

Intervention du 15 octobre 2014 au colloque APAJH autour du film Gabrielle

Mme CHATROUSSAT Sabine

L'affectivité est le domaine des émotions et des sentiments.

Le développement affectif est une longue suite d'expériences plus ou moins conflictuelles, entre le sujet et son entourage, mais aussi à l'intérieur du sujet

Les premières expériences affectives sont fondamentales pour l'avenir psychologique de l'enfant et de l'adulte.

Tout être humain désire, éprouve du plaisir et aime, quelle que soient son physique et son efficence. La sexualité et l'affectivité sont des dimensions fondamentales de la santé physique et mentale pour tout être humain. Elles sont des moyens de rechercher et de développer nos pouvoirs de vivre et d'être heureux. Elles concernent l'ensemble de la personne, et sont des éléments essentiels des relations à soi-même et aux autres.

Les personnes en situation de handicap, notamment dans le domaine de leur vie sexuelle et affective, vivent et s'adaptent autant qu'ils le peuvent, autant qu'ils les comprennent, aux choix, directives, règlements des professionnels et des familles. Ils subissent les conséquences de l'état de notre réflexion là-dessus, avec les décisions ou non décisions qui en découlent... et pendant ce temps les pulsions sexuelles continuent dans les méandres des interdits, refoulements, non-dits.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire d'en parler, d'échanger sur ce thème à la frontière du public et du privé, de l'intime et du professionnel, et qui est bien de la responsabilité de ceux qui ont à charge, à un titre ou à un autre, le bien-être physique et psychique d'adultes en situation de handicap.

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement. Selon Bowlby (1969), la mère est en général la première personne pour tenir cette fonction. De nos jours, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale avec l'enfant et qui sera capable de répondre à ses besoins sera susceptible de devenir une figure d'attachement. Ainsi, le principe d'une seule figure d'attachement privilégiée apparaît caduc dans l'étude. La majorité d'entre eux développait bien une relation privilégiée mais, par la suite, du fait de l'élargissement des interactions de l'enfant avec son entourage, le nombre de figure d'attachement augmentait. La mère reste la figure la plus importante, suivie du père, puis, pour une bonne partie des enfants, d'un grand-parent, d'un autre membre de la

famille ou encore d'une personne familière. En se basant sur les données issues de la recherche fondamentale, les observations cliniques et le vécu des éducateurs, Montagner (1988) élabore une grille de lecture qui intègre les particularités du développement individuel, les processus d'attachement et les régulations comportementales de l'enfant. Il indique notamment qu'un enfant qui dispose d'une sécurité affective satisfaisante va pouvoir libérer pleinement ses émotions, ses affects, son langage.

La problématique de la vie privée en général et, plus spécifiquement, du droit à une vie sexuelle en institution médico-sociale doit être replacée et considérée dans son cadre juridique. Celui-ci peut être décomposé en trois *étages* ou niveaux juridictionnels, qui vont du droit commun aux règles applicables en établissement, en passant par les textes législatifs qui sous-tendent notre dispositif institutionnel.

Cette déclinaison en trois niveaux se fonde sur une évidence trop souvent oubliée, et qu'il est important de rappeler aux usagers et aux personnes qui les entourent, selon laquelle ils sont citoyens inaliénables d'une nation démocratique dont la constitution trouve ses fondements dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 : « La Loi est l'expression de la volonté générale. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens étant égaux à ses yeux... » Cette inaliénabilité et cette égalité de droit impliquent que leur citoyenneté ne se trouve pas réduite, ou déclassée en son principe, du *fait du handicap* (pas plus qu'elle ne serait réduite, pour d'autres, par la maladie, la pauvreté, la vieillesse ou d'autres aléas de l'existence) : les personnes en situation de handicap sont donc des citoyens *comme les autres*, même si les réalités du handicap peuvent leur occasionner des difficultés de recouvrement de leurs droits effectifs ou d'accomplissement de leurs devoirs citoyens (il existe, dans ces cas, des mesures de protection juridiques appropriées).

