

## **Recherche – action.**

« Approche du genre appliquée à l'analyse des violences faites aux femmes en situation de handicap. »

**Recherche réalisée par Marie DENIS pour le CFFB avec le soutien d'Alter Egale et du ministère du droit des femmes.**



# Table des matières.

---

Introduction	page 3
Objectifs de la recherche	page 3
Méthodologie générale	page 4
Description de l'échantillon qualitatif	page 5
Définitions des concepts	page 8
En Belgique et ailleurs, pauvreté des données	page 11
Analyse des données	page 12
Conclusions	page 29
Bibliographie	page 33

# Introduction.

---

## **Genèse du projet.**

Cette recherche a été effectuée par le conseil des femmes francophone de Belgique avec le soutien d'Alter Egale et du ministère de l'égalité des chances et du droit des femmes

La demande initiale portait sur l'assistanat sexuel ainsi que l'EVRAS destiné aux personnes porteuses de handicap. En commençant la recherche nous avons constaté une littérature quasi inexistante sur le sujet. Il fallait donc partir de zéro. Une contrainte de temps et de budget est venue complexifier cette situation. Nous avons donc dû revoir nos objectifs de départ et nous avons choisi de mener des entretiens exploratoires auprès de femmes porteuses de handicap afin de comprendre leurs expériences sociales c'est-à-dire leurs enfances, leurs vies affectives, leurs vies sexuelles et l'exercice de leur citoyenneté.

## **Objectifs de la recherche-action.**

---

La recherche a pour objectifs :

- ✓ Repérer une éventuelle augmentation de la violence sur les femmes devenues porteuses de handicap suite à un accident ou à une maladie ; identifier ces violences spécifiques et ensuite voir si celles-ci sont présentes chez les femmes porteuses de handicap depuis la naissance.
- ✓ Rendre la parole aux femmes et rester ouvert aux éléments qu'elles pourraient nous apporter concernant leurs expériences sociales (vie affective, vie sexuelle, exercice de leur citoyenneté).

# Méthodologie générale.

---

Nous avons utilisé la co-construction tout au long de la recherche. Nous avons rencontré dès le début, des femmes porteuses de handicap mais également des acteurs de terrain qui nous ont aiguillés tout au long de notre démarche

## **Description de la méthodologie :**

### *Etude de la littérature*

### *Entretiens avec des acteurs de terrain ayant comme objectifs de :*

- ✓ Cerner le contexte de la prise en charge des femmes porteuses de handicap
- ✓ Comprendre les violences envers les femmes porteuses de handicap

### *Elaborer une grille d'entretien : entretien semi directif avec approche psychologique.*

Afin de rendre la parole aux femmes porteuses de handicap, nous avons effectué des entretiens semi directif. Après une mise en contexte de la recherche, les femmes nous parlaient librement de leur vie et de ce qu'elles percevaient comme étant des violences. Les sujets abordés étaient : 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. Sur les 17 femmes interviewées, 2 d'entre elles ont eu besoin d'une écoute régulière au téléphone dont une, jusqu'à 4 semaines après l'entretien. Il s'agissait de la première fois qu'elle expliquait toute son histoire, l'entretien lui a permis de faire des liens et de retrouver le sens de son histoire. Nous pouvons dire que les entretiens étaient entre la récolte de « données » et l'intervention ponctuelle. Nous avons référé certaines femmes à des ressources quand c'était nécessaire.

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

### *Constitution des échantillons qualitatifs*

Nous avons constitué deux types d'échantillons :

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

En constituant ces échantillons, nous avons constaté l'apparition de « groupes » avec des caractéristiques propres et des trajectoires similaires. Ces groupes sont devenus des échantillons à part entière:

- ✓ Femmes devenues porteuse 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.

### *Récolte des témoignages*

### *Analyse des données : analyse catégorielle qualitative*

Sur base d'une étude de la littérature et des entretiens réalisés avec les acteurs de terrain, nous avons déterminé des catégories afin de traiter les données récoltées au travers des témoignages:

- ✓ Violences intrafamiliales dans l'enfance et à l'âge adulte
- ✓ Violences du milieu médical et institutionnel
- ✓ Obstacles à la dénonciation
- ✓ Vie affective / Relation à l'autre
- ✓ Vie sexuelle / Accompagnement sexuel
- ✓ Accessibilité / physique, information juridique, à l'éducation, au marché de l'emploi
- ✓ Reconnaissance ou non du handicap
- ✓ Stéréotypes
- ✓ Suivi : juridique, administratif, médical
- ✓ Les 3 rôles exercés par la personne porteuse de handicap et sa famille/ ses proches: productif, reproductif et communautaire

### *Tirer des conclusions*

## Description de l'échantillon qualitatif

---

### **Femmes porteuses de handicap intellectuel : 6**

#### **Femme porteuse d'une déficience intellectuelle légère et peu autonome: 2**

- ✓ Anne, 58 ans. Elle vit en hébergement et elle fréquente un centre de jour
- ✓ Alice, 30 ans. Elle vit avec sa maman et fréquente le centre de jour La Forestière

#### **Femmes diagnostiquées comme ayant une déficience intellectuelle légère et autonome: 4**

- ✓ Nell, 19 ans.
- ✓ Olivia, 21 ans
- ✓ Leslie, 16 ans
- ✓ Iris, 17 ans

Toutes les 4 fréquentent l'enseignement spécial.

## **Femmes porteuses de handicap physique ou d'une maladie invalidante : 11**

### **Femmes porteuses d'un handicap depuis la naissance ou suite à un accident durant l'enfance : 2**

- ✓ Alli, 27 ans, porteuse de handicap physique depuis sa naissance, se déplace en fauteuil roulant.
- ✓ Hélène, 45 ans, devenue porteuse d'un handicap physique suite à un accident de voiture à l'âge de 10 ans, se déplace avec une prothèse et en fauteuil roulant.

### **Femmes porteuses d'un handicap physique de naissance et militantes : 2**

- ✓ Maudy Piot, présidente de l'ASBL Femme pour le dire, Femme pour agir (France). Déficience visuelle.
- ✓ Ann Van Den Buys, présidente de l'ASBL Persephone (Belgique, Flandre). Déficience moteur.

### **Femmes devenues porteuses de handicap suite à une maladie à l'âge adulte: 2**

- ✓ Nad, 70 ans. Porteuse d'une maladie inflammatoire invalidante.
- ✓ Françoise, 63 ans, maladie chronique.

### **Femmes devenues porteuses de handicap à l'âge adulte et ayant vécu des incestes ou des violences intra-familiales durant l'enfance : 5**

- ✓ Flo, 36 ans. Maladie chronique inflammatoire, inceste durant l'enfance.
- ✓ Ruckie, 43 ans. Diagnostiques multiples, mariée de force et violée à 16 ans par son « mari ».
- ✓ Mel, 45 ans. Devenue porteuse de handicap suite à des violences conjugales. Inceste durant l'enfance.
- ✓ Sandy, 34 ans. Fibromyalgie. Elle vit de la violence conjugale et décrit des violences psychologiques durant l'enfance.
- ✓ Béa, 50 ans. Maladie inflammatoire, décrit de la violence intrafamiliale étant jeune.

### **Femmes devenues porteuses de handicap suite à des violences à l'âge adulte : 2**

- ✓ Edda, 61 ans. AVC après 25 ans de violences psychologiques de la part de son ex-mari
- ✓ May, 68 ans. Hernie discale et 1 an d'hôpital psychiatrique suite à 5 ans de violence psychologiques de la part de son ex-mari.

## **Acteurs de terrain : intervenants et enseignants.**

Nous avons tenu également à recueillir la parole des intervenants de terrain. Ceux-ci sont en première ligne concernant le quotidien des femmes porteuses de handicap intellectuel ayant peu d'autonomie.

