



Etude exploratoire

Handicap, violences et sexualité au prisme du genre

Recherche réalisée par le
Conseil des Femmes Francophones de Belgique
réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et dans le cadre de l'appel à projets d'Alter Egaux

Table des matières

| | |
|---------------------------|---------|
| Introduction | page 4 |
| Objectifs de la recherche | page 4 |
| Méthodologie générale | page 5 |
| Définitions des concepts | page 7 |
| Rapport | page 13 |
| Conclusions | page 44 |
| Recommandations | page 49 |
| Annexes | page 52 |
| Bibliographie | page 55 |

Rapport de recherche réalisé par :

- Marie Denis (entretiens)
- CFFB et Université des Femmes (rédaction et comité d'accompagnement).

L'Université des Femmes est reconnue dans le cadre des activités d'Education permanente de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les activités d'Education permanente de l'Université des Femmes sont réalisées avec l'appui de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Introduction

Genèse du projet

Cette recherche a été effectuée par le Conseil des Femmes Francophones de Belgique avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles et dans le cadre de l'appel à projets Alter Egales.

Quatre femmes handicapées sur cinq, soit 80% de cette population, subissent des violences physiques, sexuelles, psychologiques, institutionnelles alimentaires, médicales... Les femmes et filles porteuses d'un handicap sont en butte à des discriminations croisées telles que violences sexistes et validistes, mauvais traitements et marginalisation du fait de leur état.

Dans ce rapport, nous nous pencherons sur les violences que subissent les femmes porteuses de handicap, et plus particulièrement sur la sexualité, afin de voir si et comment celles-ci revêtent un caractère spécifique pour ce public. La sexualité des personnes porteuses de handicap a, à ce jour, été peu documentée avec une approche de genre, la littérature scientifique autant que militante restant, sur le sujet, peu étoffée. L'ambition de ce rapport est de contribuer au développement de ces connaissances, par le témoignage. Nous avons ici fait cette tentative : faire émerger grâce à des entretiens exploratoires auprès de femmes porteuses de handicap, les expériences sociales de celles-ci et leur positionnement citoyen en matière de sexualité, sur une ligne chronologique qui part de leur enfance à leur vie présente.

Objectifs de la recherche-action

La recherche a pour objectif de :

- ✓ Mettre en lumière les spécificités des violences, et particulièrement des violences sexuelles, opérées sur les femmes porteuses de handicap(s), selon le moment - enfance ou âge adulte - où ces handicaps sont survenus dans la vie des femmes.
- ✓ Rendre la parole aux femmes concernées afin de mieux comprendre leurs expériences sociales (intégrité affective et sexuelle, autonomie financière, exercice de leur citoyenneté...)

Méthodologie générale

1 - Etude de la littérature

En Belgique, aucun état des lieux n'existe sur les violences faites aux femmes présentant un handicap. Il n'y a presque pas de littérature disponible portant sur la sexualité, ou le risque ou les expériences d'abus vécues par les femmes en situation de handicap. Il y a très peu d'informations concernant les obstacles à avoir accès à l'aide appropriée pour les femmes en situation de handicap.

Nous avons contacté, par exemple, le centre UNIA ainsi que les différents observatoires de la santé : AVIQ, l'observatoire de la santé Hainaut, PHARE ASBL afin de savoir s'ils avaient des informations spécifiques à notre sujet d'étude. L'AVIQ a répondu que « L'Agence ne dispose pas de statistiques sur les violences faites aux femmes présentant un handicap. De surcroît, des femmes en situation de handicap n'émargent à aucun des systèmes en place par choix ou par ignorance ». L'a.s.b.l Phare nous a répondu s'occuper principalement des questions d'accessibilité et n'avoir aucune donnée sur les violences faites aux personnes porteuses de handicap. UNIA nous a fait part de 21 cas de signalement de violence, harcèlement ou abus à l'encontre des personnes porteuses de handicaps (voir en annexe). Les données récoltées sont brutes et comprennent très peu d'informations.

2 - Détermination du mode d'entretien qualitatif

L'entretien par co-construction a été privilégié tout au long de la recherche. Cette approche invite à prendre l'entretien comme un *donné à voir*, qui devient l'espace et le lieu d'une certaine analyse, qui sera dans ce travail celle des rapports sociaux de sexe/genre¹. Dans cette méthode, la chercheuse et l'interviewée sont placées dans une disponibilité mutuelle qui invite à construire ensemble le savoir sur le sujet investigué.

3 - Constitution des échantillons qualitatifs

Ont été enquêté-e-s :

- des femmes porteuses de handicap
- des acteurs et actrices de terrain, professionnel-le- du handicap

Lors des entretiens, les items sujets abordés ont été : l'enfance, les violences, la vie affective, la vie sexuelle, l'exercice de la citoyenneté. A la fin de leur témoignage, nous leur avons posé des questions pour obtenir des précisions si c'était nécessaire.

¹ Ramos, E., Arborio, A.-M. Olivier, M., *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyse*, Dunod, Paris, 2015.

17 femmes ont été interviewées.

2 d'entre elles ont fait demande d'échanges téléphoniques supplémentaires.

Lorsque les femmes étaient porteuses de handicap intellectuel, l'entretien a eu lieu en présence de leur référent ou d'un parent.

Deux types d'échantillons ont été constitués :

- ✓ un échantillon de femmes porteuses de handicap depuis la naissance ou devenues porteuses de handicap durant l'enfance.
- ✓ un échantillon de femmes devenues porteuses de handicap à l'âge adulte.

Au cours du processus sont apparus des sous-échantillons à caractéristiques propres:

- ✓ Femmes devenues porteuses de handicap suite à des violences conjugales, avec violences dans l'enfance
- ✓ Femmes devenues porteuses de handicap suite à des violences conjugales, sans violence durant l'enfance.

Le profil des enquêtées est renseigné dans les annexes. Nous invitons les lectrices et lecteurs à accompagner le parcours du document au moyen de celles-ci.

4 - Récolte des témoignages

Compte tenu du statut particulier de certaines interviewées, les informations recueillies n'ont pas toujours pu l'être de manière uniforme. Ainsi lorsque les entretiens se déroulaient sans la présence d'une tierce personne, disposant des informations souhaitées et méconnues des interviewées (comme les revenus par exemple), nous avons décidé d'adapter l'entretien en conséquences, nous consacrant plutôt à recueillir et approfondir les expériences propres de nos témoins.

5 - Rapport

6 - Conclusion, recommandations et annexes

Définition des concepts

La notion de handicap

Modèle sociologique

Dans cette recherche, nous choisissons d'utiliser le *modèle social du handicap*. Ce modèle est né au cours des années 70. Travaillé notamment par Meekosha (2006), il a la particularité de distinguer l'incapacité et le handicap :

- ✓ l'incapacité est une limitation fonctionnelle relevant de la biologie
- ✓ la notion de handicap est l'ensemble des situations de désavantages, de discrimination et d'oppression subies par les personnes vivant avec des incapacités.

Selon ce modèle, c'est la société, et non pas une caractéristique « innée » ou « naturelle » qui crée le handicap. Le handicap est dès lors façonné socialement et renforcé par les stéréotypes qui y sont relatifs et par les attitudes de ses membres vis-à-vis des personnes présentant une incapacité. La société construit ainsi des barrières sociales, économiques et alimentent leur exclusion (Grue 2011 : 534 ; Sands 2005 : 54).

La conception du handicap comme construction sociale trouve une validation chez les militantes femmes et/ou féministes et porteuses d'un handicap. Ainsi, Maudy Piot, présidente de l'ASBL française *Femmes pour le dire, femmes pour agir*, affirme « qu'il faudrait transformer le regard des personnes valides sur le handicap et qu'il faudrait apprendre à voir la diversité des situations de handicap comme étant une richesse ». Les femmes porteuses de handicaps font face à des difficultés spécifiques au niveau social : elles sont marginalisées en ne faisant pas partie des standards, elles subissent des dominations spécifiques car imbriquées et sont représentées collectivement de façon fantasmée.

Modèle institutionnel et juridique

Institutionnellement, la Belgique a rejoint ce modèle social en ratifiant, le 2 juillet 2009, la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées, adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York. Celle-ci propose la définition suivante du handicap : « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »². Selon l'AVIQ³, « Cette définition ne présente plus uniquement le handicap comme un élément médical propre à la personne. Elle prend en compte les obstacles qui sont dus à

² (Article 1, § 2 ; également, Préambule, point e)).

³ Agence pour une Vie de Qualité. L'AVIQ est un organisme d'intérêt public wallon autonome gérant les compétences de la santé, du bien-être, de l'accompagnement des personnes âgées, du handicap et des allocations familiales.

l'organisation de la société (à l'environnement). C'est ce que l'on appelle le passage du « modèle médical » au « modèle social » du handicap. »⁴

Juridiquement, le handicap est défini par des décrets propres aux institutions belges, différant selon les régions. En Région wallonne, La définition du handicap figure dans le décret du 6 avril 1995 du Gouvernement wallon: " ...est considérée comme handicapée toute personne mineure ou majeure présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société. Cette limitation importante des capacités d'intégration doit correspondre à une catégorie de personnes handicapées telle que déterminée par la Communauté française... "

En région de Bruxelles-Capitale : Selon le décret du 4 mars 1999 de la Commission Communautaire française, " Par handicap, il faut entendre le désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche la réalisation d'un rôle habituel par rapport à l'âge, au sexe, aux facteurs sociaux et culturels. "

En Région Germanophone, selon le décret du 19 juin 1990, constitue un handicap toute atteinte à l'intégration sociale et professionnelle due à une réduction des facultés mentales, physiques ou sensorielles.

En Région flamande, selon le décret du 19 juin 1990 et l'arrêté du 13 juillet 2001, constitue un handicap toute limitation importante et de longue durée des chances et d'intégration sociale d'une personne suite à une altération de ses facultés mentales, psychiques, physiques ou sensorielles.⁵

Typologie des handicaps

Les handicaps sont divers. On distingue les handicaps constitués par des altérations d'un point de vue sensoriel (cécité, surdité), les handicaps moteurs (difficultés de déplacement suite à un accident ou à une maladie) et les handicaps dits mentaux, déclinés en trois sous-ensembles : le handicap mental ou intellectuel (difficulté à conceptualiser, à communiquer ...), les handicaps cognitifs (difficultés telles que dyspraxie, dyslexie,...) et les handicaps psychiques (troubles du comportement limitant la participation à la vie sociale). A cela il faut ajouter le polyhandicap, c'est à dire la conjugaison, d'un handicap moteur et d'un handicap mental et le plurihandicap, c'est à dire le fait pour une personne d'être touchée par plusieurs handicaps.⁶ On voit donc que le vocable « handicap » recouvre une multitude de réalités, et que les femmes qui en sont porteuses présentent donc des profils très variés, loin de toute uniformité.

⁴ https://www.aviq.be/handicap/AWIPH/handicap_Belgique/ONU/index.html

⁵ <http://www.handikids.be/fr/handicap-lois-belgique.html>

⁶ *L'égalité femmes-hommes accessibles à tout-e-s. Guide à l'usage des associations pour l'accueil et la participation des personnes handicapées.* Centre Hurbertine Auclair, Paris, 2014. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/guide-feminisme-handicap-web.pdf>

La notion de genre et de rapports sociaux de sexe

Le genre peut être défini comme un système social fabriquant socialement des hommes et des femmes. En tant que système social, il est contextuel, historique, c'est-à-dire fluctuant selon les caractéristiques de l'environnement social dans lequel il est exercé. Là où le sexe réfère aux caractéristiques anatomiques dites féminines ou masculines, le genre désigne les éléments symboliques et concrets des rôles imposés aux femmes et aux hommes.

Ces rôles sociaux sont antagoniques et constituent un « régime de genre » qui gouvernent les rapports entre les hommes et les femmes dans la société, au détriment de ces dernières. En effet, les inégalités sexuées persistent, même s'il existe des contre-exemples, composant un paysage de droits asymétriques pour l'ensemble des femmes, selon la situation qui est la leur. Les deux sexes /genres sont donc soumis à des statuts différents et hiérarchisés. La conséquence de cette hiérarchie est que les accès aux ressources nécessaires à l'émancipation de l'individu sont différenciés d'un sexe/genre à l'autre. Le genre affecte tous les aspects de la vie (économiques, politiques, sociaux).

Si le concept est issu du monde anglophone, « dans le champ francophone, les chercheuses ont préféré parler de « rapports sociaux de sexe » plutôt que de genre pour ne pas confondre la notion de genre pensée comme *résultat* de la socialisation sexuée (les injonctions sociales implicites) et la notion de genre désignant le *processus* même de cette socialisation. »⁷. Nous marquons notre préférence pour cette approche en termes de rapports sociaux de sexe, qui, prenant en compte les rapports de pouvoir, peut nous éclairer de manière fine sur les femmes porteuses d'un handicap et donc d'un positionnement *social* particulier.

La notion de violences

Comme évoqué préalablement, cette recherche ambitionne de questionner l'expérience vécue des femmes porteuses de handicap à différents niveaux dont celui des violences. Il nous appartient en conséquence, et en vue de cadrer l'objet de cette recherche caractérisé tant par son ampleur que par sa complexité, d'en donner quelques définitions. Car si le vécu des femmes porteuses de handicap est multiple, leurs expériences en matière de violence le sont également.

Loin de se limiter à l'une des formes qu'elle peut prendre, les témoignages sur lesquels reposent cette recherche font état de diverses formes de violences, exercées par divers acteurs-trices, et dans des contextes très variés. Toutes peuvent être comprises dans ces catégories à la fois distinctes et voisines, que forment les violences institutionnelles, les violences conjugales, et les violences intrafamiliales.

⁷ Le Prévost, M. *Genre et pratiques enseignantes*, Université des Femmes, Cahiers de l'Université des Femmes, n°3, 2009, p. 8

Les violences institutionnelles

Les travaux sur l'enfance maltraitée ont conduit à d'autres travaux permettant d'élargir la définition initiale des violences institutionnelles d'abord uniquement appliquée aux enfants. Ainsi nous combinerons ces deux théories en reprenant la définition de Tomkiewicz qui définit les violences institutionnelles comme *toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure*⁸. en la complétant par celle d'Éliane Corbet ⁹, psychopédagogue et directrice du CREAI (centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée) en France, qui définit ces violences comme *celles que subissent les usagers dans les institutions spécialisées, sociales et médico-sociales. Elles ne sont pas exercées seulement par des professionnels, mais aussi par des usagers de l'institution entre eux*.

Outre l'avantage indéniable de prendre en compte les violences exercées au sein de l'institution par les usager-e-s eux-elles-mêmes, cette définition permet également d'élargir le champ des personnes concernées des enfants, aux porteur-se-s de handicaps tout en attirant l'attention du-de la lecteur-trice sur la spécificité commune de ces deux groupes sociaux : la vulnérabilité.

Les violences intrafamiliales

En Belgique, la circulaire intitulée COL3¹⁰ entrée en vigueur en 2006 définit la violence intrafamiliale comme suit : *Est considérée comme violence intrafamiliale toute forme de violence physique, sexuelle, psychique ou économique entre membres d'une même famille, quel que soit leur âge*. Elle comprend ainsi toute forme de violence exercée au sein de la même famille, qu'elle ait lieu au sein du couple, ou envers un membre descendant, ou ascendant, de sa propre sphère familiale. Un second paragraphe concernant la maltraitance d'enfant extrafamiliale y est joint, nous le laisserons de côté au vu de sa pertinence pour les témoignages recueillis, les récits de violences extrafamiliales recueillis étant compris dans la catégorie des violences institutionnelles.

Les violences conjugales

Comprises dans la COL3 précitée, elles font l'objet d'une définition officielle adoptée par la Belgique lors de la conférence interministérielle de 2006 (COL4)¹¹ qui rappelle leur inscription dans la sphère familiale tout en pointant leur diversité, et leur inscription

⁸ file:///C:/Users/lgode/AppData/Local/Temp/ad311966.pdf

⁹ Idem

¹⁰ http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=b7615c08c93be8ba5555b73144d54481b94730ea&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Violence/Circulaire_COL_3-2006.pdf

¹¹ https://www.om-mp.be/sites/default/files/u1/col_4_2006_-_version_2015.pdf

dans les rapports sociaux de sexe patriarcaux : *Les violences dans les relations intimes sont un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes de l'un des partenaires ou ex-partenaires qui visent à contrôler et dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, sexuelles, économiques, répétées ou amenées à se répéter portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socioprofessionnelle. Ces violences affectent non seulement la victime, mais également les autres membres de la famille, parmi lesquels les enfants. Elles constituent une forme de violence intrafamiliale. Il apparaît que dans la grande majorité, les auteurs de ces violences sont des hommes et les victimes, des femmes. Les violences dans les relations intimes sont la manifestation, dans la sphère privée, des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes encore à l'œuvre dans notre société.*

Dans une perspective similaire, il est intéressant de reprendre la définition qu'en donne la Convention du Conseil de l'Europe pour l'élimination et la prévention des violences envers les femmes également appelée « Convention d'Istanbul » et ratifiée par la Belgique en 2016. Celle-ci définit les violences conjugales dans son article 3 comme *tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime*¹². Elle permet ainsi non seulement de prendre en compte les rapports de domination (rapports sociaux de sexe) qui l'organisent, mais aussi de la replacer dans son cadre global à savoir celui des violences envers les femmes.

Celles-ci, rappelle la convention, doivent être comprises *comme une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée*¹³.

Ainsi la violence conjugale n'est qu'une des nombreuses formes que peut prendre la violence exercée contre les femmes. Elle se situe le long d'un continuum des violences masculines (KELLY : 1987) qui comprend des formes variées et multiples de violences dont le socle et l'objectif sont identiques : les rapports sociaux de sexe caractérisés par la domination du masculin sur le féminin, l'oppression masculine.