À défaut de ne pouvoir être plus précis quant à la vie sexuelle en institution, le texte induit ce qu'il ne faut pas faire et les pratiques qu'il nous faut éviter : particulièrement, les modes de prise en charge relevant d'une organisation déshumanisante (par exemple, les toilettes et douches collectives) ou d'une conception protectrice abusive (entrer dans les chambres ou appartements sans frapper, interdire les visites, etc.). La question de la vie privée, sa préservation et son respect, doit donc demeurer au cœur de la réflexion institutionnelle et un souci constant en matière de bonnes pratiques d'accompagnement et de prise en charge (concept de bientraitance).

L'article 7 nous le rappelle la mission des personnels est de rendre possible une vie privée en instaurant les dispositions les plus favorables à son effectivité.

Article 39/L. 344-1-1 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

Les établissements et services qui accueillent ou accompagnent les personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie leur assurent un soutien médico-social permettant le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social...

Par rapport à l'article 7 de la loi de 2002, cet article de la loi de 2005 introduit la notion de *soutien médico-social* aux personnes favorisant le développement de leurs potentialités, de nouvelles acquisitions et leur épanouissement. Il ne s'agit donc pas seulement d'instaurer un cadre permettant le déroulement d'une vie privée (mission que l'on pourrait interpréter de manière assez passive), mais de veiller activement à ce que leurs bénéficiaires en tirent, autant que possible, le meilleur profit (mission de soutien).

Compte tenu des obligations qui incombent aux établissements, notamment celles qui relèvent d'une « démarche qualité », de nombreux règlements de fonctionnement sont en cours de rénovation. Les devoirs et obligations de l'établissement sont de respecter la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité de l'utilisateur sachant que même sous tutelle ou curatelle, les résidents sont responsables à la fois civilement et pénalement .

Quelques principes peuvent cependant être rappelés qui permettent de poser les bases d'un cadre juridico-législatif à l'intérieur duquel devra nécessairement se construire l'action des professionnels.

- Les personnels de structures d'hébergement doivent s'attacher, avant tout, à instaurer, à favoriser, à préserver, la possibilité pour les usagers adultes handicapés d'une existence intime ou privée au sein de l'institution.
- Le devoir de protection, qui répond à une vulnérabilité particulière des usagers de ce type d'institution, ne doit pas conduire à des pratiques intrusives ou désagréables.
- La vie intime ou privée, dont les relations et pratiques sexuelles des usagers, doit se dérouler dans (et seulement dans) les lieux dévolus par l'institution à la vie intime ou privée, sans restrictions et limitations autres que celles fixées par

le droit. Les pratiques ou comportements sexuels illicites sont donc prohibés au sein de l'institution comme ils le sont ailleurs; les éventuels contrevenants s'exposent aux sanctions prévues par la loi commune.

- Un dispositif d'information, d'accompagnement, de soutien et de protection sanitaire doit être mené au sein de l'institution. Celui-ci implique nécessairement, en faveur des usagers et pour toutes ces questions relatives à leur vie_intime et privée :
 - a) une réponse effective aux demandes de soutien socio-éducatif et psychologique,
 - b) une information adéquate et adaptée sur la sexualité, les mst et leur prévention, les techniques contraceptives, etc.,
 - c) un suivi médical afférent aux problématiques préventives, contraceptives, gynécologiques, etc.,
 - d) une protection de l'intimité des personnes_ et des espaces dévolus à leur vie privée étroitement intégrée aux différents projets (institutionnel, de services ou personnalisés)...
- Le recours à la prostitution au sein ou sous couvert de l'institution (sorties organisées) n'est pas envisageable – ce qui n'empêche évidemment pas la possibilité « d'autres visites », usagers-usagers ou usagers-_personnes extérieures. Cela implique un minimum de contrôle de la part des équipes, qui doivent évidemment s'assurer du consentement explicite de « l'invitant » et de la possibilité :
 - a) pour lui, de faire appel en cas de difficultés imprévues,
 - b) pour elles, d'intervenir rapidement. Ce contrôle ne doit pas être « intrusif » au point d'annihiler toute notion d'intimité, mais suffisant pour que notre devoir de protection soit convenablement assuré.
- Un salarié ne peut être considéré comme un « tiers neutre », justement parce que son statut de salarié lui confère un rôle et une mission. Celle-ci, nous l'avons vu, est de protéger la vie_privée de l'utilisateur, de la rendre possible, et non de participer à cette vie_privée. Il n'est, par conséquent, pas exigible d'un salarié que celui-ci s'investisse dans une « aide à la relation sexuelle » au titre de « tiers participant ». Par contre, le fait de favoriser la possibilité d'un moment d'intimité, d'aider les partenaires à s'installer dans de bonnes conditions (confort et sécurité) ainsi qu'il est régulièrement procédé dans le cadre de ce que nous appelons « l'aide au coucher » est parfaitement envisageable. Les autres pratiques sexuelles, solitaires ou faisant recours à des

moyens suggestifs (films ou programmes érotiques), sont également permises dès l'instant où elles se déroulent dans (et exclusivement dans) les espaces dévolus à la vie privée.