Leurs témoignages nous paraissent essentiels à la compréhension du contexte entourant la prise en charge des personnes porteuses de handicap.

- ✓ Centre de jour La forestière et milieu de vie : 2
- ✓ Personnels de l'enseignement spécial : 3
- ✓ Intervenante-s auprès des personnes porteuses de handicap à domicile/ en centre de jour et en institution : 3

Afin de mieux comprendre les violences dans l'enfance ainsi que les violences faites aux femmes porteuses de handicap en institution, nous avons rencontré :

- ✓ Un pédopsychiatre à SOS enfants, Dr De Becker
- ✓ Une neuropsychiatre spécialisée dans les violences aux personnes porteuses de handicap, Dr Yvelines Peeters
- ✓ Une psychologue, doctorante à l'université de Nantes, Diane Arkoub

# Définition des concepts

---

## La notion du handicap

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

- ✓ l'incapacité est une limite 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 le biologique qui crée le handicap en façonnant des stéréotypes et 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)

Selon ces définitions, le lien entre handicap et la construction sociale est établi. Cette approche théorique vient valider ce que pense Maudy Piot. La présidente de l'ASBL Femmes pour le dire, femmes pour agir nous dit : « 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 », de multiple façon d'appréhender et de développer la vie. 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 sont « victimes » des stéréotypes et des normes liés au genre et au handicap.

## La notion de genre

On peut définir le genre comme étant l'identité social que notre sexe prend. Le sexe fait référence aux différences physiques distinguant les hommes et les femmes, le genre évoque les différences non biologiques qui différencient les hommes et les femmes.

Les termes sexe et genre sont liés : le biologique déterminera le rôle social du genre (le féminin et le masculin). Ce rôle social est celui auquel la société s'attend à ce que l'individu corresponde ; le genre « régent » les rapports entre les hommes et les femmes dans la société. Ces rapports s'inscrivent dans des rapports sociaux complexes qui dépassent et trop souvent, nient l'individu. Ces rapports sont historiquement construits.

Le genre est une identité sociale construite. Cela signifie qu'un individu doit se soumettre à une éducation aussi bien constructive que punitive. Cette éducation va imposer des normes auxquelles il/elle va s'identifier. Toute déviation à ces rôles sociaux est « réprimée » par la société (souvent sous forme de rejet). Le genre affecte tous les aspects de la vie (économiques, politiques, sociaux) et il diffère selon les cultures.

Les deux sexes 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 peuvent être difficile voire carrément refusés en raison de son appartenance à un sexe. La hiérarchie de



rang valorise plus ce qui émane du masculin que ce qui vient du féminin, ce qui amène des inégalités de pouvoir entre les deux sexes.

Même si il n'existe pas un consensus sur la part du biologique et de la construction sociale dans l'apprentissage de « son rôle » lié au genre, tous les spécialistes du genre s'accordent à dire que rien n'est exclusivement naturel. Etant donné qu'il s'agit de construction sociale avant tout (qu'il s'agisse de handicap ou de genre), il suffit d'une volonté (politique ou citoyenne) et des remises en question pour qu'il y ait un changement.

## **Les violences basées sur le genre et le handicap.**

Pour définir la violence faite aux femmes en situation de handicap, nous nous posons une première question :

Les violences faites aux femmes porteuses d'un handicap sont-elles des violences « spécifiques » dues à leur « condition » ou ces violences sont-elles vécues par toutes les femmes mais de façon accentuées pour les femmes porteuse de handicap ?

## **Intersectionnalité des violences de genre et du handicap**

La Convention relative aux droits des personnes dites handicapées des Nations Unies du 13 décembre 2006, met en avant dans son article 6, la particularité des femmes et des filles avec un handicap. En effet, il apparait que les femmes en situation de handicap connaissent une double discrimination : celle liée à leur sexe et aux rôles de genre et celle liée au handicap ; c'est ce que l'on appelle le principe d'intersectionnalité.

De plus, il nous semble important de souligner que les stéréotypes du genre seraient renforcés par les personnes en situation de handicap, elles-mêmes. Les filles et les garçons dans une volonté de « rentrer » dans la norme afin de s'intégrer, adoptent et renforcent les stéréotypes liés aux sexes. La pression sociale serait donc encore plus forte pour les personnes présentant un handicap. D'où l'importance d'accorder une attention particulière aux stéréotypes et d'utiliser l'approche du genre dans cette recherche exploratoire.

L'approche du genre définit la violence à l'égard des femmes présentant un handicap comme un type de violence intersectionnelle combinant la violence basée sur le genre et la violence basée sur le handicap. Ces deux catégories de violence combinées se traduisent par un taux très élevé de risque de violence.

## **Les relations de pouvoir et les rôles occupés dans la société par les femmes porteuses de handicap et leur entourage.**

Les violences fondées sur le genre sont intimement liées aux rôles respectifs assignés aux hommes et aux femmes, à l'espace ou les uns.es et les autres évoluent et au contexte historique. Dans les sociétés patriarcales, le masculin est valorisé. Les hommes y ont davantage que les femmes accès au pouvoir et peuvent facilement exercer un contrôle (Le monde selon les femmes, 2010).

Les jeux de pouvoir au sein de la famille sont acceptés comme étant le reflet des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes dans la société. Pour preuve, une Conférence interministérielle belge a adopté en 2006 une définition commune de la violence conjugale<sup>1</sup>.

« 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. »

Ces relations de pouvoir se reflètent dans les rôles qu'exercent les femmes et les hommes dans la société.

Selon Moser, il est possible d'analyser les rôles qu'occupe chaque individu dans la société actuel. Chaque individu, femme ou homme, remplit 3 rôles dans la société<sup>2</sup>.

**Le rôle reproductif** : il comprend les tâches domestiques nécessaires pour que soient garantis l'entretien et la reproduction biologique (la responsabilité de mettre au monde et d'élever les enfants) mais aussi la reproduction sociale (le soin et l'entretien de la force de travail : les adultes et les enfants en âge actifs) et les soins auprès de la future force de travail (bébés et enfants en âge scolaire) ou de l'ancienne génération (soins aux personnes âgées).

**Le rôle productif** : comprend le travail exécuté contre paiement en nature ou en espèces. Il comprend la production de marchandises ayant une valeur d'échange, la production de subsistance ou de domestique ayant une valeur d'usage, mais aussi une valeur d'échange potentielle. Pour les femmes impliquées dans la production agricole, cela inclus leur travail comme fermières indépendantes, comme femmes de paysans comme travailleuses salariées.

**Le rôle social/ communautaire** : comprend des activités d'administration de la communauté assurant la cohésion sociale. Ce rôle est assumé par les pouvoirs publics, des groupements ou des personnes. C'est ce rôle que l'on endosse lorsqu'on s'exprime en tant que citoyen-ne. Les groupements permettent souvent de poser des questions d'ordre politique, de justice ou de droits humains. Par exemple : la participation aux associations de quartier, de l'école, la vie politique ou syndicale.

Dans cette recherche, nous aimerions explorer quels sont les rôles occupés par les femmes présentant un handicap et ceux/celles qui les prennent en charge, si ce rôle change en fonction de variables comme : le handicap est de naissance ou est survenu suite à un accident après l'entrée dans « la vie active », le handicap est physique ou intellectuel (léger).

---

<sup>1</sup><http://www.cvfe.be/echapper-violence-conjugale/information-comprendre/violence-conjugale-violence-genre>

<sup>2</sup> Moser Caroline, Gender planning in the third world: meeting ans strategics needs in world development, 1989, vol 17, n11. Cité dans Outils de l'approche du genre, Le monde selon les femmes 2016

# En Belgique et ailleurs : pauvreté des données

---

Pour commencer, nous souhaitons souligner le fait qu'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 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. Ce contexte a contribué à l'invisibilité du phénomène.