Enfin il nous faut être prudente et insister sur la transversalité de ces trois catégories qui contiennent elles-mêmes des typologies de « formes » qui leur sont propres, sans pour autant être cloisonnées. Certains types de violences, comme les violences sexuelles par exemple, peuvent se retrouver dans des catégories distinctes sans perdre leur pertinence. Par exemple, les violences sexuelles peuvent être institutionnelles (attouchements d'un soignant), conjugales (viol conjugal), ou encore intrafamiliales (inceste). De la même manière, les violences conjugales sont à la fois intrafamiliales et « de genre » (ou « envers les femmes »). L'intérêt du découpage théorique que nous

¹²<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462533> – p.8

¹³ Idem.

proposons ici se situe du côté de la compréhension du lecteur et de l'intelligibilité de l'analyse mais il est toujours bon de rappeler la subjectivité et la flexibilité des catégories face à une réalité jamais tout à fait circonscrite. Découper la réalité, c'est avant tout expliciter un point de vue et si cette étape est bien nécessaire à la recherche, elle n'en requiert pas moins prudence et précaution.

RAPPORT

Le handicap et la politisation des violences et de la sexualité comme enjeu féministe

Dans l'approche féministe visant à politiser le privé, c'est-à-dire à mettre sur la place publique les questions relevant de l'intimité et du personnel, la sexualité a fait l'objet de nombreuses discussions, et notamment la sexualité comme lieu spécifique de violences faites aux femmes. Le handicap constitue lui aussi un état de vulnérabilité, par la position invalidante dans laquelle sont placé-e-s celles et ceux qui en sont porteur-se-s. Au croisement de ces discriminations, sexistes et validistes, se trouvent les femmes handicapées, catégorie imbriquée.

Institutionnellement, la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies du 13 décembre 2006 dit, en son préambule, que les Etats parties à la convention reconnaissent que les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation; porte en ses principes généraux l'égalité entre les femmes et les hommes et comporte un article 6 spécifique aux femmes handicapées : met en avant dans son article 6, la particularité des femmes et des filles avec un handicap :

« 1. Les États Parties reconnaissent que les femmes et les filles handicapées sont exposées à de multiples discriminations, et ils prennent les mesures voulues pour leur permettre de jouir pleinement et dans des conditions d'égalité de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales.

2. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour assurer le plein épanouissement, la promotion et l'autonomisation des femmes, afin de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la présente Convention. »¹⁴

En Europe, une enquête européenne du FRA (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS) étudie les violences faites aux femmes et inclut les femmes en situation de handicap. Cette enquête démontre clairement que les femmes présentant une incapacité sont plus touchées par la violence.¹⁵

¹⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif, Nations Unies, <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

¹⁵ http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf, page 188

La violence faite à l'égard des femmes qui présentent un handicap s'inscrit sur un continuum de violence faite aux femmes en général mais selon une étude de DAWN-RAFH Canada les femmes en situation de handicap sont particulièrement victimes de négligence, d'abus physiques, sexuels et psychologiques ainsi que d'exploitation financière.

- ✓ 60% des femmes en situation de handicap vivront de la violence au cours de leur vie adulte et 40% rapportent avoir vécu de la violence au cours de leur vie.
- ✓ Considérant tous les crimes violents, 51% de femmes en situation de handicap ont été victimes de plus d'un crime violent pendant les 12 mois précédents en comparaison à 36% des femmes non handicapées.
Certaines études démontrent également que les femmes ayant des difficultés d'apprentissage sont souvent plus vulnérables à l'exploitation sexuelle. ¹⁶
- ✓ L'utilisation de stéréotypes sociaux sert à réduire leurs pouvoirs personnels par l'infantilisation, la déshumanisation et l'isolement, ce qui les rend vulnérables à diverses formes de violence
- ✓ Les femmes en situation de handicap sont exposées à des risques d'abus additionnels de la part des personnes dont elles dépendent pour les soins et les services reliés à leurs incapacités.
- ✓ Les femmes en situation de handicap sont plus sujettes d'être victimes de violence liée à la consommation d'alcool ou de drogues que les hommes en situation de handicap.
- ✓ La violence sexuelle vécue par les femmes en situation de handicap prend plusieurs formes telles que la violation de l'intimité, les mesures de contention et d'isolement, les fouilles à nu, le viol par un membre du personnel ou d'un patient/résident d'une institution, l'avortement forcé et la stérilisation forcée.
- ✓ La perception culturelle du handicap et les représentations de la femme handicapée sont des facteurs susceptibles d'accroître sa vulnérabilité aux violences sexuelles. ¹⁷

S'il existe une reconnaissance institutionnelle de ces violences spécifiques – par des rapports qui y contribuent -, la réalité des femmes handicapées est encore peu étudiée au niveau académique francophone européen, et donc peu documentée, mais connue des militantes de la cause qui portent les paroles des principales concernées. Pensons par exemple à l'association française féministe *Femmes pour le dire, femme pour Agir*, ou, l'association de femmes belges *Perséphone*, basée à Anvers. Ces associations se penchent sur l'imbrication du sexe et du handicap comme lieu spécifique de discriminations et de violences. Elles appréhendent et tentent de visibiliser leur situation en créant des outils théoriques (textes, synthèses de documents...) comme pratiques (e. a. le numéro d'appel *Ecoutes Violences femmes handicapées*¹⁸).

¹⁶Etude d'Handicap International au Mali

¹⁷ <https://www.dawncanada.net>

¹⁸ Lancé le 9 mars 2015 par Femmes pour le dire, femmes pour Agir, ce numéro d'appel national, gratuit et anonyme dédié aux besoins spécifiques des femmes handicapées a acquis une notoriété grandissante. Plus de 4 000 affiches ont été envoyées

Les apports féministes sur le handicap s'alignent sur le modèle social du handicap : « Les théorisations féministes en études critiques du handicap offrent des outils conceptuels pour aborder cette question. Handicaps et (in)capacités y perdent leur statut d'évidences, leur apparence de « donné de nature » pour se transformer en notions participant d'une structure fondamentale d'oppression fondée sur une normalisation des corps »¹⁹.

C'est bien le social et ses effets sur les femmes, ici porteuses d'un handicap, qui va être considéré comme catégorisant ces femmes et plus généralement, les personnes qui sont dites comme telles.

Les violences, générales, et spécifiquement sexuelles, perpétrées par ce même monde social sur les femmes handicapées, connues des féministes, font l'objet de plusieurs réflexions dans la prise en charge de ces personnes, et ce dans le cadre d'une démocratisation sexuelle désirée par certains. Elles peuvent être de deux ordres : celle des personnes porteuses de handicap, visant à faire émerger les problématiques d'exercice de la sexualité, inscrites dans le désir, ou au contraire, contraintes par la violence. Pour les professionnel-le-s, des groupes de réflexion de praticien-ne-s se forment, à partir des pratiques et des observations sur la gestion des corps des personnes handicapées, corps sexué ; parfois en intégrant l'entourage. Certains EVRAS intègrent peu à peu la question du handicap ou sont pensés spécifiquement pour ce public, parfois en intégrant une approche de rapport sociaux de sexe, parfois pas. En tous cas, la/les sexualité/s font l'objet d'une discussion étendue à l'ensemble des groupes sociaux, qu'ils soient ceux des aîné-e-s, des enfants, ou des personnes handicapées. Pour autant ces dernières sont souvent évoquées comme un groupe non sexué, invisibilisant les aspects fondamentaux en termes de rapports de pouvoir que constitue « être une femme porteuse d'un handicap » ou « être un homme porteur de handicap ».

Ainsi, les femmes porteuses d'un handicap rencontrent à la fois des problématiques sexuées, « de femmes », et de handicap, la première discrimination étant souvent démultipliée par la vulnérabilité sociale et/ou physique et mentale du handicap.

Quelles peuvent être ces problématiques ?

- VIOLENCE CONJUGALE ET SEXUELLE

Les femmes handicapées voient souvent leur sexe considéré comme soluble dans leur invalidité. Elles peuvent être pensées comme étant par définition célibataires : « La violence conjugale est méconnue chez les femmes handicapées, ce qui s'expliquerait, en

partout en France dans des structures médico-sociales. *Via* ce numéro, l'association propose un accompagnement spécifique. Voir <https://www.faire-face.fr/2017/11/24/violences-sexuelles-femmes-handicapees-victimes/>

¹⁹ Masson : <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2013-v26-n1-rf0700/1016899ar/>

partie, par le mythe selon lequel les femmes handicapées n'ont pas de vie sexuelle et ne vivent pas en couple »²⁰.

Or, comme le documente la trousse média sur les violences conjugales au Québec²¹, lorsqu'elles sont en couple, « les femmes handicapées constituent un groupe particulièrement vulnérable à la violence conjugale notamment parce qu'elles vivent souvent dans une situation de dépendance par rapport à leur conjoint. Les problèmes d'intégration sociale jumelés à ceux liés à la dépendance économique peuvent constituer une source de tension dans le couple favorisant l'explosion de la violence. (...) Les femmes handicapées ont un risque accru d'être victimes de violence conjugale et de subir des formes plus sévères de violence²². En 2014, la proportion de femmes avec incapacité qui ont déclaré être victimes de violence conjugale, qu'il s'agisse d'actes de violence physique ou sexuelle, au cours des cinq années précédant l'enquête était plus du double de celles sans incapacité (6,2 % contre 2,7 %)²³.

Au Québec, en 2004, une femme avec incapacité sur quatre (25,8 %) a déclaré avoir déjà subi de la violence émotionnelle de la part de son conjoint²⁴, et les femmes avec incapacité étaient plus nombreuses à déclarer avoir été victimes de violence financière (8 % contre 3,6 %) de la part de leur conjoint que celles sans incapacité²⁵.

Comme pour les femmes valides, le couple est souvent le lieu non pas d'une protection mais d'une mise en tension qui peut affecter la santé. Les violences sexuelles, dont le viol conjugal, qui sont l'apanage des femmes en couple, touchent les femmes handicapées en couple de la même manière.

- LA SEXUALITE ENTRE ABUS ET REFUS

La sexualité des femmes porteuses de handicap est souvent considérée comme inexistante, les femmes étant considérées comme asexuées. Et, lorsque sexualité il y a, les femmes porteuses d'un handicap en sont victimes de manière paradoxale:

- soit niées dans leur état de sujet et partenaire désirante et désirable par les normes sociales patriarcales de la désirabilité - le *male gaze* (regard masculin) - posées sur les femmes, qui considèrent le handicap comme un motif de dégoût sexuel ; et dans la dimension de plaisir qui y a trait (les femmes porteuses de handicap se plaignant fréquemment de ne pas recevoir de conseils adaptés sur la

²⁰ Rivers-Moore, B. (1993). *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille.

²¹ <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/femmes-handicapees>

²² Brownridge, D.A. (2006). Partner violence against women with disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), 805-822.

²³ Statistique Canada (2018). *La victimisation avec violence chez les femmes ayant une incapacité, 2014*. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

²⁴ Office des personnes handicapées du Québec (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. Drummondville : Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, l'Office des personnes handicapées du Québec.

²⁵ Office des personnes handicapées du Québec (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. idem

sexualité²⁶). Citons le témoignage de Ynestra King, porteuse d'un handicap moteur : « *C'est surtout évident quand un homme me drague et qu'il change soudain de comportement dès que je me mets debout. Je m'assure toujours de marcher devant la personne avant d'accepter un rendez-vous, juste pour nous sauver la face à tous les deux. Dès que la personne se rend compte de mon handicap, le disjoncteur de l'attraction sexuelle saute – le circuit est rompu. La « chimie » a disparu. Toute ma vie, j'ai connu des expériences de ce genre et c'est le cas pour toute autre femme handicapée* »²⁷

- soit niées dans leur droit à une intégrité sexuelle. Car, comme le relate Dominique Masson, « *Paradoxalement, l'idée que les femmes handicapées seraient des êtres asexués ne les protège pas contre les agressions sexuelles. De fait, elles sont plus susceptibles de subir des violences sexuelles que les femmes non-handicapées et ce, dans des proportions qui vont d'une fois et demie à quatre fois ou même dix fois plus que les femmes sans incapacités.* »²⁸ Les femmes les plus exposées seraient celles présentant des difficultés cognitives.

Il semble donc que, plus encore que les femmes valides, les femmes porteuses de handicap ne puissent bénéficier d'une sexualité qui rencontre leurs attentes.

La sexualité devient un enjeu de politisation chez les militantes femmes qui souvent s'invitent dans le débat féministe, comme en témoigne Isabelle Boisvert, militante féministe et co-organisatrice de la Marche Mondiale des Femmes 2015 au Québec : « *Pendant la Marche mondiale des femmes 2015, je veux parler de sexualité car nous sommes des femmes handicapées plurielles et donc hétérosexuelles, bisexuelles, homosexuelles et tout ce que le cœur nous en dit! Voilà!* »²⁹. Lors de celle-ci, les militantes féministes porteuses d'un handicap avaient décidé d'inscrire à l'agenda la santé reproductive et sexuelle, le droit à l'intimité et à la maternité.³⁰

Par ailleurs, des associations féministes ont également incorporé des questionnements sous forme de travaux et revendications. Par exemple, la question de la vie affective et sexuelle et des violences subies par des femmes porteuses d'un handicap fait l'objet d'un dossier dans la revue *Axelle* de l'association féministe belge Vie Féminine dès 2007³¹. Cette même association mènera un long combat sous l'appellation « *Chacun-e a droit à une place* » dénonçant le manque de places pour les personnes de grandes dépendances en faisant valoir les impacts de ce fait sur les mères de ces mêmes personnes³². Il est à noter qu'elles mèneront ce débat avec des femmes militant dans le monde du handicap « neutre ».

²⁶ Asch et al. 2001, Disabilities and women : Deconstructing myth and reconstructing realities. In J. Worelle (Ed.), Encyclopedia of women and gender (p. 345-354), San Diego : Academic Press.

²⁷ King, Y, 1997, The other body : Reflections on difference, disability, and identity politics. In Crawford & R. Unger (Eds.), In our own words : Readings on the psychology of women and gender (pp. 107-111), New-York : McGraw-Hill, p. 107.

²⁸ (1) MASSON, Dominique, Femmes et Handicap, Recherches féministes, vol. 26, no. 1, 2013 : 111 à 129, p. 123

²⁹ <https://femmesreseautesengagees.blog/2015/12/07/femmes-handicapees-et-sexualite/>

³⁰ <https://femmesreseautesengagees.blog/2015/12/07/femmes-handicapees-et-sexualite/> idem

³¹ <http://www.viefeminine.be/spip.php?article148&PHPSESSID=14914a500364447dd03648f34d2f74bd>

³² <http://www.viefeminine.be/spip.php?article148&PHPSESSID=14914a500364447dd03648f34d2f74bd>

Les Femmes Prévoyantes socialistes, toujours en Belgique, s'intéressent aussi à la question du handicap à de multiples reprises. Sur les questions qui nous intéressent ici, elles émettent, dans une optique féministe, un dossier relatif à l'assistance sexuelle pour les personnes porteuses de handicap en 2013 : « *Assistance sexuelle et droits sexuels : une alliance impossible* ». ³³

L'Université des Femmes, association qui a pour mission de documenter sur la condition des femmes, s'intéresse également à la problématique « Femmes et handicaps » dans un numéro de sa revue *Chronique féministe*, en 2006, qui pose le constat selon lequel être une femme porteuse de handicap revient à vivre des violences doublées ³⁴.

Les questions qui se posent dans ces travaux sur ces sujets sont : Comment se croisent les questions de handicap et de violences, et tout particulièrement de sexualité pour les femmes ? Quelles sont les problématiques qui sont identifiées par elles comme par le secteur de l'accompagnement spécialisé, en rapport avec les institutions ?

Pour tenter d'y répondre à notre tour, nous avons rencontré des témoins afin d'étayer des questionnements initiés par les lectures préalables, afin de poser une tentative de réponse par les femmes concernées par le handicap. Celles-ci peuvent être porteuses elles-mêmes d'un handicap, être inscrite de manière professionnelle dans le secteur de l'accompagnement des personnes handicapées, ou encore dans une militance qui croise handicap et femmes, parfois jusqu'à un positionnement féministe affirmé.

APPROCHE DES PROFESSIONNELLES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Il nous a semblé important de rencontrer les travailleuses du secteur du handicap afin de voir quelles sont les représentations et leur avis sur le sujet investigué. De par leur profession, elles sont en effet opératrices de lien et de constats qui sont pertinents dans ce que nous cherchons à investiguer.

Quel sont les modes de prise en charge des personnes porteuses de handicap en Belgique?

Les initiatives de parents

En Belgique, les alternatives aux institutions sont souvent créées à l'initiative de parents. Ceux-ci y parviennent grâce à des dons privés, du financement de la fondation Roi Baudouin ou de la COCOF, ect... Par exemple une ASBL de Bruxelles, Les Pilotis, a démarré grâce à des fonds propres et des postes ACS. Bientôt, l'état devrait financer une partie des salaires mais les conditions sont trop strictes et la part de fonds propres, de dons ou subventions, reste une part importante du financement. Les conditions pour avoir accès aux subventions ne sont pas « réalistes » pour de petites structures. Pourtant, ce sont ces mêmes petites structures qui aident le mieux à l'insertion des

³³ Van Erps, Noémie, *Assistance sexuelle et droits sexuels : une alliance impossible*, 2013, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-assistance-sexuelle.pdf>

³⁴ *Chronique Féministe*, « Femmes et handicaps », n° 95/97, 2006, Université des Femmes.

personnes porteuses de handicap. Chez « Pilotis », en 3 ans, les résultats sont flagrants : on constate chez les colocataires des maisons une diminution des troubles du comportement et de la médication.

La prise en charge à domicile

En dehors des institutions et des alternatives à celles-ci, les familles s'occupent à domicile de leurs enfants présentant un handicap (bien souvent atteint de polyhandicaps). Ce sont des familles monoparentales et ce serait la mère qui occupe le rôle reproductif (de prise en charge de l'enfant).

Les centres de jour

Les centres de jour ont adopté depuis le début des années 2000, une approche globale de la personne avec un grand respect vis-à-vis de la vie relationnelle, affective et sexuelle des personnes porteuses de handicap.

Les centres de jour

Nous y avons rencontré Annabelle, qui est éducatrice spécialisée dans un centre de jour pour personnes présentant un handicap cognitif, mental. Il s'agit d'une ASBL inclusive suivant les principes de la désinstitution. L'ASBL est née d'une initiative de parents qui refusent que leurs enfants présentant un handicap soient placés en institution. Chaque maison permet d'accueillir cinq participants. Chaque occupant a sa chambre privée, la cuisine, et le salon sont des espaces communs. Il y a 3 salles de bain pour 5 personnes. Le personnel soignant et éducatif est présent jour et nuit.