- La question du droit à la vie affective et sexuelle reconnue comme besoin fondamental imprescriptible implique que son exercice n'est aucunement soumis, pour un majeur, à une quelconque autorisation des parents, d'un tuteur ou d'un curateur (la notion de protection juridique ne peut recouvrir une limitation ou une interdiction de satisfaction des besoins fondamentaux de la personne). Sur ce point, l'institution engage sa responsabilité, laquelle ne peut être fondée que sur le droit.

Donc la question du droit à une vie affective et sexuelle peut être considérée sous le principe énoncé dans l'article 9 du code civil stipulant que « chacun a droit au respect de sa vie privée ».

Ce principe engendre 2 séries de conséquence :

- Le respect de la vie intime de la personne, avec notamment la liberté dans ses choix et ses comportements ;
- La garantie de l'exercice des libertés fondamentales, telles que le secret de la vie privée, et donc de sa vie affective.

Concrètement, toute personne, y compris donc celles en situation de handicap ou accueillies dans un établissement ou service, peut obtenir le respect de ses choix de vie, et donc de sa sexualité, et la garantie du secret de celle-ci.

Le développement psycho-sexuel des personnes vivant avec un handicap

Le développement psychosexuel des enfants en situation de handicap est peu différent de celui des autres enfants. Cependant, ils peuvent montrer un certain nombre de limitations quant à leur appréhension et gestion de la sexualité.

L'enfant vivant avec un handicap, au départ, suit la même trajectoire psychosexuelle que n'importe quel autre enfant et il évolue au travers des mêmes zones d'intérêt : oralité, analité, génitalité.

Cependant, le handicap vient marquer de plusieurs façons cette évolution psychosexuelle :

- le retard et les faiblesses de leurs outils de compréhension rendent difficile l'équilibre que tout enfant doit trouver entre affect et désir, d'un côté, et la prise en compte de l'autre et la réalité des normes sociales, d'un autre côté. Souvent l'enfant

handicapé présente une avidité affective multiforme dans laquelle l'érotisme n'est qu'un ingrédient parmi d'autres.

Le handicap ne signifie pas l'absence de désir sexuel. La personne handicapée est une personne identique à tous les autres êtres humains sur ce point : il y a du désir, de la pulsion, plus ou moins d'élaborations fantasmatiques érotisées en fonction du niveau de préservation des capacités de représentation mentale.

La personne handicapée est sensible aux stimulations sexuelles en provenance de l'environnement comme tout le monde : les autres sont naturellement pour lui de possibles objets érotiques, l'érotisme ambiant (médias, publicité) ne le laisse pas indifférent et il peut être à la recherche de telles stimulations sexuelles.

Cependant, l'enfant handicapé (suivant une étude de de Becker, en 2006), montre :

- une mauvaise connaissance des mécanismes physiologiques de la sexualité et de la reproduction ;
- des difficultés dans la connaissance de son corps ; ces difficultés de compréhension s'accompagnent toutefois d'un désir intense de relations affectives.
- Le handicap mental ou moteur entraîne une vulnérabilité du sujet qui peut en faire une proie facile pour la maltraitance sexuelle (que cette maltraitance soit le fait de parents, de professionnels ou de camarades). Cette vulnérabilité, en retour, entraîne parfois une tendance à un protectionnisme répressif en matière de sexualité.
- Ces jeunes vivent souvent une solitude anxiogène et culpabilisante.

Les actes sont plus impulsifs que prémédités et les capacités d'abstraction pour les analyser peuvent parfois faire défaut (au moins dans la durée).

L'adolescent :

L'adolescence est caractérisée par le début des transformations mentales et corporelles marquant la sortie de l'enfance.