## Positionnement du monde associatif belge

Nous avons contacté UNIA ainsi que les différents observatoires de la santé : AVIQ, l'observatoire de la santé Hainaut, PHARE ASBL. Nous n'avons pas reçu de statistiques ou de chiffres concernant les violences faites aux femmes porteuses de handicap.

**L'AVIQ** nous répond : « 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'émergent à aucun des systèmes en place par choix ou par ignorance ».

**L'ASBL 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.

## Chiffres sur la violence envers les femmes et les femmes porteuses de handicap

En Europe, une enquête européenne du FRA (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS) étudie les violences faites aux femmes et inclus les femmes en situation de handicap. Cette enquête démontre clairement que les femmes présentant une incapacité sont plus touchées par la violence.<sup>3</sup>

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 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

---

<sup>3</sup> [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf) page 188

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.<sup>4</sup>

- ✓ 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 liés 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, 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.

## Analyse des données.

---

### Analyse des entretiens des acteurs de terrain.

#### Le paysage Belge de la prise en charge des personnes porteuses de handicap

##### *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 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

---

<sup>4</sup>Etude d'Handicap International au Mali

de l'enfant). Ce sont bien souvent des milieux d'une précarité extrême ou la mère bricole son quotidien dans un contexte de grande solitudes.

### *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.

Témoignage de A :

Lorsque nous abordons le thème de la sexualité des personnes présentant un handicap, A souligne : « 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 ».

**Par rapport à l'EVRAS**, 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.

Le centre de jour organise des thés dansants pour permettre aux personnes porteuses de handicap de se rencontrer et c'est souvent l'occasion de recadrer, d'expliquer.

Il est évident que les personnes handicapées sont plus vulnérables, les éducateurs pensent que certaines femmes pourraient être abusées sans s'en rendre compte.

**Ils s'interrogent beaucoup sur les limites de l'éducation sexuelle et affective des personnes présentant un handicap sévères (qui ont un âge mental de 2 ou 3 ans) ou ceux qui n'ont pas accès à la parole. Ont-ils vraiment besoin d'aller vers la sexualité ?**

Il serait rapide de dire que toutes les personnes handicapées et tout le monde va avoir une vie sexuelle. Il faut faire du cas par cas. Il y a une volonté de la part des éducateurs de cerner les limites des personnes porteuses de handicap en matière de sexualité. Ils insistent sur le fait qu'il ne faut pas aller trop vite, il faut que ce soit progressif et très doux. 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 parlent de leur vision des assistants sexuels. Ils trouvent qu'il faut faire un chemin énorme pour aller dans cette direction. Pour eux, l'assistant sexuel est le dernier recours.**

Dans son rapport intitulé : « L'accompagnement sexuel. Etats des lieux des pratiques en Wallonie, en comparaison avec nos voisins européens », à la page 109, il est précisé que :

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

---

<sup>5</sup>Voir annexe « Intervenants et acteurs de terrain »

l'avis de divers auteurs qui préconisent que, dans les cas de handicap trop lourd, l'accompagnement sexuel ne doit pas être envisagé.

**La stimulation sensorielle est aussi une technique employée 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 :

- ✓ Se connaître soi/ la découverte de son corps
- ✓ Emotions et sentiments
- ✓ Anatomie
- ✓ Les limites du toucher
- ✓ La question de la sexualité : mariage (pas avec maman), grossesse, masturbation, accouchement.

### *L'enseignement spécial.*

Lors de notre entretien avec M, enseignante dans l'enseignement spécial, elle me confie :

« (...)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 au 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.

Nous aimerions souligner que selon le Dr De Becker (SOS enfants), les violences sexuelles seraient largement sous estimées. Il nous explique pourquoi :

« Mis en avant par Summit , le syndrome d'accommodation décrit le fonctionnement de l'enfant qui subit des agressions sexuelles. L'enfant /l'adolescent, va fonctionner comme un automate. Il se résigne : « ça m'arrive » / « je dois me soumettre ». C'est de cette façon que les faits de violences sexuelles ne vont pas être révélés et ils vont être connus des 2 seuls protagonistes; la victime et l'agresseur. **Donc les chiffres représentent une estimation très vague, je pense que les chiffres sont extrêmement approximatifs.** Le climat dans l'inceste instaure une relation exclusive, voir passionnelle, entre l'agresseur et la victime. **Quand un enfant se fait abuser, il y a un passage à l'acte mais il existe également ce que l'on appelle un climat incestuel (...)** Comme il n'y a pas de contacts physiques, l'enfant sent un trouble et pense que c'est lui le problème car le manipulateur va toujours retourner la situation : « c'est toi qui provoque », « c'est toi qui a ce côté malsain »,...

Le manipulateur va manipuler l'enfant avec un plaisir et une jouissance perverse avec un regard qui va par exemple, générer un trouble chez l'enfant. L'enfant n'a aucune intimité, le manipulateur va rentrer dans la sphère personnelle de l'enfant, ce qui lui permettra d'avoir cette jouissance perverse de dominer complètement l'autre par la peur et l'intrusion.

Le lien entre violence et domination est clairement exprimé au travers des propos du Dr De Becker.

## **Analyse des entretiens des femmes porteuses de handicap.**

### **Femmes porteuses de handicap intellectuel depuis la naissance et peu autonome.**

Nous avons pu recueillir le témoignage de 2 femmes porteuses de handicap intellectuel. Anne vit en hébergement et Alice vit chez sa maman. Elles sont peu autonomes.

Nous avons pu observer qu'elles 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. 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 »

Anne, 50 ans et Sylvia, psychologue au « Vraies richesses », témoignent :

« Tes parents ne voulaient pas que te dormes avec Jean mais les éducateurs ont décidé qu'Anne et Jean, pouvaient avoir une vie sexuelle et ils vous ont laissé dormir ensemble contre l'avis de tes parents. Anne ajoute en souriant : « oui et c'était le bonheur ».

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 (...).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. »

Alice, 30 ans a un petit ami qui vit seul en appartement supervisé. Elle va dormir chez lui le week end. Malgré le fait que la maman d'Alice soit très protectrice, celle-ci la laisse avoir une vie relationnelle, affective et sexuelle libre.

Récemment, deux des résidents, ont célébré leur mariage<sup>6</sup> (...) Au début, ils dormaient dans des chambres séparées puis ils ont fait une petite fête pour célébrer leurs fiançailles. Ils sont partis dormir 1 nuit dans un gîte, accompagné de leurs éducateurs. Après les fiançailles, ils ont fait chambre commune (...). Par rapport aux aidants sexuels, le personnel se dit ouvert mais ils estiment qu'il y a beaucoup de choses à mettre en place avant d'arriver à cette solution. Alice m'a dit quant à elle : « on n'a pas besoin de ça ».

---

<sup>6</sup> Entretien exploratoire avec la direction d'un milieu de vie pour personnes porteuses de handicap intellectuel/ maladies dégénératives ou troubles autistiques.

## **Femmes diagnostiquées comme ayant une déficience intellectuelle légère et autonome.**

Nous nous sommes entretenues avec 4 étudiantes de l'enseignement spécial âgées entre 16 et 21 ans.

### **Accès à l'éducation et au marché de l'emploi.**

Toutes veulent se former à un métier, elles effectuent des stages et elles sont optimistes quant à leur chance de trouver du travail en sortant de l'école. Nous aimerions souligner qu'elles étudient dans la section « Techniques d'entretien » et qu'il n'y a aucun garçon. Le choix de la profession reste genrée. Une des élèves m'a dit : « Je veux travailler là-dedans moi l'école, j'aime pas ça puis ma mère fait ça et ma sœur fait ça ». Avant de conclure : « C'est de famille ! ». Cette élève vivait de la violence intrafamiliale au moment de l'entretien, l'école était au courant mais personne ne semblait savoir comment gérer la situation, l'élève avait peur de dénoncer parce qu'elle disait qu'après ce serait « pire ».