Elle s'intéresse au sujet en tant que professionnelle sexuée, consciente des rapports sociaux de sexe intervenant dans la société que constitue le centre, dont elle souligne les limites en tant qu'institution, tout en questionnant les possibilités pratiques d'aborder les violences et la sexualité des personnes présentant un handicap.

Par le passé, elle a travaillé dans une institution qui recevait des personnes présentant des polyhandicaps ainsi que des personnes présentant de grandes dépendances avec troubles du comportement. Elle décrit un travail qui devient mécanique et une institution déshumanisant la personne présentant un handicap. On y observe les réalités suivantes : *C'est un milieu quasi obscène où on est, en tant qu'intervenant, confronté de façon impudique au corps de l'autre*. Elle évoque les corps nus, sales, déformés vivant sans pratiquement aucune stimulation. Elle explique que la violence y est banalisée : « *Je me suis encore fait éjaculer dessus* ».

Elle parle aussi d'une certaine forme de déni vis-à-vis de cette violence, comme celui des aspects sexués qu'elle peut revêtir. A la fois pour les bénéficiaires : elle se souvient de parents demandant à ce que leur fille puisse être prise en charge par une éducatrice femme pour les soins et auxquels l'équipe avait répondu en riant : « *De quoi ils ont peur ? Qui pourrait avoir envie de se taper leur fille handicapée ?* »

L'asbl Perséphone évoque ce même tabou, celui de la violence sexuelle envers les femmes handicapées qui fonctionne comme un impensé, et même un impensable :³⁵.

« La violence à l'égard des femmes handicapées n'est pas un sujet facile. C'est un sujet tabou; les gens aiment croire que cela ne se passe pas. Surtout les abus sexuels sont un sujet dont on ne parle pas. En effet, les femmes handicapées sont considérées comme des personnes asexuées, qui ne sont pas belles, et qui par conséquent ne peuvent pas être victimes d'abus sexuels. Comme si l'abus sexuel avait quelque rapport que ce soit avec la beauté! L'abus sexuel n'est-il pas surtout une forme d'abus de pouvoir?! Le fait d'être aveugle à cette forme d'abus de pouvoir ainsi que d'autres faits sont encore nourris par deux préjugés tenaces : « Une personne lourdement handicapée moteur ou qui parle difficilement est probablement également handicapée mentalement, donc, cette personne ne se rend quand même pas compte de ce qui lui arrive! ». »

De ce contexte, elle retire les réflexions suivantes, et notamment l'« *l'importance de l'apprentissage des limites du « toucher »*. *Il est aussi difficile d'acquérir la notion de pudeur quand tu ne sais pas communiquer autrement qu'au travers de tes mains et du toucher (...)* La plupart des personnes présentant un handicap, veulent sortir du ghetto dans lequel on les enferme. Ils veulent être dans le monde, avec nous ».

La question de l'inclusion des personnes dites handicapées au monde dit valide est alors posée, là où des initiatives à destination de ce public spécifique sont organisées. (initiatives en interne) Le centre de jour organise des thés dansants pour permettre aux personnes porteuses de handicap de se rencontrer et c'est, dit Annabelle, souvent l'occasion de cadrer le sujet. Ces thés dansants constituent des prétextes à discussion, et notamment au sujet de l'EVRAS. Même si ils ne sont pas opérateurs à proprement parler, les travailleuses et travailleurs sont confrontés régulièrement à la réflexion et à l'explication relatives à la sexualité. D'après Annabelle, les éducateurs des centres de jour travaillent surtout le côté socialisation car ils constatent que les personnes présentant un handicap peuvent se projeter rapidement dans une relation suite à une première rencontre. Il est évident que les personnes handicapées sont plus vulnérables. Les éducateurs et éducatrices pensent que certaines femmes pourraient être abusées sans s'en rendre compte.

Ainsi, ils s'interrogent beaucoup sur les limites de l'éducation sexuelle et affective des personnes présentant un handicap sévères (qui ont un âge mental évalué à 2 ou 3 ans) ou celles qui n'ont pas accès à la parole. A leur sens, le fait de dire que toutes les personnes handicapées auront une vie sexuelle constitue un raccourci. Une approche au cas par cas est indispensable. Il y a une volonté de la part des éducateurs et éducatrices de cerner les contours et les représentations de la sexualité de leurs bénéficiaires. Ils insistent sur le fait qu'il ne faut pas aller trop vite, il faut que ce soit progressif et très « doux », étant donné les enjeux pour les personnes porteuses de handicap. A leur sens,

³⁵ Voir leur ouvrage *Violence à l'égard de femmes handicapées*
http://www.persephonevzw.org/dossiers/geweld/data/geweld_fr.pdf

témoigne Annabelle, l'EVRAS reste un sujet qui doit être traité avec délicatesse et qui doit se centrer sur la vie affective. L'EVRAS doit s'inscrire dans une démarche institutionnelle qui prend en compte la globalité de la personne.

Les éducateurs et éducatrices évoquent la question politiquement très discutée de l'assistance sexuelle. Ils estiment que d'énormes précautions doivent être prises par rapport à cette pratique. Pour eux, l'assistant sexuel est le dernier recours, et surtout en cas de handicap intellectuel, ce qui est confirmé par ailleurs : « *Dans nos recherches et dans notre travail, nous avons constaté que la déficience intellectuelle devait faire l'objet d'une analyse particulière lorsque l'on aborde la question de l'accompagnement sexuel. En effet, celui-ci peut, contrairement à d'autres types de handicap, entraîner plus de difficultés de compréhension de la part de la personne porteuse de handicap mais aussi de la part du professionnel. Ainsi nous avons donc réfléchi à cette question et repris l'avis de divers auteurs qui préconisent que, dans les cas de handicap trop lourd, l'accompagnement sexuel ne doit pas être envisagé.* »³⁶ Il est à questionner quels sont les types de handicap qui seraient « trop lourds ».

Les éducateurs et éducatrices estiment que la stimulation sensorielle est une technique appropriée pour aider à la découverte du corps et à identifier les différentes parties de son propre corps, apprendre à les ressentir, apprendre à connaître les limites du toucher sur son propre corps et celui des autres (intégrer la notion d'intimité).

Les centres de jour créent des ateliers et des groupes de parole. Différents sujets y sont abordés, tels que « Se connaître soi/ la découverte de son corps », « Emotions et sentiments », « L'Anatomie », « Les limites du toucher » ou encore « La question de la sexualité : mariage (pas avec maman), grossesse, masturbation, accouchement ». Annabelle souligne aussi l'importance de l'apprentissage des limites du « toucher ». Il est aussi difficile d'acquérir la notion de pudeur pour les personnes qui ne peuvent communiquer qu'au travers des mains et du toucher. Annabelle se dit favorable à l'EVRAS et réticente à l'assistance sexuelle, à partir des cas masculins qu'elle a rencontrés dans sa pratique. Le premier d'entre eux est un homme présentant un handicap. Il a un désir de paternité. Il dit qu'il veut porter un enfant (être une femme enceinte, ndlr). Il ne sait pas nommer les parties de son corps. Annabelle lui apprend à identifier les parties de son corps en les nommant lorsqu'il fait sa toilette. Ce bénéficiaire a parlé de son désir de paternité avec une institution qui propose de l'assistance sexuelle. Annabelle nous explique que si il voit une assistante sexuelle, il parle toujours de la même façon : à savoir qu'il veut porter un enfant, il ne fait pas de progrès concernant la reconnaissance des parties de son corps.

Depuis qu'il voit une assistante sexuelle, Annabelle et les éducateurs et éducatrices ont constatés que le comportement de cet homme a changé vis-à-vis des femmes. Il est décrit comme agressif avec celles-ci.

³⁶ « L'accompagnement sexuel. Etats des lieux des pratiques en Wallonie, en comparaison avec nos voisins européens », p. 109.

Il a également adopté un comportement masturbatoire compulsif, ce qui n'était pas le cas avant. Annabelle envisageait de l'impliquer avec elle dans une activité bénévole auprès des enfants, mais ce ne sera plus possible à présent.

Annabelle évoque un second bénéficiaire atteint de déficience intellectuelle. Il aimerait avoir une petite amie. Quelqu'un lui a proposé un site de rencontre destiné aux personnes présentant un handicap. Cependant, celui-ci refuse, il dit qu'il ne veut pas sortir avec une « handicapée ». Pour Annabelle, cela confirme que *“La plupart des personnes présentant un handicap, veulent sortir du ghetto dans lequel on les enferme. Ils veulent être dans le monde, avec nous”*.

Annabelle pose aussi la question des rapports sociaux de sexe dans la profession qui comporte à la fois la prise en charge du rôle reproductif d'un enfant qui n'est pas le sien pour les soins et du rôle productif en tant que travail rémunéré, tout ça pour le salaire minimum. De plus, ce type d'emploi est rempli de défis psychologiques et physiques tels que : des horaires de soirs, de nuits, la fin de semaine. Le poids des personnes handicapées (beaucoup de problèmes de dos chez le personnel), les blessures et maladies invalidantes suite aux coups (violence physique),... Elle pose aussi sa grille de lecture sur les parents de ces personnes porteuses de handicap : dans plusieurs cas, la mère était forcée de s'occuper de l'enfant par le père. Celui-ci justifiait sa loi en disant : *« C'est elle qui l'a mis au monde, maintenant, elle s'en occupe, il est hors de question qu'il aille en institution, elle va s'en occuper jusqu'au bout »*. Comme si la responsabilité de la naissance d'un tel enfant lui revenait à elle seule entièrement, et donc celle des conséquences également. Quand le père fait encore partie de la famille et qu'il s'investit, Annabelle explique que ce sont souvent des pères qui vont se tourner vers l'extérieur : ils prennent l'initiative de créer des associations ou des ASBL. Ils endossent le rôle communautaire et laisse la femme prendre le rôle reproductif.

L'enseignement spécialisé

Mylène, est quant à elle enseignante dans l'enseignement spécialisé. Elle s'interroge sur les conditions sociales qui peuvent mener au handicap, c'est à dire à l'absence de contre-pouvoir étatique qui pourrait contenir les maltraitances faites aux enfants. Elle explique : *« (...) Les jeunes filles dont je m'occupe (...), en général, elles sont diagnostiquées par le centre PMS comme étant « débile léger » mais pour moi, ce ne sont pas toutes des « débiles ». Je le vois quand c'est le cas, mais pour la plupart des jeunes filles qui sont ici, cette débilité est en fait due aux violences qu'elles ont subies dans la famille. Elles ne sont pas débiles, elles sont traumatisées. Du fait de leur milieu « toxique », ces élèves ne vont pas bien. Elles ont besoin qu'on travaille à leur rythme, il faut de l'enseignement individuel alors, elles arrivent chez nous (...) Nous avons parfois des élèves qui font des séjours en psychiatrie. Là-bas, on les bourre de médicaments, elles subissent des mesures de « contention » et quand elles reviennent à l'école, elles dorment sans cesse. Elles reviennent dans des états pires qu'avant. »*

Les élèves de l'école où exerce Mylène ont dans leur très grande majorité subi des violences intrafamiliales graves, ce qui, comme le handicap, affecte leurs possibilités de préserver une estime de soi, notamment dans les relations amoureuses. Le témoignage de Mylène, comme celui de ses étudiantes interrogées (voir supra) montre les lacunes d'une prise en charge adéquate des violences sur les enfants, et notamment les violences sexuelles, ce qui mène à des profils disqualifiés socialement : les jeunes filles violentées deviennent handicapées. Dans cet enseignement, les profils des bénéficiaires sont très variés, allant du handicap léger au polyhandicap. Pour autant, il est indispensable de proposer à ce public des réflexions sur ces sujets liés à l'EVRAS qui prennent en compte leurs particularités, comment le disent Fabienne Bloc et Sophie Pereira :

« (...) pour les personnes avec des déficiences intellectuelles (et, là encore, il existe différents degrés), il sera très important d'évoquer la notion de consentement mutuel car d'une part les personnes handicapées mentales sont plus souvent victimes d'abus et d'autre part, elles éprouvent plus de difficultés à déchiffrer les signaux sexuels verbaux et non verbaux de leur partenaire »³⁷.

Ces questions sont aigües pour toutes les femmes, mais plus particulièrement encore pour les femmes porteuses de handicap et notamment de handicap mental, comme nous aurons l'occasion de le constater dans les témoignages qui suivent.

APPROCHE DES FEMMES PORTEUSES DE HANDICAP

Les femmes handicapées ne constituent pas un groupe homogène. Certaines ont à vivre avec ce fait depuis leur enfance. D'autres sont devenues handicapées, dans l'enfance ou à l'âge adulte, du fait d'accidents, de dommages divers ou encore de maladie. Les parcours sont donc très différents, et les ressources également. Nous avons rencontré des femmes porteuses de handicap intellectuel et de handicap moteur, avec, pour ces dernières, une histoire différente selon le moment où elles ont perdu des capacités.

Femmes diagnostiquées comme ayant une déficience intellectuelle légère

Anne a 58 ans, elle a une déficience intellectuelle légère et vit sous tutelle. Elle vit en hébergement et est suivie dans un centre de jour depuis vingt ans. Depuis la mort de son père, c'est son frère qui gère sa vie. Elle a été symboliquement « mariée » avec un autre résident du centre, Jean, ce qui a fait l'objet de négociations/discussions entre elle, le centre de jour, et les hommes de sa famille (principalement le père puis le frère). Ils n'ont jamais vécu ensemble mais pouvaient se voir à loisir. Deux mois après le « mariage », son conjoint atteint d'un cancer décède. Depuis Anne entretient une relation amoureuse avec le résident d'un autre centre de jour, Mousse, avec qui elle a des relations sexuelles dans l'espace prévu à cet effet dans son propre centre d'hébergement. Elle participe aussi à un groupe « Evras » où elle travaille surtout ses relations avec les autres en termes d'expression de soi et de vivre-ensemble.

³⁷ Bloc, F., Pereira, S., *Pour une approche citoyenne et égalitaire de l'EVRAS*, Université des Femmes, 2017, p. 71.

Nous rencontrons Anne en présence de Sylvia, sa psychologue.

Sylvia s'adresse à Anne : « *Tes parents ne voulaient pas que te dormes avec Jean mais les éducateurs ont décidé que Jean et toi pouviez avoir une vie sexuelle et ils vous ont laissé dormir ensemble contre l'avis de tes parents* ». Anne sourit : « *Oui et c'était le bonheur* ». Sylvie évoque : « *Les éducateurs trouvaient que ce n'étaient pas normal et ils ont décidé d'aller contre l'avis des parents. Anne ne leur en a jamais parlé* ». Une fois la responsabilité de Anne transférée sur son frère, les choses ont été fluidifiées. Car le frère de Anne a également une vision nettement plus libérale que leurs parents communs, et estime que sa sœur a le droit de gérer ce pan de sa vie. Sylvia raconte la noce : « *C'était un beau mariage. Le chauffeur en limousine est venu la chercher devant l'hébergement, elle avait une belle robe, tout le centre de jour et les éducateurs étaient invités.* » Cette situation type indique le poids des influences familiales dans l'acceptation ou le déni de la sexualité des femmes handicapées (qui ici reste cadrée dans un mariage symbolique).

Nous en trouvons un autre exemple avec le cas d'Alice, 30 ans. Alice a 30 ans, elle est fille unique et souffre de déficience intellectuelle légère. Elle vit chez sa mère de 72 ans et fréquente depuis 9 ans un centre de jour. C'est le second centre qu'elle fréquente. Alice pratique le chant et l'expression corporelle dans le cadre des activités proposées par une association spécialisée. Son père est décédé depuis 12 ans mais depuis toujours, c'est la mère d'Alice qui la prend en charge, avec l'aide d'une gardienne ou celle d'amis également parents d'enfant handicapé. Alice a une vie sociale active et de nombreux amis. Elle a un petit ami qui vit seul en appartement supervisé et passe les nuits chez lui, le week-end. La mère d'Alice lui laisse la possibilité d'avoir une vie relationnelle, affective et sexuelle libre.

Nous avons pu observer qu'Anne et Alice, peu autonomes, sont prises en charge de façon respectueuse. La journée, elles fréquentent un centre de jour. Elles vivent entourées par leurs familles et par des intervenants terrain soucieux de les respecter dans leur globalité, qui n'hésitent pas à se positionner pour leur bien-être. Nous n'avons pas constaté que ces femmes vivaient des violences, leur vie relationnelle, affective et sexuelle est respectée. Elles vivent en couple et dans certains cas, ces relations vont jusqu'au mariage symbolique. Elles ne sont pas suffisamment autonomes pour occuper un emploi, elles sont placées sous tutelles. Cependant, d'après la maman d'Alice qui est Allemande, sa fille pourrait travailler dans des structures adaptées « comme en Allemagne ». Globalement, Anne et Alice se disent « heureuses ».

Sur des questions plus spécifiques liées à des mesures encadrant spécifiquement la sexualité, telle que l'assistance sexuelle, le personnel du centre où vit Alice se dit ouvert mais estime qu'il y a beaucoup de choses à mettre en place avant d'arriver à cette solution. Quant à Alice elle même, elle affirme : « *On n'a pas besoin de ça* ».

Et parmi celles-ci, les jeunes femmes...

Nous nous sommes également entretenues avec des profils différents : ceux de jeunes femmes porteuses d'une déficience intellectuelle légères, toutes 4 étudiantes de l'enseignement spécialisé.

