



**Agenda de transformation
du Collectif Handicap et sexualité OSE**

**Pour l'amélioration de la santé sexuelle des
personnes en situation de handicap en France**

TABLE DES MATIERES

I. État des lieux : besoins et freins actuels.....	4
1) Accès à l'information et à l'éducation à la vie sexuelle	4
2) Formation des professionnels de santé et de l'accompagnement	4
3) Tabous sociaux, attitudes et représentations	5
4) Obstacles matériels et institutionnels	6
5) Accès aux soins de santé sexuelle et reproductive	7
Synthèse des besoins identifiés	8
II. Axes stratégiques d'amélioration	9
Axe 1 : Améliorer l'accès à l'éducation, à l'information et aux ressources en santé sexuelle ..	9
Axe 2 : Garantir le respect de l'intimité et des droits dans les établissements et services	10
Axe 3 : Former et outiller les professionnels pour accompagner la vie affective et sexuelle ...	11
Axe 4 : Améliorer l'accès aux soins en santé sexuelle et l'offre d'accompagnement spécialisé	12
Axe 5 : Promouvoir la recherche, l'innovation et le suivi évaluation	14
III. Tableau synthétique : actions et indicateurs de suivi.....	15
IV. Références principales.....	16

Contexte

La sexualité constitue une dimension fondamentale de la santé et du bien-être, y compris pour les personnes en situation de handicap. Celles-ci ont les mêmes droits que tout un chacun en matière de vie intime, affective et sexuelle – droit au respect de la vie privée (Code civil, art. 9) et à l'intimité (Code de l'action sociale et des familles, art. L311-3) – et doivent pouvoir exercer ces droits sans discrimination. La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) consacre l'égalité d'accès à la santé, y compris à la santé sexuelle et reproductive, et le respect de la liberté de choix en matière de vie familiale (art. 23 et 25). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) rappelle que la **santé sexuelle** se définit comme « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité* », impliquant une approche positive de la sexualité, la possibilité d'expériences agréables et **l'absence de contrainte, de discrimination ou de violence**.

En France, la question de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées a longtemps été négligée ou considérée comme *taboue*, tant par la société que par les institutions. Cependant, une évolution est en cours : les pouvoirs publics ont engagé des actions pour reconnaître et accompagner cette dimension de la vie. Par exemple, la **Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030** a identifié la nécessité de mieux prendre en compte la vie intime des personnes handicapées (action n°20) et a mandaté la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations spécifiques. En 2021, une circulaire interministérielle est venue réaffirmer le *droit à la vie affective, intime et sexuelle* des personnes accompagnées par des établissements ou services médico-sociaux (ESSMS). De nouveaux dispositifs sont désormais en place : Handigynéco, centres Intimagir et Cap Parents. Malgré ces réelles avancées, de nombreux défis persistent sur le terrain.

Le présent agenda propose une stratégie cohérente pour lever les freins persistants et promouvoir la santé sexuelle des personnes en situation de handicap, tous handicaps confondus (moteur, sensoriel, intellectuel, psychique, etc.), dans tous les contextes de vie (milieu hospitalier, établissements médico-sociaux, vie à domicile)

I. ÉTAT DES LIEUX : BESOINS ET FREINS ACTUELS

Malgré une prise de conscience progressive, les personnes handicapées demeurent confrontées à de multiples **obstacles** dans l'exercice de leur santé sexuelle.

1) Accès à l'information et à l'éducation à la vie sexuelle

- **Manque d'éducation sexuelle adaptée :** De nombreuses personnes en situation de handicap n'accèdent pas à une éducation à la vie affective et sexuelle adaptée à leurs besoins. Dès l'enfance et l'adolescence, l'information est insuffisante ou inadaptée : Souvent ces enseignements n'existent pas dans les établissements spécialisés. Les supports éducatifs ne sont pas toujours accessibles (absence de traduction en langue des signes, de version *Facile à lire et à comprendre*, etc.).
- **Réticences de l'entourage :** Les familles et aidants peuvent, par protection ou par gêne, éviter d'aborder la sexualité avec les jeunes en situation de handicap. Les parents d'enfants handicapés, notamment, ont parfois du mal à reconnaître leur enfant comme un être sexué et les tiennent à l'écart d'une éducation en la matière. Il en résulte souvent une méconnaissance de base sur le corps (parfois inaccessible), la puberté (accès à la masturbation, gestion des menstruations), la contraception, le consentement, etc., exposant ces jeunes à des risques accrus (grossesses non prévues, infections sexuellement transmissibles, abus). Faute d'information par les proches ou l'école, beaucoup n'ont pas une perception claire de leur identité sexuelle ni des limites à faire respecter.
- **Besoin tout au long de la vie :** L'accès à l'information ne concerne pas que les jeunes. Les adultes en situation de handicap – y compris ceux vivant en établissement – expriment aussi un besoin de conseils, de soutien et d'information en matière de sexualité et de vie affective (particulièrement lorsque le handicap survient au cours de la vie). Or, ces thématiques restent peu abordées dans les projets d'accompagnement. Les personnes ayant des troubles de compréhension (handicap intellectuel, autisme...) nécessitent des outils pédagogiques spécifiques pour comprendre des notions complexes (consentement, contraception, prévention des IST, etc.).