### **Vie relationnelle, affective et sexuelle.**

Deux d'entre elles avaient un petit-ami au moment de l'entretien. Une a évoqué le caractère possessif et jaloux de son petit ami.

#### ***Témoignage de N***

N pleure parce qu'hier, elle s'est disputée avec son copain. Elle dit : « il m'a menti et c'est douloureux ». Elle m'explique : « ça 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. »

#### ***Témoignage de O***

O me dit qu'elle a un copain mais elle me dit qu'elle préfère finir ses études avant de s'investir dans une relation et que de toute façon : « quand on est seule, on fait ce qu'on veut, quelque part, c'est mieux. »

### **Violence intrafamiliale et à l'école.**

O a vécu des violences intrafamiliales. Elle a été placée en famille d'accueil

I vit encore des violences intrafamiliales, l'école sait que son frère la violence physiquement mais I refuse d'en parler ou que l'école intervienne. Elle a peur de ne pas être protégée et des représailles de sa famille si elle parle.

N, O et L décrivent toutes les trois des violences dans leur ancienne école (école qui a refusé de me recevoir) : 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.

#### ***Témoignage de O***

« Mais il y avait de la violence aussi 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 1ere année qui « font leurs airs », ils emmerdent les autistes mais moi je n'aime pas ça, ça me fait du mal. »

### **Témoignage de L**

« J'étais dans une autre école avant, j'allais à la même école que N mais j'ai changé aussi. C'était violent, il y avait toujours pleins de bagarres partout. Les prof ou les surveillants frappaient les élèves et en plus là-bas, il y a un coin où on peut fumer de la drogue ».

## **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.
- ✓ Hélène, 45 ans, devenue porteuse d'un handicap physique suite à un accident de voiture à l'âge de 10 ans, se déplace avec une prothèse et en fauteuil roulant.

En comparant les deux témoignages, on peut facilement conclure 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.

### **Accès à l'éducation, au marché de l'emploi, au logement, au transport et rôle exercés.**

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.

Alli « (...) 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 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.

Hélène a une voiture et elle a une maison héritée de ses grands-parents. Sans cette héritage elle n'aurait pas eu accès à un logement après sa séparation.

### **Violence intrafamiliale et conjugale.**

Alli et Hélène ont toutes les deux vécus des violences conjugales. Alli s'en est sortie avec l'aide d'un psychologue assez rapidement : « Il y a eu une fois où, il m'a attrapée par les cheveux, il y a

eu une fois de la violence physique. Si j'avais envie de sortir et que lui non, mais que je le faisais quand même, j'en voyais des vertes et des pas mures, j'avais droit à des engueulades, il me rabaissait. »

Hélène a été mariée 20 ans avec son agresseur. Elle cite comme obstacle à la dénonciation les enfants. Avec la « mode » actuelle de la garde partagée qui ne tient pas compte de la dynamique des violences conjugales, Hélène ne voulait pas que ses enfants soient exposés une semaine sur deux à un agresseur.

Hélène décrit la dépendance financière vis-à-vis de son mari, elle dit qu'elle serait partie plus tôt si elle avait eu un travail. 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.

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

Hélène a également subi des attouchements sexuels à l'âge de 15 ans.

Il m'a dit : « Tu ne dois pas te plaindre parce que tu as de la chance qu'on te touche, tu es handicapée ».

### **Vie relationnelle et affective**

Hélène qui a connu un avant/ après suite à l'apparition de son handicap souligne le changement d'attitude vis-à-vis d'elle :

« 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 ? »

Alli a des amis, des petits-copains. Elle dit :

« 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 1 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. »

### **Violence institutionnelle et médicale.**

Alli ayant un handicap visible et depuis la naissance ne décrit pas de violences institutionnelles. Elle parle d'une situation lors 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. Elle dit que : « 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. »

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 grave manquement éthique et déontologique dans son témoignage. Elle décrit des soins faits à vifs sans anesthésie malgré sa douleur, ainsi que des médecins qui ont voulu amputer son genou car c'était plus facile pour eux : « C'est comme si je racontai 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. »

Hélène ajoute : « 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, c'est pas possible. 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 anti-douleur 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... »

### **Femmes porteuses d'un handicap physique de naissance et militantes.**

- ✓ Maudy Piot, présidente de l'ASBL Femme pour le dire, Femme pour agir (France). Déficience visuelle.
- ✓ Ann Van Den Buys, présidente de l'ASBL Persephone (Belgique, Flandre). Déficience moteur.

Ces 2 entretiens ont été axés sur les constats faits par ces 2 femmes militantes et elles-mêmes porteuses de handicap physique.

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 porteuse de handicap et de faire valoir leurs droits.

Maudy Piot nous explique que : « On fait partie de la société, nous sommes des femmes avant d'être des handicapées ». Maudy est contre l'utilisation des mots « intégré » ou « inclus ». Pour Maudy Piot, il faut choisir « d'être une femme citoyenne, choisir d'exercer son pouvoir, ne rien se laisser imposer. »

### **Violence faites aux femmes porteuses de handicap.**

Maudy Piot fait le constat personnel que le milieu du handicap est un milieu qui attire la perversité parce que les femmes porteuse de handicap sont des « proies » faciles pour les agresseurs.

Selon Maudy et Ann, il existe un déni des violences faites aux femmes porteuses de handicap. 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.

Ann Van Den Buys

« 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. »

Maudy Piot

« 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 ».

« 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.

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

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 violence sexuel 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.

### **Accessibilité à la justice en cas de violence.**

Pourtant comme le souligne Ann Van Den Buys, de l'ASBL Persephone dans son livre « Violence à l'égard des femmes handicapées » :

« Notre système de Droit est tel que la faute de l'auteur de l'acte doit être démontrée avant que ce dernier ne puisse être condamné. Voilà ce qui est le plus honnête. Supposez en effet que l'on puisse condamner quelqu'un simplement sur base d'une plainte à son égard, il n'y aurait plus aucune honnêteté dans le Droit!

**Par contre, une preuve ne doit pas être irréfutable. Les textes de loi disent que le juge « doit avoir le sentiment » que la plainte est « suffisamment prouvée » au moment de pouvoir condamner quelqu'un. Il n'est pas écrit que la faute doive être prouvée à 100% ».**

Ce principe profite toujours à l'homme qui agresse et non à la victime. Pourquoi ?

Les différents témoignages récoltés montrent que les magistrats veulent des preuves tangibles et le « doute raisonnable » est difficilement atteint ce qui rend l'accès à la justice extrêmement difficile.