Nell a 19 ans, elle est atteinte de déficience intellectuelle légère et vit avec sa mère. C'est l'aînée d'une famille de trois enfants (deux sœurs de 13 et 16 ans). Nell fréquente l'enseignement spécialisé. Elle entretient une relation amoureuse avec un autre étudiant du même établissement qui semble montrer des signes de violences. Nell a changé d'école car elle y observait trop de violences entre les élèves et les éducateurs. Elle souhaite travailler en atelier protégé et ambitionne une vie de couple avec son compagnon. Lors de la rencontre, elle se trouve dans un moment émotionnellement chargé. Elle pleure parce que, la veille, elle s'est disputée avec son copain : *« Il m'a menti et c'est douloureux »* explique-t-elle. *« Ca fait 2 ans qu'on est ensemble. Je l'ai rencontré à l'école, on a pris le temps de se connaître et ça s'est fait tout doucement. Mais il veut toujours être avec moi, moi j'aimerais qu'il passe plus de temps avec ses amis pour que je puisse aussi voir d'autres personnes et sortir sans lui. Il est jaloux et possessif. »*

Olivia, 21 ans, souffre de troubles du comportement depuis la mort de son père il y a cinq ans, ceux-ci l'ont conduit à fréquenter l'enseignement spécialisé. Olivia a été victime de violences de la part de son beau-père lorsqu'elle vivait chez sa mère et fréquentait l'enseignement « normal ». Depuis, elle vit en famille d'accueil. Olivia entretient une relation amoureuse avec un garçon mais ne souhaite pas s'investir davantage avant d'avoir terminé ses études. Elle semble manifester une certaine autonomie affective : *« Quand on est seule, on fait ce qu'on veut, quelque part, c'est mieux. »* Elle décrit son environnement scolaire, qui a été modifié. Elle compare : *« Il y avait de la violence là où j'étais à l'école, mais surtout entre élèves. Les professeurs aussi étaient plus violents mais parce qu'ils n'avaient pas de patience, ils ne cherchaient pas à comprendre. Ici, c'est pas comme ça. Si je voulais je pourrais arrêter de venir à l'école mais j'ai choisi de continuer. On m'a dit : « tant que tu peux continuer à l'école, continue » Alors j'écoute ! Ici, il y a une bonne ambiance, il y a juste les 1eres années qui « font leurs airs », ils emmerdent les autistes mais moi je n'aime pas ça, ça me fait du mal. »*

Iris a 17 ans, elle est atteinte d'une déficience intellectuelle légère. Elle est violentée par son frère, ce dont l'école a connaissance. Iris refuse d'en parler et s'oppose à toute intervention de la part de l'école. Elle craint de ne pas être protégée et des représailles de sa famille si elle parle. Iris souhaite travailler dans l'aide aux services domestiques (repassage).

Leslie a 16 ans, elle est atteinte d'une déficience intellectuelle légère et est issue d'une famille de 7 enfants (2 sœurs et 4 frères) que la mère a délaissée il y a approximativement 9 ans. Après un séjour à l'hôpital et plusieurs en foyers, où elle a été séparée de ses frères et sœurs, Leslie a finalement été placée sous la garde de son père, il y a deux ans. Depuis elle y vit avec 3 de ses 6 frères et sœurs. Leslie fréquente

l'enseignement spécialisé. Elle a changé d'établissement après avoir observé des violences institutionnelles dans sa dernière école. Leslie souhaite travailler dans le secteur des techniques d'entretien. *« J'étais dans une autre école avant, j'allais à la même école que Nell mais j'ai changé aussi. C'était violent, il y avait toujours plein de bagarres partout. Les profs ou les surveillants frappaient les élèves et en plus là-bas, il y a un coin où on peut fumer de la drogue ».*

Nell, Olivia et Iris décrivent toutes les trois des violences dans leur ancienne école (école qui a refusé une interview) : des professeurs et du personnel qui frappent les élèves, un manque de patience et d'écoute, consommation de drogue dans l'enceinte de l'établissement. Mais ce qui est frappant, et vient corroborer les connaissances actuelles sur le rôle de la protection infantile, qu'elle soit parentale ou institutionnelle, est que toutes ces jeunes filles ont été négligées et/ou violentées gravement dans leur enfance, ce qui pourrait avoir affecté le développement de leur personnalité. S'il ne s'agit pas ici de poser un diagnostic, ces faits doivent au moins attirer l'attention féministe sur la nécessité d'une approche holistique des violences intrafamiliales, inscrite dans une lutte contre l'adultisme.

Il est à noter également que, malgré un parcours déjà complexe, toutes veulent se former à un métier. Elles effectuent des stages et sont optimistes quant à leur chance de trouver du travail en sortant de l'école, ce qui témoigne d'une volonté d'autonomie et de reconnaissance de leurs aptitudes. Celles-ci restent cependant très formatées par l'institution et l'éducation: elles étudient dans la section « Techniques d'entretien », dans laquelle ne se trouve aucun étudiant garçon. L'une d'entre elles affirme cette posture féminine comme une transmission fortement sexuée : *« Je veux travailler là-dedans. Moi, l'école, j'aime pas ça, puis ma mère et ma sœur font ce travail ».* Avant de conclure : *« C'est de famille ! ».*

Entre dépendance et indépendance affective – dont nous avons vu les ancrages violents déjà en matière de couple pour certaines - , ces jeunes filles se projettent pourtant de manière indépendante sur le plan professionnel, dans les limites des parcours possibles qui leur sont présentés de par leur statut de femme et de personne porteuse de handicap. Le rôle des institutions comme elles-mêmes prestataires de potentielles violences institutionnelles, ou comme négligeant l'interventionnisme protecteur des élèves, qui devrait être le sien (voyons le cas de Iris), est également à souligner.

Femmes porteuses d'un handicap physique depuis la naissance ou suite à un accident durant l'enfance

Nous nous sommes entretenues avec deux femmes porteuses d'un handicap physique depuis la naissance ou survenu durant l'enfance.

Alli, 27 ans, porteuse de handicap physique depuis sa naissance, se déplace en fauteuil roulant. Elle est atteinte de naissance de deux maladies chroniques (côlon irritable et Maladie « de Vermeille ») et d'une anomalie congénitale (spina bifida) qui implique

l'utilisation constante d'une chaise roulante. Après un parcours scolaire dans l'enseignement spécialisé et un diplôme en secrétariat, Alli a entamé des études d'assistante sociale dans un établissement supérieur qu'elle a dû quitter faute d'aménagement permettant son accessibilité aux personnes porteuses de handicap. Elle souhaiterait reprendre des études en promotion sociale mais en est empêchée par le même obstacle. Alli vit dans une maison pour laquelle elle a contracté un prêt immobilier après plusieurs refus. Elle bénéficie des allocations de « la Vierge noire »³⁸. Alli a une vie sociale et des amis qui l'aident ponctuellement. Elle entretient une relation amoureuse avec un garçon qu'elle a rencontré sur un site de rencontre, et ce depuis un mois. Lors de relations précédentes, Alli a été victime de violences conjugales (plusieurs formes dont viol) pour lesquelles elle n'a jamais porté plainte. Elle n'entretient pas de bonnes relations avec sa mère. Alli a vécu des violences conjugales et s'en est sortie assez rapidement avec l'aide d'un psychologue: *« Il y a eu une fois où, il m'a attrapée par les cheveux. Si j'avais envie de sortir et que lui pas, mais que je le faisais quand même, j'en voyais des vertes et des pas mûres, j'avais droit à des engueulades, il me rabaissait. »*

Alli a des amis, des petits copains. Elle dit que l'une de ses armes provient de la mise à distance de sa situation : *« Moi, ma force c'est que j'ai pas connu autre chose, j'utilise l'humour face aux personnes valides. Tu vois quand tu es rentrée et que tu m'as demandé où on s'installait, je t'ai répondu que je m'en foutais parce que j'étais déjà assise et tu as ri. Je fais ça avec tout le monde, ça dédramatise. Parfois, je recadre certaines personnes, par exemple, mon copain actuel est venu il n'y a pas longtemps, j'ai une mauvaise circulation, il voulait que je me couche pour me masser, je lui ai dit : je sais ce que je dois faire. Actuellement je suis avec quelqu'un depuis un mois, on se voit de temps en temps mais je ne veux pas vivre avec lui. (...) Via les sites de rencontre, il y en a un qui m'a proposé 400 euros pour que je couche avec lui et que je fasse « la totale », d'autres m'ont demandé pour coucher avec pour voir si c'était différent, je leur ai répondu que j'étais pas un bac à sperme. »* Le corps des femmes porteuses de handicap constitue le lieu spécifique de fantasmes masculins qui dénie toute individualité à celles-ci.

Plus largement, Alli décrit aussi ce déni dans d'autres sphères de la vie, notamment dans les études qui mènent à une qualification, avec les impacts que cela peut avoir pour la situation professionnelle ultérieure. Elle dénonce : *« (...) Une(prof) m'a dit : « t'es en chaise roulante, je ne te laisserai pas passer » ; elle estimait que quand on est assistant social, on est amené à aller chez les bénéficiaires et les maisons ne sont pas aménagées. Pourtant, il y a des AS qui travaillent dans des institutions ou dans des écoles. Je voulais travailler dans une école ou un hôpital. Je me rends compte de mes limites, j'aurai toujours un frein à l'accessibilité de l'emploi (...). Je pense de plus en plus me diriger vers du bénévolat. »*

Alli n'a pas de voiture et elle dépend des autres pour le transport, elle sort rarement de chez elle mais ça ne l'empêche pas d'avoir une vie sociale. Alli vient d'acheter une

³⁸ Ancienne dénomination de l'institution en charge du handicap, aujourd'hui SPF Sécurité sociale – DG Personnes handicapées.

maison grâce à un crédit social, elle trouve que le seul endroit qui manque vraiment d'accessibilité est le cinéma et souvent les toilettes des restaurant/ bar. Elle ne rencontre donc pas à son sens de handicap social autre que celui qui peut survenir à certaines occasions. Elle se souvient ainsi de sa dernière hospitalisation où, l'infirmière ne l'a pas écoutée. Elle a exigé un autre traitement pour éviter d'avoir à discuter avec elle : *« J'ai ressenti au moment de mon hospitalisation que les infirmières ne m'écoutaient pas. J'ai senti que les infirmières me prenaient pour une débile. »*

Nous avons également rencontré Hélène, 45 ans, qui est devenue handicapée suite à un accident de voiture à l'âge de 10 ans, et se déplace avec une prothèse et en fauteuil roulant. Elle a été amputée d'une jambe suite à une infection contractée à l'hôpital où elle était soignée pour les blessures occasionnées par l'accident, dans lequel son père et son frère sont décédés. Elevée par sa mère, Hélène n'a pas fait d'études supérieures et bénéficie des allocations de « la vierge noire ». Elle a été victime de violences conjugales et est divorcée depuis 2 ans. Son mariage a duré vingt ans et elle a eu deux enfants qui ont aujourd'hui 17 et 21 ans et pour lesquels elle ne reçoit aucune pension alimentaire. Hélène a une voiture et est propriétaire de son logement, une maison héritée de ses grands-parents. Sans cet héritage, elle n'aurait pas eu accès à un logement après sa séparation. Elle dispose également d'une rente : le loyer d'un appartement dont elle est propriétaire. Elle fait état de plusieurs formes de violences (médicales, sexuelles, conjugales) de la part de différents agresseurs (mari, père d'une amie, hôpital, etc).

L'accident qui lui coûte sa jambe et cause le décès de ses frère et père survient en 1982. Elle est alors hospitalisée dans un service adulte à l'UCL. Hélène témoigne d'une non écoute, d'une banalisation de la douleur, de sa parole niée par le personnel médical. Elle explique comment l'attitude du corps médical l'a poussée à ne plus leur faire confiance. Hélène invoque de graves manquements éthiques et déontologiques dans son témoignage, et témoigne de ce moment où elle rencontre peu d'empathie de la part des soignants, et bascule dans le monde du handicap : *« J'étais assez docile mais petit à petit je me suis mise à être difficile. Il y avait un médecin génial et des infirmières supers et aussi des gens plus durs. J'ai attrapé un staphylocoque doré, ma jambe était ouverte et il me faisait les soins à vifs, dès que quelqu'un venait dans la chambre je leur demandais de ne pas me toucher, j'avais peur d'avoir mal. Ma grand-mère qui était infirmière a pu intervenir pour qu'ils cessent de faire les soins à vifs. Cette banalisation de la douleur était violente : « ça ne fait pas mal », je le vivais comme des mensonges : « Non ça ne fait pas mal » alors que c'était très douloureux. »*

Sa parole de patiente autant que d'enfant n'est pas prise en compte : *« C'est comme si je racontais n'importe quoi, comme si j'exagérais, à un moment, ils trouvaient que j'étais trop difficile et ils m'ont mis dans une chambre à 6 pour que je vois que j'étais pas la seule à avoir mal. J'ai fait une septicémie. Ils ont aussi voulu amputer mon genou parce que c'était plus facile pour eux mais ma grand-mère s'y est opposée car c'était juste un staphylocoque et que ça pouvait guérir. Ils ne m'ont pas dit tout de suite que j'avais été amputée, je pensais que j'avais juste un plâtre très serré et que je ne pouvais pas bouger les orteils. Un*

assistant plus jeune a toujours été là pour me soutenir et il m'a tout expliqué, il m'a protégé et il m'a défendu. Il a été écarté par les autres médecins, sans doute était-il plus humain ? Il n'était pas tenu compte de mon ressenti, de ma douleur, j'étais un morceau de viande dans un lit. Je n'ai jamais reçu de copie de mon dossier comme je l'ai demandé, à mon avis je ne sais pas tout... »

Hélène qui a connu un « avant/après » suite à l'apparition de son handicap souligne le changement d'attitude. Ce témoignage explicite bien le handicap comme une problématique sociale, celle d'un regard et de la création de « catégorie » : *« Le fait d'avoir une jambe en moins me rappelle tous les jours ce qui s'est passé. J'ai beaucoup pleuré, on s'est moqué de moi. Le manque de mon frère et de mon père, c'est plus tard que c'est revenu. Tu as l'impression que tu n'es plus définie que par le handicap, on te regarde parce que tu as une jambe en moins. Parfois, je me demande si je ne suis pas parano, peut-être qu'ils regardent autre chose... Quand j'étais plus jeune, on m'appelait « Hélène, jambe de bois ». Je suis restée 2 mois à l'hôpital puis après je suis retournée à l'école le matin et l'après-midi j'avais ma rééducation ».*

Elle poursuit : *« Il y a eu une transition de 3 ou 4 mois pour pouvoir remarcher. Au niveau de la scolarité, j'étais hyper bien entourée, je suis restée dans la même école et ils avaient décidé que je devais réussir mon année et ils m'ont aidé. Au début je n'avais pas ma prothèse et c'est mon prof de gym qui me portait. Après je suis allée à l'école où c'était facile d'accès. Je n'ai pas fait d'étude, je ne savais pas quoi faire. J'ai essayé les langues puis j'ai fait du secrétariat. Puis je suis tombée enceinte et je me suis occupée des enfants. J'étais d'accord parce que je voulais profiter de mes enfants. Après, j'ai compris que c'était un moyen pour mon mari de me garder sous contrôle. »*

Le mariage de Hélène se révèle être le lieu de prise de pouvoir sur elle, en tant que femme et que personne porteuse d'un handicap : *« J'ai pas eu un mariage très heureux. Ma vie de famille c'était tout pour moi mais je ne suis pas tombée sur le bon ».* Elle questionne le rôle du patriarcat dans son histoire de couple : *« Est-ce que mon ex-mari aurait été respectueux si j'avais eu un frère et un père ? J'avais envie de sauver (mon mari), de le protéger, d'en prendre soin. »* Hélène cite les enfants comme obstacle à la dénonciation. Avec la loi actuelle sur la garde partagée, qui ne permet pas une appréhension de la dynamique des violences conjugales dans le couple, Hélène ne voulait pas que ses enfants soient exposés une semaine sur deux à un agresseur : *« Le pire on s'en rend pas compte car j'ai un caractère assez fort. Je ne comprends pas pourquoi, la première fois qu'il a commencé je n'ai pas dit stop. Je crois qu'inconsciemment, j'avais pas envie qu'il prenne les enfants 1 semaine/ 2 pour leur faire un lavage de cerveau. J'ai attendu, que les enfants soient grands. Quand il est devenu immonde à me balancer des trucs à propos de ma jambe et tout... C'est là où je me suis décidée et c'est ma meilleure amie qui a été mon cerveau, elle m'a aidée à aller chez les avocats. Devant les autres il disait que j'étais formidable et dans l'intimité il était humiliant ».*

Si Hélène a pu bénéficier d'un revenu propre de par sa rente et ses allocations, elle s'est retrouvée dans une asymétrie de revenus par rapport à son conjoint : *« J'étais dépendante financièrement de lui, il ne m'a jamais confisqué ma prothèse, il n'a pas osé aller jusque-là mais si j'avais eu un travail, je serais partie plus vite. »* Elle décrit également des insultes, de l'humiliation, du contrôle et comment son mari la faisait culpabiliser d'être porteuse de handicap ; comment il s'est servi de cet argument afin de s'accaparer la moitié de la maison reçue en héritage par Hélène. La violence économique vient redoubler celle-liée au handicap : *« Il me faisait sans cesse des reproches, je devais rendre des comptes sur ce que je faisais de mes journées : qu'est-ce que tu as fait aujourd'hui, tu es une paresseuse, tu fous rien, tu profites du système. Je suis restée mariée 20 ans, les 10 dernières années c'était assez clair ce qui se passait. Il me culpabilisait en me disant que comme je ne travaillais pas, on ne pouvait pas emprunter de l'argent pour acheter une maison. »* Le mari la place dans l'injonction contradictoire du rôle reproductif exclusif et de la nécessité de produire des revenus sans travailler.

« Un jour on était en avance, je n'avais pas ma prothèse à cause d'une plaie. Je lui ai demandé un truc 5 fois et il s'est mis à crier sur moi. C'était lui qu'on plaignait : « le mari formidable qui fait tout ». Après la séparation, on l'a plaint lui : le pauvre qui s'est sacrifié pour sa femme. J'ai voulu porter plainte au moment où j'ai voulu divorcer mais j'ai été mal reçue par la police. Un soir, il a pété un câble, il est descendu dans le garage, il était occupé avec un chalumeau en me disant qu'il faisait ce qu'il voulait car c'était lui qui payait. Mon fils a appelé la police, à ce moment-là, il est sorti comme si il n'avait rien fait. Je n'ai pas porté plainte, c'était automatique car la police est venue. »

« A ce moment-là je prenais du Xanax et un matin, il me dit tu te rappelles de ce que tu as fait, tu as appelé la police. Je suis allée à la police et j'ai demandé s'il y avait des traces d'un appel et c'était faux. Il avait fait le numéro lui-même à partir de mon téléphone pour me le faire croire.