2) Formation des professionnels de santé et de l'accompagnement

- **Sujet peu abordé dans la formation initiale :** Les médecins, infirmiers, auxiliaires de vie, éducateurs spécialisés et autres professionnels intervenant auprès de personnes handicapées reçoivent peu ou pas de formation sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes accompagnées. Ce manque de préparation laisse de nombreux professionnels démunis face à ces questions.
- **Maladresse, gêne ou ignorance des professionnels :** Sur le terrain, beaucoup de professionnels se sentent *illégitimes* ou mal à l'aise pour aborder la sexualité avec les personnes handicapées et leurs familles. Faute de connaissances et de repères, ils craignent de « mal faire » ou d'empêtrer sur la vie privée. Ce sentiment d'isolement est accentué par le tabou qui entoure encore le sujet, en conséquence : les besoins des personnes sont souvent passés sous silence, et les médecins ou soignants omettent d'aborder la question en consultation de routine. Par exemple, un médecin généraliste ne proposera pas systématiquement une contraception à une femme handicapée, partant du préjugé qu'elle n'a pas de vie sexuelle active.

- **Demande de cadres et d'outils d'intervention** : Les professionnels expriment le besoin de lignes directives claires et de bonnes pratiques pour accompagner la vie intime sans porter atteinte aux droits des personnes. Jusqu'à récemment, il existait peu de référentiels officiels. Toutefois, la publication en 2023-2024 par la HAS de recommandations de bonnes pratiques sur la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS vient combler ce vide en fournissant repères juridiques, éthiques et. Le défi est désormais de diffuser et mettre en œuvre ces recommandations sur le terrain.

3) Tabous sociaux, attitudes et représentations

- **Persistance du mythe de l’“asexualité” des personnes handicapées** : Dans l’opinion publique, la sexualité des personnes en situation de handicap reste entachée de nombreux préjugés. On considère à tort qu’elles seraient *asexuées*, *infantiles* ou incapables d’avoir des désirs et des relations épanouies. Comme pour les personnes très âgées, la société peine à reconnaître la légitimité d’une sexualité heureuse pour les personnes handicapées. Ce déni, souvent intériorisé par les personnes elles-mêmes, peut entamer leur estime de soi et leur épanouissement.
- **Surprotection et restrictions imposées** : L’entourage et les institutions, animés par une volonté de protection, en arrivent parfois à *brider* l’expression de la vie affective et sexuelle. Par exemple, on a longtemps pratiqué la stérilisation forcée des personnes handicapées mentales ; bien que cette pratique soit abolie et illégale de nos jours, l’attitude générale reste souvent de décourager toute expression de sexualité chez ces personnes. Elles sont encore trop fréquemment considérées comme incapables d’une sexualité “responsable” et, *a fortiori*, d’exercer leur parentalité, ce qui conduit à une infantilisation prolongée. Ainsi, il n’est pas rare qu’en établissement, on empêche deux adultes handicapés consentants de se fréquenter ou qu’on leur interdise toute intimité, par crainte des abus ou des grossesses.
- **Frustrations et souffrances en résultant** : Ce déni de la sexualité a des conséquences préjudiciables à plusieurs niveaux. D’une part, il génère chez les personnes concernées une frustration, un sentiment de solitude affective et une atteinte à la dignité. D’autre part, il les prive d’opportunités d’apprentissage pour adopter des comportements affectifs et sexuels épanouissants et sûrs. Le Comité Consultatif National d’Éthique (CCNE) a souligné en 2012 que s’il n’existe pas de « droit opposable » à la sexualité, *nul ne peut limiter l'accès individuel à une vie affective et sexuelle* – cela fait partie des libertés individuelles fondamentales – et que les institutions ont le devoir de garantir le respect absolu de l’intimité de chacun. En 2020, la Défenseure des droits notait que la sexualité et la parentalité des personnes handicapées demeurent en France des sujets sensibles faisant l’objet de réticences persistantes.
- **Double stigmatisation de certains publics** : Les femmes handicapées en particulier subissent un double regard discriminant (sexisme et handiphobie) et sont longtemps restées *invisibles* dans les politiques publiques liées à la vie affective et sexuelle. Pourtant, elles sont statistiquement plus exposées aux violences sexuelles et conjugales que les autres femmes. De même, les personnes présentant un handicap psychique ou des troubles du spectre autistique font face à des stéréotypes spécifiques (ex. idée fausse qu’elles ne pourraient pas consentir ou qu’elles seraient hypersexualisées), qui compliquent leur accompagnement. Ces tabous croisés aggravent l’isolement affectif de ces publics.