C'est l'époque des premiers amours de jeunesse. La peur et l'attirance vers des émois sexuels plus ou moins aboutis, se manifestent soit sous la forme d'une association harmonieuse entre le sentiment amoureux et le désir sexuel qui en découle, soit sous la forme d'essais répétitifs qui n'aboutissent avec bonheur ni dans un registre ni dans un autre.

Pour Denis Vaginay, il y a encore peu de temps, il ne serait même pas venu à l'idée de parler de l'adolescence comme processus chez les personnes handicapées mentales.

En effet, peu d'entre elles montraient de manifestations typiques. Très marginales en nombre, elles ne suffisaient pas à remettre en question l'idée que le déficient intellectuel était et restait un grand enfant, c'est-à-dire quelqu'un d'incapable de dépasser un état de dépendance.

Sans doute sous les effets conjugués de l'action précoce, déculpabilisante pour les parents et de la politique réelle d'intégration sociale, l'évolution des personnes handicapées mentales semble réellement avoir changé.

On peut aujourd'hui observer chez ces adolescents la présence d'une agressivité qui s'élabore, une opposition évolutive, un tâtonnement et une expérimentation des liens sexuels.

La puberté et ses effets de maturation apparaissent chez les adolescents en situation de handicap généralement au même âge que dans l'ensemble de la population.

Le positionnement parental et social a changé vis-à-vis des adolescents handicapés qui sont actuellement plus au contact des autres jeunes de leur âge, notamment par le biais de l'intégration scolaire ou des activités en tout genre.

Denis Vaginay prend un exemple significatif qu'est le port d'un appareil dentaire. Il souligne qu'il y a une quinzaine d'années, les soins dentaires étaient peu dispensés aux personnes handicapées mentales. Il fallait parfois recourir à une anesthésie générale pour les pratiquer. Actuellement de très nombreux jeunes déficients portent un appareil dentaire dont ils anticipent le port et qu'ils assument comme les autres adolescents.

Dans l'IME où il travaille, plus de la moitié des adolescents de 12 à 20 ans portent un appareil dentaire.

La notion d'esthétique ne leur échappe donc pas, ils jouent sur leur image, leur manière de se présenter aux autres dans un rapport de séduction, en acceptant les contraintes, les enlaidissements momentanés et les souffrances.

Ils escomptent une amélioration esthétique comme résultat de leur effort et s'approchent d'une uniformisation de leur présentation avec celle des adolescents.

Il n'est pas rare d'observer des modifications d'attitude de comportement, de caractère, des formes de fragilisation ou au contraire d'opposition et d'affirmation de soi qui traduisent l'intensité du phénomène en jeu.

Les transformations corporelles liées à la croissance peuvent se traduire par des manifestations anxieuses, liées à la modification des repères corporels et spatiaux ainsi qu'à l'apparition de phénomènes douloureux auxquels il nous faut être vigilant.

Cette adaptation concerne l'attitude individuelle de chaque professionnel à l'égard de l'adolescent, à travers la communication, le rapport au corps, et l'anticipation d'un mode relationnel plus inspiré des modalités utilisées avec les adultes.

Cette adaptation tient également à l'aménagement de l'environnement général et aux propositions d'activités et d'animation.

L'adolescence est un processus marqué par sa violence : violence des désirs, violence des sentiments, violence des transformations biologiques, psychiques et émotionnelles, violence dans la transformation des liens relationnels.

L'enjeu de l'adolescence c'est : aller désirer ailleurs, hors de sa famille. Il s'agit d'une véritable mutation dans les choix d'objets, comme une expatriation de sa propre famille. Le problème étant que cette mutation doit s'accomplir dans un état de grande fragilité :

- comme la vulnérabilité au niveau de l'identité, de l'image de soi et du narcissisme ;
- ou encore la personnalité et l'humeur peuvent parfois être troublés par des traumatismes anciens.

On assiste à une crise du désir : le rapport à l'autre est chamboulé par l'émergence du désir et sa violence :

- on observe l'émergence de diverses formes d'agressivité (repli, mutisme, mensonges, ruptures, fuite, mise en scène de l'échec, etc.) ;
- les parents sont aux premières loges pour accompagner cette agressivité : les besoins de distanciation et d'autonomie, contradictoirement mêlés à l'angoisse d'abandon, peuvent rendre insupportables les relations familiales.
- un véritable travail de deuil est alors accompli par l'adolescent qui doit faire le deuil de son enfance, de ses parents et commencer à construire un avenir inconnu.