Quand j'ai voulu porter plainte pour harcèlement, le policier a transformé mes phrases, il m'a demandé si j'avais enregistré. A la fin, il m'a dit : « on sait, toutes les femmes sont des salopes et les hommes des manipulateurs, on sait madame... »

« Finalement, j'ai fait un divorce avec mesures urgentes et il a dû partir. Ça s'est calmé. Maintenant, on ne se parle plus du tout. Je suis restée dans la maison mais il ne paye pas de pension alimentaire. J'ai acheté la maison avec l'héritage de mes grands-parents mais je l'ai mis à nos 2 noms. Je l'ai fait car il m'a harcelée pour que je le fasse, il me répétait tout le temps qu'il dépensait tout son argent pour moi, je me sentais coupable. Je me suis dit qu'il allait enfin être content mais non, après j'ai hérité d'un autre appart et il a recommencé cette fois-là j'ai dit non et ça a dégénéré. »

Hélène décrit également ce qu'on appelle du « gaslighting », c'est une tactique de manipulation mentale qui consiste à déformer ou à fausser le récit des événements de manière à faire douter la victime de sa mémoire, de sa propre santé mentale, de ce qu'elle a vu/écouté/ressenti.

Face à ce récit, Hélène affirme les aspects positifs d'un entourage accompagnant. Ses amies, sa famille : *« On ne peut pas tous surmonter les choses de la même façon, j'ai eu de la chance j'ai été bien entourée. Mon ex a essayé de m'isoler, il disait que mes amies étaient des connasses mais ça j'ai tenu bon. J'ai peu d'amis mais ils sont précieux. »* Issue d'un milieu favorisé, Hélène peut compter sur sa mère : *« Quand j'étais mariée, j'avais droit au minimum à la mutuelle. Maintenant j'ai une pension d'invalidité de la mutuelle avec 2 enfants. Heureusement j'ai ma maman qui a de l'argent et qui m'aide et j'ai le loyer de l'appart donc je ne suis pas dans une situation précaire. »*

Avant ce mariage, Hélène a connu une autre forme d'intimité menaçante : *« J'avais 15 ans, le père d'une amie s'est mis à me toucher la cuisse, je lui ai demandé d'arrêter. Il m'a demandé si j'avais des problèmes sexuels. Il a continué, j'étais saisie, je me sentais paralysée mais j'ai continué de lui demander d'arrêter. Il m'a dit : « Tu ne dois pas te plaindre parce que tu as de la chance qu'on te touche, tu es handicapée ». Et Hélène, d'ajouter : « Je ne saurai jamais si les attouchements que j'ai subi sont dus au fait que je sois une femme ou handicapée. »* A ce récit, se pose la question de la sexualité : à son sens, un cadre est-il à poser à celle-ci ? Elle répond à partir de ce qu'elle a entendu de débats politiques : *« Je suis contre, par exemple, les aidants sexuels. Je trouve que c'est de la manipulation d'utiliser les personnes porteuses de handicap pour légaliser ce qui relève de la prostitution »*. Elle évoque les soins de moins en moins remboursés : *« on a des besoins plus essentiels que cette assistance sexuelle »*. Ce témoignage met en lumière les priorités portées par des femmes et des hommes au sein du débat : pour les unes, il faut refinancer les soins vitaux (crèmes, pansements, etc : *« 50 euros pour 10 pour les plaies. Ça peut me coûter jusqu'à 100 euros par mois. J'ai des phases où je suis sans prothèses à cause de mon moignon qui n'est pas parfait, il y a trop de muscles et parfois ça s'ouvre à cause du frottement notamment et dans ces phases-là, c'est l'enfer. Quand je suis chez moi, je suis en chaise roulante »*) qui le sont toujours moins, pour les autres, il faut faire entrer dans ceux-ci la sexualité alors présentée comme pulsionnelle, qui devrait faire l'objet d'un soin. Or, s'alignant sur d'autres témoignages (voir supra), Hélène se prononce justement pour désenclaver le handicap : *« J'aimerais qu'on change les « cases » du handicap. Qu'on te pose des questions pour savoir dans quelle case tu rentres, te limiter à des cases, non... ce n'est pas possible »*. En fait, *« Tu as l'impression que tu n'es plus définie que par le handicap, on te regarde parce que tu as une jambe en moins. Parfois, je me demande si je ne suis pas parano, peut-être qu'ils regardent autre chose... C'est vrai que c'est compliqué pour les gens, ils ont peur de blesser. J'aime le contact avec les enfants quand ils me disent : « oh c'est quoi ça je peux toucher ? »*

Et de conclure sur les absurdités qu'elle rencontre : *« Par exemple, j'ai des douleurs fantômes, on m'a donné de la morphine mais je n'ai plus de pied ! Il a fallu qu'un médecin raisonne un peu plus et se rende compte que je ne devais pas avoir un traitement antidouleur mais bien un traitement parce que mon cerveau n'intègre pas que je n'ai plus de pied... Il n'y a plus de logique... »*

A la lecture des témoignages d'Alli et d'Hélène, on peut constater que le fait de vivre dès la naissance avec un handicap, permet de développer des capacités d'adaptation et des capacités à « gérer » les abus. L'accès à l'emploi reste très difficile dans les deux cas. Selon leurs témoignages, l'accessibilité au marché de l'emploi et aux études supérieures est très difficile : manque d'aménagement physique ou d'horaires, manque de soutien de la part de certains professeurs ou carrément volonté de refuser de diplômer une personne porteuse de handicap. Cette situation est en partie responsable du fait qu'Alli n'exerce aucun de ses rôles et Hélène exerce essentiellement un rôle reproductif.

Femmes porteuses d'un handicap physique à l'âge adulte et connaissant des difficultés à le faire reconnaître

Au fur et à mesure des entretiens, nous avons souhaité inclure dans le panel de témoins sur lesquels repose cette recherche, plusieurs femmes dont les handicaps ont rencontré ou rencontrent des difficultés de reconnaissance par les institutions compétentes, mais dont le parcours et les dires entraînent en cohérence avec le reste des témoignages. Dans une perspective inclusive qui cherche à défendre les droits de toutes les femmes, que ceux-ci soient ou non compris par les institutions, nous avons décidé d'utiliser leurs discours dans cette recherche. Pour rappel, cette recherche se base sur le discours des témoins que sont les femmes handicapées et, fidèle au grand principe de critique de la recherche scientifique, est susceptible de prendre ses distances avec les discours « lissés » et orientés des institutions et autorités. Ceci illustre ce fait.

Faire reconnaître un handicap en Belgique

La reconnaissance du handicap est gérée en Belgique par le SPF sécurité sociale. La procédure de reconnaissance doit être adressée à la Direction Générale « Personnes Handicapées » par l'intermédiaire d'un formulaire informatisé³⁹ destiné à prendre les informations générales nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de reconnaissance. Une fois passé cette étape, contact est pris par la DGO avec le médecin traitant et le bénéficiaire afin d'évaluer le handicap et les éventuelles indemnités auxquelles il peut prétendre. Celles-ci sont réparties en différentes catégories : allocations de remplacement de revenus, allocations pour personnes âgées, attestations diverses (cartes de stationnement et transports en communs par exemple), et allocations familiales supplémentaires pour cause de handicap. Cette dernière forme d'indemnités est la première à faire l'objet d'une demande dans le parcours de la personne en quête de reconnaissance de son handicap.

Une fois le handicap reconnu, le bénéficiaire doit s'adresser à d'autres organismes auprès desquels il introduit des demandes spécifiques afin d'obtenir les indemnités en question. Les institutions concernées varient en fonction des communes

³⁹ <http://handicap.belgium.be/fr/reconnaissance-handicap/procedure-reconnaissance.html>

concernées, certaines disposent de services communaux chargés de cette matière, d'autres la délèguent aux CPAS, aux maisons de santé, et régulièrement, aux mutuelles.

Ainsi le parcours de reconnaissance d'une personne porteuse de handicap est loin d'être simple et uniforme. Il varie en fonction du paysage institutionnel qui est le sien, de la qualité déterminée ou indéterminée de son handicap, et d'une multitude de facteurs autres et propres à l'histoire de chacun-e. Ce fait est également perceptible dans les délais de traitement renseignés par le SPF sécurité sociale sur son site internet dont le document est joint aux annexes de ce rapport. Ce tableau fait état, non seulement d'une durée relativement conséquente (4 à 12 mois pour des allocations de remplacement de revenus), mais également très différente en fonction de la localité concernée.

Flo a 36 ans et est atteinte d'une maladie chronique inflammatoire de naissance. Diagnostiquée à 32 ans, elle souffre de dépression grave, conséquence de violences passées. Elle dispose d'allocations de « la vierge noire », régulièrement remises en cause, et vit seule en zone rurale. Suite à son handicap, elle a dû arrêter sa carrière après deux maîtrises, un doctorat et dix ans d'activité professionnelle. Flo a fait un séjour d'un an en psychiatrie et a subi de nombreuses violences (inceste, violences médicales, intrafamiliales, conjugales) de la part de plusieurs agresseur-se-s (grand-père, mère, médecins et personnel soignant). Actuellement célibataire, elle ne souhaite pas de vie commune avec un éventuel compagnon et fait état du contrôle exercé par les autorités sur son corps et ses droits sexuels et reproductifs (encouragement à la prostitution, prescription imposée et pilule, etc). Elle fait aussi état de différents besoins en termes de reconnaissance d'invalidité, de mobilité, et d'autonomie financière.

“Je suis née malade mais je l'ai découvert à 32 ans. On voyait toujours que j'étais malade, que j'avais une inflammation mais on ne savait pas pourquoi. Depuis que je suis toute petite je souffre. Les médecins ont tenu le discours que je faisais du cinéma et que je mentais. Ma mère ne tolérait pas que je ne sois pas normal. Ma mère a eu la polio à 6 ans et en a gardé un grave handicap, elle boitait. Ma mère a été abandonnée par sa famille à cause du handicap. Elle a été très vite reconnue officiellement comme étant handicapée. Elle a toujours travaillé (...) Elle espérait avoir une fille en pleine santé et ça l'a rendu très violente vis-à-vis de moi : « Arrête de faire ta chochote », « Tu nous coûtes cher en frais médicaux »,... J'ai donc appris à cacher ma souffrance. Ma mère culpabilisait tout le monde avec son handicap, elle disait souvent : « Vous vous moquez de moi », « Vous ne supportez pas d'avoir une mère handicapée » et mon père s'est « vengé » avec le temps. Ils disaient qu'ils se détestaient, c'était un couple toxique. Ma mère me disait toujours : « Je me suis mariée avec lui parce que personne ne voudra se marier avec une handicapée ». Ma mère souffrait d'un gros problème d'estime d'elle-même à cause de son handicap. Je me suis

toujours dit que je ne reproduirai pas ce comportement et que je ne violenterai personne parce que je suis handicapée ».

« J'ai été victime à 6 ans d'inceste de la part de mon grand-père paternel, dans ma famille, il y a eu un gros déni. Puis, ils m'ont dit « Tes sœurs y sont passées aussi, toi tu es trop faible tu n'as pas su dire non ». La responsabilité de l'agresseur n'a jamais été mise au bon endroit. » Flo explicite bien les violences originelles et fera le lien avec son état actuel.

Pour autant, elle explique que, bien souvent, ses maux ont été attribués à la violence sexuelle dont elle a été victime enfant. *« Quand je me plaignais de douleur, toute ma vie, on m'a dit que c'était parce que j'avais été violée petite alors que j'avais des problèmes cardiaques, des problèmes de tensions. Les médecins me disaient malgré tout que c'était lié aux abus. C'est comme si on ne pouvait pas accepter qu'on peut avoir subi des abus et en même temps avoir une maladie chronique. J'ai vu un pédopsychiatre à Namur qui m'a dit que j'avais été abusée mais que je l'avais provoqué parce que je dormais avec un nounours mâle. Pour lui, j'étais une obsédée sexuelle. Je ne dormais plus, je ne mangeais plus, je me laissais mourir et c'est tout ce qu'il m'a dit. A partir de ce moment-là, j'ai été désignée de « salope » par toute la famille.*

Flo, qui est conscientisée au féminisme, effectue le lien entre ce passé et son état actuel : *« J'estime que tout ce contexte et ces violences ont aidé au développement de ma maladie. Mon taux de cortisol était toujours trop élevé ce qui prouve que je vivais sous stress. Je n'ai jamais connu de contexte bienveillant. Je suis partie très jeune avec le premier qui passait, pour m'enfuir, pensant que l'amour romantique me sauverait. Je suis restée en couple pendant 9 ans. J'avais 14, il en avait 26. Il m'a tout fait : alcoolique, violent physiquement, psychologiquement et sexuellement,... Je l'ai quitté dès que j'ai eu fini mes études et que j'ai pu trouver un travail. Je ne cachais pas que je vivais de la violence conjugale. Une de mes 2 chefs était empathique et elle m'a aidé pour que je m'en sorte. L'autre a utilisé ça pour me faire du mal. Quand je demandais pour travailler sur une autre thématique, on me répondait : « non, toi, tu sais ce que c'est ». Après, j'ai caché la situation et je n'ai plus jamais rien dit. Je trouve ça terrible. »*

« J'estime avoir été violentée par la médecine depuis ma naissance puisque personne ne reconnaissait mes problèmes de santé et personne ne m'a jamais demandé si je vivais de la violence. La science a aussi ses limites, ma parole est niée tout le temps, on ne me croit sur rien. Même sur des choses physiques où maintenant j'ai la preuve médicale que je suis bel et bien malade. Au lieu de ça, on me disait que c'était psychosomatique. Les médecins n'en ont rien à foutre de la santé des femmes, on ne me croyait pas et on me méprisait. Je vivais de la violence partout et je sais pourquoi ma maladie s'est empirée. A partir de 2012, j'étais aveugle d'un œil, mes doigts étaient recroquevillés, je ne pouvais plus travailler. J'ai finalement eu un traitement antibiotique pour soigner la maladie de Lyme, j'ai eu une augmentation des symptômes ce qui est normal, j'avais des effets secondaires et j'ai fini en psychiatrie. Ma santé s'est améliorée de façon spectaculaire par rapport à avant par contre, je suis épuisée ».

Il semble que les accompagnants masculins, s'ils peuvent être de bons soignants, font également preuve d'un sexisme crasse. Ainsi, dit Flo, *« Le médecin qui m'a soignée, m'a écoutée et il a validé mes symptômes physiques. Grâce au traitement, j'ai perdu 35 kg en 1 an et demi. Malheureusement, il s'est mis à me faire des remarques du genre : « Tu es trop bonne maintenant, tu as un beau cul ». Je n'ai donc plus de suivi actuellement. Les violences semblent continuellement reliées à une occultation de compréhension des émotions et des affects pour les femmes. « Plus jeune, je ne comprenais pas la différence entre l'amour, le désir, etc... Le fait d'avoir une thérapie appropriée pour mon stress post traumatique m'a aidée. » Si elle estime avoir le droit d'avoir une vie affective et sexuelle, elle souligne l'asymétrie dans laquelle cela place les femmes handicapées : « Faut déjà être contente avec ce que tu as. Comme tu es handicapée, il ne faut pas trop en demander. J'ai sacrifié ça, je parle comme ma mère, en étant handicapée, on prend le premier qui passe car on a droit à rien d'autre. Moi j'ai décidé de vivre sans homme, je ne veux plus jamais habiter avec quelqu'un. J'aimerais avoir une voiture, c'est mon rêve ».*

Flo analyse le statut des femme handicapées comme subissant des injonctions doubles :

- Elles ont priées d'utiliser des « ressources sexuelles » comme revenus en lieu et place d'allocations insuffisantes. Ainsi, explique-t-elle, face son état de précarité : *« Dernièrement ma thérapeute, m'a dit que se prostituer c'était bien pour aller mieux financièrement. Je me suis prostituée déjà pendant que je travaillais pour payer l'assurance de ma voiture (quand elle en avait une, ndlr). Je travaillais dans le social et je gagnais 1200 euros ».*
- Elles sont également encouragées à être prestataires de soin envers les autres femmes handicapées : *« J'ai souvent constaté que bien souvent quand les personnes porteuses de handicap vont mal, il n'y a pratiquement que des femmes malades ou des chômeuses qui prennent en charge le rôle du « care giver ». Par exemple, j'ai voulu aider 1 amie, elle allait pas bien, je l'ai accompagnée en psychiatrie. Ils n'ont pas voulu la garder, j'ai décidé de rester avec elle et elle a fini par me frapper, moi qui suis déjà handicapée. On était deux à s'en occuper, moi et sa cousine qui était au chômage suite à un burn out. Pour moi, c'est la preuve que les services sont à la fois défaillants et insuffisant. On devrait dire non mais c'est pas évident quand les gens t'appellent à l'aide et que tu les envoies péter. Ce sont les patients qui ne vont pas bien qui doivent tout faire, on est vraiment utilisé, c'est une chose lourde à porter. »* Les femmes sont ainsi partagées, même dans le handicap, entre le rôle prostitutionnel et le rôle maternel.