4) Obstacles matériels et institutionnels

- **Manque d'intimité dans la vie en collectivité** : En établissement (foyer de vie, MAS, FAM, EHPAD, hôpital psychiatrique, etc.), l'organisation collective laisse peu de place à la vie intime. Les espaces privés sont restreints : chambres partagées à deux, surveillance accrue, peu de moments sans présence d'un tiers. De nombreuses personnes handicapées souffrent ainsi d'un *manque d'intimité*, du fait de la dépendance à autrui pour les actes quotidiens ou des contraintes institutionnelles. Cette absence d'intimité réelle constitue un frein majeur à l'épanouissement sexuel et même à la construction de relations de couple. Par exemple, il est difficile pour un résident d'institution d'inviter son/sa partenaire et d'avoir une relation sexuelle en toute confidentialité.
- **Politiques internes floues ou restrictives** : Tous les établissements ne disposent pas d'un règlement intérieur clair sur le respect de la vie affective et sexuelle. Parfois, c'est le silence (sujet ignoré), parfois des interdits implicites existent. Il en résulte une **hétérogénéité des pratiques** : certaines structures tolèrent et accompagnent la vie de couple de résidents, d'autres l'interdisent tacitement. Ce flou met aussi les professionnels en difficulté, ne sachant quelle posture adopter. Pourtant, la loi impose bien le respect de la vie privée et de l'intimité de chaque usager accueilli en institution (ce principe figure dans la Charte des droits et libertés de la personne accueillie). La circulaire du 5 juillet 2021 est venue rappeler aux ESSMS leur obligation de garantir ces droits, en recommandant notamment l'élaboration d'une *charte de vie affective et sexuelle* dans chaque établissement. Le défi reste de rendre effectives ces obligations sur le terrain.
- **Obstacles matériels et aides techniques** : Les personnes à mobilité réduite peuvent rencontrer des difficultés pratiques pour vivre leur sexualité, faute d'aides techniques ou humaines appropriées. Par exemple, l'agencement des chambres en institution n'est pas toujours propice (lit médical étroit, absence de verrou à la porte, absence de lit double pour un couple, etc.). À domicile, l'intervention d'auxiliaires de vie à longueur de journée peut empiéter sur la vie privée si rien n'est prévu pour respecter des temps d'intimité. En outre, les professionnels d'aide à domicile ne savent pas toujours jusqu'où ils peuvent accompagner la personne dans sa vie sexuelle (aide à la toilette intime, etc.), ce qui crée des zones d'ombre dans l'accompagnement. Il manque un **cadre institutionnel** sur ces questions : par exemple, quels aménagements matériels financer (lit double médicalisé, paravents, dispositifs pour personnes ayant des paralysies, etc.) et quelles limites éthiques fixer pour les aides humaines.
- **Accès aux rencontres et à la vie sociale** : L'isolement social est un frein indirect mais important. De nombreuses personnes handicapées ont peu d'occasions de rencontrer des partenaires amoureux ou sexuels, en raison d'une mobilité réduite, d'un cercle social restreint ou d'une surprotection. Le manque d'accessibilité des lieux de loisirs, de culture ou de vie nocturne complique aussi les rencontres amoureuses. Cet isolement contraint est l'une des premières causes d'insatisfaction rapportées par les personnes handicapées concernant leur vie. Les personnes en institution notamment déplorent l'absence de « droit à la vie amoureuse » concrètement réalisable : elles peuvent avoir des envies de couple ou de sexualité, mais ne trouvent pas de partenaire ou voient leur relation découragée par l'institution.

5) Accès aux soins de santé sexuelle et reproductive

- **Inégalités d'accès aux soins gynécologiques et urologiques :** Les femmes handicapées ont un suivi gynécologique nettement insuffisant par rapport à la population générale (dépistage du cancer du col, suivi de grossesse, etc.), souvent du fait de barrières physiques ou de préjugés des soignants. Peu de cabinets de gynécologie disposent d'une table d'examen adaptée aux fauteuils roulants ou formulent des aménagements pour patientes spastiques ou autistes. De même, l'accès aux consultations d'urologie, andrologie, sexologie ou aux centres de santé sexuelle est limité par le manque d'accessibilité physique et sensorielle, ainsi que par le manque de formation des professionnels. Certains praticiens présument que leur patiente handicapée n'a pas de rapports sexuels et ne proposent ni contraception ni dépistage des IST, ce qui conduit à des prises en charge tardives ou inexistantes.
- **Prévention et dépistage insuffisants :** Les études montrent que les personnes en situation de handicap ont un risque d'infection par le VIH ou d'autres IST au moins égal, voire supérieur, à celui de la population. Cette vulnérabilité s'explique par un cumul de facteurs : moindre accès à l'éducation à la santé sexuelle, difficultés à négocier le préservatif (quand on dépend d'assistants), violences sexuelles subies, etc. Pourtant, elles bénéficient rarement d'actions de prévention ciblées ou adaptées. Par exemple, les campagnes de prévention grand public (affiches, spots TV) ne sont pas adaptées aux personnes déficientes sensorielles ou intellectuelles. Il n'existe pas non plus de programme systématique de dépistage mobile ou pro-actif dans les institutions spécialisées. Il y a donc un besoin de renforcer l'accès effectif à la prévention (distribution de préservatifs, vaccination HPV/Hépatite, éducation au consentement, etc.) et au dépistage régulier pour ce public.
- **Surmédicalisation versus Accompagnement global :** Historiquement, les questions de sexualité des personnes handicapées ont souvent été réduites à des enjeux médicaux ou de *santé publique* (risque VIH, contraception forcée, etc.), sans considération pour l'aspect relationnel et épanouissant de la sexualité. Par exemple, par le passé on a proposé la contraception ou la stérilisation surtout pour éviter des problèmes (grossesse non désirée, menstruations difficiles à gérer) plutôt que pour permettre à la personne de mener une vie sexuelle choisie. Il convient aujourd'hui de passer d'une approche coercitive ou strictement sanitaire à une approche de **santé sexuelle globale et positive**, centrée sur le droit de chacun à vivre sa sexualité de manière sûre et satisfaisante. Cela implique d'intégrer dans les soins la notion de plaisir, d'épanouissement personnel, de respect de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, etc. Or, les structures de santé manquent de référents en santé sexuelle qui pourraient accompagner les patients handicapés sur ces aspects.
- **Besoin d'un accompagnement spécifique à la parentalité :** La santé sexuelle inclut la santé reproductive et le droit à la maternité/paternité. Les personnes handicapées peuvent vouloir avoir des enfants, or elles se heurtent souvent à des biais négatifs de la société et des professionnels (doutes sur leurs capacités parentales). Le parcours de PMA (procréation médicalement assistée) pour une femme en fauteuil ou avec déficience visuelle, par exemple, est encore plus complexe en raison d'obstacles d'accessibilité et de réticences médicales. De même, les suivis de grossesse ou d'accouchement adaptés aux femmes handicapées restent exceptionnels. Du côté des hommes, l'accès aux techniques d'assistance à la procréation (conservation de sperme en prévision d'une chirurgie, aide à l'éjaculation en cas de paralysie, etc.) est peu connu. Globalement, le