Nous nous sommes entretenus avec le Dr De Becker de l'équipe SOS enfants et ce qu'il nous rapporte à propos du système de justice nous semble pertinent et en lien avec les témoignages de Maudy Piot et de Ann Van Den Buys. Les agresseurs sont, dans la plupart des cas, des manipula-teurs/trices

Le docteur De Becker témoigne : **« La justice n'a pas les moyens de faire son travail, la justice est « empêchée » par un état d'impuissance parce que les magistrats ne savent pas comment aborder le fonctionnement psychique des manipulateurs. Cela prend des moyens extrêmement fins. La justice doit d'avantage travailler en partenariat. Il faudrait que les mesures protectionnelles soient plus facilement accessibles. (...) . (Actuellement) Il y a une forme de protection des agresseurs qui se crée parce que ceux-ci parviennent à attirer de la sympathie, et bien souvent, il n'y a pas de preuves solides de la manipulation, ni d'expertises solides. De plus, la pulsion agressive est inscrite dans la culture. Quand un peuple arrive à vaincre un autre peuple, la première chose qu'il fait c'est de prendre possession du corps de la femme et de les violer... »**

### **Vie relationnelle, affective et sexuelle.**

Maudy Piot met en avant la culpabilité des femmes porteuses de handicap. Maudy est psychanalyste. Nous échangeons sur la fuite des personnes valides vis-à-vis du handicap. Elle constate que le handicap fait peur, il dérange. Les gens ne savent pas gérer une relation avec une personne handicapée. Par exemple, le handicap visuel nous renvoie à nos propres limites. Selon Maudy Piot, le handicap fait peur car il est perçu comme étant une faute, certaines femmes présentant un handicap se sentent coupables ou se font culpabiliser.

« En général, on se sent fautif et le bien portant aussi. J'ai entendu toute sorte 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 » Une de mes patientes aveugle, on lui 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. Maudy Piot dit qu'il faut se comporter avec les personnes porteuses de handicaps comme avec les autres mais que la bienveillance est importante ».

## Femmes devenues porteuses de handicap à l'âge adulte et ayant vécu des incestes ou des violences intrafamiliales étant jeune.

- ✓ Flo, 36 ans. Maladie chronique inflammatoire, inceste durant l'enfance.
- ✓ Athis, 43 ans. Diagnostiques multiples, mariée de force et violée à 16 ans par son « mari ».
- ✓ Mel, 45 ans. Devenue porteuse de handicap suite à des violences conjugales. Inceste durant l'enfance.
- ✓ Elsa, 34 ans. Fibromyalgie. Elle vit de la violence conjugale et décrit des violences psychologiques durant l'enfance.
- ✓ Béa, 50 ans. Maladie inflammatoire, décrit de la violence intrafamiliale étant jeune.

## Violences intrafamiliales durant l'enfance et à l'adolescence.

Sur les 5 femmes interviewées, 1 seule a réussi à faire reconnaître les violences subies durant son adolescence. Il s'agit d'Athis, mariée de force. Les 4 autres ont renoncé à faire reconnaître les violences vécues durant l'enfance. La seule différence entre le cas d'Athis et les autres réside dans le fait que les violences chez Athis étaient plus visibles du au mariage forcé. Le mariage forcé est également quelque chose de connu des professionnels. Ils n'ont donc pas nié sa parole et ils ont agi dans son intérêt au niveau médical et social.

Leurs vécus et le manque d'intervention psychologique adéquate, ont amené ces quatre femmes à intégrer un « schéma de soumission ». A l'âge adulte, elles ont continué de vivre avec des hommes violents jusqu'à l'apparition d'un handicap (maladie « invisible » comme par exemple la fibromyalgie ou une maladie inflammatoire ou encore des séquelles physiques suite à des violences conjugales).

**Etant donné que personne dans le système n'aide ces femmes à conscientiser la violence et à en sortir, tout est nié jusqu'à l'apparition du handicap qui est en quelque sorte un « déclencheur ».** Les femmes prennent conscience que l'agresseur leur nuit réellement, qu'elles ne sont pas « folles » et qu'elles ont besoin de protection. Malheureusement, le cycle de la violence conjugale, le phénomène d'emprise et les violences psychologiques / sexuelles ainsi que leurs impacts sont méconnus de la plupart des intervenants psycho-sociaux et il n'existe actuellement aucune aide adaptée pour ces femmes.

### *Durant l'enfance :*

Elsa n'a pas réussi à conscientiser la violence psychologique qu'elle vivait sur le moment

« J'ai été manipulée par ma maman plus jeune qui me contrôlait beaucoup, j'étais interdite de sortie même en étant jeune adulte, j'ai pas eu de jeunesse, elle m'a surprotégé. La psy qui me suit me connaît depuis que j'ai 8 ans, elle me dit que ma mère m'a manipulé pour que je reste sous sa coupe et je n'ai pas grandi. Je me découvre seulement maintenant, je ne savais pas qui je suis. »

On explique à Elsa la manipulation de sa mère « fusionnelle » mais on ne lui parle pas des comportements de contrôle et de domination mis en avant dans les analyses des violences basées sur le genre. Ce type de discours pathologise les mères.

Flo a parlé, on l'a crue mais elle n'a pas reçu d'aide adéquate et aucune poursuite n'a été intentée contre le violeur : son grand-père

« 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 passé 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.

Mel a eu peur qu'on ne la croit pas et elle a préféré partir vivre loin de son agresseur (son demi-frère)

« 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. »

Béa s'est « accommodée » aux violences jusqu'à ce qu'elle ait les capacités de partir

« J'ai dû apprendre à cacher mon mal être, à ne pas parler des coups que je recevais donc je ne parlais pas trop et je cachais. Elle me battait, elle m'a fait dévaler 2 fois les escaliers, elle était hard aussi bien en parole qu'en geste. J'ai fait 2 fois la rougeole, comment est-ce possible ? (...) Je me souviens qu'un jour, ma mère qui ne travaillait pas, elle m'a fait manger un steak gelé à l'intérieur au soir. Je n'ai pas voulu le manger, le lendemain matin, elle m'a resservi l'assiette. Je n'ai pas voulu la manger. J'avais faim et je me suis évanouie à l'école. Je ne voulais pas porter plainte contre ma mère ou ça aurait été pire »

### **Violences institutionnelles.**

Il ressort de ce contexte, un parcours médical « chaotique » : leur parole niée 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 tous les témoignages.

**Flo**, victime d'inceste, nous a également confiée que sa thérapeute lui avait conseillé la prostitution pour sortir de la précarité et qu'elle avait déjà eu recours à la prostitution pour s'en sortir financièrement.

**Béa**: « Le problème ce sont les médecins qui vous prennent pour une conne, pour une folle, est-ce qu'on leur apprend à l'école à être comme ça ? Ils ne répondent pas aux questions, ils sont dans leur sujet et basta, »

« J'ai plein de problème de peau et je n'ose plus me mettre en jupe, je suis bien emmerdée, j'adore les jupes. Je n'ai qu'un pantalon et les médecins ne veulent pas soigner mon lupus. »

« On arrive au bout du rouleau à cause des médecins qui n'écoutent pas. Les médecins n'ont plus le temps d'écouter, ils sont débordés. »

En aout 2016, j'ai été envoyée à la vierge noire. J'ai vu le médecin qui m'a déclarée apte à aller travailler. Aucune considération, aucune empathie. (...) J'avais un diagnostic: maladie de Forestier confirmée par scanner (bec de perroquet dans les cervicales).

Ensuite, ils ont reconverti le diagnostic en spondylarthrite. Tous mes problèmes de peau viennent d'un lupus érythémateux néo natal. Aucuns de ces diagnostics n'ont été reconnus.

Des tremblements astatiques sont arrivés en avril 2017, j'ai consulté un neurologue qui m'a fait faire un IRM cérébrale et encéphalogramme ainsi qu'une ponction lombaire pour savoir d'où viennent les tremblements. J'espère que l'apparition de ce dernier symptôme me permettra d'être reconnue comme invalide... »

**Flo:** (A 6 ans) « J'ai vu un pédopsychiatre qui m'a dit que j'avais été abusée mais que je l'avais provoqué parce que je dormais avec un nounours male. 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. »

« Ma parole est niée tout le temps, on ne me croit sur rien, même sur des choses physiques ou maintenant j'ai la preuve médicale que je suis bel et bien malade. Au lieu de ça, on me disait que c'était psychosomatique. (...) 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 ».