On observe que les adolescents en situation de handicap passent par la même crise d'adolescence, qu'ils présentent les mêmes fragilités et la même agressivité.

La sexualité commence à se développer dès l'enfance. L'enfant va peu à peu découvrir son corps, apprendre à le connaître, découvrir et construire ainsi une représentation de son corps avec entre autre des zones de plaisir et de déplaisir. Il va expérimenter

en touchant son corps ce qui lui procure du plaisir et/ou du déplaisir. L'enfant n'a pas nécessairement la notion de pudeur, d'intimité, il peut toucher son corps devant d'autres personnes, le montrer partiellement ou en totalité à qui veut le voir. Ce sont les parents qui vont amener une dimension socialisante que l'enfant va intégrer et qui va l'amener en grandissant à trouver des lieux discrets où il pourra continuer son exploration et éventuellement une satisfaction érotisée.

Comme toujours, en matière de sexualité humaine, les choses ne sont pas simples, et la sexualité des enfants et adolescents handicapés mentaux ne déroge pas à la règle. Pour eux, s'ajoute le fait que leur déficience les place, eux et leur sexualité, bien davantage que pour les autres enfants, sous les regards scrutateurs des adultes : parents et professionnels. Ce qui préfigure d'ailleurs la même emprise une fois qu'ils seront adultes, la plupart se retrouvant sous curatelle ou tutelle, de leur famille ou d'une organisation. D'une certaine façon, leur destin est que leur sexualité, leur intimité, soit peu ou prou un objet social, un objet parlé par les autres, une sexualité dont on parle.

Pour elle, il y a une différence entre les personnes présentant un handicap cognitif et une personne autiste. Même s'ils ont l'un comme l'autre une sexualité incomplète, parfois frustrante ou limitée. Si leur vie sexuelle se ressemble, c'est pour des raisons qui elles ne se ressemblent pas.

Pour l'enfant, l'adolescent ou l'adulte autiste, on pourrait dire : « il pourrait, mais il ne le souhaite pas ». En effet, la difficulté principale est de s'engager dans une relation affective qui le terrorise et qu'il veut souvent éviter à tout prix.

L'intense peur de l'expérience émotionnelle amène des modalités défensives qui lui permettent de se protéger de ce qui constitue le danger. Entrer en relation avec autrui, c'est prendre le risque qu'il vienne à nous manquer. Ce qui empêche l'accès à une vie génitale, c'est la difficulté de faire une place à l'autre, susceptible de devenir partenaire sexuel. C'est la raison pour laquelle sa vie sexuelle est principalement auto-érotique.

En ce qui concerne l'enfant, l'adolescent ou l'adulte handicapé, on pourrait plutôt dire : « il voudrait, mais il ne peut pas ». Le désir affectif et sexuel est bien présent et souvent évoqué en entretien. Cependant, les résistances voire les interdits qu'il entend, perçoit qui lui sont posés l'empêchent d'avoir accès à une vie épanouie.

On pourrait dire que pour le 1^{er} il n'y a pas assez de l'autre et que pour le 2nd il y a trop de l'autre. Pour l'adolescent autiste, les obstacles à la vie sexuelle sont plutôt

d'ordre interne car dus à une organisation psychopathologique particulière et surtout à des difficultés de symbolisation tandis que chez l'adolescent handicapé les obstacles à sa vie sexuelle sont plutôt liés à des facteurs externes.

Pudeur et intimité :

Les personnes handicapées ne bénéficient pas toujours des outils de compréhension qui leur permettrait d'atteindre ce très subtil équilibre entre l'affect et le désir. Pour la plupart, ils vivent dans un sentiment d'abandonnisme. Leur sexualité est parfois répétitive et peu satisfaisante. L'abandon est très souvent réel. Quand bien même ils ont reçu beaucoup d'attention, ils ne peuvent ultérieurement se consoler du statut d'infériorité que leur confère le handicap. Ils ont l'obligation d'une vie de groupe. Ils doivent s'accommoder de la présence non choisie d'autres handicapés. Ils ne bénéficient que d'une part de l'intérêt de l'éducateur qui doit veiller au bien-être de tous. Ils investissent, parfois surinvestissent, des gens qui ne seront que brièvement présents dans leur vie. Et quand vient le temps des ébauches de vie amoureuse, des passages à l'acte sexuel, ils seront presque systématiquement en échec. Leur besoin de reconnaissance, leur besoin de normalité les amèneront à multiplier les expériences.