désir de parentalité des personnes en situation de handicap demeure un angle mort, faute d'accompagnement pluridisciplinaire dédié.

Synthèse des besoins identifiés

En résumé, l'état des lieux fait apparaître **deux besoins majeurs** : d'une part, lever les freins culturels et institutionnels (former et sensibiliser pour faire évoluer les mentalités, garantir les droits et l'intimité dans tous les lieux de vie) ; d'autre part, mettre en place les ressources et dispositifs concrets permettant aux personnes handicapées d'exercer pleinement leur santé sexuelle (informations, accompagnements, accès aux soins, aides techniques, etc.).

II. AXES STRATEGIQUES D'AMELIORATION

Pour répondre aux besoins identifiés, cinq grands **axes stratégiques** sont définis. Chaque axe vise un objectif spécifique et se décline en actions concrètes. L'ensemble nécessite un portage interministériel en association étroite avec les acteurs de terrain et surtout les personnes concernées.

Axe 1 : Améliorer l'accès à l'éducation, à l'information et aux ressources en santé sexuelle

Objectif : Garantir que chaque personne en situation de handicap, à chaque étape de sa vie, dispose d'une **information accessible** et d'une éducation à la sexualité adaptée. Cela implique d'agir dans les milieux scolaires, médico-sociaux et grand public, en produisant des ressources inclusives et en luttant contre les tabous via la communication.

Actions proposées :

- **1.1. Rendre effective l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) inclusive :** S'assurer que les trois séances annuelles d'éducation à la sexualité prévues par la loi à l'école soient effectivement réalisées et adaptées aux élèves en situation de handicap (notamment en ULIS, IME, ITEP...). Élaborer des supports pédagogiques accessibles : langage simplifié, pictogrammes pour les non-lecteurs, interprètes en LSF pour les élèves sourds, etc. Mobiliser les équipes mobiles d'appui *handicap* pour aider les enseignants à adapter ces interventions.
- **1.2. Informer et accompagner les familles :** Créer des **espaces de dialogue pour les parents** et aidants afin de les aider à aborder la vie intime de leur proche sans tabou. Par exemple, déployer des ateliers “Parentalité et handicap” où les parents d'adolescents handicapés peuvent échanger avec des professionnels (sexologues, psychologues) sur leurs questions ou peurs (contrôle des naissances, prévention des abus, etc.). Élaborer et diffuser un *guide pratique pour les familles* sur l'accompagnement de la vie affective et sexuelle (avec une approche positive, respectueuse de l'autonomie de la personne).
- **1.3. Développer des outils d'information accessibles pour les personnes handicapées elles-mêmes :** créer une plateforme en ligne (site web et appli mobile) dédiée à la vie intime et sexuelle des personnes handicapées, en partenariat avec des associations spécialisées. Cette plateforme, en français facile à comprendre (FALC) et multimédia, pourrait comporter des rubriques sur : connaître son corps, la puberté, la contraception, le VIH/IST, le consentement, comment rencontrer quelqu'un, etc., avec des vidéos en LSF, des audiodescriptions, etc. Parallèlement, produire des brochures en *Facile à lire* (FALC) sur les droits et la santé sexuelle, à distribuer dans les ESMS et MDPH.
- **1.4. Soutenir les programmes d'éducation par les pairs et d'ateliers participatifs :** Encourager, via des appels à projets, les initiatives où les personnes handicapées sont acteurs de leur propre éducation sexuelle. Par exemple, financer des ateliers animés par et pour des personnes en situation de handicap (avec le soutien d'un professionnel psychologue de la régulation), où elles échangent leurs expériences et conseils sur la vie affective. Ces approches participatives renforcent l'autonomie et lèvent les non-dits.

