

Érotisme et handicap moteur, Érotisme et actes sexuels *

ÉROTISME ET ACTES SEXUELS



« L'activité sexuelle des hommes n'est pas nécessairement érotique », que l'on soit handicapé ou pas. Elle l'est chaque fois qu'elle n'est pas rudimentaire, qu'elle n'est pas simplement animale (G. Bataille). **La personne handicapée n'est ni plus ni moins handicapée au plan sexuel que la personne valide.** Ce qui les différencie, c'est que la première doit dépasser son handicap, pour s'estimer dans sa réalité corporelle, développer ce qu'elle a, reconnaître ce qu'elle n'a pas ou ce qu'elle n'a plus pour rencontrer l'autre.

La personne handicapée ne peut se contenter d'être à la mode. Son handicap la contraint à briser une norme esthétique pour inventer, créer son activité sexuelle qui peut être, *a priori*, considérée comme plus érotique, malgré certaines difficultés de mouvements, de déplacements et de postures. On peut donc inférer que la personne handicapée qui engage sa vie affective et sexuelle **brise une norme esthétique**, et de là à penser qu'elle ne peut répondre à une norme « génitale », il n'y a qu'un pas. Sexualité et génitalité étant des notions confondues, elle est confrontée à des préjugés dus à nos perceptions collectives de la sexualité (critères esthétiques, rôles sociaux, modèle de puissance, etc.).

À partir de ces perceptions collectives, les facteurs organiques du trouble sexuel seront facilement considérés par la personne handicapée et par l'entourage comme une conséquence du handicap, alors qu'ils ne le sont pas nécessairement (troubles : vasculaire, artériel ou veineux, endocrinien). En revanche, **il y a des dysfonctionnements sexuels**, voire des pertes de fonctions qui peuvent être **en corrélation directe avec certaines séquelles** neurologiques centrales ou périphériques (lésions cérébrales, blessés médullaires, spina bifida... : cf. p. 371). La première difficulté pour la personne handicapée, c'est donc de faire la part de ce qui revient à la perte physique, ou dysfonctionnement organique, de ce qui ne lui revient pas, mais qui peut être lié au traumatisme (perte de confiance en soi, identité homme/ femme) et à l'histoire de la personne.

Le thérapeute doit pratiquer une approche qui tienne compte de la personne dans sa globalité. La demande exprimée par la personne handicapée, aux plans affectif et sexuel, est une demande de réparation. Que demande celui ou celle qui vient dire ou rapporter son dysfonctionnement sexuel ? Qu'on le répare. Mais de quoi ? N'est-ce pas de cette fracture creusée entre le moi idéal sexué et cette image du corps défaillant et incontrôlable ? L'atteinte narcissique est tout aussi importante que cette blessure physique. La réponse uniquement mécaniciste

(techniques substitutives) risque de réduire le phallus à l'illusion d'un pénis retrouvé.

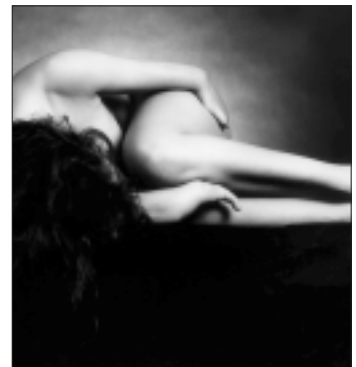
La prise en charge est médicale et sexologique. Elle comporte un premier bilan uro-génito-sexuel complet, fait par le médecin de rééducation auquel est associé un sexothérapeute, afin d'engager un **processus de reconstruction** de, et avec, la personne et/ou le couple. Ce type de prise en charge informe la personne handicapée sur la nature du trouble et/ou de la perte physique. Ce premier bilan médical et sexologique n'est pas toujours facile à entendre, à reconnaître, pour la personne handicapée, mais s'accorde à sa réalité. Ensuite, cela permet d'envisager un protocole thérapeutique, lorsqu'elle est consentante et décidée à reconstruire sa vie affective et sexuelle face à des techniques médicales, et/ou en sexothérapie. Les deux approches (médicale-sexologique), qui vont souvent de pair, sont complémentaires. Il ne s'agit donc pas là, uniquement, d'instruire la personne handicapée, ainsi que son partenaire, des techniques de stimulation ou substitutives.

DE L'ÉROTISME AU TRANSFERT ORGASMIQUE

Hormis l'efficacité des érections provoquées par les moyens pharmacologiques chez les blessés médullaires notamment, créant « l'image ou l'illusion d'un pénis retrouvé » qui, dans tous les cas, restitue la possibilité de pénétration, l'endroit, même prévu, pour le plaisir, pour la femme comme pour l'homme (pénis, clitoris), reste insensible.

