le début de la vie adulte**

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte se détermine par la phase d'insertion. En effet, cette phase se manifeste lorsque l'identification à l'adulte se concrétise de manière stable. Le jeune adulte adopte des comportements adéquats et s'identifie de moins en moins aux groupes de pairs, afin de laisser place à sa propre personnalité et son style de vie. (Braconnier, 2007)

C'est également à ce moment-là, que les relations avec les parents viennent à s'apaiser. « La dépendance est transformée en autonomie » (Leroux, 2018). Le jeune adulte s'émancipe alors personnellement et professionnellement, pour laisser ensuite place à la parentalité.

## **7.4 Handicap**

Le terme de handicap est souvent limité aux notions de désavantage ou de mise en infériorité. (Reverte, 2015) Afin d'éclaircir au mieux ce terme, l'Organisation mondiale de la Santé en a donné une définition. Celle-ci a émis que :

« Toute personne est handicapée lorsque l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». (Organisation mondiale de la Santé, 2021)

Nous pouvons alors comprendre par cette définition que « le handicap regroupe à la fois les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la vie sociale ». (Graap, 2020)

L'OMS a analysé tout l'aspect social se cachant derrière ces notions de déficiences. Pour elle, il était primordial de prendre en compte les facteurs environnementaux. Elle est arrivée à la conclusion que ce qui crée la situation de handicap au final, « c'est bien un environnement inadapté et non plus la déficience en elle-même. C'est pourquoi aujourd'hui, nous parlons de personnes en situation de handicap ». (Reverte, 2015)

À l'heure actuelle, la plupart des gens imaginent une personne en situation de handicap à travers des éléments apparents, tels qu'un fauteuil roulant, une canne blanche ou bien même selon des caractéristiques physiques (malformations). L'Office fédéral de la statistique a estimé, selon les différentes sources analysées, que le nombre de personnes handicapées en Suisse étaient d'environ 1,7 million. Il est important de préciser qu'il existe un certain nombre de handicaps non-visibles physiquement. Nous pouvons distinguer aujourd'hui 5 formes de handicap : moteur, mental, psychique, sensoriel et les maladies invalidantes. (Office fédéral de la statistique, 2019)

## **7.4.1 Formes de handicap**

### **Handicap moteur**

Le handicap moteur se définit comme « l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes) ». (Reverte, 2015)

Les causes de ce handicap sont diverses. Celui-ci peut se déclarer suite à une malformation congénitale, à une maladie, à un accident ou à un vieillissement. De plus, il est constitué de quatre déficiences motrices d'origine médullaire, ostéo-articulaire, cérébrale et neuromusculaire. (Reverte, 2015)

Les déficiences d'origine médullaire correspondent aux lésions de la moelle épinière. Celles-ci sont dues soit à un traumatisme, soit à une maladie telle qu'une infection ou une tumeur. Plus l'atteinte à la moelle est majorée, plus la paralysie des membres est importante. On peut distinguer la paraplégie, qui est une paralysie des deux membres inférieurs, et la tétraplégie, qui, quant à elle, est une paralysie des quatre membres. (Goujon, 2014)

Les déficiences d'origine ostéo-articulaire sont entraînées « par une malformation (absence ou anomalie d'un membre), des lésions rhumatismales (polyarthrite rhumatoïde), des déviations de la colonne vertébrale (scoliose) ou une anomalie de la formation de l'os (ostéogénèse imparfaite) ». (Alexandre-Bailly, 2019)

Les déficiences d'origine cérébrale sont dues « à des lésions très précoces des structures du cerveau qui se traduisent par une infirmité motrice cérébrale (IMC), ou à des atteintes plus tardives suite à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral ou une tumeur cérébrale ». (Goujon, 2014)

Les déficiences d'origine neuromusculaire sont généralement d'origine génétique. Elles rassemblent plusieurs maladies, mais les plus connues sont les dystrophies musculaires et l'amyotrophie spinale infantile. Autrement appelé maladies neuromusculaires, elles se caractérisent par une atteinte évolutive et s'achèvent, pour la majeure partie des cas, par une perte de la force musculaire, comme par exemples une insuffisance respiratoire ou cardiaque, des déformations orthopédiques, des troubles digestifs et des difficultés de déglutition. (Alexandre-Bailly, 2019)

## **Handicap mental**

Le handicap mental, autrement appelé retard mental, se traduit par « une altération des capacités cognitives se manifestant lors de l'apprentissage, l'organisation, l'abstraction ou l'argumentation ». (Insieme, 2021)

Si certains handicaps mentaux sont visibles, d'autres ne le sont pas. Généralement, ils se révèlent lorsque l'on entre en communication avec la personne concernée. En effet, les pathologies sont multiples et spécifiques à chaque personne. Ce qui influence le degré du handicap est l'interaction que l'individu adopte avec son environnement, mais également les déficiences intellectuelles qui en découlent. Nous pouvons alors comprendre que handicap mental ne se soigne pas, mais « peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain adapté à son état et à sa situation ». (Gohet, 2021)

Tout comme les autres formes de handicap, les causes sont variées. Il peut apparaître à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques), pendant la grossesse (virus, médicaments, parasites, alcool, etc.) ou à la naissance (manque d'oxygène, prématurité). Il peut également arriver qu'il survienne suite à une maladie infectieuse ou à un traumatisme crânien. (Lasserre-Ventura, 2016)

Selon la Classification internationale des Maladies (CIM-10), il existe 4 formes de retard mental. Les formes sont identifiées selon des tests d'intelligence. Le quotient intellectuel moyen est estimé à 100. L'estimation approximative déterminée pour parler de retard mental est égale ou inférieure à 70 (Organisation mondiale de la Santé, 1992) :

1. Retard mental léger : QI 50-69 / âge mental estimé à 9-12 ans

La personne a quelques lacunes mais a acquis certaines compétences scolaires et sociales. Ces acquisitions lui permettent, à l'âge adulte, d'obtenir une certaine autonomie pour les actes de la vie quotidienne (s'habiller, manger, se déplacer, etc.) tout en ayant besoin, quelques fois, d'aide pour les tâches complexes. Travailler n'est pas un problème, tant que les tâches ne demandent pas de compétences intellectuelles trop élevées.

2. Retard mental moyen : QI 35-49 / âge mental estimé à 6-9 ans

La personne maintient un minimum d'autonomie personnelle et dispose de capacités suffisantes pour communiquer (vocabulaire basique). Elle peut acquérir des aptitudes scolaires tant que cela ne dépasse pas son degré de compréhension. Contrairement au retard mental léger, la personne a besoin d'aide pour les tâches de la vie quotidienne.

3. Retard mental grave : QI 20-34 / âge mental estimé à 3-6 ans

Généralement, lors d'un retard mental grave, la personne n'est pas en mesure de pouvoir s'exprimer correctement avec des phrases. En effet, des simples mots ou seulement des gestes garantissent la communication. Fréquemment placée en institution, la personne est aidée pour tous les actes de la vie quotidienne.

4. Retard mental profond : QI inférieur à 20 / âge mental estimé à - de 3 ans

La personne ayant un retard mental profond est très limitée au niveau de ses capacités. En d'autres termes, elle ne peut pas prendre soin d'elle-même, se déplacer, communiquer et contrôler ses besoins naturels.



Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), on ne parle plus de retard mental, mais de déficience intellectuelle. (Girouard, 2014)

L'institut national de la santé et de la recherche médicale a défini la déficience intellectuelle comme « un déficit de l'intelligence et des limitations du fonctionnement adaptatif apparaissant avant l'âge adulte. La situation de handicap qui peut en résulter ne dépend pas seulement de la présence de la déficience intellectuelle, mais également de facteurs environnementaux ne favorisant pas la pleine participation de la personne à la communauté et son insertion totale dans la société ». (Inserm, 2016)

- Déficit des fonctions intellectuelles au niveau :
  - Du raisonnement, de la planification et de l'apprentissage
  - De la résolution de problèmes
  - De la pensée abstraite et capacité de jugement (Inserm, 2016)
- Déficit des fonctions adaptatives au niveau des habilités sociales, pratiques et conceptuelles exercées dans la vie quotidienne (Inserm, 2016)
- Âge d'apparition  
En règle générale, la déficience intellectuelle apparaît durant l'enfance et l'adolescence, avant l'âge de 18 ans. (Girouard, 2014)

Le handicap intellectuel est très souvent associé à d'autres troubles. Il est répertorié dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux, « dans laquelle est également inclus les troubles de la communication et les troubles du spectre de l'autisme ». (Girouard, 2014)

Les déficiences intellectuelles les plus diagnostiquées sont le syndrome de Down, le Syndrome du X fragile, le syndrome de Rett et l'autisme. (Insieme, 2021)

### **Handicap psychique**

Ce handicap se distingue de façon évidente du handicap mental. Le handicap mental apparaît généralement à la naissance et les causes sont assez vite identifiables. Le handicap psychique, quant à lui, est de cause inconnue et est lié « à diverses maladies ou accidents et peut survenir à l'adolescence ou à l'âge adulte ». (Lasserre-Ventura, 2016)

Le handicap psychique regroupe un certain nombre de pathologies, tels que les troubles bipolaires, les troubles schizophréniques, les troubles graves de la personnalité, les Troubles Obsessionnels Compulsifs, etc. perturbant la santé mentale des personnes. (UNAFAM, 2021)

Lorsque ce handicap porte atteinte à des individus, ceux-ci perdent en quelque sorte la notion de la réalité et souffrent de difficulté d'organisation temporelle, d'un manque d'anticipation des conséquences des actes qu'ils entreprennent, des pertes de mémoire, etc. De ce fait, les actes de la vie quotidienne prennent une autre tournure et sont complexes à gérer. Ces nombreuses complications amènent ces personnes à se dévaloriser, à se replier sur elles-mêmes ou à se sentir coupables. (Lasserre-Ventura, 2016)

« La symptomatologie est instable, imprévisible. C'est pourquoi la prise de médicaments est souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider ». (Reverte, 2015)

### **Handicap sensoriel**

Le handicap sensoriel découle d'un dysfonctionnement d'un ou plusieurs sens. Celui-ci inclut une déficience visuelle ou auditive. Lorsqu'une personne ne peut ni entendre ni voir, on appelle cela la surdi-cécité. (Heiniger, 2019)

Les personnes en situation de handicap visuel sont soit malvoyantes soit aveugles. Provenant de diverses causes, elles peuvent découler de maladies héréditaires, de la cataracte ou d'un éventuel glaucome. En étant atteintes de la cécité, elles déploient d'autres sens, tel que le toucher par exemple. En règle générale, afin de se déplacer, elles sont pourvues d'une canne ou d'un chien guide. (Reverte, 2015)

Le handicap auditif est « un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe » (Reverte, 2015). Celui-ci peut apparaître dès la naissance ou être contracté durant la vie de la personne, et dans la grande majorité des cas, il se déploie lors de la vieillesse. Qu'elles soient virales, héréditaires ou parasitaires (pendant la grossesse) ou émanant de maladies telles que l'ototoxicité médicamenteuse, un accident ou d'un traumatisme sonore, les causes sont diverses. Afin de permettre à chaque personne atteinte de surdité de maintenir une certaine autonomie, il existe des aides techniques, comme des appareils auditifs, ou bien même l'apprentissage de la langue des signes. (Heiniger, 2019)

### **Maladies chroniques invalidantes**

« Les maladies dites invalidantes sont regroupées sous un nom générique, mais peuvent être très différentes et entraîner des déficiences et des contraintes plus ou moins importantes, pouvant être momentanées, permanentes ou évolutives ». (Camart, 2019)

Ces maladies touchent les organes internes vitaux et provoquent, par exemples, la mucoviscidose, le Sida, la sclérose en plaques, le diabète, l'épilepsie, le cancer, etc. Ces différents problèmes de santé nécessitent une prise en charge sur plusieurs années. Il est important de préciser que si elles sont traitées à temps, elles peuvent être réduites, mais ne garantissent pas de guérison absolue. (Troussel, 2017)

## **7.4.2 Handicap mental et adolescence**

Chez les personnes en situation de handicap mental, l'adolescence représente un passage complexe. En effet, cette phase marque le point de rupture avec l'enfance, mais surtout le début de la puberté. Durant cette période, un écart entre le développement physique et le développement cognitif et intellectuel se creuse davantage. Dès lors, l'adolescence amène chez certains jeunes à adopter des comportements répondant à leur âge biologique, mais qui sont en réalité expérimentés sur un mode infantile et impudique. (Michel, 2012)

« Le handicap rend visible ce qui devrait rester invisible ». (Agthe Diserens, 2012)

Le phénomène pubertaire s'impose non seulement au jeune, mais aussi à son entourage et plus particulièrement à ses parents. Malgré le handicap mental, l'adolescent est un être sexué. L'apparition des règles, de l'éjaculation, de la poitrine, de l'acné, des poils, de l'érection, etc. constitue une transition difficile à vivre pour la parenté, car le corps de leur enfant évolue, mais ses pensées restent figées dans le temps. (Agthe Diserens, 2012)

Généralement, pendant l'adolescence, les jeunes recherchent leur indépendance et une autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Une certaine quête de l'opposition prend place face aux parents, qui jusque-là, prenaient la majeure partie des décisions. Cependant, ce n'est pas toujours le cas chez les adolescents présentant une déficience. « L'autorité parentale n'est pas remise en cause et est respectée, soit parce que l'adolescent ne dispose pas des moyens cognitifs, psychiques et environnementaux pour le faire, soit parce qu'une telle prise de position ne lui semble pas envisageable ». (Fernandez, Blois-Da Conceição, Finkelstein-Rossi, & Goillon, 2014)

Ce qui caractérise également cette période est la sphère sociale que chaque adolescent se crée. Malheureusement, le réseau social d'un enfant déficient ne prend pas autant forme que pour un jeune ne présentant pas de handicap. Les liens sociaux se limitent, la plupart du temps, à l'espace familial. De plus, protégé par ses parents depuis sa naissance, celui-ci est souvent isolé socialement ; soit parce que les parents se cachent des regards extérieurs, soit car les activités ne sont pas toujours adaptées pour les familles. (Agthe Diserens, 2012)

« Par conséquent, le placement de l'adolescent déficient mentalement au sein d'une institution spécialisée représente un enjeu majeur de son intégration sociale. Les établissements spécialisés représentent des endroits sécurisant où chaque adolescent se retrouve dans une position d'égalité face au handicap ». (Fernandez, Blois-Da Conceição, Finkelstein-Rossi, & Goillon, 2014)

Par ailleurs, la notion de pudeur chez les jeunes en situation de handicap mental n'est pas toujours assez bien aménagée ; la difficulté de la puberté dépend du niveau de la déficience. En effet, ces adolescents peuvent être désarmés face à leurs changements corporels, à leurs nouvelles émotions et pulsions. Jusque-là, le manque de pudeur ne posait aucun problème ; mais, avec l'arrivée de la puberté, des comportements ne sont plus autant tolérés de la part des parents. L'apprentissage de la propreté chez certains jeunes déficients n'est pas encore acquis, ce qui tend à complexifier la relation de ces derniers avec leurs parents devant se mêler de leurs soins intimes. (Agthe Diserens, 2012)