« Un jour, un assistant social m'a dit : « vu que vous êtes une victime d'inceste, vous ferez toujours les mauvais choix ». C'est une forme de déterminisme... Il m'a dit : « Vous c'est pire parce que vous comprenez tout ce qui se passe alors vous souffrez encore plus »

« On sait depuis des années que les enfants victimes de violences ont des problèmes et donc en tant qu'aidants, ton rôle c'est de les aider et pas de leur dire que de toute façon c'est foutu pour vous. Ils utilisent les connaissances sur les victimes pour justifier le fait qu'ils ne t'aident pas, comme pour se déculpabiliser »

« 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. Je travaillais dans le social et je gagnais 1200 ».

« Tout ce contexte empire ma santé, leur façon de fonctionner détruit encore plus les gens déjà malade et en situation de handicap. Ce n'est pas de l'aide, c'est de la torture, c'est inhumain et dégradant ».

En hôpital psychiatrique j'ai été reconnue. 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. »

**Mel:** « Le service d'aide aux victimes lui a dit qu'il ne ferait plus rien pour elle car elle est retournée avec lui plusieurs fois.

Je pose la question à Mel de l'aide psychologique : Penses-tu avoir reçu une aide psychologique appropriée afin de sortir de son emprise et de ne plus y retourner ?

Au service d'aide aux victimes, tout ce qu'on m'a dit, c'est que ce genre de personne n'était pas fidèle, alors on m'a expliqué que c'était mauvais aussi pour ma santé.

Je lui demande si le service d'aide aux victimes de Charleroi lui a parlé du cycle de la violence conjugale, du phénomène d'emprise, des conséquences psycho traumatiques,...



Mel me répond que non, qu'elle savait certaines choses mais pas celles-là. Mel me confirme qu'il n'y a jamais eu de travail thérapeutique réel, qu'elle s'est plutôt adaptée à la situation et à ce type de relation. »

Pourtant, dans le cas de Mel, le handicap suite aux agressions est visible (elle est en chaise roulante). Elle a dû arrêter son métier d'enseignante et elle a été mise à la prépension au bout de 2 ans d'invalidité. Son revenu est alors tombé à 800 euros. Elle n'arrive plus à payer le loyer, assurer les frais reliés aux enfants ainsi que les frais médicaux, elle a même du renoncer à des soins pour sa jambe. Elle n'a eu aucune aide pour remplir le dossier de la « vierge noire », aucune aide pour savoir à qui s'adresser pour les démarches de reconnaissance du handicap. Aux dernières nouvelles, Mel se sent contrainte, pour survivre et contre son bien-être, de reprendre le travail sans aucune adaptation de son horaire ou d'un local. En terme de poursuite judiciaire, elle a perdu sa crédibilité parce qu'elle est retournée avec lui plusieurs fois. Le phénomène d'emprise échappe totalement au service d'aide aux victimes ainsi qu'à la police et aux magistrats. Elle pense que son ex ne sera pas condamné.

**Esla:** « J'ai fait un dossier sur Internet pour être vu par un médecin chez eux. Quand on va là-bas, ils ont un schéma d'exercices à faire aux gens et ce schéma n'est pas adapté à la fibromyalgie parce que je peux le faire sur le moment mais après ne plus être capable de le faire. J'ai eu 4 points mais il en faut 7 pour être reconnue. Comme je pouvais faire un recours, j'ai pris un avocat ».

**Athis:** Dans le cas d'Athis, les violences ont été reconnues par l'entourage et les différents intervenants psycho-sociaux. Cependant, Athis a intégré « le discours de l'agresseur ». Bien que son père, radicalisé, l'ait mariée de force, elle en veut à sa mère.

**Son psychothérapeute lui a diagnostiqué « la maladie de l'hystérie » alors qu'elle avait subi des viols dès l'âge de 16 ans.** Elle n'avait jamais entendu parler du cycle de la violence conjugale et du processus de domination masculine ou des conséquences psycho-traumatiques des violences sexuelles.

Nous considérons que le fait de véhiculer des propos sexistes est une forme de violence basées sur le genre.

## **Accessibilité / physique, information juridique, à l'éducation, au marché de l'emploi**

Trois femmes sur les 5 ont des problèmes importants de mobilité soit à cause d'un manque d'aménagement ou 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. Elles soulignent qu'aucun poste de travail adapté n'existe. Ça existerait 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. Il y a une réelle volonté de travailler mais tout en respectant leurs limites. Actuellement, cela semble impossible.

Seul Athis arrive à reprendre une activité en grande partie parce qu'on ne remet pas en question les violences qu'elle a vécu et qu'on l'aide.

## **Stéréotypes.**

### **Flo**

Vous sentez-vous infantilisée ? Déshumanisée ? Isolée ? Oui

La non reconnaissance et les stéréotypes.

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,...

On veut me forcer à retravailler, il n'y a aucun suivi long terme, on ne m'aide pas au niveau administratif.

### **Mel**

Vous sentez-vous infantilisée? Déshumanisée? Isolée? OUI. Selon vous, vous reconnaît-on le droit à une vie affective? OUI Vous sentez-vous écoutée? Prise en compte? NON

Les 3 rôles exercés par la personne porteuse de handicap et sa famille/ ses proches: productif, reproductif et communautaire

### **Flo**

« 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 » (rôle reproductif).

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 le 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 défailants et insuffisants. 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 ».

Question : Tu veux dire qu'au niveau communautaire, il n'y a rien ?

« Non, il n'y a rien donc c'est à nous, malade et handicapé de s'occuper des autres. Le jour où on fera grève, franchement on verrait ce qui se passe... »

### **Mel**

Mel prend en charge uniquement le rôle reproductif et un rôle communautaire puisqu'elle tente de faire valoir ses droits de citoyenne seule. Elle n'a plus la possibilité d'exercer un rôle productif actuellement.

## Elsa

Ma femme travaille 1 jour sur 2, je fais tout à la maison : vaisselle, cuisine, etc... mais c'est jamais assez bien fait pour elle. Je ne sais pas tout faire à fond. J'ai pris quelqu'un pour le repassage. Elle me dit « faut bien que je travaille », c'est toujours de façon détournée qu'elle me fait comprendre les choses, un peu comme un serpent. Pour elle moi j'ai la belle vie alors que mes seules activités c'est d'aller au théâtre ou d'aller voir une amie en commun.

## Femmes devenues porteuses de handicap à l'âge adulte suite à des violences conjugales

- ✓ Edda, 61 ans. AVC après 25 ans de violences psychologiques de la part de son ex-mari
- ✓ May, 68 ans. Hernie discale et 1 an d'hôpital psychiatrique suite à 5 ans de violence psychologiques de la part de son ex-mari.

Edda et May décrivent toutes les deux des violences psychologiques exercées par leur ex-mari.

### Violences psychologiques

**Le cas de May illustre jusqu'à quel point la parole des femmes peut être niée. Elle témoigne :**

«Il (mon ex-mari) n'a jamais rien fait pour m'aider. La seule fois où il m'a accompagnée chez le médecin, c'était pour mon hernie et il m'a fait passer pour une folle à tel point que les médecins n'ont pas voulu me soigner. C'était une forme de harcèlement très grave.»

Pendant 3 ans, May n'est pas opérée car son ex continue de la dépendre comme une folle. Il dit qu'elle simule, qu'elle fait pour « du semblant d'avoir mal ». Finalement, May est opérée par un médecin qui a compris qu'elle avait vraiment mal. C'est en 2002. Elle subit une première opération au laser pour libérer le nerf sciatique, May est enfin soulagée. Une seconde opération a lieu en 2003. Elle doit se faire poser un disque. Au retour de l'hôpital, May est plus faible et elle est de nouveau maltraitée psychologiquement par son ex, elle ne le supporte plus, elle en arrive à un point où elle ne s'alimente plus.