L'insertion dans le travail, c'est à dire l'accès aux revenus, est par contre plus compliqué. Flo explique : *« Il n'existe pas de mesure pour l'emploi prise en concertation avec les personnes handicapées. Ce sont juste des jobs où l'employeur a une prime parce qu'il engage un handicapé. Aucun aménagement, rien. Aucune mesure d'adaptation dans mon cas, aucune souplesse pour les gens qui ont un handicap « invisible ». D'un point de vue financier, dit-elle, « Je n'arrive pas à m'en sortir tout à fait à cause de la précarité que je vis. A la Vierge noire, j'ai été reconnue invalide à plus de 66% à cause de mon état de stress*

post traumatique. 1 an après, je suis repassée invalide à la mutuelle. Tous les 3 mois, je dois me battre pour rester à la mutuelle, j'ai seulement une reconnaissance du diagnostic de dépression. Je ne me sens pas reconnue. Ce qui aiderait, c'est que je sois reconnue comme invalide à cause des multiples violences que j'ai vécues. Je suis épuisée car je dois me battre pour ne pas être à la rue. Je me bats avec l'administration. Je suis seule et isolée »

Face à cette situation, Flo est devenue une experte en débrouille et en administration, avec laquelle les rapports sont houleux : *« Le 3 janvier 2018, j'ai reçu un courrier qui m'informait que j'avais perdu le statut BIM qui me permettait d'avoir une grosse réduction sur les soins de santé depuis le 31 décembre 2017. Je n'ai jamais été informée de ça auparavant. La façon dont s'est fait m'a mise en difficulté. Heureusement que j'ai l'habitude de que j'ai tout de suite foncé au bureau de la mutuelle, j'ai donné mes papiers, j'ai refait mon dossier. Ils m'ont dit que Maggie De Block avait ordonné de revoir tous les statuts BIM, les revenus viennent de la mutuelle donc ils ont déjà toutes les données, c'est débile. Ça n'aura pris que 15 jours pour que je récupère le statut BIM. Heureusement j'avais acheté tous les médicaments pour le mois avant mais pour les transports en commun, j'ai perdu mes avantages et je ne pouvais sortir de chez moi (...) Fin 2015, ils n'ont plus voulu s'occuper de moi en me disant qu'ils voulaient s'occuper d'autres cas plus graves. Je leur disais que j'avais besoin d'aide, ils me disaient que je n'en avais plus besoin, que j'en sortais bien comme ça, ils ont tous nié. Ils me disaient qu'il y avait des gens qui avaient plus besoin et que je prenais leur place ».*

« La non reconnaissance est épouvantable. Il faudrait peut-être que j'ai un cancer pour qu'on comprenne. Les intervenants sont déconnectés des gens qui vivent dans la précarité. J'ai arrêté d'aller aux ateliers du CPAS, je ne suis pas un « bon » pauvre. Selon les intervenants, je suis trop intelligente, je ne devrais pas me retrouver dans cette situation, j'ai un diplôme. Les services ne savent pas quoi faire avec les gens diplômés qui ne s'en sortent pas mais les pauvres, ils les traitent comme de la merde... ». On voit ici que les capacités intellectuelles des femmes porteuses de handicap constituent à la fois des ressources pour s'en sortir mais également un frein devant des institutions qui estiment le handicap incompatible avec celles-ci

Voyons à présent le cas de Mel qui souffre d'un handicap physique au genou suite aux violences conjugales exercées par son conjoint. Mel fait état de plusieurs expériences de violences conjugales avec trois conjoints différents. Elle a porté plainte contre les deux derniers (une quinzaine) et est toujours en attente de la date du jugement. Actuellement elle vit seule, mais a été longtemps sous dépendance de ses agresseurs par manque de moyens financiers. Durant son enfance, Mel a été victime d'inceste de la part de son demi-frère aîné avec qui elle vivait chez sa mère, elle n'a pas porté plainte mais est partie vivre chez son père jusqu'à son décès où elle s'est retrouvée seule, elle avait 15 ans. Son témoignage porte surtout sur son invalidité non reconnue, la situation financière qui en découle, et les violences subies. Il est exemplatif d'un agglomérat de violences diverses faisant écho à celle du conjoint, qui provoquera son handicap.

« J'ai fait de mauvais choix. Mon 1^{er} conjoint a été violent, mon 2^{eme} alcoolique, mon 3^{eme} Manipulateur. J'ai ce côté mère Térésa, sauveur. Je suis fort empathique donc ça les attire. Je n'ai pas porté plainte vis-à-vis de mon 1^{er} conjoint. J'avais très peur de lui. Je lui ai laissé voir son fils quand il a été remis avec quelqu'un. Les moments de violences étaient peu fréquents mais forts : j'ai reçu un coup de marteau sur le pied. Mon 2^{eme} conjoint, au début, il m'a apporté ce que je n'avais pas vécu étant jeune, c'était beau mais il avait l'alcool « méchant ». J'ai porté plainte contre lui pour un coup de clé qu'il m'a donné au visage. Quand on est passé au tribunal, je l'ai en quelque sorte sauvé. Pendant 3 ans, la situation est restée stable puis les violences ont repris. Mon 3^{eme} conjoint, au début m'a paru très honnête. Il m'a parlé ses difficultés. On s'est marié religieusement au bout de 3 semaines et il s'est rapidement installé chez moi. Il ne faisait rien à la maison ». Les rôles sexués sont installés, et Mel s'occupe de tout à la maison. « Un jour, il a décidé qu'il fallait aller se promener à Durbuy. Ce jour-là, il ne m'a pas adressé la parole pendant que je conduisais, il s'est endormi, il était agressif. Plus tard, j'ai appris qu'il se droguait et qu'il était en manque. Je me sentais « utilisée » car il me demandait de tout faire et de tout payer. Je n'étais pas d'accord alors il a commencé à m'humilier, il me comparait à son ex. J'ai senti que ça dérapait, je me suis mise à courir parce que j'avais peur. Il m'a poursuivi et il m'a rattrapée, il a essayé de m'étrangler. J'ai appelé au secours ». Comme dans les cas classiques de violence conjugale, le cycle se met en place. A la « lune de miel », et au calme momentané, succèdent les insultes et le dénigrement. Mel explique : « Je ne me suis pas laissé faire. Un jour, il a pris son élan et il m'a donné un coup de pied dans le genou. J'ai le genou démolé, j'ai passé plusieurs mois en fauteuil roulant, j'ai subi plusieurs opérations et je boîterai toute ma vie. »

L'agression survient deux mois et demi seulement après leur rencontre. Mel insiste sur le fait qu'il avait un côté attachant, qu'elle était persuadée qu'il était son âme sœur. « *Je ne pensais pas être arrangée comme ça* », dit-elle. Un témoin a vu toute la scène, la police n'a jamais cherché à retrouver le témoin, écho de violence institutionnelle résonnant à celle qui relève de l'interpersonnel.

La suite des événements illustre la manière dont le conjoint va installer le terrain d'une dépendance totale de Mel à son égard. Tout d'abord, il est permis de penser qu'il va invalider sa victime pour la maintenir à sa disposition : « C'est un ancien champion de boxe et que donc il sait où frapper et comment. Il a compris que *J'allais le quitter et il a fait ça (la blessure au genou) pour m'en empêcher* ». Les médecins sont très étonnés de l'ampleur des dégâts sur le genou de Mel.

Ensuite, le conjoint redevient serviable et gentil. Il s'occupe d'elle, il la lave, il paye une partie des factures d'hôpital. Puis un jour, il part boire, il la nargue par message « *tu n'as plus de cigarettes, c'est con hein* ». Le lendemain, il revient, il pleure, il s'excuse. Mel n'a pas confiance en ses dires, alors il menace « *Qui va s'occuper de toi ?* », « *On va être séparé si je suis accusé de l'agression* », et se victimise : « *Je vais prendre 10 ans de prison* ».

Un jour, ils vont ensemble chez un rhumatologue, qui lui demande ce qui s'est passé. Mel explique les faits. Le conjoint lui fait comprendre qu'à partir de ce moment-là, il va discréditer sa parole. Il pose un diagnostic sur la blessure qu'il a lui-même infligée: « *Tu as un problème osseux* ». Mel acquiesce : « *J'étais sous son emprise* », celle d'un agresseur qui n'hésite pas à la menacer de mort, ainsi que ses enfants. « Une petite famille de 3, c'est facile à faire disparaître » dira-t-il ainsi.

Il est à relever que, dans le cas de Mel comme dans celui d'autres femmes et filles ici enquêtées, la violence exercée dans le privé à l'âge adulte s'inscrit dans une socialisation à la violence initiée dès l'enfance, socialisation sexuée qui victimise les filles et femmes et pose les garçons et hommes en agresseurs. De plus, bien souvent, il n'y a eu aucune intervention institutionnelle pour contrer celles-ci et/ou faire cesser les faits, laissant le sujet aux confins du privé. La violence dans l'intimité est alors normalisée et constitue presque un habitus pour les protagonistes. Mel reprend : « *J'ai été incestée par mon demi-frère à l'âge de 8 ou 9 ans. Je vivais avec ma mère à l'époque et pour « régler » le problème, je suis partie vivre chez mon père. J'y suis restée 4 ans puis mon papa est décédé. A 15 ans, j'étais seule. Ça a affecté ma sexualité* ». La victime est coupée de ses liens affectifs. Plus tard, « *J'en ai parlé avec ma mère, elle m'a crue, elle a mis mon demi-frère dehors. Une de mes 2 sœurs m'a crue aussi car elle avait vu certaines choses. Ma 2eme sœur ne m'a pas crue.* »

Mel explique qu'elle avait beaucoup d'affection pour son demi-frère. « *Je n'ai rien dit parce que j'étais certaine que mon papa le tuerait et qu'il irait en prison. Mon demi-frère s'amusait à me montrer des livres de cul. J'ai raconté ce détail à ma mère pour qu'elle comprenne pourquoi j'étais partie. J'ai été agressée plusieurs fois. Je crois que j'étais une belle petite fille, j'avais des longs cheveux et je me suis même demandée si je devais les couper pour essayer de moins attirer l'attention. Quand j'ai eu 10 ans, le copain de ma sœur a mis sa main dans ma culotte. Finalement, j'ai coupé mes cheveux. L'école et mon papa m'ont beaucoup aidé. J'étais valorisée car j'avais de bons résultats. C'est aussi pour ça que je suis devenue institutrice. Mon agresseur a utilisé l'histoire de l'inceste contre moi, il m'a dit : « c'est moi qui aurait du te faire ça »*. Le conjoint se pose donc dans le continuum de violences faites, singulièrement à Mel, et sociologiquement, aux femmes : « *Ça a réouvert la blessure, c'était pire que les coups* ». Mel était déjà en situation de handicap à ce moment là et elle ne pouvait pas fuir ces paroles.

Toute cette réalité a affecté ses perceptions d'elle-même : « *Je me sens en état d'alerte tout le temps. Est-ce que c'est moi qui provoque cette violence? J'ai l'impression que je n'attire pas les "bons" hommes...* ». Je cherche à comprendre pourquoi je tombe toujours sur des hommes violents. Je veux guérir de mes mémoires traumatiques mais je ne trouve pas de spécialiste ». A la question des possibilités de se resocialiser, de l'accès à des lieux de rencontres et de sortie, Mel répond qu'elle peut le faire « *Un peu plus maintenant que je ne suis plus en fauteuil roulant mais je sors très peu faute de moyen financier et d'organisation familiale difficile* ».

Mel n'a pas beaucoup d'estime de soi: *"Je n'arrive pas à regarder les gens dans les yeux. Maintenant, les gens voient le handicap, il y a un changement du regard des autres, un deuil à faire. J'étais très sportive, maintenant c'est fini à vie. Je dois accepter mes nouvelles limites, je fonctionne plus lentement. Je remarque aussi que beaucoup de personne assimilent handicap physique avec handicap mental. J'ai déjà constaté un changement d'attitude à mon égard depuis que je ne suis plus en fauteuil roulant. Pourtant, ce serait mieux pour moi d'être en fauteuil car je ressens des douleurs physiques à chaque pas que je fais. Je comprends d'où viennent mes douleurs même si j'ai reçu des explications sommaires à ce sujet. "*

Les sévices infligés par cet homme impactent l'entièreté de la vie de Mel et ont des conséquences socio-économiques importantes pour elle. Tout d'abord parce que elle peine à faire reconnaître sa situation de femme porteuse de handicap, et ensuite parce que ses revenus sont fortement diminués puisqu'elle ne peut plus exercer son métier d'enseignante. Mel marche difficilement, elle ne tient plus debout que 2 heures. Quand elle était en chaise roulante, Mel se souvient qu'il lui était très difficile de se rendre au service d'aide aux victimes de Charleroi.

Mel a été reçue à l'AWIPH, tentant de faire reconnaître son handicap. Elle y a reçu des documents pour faire adapter son logement mais ignore ce que l'AWIPH fait concrètement, si c'est une aide technique ou autre. La seule aide utile que Mel a reçue est venue de l'assistante sociale de l'aide aux victimes (une aide qui méconnaît les spécificités des violences conjugales : lui opposant une refus d'aide car Mel est retournée plusieurs fois avec l'agresseur). Elle a obtenu un dédommagement de 5000 euros. Mel n'a jamais eu accès à l'information, elle ne sait pas comment ça se passe pour faire reconnaître son invalidité, comment obtenir une carte de personne handicapée, les délais, etc... Elle semble ignorer la manière d'exercer ses droits. Elle a bien rempli une demande pour la "vierge noire" mais le dossier va être traité dans un délai, lui a-t-on dit, de 8 mois à 1 an.

La médecine du travail n'a pas été soutenante. Au bout de 2 semaines d'invalidité, le médecin du travail la pressait de recommencer à travailler. Mel est nommée dans l'enseignement. Au début, elle touchait 100% de son salaire. Ensuite, elle a été mise en disponibilité donc elle a perdu une partie de son salaire, ce qui a fait qu'elle a du supprimer certains soins à domicile. A partir de novembre, elle sera en prépension, elle touchera 800 euros par mois. Elle ne pourra plus payer son loyer et se nourrir, elle pense donc qu'elle devra retourner travailler.

Actuellement, Mel ne bénéficie d'aucune reconnaissance de son handicap (elle va boiter à vie) ou d'aucune reconnaissance des traumatismes physiques ou psychologiques. Mel a déposé une quinzaine de plaintes au total. Elle n'a pas de date d'audience au niveau de la justice, elle n'a pas d'accès direct à son dossier et son avocat n'est pas toujours joignable.

Au service d'aide aux victimes, un intervenant lui aurait dit que son avocat n'était là que pour récupérer de l'argent et pas pour faire condamner son agresseur. Elle a introduit

un recours parce qu'elle ne se sent pas prête d'aller retravailler ni physiquement ni psychologiquement.

L'accès à l'exercice de ses droits est freiné par des institutions publiques défaillantes et sous financées. Les numéros de téléphone relatifs aux informations concernant les droits sont payants. Or Mel explique : « *C'est déjà très compliqué d'arriver à subvenir à ses besoins alors devoir attendre 30 ou 40 minutes avant de parler à quelqu'un avec un numéro payant, c'est impossible* ». Et elle ne peut pas se déplacer facilement.

Les cas de Flo et de Mel permettent d'effectuer le constat des impacts durables que la violence familiale et masculine peut avoir sur la santé et l'intégrité physique et mentale des femmes. L'agresseur de Mel, comme de nombreux autres, faute de condamnation, n'indemnise pas sa victime qui se trouve ainsi à la charge de la collectivité alors que l'auteur jouit d'une impunité juridique financière.

Le parcours médical et institutionnel en matière de handicap est socialement « chaotique » : la parole des témoins est niée. Leur réception est accompagnée de difficultés sévères à faire valoir leurs droits à une protection nécessaire pour ne plus subir les violences. La reconnaissance du handicap survenu à l'âge adulte suite à ce « parcours » médical et institutionnel, est difficile. La situation de ces femmes résulte d'un mélange d'abus étant enfant avec une maladie « invisible » qui se développe à l'âge adulte. Il faut « attendre » des symptômes visibles et plus grave pour que le handicap soit reconnu. Le manque d'écoute, d'empathie et le mépris des médecins revient systématiquement dans ces témoignages.

On voit également des problèmes importants de mobilité à cause d'un manque de moyen. L'accès à un logement décent est aussi une préoccupation pour ces femmes. Le marché de l'emploi est très difficile. Un travail adapté n'existe que trop peu et devrait se faire à la carte pour des profils tels que celui-ce Flo. Ces postes existent en « théorie » mais dans la pratique, il n'y a rien en dehors des ateliers protégés, ce qui ne répond absolument pas à leurs besoins. Pourtant, elles manifestent une réelle volonté de travailler, tout en respectant leurs limites.

APPROCHE DES MILITANTES

De leur parcours de femmes handicapées, certaines construisent un engagement collectif et politique, qui peut aller jusqu'à la revendication féministe. Ces collectifs et associations sont peu nombreux, mais leur travail constitue une connaissance fine des mesures sociales à envisager pour faciliter la vie des femmes porteuses d'un handicap.

Maudy Piot, présidente de l'ASBL *Femme pour le dire, Femme pour agir* (France), a perdu l'usage de la vue. Ann Van Den Buys, présidente de l'ASBL *Persephone* (Belgique), est porteuse d'un handicap moteur. En mettant sur pied leur ASBL, elles ont toutes les 2 pris

un rôle communautaire important, leur but était de rendre la parole aux femmes porteuses de handicap et de faire valoir leurs droits.

Au sujet du croisement entre femmes, handicap et sexualité, Maudy Piot fait le constat personnel que le milieu du handicap est un milieu propice aux agressions, les femmes porteuses de handicap constituant des « proies » faciles pour les agresseurs. Selon Maudy Piot et Ann Van Den Buys, il existe dans ce secteur spécialisé un déni des violences faites aux femmes. Elles s'accordent à dire qu'il est inconcevable pour la majorité des personnes de considérer que des violences puissent être commises sur des femmes porteuses de handicap et encore moins par du personnel soignant, des bénévoles ou des proches. Pourtant, selon les différents témoignages recueillis, les violences se passent au sein des familles, dans des institutions, dans des ASBL ou dans les hôpitaux.

Maudy Piot explique :

« On constate de nombreux viols dans le milieu hospitalier. Par exemple, par le brancardier qui l'a emmenée faire son scanner. Les viols peuvent aussi être perpétrés par le conjoint, un petit ami, l'oncle, le frère. Souvent, quand les femmes porteuses de handicaps parlent, on dit qu'elles racontent ça pour se rendre intéressantes. La non-écoute est violente. Ou alors, ils parlent comme si j'étais débile. Il y a aussi des violences corporelles. Les gens ne nous demandent pas ce que l'on veut, ils touchent trop le corps de l'autre. Ils s'approchent trop près pour nous parler ».

Elle lie bien l'invisibilisation des violences à la domination masculine « Il y a un déni total vis à vis de la situation parce que des violences sont exercées au sein d'institutions et dans certaines ASBL par des hommes qui ont une belle image et qui pensent avoir du « pouvoir ». Selon les témoignages que nous recevons au travers de la ligne d'écoute, un bon nombre d'agressions se passent au sein même des structures d'accueil et des hôpitaux par du personnel aidant ou soignant ».