« Cela implique donc pour les parents de devoir s'occuper de la sphère intime de leur enfant plus longtemps qu'ils ne le voudraient. Afin de ne pas être trop mal à l'aise avec ce contact prolongé dans l'intimité de leur enfant, les parents vont alors opérer un deuxième mouvement identique à celui vécu à la naissance : ils vont laver sans « voir » ce sexe comme appartenant à un être sexué, à un être désirant ». (Agthe Diserens, 2012)

Il est alors bénéfique que chaque adolescent ayant une déficience mentale puisse apprivoiser son corps, mais surtout apprendre à vivre avec celui-ci. L'autonomie est la clé pour que chacun d'eux s'épanouisse et accepte leurs différences. (Michel, 2012)

## 7.5 Le métier d'éducateur social

Les éducateurs sociaux sont des professionnels ayant suivi une formation dans une école supérieure (diplôme) ou une haute école supérieure (bachelor). Cette formation permet à chaque étudiant d'assimiler un certain nombre de compétences et de connaissances à travers divers modules théoriques. Dans le cadre de cet enseignement, les élèves en formation ont également l'opportunité de se familiariser aux réalités du terrain en allant vivre une expérience enrichissante dans différents lieux de stage. À la fin de leur scolarité, les étudiants doivent rendre un travail personnel rassemblant les apports théoriques, méthodologiques et pratiques abordés tout au long de leur formation et leur permettant ainsi d'acquérir un mode de pensée méthodologique et scientifique. (HES-SO Valais-Wallis, 2021)

### 7.5.1 Définition et rôles

Les éducateurs sociaux ont pour mission « d'intervenir auprès de personnes de tous âges ayant besoin d'un soutien et d'un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne en s'ajustant constamment aux ressources de celles-ci, ainsi qu'à leurs rythmes, leur environnement et les limitations de diverses natures auxquelles elles sont confrontées. » (HETS-FR, 2021)

Par quotidien, nous entendons que ces professionnels de l'éducation sont non seulement une aide pour les repas, l'habillage et les soins, mais également pour tout ce qui concerne les loisirs, les vacances, les activités sportives, etc. Pour qu'une vie quotidienne s'installe, il est important que des projets soient réalisés afin de favoriser le meilleur accompagnement possible auprès des personnes concernées. En effet, cet accompagnement nécessite une certaine souplesse et une bonne capacité d'adaptation. La création d'un réseau avec toutes les personnes impliquées (famille, thérapeutes, assistants sociaux, juges, etc.) pour chaque situation est d'autant plus légitime pour faciliter la collaboration et un accompagnement adéquat. (Orientation.ch, 2021)

Les éducateurs sociaux peuvent être amenés à travailler avec différentes populations : personnes présentant une variété de handicaps, souffrant de carences socio-affectives et familiales, manifestant des conduites de dépendance, des troubles de comportement, des difficultés d'adaptation, n'ayant plus de domicile fixe, etc. (Keller, 2018)

Par la mise en place de méthodes, ils apportent aux usagers un autre regard face à leur autonomie, leur intégration et participation sociale, mais aussi au niveau de leur développement personnel et leur pouvoir d'agir. En garantissant une écoute attentionnée et personnalisée, chaque bénéficiaire est pris en compte selon ses propres ressources et l'environnement qui lui est favorable. (HETS-FR, 2021)

Au vu de leurs différents champs d'intervention (prévention, insertion, intégration, accompagnement), ils peuvent être mandatés par différentes instances, que ce soient un service public, une institution privée ou une association. (Keller, 2018)

Afin de garantir une ligne de conduite avec l'ensemble du cadre théorique, nous allons plutôt nous intéresser aux différentes approches et postures adoptées par les éducateurs sociaux travaillant dans le domaine du handicap.

## 7.5.2 Approches

Il existe deux types d'approches à prendre en compte lorsque l'on veut accompagner au mieux des personnes en situation de handicap mental :

### **L'approche clinique**

L'approche clinique touche essentiellement la sphère médicale. Elle réunit trois concepts : le diagnostic, la médication et le traitement. Cependant, elle ne doit pas pour autant être délaissée par les éducateurs. En effet, ils peuvent être amenés, par leur accompagnement au quotidien, à administrer une médication aux usagers ; c'est pourquoi il est primordial qu'ils acquièrent un certain nombre de connaissances à ce sujet. (Vogel, 2017)

Ce qui caractérise cette approche est le fait qu'elle soit adaptée et individualisée aux besoins de chaque personne. Aujourd'hui, elle laisse de plus en plus de place à la psychologie et à l'éducation. En d'autres termes, il s'agirait de dire qu'une bonne prise en charge éducative ou psychologique peut être le traitement idéal pour certaines pathologies. À partir des différentes observations et constats, les professionnels peuvent créer, avec les bénéficiaires, des projets éducatifs adaptés à leurs compétences afin que ceux-ci puissent développer des aptitudes, mais également de maintenir leurs acquis grâce à leurs propres ressources. (Vogel, 2017)

### **L'approche environnementale**

L'approche environnementale a « pour principe d'affirmer que la société crée le handicap. Le terme en situation de handicap est utilisé selon l'endroit où l'on se trouve et la tâche à accomplir. Les objectifs de l'accompagnement sont d'identifier les situations de handicap rencontrées par les personnes pour ainsi pouvoir proposer une intervention éducative adéquate ». (Vogel, 2017)

Nous pouvons remarquer, à travers ces deux approches, que l'accompagnement n'est pas le même. L'approche clinique est plus focalisée sur la personne, tandis que l'approche environnementale est beaucoup plus centrée sur la participation sociale des individus.

Afin de faire un lien avec la problématique, il est important de discerner les besoins des adolescents en situation de handicap mental pour que ceux-ci puissent être amenés vers le plus d'autonomie possible. Cette autonomie peut être plus ou moins acquise selon les capacités des jeunes, mais également selon l'environnement dans lesquels ils progressent. Comme mentionné ci-dessus, pour que les adolescents évoluent, il est bénéfique qu'un projet éducatif soit élaboré selon leurs compétences et objectifs individuels. Les éducateurs, par leurs expériences, peuvent accompagner les jeunes dans leurs objectifs et de ce fait, garantir la notion de « faire avec » et non de « faire pour ». De plus, créer un lien de confiance avec les adolescents, ainsi qu'avec les parents est primordial pour faciliter l'entente, mais également un apprentissage favorable. (Vogel, 2017)

## 7.5.3 La posture professionnelle

« La notion de posture professionnelle implique de considérer le rapport au corps, la manière de se tenir, mais aussi la position, qui peut à la fois être entendue comme l'affirmation d'une préférence (valeur, morale, etc.), d'un rôle social choisi (autodétermination) et d'une

assignation de place (position sociale, rang dans une hiérarchie, etc.) ». (Battaglini, Fretz, Nada, & Ossipow, 2018)

La posture est liée à une éthique professionnelle, autrement dit à un ensemble de valeurs. Parmi ces valeurs, certaines sont déterminées par la profession. Elles prônent tous les points qui doivent être respectés ou qui sont interdits dans la pratique, et par conséquent, que chaque professionnel doit intégrer pour accomplir son travail décentement. Dans certains métiers, ces valeurs sont inscrites dans un code déontologique. Pendant leur formation et leur parcours, les professionnels assimilent ces valeurs afin de raffermir leur éthique personnelle. C'est généralement à ce moment-là qu'un questionnement professionnel intervient à travers l'apparition d'une confrontation entre l'éthique personnelle et les valeurs professionnelles. De là, les travailleurs sociaux vont constituer leurs propres valeurs en y intégrant les valeurs professionnelles, pour ensuite former leur identité personnelle. (Melchior, 2011)

« La posture est le fruit d'un long apprentissage. L'éducateur s'initie à la rencontre de l'autre, il tâtonne, progresse au contact de ses aînés. Si une posture éducative s'improvise souvent, elle s'apprend toujours ; elle est une combinaison subtile de théorie et de pratique ». (Bouchereau, 2016)

La notion de posture renvoie au terme d'accompagnement. Accompagner, c'est se joindre à l'autre, le guider. Dans ce cas, l'autre n'est pas une machine, il n'est pas contrôlable. Cela implique que l'accompagnement incite un ajustement à chaque situation ; il s'invente avec chaque usager. Cependant, l'accompagnement se caractérise selon 5 postures, qui se distinguent les unes des autres. Elles ne se valent pas, n'ont pas la même signification et ne garantissent pas toutes à la même éthique (Bouchereau, 2016) :

### **La posture éthique**

La posture éthique est réflexive et critique, mais engage également un certain nombre de questionnements nécessaires dans la pratique professionnelle : « Pour qui je me prends ? Pour quoi je le prends ? A quel type de relation je collabore ? Et pour quel monde je travaille ? » (Paul, 2012)

Cette posture, autrement appelée posture de non-violence, « résulte d'une détermination à rechercher d'autres modalités de relation que celles de pouvoir, de la domination, de la répression, de l'exploitation, de l'imposition, de la manipulation, de l'humiliation, de l'infantilisation de l'autre par la séduction ou la peur ou sa réduction à un objet de soin ». (Paul, 2012)

Nous comprenons dans cette définition qu'il est bénéfique de s'interroger sur notre posture d'accompagnement, mais également sur les limites, le cadre de bienveillance, de non-prise de pouvoir et de respect de l'autre. Promouvoir l'égalité est la clé de cette relation. Nous n'allons pas, en tant que professionnel, penser, dire ou faire à la place de l'autre, mais laisser le bénéficiaire être son propre acteur de vie. (Paul, 2012)

### **La posture de non-savoir**

Cette posture ne suppose pas que le professionnel doit savoir ou être neutre, mais qu'il n'a pas besoin de tout savoir pour accompagner une personne. Le non-savoir engage le partage, la rencontre ; la relation met en avant la co-construction de la situation donnée.

Établir une solution ou être doté de stratégies ne sont pas le principal but ; ce qui importe sont les besoins du ici et maintenant de la personne accompagnée à travers les échanges, les questionnements, et non en utilisant des théories en surplomb. (Paul, 2012)

« Dans l'accompagnement, on connaît le point de départ et la direction, mais personne ne sait d'avance le chemin qu'il faudra suivre pour se rendre à destination. Le non-savoir coiffe la relation d'accompagnement d'un voile d'incertitude ». (Paul, 2012)

### **La posture de dialogue**

Le dialogue se construit à travers la parole. Il est généralement basé sur une communication dite dissymétrique, mais prônant la parité entre les deux parties. En d'autres termes, cet échange entre deux personnes, et non plus entre professionnel et usager, met en avant la place de chacun dans la discussion. Il offre un espace ouvert à chacun pour s'entretenir à propos d'une situation requérant leur double compétence. De ce fait, il est d'autant plus important que la relation soit fondée sur la compréhension de l'autre et sur l'état émotionnel de chacun. (Paul, 2012)

Cette posture peut être comparée au dialogue dialectique, qui est un genre littéraire datant de l'Antiquité. Celui-ci est défini comme étant « la construction progressive d'une solution commune à un problème, lors d'un processus de décision mis en œuvre par les différentes parties ». (Calori, 2003)

### **La posture d'écoute**

L'écoute est « un processus supposant une négociation des compréhensions, une délibération interactive, une conception partagée de sens. Écouter, c'est être attentif, mais c'est surtout interagir, répondre, solliciter, dynamiser un questionnement permettant aux personnes de se questionner dans le rapport à la réalité dans laquelle elles sont ». (Paul, 2012)

Non seulement une posture, l'écoute est également une technique. Elle soutient la démarche, qui instruit le cheminement. Par le dialogue et en instaurant un cadre rassurant, la posture d'écoute peut être adoptée soit par un acquiescement réceptif initié dans le silence, soit par une parole interpellant une confrontation. Créer un climat de sécurité et de confiance permet à chaque parti de pouvoir s'exprimer librement dans le non-jugement et l'empathie. (Paul, 2012)

### **La posture émancipatrice**

Adopter une posture émancipatrice c'est de permettre au professionnel et à l'utilisateur d'évoluer et de grandir en humanité. Personne ne peut apprendre, grandir ou se construire seul. Être ensemble favorise l'interaction et de ce fait, l'apprentissage de l'autre et de soi-même. (Paul, 2012)

« Pour que la relation ne se situe ni dans l'assistance ni dans le pouvoir, autrement dit pour être structurante et non-militante, elle doit mobiliser le sentiment réciproque de pouvoir être soi-même sous le regard de l'autre et non de devoir répondre à ses attentes ou à s'en défendre ». (Paul, 2012)

L'accompagnement d'une personne nécessite un continuel ajustement. Nous comprenons que le professionnel accompagne le bénéficiaire dans sa situation, et non pour lui. (Paul, 2012)

« L'éducateur apprend son métier comme un artiste apprend son art. Il acquiert patiemment des techniques de base, une manière de mélanger les couleurs, d'utiliser le pinceau et le couteau, d'ajouter à sa toile du relief par l'emploi du clair-obscur. Il s'efforce de comprendre, modestement il répète le geste juste. Après expérience, l'apprenti peintre ne se contente plus d'imiter, mais il crée, invente et en même temps il s'invente. Alors, à ce moment précis, il s'affranchit d'un savoir dont il s'est nourri, lui-même devient artiste. En travail social, il n'y a pas de maître, mais des artistes de la relation, des professionnels capables de tisser des liens, d'écouter, de douter, et de transmettre ce qu'ils ont su apprendre de la rencontre avec l'autre ». (Bouchereau, 2016)



## 8. Méthodologie

Dans ce chapitre, je vais traiter des différents points permettant de comprendre le contexte dans lequel j'ai effectué mes recherches. Ainsi, je vais développer le choix de mon terrain d'enquête, le mode de recueillement des données et les enjeux éthiques.

### 8.1 Terrain d'enquête

Le choix de mon terrain de recherche est une institution dans laquelle j'ai eu l'occasion d'effectuer ma première formation pratique. C'est lors de ce stage que la problématique de mon travail de Bachelor est apparue. Il était alors primordial de retourner dans ce lieu pour répondre à mes postulats, ainsi qu'à ma question de recherche.

J'ai eu l'opportunité d'interroger 3 éducatrices sociales et 2 éducateurs sociaux (HES) étant quotidiennement confrontés à l'accompagnement d'adolescentes et adolescents en situation de handicap mental à l'épreuve du soin.

Ces professionnels ont une expérience variant d'une 1<sup>1/2</sup> à 10 ans dans ce champ d'intervention et sont âgés de 25 à 41 ans. Ils proviennent de milieux divers et travaillent en internat et/ou en externat.

Un autre critère important se trouve dans la mixité des genres. Je me suis demandée si celui-ci joue un rôle dans l'accompagnement aux soins des jeunes.

### 8.2 Récolte des données

La récolte de données se divise en deux points principaux : la présentation de l'équipe éducative et la description de l'outil méthodologique utilisé.

#### 8.2.1 Présentation des éducateurs et éducatrices

Avant de commencer mes entretiens, j'ai questionné les 5 professionnels sur leur âge et leurs années d'expérience avec des jeunes en situation de handicap.