- **1.5. Sensibiliser le grand public et lutter contre les préjugés** : Lancer des campagnes nationales de communication pour faire évoluer le regard de la société sur la sexualité des personnes handicapées. Il s'agit de montrer des images positives de personnes handicapées en couple, en tant que parents, comme individus *désirables* et actifs sexuellement, afin de déconstruire les stéréotypes. Les médias devront être impliqués : inciter les chaînes de télévision à inclure des personnages en situation de handicap avec une vie amoureuse dans les séries, soutenir des documentaires ou témoignages sur le sujet (en collaboration avec le CSA/ARCOM pour une meilleure représentation).
- **1.6. Diffuser les recommandations et droits existants** : S'assurer que les textes clés (circulaire 2021, recommandations HAS 2023, Charte des droits, etc.) soient bien connus de tous les acteurs. Pour cela, diffuser ces documents de référence de manière accessible : par exemple, la circulaire 2021 a été transposée en version facile à lire et comprendre (FALC), poursuivre ce travail pour les nouvelles recommandations. Organiser des colloques annuels “Handicap & vie intime, affective et sexuelle” sous l'égide du ministère pour maintenir la dynamique d'information et d'échanges de pratiques innovantes.

Axe 2 : Garantir le respect de l'intimité et des droits dans les établissements et services

Objectif : Créer un environnement institutionnel respectueux et facilitateur de la vie intime, affective et sexuelle. Cela passe par des engagements au niveau de la gouvernance des établissements (publics comme privés), des aménagements concrets garantissant l'intimité, et la mise en place de procédures encadrant l'accompagnement de la vie sexuelle.

Actions proposées :

- **2.1. Établir une politique institutionnelle explicite** : Exiger de chaque ESSMS l'élaboration ou l'adoption d'une **charte de vie intime, affective et sexuelle**, coconstruite avec les personnes accompagnées et les familles. Cette charte, conforme aux droits fondamentaux, précisera les règles de respect de la vie privée (droit d'avoir des relations dans sa chambre, confidentialité, non-ingérence du personnel sauf danger...), les modalités d'accompagnement possible (par ex. assistance à la contraception, intervention d'un tiers extérieur si nécessaire) et les limites (respect du consentement, prévention des abus).
- **2.2. Aménager des espaces d'intimité** : soutenir financièrement les établissements dans la création ou l'adaptation d'espaces dédiés à l'intimité. Par exemple, veiller à ce que chaque résident ait accès à une chambre individuelle ou, si ce n'est pas possible en permanence, à des espaces privatifs temporaires (chambre d'amis, espace intimité à réserver). Encourager l'aménagement de studios conjugaux pour les couples qui se forment au sein des structures. À l'hôpital, rappeler le droit pour un patient d'être considéré «chez lui» dans sa chambre (référence *arrêté Chantal Nobel*) et donc de pouvoir y recevoir qui il souhaite, en toute discrétion. Inclure ces critères d'intimité dans les normes d'autorisation des établissements.
- **2.3. Adapter les pratiques de travail du personnel** : instituer des procédures garantissant le respect de la vie privée au quotidien : frapper à la porte et attendre l'autorisation avant d'entrer dans la chambre d'un résident, respecter les moments en tête-à-tête, assurer la confidentialité des échanges liés à la vie affective. Former les

équipes de nuit à gérer les situations (par ex. ne pas interrompre une intimité consentie entre résidents, savoir gérer avec délicatesse la présence d'un partenaire). Par ailleurs, adapter les plannings pour permettre aux usagers d'avoir du temps libre non programmé, propice aux relations personnelles.

- **2.4. Protéger sans infantiliser** : Mettre en place, dans chaque structure, un protocole de gestion des situations à risque (suspicions de violence sexuelle, comportements sexualisés inappropriés, etc.) pour intervenir rapidement sans restreindre de façon disproportionnée la liberté de tous. Par exemple, en cas de relation entre deux personnes avec déficience intellectuelle, prévoir une évaluation bienveillante de leur consentement et, si nécessaire, un soutien éducatif, plutôt qu'une interdiction arbitraire. Définir clairement la procédure de signalement des abus (référent protection, information systématique de la personne de confiance en cas d'incident...). Inclure dans le comité de suivi de la stratégie nationale de lutte contre les maltraitance des associations représentant des personnes en situation de handicap afin de garantir l'équilibre de représentativité.
- **2.5. Permettre l'intervention de tiers qualifiés “assistants sexuels” de manière encadrée** : La question de l'assistance sexuelle, c'est-à-dire le recours à des accompagnants formés pour aider la personne handicapée dans son épanouissement sexuel, fait débat en France depuis des années. Plusieurs pays européens autorisent et encadrent ce type de service (Allemagne, Suisse, Danemark...). En l'état actuel du droit français (loi de 2016 sur la prostitution), une telle activité n'est pas légale. Néanmoins, nous proposons d'**expérimenter, dans un cadre sécurisé**, l'intervention de personnes externes qualifiées pour apporter une aide à la vie sexuelle (stimulation sensorielle, guidance érotique, etc.), **sans transaction commerciale directe** avec la personne handicapée. Par exemple, via des associations intermédiaires à but non lucratif et financé par la PCH). L'objectif est d'évaluer si ce type d'accompagnement peut répondre à certaines situations de détresse sexuelle, tout en garantissant la dignité et la protection des personnes.

