La fabrique sociale de l'asexualité : représentations, stigmatisation et vécu de la santé sexuelle et reproductive des jeunes handicapé·e·s au Bénin

AVOCE Josephat[1,], KOTOBIODJO Métolé Blandine Clodile[2], ACHADE Sènoudé Germaine Pulchérie[1], HOUNNOUVI Athanase[3], SOKE Tchitcha Raphaël[1], FANOU Alohou Bébette[4], HOUEDO Charles Hubert[3] et SALAHOU YEKINI Abdoul-Wahab[3]

[1] Organisation pour le Service et la Vie (OSV)
[2] Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCF)
[3] Association des Scolaires et étudiants handicapés du Bénin (ASEHB)
[4] Ministère de la Famille et de l'Action Sociale (MFAS)
javoce@osvjordan.org

Résumé

La santé sexuelle et reproductive est un droit reconnu à toute personne, y compris handicapée. Pourtant, les jeunes handicapé·e·s demeurent fréquemment privé·e·s du statut même de sujets sexuels. Cet article analyse le processus social par lequel l'asexualité leur est attribuée au Bénin et ses effets sur leur vécu sexuel et reproductif. À partir d'un corpus qualitatif recueilli par vingt entretiens individuels et un entretien de groupe non directifs, menés auprès de jeunes scolaires et étudiants handicapé·e·s de huit communes du département de l'Atlantique lors d'un atelier de cocréation (Bohicon, juin 2026), une analyse thématique assistée par le logiciel NVivo met en évidence trois résultats. D'abord, l'asexualité attribuée aux personnes handicapées procède d'une double opération combinant le tabou social de la sexualité et la disqualification du corps handicapé. Ensuite, cette construction est portée d'abord par la famille et la communauté de proximité, avant d'être confortée par les services de santé. Enfin, les jeunes handicapés opposent à cette assignation une contre-parole revendiquant le droit au désir, à la conjugalité et à la maternité. L'article conclut sur la nécessité d'interventions agissant simultanément sur les représentations familiales et communautaires et sur l'accessibilité des services.

***Mots-clés** : handicap ; asexualité ; santé sexuelle et reproductive ; stigmatisation ; représentations sociales ; Bénin.*

Abstract

Sexual and reproductive health is a right recognized for every person, including those with disabilities. Yet young people with disabilities are frequently denied the very status of sexual subjects. This article examines the social process through which asexuality is ascribed to them in Benin and its effects on their sexual and reproductive lives. Drawing on a qualitative corpus gathered through twenty individual interviews and one group interview, all non-directive, conducted with young disabled pupils and students from eight communes of the Atlantique department during a co-creation workshop (Bohicon, June 2026), a thematic analysis using NVivo yields three findings. First, the asexuality ascribed to people with disabilities stems from a twofold operation combining the social taboo on sexuality and the disqualification of the disabled body. Second, this construction is carried first by the family and the proximate community, before being reinforced by health services. Third, young disabled people oppose this ascription with a counter-discourse claiming their right to desire, conjugal life and motherhood. The article concludes on the need for interventions acting simultaneously on family and community representations and on the accessibility of services.

***Keywords**: disability; asexuality; sexual and reproductive health; stigma; social representations; Benin.*

Introduction

La santé sexuelle et reproductive constitue un droit fondamental reconnu à toute personne, sans considération de son état corporel. La Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, puis la Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée en 2006, ont consacré ce principe pour les personnes handicapées : cette dernière affirme explicitement leur droit de se marier et de fonder une famille (article 23) ainsi que leur droit d'accéder, sur la base de l'égalité avec les autres, aux services de santé, y compris de santé sexuelle et reproductive (article 25). Les personnes concernées représentent une part considérable de l'humanité. Selon le Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées publié par l'Organisation mondiale de la Santé en 2022, environ 1,3 milliard de personnes - soit 16 % de la population mondiale, ou une personne sur six - vivent avec un handicap significatif, et subissent des inégalités systémiques de santé susceptibles de réduire sensiblement leur espérance de vie. Au Bénin, les données nationales (RGPH4 ; INSAE, 2013 ; cf. section 1) confirment

l'importance numérique de cette population, dont une fraction notable est composée d'adolescents et de jeunes.