L'association a beaucoup travaillé les questions de sexualité par ces biais :

- Les questions de droits reproductifs, de responsabilité maternelle et des rôles qui y sont liés pour les femmes et plus particulièrement lorsque elles sont porteuses de handicap⁴⁰
- La question de l'assistance sexuelle, dont elles ont refusé l'institutionnalisation lorsqu'elle a été abordée en 2011 par le politique français, au nom du refus de la marchandisation des corps et de la solidarité entre les femmes. Répondant au promoteur de l'approche de l'assistance sexuelle comme réponse à une demande émanant des personnes/hommes handicapé-e-s, elles font entendre une autre voix, féministe : « La vie affective et sexuelle des personnes handicapées n'allait pas de soi. La

⁴⁰ Piot, M (coord), *Etre mère autrement : handicap et maternité*, rencontre du 17 mars 2007. Femmes pour le dire, femmes pour agir, avec Albert Jacquard, Paris, l'Harmattan, 2007.

différence inscrite dans le corps ou l'esprit donnait un statut particulier à ces personnes, la société n'envisageait pas leur désir de rencontre et encore moins leur désir d'enfanter. Aujourd'hui heureusement les choses changent, mais pas au prix de la vente du corps des femmes ».⁴¹ Pour FDFA, le recours à une personne rémunérée afin d'accéder à la sexualité laisse croire que les personnes handicapées sont incapables de provoquer du désir chez un partenaire, constitue un moyen d'oppression des femmes et s'inscrivent dans une perspective compassionnelle⁴² là où elles revendiquent une approche citoyenne. Ainsi, témoigne Maudy Piot, « *On fait partie de la société, nous sommes des femmes avant d'être des handicapées* ». Réfutant l'utilisation des mots « intégré » ou « inclus », il faut choisir « *d'être une femme citoyenne, choisir d'exercer son pouvoir, ne rien se laisser imposer.* »

Cette approche de féminisme encapacitant de manière collective est impérative pour l'association. La sortie de ces problématiques se fait donc « par le haut » dans l'approche de reconnaissance d'une citoyenneté pleinement opératoire des femmes porteuses de handicap.

Faute de cette approche, les femmes sont laissées à la culpabilité individuelle des femmes porteuses de handicap, ce qui altère leurs capacités de lien social. Maudy Piot explicite cela comme suit : « *En général, on se sent fautive, et le bien portant aussi. J'ai entendu toutes sortes de pensées issues de la religion pour donner un sens à son handicap. Par exemple : « Si ça t'arrive, c'est parce que Dieu t'aime plus »*. Maudy Piot, qui est psychanalyste et reçoit des femmes porteuses de handicap, relate : « *A une de mes patientes aveugles, on a dit que ça lui était arrivé parce que sa grand-mère avait fauté avec un Allemand pendant la seconde Guerre mondiale. Après un travail analytique et le souvenir de cette phrase, ma patiente a arrêté de perdre la vue* ». A son sens, il est nécessaire d'observer des comportements habituels avec les personnes porteuses de handicaps, comme avec les autres, avec un recours à la bienveillance qui est important.

Ann Van Den Buys explicite également la vulnérabilité dans laquelle se trouvent bien des femmes porteuses de handicap : « *Il est évident qu'il est plus facile d'impressionner ou de faire peur à une femme présentant un handicap mental. Surtout si elles sont isolées. En général, on ne les croit pas car on pense que les personnes qui les soignent sont bienveillantes.* » Ce témoignage souligne que les agressions sont aussi commises dans le privé, là où les femmes devraient trouver réconfort et *care* adapté et soutenant vu leur condition.

Ces propos sont corroborés par Yvelines Peeters, neuropsychiatre travaillant avec des personnes porteuses de handicap intellectuel ou de maladie mentale.

⁴¹ Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir, *Réponse à Marcel Nuss*, 6 janvier 2013, <http://fdfa.fr/wp-content/uploads/2014/10/reponse-Nuss-janvier-2013-.pdf>

⁴² Solano, J. *Etre femme et handicapée : quel féminisme hors du monde des valides?* Mémoire de fin d'études, Institut d'études politiques de Toulouse, 2012-2013.

« En institution adulte, j'ai eu connaissance de deux cas de figure où on survenait les agressions : Celui au sein même de l'institution, qui va jusqu' au viol, j'ai eu autant de cas d'hommes que de femmes. Le plus souvent ces adultes ont été violés dans l'enfance au sein de la famille. Outre leur déficience mentale, les agresseurs s'imaginent qu'ils peuvent tout faire parce qu'ils pensent que les personnes porteuses de handicap ne vont pas parler ou si elles parlent, on ne va pas les croire. Je dois avouer que c'est bien souvent le cas. Le second type d'agression survient quand les personnes porteuses de handicap sont mises en contact avec des gens valides, ils sont des proies plus faciles. Ils se font souvent abuser par des bénévoles. Maintenant, les personnes porteuses de handicap parlent, avant elles n'osaient pas. »

« Je me souviens d'un autre cas de violences sexuelles en institution. Un éducateur de nuit violait des femmes porteuses de handicap intellectuel. Les violences sexuelles ont abouti à une plainte contre l'éducateur. Le syndicat a porté plainte contre l'institution sous prétexte qu'il n'y avait pas assez de preuves. Ça a abouti à un non-lieu. Le doute raisonnable n'est jamais atteint, ils veulent des preuves tangibles. »

Ces témoignages indiquent l'absence totale de protection des femmes qui ne sont pas état intellectuel d'identifier les faits, ou si elles le sont de dénoncer les agressions sexuelles, leur parole étant davantage encore mise en doute que pour les femmes valides. Les agresseurs se pensent dans une totale impunité par rapport à cet ensemble de femmes dont le consentement est difficile à prouver, et avec lesquelles les rapports de force sont complètement asymétriques, entre femmes porteuses de handicaps et hommes valides.

CONCLUSIONS

Les conclusions concernant les besoins des femmes porteuses de handicap en matière de sexualité font écho à celles qui concernent l'éducation à la vie relationnelle, affective, et sexuelle : les personnes porteuses de handicap sont demandeuses de dispositifs permettant de faciliter leur vie relationnelle, de travailler le lien affectif à l'autre, mais ne revendiquent ici aucunement, un accès quelconque à la sexualité qui diffère de celui des valides. En revanche, toujours en termes de sexualité, plusieurs de nos témoins font état d'incitation à la(leur) prostitution même si aucune d'entre elles n'y a trouvé une solution quelconque.

Avant de détailler les conclusions de cette recherche en termes de violences, il nous appartient de préciser quelques éléments relatifs à la condition particulière des premières bénéficiaires et interviewées de cette recherche : les femmes handicapées.

Il apparaît selon nos témoins, qu'un handicap de naissance suscite davantage de capacités d'adaptations et représente ainsi une épreuve moins difficile à vivre qu'un autre. Néanmoins, les femmes devenues porteuses de handicap après 50 ans bénéficient d'un avantage non négligeable en termes financiers puisqu'elles bénéficient de mesures inscrites dans le droit du travail, et liées à leur activité professionnelle. Il nous faut à ce sujet, spécifier que cet avantage pallie en réalité le peu de dispositifs existant en termes de soutien financier pour les personnes devenues porteuses de handicap. L'une des conclusions de cette recherche est la vulnérabilité réelle des femmes porteuses de handicap, en règle générale, et face aux violences en particulier. Certaines d'entre elles souffrent de différents freins à leur autonomie, que ceux-ci touchent à leurs capacités physiques et/ou intellectuelles. Ils doivent être pris en compte car, on l'a vu, ils sont lourds de conséquences pour celles qui s'y heurtent. L'accès à l'autonomie financière, l'accès à l'emploi et à l'éducation, tout comme, en règle générale, aux services sociaux et autres, est considérablement complexifiée dans le cas des personnes porteuses de handicap, d'avantage encore lorsqu'elles sont femmes. Spécifions enfin, et nous y reviendrons, que la reconnaissance du handicap est sans conteste un élément essentiel en termes d'accès à la citoyenneté, dont l'enjeu est dès lors décuplé. Comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises, plus le handicap est visible, plus il est facile de faire valoir ses droits. La légitimité du handicap, comme celle des violences, est à priori objet de contestation régulière et de culpabilisation.

En ce qui concerne le milieu particulier des institutions spécialisées dans l'accompagnement des personnes porteuses de handicap (centre de jour, enseignement spécialisé, asbl inclusive), il apparaît que globalement les bénéficiaires interrogées s'y sentent respectées d'un point de vue relationnel et affectif. A ce sujet, il nous semblerait pertinent, afin de compléter la présente analyse, d'investiguer le vécu des personnes porteuses de handicaps et échappant à toute institutionnalisation en y appliquant la même grille de lecture.

L'une des conclusions majeures de cette recherche est l'omniprésence et la puissance des rapports sociaux de sexe et des stéréotypes qui en sont issus dans le milieu du handicap. Nous avons constaté, pour exemple, que certaines des institutions dans lesquelles nous avons enquêté basaient le choix du personnel sur des stéréotypes de genre. L'encadrante, pour exemple, devait être « maternante ». Outre le fait qu'une telle sélection puisse nuire à la diversité des profils du personnel, et donc des soins prodigués, une telle utilisation des stéréotypes de genre est particulièrement néfaste dans un milieu où l'essentiel du travail de déconstruction réalisé avec les bénéficiaires vise précisément la déconstruction d'une identité stéréotypée comparable à l'identité sexuée féminine : celle du handicap.

De fait, les personnes handicapées sont, comme les femmes valides, socialisées à la « soumission » en ce qu'elles apprennent à se conformer davantage à la norme de « personne dépendante », « assistée », bref dominée.

Loin d'être un problème parmi d'autres, le recours appuyé à ce type de stéréotypes et de préjugés place bénéficiaire et acteur-trice-s institutionnel-le-s dans une forme de position aliénante et figée peu propice au développement et à l'épanouissement, privé ou professionnel, des un-e-s et des autres.

L'école ne fait pas exception à la règle et en tant que haut lieu de socialisation elle représente également une institution privilégiée en termes d'utilisation et de diffusion des stéréotypes de genre. L'orientation scolaire et professionnelle de nos témoins, comme les dires des interviewé-e-s en émanant, illustrent ce fait. Ainsi les femmes porteuses de handicap, comme certaines femmes valides dans un monde du travail dualisé, restent cantonnées à des activités stéréotypées d'aide domestique, de couturière, de repasseuse, ou encore de secrétaires. A ceci près que pour les femmes porteuses de handicap et intellectuellement valide, le choix est limité par l'accessibilité des structures et les préjugés dont elles sont victimes, y compris au sein du corps enseignant. La double discrimination, omniprésente dans cette recherche, surgit ici avec force pour entraver toute possibilité d'autonomie des femmes.

De la même manière, cette recherche a observé à maintes reprises des manquements dans la prise en compte des conséquences des violences subies par les personnes interviewées. Les établissements scolaires sont des lieux stratégiques en termes de dépistage, tant des violences que du handicap. Les premières évaluations sont réalisées dans les centres PMS et leur diagnostic est ainsi capital. Hélas, il semble que ceux-ci regorgent d'occasions manquées. Le stress post-traumatique est confondu avec une déficience intellectuelle légère par exemple. Outre la charge stigmatisante que de telles erreurs impliquent pour la victime, elles représentent surtout une occasion manquée de dépister la violence et de mettre en sécurité les victimes. Des formations ciblant les violences intrafamiliales, conjugales et sexuelles semblent indispensables pour le personnel de ces établissements.

Bien entendu, il n'existe pas de parcours type de la femme porteuse de handicap et confrontées aux violences intrafamiliales et/ou conjugales. Néanmoins, comme pour les femmes valides dans d'autres recherches⁴³, nous avons relevé différents dénominateurs communs chez les femmes interrogées qui s'apparentent à un double apprentissage de la soumission, de l'infériorité. Dans le cas des femmes dont le handicap est de naissance, l'apprentissage traditionnel de l'infériorité « féminine » de la socialisation de genre, se double d'un apprentissage de la dépendance à travers l'acquisition d'une identité basée sur le handicap, l'invalidité, et la vulnérabilité. Lorsque cette expérience est également couplée avec l'observation ou le vécu de violences intrafamiliales, l'incorporation de la violence et son acceptation en tant que garante d'un ordre hiérarchique fait également l'objet d'un apprentissage chez nos témoins. Evidemment, l'intégration de tels schémas de pensées est déterminante en termes d'évolution ultérieure et de réaction des femmes face aux violences éventuelles qu'elles rencontreront à l'âge adulte.

Dans cette recherche, nous avons observé que les violences intrafamiliales sont nombreuses chez les femmes interviewées. Nombre d'entre elles ont vécu et/ou observé des violences dans leur sphère familiale durant l'enfance. Soumises à la force des socialisations primaires intrafamiliales et sexuées, elles ont ainsi intégré un schéma de soumission qui les positionne dans un rôle assujéti qui perdure à l'âge adulte et ne peut être déconstruit qu'au terme d'un long travail de conscientisation. Il est un grand facteur de vulnérabilité aux violences conjugales, surtout s'il tarde à être dépisté et pris en charge.

Une hypothèse émanant de cette recherche est à croiser avec cette conclusion : les femmes porteuses de handicap, en raison de leur vulnérabilité (sociale, physique, psychologique, financière), représentent des « cibles » de choix pour les agresseurs qui y voient l'opportunité d'exercer leur emprise plus facilement. Cette supposition semble se vérifier dans l'ampleur, la diversité, et la fréquence à laquelle les violences de toutes sortes touchent les femmes porteuses de handicap. Elles sont omniprésentes, dans les institutions, dans les familles, dans les couples, entre bénéficiaires des établissements, etc et prennent des formes diverses (mauvais traitements, viols, attouchements, négligence, violences psychologiques, économiques, etc...). A nouveau, dans la plupart des cas, les victimes sont des femmes et les agresseurs sont des hommes, y compris lorsque les violences opposent des personnes porteuses de handicap entre elles. Le facteur qui semble les relier est exhaustif, et parfois même directement explicité par le-s agresseur-s, il s'agit de « profiter » de la vulnérabilité de l'autre pour manifester son emprise, sa propre supériorité hiérarchique. Ce fonctionnement, comparable à celui des violences conjugales et intrafamiliales, dont la hiérarchie est également l'origine et l'objectif, nous pousse à affirmer l'existence d'un continuum des violences faites aux personnes handicapées.

Ce dernier, allant des préjugés et stigmates divers dont souffrent les personnes porteuses de handicap, aux violences les plus explicites, vient chez nos témoins à la

⁴³ Références : violences conjugales, approches féministes

rencontre d'un autre continuum : celui des violences faites aux femmes. Au cœur d'une double perspective de violences qui leur rappelle constamment l'infériorité hiérarchique qui est la leur, les femmes porteuses de handicap sont certes victimes de violences spécifiques, mais plus encore d'un système spécifique de violences, caractérisé par la pluralité des formes qu'elles prennent, leur omniprésence, le rôle déterminant qu'y joue la vulnérabilité, les problèmes d'identification des institutions en ce qui les concernent, et le manque de dispositifs adaptés pour les dépister et les prendre en charge. A ce sujet, dans le cas de nos témoins, aucune prise en charge des violences connues dans l'enfance n'est à noter. Aucune prise en charge adaptée n'existe d'ailleurs. Celle-ci requerrait une approche multidisciplinaire et éviterait probablement la dégradation de la santé des femmes concernées.

Certains éléments illustrent cette conclusion avec vigueur. Il semble pour exemple que l'apparition du handicap ait été un facteur aggravant en ce qui concerne les différentes formes de violences rencontrées par nos témoins, quels qu'en ait été les auteur-e-s. Lorsqu'il n'est pas directement nommé comme origine de la violence, le handicap est au moins utilisé par l'agresseur comme un outil lui garantissant une meilleure emprise. Cette utilisation de la vulnérabilité de l'autre, caractéristique des violences intrafamiliales et conjugales, est omniprésente chez les témoins qui ont vécu des violences conjugales (cfr tableau), elle corrobore l'existence d'un rapport de domination double, d'une double violence.

En outre le handicap des femmes que nous avons interrogé peut, nous l'avons vu, être le résultat de violences rencontrées au cours de son existence. L'absence de dépistage et donc de prise en charge de ces dernières est alors déterminant car il entraîne la persistance des violences et de leurs conséquences sur la santé des victimes qui se dégrade progressivement et, dans certains cas, entraîne l'apparition d'un handicap et/ou de maladies chroniques. Peu étudié dans les académies, les liens entre la dégradation de l'état de santé des individus et le climat de violences dans lequel ils vivent ou ont vécu mérite à notre sens un réel intérêt en termes de recherches.

Au vu de certains témoignages, particulièrement ceux qui émanent des femmes porteuses d'un handicap qu'elles ont du mal à faire reconnaître, nous pensons qu'une telle investigation permettrait d'élargir la reconnaissance du handicap à certaines catégories actuellement négligées, tout en mettant en exergue l'impact concret des représentations tronquées de la violence sur la société.

Les recommandations émanant de cette réflexion sont sans surprise celles d'un besoin accru de formation en termes de violences intrafamiliales, sexuelles, conjugales et de genre au sein des intervenant-e-s de première ligne.

Le rôle des stéréotypes et des préjugés sur le handicap est accru dans le cas des violences conjugales, intrafamiliales, et institutionnelles rencontrées chez nos témoins. Celui-ci est d'autant plus fort qu'il renforce des préjugés souvent déjà inscrits chez la personne au moyen des socialisations précitées et illustre la diversité des formes de

violences présentes sur le double continuum évoqué plus haut. Comparables aux discours culpabilisant la victime dans les violences conjugales, ils fonctionnent eux-aussi sur un système de responsabilisation de la victime et de culpabilisation. Evidemment, ils sont renforcés par les violences conjugales et/ou intrafamiliales qui ne manquent pas d'utiliser les mêmes leviers.

En guise de conclusions générales, nous pouvons affirmer que s'il existe bien des violences spécifiques à l'encontre des femmes porteuses de handicap, c'est surtout la situation à laquelle elles sont confrontées qui est spécifique : la rencontre d'un double continuum de violences, celles qui s'exercent contre les femmes, et celles qui s'exercent contre les personnes porteuses de handicap. L'ensemble des données que nous avons sur les violences exercées contre les femmes s'appliquent ainsi aux femmes porteuses de handicap, mais doivent être croisées avec celles qui touchent les personnes porteuses de handicap spécifiquement. Les dispositifs permettant d'identifier et de réagir aux violences rencontrées sont insuffisants et inadaptés aux femmes porteuses de handicap. S'il est de notoriété publique que le parcours d'une femme valide victime de violences est un « parcours du combattant », celui de la victime porteuse de handicap est indéniablement pire.