Axe 3 : Former et outiller les professionnels pour accompagner la vie affective et sexuelle

Objectif : Intégrer la thématique de la vie intime, affective et sexuelle dans la formation de **tous les professionnels** de santé, du secteur médico-social et de l'accompagnement, afin qu'ils disposent des compétences et de la posture adéquates. Il s'agit de faire monter en compétence les équipes pour qu'elles deviennent des **facilitatrices** (et non des censeurs) de la vie affective et sexuelle des personnes accompagnées.

Actions proposées :

- **3.1. Intégrer la formation initiale sur la sexualité et le handicap** dans les cursus des professionnels de santé (médecine, soins infirmiers, sages-femmes, etc.) et du travail social (éducateurs spécialisés, accompagnants éducatif et social, psychologues...). Des modules obligatoires seront ajoutés dans les référentiels de formation, couvrant les droits des personnes (rappel du cadre légal), la santé sexuelle (prévention, contraception, IST), la prise en compte des spécificités liées aux différents handicaps, et le rôle du professionnel dans l'accompagnement.

- **3.2. Déployer un programme national de formation continue** à destination des professionnels en poste dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce programme, élaboré avec l'appui d'experts (personnes concernées, sexologues, psychologues, associations, conseillères conjugales et familiales...), combinera des apports théoriques (représentations, éthique, gestion des situations complexes) et des ateliers pratiques (jeux de rôle sur comment aborder le sujet en consultation, etc.). Un accent particulier sera mis sur la formation des référents “vie intime et sexuelle” dans chaque établissement (voir Axe 2).
- **3.3. Élaborer et diffuser des outils pratiques pour les professionnels** : guide de bonnes pratiques, fiches réflexes, supports d'information adaptés par type de handicap, etc. Par exemple, un guide pourrait expliciter comment aborder la sexualité avec une personne ayant une déficience intellectuelle (langage simple, schémas), ou comment adapter un examen gynécologique pour une patiente handicapée moteur. La HAS a d'ores et déjà publié un premier **socle de repères** en 2023 il conviendra de le compléter par des outils opérationnels et de le diffuser largement (via agences régionales de santé, associations professionnelles...).
- **3.4. Créer un réseau de référents et d'échanges de pratiques** : dans chaque établissement sanitaire et médico-social, désigner un **référent “vie affective et sexuelle”** parmi l'équipe (infirmier, médecin, psychologue ou autre). Cette personne, volontaire et formée, sera le point d'appui interne pour ses collègues, pour les questions liées à l'intimité des usagers. Au niveau régional, mettre en place des groupes d'échange entre référents pour mutualiser les expériences et les difficultés rencontrées. **Nous souhaitons donner à la circulaire de juillet 2021 un caractère opposable à portée obligatoire.**
- **3.5. Sensibiliser également les aides à domicile et auxiliaires de vie** : intégrer un volet sur la vie intime dans les formations d'assistants de vie et aides à domicile, car ils jouent un rôle clé pour les personnes vivant à domicile. Il s'agira de clarifier leur rôle (respect de l'intimité, comment réagir si la personne exprime un besoin sexuel, comment aider sans se mettre en danger, etc.) et de les outiller (ex : apprendre à repérer et signaler une situation d'abus sexuel possible).

Axe 4 : Améliorer l'accès aux soins en santé sexuelle et l'offre d'accompagnement spécialisé

Objectif : Adapter le système de santé pour qu'il réponde aux besoins spécifiques des personnes handicapées en matière de santé sexuelle. Il s'agit d'assurer une **offre de soins accessible et compétente**, couvrant la prévention, le suivi gynécologique/urologique, la fertilité, le soutien psychosexuel, ainsi que la prise en charge des violences sexuelles.

Actions proposées :

- **4.1. Accessibilité des services de santé sexuelle** : Lancer un programme national “Santé sexuelle accessible” visant à rendre **100% des centres de santé sexuelle, centres de dépistage (CeGIDD) et centres IVG accessibles** aux handicaps moteur, sensoriel et mental. Cela comprend des aménagements matériels (tables d'examen électriques, ascenseurs, boucles magnétiques, etc.), la formation du personnel à l'accueil de patients

avec troubles cognitifs, à la communication améliorée et alternative et la mise à disposition de supports d'information accessibles. Conditionner les financements publics de ces structures au respect de critères d'accessibilité.