Conclusion :

La Sexualité et ce que l'on va mettre en œuvre à son propos touche,

Pour la personne handicapée :

- à sa potentialité personnelle,
- à son statut,
- à sa dignité,

Pour l'entourage :

- au soutien des personnes handicapées et aux familles et leur collaboration avec les professionnels soit le partenariat,
- aux modalités éducatives, thérapeutiques et éthiques.

Le changement a besoin de soutien et de réassurance.

Dans quelle mesure l'accès à un développement de la notion d'intimité, de l'affectivité et de la sexualité pour des personnes handicapées dépend-ils ?

- de nous ?

- de la lecture que nous faisons de leurs souffrances et solitudes ?
- des moyens que nous acceptons de mettre en jeu pour y répondre ?
- de la patience à investir pour les suivre à chaque étape ?

Leur mieux-être peut aussi être le fruit de leur propre construction.

Un tel processus d'ouverture et de prise de conscience de tous les partenaires, dans une perspective de régulation et de bon sens, à l'épreuve du temps, comporte :

Des tâtonnements,

Des excès de prudence ou d'audace,

Des idéaux et des illusions,

Des joies et des larmes,

Des résultats étonnants, aussi, là où on ne les attendait peut-être pas, car accéder à un épanouissement - quelle qu'en soit l'ampleur - du domaine affectif et/ou sexuel, peut se répercuter sur d'autres apprentissages du quotidien.

Pour cela il est nécessaire :

Au niveau local :

De s'organiser en un partenariat pluridisciplinaire solide comprenant également les personnes vivant elles-mêmes avec un handicap.

Toutes ces considérations ont été développées pour faire comprendre à tous que les professionnels des institutions sont à ce jour dans un mouvement destiné à favoriser au mieux toutes les formes de la vie affective de la petite enfance à la vie d'adulte. Nous sommes bien conscients de ce mouvement de société qui va dans le sens d'un plus de bonheur pour les personnes handicapées.

La majorité des parents a la volonté de protéger son enfant des tristesses de la vie, d'autant plus quand il est vulnérable et fragile. Pourtant, aimer implique des illusions, des désillusions, de la tristesse, de la joie. Tous les sentiments font partie de la vie. La tristesse est un sentiment qui fait partie de la vie, qui est inévitable et il est le risque à prendre pour connaître aussi le bonheur. Une personne vivant avec un handicap peut tout à fait tirer bénéfice d'un engagement affectif dans une relation amoureuse même si celle-ci doit avoir une issue défavorable. Accompagner un jeune dans ses tâtonnements affectifs en le protégeant peut sans doute lui être très bénéfique.

Quand les séparations amoureuses sont répétées fréquemment et deviennent destructrices pour le jeune, il est alors indispensable de construire et proposer un soutien spécifique.

Il est hélas illusoire de penser que les parents ou les professionnels peuvent protéger de tout même des sentiments désagréables en matière d'affectivité.

Les institutions dans lesquelles sont accueillies les personnes handicapées sont aussi garantes de leur sécurité, elles ont une mission de prévention, d'accompagnement et de soutien de leur vie affective et sexuelle. Elles doivent permettre l'épanouissement de la personne en lui garantissant un espace de liberté tout en la protégeant d'elle-même et des autres.

Question du consentement, évaluation de ce consentement, possibilité de la présence d'un tiers qui atteste que la personne a compris et qu'elle n'accepte pas pour faire plaisir.

Pour cela, ils peuvent être amenés à adapter leur discours en fonction de ce qu'ils pensent que l'autre veut entendre. Ces processus psychiques viennent entraver les processus cognitifs et l'énergie psychique est mise au service du "faire plaisir à l'autre" apparaît au détriment du "dire ce que je veux". On note alors une "suradaptabilité" du discours qui par conséquent perd sa valeur de communication de ses propres ressentis, désirs, ...