Dans l'analyse de mes résultats, j'ai utilisé des lettres afin que leur anonymat soit préservé. Ce tableau ci-dessous présente les 5 professionnels interviewés :

	V	D	A	M	P
Sexe	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme
Âge	25 ans	30 ans	25 ans	37 ans	41 ans
Années d'expérience	1 an et demi	5 ans	3 ans	10 ans	18 ans

Leurs années d'expérience dans le monde de l'éducation ont permis la richesse des entretiens. La plupart d'entre eux ont expérimenté plusieurs domaines (autre que le handicap mental), telles que la petite enfance, l'addiction et le polyhandicap. De plus, deux éducatrices ont suivi des formations supplémentaires :

- M. a obtenu, en 2017, un CAS (Certificate of Advanced Studies) en autisme.
- A. a suivi des formations continues sur l'autisme, les particularités sensorielles et la discipline positive chez les enfants et les jeunes adolescents. De plus, elle est actuellement en train de se former pour devenir praticienne formatrice.

## 8.2.2 Outil méthodologique

L'outil que j'ai utilisé pour ma recherche est l'entretien. Il en existe plusieurs sortes :

- L'entretien directif : il s'agit d'une suite de questions prédéfinies sur des sujets divers, et qui demandent des réponses précises.
- L'entretien semi-directif : comme l'entretien directif, les questions sont précises, mais laissent la place à une discussion plus libre.
- L'entretien non-directif, autrement dit libre : seule une question de départ est posée, et la personne interviewée est libre d'aborder les sujets qui lui semblent importants.

Pour mon enquête pratique, je me suis dirigée vers un entretien semi-directif en me basant sur une approche qualitative. J'ai envoyé, avant chaque rencontre, une grille d'entretien où des questions prédéfinies ainsi que des questions de relance y figuraient. Des questions se sont rajoutées au fur et à mesure des discussions.

Cette méthode m'a semblé être la plus pertinente pour obtenir des informations plus personnelles concernant la relation aux soins, et de comprendre comment les professionnels mêlent la théorie à leur savoir-faire. Cet outil me permet également d'analyser différentes catégories émergentes, et ainsi répondre à mes hypothèses.

## 8.3 Enjeux éthiques

Avant de recueillir les données, j'ai dans un premier temps contacté, par email, une des responsables du centre médico-éducatif. Celle-ci m'a transmis les noms des éducateurs et éducatrices voulant répondre à mes questions.

Le nom de l'institution ainsi le prénom de chaque personne interrogée restent anonymes. Ma démarche n'a pas pour but de pointer du doigt une manière d'agir, mais plutôt de comprendre quelles sont les différentes approches utilisées pour accompagner des adolescents en situation de handicap lors des soins. De ce fait, j'utilise dans mon analyse des initiales.

Par ailleurs, j'ai informé chaque professionnel de la forme et de l'objectif de mon travail de Bachelor. Chacun d'entre eux a été interrogé selon un questionnaire. Ils ont pu bien évidemment refuser d'y répondre à certaines d'entre elles et/ou amener des informations supplémentaires en dehors des questions posées.

Pour finir, il m'a semblé important de recevoir leur consentement pour pouvoir les enregistrer. Ces enregistrements m'ont permis de retranscrire les entretiens correctement afin de ne pas déformer leurs propos.

## 9. Analyse des résultats

Dans ce point, je vais procéder à une analyse des résultats des différents entretiens effectués au préalable. Mon analyse est constituée de 4 catégories émergentes :

### 9.1 L'accompagnement dans les soins et les soins intimes

Il en est ressorti des entretiens que l'accompagnement dans les soins était avant tout un accompagnement au quotidien dans un métier telle que l'éducation. Par quotidien, les professionnels entendent le fait de *prendre soin* de la personne dans son autonomie, ses besoins, son bien-être, sa santé physique et psychique tout en maintenant ses acquis et en développant des compétences. Comme l'a exprimé P., l'accompagnement est « *un jeu entre créer du lien et poser un cadre éducatif, et de toujours essayer d'aider les personnes pour qu'elles donnent le meilleur d'elles-mêmes* ».

Pour les éducateurs, les soins sont divers ; ils passent par les repas, le brossage de dents et de cheveux, le rasage, la douche, l'habillage, les activités (cuisine, bricolage, balade, vélo), les toilettes, etc. D. ajoute en riant, « *on n'est pas seulement éducateur, mais personnel d'entretien* ».

En énumérant la liste des soins proposés, une interrogation sur la notion de soins intimes a été mise en exergue. À l'unanimité, la limite entre un soin et un soin intime se façonne lorsque la nudité, la sphère intime entrent en ligne de compte par un contact physique. L'accompagnement reste le même, c'est-à-dire de *prendre soin*, mais il se construit au niveau des parties intimes du jeune.

La question de l'intimité a beaucoup résonné chez les professionnels et a fait part de différents avis. Pour une éducatrice (M.), la zone intime ne se résume pas seulement au sexe, mais à tout ce qui pourrait être érogène ou sensible pour l'adolescent, et qui pourrait déclencher, en stimulant cette partie-là, sa sexualité. D., quant à lui, imagine plutôt la sphère intime comme un espace personnel, une espèce de bulle qui nous permet de nous protéger du monde extérieur. Une autre éducatrice (A.) ajoute : « *Pour moi, quand tu me touches le bras, tu entres dans ma sphère intime. Ce n'est pas n'importe qui, qui vient toucher mon bras. Dans les interactions sociales, tu ne vas pas toucher le bras d'un inconnu pour lui dire bonjour. En fait, dès que tu dépasses cette barrière sociale des x centimètres, bah... t'es dans l'intimité* ».

Une autre question se pose : *l'intimité est-elle purement physique ?* P. répond qu'une part est physique, mais qu'elle peut être également psychique. Il entend qu'en prenant soin des personnes, on prend également soin de leurs émotions et de leur esprit (bien-être). En parlant des émotions, il explique qu'il est important, selon lui, d'être à l'écoute des besoins du jeune et de prendre du temps pour lui.

Concernant le temps à disposition pour élaborer un travail de soin, qu'il soit intime ou non, les éducateurs ont tous répondu qu'il n'y a pas de limite de temps ; ils vont au rythme de l'adolescent. M. trouve que dans le métier d'éducateur, notamment dans les structures accompagnant des personnes en situation de handicap, on dispose d'assez de temps pour la dignité et le respect de celles-ci. Elle cite : « *Si je ne prends pas le temps et que j'ai un temps compté, je me sentrais maltraitante. Tout ce qu'on fait, tous ces gestes au quotidien,*

*c'est leur vie. Si on ne prend pas le temps ou qu'on n'est pas là pour le faire correctement, je ne vois pas ce qu'on fait dans ce métier ».*

L'équipe éducative relève également un point essentiel quant à l'approche de la zone intime lors d'un travail de soin. Elle énonce qu'il est primordial de prendre en compte les besoins et les attentes des adolescents. Pour V. les jeunes expriment leurs besoins en fonction de leur comportement. Elle explique que la plupart des jeunes en situation de handicap mental n'ont pas toujours acquis le stade de la parole. Par conséquent, ils manifestent physiquement leurs émotions à travers des gestes, des cris, en lançant des objets, en s'auto-mutilant, etc. M. appelle cela le consentement ; elle mentionne : *« je ne me donne pas le droit d'intervenir, tant que l'autre ne m'a pas laissé entrer dans sa sphère intime. J'ai le consentement de celui-ci, soit par du verbal, un regard, un geste, une attitude corporelle... En fait, qu'il soit disposé au soin. Un jeune qui serre les fesses et les cuisses, c'est qu'il n'est pas consentant ».*

En intervenant dans l'intimité des jeunes, il a souvent été mentionné par les professionnels : *« Je n'aimerais pas qu'on me touche sans m'avertir »* ou bien même *« Je me mets toujours à la place de l'autre avant d'effectuer un travail de soin »*. La notion d'empathie est beaucoup ressortie. Les éducateurs précisent qu'il y a une manière de faire pour que les deux parties (jeune et éducateur) se sentent à l'aise.

Cette manière de faire, autrement dit la façon dont un soin se déroule, est théorisée sous le nom du concept d'Humanitude. En questionnant les professionnels sur cette notion, aucun d'entre eux ne semblaient la connaître. En leur expliquant à quoi elle correspondait, ils ont répondu que même si celle-ci n'était pas connue théoriquement, ils l'appliquent au quotidien.

Comme explicité précédemment, le soin fait partie intégrante de l'accompagnement au quotidien. De ce fait, comme le témoignent les éducateurs, le soin est une activité parmi les autres et est ritualisé. Pour une question de pratique, et surtout pour un accompagnement optimal pour les jeunes en situation de handicap mental, les pictogrammes sont très significatifs pour ritualiser le soin. Pour d'autres, un pictogramme n'est pas suffisant. A. explique que le simple fait de sortir une protection de leur sac (pour les jeunes langés) permet aux adolescents d'associer ce moment à la toilette intime.

Une éducatrice (M.) mentionne que, pour elle, le travail de soin se déroule en 3 phases. Dans un premier temps, elle prépare ce dont elle a besoin pour effectuer son accompagnement et vérifie que le lieu est sécuritaire pour le jeune. Ensuite, elle l'aide à se déshabiller et à faire le soin, tout en laissant place à l'autonomie. Pour finir, elle aide le jeune à se rhabiller et nettoie la salle de bain.

Les 5 éducateurs spécifient qu'il est nécessaire de respecter l'intimité de la personne accompagnée ; à commencer par 3 actes importants : la parole, le toucher et le regard.

Concernant la parole, M. raconte qu'elle donne des instructions verbales pour favoriser l'autonomie des adolescents ou explique ce qu'elle va faire ou comment elle le fait. Elle essaie de toujours parler, même si elle sait qu'elle ne va pas obtenir de réponse. Elle trouve que le silence est pesant. Ces dires ont été confirmés par une autre éducatrice. Elle cite : *« Si je vais toucher au niveau des parties intimes, je vais quand même lui dire : je vais passer, je vais te nettoyer les fesses. Et des fois, pour les stimuler à s'essuyer eux-mêmes, je vais leur dire : essuie-toi le pénis, les fesses. Je vais toujours être dans le verbal »*. D. est d'un autre avis. Pour lui, parfois le dialogue verbal peut être un peu parasite au niveau des consignes.

Par conséquent, il utilise beaucoup de protocoles visuels, comme par exemples des photos, des phrases, et notamment la langue des signes.

De plus, il ajoute qu'il emploie un dialogue tactile, par des pressions ou la guidance. Le terme de guidance a raisonné chez un autre éducateur (P.). Pour lui, il est intéressant de favoriser au maximum l'autonomie du jeune accompagné : en le guidant, il lui donne l'information corporelle dont il a besoin.

Le respect de l'intimité et du soin se traduit également par la capacité de choix. Un des éducateurs (P.) a instauré pour son groupe de jeunes un dispositif d'affiches. Sur ces affiches, il y a deux entrées : une pour dire que les toilettes sont occupées, et l'autre pour mentionner qu'elles sont libres. Il justifie cette action en indiquant que les jeunes ont tendance à oublier de fermer la porte lorsqu'ils sont aux toilettes. Selon lui, cela leur apprend la notion d'intimité.

Pour terminer, l'équipe éducative amène l'idée qu'un accompagnement d'un soin intime est sécuritaire lorsque celui-ci se façonne dans un environnement adapté et quand le rythme de chaque adolescent est individualisé. Un soin intime est différent selon le type de population et d'âge. Il dépend également du ressenti vécu, tant par le jeune que par l'équipe éducative et de l'expérience professionnelle. Ces catégories sont abordées dans les points suivants.

## **9.2 Le défi de l'adolescence chez les jeunes en situation de handicap mental**

Cette catégorie émergente relève 3 notions importantes. En effet, à travers une série de questions, il a été intéressant de remarquer que les professionnels énonçaient régulièrement les termes de pudeur, puberté et sexualité.

La question d'intimité et de pudeur a suscité des avis divergents :

Pour un éducateur (D.) et une éducatrice (V.), les jeunes en situation de handicap mental n'ont pas de pudeur. Ils rajoutent que les adolescents qu'ils accompagnent se déshabillent fréquemment dans le couloir sans se poser de questions. Ils n'ont pas l'impression qu'ils aient la notion de leur corps. De ce fait, V. a, par le passé, beaucoup questionné sa façon d'agir face à cette non-pudeur : *« J'attachais une certaine importance à la pudeur, mais le fait qu'ils ne soient tellement pas pudique par rapport à ça, bah... je m'y suis habituée et ça ne me fait plus rien »*.

Par ailleurs, D. mentionne que, même s'il trouve que les jeunes ne sont pas pudiques, il va quand même respecter leur intimité. *« J'essaie de leur mettre un peignoir, un linge autour de la taille, je ferme la porte de la salle de bain. Je ne pense pas qu'ils comprennent l'enjeu, c'est plus mon esprit neurotypique qui pense à ça »*.

M., quant à elle, trouve que la pudeur dépend beaucoup du jeune, même si pour la plupart, ils ont souvent peu de notion de l'intimité. Elle pense que les jeunes ayant un handicap plus léger sont plus capables de comprendre qu'il y a une pudeur à avoir plutôt que les jeunes ayant un handicap mental profond. Elle termine par dire que, selon elle, l'intimité fait référence à l'éducation. *« On n'a pas tous la même notion de base : l'intimité est quelque chose qu'il faut cacher, c'est secret et propre à chacun ; c'est vraiment ce qu'on instruit aux jeunes enfants. Ce rapport à la nudité dépend aussi de certaines familles. Pour certaines, c'est toléré, et pour d'autres, ce n'est pas admis »*.

A., une autre éducatrice, pense également que la pudeur dépend beaucoup de l'éducation enseignée et que c'est une sorte de construction. « *Je me dis que tout enfant n'a pas de pudeur, c'est l'éducation qui la crée* ». Elle questionne aussi le niveau de la déficience : « *Je ne sais pas à quel point si c'est la déficience intellectuelle qui ne leur permet pas ou si c'est aussi nous dans nos comportements que c'est normal ; car, si on voit un jeune se balader nu, ça va nous faire rire et on laisse ça sur le compte du handicap* ».

L'éducateur restant (P.) amène l'idée que chaque jeune en situation de handicap est un adolescent avant tout et que la déficience ne joue pas forcément un rôle dans la pudeur. Il déclare que cela se joue plutôt sur l'expérience qu'ils ont avec leur propre corps et l'environnement dans lequel ils sont. Il explique qu'il travaille soit, avec des jeunes qui n'ont pas besoin d'intimité ; du moins, ils ne le font pas ressentir et avec d'autres qui en ont un peu plus besoin. Pour les élèves dont le besoin d'intimité est plus présent, P. indique qu'ils ont tendance à fermer la porte des toilettes et à être très sensibles à ce qu'il n'entre pas dans les toilettes sans avertir. Il conclut en évoquant que cela dépend d'une part de l'éducation parentale et des éducateurs et éducatrices, mais aussi de la conceptualisation que le jeune a de son corps.