- **4.2. Consultations spécialisées et parcours coordonnés** : Créer au moins une **consultation dédiée “handicap et santé sexuelle”** par région, rattachée à un centre hospitalier de référence. Cette consultation pluridisciplinaire réunira gynécologue (ou urologue), conseiller conjugal/sexologue, et éventuellement un psychologue, pour offrir un suivi global (contrception, fertilité, troubles sexuels, thérapie de couple...) aux personnes handicapées qui en auraient besoin. Par ailleurs, développer des *parcours coordonnés* : par exemple, inclure systématiquement un volet santé sexuelle dans les programmes de rééducation des blessés médullaires (après une paraplégie, prise en charge de la dysfonction érectile, etc.),
- **4.3. Renforcer le dépistage et la prévention personnalisée** : Intégrer systématiquement la thématique de la sexualité lors des bilans de santé des personnes handicapées. Par exemple, lors de la visite médicale annuelle en MAS/FAM ou en établissement, inclure des questions sur la vie affective et sexuelle, proposer un dépistage VIH/IST adapté si besoin, vérifier l'accès à la contraception. Former les médecins traitants et MDPH à aborder ces sujets sans tabou. En population générale, inclure des messages spécifiques pour les personnes handicapées dans les campagnes de prévention (ex : programmes de dépistage du cancer du col – envoi d'invitations en braille ou audio aux femmes aveugles, etc.). *Indicateur* : taux de réalisation du dépistage VIH/IST en ESMS ; couverture contraceptive des femmes en âge de procréer accompagnées par une institution (avec leur consentement).
- **4.4. Élargir les missions du dispositif Handigynéco** pour inclure les femmes vivant en logement autonome, chez leurs parents ou accompagnées par des services à domicile. Le même élargissement est nécessaire en directions des **mineures**. Développer un **réseau de cabinets partenaires labellisés “Handigynéco Accueil”**, formés à l'accueil de patientes en situation de handicap (accessibilité, temps de consultation adapté, écoute bienveillante). Référencement des sage-femmes formées dans l'annuaire sante.fr. tout en maintenant le recensement des professionnels handicaccueillants par les centres Intimagir.
- **4.5. Soutien psychologique et sexologique** : Financer des postes de **conseillers conjugaux et familiaux / sexologues** dédiés au sein des structures accueillant des personnes handicapées (IME, MAS, Foyers). Ces postes pourraient être coordonnés au niveau des centres Intimagir via des vacations (sur le modèle du dispositif Handigynéco) Ces spécialistes pourront mener des entretiens individuels ou collectifs avec les résidents pour les aider à exprimer leurs sentiments, gérer la puberté, résoudre des difficultés d'ordre sexuel ou relationnel. De même, développer la télésanté sexuelle (téléconsultations en sexologie accessibles, notamment pour les zones rurales ou personnes ne pouvant se déplacer facilement).
- **4.6. Prise en charge des violences sexuelles** : Étant donné la fréquence importante des abus sexuels subis par les personnes, il est crucial de renforcer les dispositifs de repérage et d'accompagnement des victimes. Former les professionnels de santé et de l'accompagnement à repérer les signes de violences (par ex. changements de comportement, troubles somatiques inexpliqués) et à recueillir la parole de la victime avec des méthodes adaptées (communication alternative, etc.). Assurer que les **centres**

de soins pour victimes de violences (UMJ, centres d'accueil de crise, maisons de protection des familles, unités d'accueil pédiatrique enfance en danger) soient accessibles et préparés à accueillir des personnes handicapées (interprète LSF disponible, etc.). Mieux articuler le parcours judiciaire : veiller à l'application effective de l'article 706-53-7 CPP modifié en 2023 qui facilite la vérification des antécédents des professionnels intervenant auprès de publics. Articuler le **plan d'actions sur les violences sexistes et sexuelles** en santé avec ces propositions afin qu'il soit adapté aux personnes en situation de handicap et aux ESMS.

- **4.7. Soutien à la parentalité des personnes handicapées** : Soutenir les dispositifs Caps parents afin d'aider à concevoir un projet parental (conseils préconceptionnels pour une femme myopathe, etc.) ; organiser du soutien à domicile à l'arrivée du bébé (par des techniciens de l'intervention sociale et familiale formés au handicap) pour aider les parents dans les soins au nourrisson en respectant leurs compétences. Par ailleurs, lutter contre les discriminations dans l'accès à la PMA : aucune stérilisation ou contraception forcée ne doit avoir lieu sans le consentement explicite, comme le rappelle la loi. Publier un protocole national “Handicap & Parentalité” avec l'appui du Défenseur des droits, détaillant les bonnes pratiques. **Veiller au renforcement des personnes en situation de handicap dans leur gouvernance et leur fonctionnement.**
- **4.8. Renforcer les centres Intimagir**, pour qu'ils deviennent des opérateurs de terrain pleinement fonctionnels pluridisciplinaires en matière de vie affective, intime et sexuelle, parentalité, lutte contre les violences auprès des personnes en situation de handicap. **Veiller au renforcement des personnes en situation de handicap dans la gouvernance de ces centres et dans leur fonctionnement.**

Axe 5 : Promouvoir la recherche, l'innovation et le suivi évaluation

Objectif : Mieux **connaître** la situation et évaluer les actions menées pour ajuster en continu le plan. Encourager la recherche multidisciplinaire sur sexualité et handicap, et innover par des projets pilotes, afin de disposer de données probantes et de diffuser les pratiques efficaces. Financer des **recherches et études ciblées** : Lancer un appel à projets de recherche (via l'Agence nationale de la recherche, IReSP, INSERM, DREES, CNRS etc.) dédié à la thématique “handicap et vie sexuelle”. Inclure dans le cahier des charges une participation active des personnes concernées (recherche participative).

- *Valoriser et diffuser les expériences locales réussies* : Capitaliser sur les initiatives locales innovantes (programmes régionaux d'éducation à la vie affective en IME, dispositifs d'appartements affectifs temporaires, etc.). Les projets jugés efficaces seront documentés et feront l'objet de **fiches de bonnes pratiques** diffusées nationalement (par exemple via une plateforme en ligne).