En termes de sexualité, notre conclusion est similaire puisqu'il semble que les différences avec les femmes valides ne se situent pas en termes d'accès à la sexualité mais bien en termes de protection par rapport aux violences exercées dans ce domaine. Les femmes porteuses de handicap rencontrées ne font en aucun cas état de « besoins » insatisfaits en termes de sexualité, en revanche elles sont nombreuses à mentionner des expériences de violences sexuelles, voire d'incitation à la/leur prostitution. Ainsi, si des aménagements sont nécessaires, ils doivent être envisagés en termes relationnels et sociaux, pas sexuels dans une optique de décroisement. De la même manière, à l'inverse de certains courants prétendant voir dans l'assistance sexuelle un enjeu féministe car basé sur l'externalisation des rapports de reproduction hors de la sphère domestique, nous observons au contraire que chez nos témoins, toutes les expériences de ce type ont été ressenties, assimilées et intériorisées comme une forme de violence, rappelons-le, parmi bien d'autres. Si l'assistance sexuelle est bien un enjeu féministe, il n'est pas réclamé par nos témoins et est discuté avec appréhension par les professionnel-le-s de terrain sensibles aux risques d'abus. Enfin, rappelons au passage que toutes les expériences d'assistance sexuelle rapportées dans cette recherche concernent des besoins « masculins », jamais une femme n'en n'ayant fait la demande, ce qui illustre à nouveau la prégnance des stéréotypes de genre en la matière. En outre, les situations rapportées font surtout état du caractère inadapté de cette pratique face à des demandes souvent mal comprises de la part des bénéficiaires qui, rappelons-le, sont surtout en quête de liens affectifs.

RECOMMANDATIONS

Au vu des conclusions précitées, nous pouvons formuler un ensemble de recommandations visant d'une part à mieux prévenir les violences dont sont victimes les femmes porteuses de handicap, et d'autre part à mieux y réagir une fois qu'elles sont exercées.

Adapter les dispositifs d'aide/soutien et dépistage des violences intrafamiliales et conjugales aux femmes porteuses de handicap.

En ce qui concerne ce dernier point, nous avons constaté à maintes reprises que plusieurs obstacles se dressent sur le parcours des femmes porteuses de handicap et les empêchent d'être correctement soutenues et/ou prises en charge. Nous avons par exemple constaté la difficulté systématique qu'elles éprouvent à entrer en contact avec les services de refuge et d'intervention d'urgence, ce qui les conduit bien souvent à être prises en charge par leur environnement familial et/ou amical si, et seulement si, les circonstances le permettent. Dans le cas contraire, elles sont tout simplement encouragées à tolérer la situation. Les services d'urgence, de secours, et d'aide aux victimes (police, SAV, CAV, refuge, maisons d'accueils, associations spécialisées, etc) sont les premiers concernés, ils doivent s'adapter aux spécificités des personnes porteuses de handicap en termes d'accessibilité et de communication principalement.

Nous avons vu de quelle manière les violences exercées contre les femmes au cours de leur existence peuvent aggraver, voire déclencher un ou plusieurs handicaps, permanents ou non, chez les victimes. Parallèlement à cela, il nous faut rappeler que l'expérience infantile des violences représente pour toutes un terrain favorable à l'apparition de violences futures dans son propre parcours. Compte tenu de ces deux éléments, et face à un constat alarmant de déni ou occultation des violences rencontrées par nos témoins, il nous semble essentiel d'insister à nouveau sur le besoin de formation des professionnel-le-s et de sensibilisation des bénéficiaires sur ces matières. Les établissements scolaires, et les centres PMS devraient être les premiers concernés au vu de leur position stratégique en termes de dépistage des violences et du handicap, les deux étant trop souvent confondus, nous l'avons vu.

Déconstruire les stéréotypes de genre et les représentations du handicap pesant sur les femmes porteuses de handicap

D'autres recommandations visent plus précisément la déconstruction des stéréotypes qui forment le socle des violences étudiées dans cette recherche : les stigmates du handicap et les préjugés sexistes. Nous avons vu que les deux systèmes coopèrent pour maintenir les femmes porteuses de handicap dans une situation d'infériorité hiérarchique caractérisée par l'occultation de sa position de victime, d'un système validiste et patriarcal. Cette occultation du double continuum explicité plus haut représente un réel frein pour les femmes porteuses de handicap et victimes de violences car elle les place dans une position aliénante où elles se sentent à la fois victime, de la

situation, des violences, du handicap, et responsables. Hantées par une culpabilité « apprise » et des angoisses relatives au mauvais fonctionnement du système social et judiciaire qui est le nôtre, elles ont peur de perdre leur sécurité financière, peur d'être institutionnalisées, ou encore de perdre la garde de leur-s enfant-s, et ne dénoncent ainsi que rarement les violences dont elles sont victimes lorsqu'elles parviennent, souvent difficilement, à les identifier.

Identifier le double continuum des violences faites aux femmes et aux porteur-se-s de handicap

Deux continuums s'entrecroisent donc inexorablement dans le cas des femmes interviewées dans cette recherche : celui des violences faites aux femmes, et celui des violences faites aux porteur-se-s de handicap.

Comme l'a théorisé Patrizia Romito, le continuum des violences faites aux femmes est occulté dans nos sociétés par des tactiques et stratégies qui coopèrent pour permettre le déni des auteurs de violences et la légitimation de ces dernières. Les tactiques sont nombreuses : ne pas nommer les violences pour les invisibiliser, les définir autrement, nier l'asymétrie qui caractérise les rapports entre les deux « parties », etc...

De façon relativement claire, cette recherche tend à démontrer que ces conclusions sont également applicables au continuum des violences exercées contre les personnes porteuses de handicap. Le déni des violences rencontrées par les femmes porteuses de handicap par exemple, est omniprésent chez le personnel soignant, à de rares exceptions près. Le sujet reste tabou, invisible, et les définitions mêmes du handicap, on l'a vu, se confondent parfois avec celles des conséquences de violences que sont les stress post-traumatiques et apparentés.

Ainsi s'ouvrent de nouvelles perspectives qui nous poussent à interroger nos propres représentations en matière de handicap afin d'en distinguer les présupposés erronés susceptibles d'invisibiliser ou légitimer la situation spécifique des personnes porteuses de handicap. Dans ce cadre, il nous est par exemple, permis de nous interroger sur la légitimité de la non-reconnaissance de certains handicaps.

Nous insistons sur l'urgence de rendre ces deux continuums visibles pour contrer leur invisibilisation, elle-même renforcée par les institutions hautement tributaires des continuums. Nous signalons aussi que le comité d'accompagnement de cette recherche a été particulièrement sensible au fractionnement de l'aide apportée aux témoins victimes de violences, et au manque de données disponibles sur les deux continnoms questionnés. Face à cette réalité, il nous semble important et urgent de réagir en rassemblant ces mêmes données afin qu'elles permettent une meilleure coordination des acteur-trice-s de terrain, une meilleure compréhension des problématiques concernées, bref une action et une réflexion optimisée et cohérente de la part de toutes et tous.

A ces fins, la création d'un observatoire des violences faites aux femmes ayant pour objectif de visibiliser les mécanismes des violences concernées, que ceux-ci consistent en des formes de préjugés et/ou discriminations, ou dans des persécutions concrètes et visibles dans la vie des femmes, nous semble être appropriée. Cet observatoire, grâce à la mise en perspective des violences avec les réponses qui y sont apportées, permettrait à notre sens une réelle évolution en termes de compréhension et de réaction à ces problématiques.

Revaloriser les aspects socio-économiques pour les personnes porteuses de handicap :

- **Favoriser/ permettre l'accès à l'emploi pour les femmes qui le désirent.** Il s'agirait de permettre l'entrée des femmes porteuses de handicaps dans le travail par la mise en place de temps partiels thérapeutiques etc.
- **Favoriser/ permettre leur autonomie financière.** Lié au point précédent, cet élément est également à mettre en lien avec la reconnaissance du handicap et les dispositifs d'aides sociales auxquelles les femmes porteuses de handicap ont accès. Les montants des allocations sont souvent insuffisants.
- **Assurer le remboursement de tous soins liés au handicap.**
- **Assurer la prise en compte simultanée des violences et du handicap.** Cette recommandation va de pair avec la mise en place de plusieurs dispositifs évoqués tout au long de cette recherche. Il s'agirait d'abord d'introduire le dépistage de violences ayant occasionné le handicap dans les grilles d'évaluation de celui-ci par les autorités. Cet élément pourrait permettre une meilleure compréhension/réaction des autorités face au handicap d'une part, aux violences d'autre part, tout en permettant une optimisation de l'aide financière apportée aux bénéficiaires concernées, notamment grâce à la reconnaissance de leur handicap. En ce qui concerne l'aide aux victimes de violences, celle-ci devrait davantage prendre en compte les spécificités des femmes porteuses de handicap dans sa communication (adaptées aux aveugles et sourds par exemple), son information (idem), et son accessibilité (locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite).

ANNEXES

DELAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE RECONNAISSANCE DU HANDICAP

Délais de traitement

| | Allocation de remplacement de revenus | Allocation pour l'aide aux personnes âgées | Evaluation du handicap pour attestations (par ex. carte de stationnement) | Evaluation du handicap pour les allocations familiales supplémentaires |
|---------------------|--|---|---|--|
| Anvers | 9 mois | | 2 mois | 4 mois |
| Bruxelles | 12 mois | 11 mois | 4 mois | 4 mois |
| Hainaut | 11 mois | 13 mois | 3 mois | 6 mois |
| Limbourg | 9 mois | | 2 mois | 2 mois |
| Liège | 6 mois | 7 mois | 2 mois | 2 mois |
| Luxembourg | 8 mois | 5 mois | 2 mois | 4 mois |
| Namur | 7 mois | 5 mois | 2 mois | 2 mois |
| Flandre orientale | 4 mois | | 2 mois | 2 mois |
| Brabant flamand | 7 mois | | 2 mois | 3 mois |
| Brabant wallon | 12 mois | 8 mois | 3 mois | 4 mois |
| Flandre occidentale | 4 mois | | 2 mois | 2 mois |

| IDENTITÉ | FONCTION | ASSOCIATION/INSTITUTION | CHAMP D'ACTION/RÉFLEXION | PARTICULARITÉ-S |
|------------------|--|---|--|--|
| Maudy Piot | Présidente et co-fondatrice d'une association destinée à la défense des droits des femmes handicapées. | <i>Femmes pour le dire, femmes pour agir asbl</i> | <ul style="list-style-type: none"> - La double stigmatisation des femmes porteuses de handicap - Les violences dont elles sont victimes - Leur accès à la citoyenneté - Leurs droits | Porteuse d'un handicap moteur + déficience visuelle |
| Ann Van den Buys | Présidente d'une association néerlandophone destinée à la défense des droits des femmes handicapées. | <i>Perséphone asbl</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Les violences liées au handicap - L'Evras | <p>Expérience significative dans le suivi des victimes de violences porteuses de handicap-s</p> <p>Porteuse d'un handicap moteur</p> |
| Sophia | Psychologue en centre de jour | <i>Les vraies richesses asbl</i> | <ul style="list-style-type: none"> - L'Evras - Les violences institutionnelles - Les abus/violences sexuelles | Expérience significative dans le domaine de l'Evras |
| Odile | Animatrice en centre de jour | <i>Les vraies richesses asbl</i> | <ul style="list-style-type: none"> - L'Evras - Les violences institutionnelles - Les abus/violences sexuelles | Expérience significative dans le domaine de l'Evras |
| Annabelle | Intervenante | <i>Initiative de parents- asbl inclusive (désinstitutionnalisation)</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Le travail en institution - Les violences/abus à l'encontre des bénéficiaires - L'Evras - Les violences institutionnelles | Expérience multiple : en institution, dans le secteur de l'aide à domicile, et de l'enseignement spécialisé (1 an) |
| Jeremy | Enseignant retraité | Enseignement spécialisé | <ul style="list-style-type: none"> - Le secteur de l'enseignement spécialisé et ses particularités - L'Evras - Les violences institutionnelles | 35 ans d'expérience |
| Mylène | Enseignante | Enseignement spécialisé | <ul style="list-style-type: none"> - L'Evras - Les violences institutionnelles | Expérience avec le polyhandicap – gère une classe mixte en principe, non mixte en réalité (filles). |
| Yveline Peeters | Neuropsychiatre | CHU | <ul style="list-style-type: none"> - Les violences exercées contre les personnes porteuses de handicap | Renseignée par Sophia, psychologue citée plus haut |

Bibliographie

- Asch et al. 2001, Disabilities and women : Deconstructing myth and reconstructing realities. In J. Worelle (Ed.), *Encyclopedia of women and gender* (p. 345-354), San Diego : Academic Press.
- Bloc, F., Pereira, S., *Pour une approche citoyenne et égalitaire de l'EVRAS*, Université des Femmes, 2017.
- Brownridge, D.A. (2006). Partner violence against women with disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), 805-822.
- Chronique Féministe*, « Femmes et handicaps », n° 95/97, 2006, Université des Femmes.
- Diserens C. A., Vatre, F, « Accompagnement érotique et handicaps », *Chronique sociale* 2006.
- De La Pena Valdivia, M., « Outils de l'approche du genre », Les essentiels du genre, Le monde selon les femmes. 2016.
- Garland-Thompson, R., « Integrating Disability, Transforming Feminist Theory ». 2002 *NWSA Journal*.
- Grue, J, « Discourse Analysis and Disability : Some Topics and Issues», 2011, *Discourse and Society*, 22,5.
- Iglesias, M., "Violence and disabled women", *METIS project European Union Daphne initiative*, 1998.
- King, Y, 1997, The other body : Reflections o difference, disability, ans identity politics. In Crawford & R. Unger (Eds.), *In our own words : Readings on the psychology of women and gender*(pp. 107-111), New-York : McGraw-Hill, p. 107.
- L'accompagnement sexuel. Etats des lieux des pratiques en Wallonie, en comparaison avec nos voisins européens* , Handicap et sexualités, Belgique, 2017.
- L'égalité femmes-hommes accessibles à tout-e-s. Guide à l'usage des associations pour l'accueil et la participation des personnes handicapées*. Centre Hurbertine Auclair, Paris, 2014.
- Masson, D., *Femmes et Handicap*, Recherches féministes, vol. 26, no. 1, 2013.
- Meekosha H. « What the Hell are you ? An Inter Categorical Analysis of Race, Ethnicity, Gender and Disability in the Australian Body Politics », *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8, 2-3.
- Le Prévost, M., *Genre et pratiques enseignantes*, Université des Femmes, Cahiers de l'Université des Femmes, n°3, Bruxelles, 2009.
- Office des personnes handicapées du Québec (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. Drummondville : Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, l'Office des personnes handicapées du Québec.
- Piot, M. (coord), *Etre mère autrement : handicap et maternité*, rencontre du 17 mars 2007. Femmes pour le dire, femmes pour agir, avec Albert Jacquard, Paris, l'harmattan, 2007
- Ramos, E, Arborio, A.-M. Olivier, M., *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyse*, Dunod, Paris, 2015.

Rivers-Moore, B. (1993). *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Patrizia Romito (2006). *Un silence de mortes. La violence masculine occultée*. Paris : Syllepse, Collection Nouvelles questions féministes.

Sands T., « A Voice of Our Own : Advocacy by Women with Disability in Australia and the Pacific », *Gender and Development*, 13,3.

Statistique Canada (2018). *La victimisation avec violence chez les femmes ayant une incapacité, 2014*. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Solano, J. *Etre femme et handicapée : quel féminisme hors du monde des valides?* Mémoire de fin d'études, Institut d'études politiques de Toulouse, 2012-2013.

Van Erps, N., *Assistance sexuelle et droits sexuels : une alliance impossible*, 2013, Femmes Prévoyantes socialistes.

Violence à l'égard de femmes handicapées, Perséphone asbl, Association pour femmes handicapées ou ayant une maladie chronique, Anvers, 2002.

Wendell, S., « The Rejected Body. Feminist Philosophical Reflections on Disability », New York et Londres, Routledge, 1996.

Wendell, S., « Toward a Feminist Theory of Disability », *Hypatia*, 4, 2.

Liens Internet

<http://www.fondationshan.be/>

http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf page 188

<https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/femmes-handicapees>

<http://fdfa.fr/wp-content/uploads/2014/12/violences-contre-femmes-handicapees14.pdf>

<https://effrontees.wordpress.com/2015/11/05/muriel-salmona-la-memoire-traumatique-colonise-la-victime-transforme-sa-vie-en-terrain-mine/>

<http://www.cvfe.be/echapper-violence-conjugale/information-comprendre/violence-conjugale-violence-genre>

<http://habilomedias.ca/diversite-medias/personnes-handicapees/representations-courantes-personnes-handicapees>

<http://www.handikids.be/fr/handicap-lois-belgique.html>

http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=b7615c08c93be8ba5555b73144d54481b94730ea&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Violence/Circulaire_COL_3-2006.pdf

https://www.om-mp.be/sites/default/files/u1/col_4_2006_-_version_2015.pdf

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462533-p.8>

Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif, Nations Unies,
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

<https://www.dawncanada.net>

<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/guide-feminisme-handicap-web.pdf>

<https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/femmes-handicapees>

https://www.aviq.be/handicap/AWIPH/handicap_Belgique/ONU/index.html

<https://femmesreseauteesengagees.blog/2015/12/07/femmes-handicapees-et-sexualite/>

<http://www.viefeminine.be/spip.php?article148&PHPSESSID=14914a500364447dd03648f34d2f74bd>

<http://www.viefeminine.be/spip.php?article148&PHPSESSID=14914a500364447dd03648f34d2f74bd>

<http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-assistance-sexuelle.pdf>

http://www.persephonevzw.org/dossiers/geweld/data/geweld_fr.pdf

<http://fdfa.fr/wp-content/uploads/2014/10/reponse-Nuss-janvier-2013-.pdf>

Autres documents

Etude d'Handicap International au Mali

Journée d'étude « Vie affective et sexuelle des personnes handicapées » - COCOF 2008

Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnel.le.s de la santé et de la justice, CFFB , 2014 :

<https://www.cffb.be/images/stories/downloads/archives2014/Protocoles%20viol.pdf>

Rapport alternatif, « Position des conseils d'avis représentant les personnes handicapées ». BelgianDisability Forum, janvier 2014