Un élément qui reste très éloquent pour l'équipe éducative se cache derrière la notion de puberté. En effet, en travaillant avec des adolescents, elle est davantage confrontée à cette période marquant la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte. Les éducateurs partagent la même opinion : le handicap n'entrave pas la puberté corporelle, on peut vraiment les identifier comme des adolescents physiquement (poils, formation du sexe et des seins, apparition des règles, boutons, etc.). De plus, ils remarquent que, comme les adolescents « ordinaires », les jeunes en situation de handicap mental sont constamment en train de confronter les limites. En revanche, ce qui peut être plus révélateur du handicap est la façon dont ils se gèrent émotionnellement :

V. cite : « *Je n'ai jamais été confrontée à la même situation que quand je travaillais avec des enfants. Les adolescents avec qui je travaille maintenant ont vraiment les hormones qui explosent, ils sont dans la découverte du corps, et surtout des sensations physiques* ». Par sensations physiques, elle entend le fait que les jeunes en situation de handicap mental ont plus de susceptibilité de se masturber ou de se toucher en public sans faire preuve de pudeur.

A. voit plutôt la recherche de sensations physiques, non par la masturbation, mais par l'autostimulation. Elle remarque que les jeunes qu'elle accompagne ont tendance à se frotter à des objets ou à des coins de table par exemple. Pour elle, ces pulsions ne sont pas forcément désirées. Elle précise que pour la plupart, elles sont mal gérées, car cela crée des angoisses chez eux.

Il a souvent été mentionné, par les professionnels, que la puberté des adolescents ayant un handicap mental accentuait la découverte de leur sexualité.

Comme le prononce D. « *À partir du moment qu'ils ont découvert leur sexualité, c'est hyper présent ; et surtout les premiers temps. Alors c'est à nous de cadrer ça... On ne peut pas faire ça en plein milieu du repas, on doit structurer* ». Ainsi, il trouve important d'amener aux jeunes un certain nombre de codes. Cela ne lui dérange pas qu'ils dévoilent une sexualité débordante, mais elle doit être adaptée au contexte et à un moment donné. Il rajoute qu'il est bénéfique d'adapter la sexualité à chacun en fonction de la relation qu'il établit avec son corps, son sexe, et notamment par rapport à ses envies et besoins.

Pour P. *« Un adolescent ordinaire est capable de canaliser sa sexualité. Mais, pour un adolescent ayant une déficience, il faut l'aider à la canaliser en lui laissant expérimenter cette énergie accrue ».*

Dans ce cas, la question suivante se pose : ***Comment l'équipe éducative fait-elle pour laisser place à cette sexualité dans son accompagnement au quotidien ?***

Les 5 éducateurs ont déclaré que les manifestations sexuelles chez les jeunes se dévoilent davantage lors d'un moment de soin intime (toilettes, douche) ou lorsqu'ils bénéficient d'un instant de calme dans leur chambre. Ils expliquent que c'est un moyen pour les jeunes de décompresser après une activité ou une journée. Ils se retrouvent face à leur corps.

Lorsqu'un soin intime est engagé et qu'une quelconque érection ou excitation apparaît, tous et toutes les professionnels affirment qu'ils s'écartent en se mettant en retrait et en leur laissant un temps individuel. Une éducatrice (M.) estime qu'il est nécessaire de laisser libre cours à la sexualité : *« Je n'interviens pas, je laisse du temps. Ce sont vraiment des adolescents où on est toujours derrière eux, à leur dire ce qu'ils doivent faire, ils n'ont jamais de répit... On doit leur laisser vivre leur vie ».* Dans ces dires, elle fait référence à Alexandre Jollien, philosophe et écrivain suisse, qui dit : *« l'institution est une prison ».*

Un autre élément a été énoncé par une éducatrice (A.) travaillant principalement en externat dans une classe. Elle explique qu'elle voyait régulièrement un de ses élèves se frotter au matériel de la classe. Pour éviter que celui-ci le fasse trop régulièrement devant les autres élèves, elle l'accompagnait aux WC et lui laissait ce temps sur les toilettes. Elle a vite remarqué que ce jeune ne savait pas se masturber, mais avait tout même besoin d'avoir ce temps intime pour se soulager. Au fil du temps, elle a réalisé que sa manière de « se masturber » était de se frotter un objet avec sa protection. De là, l'équipe a pu mettre en place deux pictogrammes avec des toilettes différentes : un pour le soin, l'autre pour la masturbation. Cela a très vite pris sens tant pour les professionnelles que pour l'adolescent. Elles ont défini avec lui un lieu adapté ainsi que des moments dans la journée.

Certains membres de l'équipe spécifient que parfois l'enjeu de la sexualité n'est pas toujours clair pour les jeunes en situation de handicap mental. D, illustre une situation qui lui est arrivée : *« J'ai un jeune dans mon groupe qui a un très bon niveau verbal, mais une très mauvaise connaissance du corps, tant le sien que celui de l'autre. Un jour, j'ai enlevé mon sweat se trouvant sur mon t-shirt. Mais, quand je l'ai enlevé, le jeune a vu apparaître mon nombril. Celui-ci a été dire aux éducatrices : j'ai vu le pénis de D. ».* Il mentionne qu'il a vraiment eu peur des répercussions. Cette situation a été reprise, et le nécessaire a été fait auprès du jeune pour qu'il associe les mots aux bonnes parties du corps.

D'autre part, il a été bénéfique de savoir si l'équipe éducative considérait leur intervention dans l'intimité des jeunes comme intrusive dans leur sexualité. Pour l'unanimité, la réponse est un non très catégorique. Voici quelques citations :

*« Pour moi, ça n'a pas de caractère sexuel lorsqu'on agit dans le cadre d'un soin. Le geste qu'on est en train de faire est pour le soin, et non pour la sexualité. C'est notre travail. On le fait, parce que c'est pour leur bien-être ».* (V.)

*« Je ne suis pas dans un rapport sexuel avec le jeune que j'accompagne. Si toi, en tant que professionnel tu vis cela comme un geste sexuel, là il faut te remettre en question. Et si, tout*

*d'un coup ça dérape sur une manifestation sexuelle de la part du jeune, bah... je lui laisse du temps et je reviens plus tard ».* (M.)

*« Ça dépend toujours de l'attention que t'y mets, ça reste pour moi du nettoyage ».* (A.)

*« Ma posture, ma façon de faire et le lien que j'ai avec le jeune, c'est ce qui va faire qu'il ne va pas se sentir méprisé ».* (P.)

D. a un peu plus questionné sa posture. Pour lui, il ne se sent pas intrusif dans l'intimité des jeunes qu'il accompagne, mais il émet quand même l'hypothèse que ça pourrait l'être d'une certaine manière. Il énonce qu'il y a une façon de procéder, cette juste distance – proximité à adopter, pour effectuer des gestes n'amenant aucune ambiguïté. Pour ne pas créer d'ambiguïté, il explique qu'il utilise toujours des gants de toilettes pour procéder au soin ; c'est une sorte de barrière physique. De plus, il essaie de constamment laver l'adolescent avec les mêmes pressions, mais en les allégeant lorsqu'il s'approche des zones plus sensibles. Il termine par dire : *« La limite entre la sexualité et l'intimité est assez personnelle aux jeunes. C'est à nous, en tant qu'éducateur, de mettre un cadre pour éviter un soupçon d'ambiguïté ».*

Pour conclure, il est intéressant de remarquer que cette catégorie émergente est en lien directe avec la précédente. Ainsi, il en ressort des entretiens que la sexualité des adolescents prend une place importante dans l'accompagnement des soins au quotidien.

### **9.3 Le ressenti de l'équipe éducative face au corps de l'autre**

Intervenir dans l'intimité des jeunes durant les soins a pu provoquer, par le passé, chez les éducateurs, de la gêne. Aujourd'hui, tous affirment que ces situations d'embarras ne prennent plus autant de place que dans leur début en tant que professionnels spécialisés dans l'éducation.

Dès lors, pendant les entretiens, une question leur a été posée afin de comprendre pourquoi ils étaient gênés autrefois et comment ils ont procédé pour se détacher de cette émotion.

La plupart d'entre eux ont expliqué que la gêne est apparue, car l'intimité des bénéficiaires les renvoyaient à leur propre intimité, et d'autant plus lorsqu'il s'agissait d'adolescents. Pour eux, l'âge peut jouer un rôle prédominant. En manquant d'expérience, l'approche de l'intimité peut refléter un côté sexuel pouvant créer une certaine confusion. Le mélange de ces deux termes peut s'expliquer, car le jeune professionnel est confronté à la nudité du bénéficiaire au moment où sa puberté, le développement du sexe et des seins sont en pleine croissance. Pour illustrer, voici quelques citations :

*« Ce qui peut gêner, selon moi, ça peut être la sexualité... C'est quand même la partie intime en lien avec la sexualité ».* (A.)

*« Dans mes premiers soins, j'ai ressenti de la gêne, car c'était la première fois que j'allais dans les toilettes avec une personne ou que je donnais la douche à quelqu'un d'autre que moi-même. C'était aussi la première fois que je voyais une personne nue devant moi sans que je ne l'aie choisie ».* (P.)



« *Quand j'ai commencé j'avais 20 ans. Les adolescents que j'accompagnais avaient presque le même âge que moi. Peut-être que si j'étais plus âgée qu'eux, bah... j'aurais moins eu ce sentiment de gêne* ». (V.)

« *Je pense que les premières fois dans le handicap m'ont plus gênée que maintenant. Le fait que le résident soit nu, qu'il ne puisse rien faire, que c'est toi qui dois le faire à sa place et que tu ne sais pas si tu le déranges ou pas... ça m'a gênée et beaucoup remise en question* ». (A.)

« *Quand tu commences ta formation et qu'un homme devant toi a une érection, oui ça gêne* ». (M.)

L'équipe éducative a également relevé que la gêne ne se traduit pas seulement à la notion de nudité, mais aussi aux concepts de dégoût et d'appréhension. Par dégoût, elle associe ce terme au niveau des odeurs d'urine, de selles, de vomis, corporelles, ou bien même au niveau des quantités. En ce qui concerne l'appréhension, elle exprime que la relation de confiance joue un rôle important dans l'élaboration d'un soin. D. cite : « *Si je change de groupe avec lequel j'ai l'habitude de collaborer et que je dois faire un soin, il y aura surement de la gêne, car j'appréhende la façon dont le jeune va réagir à mon toucher* ».

Ainsi, le lien de confiance est un élément que l'ensemble des professionnels approuve quant au fait de ne plus se sentir gênés. Ils se justifient en disant que les jeunes en situation de handicap mental restent avant tout des humains dont il est important de prendre soin, qu'ils ne sont pas des objets. De ce fait, il est primordial pour les éducateurs de prendre du temps, hors soin intime, pour apprendre à connaître les adolescents dans un autre contexte.

Néanmoins, la notion de gêne est ressortie lorsque la question sur la mixité a été posée. Ce sujet a fait part de différents points de vue. Sur une base commune, il a été relevé que la mixité dans les soins fait partie intégrante de leur métier. L'équipe éducative explique que la majorité des professionnels dans l'éducation sont des femmes, et par conséquent, il est difficile de maintenir une non-mixité.

M. est contre le fait de ne pas favoriser la mixité : « *Je pense que, autant un homme qu'une femme, doit pouvoir s'occuper d'un jeune, c'est notre métier. On est dans un soin, on n'est pas dans un rapport d'intimité. C'est un geste professionnel. J'ai aussi beaucoup de peine à entrer en matière avec les parents qui demandent la non-mixité. Ce n'est pas possible. À un moment donné, on reste des professionnels, donc notre geste est aussi professionnel* ».

P. partage une autre opinion : « *Moi, je dirais que je suis de la vieille école. Si c'est possible, je trouve que c'est plus sympa que les femmes s'occupent des filles, et les hommes des garçons. Je n'ai pas de gêne particulière à le faire, mais je trouve que c'est personnel. Je me sens plus à l'aise avec les garçons, c'est une question de feeling* ». Il rajoute qu'il trouve très enrichissant de travailler au milieu de femmes, car celles-ci peuvent l'aider en reprenant le relais.

D. ne ressent plus de gêne aujourd'hui lorsqu'il lave une fille, mais il exprime que c'était plus difficile à ses débuts : « *J'étais particulièrement gêné avec les filles, car je ne savais pas comment faire pour les laver, laver une poitrine. Je sais comment laver un homme, car moi-même j'en suis un, mais les filles pas trop... J'avais peur qu'elle ressente mon soin comme quelque chose qui procure du plaisir* ». Ses collègues femmes ont été d'un grand soutien

pour lui. Il n'a jamais voulu qu'une éducatrice le fasse à sa place, mais il a toujours demandé des conseils pour s'améliorer et faire passer les bons messages.

Avec l'expérience, la mixité est devenue « normale. » Cela a beaucoup questionné une éducatrice (A.) : *« Ce qui devient questionnant, c'est que toucher à l'intimité de l'autre, ça devient totalement banal. Il y a ce truc aussi où je me demande si on n'a pas tendance à désexualiser la personne face au handicap. Donc, il y a moins cette gêne au niveau de la sexualité... Même si je sais que ce sont des êtres sexués ».*

Pour les éducateurs, le genre ne joue plus forcément un rôle dans la gêne. Ils abordent les soins intimes de la même manière que ce soit une fille ou un garçon, mais les gestes seront différents. Ils expliquent que cela dépend plutôt de la personne accompagnée, de sa compréhension, de son autonomie et de ses besoins, c'est-à-dire que leur toucher, distance et verbal changent.

*« Plus tu assimiles tes gestes à quelque chose de professionnel, moins t'auras de la gêne et plus tu te sens légitime en tant que professionnel ».* (M.)

## 9.4 Le manque de formation

Les éducateurs interrogés sont âgés de 25 à 41 ans, et ont une expérience professionnelle variant de 1<sup>1/2</sup> à 10 ans. Pendant les entretiens, la question suivante leur a été posée : ***Pensez-vous qu'un éducateur social sortant de l'école est-il suffisamment préparé théoriquement et pratiquement pour effectuer un travail de soin ?*** Celle-ci a provoqué chez les professionnels une réponse très directe : non. En leur demandant d'expliquer leur réponse, voici ce qu'il en est ressorti :

Aucun d'entre eux a manifesté avoir participé à une quelconque formation théorique sur les soins pendant leurs années à la HES. M. explique : *« dans cette école, on te parle de beaucoup de choses, mais on survole aussi beaucoup. J'ai des bases, j'ai tout ce qu'il faut pour bien faire, je sais où aller chercher les informations, je sais comment les approfondir, mais je ne me sens pas experte là-dedans ».* Une autre éducatrice (A.) rajoute : *« Je pense que si on n'aborde pas la notion de soin, c'est parce que c'est un peu tabou. Comment va-t-on donner un cours sur des soins intimes, alors que l'intime est universellement tabou ? »* Il a été intéressant de leur demander s'ils avaient participé à une formation après l'obtention de leur Bachelor, et tous ont répondu que non.