A travers ces cinq axes stratégiques, le présent agenda souhaite couvrir l'ensemble des leviers nécessaires – du **changement de regard** aux **aménagements très concrets** – pour améliorer la santé sexuelle des personnes handicapées. Le tableau suivant synthétise les principales actions et propose des indicateurs de suivi pour mesurer les progrès accomplis.

III. TABLEAU SYNTHETIQUE : ACTIONS ET INDICATEURS DE SUIVI

Axe stratégique	Actions clés	Indicateurs de suivi
1. Formation des professionnels	- Intégrer un module sexualité & handicap dans chaque formation initiale santé/social- Former en continu les équipes en poste (sessions régionales)- Crée un réseau de référents “vie intime” dans les établissements	- % de filières de formation ayant le module intégré (cible : 100%)- Nombre de professionnels formés en 3 ans (cible : +50 000)- % d'établissements avec référent désigné (cible : 100%)
2. Cadre institutionnel & intimité	- Élaborer une charte de vie affective et sexuelle dans chaque ESSMS- Aménager des espaces d'intimité (chambres individuelles, salons privés...)- Encadrer l'intervention de tiers (expérimentation assistance sexuelle)	- % d'ESSMS dotés d'une charte adoptée (cible : 100%)
3. Information & éducation	- Assurer l'éducation à la sexualité inclusive à l'école et en établissements spé.- Créer des supports accessibles (LSF, FALC, Braille, audio) et une plateforme dédiée- Organiser des ateliers pour les familles et l'éducation par les pairs- Campagnes de sensibilisation grand public régulières	- Taux de réalisation des séances EVAS en milieu spé (cible : 100%)- Lancement de la plateforme numérique (oui/non + trafic mensuel)- Nombre d'ateliers familles/ pairs par an (cible : >=200/an)-
4. Soins de santé sexuelle	- Rendre accessibles les centres de santé sexuelle (aménagements, labels)- Ouvrir des consultations spécialisées “handicap & sexualité” régionales- Intégrer le volet sexualité dans les bilans de santé et parcours de soins- Recruter des conseillers sexo dans les structures- Renforcer le repérage et la prise en charge des violences sexuelles	- % de centres de santé sexuelle labellisés “Accessibilité OK” (cible : 100%)- Nb de consultations spécialisées créées (cible : ≥1 par région)- Taux de dépistage IST en ESMS (cible : +50% en 5 ans)- Nb de conseillers sexo recrutés (cible : +50 postes)- Nb de signalements de violences traités avec soutien adapté (suivi annuel)
5. Recherche & évaluation	- Inclure le handicap dans les grandes enquêtes (CSF, Baromètres santé)- Financer la recherche (AAP dédiés) sur vie affective et sexuelle- Suivre l'implémentation de cet agenda via un comité et des évaluations externes- Documenter et diffuser les innovations locales efficaces	- Publication de données “sexualité & handicap” dans les rapports nationaux (oui/non)- Budget recherche alloué (€) et nb d'études publiées- Réunions du comité de suivi (1/an) et rapports d'évaluation (mi-parcours, final)- Nb de bonnes

Axe stratégique	Actions clés	Indicateurs de suivi
		pratiques locales diffusées au national (cible : >20)

Légende : EVAS = Éducation à la vie affective et sexuelle ; ESSMS = Établissements et services sociaux et médico-sociaux ; LSF = Langue des signes française ; FALC = Facile à lire et à comprendre ; IST = Infections sexuellement transmissibles ; AAP = Appel à projets ; CSF = Contexte de la sexualité en France (enquête nationale).

IV. REFERENCES PRINCIPALES

- **Cadre législatif français :** Code civil (art.9 : respect de la vie privée) (); Code de l’Action Sociale et des Familles (art. L311-3 : droit à l’intimité en ESSMS) (); Charte des droits et libertés de la personne accueillie (annexe 2-3 du CASF) (); Circulaire n° DGCS/SD3A/2021/154 du 5 juillet 2021 relative au respect de la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS ([Vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap : de quoi parle-t-on ? | Mon Parcours Handicap](#)); Avis n°118 du CCNE (2012) sur “Vie affective et sexuelle des personnes handicapées” ().
- **Normes et conventions internationales :** Convention de l’ONU relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH, 2006), notamment art. 22 (vie privée), art. 23 (vie familiale) et art. 25 (santé – accès à la santé sexuelle et reproductive) ; Convention européenne des droits de l’homme, art. 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) (); Objectifs de développement durable de l’ONU (ODD3 sur la santé, ODD5 sur l’égalité femmes-hommes, incluant la santé sexuelle et reproductive). L’OMS promeut une approche positive de la santé sexuelle fondée sur les droits humains ([Vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap : de quoi parle-t-on ? | Mon Parcours Handicap](#)).
- **Recommandations et plans nationaux :** Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 (Ministère des Solidarités et de la Santé) et Feuille de route 2018-2020, action n°20 sur handicap et vie sexuelle (); Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) “Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS” – Volet 1 (socle transversal) publiées en 2023 ([I_CRA Bretagne](#)) ([Recommandations pour accompagner la vie intime et sexuelle des personnes dans le médico-social - Santé Mentale](#)); Rapport du Défenseur des droits sur la mise en œuvre de la CIDPH en France (2020), chapitres sur vie affective, violences faites aux femmes handicapées.