Edda, nous parle de sa relation :

Quand tu es dans ce genre de relation, tu ne réalises pas ce qui se passe, c'est quand tu en sors, tu te rends compte que cette personne t'a pompé toute ton énergie car sans ton énergie, ils ne sont rien.

Ton corps parle... Mon AVC a touché toute ma motricité alors que j'étais danseuse... Alors maintenant je sais où sont mes limites mais à côté de ça, je peux encore voyager par exemple.

Quand on vit avec un manipulateur, ça laisse des traces, la violence psychologique laisse beaucoup de traces. Si vous entendez un son de voix ou un petit geste vous pouvez retomber dans un genre d'apathie.

Mais bon, c'est le résultat de ce que j'ai vécu pendant des années. Ils n'ont pas besoin de frapper, ils te donnent peur. S'il faut il te donne le coup pour te plonger dans la peur et que tu y restes.

## Accès à la justice.

May essaye une première fois de porter plainte, les policiers se sont moqués d'elle en lui disant qu'elle devait se faire soigner. On ne la croit pas, il existe un déni face à de telles violences. La plainte a été classée sans suite.

Pour résumer : May n'aura jamais accès à ses droits. Étant donné que May ne peut pas obtenir de la protection de la part de l'état belge et de la justice puisqu'elle ne parvient pas à porter plainte pour violence conjugale, May se réfugie en hôpital psychiatrique. Elle n'a jamais reçu d'aide juridique ou financière.

May a récupéré une partie de son salaire quand elle a attrapé la tuberculose. Elle était nommée dans l'enseignement. Elle a réussi à retoucher 2 années de salaire. Elle a fait les démarches seule.

## Suivi médical.

Edda témoigne :

J'ai récupéré plus facilement car j'étais enracinée grâce à un travail corporel. J'avais conscience du rythme de mon corps, de mon rythme à moi, après mon AVC tout était différent et je suis devenue très « égoïste », maintenant, je m'écoute, je mets mes limites.

Je devais récupérer à la fois de l'AVC mais également des violences psychologiques subies pendant des années. A partir du moment où j'ai mis mes limites, le reste s'est débloqué. J'ai un bon kiné.

## Reconnaissance du handicap.

Edda et May ont obtenu une reconnaissance de leur invalidité après l'apparition d'une thrombose pour May et d'un AVC pour Edda. Aucune des deux n'a réussi à porter plainte pour violences conjugales.

## Femmes devenues porteuses de handicap suite à une maladie.

- ✓ Nad, 70 ans. Porteuse d'une maladie inflammatoire invalidante.
- ✓ Françoise, 63 ans, maladie chronique.

Nad et Françoise n'ont pas eu de difficulté à faire reconnaître leur handicap. Dans les deux cas, le handicap est lié à une maladie chronique.

Cependant les deux soulignent encore une forme de « mépris » de la part du corps médical :

Nad : « On ne m'a pas crue, on m'a traitée de folle, de simulatrice. Il a fallu que le taux d'inflammation atteigne 63% pour que j'ai un suivi et que l'on cesse de me traiter de simulatrice ou de menteuse. »

Françoise : « Le médecin suivant était méprisant, il ne prenait pas au sérieux mes paroles. Je ne veux pas qu'on me manipule et qu'on me fasse sortir des certificats médicaux », j'ai laissé tomber et j'ai trouvé un autre médecin. »

# Conclusions.

## Femmes porteuses d'un handicap intellectuel qui fréquentent l'enseignement spécial, un centre de jour et/ou une institution

### Vie relationnelle, affective et sexuelle

**Concernant les femmes avec peu d'autonomie, leur vie relationnelle, affective et sexuelle est respectée.** L'approche utilisée par les centres de jour et les milieux de vie est une approche globale, de compréhension et de respect de la personne porteuse de handicap.

Certaines femmes vont jusqu'au mariage « symbolique » (le mariage civil leur étant interdit).

Piste : s'il serait important de rentrer dans les institutions afin de voir comment les personnes porteuses de handicap y vivent, il faut aussi se demander comment vivent les femmes porteuses de handicap intellectuel prises en charge par le milieu familial.

### **Stéréotypes basés sur le genre à l'école (enseignement spécial).**

**L'école est un lieu de socialisation où les stéréotypes basés sur le genre se propagent.** Les filles et les garçons ne sont pas sensibilisés aux comportements qu'ils adoptent dans leur vie affective et sexuelle : les garçons sont décrits comme jaloux et possessifs, les filles ont de la difficulté à mettre des limites et à conscientiser la violence quand elles y font face.

**Les enseignants constatent une orientation professionnelle axée sur le genre** (nettoyage pour les filles, mécanique pour les garçons).

### Stéréotypes basés sur le genre et handicap

**Certaines institutions basent le choix du personnel encadrant en fonction de stéréotypes de genre** (ex : on a besoin d'une intervenante maternante). Cette vision limite les perspectives de soins qui pourraient être donné aux personnes en institution.

Selon les intervenants, il faut aider les femmes porteuses de handicap intellectuel à **déconstruire les stéréotypes. Celles-ci ont été socialisées à accepter des gestes d'assistance.**

Certaines ne peuvent pas distinguer les limites du toucher et elles ne peuvent pas différencier ce qui relève d'un attouchement.

### **Evaluations psychologiques, diagnostic et violence.**

L'école est également le lieu où, les premières évaluations psychologiques se font. Bien souvent au travers des centres PMS.

**Selon les acteurs de terrain, les premières évaluations ne prendraient pas en compte les violences intrafamiliales et leurs conséquences au niveau cognitif et psychologique. Des filles sont diagnostiquées « débiles légères » alors qu'elles sont victimes de violence.**

## Les femmes porteuses de handicap physique.

### L'âge où survient le handicap : un facteur déterminant

- Vivre dès la naissance avec un handicap physique permet de développer des capacités d'adaptation.
- Plus le handicap est visible et reconnu, plus les femmes arrivent à faire valoir leurs droits.
- Les femmes chez qui le handicap est survenu après 55 ans s'en sortent mieux financièrement que les autres. Elles ont pu bénéficier de leur pré pension et garder la maison en cas de séparation.

### Violence conjugale et apparition du handicap.

- L'apparition du handicap peut être un facteur augmentant les violences conjugales

### Violences durant l'enfance – violences conjugales et handicap :

Parcours « type » des femmes violentées durant l'enfance :

- **Durant l'enfance : pas de prise en charge adaptée suite aux violences intrafamiliales** que ce soit en tant que témoins ou victimes
- **Intégration d'un schéma de «soumission»** autant par les témoins que par les victimes directes. *C'est un schéma d'assujettissement, d'abnégation.*
- **Ce schéma de « soumission » perdure à l'âge adulte, il est un facteur de vulnérabilité à des violences conjugales. Ce schéma est maintenu en place par la justice et le système tout au long de la vie des femmes.**
- **Ce contexte amène la santé des femmes à se dégrader jusqu'à ce qu'il y ait le déclenchement d'une maladie qui aboutira parfois au handicap.**
- Ces femmes ont moins de chance d'avoir accès à une prise en charge adéquate et d'accéder à un emploi. Aucune prise en charge adaptée n'existe pour ces femmes, **leur situation demanderait une prise en charge adaptée et multi disciplinaire : psychologique, juridique et sociale.**

### La culpabilité : facteur de vulnérabilité.

- Les femmes présentant un handicap physique ressentent une grande culpabilité vis-à-vis des personnes qui leur donnent les soins ou avec qui elles sont en relation (affective ou amoureuse).
- Cette culpabilité est en lien avec la dépendance « naturelle » qui découle de l'invalidité physique.
- Cette culpabilité est un « levier » pour les agresseurs. Ceux-ci n'ont aucun mal à responsabiliser les femmes pour les violences qui leur sont infligées.