À propos de la formation pratique, les avis restent toutefois plus mitigés. Pour certains, les formations pratiques sont bénéfiques si les deux stages ont été effectués dans des institutions accueillant des personnes en situation de handicap. Si un seul stage sur deux a été exécuté dans le domaine du handicap, cela est plus difficile d'en tirer des conclusions. Pour d'autres, ces deux formations ne permettent pas de côtoyer toutes les populations que l'on va rencontrer dans la pratique. P. exprime que notre métier se construit au fil du temps et des expériences. *« C'est vraiment après l'école que l'on apprend notre métier ».*

Seul un éducateur sur les 5 a poursuivi une formation en emploi. Le fait de mélanger quotidiennement l'école à la pratique l'a énormément aidé à se construire en tant que professionnel. Comme M., il émet que l'HES lui a apporté un certain niveau de réflexion et de conceptualisation, mais que s'il n'était pas en emploi, il n'aurait pas eu autant de facilité à faire de lien avec sa pratique.

Il a été intrigant de confronter les différents avis concernant le travail de soin. Une des éducatrices pensent que les éducateurs ne sont pas là pour prodiguer des soins. Pour elle, les soins devraient plutôt être réservés aux infirmiers et infirmières. D. partage un avis totalement différent. Pour lui, *« le soin c'est un moment où on peut développer chez le jeune des compétences éducatives et comportementales »*. Un aspect est unanime, ils trouvent nécessaire d'instaurer un cours théorique et pratique sur toutes les notions liées aux soins.

Mais, comment ont-ils appris à effectuer un soin intime correctement ? Les réponses sont assez similaires. Ils remercient principalement leurs collègues plus expérimentés de leur avoir enseigné les bases de cette activité prenant une place très importante dans le métier de l'éducation.

La plupart collabore actuellement ou ont collaboré avec des assistants socio-éducatifs (ASE) ou des assistants en soins et santé communautaire (ASSC). Comme le dit D. *« les ASE sont plus terre à terre, plus conscients de ce qu'il se passe »*. V. ajoute à cela : *« les ASE, avec qui je travaille, ont plus de connaissances pratiques et théoriques. Alors, l'avantage dans tout ça, c'est qu'ils nous montrent comment faire juste »*. Tous les professionnels interviewés mettent en avant les avantages du travail en équipe et du partage de savoirs. Une éducatrice (M.) mentionne : *« c'est ça que je trouve riche dans notre métier, c'est que tu vas voir différentes manières de procéder, et toi tu vas prendre ce qui te correspond le mieux, ton propre protocole »*.

Ce manque de connaissances dans les soins, lors de leur arrivée dans le monde professionnel, a quelque peu perturbé leur façon d'agir, notamment par la manifestation d'une certaine gêne, la peur de faire faux, de faire mal, de faire passer un mauvais message, ou bien même de ne pas être efficient dans l'hygiène de la personne accompagnée. P. évoque que l'expérience est la clé. Et, cette expérience est d'autant plus efficace lorsque le professionnel est en adéquation avec lui-même.

La réelle question se pose autour de la posture du travailleur social. Les notions de respect et de bienveillance sont apparues plus d'une fois lors de ces entretiens et rassemblent toutes les catégories émergentes.

Pour M. le respect passe par plein de choses : le consentement par le soin intime, le fait de prendre le temps d'écouter les besoins de l'adolescent et d'être conscient des limites tant pour soi que pour le jeune. Elle trouve important que chaque jeune soit traité comme le professionnel aimerait l'être s'il lui arrivait quelque chose. *« Je suis là pour accompagner, mais je vise toujours l'autonomie. Je me considère comme une béquille. Si on peut enlever la béquille tant mieux, si on peut la raccourcir, c'est bien aussi »*.

A. désigne la bienveillance comme étant la façon de prendre en compte l'autre en lui laissant une marge de manœuvre pour qu'il puisse agir seul. *« La bienveillance, c'est aussi anticiper ce que tu vas faire en tant que professionnel et être sécurisant »*.

D. voit plutôt la bienveillance comme une ligne de conduite, et non comme une posture. *« Être bienveillant, c'est être présent. Tout ce que l'on met en place, c'est qu'on le pense pour l'intérêt du résident »*.

P. termine cet entretien en évoquant que la posture, *« c'est d'être dans le lien, d'être là pour l'autre, d'être dans une relation de feeling, de l'instant et du partage »*.

## 10. Synthèse des catégories émergentes

Avant de passer à la discussion, il est pertinent de synthétiser les catégories afin de faciliter l'analyse théorique. Dès lors, nous pouvons constater que ces catégories se rejoignent ; elles permettent de comprendre au mieux la problématique.

Dans un premier temps, nous avons discuté de l'accompagnement dans les soins et les soins intimes. Avant d'identifier la limite entre les deux termes, les éducateurs et éducatrices ont défini la notion d'accompagnement. Pour eux, c'est de prendre soin de l'autre dans sa vie quotidienne en favorisant son autonomie, sa santé et ses besoins. En accompagnant les jeunes dans leur quotidien, deux soins se distinguent : le soin éducatif (aide aux repas, brossage de dents, habillage, activités, etc.) et le soin intime où là, la confrontation avec la nudité, la sphère intime du jeune est dévoilée (douche, toilettes). Les professionnels relèvent qu'il est important de prendre en compte les besoins et les attentes des adolescents, par un consentement, lorsqu'ils effectuent un soin intime. Ils observent que les jeunes consentent soit par un mot, un geste, une attitude corporelle ou un signe. Il a souvent été mentionné dans leurs propos qu'il est primordial de se mettre à la place du jeune pour essayer d'être le plus adéquat possible et de ne pas créer de confusion dans l'approche de leur intimité. Dans ce cas, l'équipe éducative utilise quotidiennement des astuces comme par exemple, les protocoles visuels (photos, pictogrammes, phrases, langue des signes) et les protocoles physiques (pressions tactiles, guidance) pour apporter un certain rituel, et le toucher, le regard et la parole pour élaborer un soin intime. Pour finir, les éducateurs considèrent qu'un soin est assuré lorsque celui-ci est adapté au rythme de l'adolescent et au contexte.

Ensuite, les concepts de pudeur, de sexualité et de puberté ont été éclaircis. Il en est ressorti des entretiens que les jeunes en situation de handicap mental manifestent moins de pudeur que les adolescents « ordinaires ». Pour deux éducatrices, la pudeur dépend de l'éducation, tandis que pour un éducateur, la notion de pudeur se construit selon la conceptualisation que le jeune a de son corps. Même si l'intimité est peu dissimulée, l'équipe éducative reste, toutefois, très attentive au respect de celle-ci en enveloppant un linge autour de la taille par exemple, ou en fermant la porte, en frappant avant d'entrer dans la pièce, etc. Par ailleurs, les professionnels questionnent davantage la notion de puberté, notamment sur la révélation du handicap de façon émotionnelle. Ils expliquent que la recherche de sensations physiques (masturbation, se toucher, se frotter à un objet) est plus marquée à l'adolescence et que le handicap mental ne permet pas de contextualiser le moment et l'endroit adéquat pour les expérimenter. Ces pulsions soudaines peuvent ne pas être comprises de la part des jeunes, et ainsi créent, pour certains, des angoisses. Par conséquent, la puberté déclenche, pour la majeure partie des cas, leur sexualité ; sexualité que les éducateurs et éducatrices font face au quotidien dans leur accompagnement aux soins intimes. Aucun professionnel ne se considère intrusif dans la sexualité des adolescents qu'ils accompagnent. Dès que des manifestations sexuelles apparaissent, ils s'écartent et laissent un moment de tranquillité aux jeunes. Le geste de soin est considéré comme un geste professionnel, n'ayant aucun caractère sexuel.

Puis, nous avons abordé le ressenti des professionnels lors de l'approche avec l'intimité des jeunes avec qui ils collaborent. Intervenir dans la sphère intime d'une autre personne que soi peut amener une certaine gêne, appréhension ou dégoût (odeurs, quantités). Ces notions étaient plus présentes lors de leur début en tant qu'éducateur ou éducatrice. Ils justifient cette gêne en expliquant que l'intimité des bénéficiaires les renvoyaient à leur propre intimité. De ce fait, en manquant d'expérience et de recul, ils craignaient de créer une sorte de

confusion en confrontant la sexualité des adolescents dans les soins. Selon l'équipe éducative, le lien de confiance est un élément primordial pour que la gêne s'atténue. Un seul point est encore interrogeant à l'heure actuelle : la question de la mixité. Elle fait place à des avis divergents. Pour la plupart, le genre ne joue plus forcément un rôle dans la gêne, mais qu'elle dépend plutôt de la personne accompagnée. Ainsi, il en est ressorti des entretiens que la gêne s'en va généralement avec l'expérience et la construction d'un lien de confiance. Il est essentiel de se sentir légitime en tant que professionnel.

Pour terminer, l'ensemble des éducateurs ont déclaré qu'ils ne se sont pas sentis suffisamment préparés théoriquement et pratiquement pour effectuer un travail de soin lors de leur entrée dans le monde professionnel. Seul un éducateur a poursuivi une formation en emploi, ce qui lui a permis de constamment se préparer à la réalité du terrain. Pour les autres, ils ont pris conscience des soins intimes lors de leur stage probatoire ou pendant leurs formations pratiques. Mais, ils déclarent que ces laps de temps n'étaient pas assez conséquents pour se faire une idée précise de ce qu'est cet accompagnement au quotidien. Un éducateur a cité : « *C'est vraiment après l'école que l'on apprend notre métier* ». En collaborant fréquemment avec d'autres corps de métier, ces diverses professions ont apporté aux jeunes éducateurs des bases solides pour accompagner au mieux les adolescents dans leur intimité. Ainsi, avec l'expérience, ils ont pu développer leur propre manière d'agir, autrement dit leur posture professionnelle.

En résumé, le manque de formation théorique et pratique au sujet du soin amène les éducateurs et éducatrices à ressentir une certaine gêne ou appréhension lorsqu'ils commencent leur vie professionnelle, notamment avec des adolescents en situation de handicap mental. Il en résulte que l'équipe éducative n'est pas préparée à être confrontée à l'intimité, la puberté et la sexualité des jeunes. En expérimentant chaque jour un peu plus leur métier, les professionnels ont adopté leur propre manière de procéder au soin, ce qui favorise un accompagnement optimal au quotidien.

## 11. Discussion

Dans ce chapitre, il me semble pertinent de discuter les points qui m'ont interpellée durant ces différents entretiens. Ainsi, avec l'aide de mon cadre théorique, je vais pouvoir faire des liens.

Dans un premier temps, je vais aborder la notion d'accompagnement. Ensuite, je vais parler du lien de confiance et du concept de sexualité. Pour terminer, je vais décrire les différentes postures professionnelles que j'ai observées durant les discussions avec les éducateurs.

### 11.1 Prendre soin

Lors de l'analyse des résultats, j'ai constaté que les éducateurs partageaient tous la même idée sur la notion d'accompagnement. Le fait de prendre soin de l'autre est quelque chose de très important dans leur travail au quotidien. Prendre soin provient du concept de *care*. Théoriquement, il se traduit comme étant « l'ambition d'être autant soin du corps que soin de l'être ». (Châtel, 2010)

En faisant un lien avec la théorie, il a été intéressant de remarquer que les professionnels se soucient beaucoup de l'autonomie, des besoins et notamment de la santé physique et psychique des bénéficiaires qu'ils accompagnent. Le fait de se préoccuper constamment du bien-être d'autrui amène une dimension d'empathie, une bonne conscience.

En effectuant des recherches plus approfondies sur cette notion de conscience, je suis tombée sur le terme de sollicitude. La sollicitude est « cet attendrissement, cette sensibilité, cette capacité à entendre et à se laisser toucher par l'autre. Elle est une transformation de l'être par la prise de conscience, parfois la découverte de sa propre sensibilité ». (Châtel, 2010)

D'un point de vue personnel, je pense que les éducateurs témoignent cette sollicitude quand ils expriment qu'ils essaient toujours de se mettre à la place de l'autre avant d'effectuer un soin intime. En échangeant plus précisément sur cette compétence empathique, il en est ressorti trois éléments indispensables : la parole, le toucher et le regard.

Comme explicité précédemment dans l'analyse, ces trois composants font parties du concept d'Humanitude. En quelques mots, cette philosophie se définit comme étant « l'ensemble de savoir-faire adaptés et positifs pour améliorer la qualité des soins et le bien-être des personnes accompagnées ». (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

J'ai remarqué que cette théorie n'est pas connue par les professionnels interrogés. En revanche, elle n'est pas pour autant délaissée dans leur pratique. En effet, les gestes, autrement dit les piliers de communication de l'Humanitude, sont continuellement exercés dans leur accompagnement aux soins. Pour eux, ces actes sont une méthode efficace pour favoriser au mieux le respect de l'intimité du jeune :

#### La parole

Les éducateurs préconisent de manière systématique la parole dans leur accompagnement au quotidien, que ce soient dans les soins éducatifs ou dans les soins intimes.

Ils ont tendance à décrire tous leurs faits et gestes en utilisant des mots prédictifs. M. a donné un exemple : « *Je vais passer, je vais te nettoyer les fesses, etc.* »

Ils énoncent également que dans la majeure partie des cas, la réponse n'est pas effective. Dans ces situations, la parole brise le silence. Dans la théorie, on appelle cela l'auto-feedback. (Bourguignon, 2010)

Un élément qui n'a pas figuré dans le cadre théorique, mais qui est ressorti des entretiens est le dialogue visuel. En effet, dans la pratique, la parole est souvent accompagnée par des pictogrammes, des photos, la langue des signes, etc.

### Le toucher

Pour les professionnels, le toucher favorise la mise en contact avec l'autre. Il se caractérise par une autorisation corporelle, un consentement. Je suppose, en m'appuyant sur la théorie de l'Humanitude, qu'ils emploient un toucher validant, de reconnaissance.

La plupart des éducateurs ont spécifié que le toucher passe beaucoup par la guidance ou des pressions tactiles.

### Le regard

Le regard est un outil de communication détenant des caractéristiques affectives et pratiques. (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008)

Dans les entretiens, les éducateurs ont mentionné que le regard favorise davantage la mise en relation.

Dans la théorie, il existe le regard horizontal, axial, long et vertical. Le regard étant le plus utilisé par les professionnels est l'horizontal. En effet, ils trouvent pertinent de se mettre au même niveau que le jeune.

Selon moi, cette philosophie détermine d'une certaine manière le consentement, la mise en relation entre deux personnes. L'éducateur, par sa conscience, prend soin de l'autre mais aussi soin de lui-même. En mettant en lien les éléments théoriques et les entretiens, cela aboutit à la même conclusion :

*« Être éducateur, c'est accompagner l'autre dans le développement de ses ailes sûres pour explorer et le guider en lui donnant des racines solides et sécurisantes pour continuer ». Marie-Claude Armstrong*

## **11.2 Le lien de confiance**

Le respect de l'intimité passe également par le lien de confiance instauré entre le jeune et l'équipe éducative. Ce rapport est théorisé sous le nom de « relation de soin ». La confiance est définie comme étant « une expérience d'espace libre, un sentiment de non-pouvoir entre des êtres. Elle est reconnaissance, acte commun d'émancipation ». (Cornu, 2003)

J'é mets l'hypothèse que les éducateurs considèrent le lien de confiance comme un point de départ dans leur statut de professionnel, dans le sens où celui-ci leur a permis de ne plus ressentir une certaine gêne ou appréhension dans l'approche de l'intimité des jeunes qu'ils accompagnent au quotidien.