Il n'y a rien à faire dans cette partie du corps, confient ces hommes ou ces femmes. Nos caresses nous restent au bout des doigts, par conséquent nous partons à la recherche de notre corps, de son plaisir, de sa jouissance, d'abord dans la douloureuse expérience de ce qu'il peut encore ressentir et faire ; *a priori*, nous ne faisons pas le deuil des plaisirs d'autrefois, nous faisons l'expérience de « l'état des lieux ». Ensuite, il nous faut chercher ailleurs avec notre corps : cet inconnu, dans son mouvement, son déplacement avec nous même/avec l'autre. Il nous faut innover à la recherche du plaisir et dans le rapport sexuel avec l'autre : c'est un second dépucelage en quelque sorte ; il nous faut repartir de zéro. Si l'on tend un peu l'oreille à ce qui est exprimé et vécu par ces hommes ou ces femmes, on se rend compte qu'ils ou elles s'offrent une éducation érotique, notamment par une première étape d'auto-érotisme tourné vers soi pour reconquérir une capacité à s'aimer soi-même, à s'estimer. Il ne s'agit pas là bien sûr d'un narcissisme génital, mais d'une forme d'identification nécessaire à un réinvestissement libidinal.

La personne atteinte d'une blessure médullaire qui entraîne une perte de sensibilité sous-lésionnelle a une physiologie perturbée. Cependant, sa capacité d'accéder au plaisir sous une forme orgasmique reste possible. Cela ne relève pas essentiellement d'un transfert de la zone érogène primaire aux zones érogènes secondaires, mais relève autant d'un caractère extragénital au sens large du terme. C'est-à-dire d'une **capacité à réinventer le rapport amoureux** et sexuel à partir d'autres représentations mentales (images, fantasmes...) qui sont expérimentées dans une nouvelle approche du corps à travers divers jeux sexuels, sensuels, par une redécouverte du toucher, des postures. Faire face à des réactions inattendues du corps ; (...) *l'expérimentation, il faut la vouloir*, disent-ils (elles).



C'est un déplacement dans la perception et la visualisation du plaisir à redécouvrir et à ressentir. Le corps ne révèle pas d'emblée ses secrets et notamment celui d'une jouissance possible de la partie haute du corps. C'est l'intensité du désir et de la relation amoureuse associée à une recherche érotique, qui déplace et récrée peu à peu de nouvelles zones érogènes, qui jusque-là, non seulement n'étaient pas vraiment sensibles, mais peuvent même, au début, provoquer une sensation de déplaisir ou d'irritation. Ces zones deviennent progressivement sensibles au plaisir et de plus en plus fines suivant l'intensité du désir et de la manière de toucher ou d'être touché, jusqu'à la sensation première de frémissement d'une zone particulière (mamelons chez la femme, mais aussi chez certains hommes, ou encore d'autres zones : cou, oreilles, etc.) qui est diffuse et donne l'impression d'envahir tout le corps.

La concentration visuelle y contribue généralement car elle se développe et renforce l'excitation de ces zones érogènes secondaires où l'image de l'érection (chez l'homme), de la vulve (chez la femme), garde toute son importance et y participe, tant sur le plan symbolique que comme objet de construction érotique. À l'extrême limite de sa sublimation, l'érotisme engendre un état général de tension, une sorte de frémissement intérieur, propice aux créations de l'esprit (cette notion intéresse bien sûr tout le domaine de l'art). Mais elle peut en être détournée, c'est-à-dire qu'elle ne s'oriente pas massivement dans une dimension spirituelle, dans le cas d'une perte physique génitale. Cette tension est propice à la création, à la redécouverte sensuelle, elle est capable de s'étendre à diverses zones du corps et provoquer un déplacement par rapport à d'autres représentations (sensuelles, sexuelles) tournées vers d'autres buts de plaisir.

Cette nouvelle construction érotique révèle au couple un potentiel sensoriel, d'autres sensations de plaisir, un assouvissement qui peut prendre la valeur d'un orgasme vécu à travers la zone génitale (témoignages plus fréquents chez la femme). À ce stade, la personne blessée atteint une large réceptivité au-delà de la blessure, de sorte qu'elle n'est plus dans la négation de cette blessure, mais la dépasse, non pas dans un corps qui risque d'être imaginé comme avant le traumatisme, mais dans une nouvelle réceptivité-affectivité.

Il ne s'agit donc pas là d'embellir mythiquement le passé : ceci est pour dire que l'art de vivre n'a pas d'histoire ; il n'évolue pas : le plaisir qui tombe, tombe à jamais, in-substituable. D'autres plaisirs viennent, qui ne remplacent rien. Pas de progrès dans les plaisirs, rien que des mutations (R. Barthes).

REFÉRENCES CITÉES:

Bataille Georges, *L'érotisme*, I : *L'érotisme dans l'expérience intérieure*, Paris, éditions de Minuit, 1957,
Roland Barthes par Roland Barthes, Paris, Seuil, 1995, p. 54.

Pour En Savoir Plus

Soulier Bernadette, *Un amour comme tant d'autres ? Handicaps moteurs et sexualité*, APF, 2001
Soulier Bernadette, *Aimer au-delà du handicap, vie affective et sexualité du paraplégique ?*, Dunod.