## La violence institutionnelle et stéréotypes.

- Les femmes porteuses d'un handicap visible de naissance ou survenu à l'âge adulte ou qui ont subi des violences « reconnues » (par exemple, un mariage forcé), ont moins accès à l'éducation et au marché de l'emploi. La plupart exerce un rôle reproductif.
- Même lorsque les violences sexuelles sont reconnues, certains intervenants continuent de responsabiliser la victime de sa « condition » précaire.
- **L'usage de stéréotypes sexistes (les femmes sont « folles ») pour apprécier une situation ou rendre un diagnostic est unanime dans les différents services publics : hôpitaux, CPAS, mutuelle, « vierge noire »,...**
- Les femmes que nous avons rencontrées sont violentées durant l'enfance ou à l'âge adulte. Ces violences produisent des conséquences psychotraumatiques, conséquences qui servent à alimenter ces stéréotypes. Ces stéréotypes justifient la domination masculine. Les femmes victimes de violence expliquent toutes que leurs ex-conjoints les fait passer pour « folles » quand elles veulent dénoncer ce qu'elles subissent. Ce sont des violences psychologiques graves qui aboutissent à intégrer un schéma de « soumission » parfois dès l'enfance. Schéma alimenté par toutes les institutions. Il existe un véritable déni vis-à-vis de cette situation.

### Références :

- Entretien avec Diane ARKOUB
- <https://www.cmu.edu/dietrich/news/news-stories/2017/june/divorce-children-longterm-health.html>
- <https://blogs.mediapart.fr/muriel-salmona/blog/041012/memoire-traumatique-et-conduites-dissociantes>
- <http://stopaudeni.com/memoire-traumatique-et-conduites-dissociantes>

## Santé des femmes et violence.

- Les femmes violentées durant l'enfance vivent des violences « en cascade » et connaissent des violences conjugales, institutionnelles jusqu'à devenir porteuses de handicap.
- Globalement, on constate chez ces femmes une santé physique et psychologique dégradée.
- Les enfants exposés, directement ou indirectement, à des violences psychologiques ont tendance à développer plus facilement des infections à l'âge adulte : « **Les expériences précoces de stress affectent notre physiologie et nos processus inflammatoires ; ce qui augmente le risque d'une mauvaise santé et d'une maladie chronique à l'âge adulte** », a déclaré Michael Murphy, chercheur postdoctoral en psychologie au Collège Dietrich de CMU.
- On peut envisager sérieusement qu'**il existe une corrélation entre les violences subies dans l'enfance par les femmes que nous avons rencontrées et les maladies chroniques inflammatoires qu'elles ont développées à l'âge adulte.**
- Le docteur Muriel Salmona explique : **Les violences provoquent des troubles qui sont dus à des atteintes psychiques, mais également à des atteintes neurologiques et à des dysfonctionnements neuro-biologiques et endocriniens majeurs. S'ils ne sont pas pris en charge spécifiquement, ils peuvent se chroniciser, durer de nombreuses années, voire toute une vie et s'accompagner de nombreuses pathologies (psychiatriques, cardio-vasculaires, endocriniennes, immunitaires, digestives, etc.)** (Anda, 2006 ; MacFarlane, 2010). Ces troubles auront alors un impact catastrophique sur la santé et la vie personnelle, sociale et professionnelle des victimes et seront même un déterminant majeur de leur santé (Felitti, 2010).

# Le continuum des violences.

---

Les femmes porteuses de handicap font face aux mêmes types de violences que les femmes valides, elles ne vivent pas de violences spécifiques mais elles sont plus vulnérables notamment parce qu'elles ont moins accès au marché du travail et aux études. Ces violences s'inscrivent sur un continuum.

Selon les acteurs de terrain, l'invalidité des femmes porteuses de handicap peut être retournée contre elle et l'extension du réseau de dépendance de ces femmes est un facteur de vulnérabilité. Les violences seraient exercées par du personnel soignant, des bénévoles ou dans le milieu familial. Nous n'avons pas recueilli de témoignage direct concernant ces situations.

Les femmes porteuses de handicap sont également des proies faciles étant donné la culpabilité reliée à leur dépendance.

## Le continuum des violences :

➤ **Intrafamiliale** : physiques, psychologiques, sexuelles/ conjugales

Si les violences surviennent durant l'enfance, elles peuvent provoquer :

- Déficience intellectuelle lorsque ces violences sont physiques
- Des stratégies d'adaptation, un schéma de « soumission », mis en place par les enfants obligés par la justice d'être en contact avec leurs agresseurs quand c'est un des 2 parents ou un membre de la famille, font d'eux des proies faciles à l'âge adulte, des femmes soumises à la violence, qu'elles soient porteuses de handicap ou non. Le handicap rend les violences encore plus invisibles parce que leur parole est encore plus discréditée
- Un handicap dit « social »
- Des adultes avec une santé plus « fragile »

➤ **Socio-économique** : les femmes victimes de violence ont accès à moins de revenus. La précarité est encore plus forte avec l'apparition d'un handicap ou d'une maladie en cours de vie. Les violences subies dans l'enfance augmentent le risque de précarité et d'exclusion sociale à l'âge adulte, qui se traduit par un manque de prise en charge et de l'isolement.

➤ **Institutionnelle** : les femmes ayant déclenché une maladie invalidante, ont du mal à faire reconnaître leur invalidité. Elles ne savent pas à quel service s'adresser. Elles sont livrées à elles-mêmes. La situation est encore plus pénible lorsqu'elles sont victimes de violence conjugale et qu'elles ont subi des violences durant l'enfance : elles doivent jongler entre tous les services, faire face aux stéréotypes du genre, du handicap et des femmes violentées : leur parole est systématiquement niée et elles se font culpabiliser.

➤ **Médicale** : la non écoute du personnel soignant, leur mépris, leur déni de la souffrance revient dans tous les témoignages.



# Bibliographie

---

- DISERENS C. A., VATRE F, « Accompagnement érotique et handicaps », Chronique sociale 2006. P12-13
- De LA PENA VALDIVIA M., « Outils de l'approche du genre », Les essentiels du genre, Le monde selon les femmes. 2016
- GARLAND – THOMPSONR, « Integrating Disability, Transforming Feminist Theory ». 2002 NWSA Journal, 14,3 : 1-32
- GRUE J, « Discourse Analysis and Disability : Some Topics and Issues», 2011 Discourse and Society, 22,5 : 532-546
- IGLESIAS M., "Violence and disabled women", METIS project European Union Daphne initiative, 1998.
- MAQUESTIAU P., IN'T ZANDT K., « Violences basées sur le genre », Les essentiels du genre. Le monde selon les femmes. 2017
- 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 ; 161 – 176
- MOSER C., « Gender planning in the third world : meeting ansstrategics needs in world devlopment », 1989, vol 17, n11. Cité dans Outils de l'approche du genre, Le monde selon les femmes 2016
- SANDS T., « A Voice of Our Own : Advocacy by Women with Disability in Australia and the Pacific », Gender and Development, 13,3 :51-62
- WENDELL S., « The Rejected Body. Feminist Philosophical Reflections on Disability. New York etLondres, Routledge. 1996
- WENDELL S, « Toward a FeministTheory of Disability », Hypatia, 4, 2 : 104-124

## Liens Internet :

- <http://www.fondationshan.be/>
- [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](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>

## Etudes

ASBL Persephone, Violence à l'égard de femmes handicapées

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

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

Rapport « L'accompagnement sexuel. Etat des lieux des pratiques exercées en Wallonie, en comparaison avec nos voisins européens », Handicap et sexualité, octobre 2016