Ils ont souvent souligné le fait qu'en connaissant le jeune, ils arrivent plus facilement à savoir quels sont les gestes et les attitudes étant plus ou moins appréciés, ainsi qu'à définir un environnement qui est adapté à ses besoins. Par conséquent, la qualité de la relation est renforcée, lorsque celle-ci laisse place aux informations personnelles et émotionnelles entre l'un et l'autre. (Passeport santé, 2021)

De plus, j'ai découvert à travers ces entretiens que ce rapport de confiance met en avant un autre élément. En tissant un certain lien avec les jeunes, les professionnels ne considèrent en aucun cas leur intervention dans leur intimité comme intrusive. Ils sont en accord avec eux-mêmes. En effet, ils ont témoigné qu'en intervenant dans l'intimité du jeune, celui-ci est capable, à sa manière, de faire comprendre si quelque chose lui déplaît en le manifestant oralement ou physiquement.

De là, l'enjeu de la confiance prend tout son sens. En prenant en considération les limites de chacun, tant pour le professionnel que pour la personne accompagnée, la relation se construit sur des bases saines et solides.

*« C'est en acceptant vos failles que vous serez dans un regard bien-traitant. Votre relation à l'autre, votre regard, votre compréhension naissent directement de la richesse de votre vie intérieure ». Arnaud Deroo*

D'une autre part, j'ai relevé que le lien de confiance est également très important entre collègues. Ce lien a, en quelque sorte, permis à chacun des éducateurs de se relayer et/ou de s'entraider lors des situations plus critiques, mais également de pouvoir questionner leur propre pratique professionnelle. En créant un réseau, les professionnels peuvent se sentir davantage légitimes et apportent ainsi un accompagnement adéquat auprès de la population-cible. (Marzano, 2010)

### 11.3 La sexualité

La notion de sexualité a peu été développée dans mon cadre théorique, mais a fait l'objet de grandes discussions lors des entretiens. J'ai observé des professionnels très ouverts à l'échange d'informations concernant cette thématique.

En intervenant dans l'intimité, les éducateurs sont confrontés à la nudité du jeune, autrement dit à un être sexué. Le corps est la première extériorisation de la personne. (Vienne, 2019)

Je suppose que cette proximité peut être un point d'ancrage de la pudeur. Pudeur, qui pour le jeune en situation de handicap ne se fait toutefois pas ressentir, mais qui pour le professionnel prend tout son sens. En effet, l'approche de l'intimité peut refléter un côté sexuel pouvant engendrer parfois une certaine confusion, tant pour le jeune que pour l'accompagnant.

Cette sexualité est davantage marquée lors de l'adolescence. Ce passage pointé, pour les jeunes en situation de handicap, un décalage assez important entre le développement physique « ordinaire » et le développement cognitif et intellectuel. En d'autres termes, certains adolescents répondent à leur âge biologique de manière infantile et impudique. (Michel, 2012)

Je pense que le manque de pudeur dépend beaucoup du niveau de compréhension du jeune, de son degré de déficience intellectuelle. De plus, comme l'a évoqué une des éducatrice (A.), un jeune se promenant nu va en premier temps nous faire rire. « *On laisse ça sur le compte du handicap* ».

Les éducateurs ont souvent émis que la puberté accentuait davantage les pulsions et le besoin de la découverte corporelle. Pour répondre à ces envies dominantes, les jeunes en situation de handicap mental ont plus tendance, contrairement aux adolescents « ordinaires », à se toucher sans faire preuve de pudeur.



Ainsi, d'un point de vue personnel, je trouve alors que la découverte de la sexualité est un passage important pour tout adolescent. Toutefois, elle doit s'envisager de manière adéquate et dans un contexte adapté.

## **11.4 Les postures professionnelles**

Comme indiqué dans le cadre théorique, la posture est liée à une éthique professionnelle et personnelle. En constituant et en assimilant un ensemble de valeurs, les travailleurs sociaux forment leur propre identité. En s'initiant à la rencontre des autres, ils laissent place à un apprentissage continu et instructif ; la posture éducative est une alliance profonde entre la pratique et la théorie. Les postures se révèlent à travers un accompagnement et un ajustement au quotidien. (Bouchereau, 2016)

J'ai constaté que l'équipe éducative ne connaissait pas forcément de postures professionnelles. Ainsi, je vais reprendre les 5 postures énoncées dans la théorie et je vais faire un lien avec l'analyse des entretiens.

### **La posture éthique**

Cette posture se caractérise par la capacité de chaque professionnel de faire face à un certain nombre de questionnements tout au long de sa pratique. (Paul, 2012)

Dans les entretiens, elle s'est ressentie lorsque les éducateurs répondaient à mes questions. Ils réfléchissaient constamment à leur manière de faire. Pour M., par exemple, l'entretien lui a permis de revoir quelques notions inconnues, telles que le concept d'Humanité ou bien de questionner son approche à l'intimité des jeunes.

De plus, pour l'ensemble de l'équipe éducative, il est important d'accompagner les adolescents dans la non-violence et le respect du consentement. En acceptant ses propres limites et celles des autres, cela amène une égalité et une bienveillance à la relation. (Paul, 2012)

### **La posture de non-savoir**

En sortant de l'école, il a été mentionné par les éducateurs qu'ils manquaient passablement de théorie et de pratique quant aux soins.

De ce fait, ils ont osé poser des questions à leurs collègues plus expérimentés ou ayant une autre formation ; comme pour le cas de D., seul homme de son groupe éducatif, qui a profité des conseils de ses collègues femmes pour s'améliorer dans son accompagnement au quotidien, notamment auprès des jeunes filles en situation de handicap mental.

La posture de non-savoir se construit à travers les échanges et les questionnements. (Paul, 2012)

### **La posture de dialogue**

Cette posture est constamment utilisée lors des soins. Elle peut être associée en quelque sorte à un des piliers fondamental de l'Humanité, c'est-à-dire la parole.

En intervenant dans l'intimité des jeunes, les éducateurs l'emploient pour décrire leurs faits et gestes. La posture de dialogue est fondée sur la compréhension de l'autre et sur l'état émotionnel de chacun. (Paul, 2012)

### La posture d'écoute

En étant quotidiennement à l'écoute des besoins et envies des jeunes, les travailleurs sociaux s'engagent pleinement dans cette posture. Même si les adolescents accompagnés n'ont pas toujours la faculté de pouvoir les exprimer verbalement, ceux-ci arrivent à le faire de manière physique (gestes, langues des signes, cris, etc.)

Cette posture est également optimale entre collègues. Elle permet à chacun de se sentir entendu et légitime, et de s'exprimer librement dans le non-jugement et l'empathie. (Paul, 2012)

### La posture émancipatrice

L'accompagnement nécessite un continuel ajustement. L'éducateur avance avec le jeune, et non pour lui. (Paul, 2012)

En adoptant cette posture, chaque partie, professionnel et jeune, évolue.

C'est « grâce » à ce manque de formation que les travailleurs sociaux ont su remettre en question leur pratique professionnelle. Sans remise en question, les éducateurs n'apprennent pas à se construire et à déceler quelles sont les postures s'accordant avec leurs valeurs personnelles.

J'ai pris conscience, durant ces entretiens, que les professionnels étaient tous dotés d'une personnalité différente. Cette diversité de tempéraments est, pour moi, une condition importante pour qu'un réseau soit partagé de manière équitable. Ce mélange de partages, d'opinions et de valeurs enrichit l'accompagnement. Beaucoup d'entre eux parlent de respect, de consentement, de bonne conscience, et d'autres discutent de la bienveillance, du lien, de feeling, etc.

D'un point de vue personnel, je pense qu'aucune posture n'est meilleure qu'une autre, tant que celle-ci reste en adéquation avec sa propre personne.

*« Tu n'as pas toujours le pouvoir d'influer sur les choses, mais tu as celui de changer d'attitude ».* Katelyn Mullen

## 12. Vérification des hypothèses

**Dans le cadre de l'accompagnement, l'éducateur social est amené à apporter des soins dans la sphère intime.**

L'éducateur social, par son accompagnement, favorise l'autonomie, les besoins et le bien-être des jeunes au quotidien. Lorsque le handicap entre en ligne de compte, la dimension de quotidienneté prend un autre sens. En effet, pour les jeunes ayant un handicap, il est parfois difficile d'exercer seul des actes du quotidien. C'est pourquoi le rôle des éducateurs est de leur permettre de vivre leur vie de manière adéquate.

En prenant soin des jeunes, le professionnel est amené à exercer deux types de soins : le soin éducatif et le soin intime. Le soin éducatif correspond à l'aide au repas, le brossage de dents, l'habillage, les loisirs, les ateliers, les déplacements, les transferts, les rendez-vous, etc. Tandis que le soin intime implique la douche, les toilettes ou bien le change.

En proposant un large panel d'activités quotidiennes, l'éducateur est confronté à tous types d'intervention, dont celle dans la sphère intime.

**L'intervention dans l'intimité entraîne une confrontation à la sexualité du jeune accompagné.**

En intervenant dans l'intimité des jeunes, l'éducateur est confronté à leur sexualité. Par leur handicap, les adolescents manifestent moins de pudeur et sont plus susceptibles de se masturber ou de se toucher en public.

Le soin intime n'est, cependant, pas intrusif dans la sexualité. Les éducateurs savent faire la distinction de ce qui est du soin et de ce qui est la sexualité. Si une manifestation sexuelle se fait ressentir, il est important de s'écarter et de laisser le jeune extérioriser ses envies pulsionnelles dans un endroit adapté.

**L'éducateur social peut être gêné ou déstabilisé face au contact de l'intimité de l'adolescent.**

Intervenir dans la sphère intime d'une autre personne que soi peut engendrer une émotion aléatoire. Pour certains, cette action peut gêner et pour d'autres, elle peut engager un certain questionnement sur leur propre personne.

La population qui est accompagnée ne génère pas, en soi, plus de gêne qu'avec une autre. De travailler avec des enfants, des adolescents ou des personnes âgées dépend beaucoup du ressenti de l'éducateur au moment du soin. En effet, être confronté au corps nu d'autrui peut renvoyer le professionnel à sa propre intimité, et notamment lorsque celui-ci apporte un soin mixte.

Cependant, l'accompagnement des adolescents peut causer, pour certains éducateurs, plus de gêne qu'en accompagnant des enfants. En effet, la manifestation des pulsions sexuelles peut être un frein dans l'approche du soin intime.

Ainsi, la gêne s'en va généralement avec l'expérience et la construction d'un lien de confiance. De ce fait, il est essentiel de se sentir légitime en tant que professionnel.

**L'éducateur social n'est pas « outillé » pour adopter une posture adéquate dans l'accompagnement du soin intime d'un adolescent en situation de handicap mental.**

Les éducateurs sociaux rencontrés ont évoqué un manque de formation théorique et pratique durant leur formation.

Les apports des collègues expérimentés ou formés dans d'autres branches sont un réel atout pour un accompagnement optimal. Le travail en équipe et le partage de savoirs apportent à chaque partie collaborant une manière de procéder qui leur est propre. Le métier d'éducateur se construit au fil du temps et des expériences.

La véritable posture est d'être en adéquation avec soi-même et avec le jeune.

## 13. Conclusion

Au terme de ce travail de Bachelor, je prends conscience que mes connaissances sur les notions de soin et d'intimité se sont étoffées grâce aux multiples recherches effectuées dans la littérature, mais aussi grâce aux cinq entretiens menés avec les éducateurs. Ce sujet est très précieux pour moi, car il a reflété de gros questionnements durant ma première formation pratique. Aujourd'hui, avec l'acquisition de certains termes, j'essaie de mettre à profit mes savoirs théoriques dans ma pratique quotidienne. Je suis également très satisfaite par mon travail de recherche, car il miroite clairement ma capacité de remise en question ainsi que ma bonne volonté, en tant qu'éducatrice en formation, de toujours vouloir faire mieux dans ma pratique.

À travers mes entretiens, j'ai pu remarquer que ces questionnements étaient aussi apparus chez les professionnels lors de leur début dans ce métier. De plus, en discutant avec mes collègues et mes camarades, il s'est avéré que cette situation était également partagée. Ce travail de Bachelor m'a questionné, mais a aussi interrogé un grand nombre d'éducateurs en formation. C'est pourquoi, j'espère que cette recherche sera utile pour d'autres personnes, car le travail de soins dans cette profession fait partie des activités quotidiennes des travailleurs sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap.

Ce processus de recherche a énormément impacté ma posture professionnelle ainsi que mes apprentissages personnels.

D'un point de vue professionnel, je travaille actuellement dans une structure accueillant des enfants et adolescents en situation de handicap. Le fait d'avoir réalisé un travail sur la thématique de l'intimité et les soins me permet d'être plus attentive à ma posture et à mieux comprendre l'enjeu de mon accompagnement à travers mes gestes et mes attitudes. Mettre en pratique mes recherches me guide à questionner davantage mon approche et à le partager à mes collègues plus expérimentés. En effet, lors de nombreuses discussions, j'ai suscité l'intérêt des professionnels, et ceux-ci sont très ouverts à lire mon travail pour améliorer leur savoir-faire et savoir-être au quotidien. Grâce à l'analyse des entretiens, j'arrive aujourd'hui à prendre un peu plus de recul sur ma propre personne et ainsi devenir la professionnelle accomplie et fière des valeurs qu'elle prône.

D'un point de vue personnel, cette thèse m'a permis d'améliorer ma capacité d'analyse et de rédaction. La recherche sur le terrain m'a beaucoup plu, et il me tarde d'être enfin éducatrice sociale diplômée pour pouvoir acquérir de nouvelles compétences. Même si ce processus a pris du temps, il m'a été bénéfique. J'ai toujours gardé une ligne de conduite. Cependant, il a été parfois difficile de rester motivée, mais je n'ai jamais baissé les bras. Ces recherches m'ont aidé en tant que professionnelle, mais aussi en tant que personne. Je trouve qu'il est important de s'instruire et de toujours vouloir en apprendre davantage pour ne jamais entrer dans une routine. Plus qu'un travail de Bachelor, il a été une réelle réponse à mes questionnements.

Ainsi, je vais pouvoir apporter une réponse à ma question de recherche : ***Quelle est la posture à adopter dans l'accompagnement du soin intime d'un adolescent en situation de handicap mental ?***

Mon cadre théorique ainsi que l'analyse de mes entretiens ont permis de constater que la posture est très souvent assimilée à la personnalité des éducateurs. En partageant au quotidien l'intimité des jeunes qu'ils accompagnent, ils sont confrontés à élargir leur champ d'action par le biais d'attitudes et de gestes symboliques.

Ces attitudes, telles que l'empathie, la patience, le respect, la confidentialité et bien d'autres, sont diverses et permettent un accompagnement individuel et adapté à chaque jeune. En laissant transparaître des émotions réciproques, le travail de soin devient plus « humain » et permet d'instaurer un lien de confiance bienveillant.

Concernant les gestes, ils font référence au concept d'Humanité présenté dans la théorie. Comme explicité dans l'analyse, ces gestes sont constamment utilisés dans la pratique par les éducateurs lors des soins, sans que ceux-ci ne se rendent compte (regard, parole, toucher). En effet, ne connaissant pas cette théorie, les professionnels ont appris ces techniques grâce à leurs collègues, mais aussi en expérimentant leur savoir-faire. Grâce aux entretiens, j'ai pu sensibiliser l'équipe éducative et ainsi offrir à chaque éducateur des apports théoriques pour leur pratique quotidienne.

Cinq postures ont été énoncées dans mon cadre théorique, puis développées dans ma discussion. Il a été très intéressant de remarquer que les postures, bien qu'elles soient différentes, sont complémentaires. « Dans cette exposition à l'autre, il faut chercher la force d'un accompagnement ». (Paul, 2012)

Je considère que, dans cette profession, il n'y a pas une posture plus importante qu'une autre, tant que celle-ci reste en adéquation avec nous-même. Ces cinq postures (éthique, non-savoir, dialogue, écoute et émancipatrice) façonnent l'identité du professionnel. C'est donc à lui de garder celles qui lui ressemblent le plus et de les assembler pour n'en former qu'une seule : sa propre posture professionnelle. À travers celle-ci, l'éducateur intègre ses valeurs et son éthique professionnelle et personnelle. En faisant preuve de compréhension, d'écoute et d'adaptation, l'éducateur met en avant une multitude de compétences qui lui seront bénéfiques aujourd'hui, mais aussi pour demain.

Il a été mentionné plus d'une fois que la posture se construit au fil du temps et des expériences. Une posture ne reste pas figée dans le temps. Avec l'acquisition de certains apprentissages supplémentaires tout au long de la profession, les éducateurs améliorent leur posture en gardant les apports qui leur semblent favorables selon eux. Comme l'a exprimé un des éducateurs pendant les entretiens, le métier d'éducation sociale s'apprend après la formation.

Ainsi, je termine ce chapitre en utilisant la citation de Maria Montessori : « *Seule l'éducation peut préparer la personnalité humaine à affronter les difficultés nouvelles, en développant une faculté d'adaptation souple et vive, associée à une conscience claire de la réalité sociale* ».

## 13.1 Limites de la recherche

Malgré les nombreux points positifs, j'ai tout de même été confrontée à quelques difficultés durant ce processus de recherche.

Dans un premier temps, d'un point de vue pratique, j'aurais voulu terminer mon travail de Bachelor avant de commencer ma deuxième formation pratique. Cependant, je n'avais pas pris en compte le délai de réponses des professionnels pour les entretiens. La période durant laquelle je voulais les interroger (avant les vacances de Noël) était trop compliquée pour eux au niveau organisationnel. C'est pourquoi j'ai attendu le mois de janvier pour les commencer.

Quatre rencontres ont été effectuées sur le terrain, et une en visio-conférence. La situation sanitaire en a été la cause. J'aurais voulu répartir les entretiens sur deux semaines, mais ils se sont réalisés sur une période d'un mois (au vu des disponibilités des éducateurs). Je ne

pensais pas non plus que la retranscription de chaque interview prendrait autant de temps, c'est pourquoi le fait d'avoir espacé les rencontres a été finalement bénéfique, car je ne me suis pas « mélangé les pinceaux ».

Ensuite, j'ai constaté que certaines de mes questions, lors des rencontres avec les professionnels, se ressemblaient davantage. Mais, cela n'a pas causé de réel problème pour les éducateurs. Ils avaient peut-être tendance à se répéter sur quelques points, mais ajoutaient toujours des informations supplémentaires pour rendre la discussion plus enrichissante d'exemples et d'opinions personnelles. Au fur et à mesure des interviews, certaines questions ont été mises de côté et d'autres ajoutées selon les renseignements donnés.

Pour finir, je n'ai interrogé que cinq éducateurs. J'ai conscience que ce nombre restreint d'entretiens ne permet pas de recueillir suffisamment de données pour que la recherche soit profondément emblématique. En revanche, ces rencontres ont permis de recenser des informations suffisantes pour faire connaître la thématique de l'intimité et des soins.

## 13.2 Pistes d'action

À la suite des entretiens, j'ai pu relever différentes pistes d'action afin d'améliorer les connaissances de base des éducateurs pour l'effectuation des soins intimes de manière adéquate.

D'abord, une des pistes que je suggère est de plus assimiler le travail de soin au métier d'éducateur social. En effet, j'ai souligné pendant les rencontres avec les professionnels que le travail de soin est encore trop ignoré dans cette branche. En proposant aux jeunes éducateurs en formation des cours plus poussés sur ce thème, notamment à travers des ateliers pratiques et théoriques, ils pourraient se rendre compte que les soins font partie à part entière d'une journée type dans des institutions accueillant des personnes en situation de handicap. Dans ces ateliers, les sujets comme par exemple la toilette intime, les changes, les transferts, la douche, la nudité, la rencontre avec la sexualité pourraient être abordés. J'entends que les soins intimes ne sont pas toujours effectifs dans certains domaines comme les addictions ou les foyers pour adolescents, c'est pourquoi je trouve pertinent que ces ateliers soient proposés comme cours à choix, module d'approfondissement ou module libre. En offrant aux étudiants plus d'apprentissages théoriques et pratiques, ils pourraient se sentir plus légitimes lors de leur début en tant que professionnels.

Ensuite, il m'a semblé intéressant de savoir si une formation sur les soins existait sans avoir l'obligation d'effectuer un CFC après l'obtention d'un Bachelor en éducation sociale. En établissant des recherches, j'ai appris que la Croix-Rouge proposait une formation complète dans le domaine des soins étant reconnue dans toute la Suisse ; il s'agit de la formation d'auxiliaire de santé. Celle-ci donne l'opportunité aux professionnels de pouvoir acquérir des notions importantes concernant les soins afin de favoriser un accompagnement et un soutien compétent auprès des personnes ayant besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne. Une quinzaine de thèmes sont présentés (soin de la personne, les modes d'expression, l'habillement, la sexualité, l'hygiène, etc.) Encadrés par du personnel infirmier, les futurs auxiliaires de santé alternent des exercices théoriques et pratiques pendant 20 jours (120h réparties en 1 à 2 jours de cours par semaine), suivi par un stage de 15 jours (Croix-Rouge Valais, 2021). De ce fait, cette formation permettrait aux éducateurs d'en apprendre davantage sur les soins et ainsi faire valoir une expérience personnelle et professionnelle supplémentaire en obtenant un certificat. De plus, en proposant un à deux jours de cours

par semaine, les professionnels pourraient continuer à travailler tout en suivant cette formation.

Par ailleurs, en discutant avec les éducateurs, ils ont manifesté n'avoir jamais suivi de formation, même après la réussite de leur Bachelor. Par conséquent, je pense qu'il est nécessaire que les institutions pratiquant des soins au quotidien proposent des sensibilisations ou des supervisions d'équipe à ce sujet une fois par année. L'association professionnelle vaudoise des institutions médico-psycho-sociales (HéviVA), par exemple, a élaboré un catalogue listant des formations continues et des sensibilisations pour 4 filières, dont une consacrée aux soins et à l'accompagnement. Une formation sur les soins intimes ne figure pas encore dans celui-ci, mais peut être une idée pour le prochain catalogue, si une forte demande des institutions se manifeste auprès de l'association. En suggérant une formation en groupe, cela permettrait aux professionnels de s'instruire dans leur contexte professionnel et ainsi faire immédiatement des liens avec leurs activités quotidiennes. « Une équipe formée est une équipe dont la réflexion et les pratiques tendent vers l'interdisciplinaire et une vision plus globale ». (HéviVA, 2020)

Pour terminer, en me renseignant auprès de mon entourage et sur Internet, j'ai découvert qu'il existait un grand nombre de guides pratiques pour accompagner des personnes âgées dans les soins à domicile, l'habillement, l'alimentation, la fin de vie, etc. Je me suis alors demandée si c'était le cas pour des personnes en situation de handicap. J'ai alors trouvé le guide des bonnes pratiques conçu par la Fédération Genevoise des Associations de Personnes Handicapées et de leur proches (Fégaph, 2015) où des informations sont données sur la culture, les sports, les espaces publics, les logements, etc. L'idée est, selon moi, bonne, mais incomplète. En effet, il me semblerait pertinent que des guides pratiques sur les soins et les soins intimes soient rédigés pour permettre aux professionnels de s'y référer. Ces guides pratiques pourraient être sous forme d'aide-mémoire, de prospectus ou d'affiches. Sensibiliser les éducateurs est indispensable pour que l'accompagnement soit optimal.

### 13.3 Nouveaux questionnements

Au cours de la rédaction de mon travail, de nombreux questionnements sont apparus. Dans ce point, je vais énoncer mes deux plus grandes interrogations :

Lors des entretiens, nous avons beaucoup abordé la notion de posture et de non-violence. En effet, la pratique des éducateurs peut souvent être « pointée du doigt », car nous entendons de plus en plus parler de la maltraitance institutionnelle. Toutefois, en ayant vécu des situations de violence et en discutant avec certains éducateurs, il est ressorti qu'il arrivait très souvent que l'équipe éducative subisse de la violence de la part des bénéficiaires lorsqu'ils effectuent des soins intimes. Selon un point de vue personnel, je trouve que ce sujet n'est cependant pas assez abordé et est laissé de côté. *Ainsi, je me pose les questions suivantes : excuse-t-on cette violence, car la personne a une déficience intellectuelle et/ou cognitive ? Pourquoi ce sujet n'est-il pas plus abordé dans la formation d'éducateur ? Est-ce cette violence qui rend plus tabou cette notion d'intimité dans les soins ?*

Par ailleurs, en relisant l'intégralité de mon travail et en discutant avec les personnes qui ont corrigé mon dossier, il a été mentionné que la rédaction du texte au masculin universel pourrait amener à penser que cette thématique touche plus les adolescents que les adolescentes. Les questionnements ainsi que les entretiens menés pendant ce travail n'ont pas relevé de disparités entre les deux sexes, car le sujet n'a pas été abordé. Par conséquent, je trouve intéressant de nous interroger sur cette notion, et de savoir si



l'approche de l'intimité est marquée par une différence genrée ou non. En incluant une dimension genrée à la recherche, nous pourrions analyser les résultats autrement et ainsi, définir un nouveau questionnaire pouvant amener un apport supplémentaire à l'enquête. *Le genre impacte-t-il la relation d'accompagnement entre l'adolescent et l'adolescente et l'éducateur au niveau de la découverte de la sexualité, de l'intimité ?*

### **13.4 Mots de fin**

Cette recherche a été un réel point d'ancrage dans ma vie d'étudiante et marque aujourd'hui la fin de ma formation d'éducatrice sociale. Cela m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances théoriques, méthodologiques et pratiques sur cette problématique, ce qui m'apparaît personnellement comme très opportun et instructif pour mon avenir professionnel.

La découverte des ressources, postures et attitudes des différents professionnels interrogés a été très significatif pour mon cheminement personnel. En effet, l'analyse et la discussion m'ont permis de questionner ma propre pratique. J'espère, à mon tour, que mon travail servira à d'autres personnes et permettra d'initier une réflexion, et pourquoi pas d'opérer certains changements au niveau de la pratique aux soins pour les éducateurs sociaux.

## 14. Références

- Agthe Diserens, C. (2012). *Sexualité et handicaps*. Clermont-Ferrand: La Source d'Or.
- Alexandre-Bailly, F. (2019). *Définition du handicap moteur*. Récupéré de <https://www.onisep.fr/Definition-du-handicap-moteur>
- Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*, 1(175), 73-86. doi : <https://doi.org/10.3917/dia.175.0073>
- Autisme Suisse Romande. (2021). *L'autisme en 10 questions*. Récupéré de : <https://www.autisme.ch/autisme/informations-generales/l-autisme-en-10-questions>
- Badeau, D. (2004). De l'intimité corporelle dans l'accompagnement. *Frontières*, 17(1), 64-68. doi : <https://id.erudit.org/iderudit/1073608ar>
- Battaglini, M., Fretz, S., Nada, E., & Ossipow, L. (2018). *Enquêter, former, publier au coeur de la cité*. Genève: Editions ies.
- Bernard, M.-A., Thiébaud, E., & Adrien, J.-L. (2016). Profils de développement dans le trouble du spectre de l'autisme (TSA), avec ou sans déficience intellectuelle sévère. Implications pour l'évaluation et l'intervention. *Devenir*, 4(28), 255-272. doi : <https://doi.org/10.3917/dev.164.0255>.
- Bouchereau, X. (2016). La posture éducative, une pratique de soi. *Psychanalyse et travail social*, 69-93. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.bouc.2016.01>.
- Bourguignon, O. (2010). L'intime, le corps et la relation de soin. *Traité de bioéthique*, 84-95. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.02.0084>
- Bovey, L., & Kuehni, M. (2019). Corps-à-corps dans le travail éducatif auprès des personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle. *La Nouvelle Revue du Travail*, 14. doi : <https://doi.org/10.4000/nrt.4781>
- Braconnier, A. (2007). *Le guide de l'adolescent, de 10 à 25 ans*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Brown, H. (2002). *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*. Paris: la Documentation française.
- Brunet. (2021). *L'adolescence : l'étape des bouleversements*. Récupéré de <https://www.brunet.ca/sante/conseils-sante/adolescence-bouleversements>
- Camart, J.-C. (2019). *Maladies chroniques invalidantes, les connaître pour les comprendre*. Récupéré de <https://handitheque.univ-lille.fr/kit-daccompagnement/j-adopte-les-bonnes-pratiques/maladies-invalidantes/>
- Camberlein, P. (2021). Chapite 29. Polyhandicap et maltraitance. *La personne polyhandicapée*, 537-536. doi : <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0527>
- Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent*. Louvain-la-Neuve: Deboeck.
- CCAH. (2015). *Les différents types de handicap*. Récupéré de <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
- Char, R. (1996). *Intimité et dépendance*. Récupéré de [http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/1996\\_Intimite\\_et\\_dependance.pdf](http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/1996_Intimite_et_dependance.pdf)

- Châtel, T. (2010, 84-94). Ethique du "Prendre soin" : sollicitude, care, accompagnement. *Traité de bioéthique*, 84-94. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.01.0084>
- Claes, M. (2005). *L'univers social des adolescents*. Paramètres.
- Cloutier, R., & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Gaëtan Morin.
- Coaching communication. (2021). *Quelle est la différence entre interpersonnel et intrapersonnel ?* Récupéré de <https://www.coaching-communication.com/relations-intra-et-interpersonnelles-leur-importance-dans-lenvironnement-de-travail/>
- Cornu, L. (2003). La confiance. *Le Télémaque*, 2(24), 21-30. doi : <https://doi.org/10.3917/tele.024.0021>.
- Coslin, P. (2017). *Psychologie de l'adolescent*. Malakoff: Armand Colin.
- Croix-Rouge Valais. (2021). *Formation d'auxiliaire de santé*. Récupéré de <https://www.croix-rouge-valais.ch/organisation-aide/formation-auxiliaire-sante-327.html>
- CURAVIVA Suisse. (2019). *Fiche d'information: Soins dans les institutions pour les personnes en situation de handicap: qui dispose de quelles compétences ?* Récupéré de [https://www.curaviva.ch/files//soins\\_dans\\_les\\_institutions\\_pour\\_les\\_personnes\\_en\\_situation\\_d\\_e\\_handicap\\_competences\\_\\_fiche\\_d\\_information\\_\\_curaviva\\_suisse\\_\\_2019.pdf](https://www.curaviva.ch/files//soins_dans_les_institutions_pour_les_personnes_en_situation_d_e_handicap_competences__fiche_d_information__curaviva_suisse__2019.pdf)
- Dadoorian, D. (2007). Adolescence. *Grossesses adolescentes*, 25-41. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.dadoo.2007.01>
- Dauphin, S. (2009, 2,(152), p. 8-10). Le travail social : de quoi parle-t-on? *Informations sociales*. 2(152), 8-10. doi : <https://doi.org/10.3917/inso.152.0008>
- DIRA-Estrie. (2017). *Formes et types*. Récupéré de <http://www.dira-estrie.org/fr/maltraitance/formes.php>
- Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 1(50), 40-46. doi : <https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>
- Dumont, M. (2019). L'intimité à l'épreuve du soin. *L'intimité menacée?*, 95-104. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.migue.2019.01.0095>
- Dupras, A. (2000). Sexualité et handicap : de l'angélisation à la sexualisation de la personne handicapée physique. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 173-189. doi : <https://doi.org/10.7202/000012ar>
- Durif-Varembont, J.-P. (2009). L'intimité entre secrets et dévoilement. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(32), 57-73. doi : <https://doi.org/10.3917/cpc.032.0057>
- Emmanuelli, M. (2009). Le processus d'adolescence : perspective psychanalytique. *L'adolescence*. 28-64. doi : <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0527>
- Fégaph. (2015). *Guide de bonnes pratiques*. Récupéré de [http://fegaph.ch/wp-content/uploads/2016/03/Guide\\_communes.pdf](http://fegaph.ch/wp-content/uploads/2016/03/Guide_communes.pdf)
- Fernandez, L., Blois-Da Conceição, S., Finkelstein-Rossi, J., & Goillon, E. (2014). L'adolescent déficient mental : vécu et place dans la fratrie. *Psychologie clinique du handicap : 13 études de cas*, 95-119.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 33-42. doi : <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

- Fourques, C. (2020). En tout intimité. *Cliniques*, 1(19), 171-188. doi : <https://doi.org/10.3917/clini.019.0171>
- Gardou, C. (2005). Parfaire notre humanité. *Naître ou devenir handicapé*, 195-197. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.gardo.2005.04.0195>
- Gineste, Y., Marescotti, R., & Pellissier, J. (2008). L'Humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 3(94), 42-55. doi : <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>
- Girouard, N. (2014). *Pratique professionnelle - Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*. Récupéré de [https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document\\_library](https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library)
- Gohet, P. (2021). *Le handicap mental*. Récupéré de [https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap\\_mental.pdf](https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap_mental.pdf)
- Gonzalez, L. (2001). *Concept : raisonnement hypothético-déductif*. Récupéré de [https://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/stafonze/module2/grille3/concept\\_1](https://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/stafonze/module2/grille3/concept_1)
- Goujon, S. (2014). *Les déficiences motrices*. Récupéré sur [https://ash14.discip.ac-caen.fr/sites/ash14.discip.ac-caen.fr/IMG/pdf/les\\_deficiences\\_motrices.pdf](https://ash14.discip.ac-caen.fr/sites/ash14.discip.ac-caen.fr/IMG/pdf/les_deficiences_motrices.pdf)
- Graap. (2020). *Définition du handicap*. Récupéré de <https://association.graap.ch/definition-du-handicap-selon-loms>/Graber, E. (2019). *Développement de l'adolescent*. Récupéré de <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pediatrie/croissance-et-developpement/de-adolescent>
- Heiniger, C. (2019). *Handicaps sensoriels*. Récupéré de <https://www.enableme.ch/fr/disabilities/handicaps-sensoriels-268>
- Herfray, C. (2006). Bientraitance et maltraitance dans les institutions : de quoi s'agit-il ? *Parents-professionnels à l'épreuve de la rencontre*, 111-142. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.grein.2006.01.0111>
- HES-SO Valais-Wallis. (2021). *Formation bachelor en Travail social*. Récupéré de <https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-travail-social/formation-bachelor-en-travail-social-200048/>
- HETS-FR. (2021). *Educateur social / éducatrice sociale*. Récupéré de <https://www.hets-fr.ch/fr/bachelor/bachelor-en-travail-social/option-education-sociale/>
- HéviA. (2020). *Catalogue romand de formation*. Récupéré de [https://www.avop.ch/fileadmin/documents/pdf/Formation/catalogue\\_formation2020.pdf](https://www.avop.ch/fileadmin/documents/pdf/Formation/catalogue_formation2020.pdf)
- Inserm. (2016). *Déficiences intellectuelles*. Montrouge: EDP Sciences.
- Insieme. (2021). *Handicap mental*. Récupéré de <https://insieme.ch/fr/theme/handicap-mental/>
- Jean, P. (2014). *Formes de maltraitance et de violences institutionnelle et dérivées des pratiques alternatives*. Récupéré de <https://exploratioexplorator.wordpress.com/production-deviance-exclusion/formes-de-maltraitance-institutionnalisees/>
- Keller, V. (2018). *La formation et l'emploi dans le champ du travail social en Suisse*. Récupéré de [https://avenirsocial.ch/La\\_formation\\_et\\_l'emploi\\_dans\\_le\\_champ\\_du\\_travail\\_social\\_en\\_Suisse\\_2018.pdf](https://avenirsocial.ch/La_formation_et_l'emploi_dans_le_champ_du_travail_social_en_Suisse_2018.pdf)
- Larousse. (2021). *Soins*. Récupéré de <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>

- Lasserre-Ventura, C. (2016). *Le handicap psychique*. Récupéré de <https://www.perce-neige.org/infos-handicap/comprendre-le-handicap/le-handicap-psychique>
- Le Guludec, D. (2015). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*. Récupéré de <https://www.has-sante/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre>
- Maltais, S. (2014). *Brins de sagesse*. Marabout.
- Marzano, M. (2010). Qu'est-ce que la confiance ? *Etudes*, 412(1), 53-63. doi : <https://doi.org/10.3917/etu.4121.0053>.
- Melchior, J.-P. (2011). De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 5(167), 123-130. doi : <https://doi.org/10.3917/inso.167.0123>.
- Michel, F. (2012). Image de soi et handicap mental à l'adolescence : ce que le corps en dit. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2(50), 25-32. doi : <https://doi.org/10.3917/arco.maid.2012.01.0017>
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). Edito. La "bientraitance" : qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33(133), 10-21. doi : <https://doi.org/10.3917/gs.133.0010>
- Muscari, M., & Brown, K. (2010). *Quick Reference to Child and Adolescent Forensics : A Guid for Nurses and Other Health Care Professionals*. Boston: Springer Publishing Company.
- Observatoire suisse de la santé. (2020). *Comportements de santé*. Récupéré de <https://www.gesundheitsbericht.ch/fr/07-comportements-de-sante>
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Nombre de personnes handicapées*. Récupéré de <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/egalite-personnes-handicapees/handicapees.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (1992). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé*. Récupéré de [https://www.ordvi.com/documentation/cim\\_10.pdf](https://www.ordvi.com/documentation/cim_10.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent*. Récupéré de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
- Orientation.ch. (2021). *Educateurs social / éducatrice sociale*. Récupéré de <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=1448>
- Passeport santé. (2021). *La relation de soins, le pouvoir et le partage*. Récupéré de <https://www.passeportsante.net/la-relation-de-soins-le-pouvoir-et-le-partage>
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(110), 13-20. doi : <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>.
- Poriel, G. (2019). Expérience du handicap et intimité. *L'intimité menacée?*, 164-174. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.migue.2019.01.0164>
- Reverte, K. (2015). *Les différents types de handicap*. Récupéré de <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
- Ribes, G. (2012). Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie et société*, 3(5(140), 159-169. doi : <https://doi.org/10.3917/gs.140.0159>
- Santin, A. (2009). *Espace Ethique*. Récupéré de <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

- Selz, M. (2006). Clinique de la honte. Honte et pudeur : les deux bornes de l'intime. *Le Coq-Héron*, 1(184), 48-56. doi : <https://doi.org/10.3917/cohe.184.56>
- Troussel, S. (2017). *Les maladies invalidantes*. Récupéré de <https://place-handicap.fr/Les-maladies-invalidantes>
- UNAFAM. (2021). *Handicap psychique*. Récupéré de <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>
- Vienne, J.-M. (2019). Qu'est-ce que l'intimité? *L'intimité menacée ?*, 11-18. doi : <https://doi.org/10.3917/eres.migue.2019.01.0011>
- Vogel, R. (2017). *Le rôle de l'éducateur social, l'éducatrice sociale au sein des écoles d'enseignement spécialisé du canton de Vaud*. Récupéré de [http://doc.rero.ch/record/278807/files/TB\\_VOGEL\\_Rebecca.pdf](http://doc.rero.ch/record/278807/files/TB_VOGEL_Rebecca.pdf)
- Wilson, B. (2021). *Les cinq niveau d'intimité*. Récupéré de <https://mesdefisjenparle.com/webzine/les-cinq-niveaux-dintimite>

## 15. Annexe : grille d'entretien

### Grille d'entretien TB

#### Introduction

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre formation et votre parcours ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'éducateur et éducatrice ?

Hypothèses	Questions	Questions de relance	Indicateurs
Dans le cadre de l'accompagnement, l'éducateur social est amené à apporter des soins dans la sphère intime.	Pour vous, qu'est-ce que l'accompagnement ? Dans quel champ intervenez-vous dans l'accompagnement ? Avec quelle tranche d'âge avez-vous déjà travaillé (y compris les adolescents) ?	Avez-vous déjà travaillé avec des enfants et/ou des adultes ?	Les actions de l'éducateur L'accompagnement
	Comment comprenez-vous la notion de soins ? Selon vous, quelle est la limite entre les soins et les soins intimes ? Comment définissez-vous les soins intimes ? Quelle est la part des soins dans votre accompagnement au quotidien ? Quelle est la part des soins intimes ?	Selon vous, quelle est la différence entre les soins de base et les soins intimes ? Combien de soins intimes faites-vous par jour ? Dans quel contexte les soins intimes se font-ils ?	Les notions de soins et de soins intimes
	Quels sont les soins proposés ? Comment se déroulent les soins ? Comment procédez-vous ? Combien disposez-vous de temps pour le travail de soins ? Quels sont les limites du soin ?	Établissez-vous un dialogue avec le jeune ? Y'a-t-il des consignes ? Un protocole ? Connaissez-vous le concept d'Humanitude ? Prenez-vous en compte les besoins et les attentes de l'adolescent ? Si oui, comment ? Est-ce que vous prévenez l'adolescent des gestes que vous allez effectuer ?	Le déroulement des soins

	Comment comprenez-vous la notion de sphère intime ? Quels types d'intimité connaissez-vous ? Comment les jeunes que vous accompagnez vivent-ils la notion d'intimité ? Leur puberté ? Comment interagissez-vous avec l'intimité des adolescents ?	Manifestent-ils moins de pudeur qu'un adolescent « ordinaire » ? Y'a-t-il des jeunes où l'intervention dans la sphère intime est plus difficile ? Pourquoi ?	La sphère intime
	Existe-t-il une mixité dans les soins intimes ? (éducateur / fille ; éducatrice / garçon) Est-ce que le genre du bénéficiaire change votre manière d'aborder l'intimité dans les soins ?	Y'a-t-il un règlement ? Travaillez-vous plus souvent avec des jeunes adolescents ou adolescentes ?	La mixité dans les soins

Hypothèses	Questions	Questions de relance	Indicateurs
L' intervention dans l' intimité entraîne une confrontation à la sexualité du jeune accompagné.	Pour vous, c'est quoi la sexualité ? Êtes-vous confrontés à la sexualité des jeunes que vous accompagnez ? Pensez-vous que la puberté joue un rôle plus intense dans la manifestation de la sexualité ? Pourquoi ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous êtes confronté à des manifestations sexuelles (lors des soins) des adolescents ? Que faites-vous dans ce cas ?	(Si vous avez déjà travaillé avec des enfants ou des adultes), la sexualité est-elle plus marquée chez les adolescents ?	La sexualité
	Comment comprenez-vous la notion d'intervention dans l'intimité ? Pour accompagner le jeune dans son intimité, faut-il créer une relation de confiance ? Pour vous, est-ce que l'intervention dans l'intimité est intrusif dans la sexualité du jeune ? a un caractère sexuel ?	Pensez-vous que les notions d'intimité et de sexualité ont un sens commun ?	L'intervention dans l'intimité



Hypothèses	Questions	Questions de relance	Indicateurs
L' éducateur social peut être gêné ou déstabilisé face au contact de l' intimité de l' adolescent.	Comment vous sentez-vous durant les soins ? Ressentez-vous de la gêne ? Ou avez-vous ressenti de la gêne autrefois ? Pourquoi y'a-t-il de la gêne ? Osez-vous en parler avec votre équipe ? Pour vous, combien de temps faut-il pour ne plus vous sentir gêné ?	Dans quelle mesure ressentez-vous de la gêne ? Qu'est-ce qui gêne ?	La gêne
	Avez-vous déjà été confronté à une situation où un jeune a adopté un comportement qui vous a mis mal à l'aise ?	Pouvez-vous me l'expliquer ? En avez-vous parler avec votre équipe ? L'avez-vous fait comprendre au jeune ?	L'attitude du jeune

Hypothèses	Questions	Questions de relance	Indicateurs
L' éducateur social n' est pas outillé pour adopter une posture adéquate dans l' accompagnement du soin intime d' un adolescent en situation de handicap mental.	Pensez-vous qu'un éducateur social sortant de l'école est-il suffisamment préparé théoriquement et pratiquement pour effectuer un travail de soins ? Comment avez-vous appris à exercer un soin ? Connaissez-vous des outils ? Si oui, lesquels ? Avez-vous, dans votre équipe, un autre corps de métier ? Voyez-vous une différence dans la formation ?	Avez-vous reçu une formation concernant les soins ? Quel type ? Si vous n'avez pas reçu de formation, qui vous a appris à exercer un soin intime ? Connaissez-vous la théorie de l'Humanitude ?	La formation
	En quoi est-ce que votre posture est-elle ou a été perturbée par ce manque de connaissances ? Pour vous, qu'est-ce qu'une posture adéquate ? Connaissez-vous des postures ? Si oui, lesquelles ?	Quelle posture utilisez-vous le plus ?	La posture