Or, derrière la proclamation des droits, persiste un déni d'une autre nature, plus discret mais structurant : le déni de la sexualité elle-même. Avant d'être empêchées d'exercer leurs droits sexuels, les personnes handicapées sont fréquemment privées du statut de sujets sexuels. Elles sont perçues, et se voient renvoyées, comme des êtres pour lesquels la question du désir, de la conjugalité ou de la reproduction ne se poserait pas. Cette présomption d'asexualité, largement documentée dans les études sur le handicap, opère comme un préalable silencieux qui rend la revendication de droits sexuels socialement inaudible : on ne saurait revendiquer l'exercice d'une sexualité que l'on n'est pas censé posséder.

Le contexte béninois confère à ce phénomène une intensité particulière. La sexualité y demeure un objet socialement tabou, dont l'évocation publique reste fortement contrainte. Lorsque ce tabou rencontre le handicap, il se redouble : parler de la sexualité d'une personne handicapée devient, pour reprendre la logique exprimée par les intéressés eux-mêmes, doublement impensable. Les paroles recueillies sur le terrain l'attestent sans détour : tout se passe, selon les participants, comme si la personne handicapée n'avait pas droit au sexe. Cette assignation entre toutefois en tension frontale avec l'aspiration explicite des personnes concernées, qui revendiquent au contraire le droit à une vie sexuelle et affective épanouie.

C'est cet écart - entre le droit proclamé dans les textes, le déni opéré par les représentations sociales et l'aspiration revendiquée par les sujets - qui fonde le présent travail. La question principale est la suivante : comment se construit socialement l'asexualité des jeunes handicapé·e·s au Bénin, et avec quels effets sur leur vécu de la santé sexuelle et reproductive ? Trois questions spécifiques la déclinent : quelles représentations sociales sous-tendent le déni du droit à la sexualité de ce groupe ; par quelles instances et quels mécanismes cette désexualisation s'opère-t-elle et se transmet-elle ; comment les jeunes handicapé·e·s reçoivent-elles, intériorisent-elles ou contestent-elles cette assignation ?

L'objectif général est d'analyser le processus social de désexualisation des jeunes handicapé·e·s au Bénin et ses effets sur leur vécu sexuel et reproductif. Après avoir précisé le cadre théorique mobilisé, l'article expose la démarche méthodologique,

puis présente les résultats organisés en trois moments - les représentations fondatrices du déni, les instances de la désexualisation, et les formes de réception et de contestation - avant d'en discuter la portée.

1. Le handicap au Bénin : repères démographiques

Au Bénin, le dernier dénombrement national disponible demeure le quatrième Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH4), réalisé en 2013 par l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE, aujourd'hui Institut national de la statistique et de la démographie, INStaD). Il recense 92 495 personnes handicapées, soit environ 0,9 % d'une population de 10 008 749 habitants, dont 48 059 hommes (51,96 %) et 44 436 femmes (48,04 %). Ces personnes cumulent 102 997 handicaps, une même personne pouvant présenter plusieurs déficiences ; rapporté à la population totale, ce nombre de déficiences équivaut à environ 1 %.

Selon le type, le handicap visuel domine (37,4 %), devant le handicap auditif ou verbal (18,0 %), l'infirmité motrice cérébrale (16,9 %) et le handicap moteur (16,4 %) ; le handicap intellectuel (6,5 %) et le handicap psychosocial, ou maladie mentale (5,0 %), sont moins fréquents. Le RGPH4 met en outre en évidence deux traits structurants : la prévalence du handicap croît fortement avec l'âge, et au moins une personne handicapée sur deux (58,6 %) n'a aucun niveau d'instruction.

Ces données sont toutefois largement tenues pour sous-estimées. En 2024, à l'approche du cinquième recensement (RGPH5), la Fédération des associations de personnes handicapées du Bénin (FAPHB) a jugé l'effectif officiel non représentatif de la réalité et a appelé l'ensemble des personnes handicapées à se faire recenser afin d'obtenir des statistiques plus fiables. Ce cadrage situe la population à laquelle appartiennent les jeunes participant·e·s à la présente étude et rappelle que l'invisibilité statistique prolonge, sur le terrain des chiffres, l'invisibilité sociale ici analysée.

2. Cadre théorique et conceptuel

L'analyse articule quatre apports complémentaires. Le premier est la théorie des représentations sociales, entendues comme des systèmes de savoirs pratiques, socialement élaborés et partagés, qui orientent la perception et l'action à l'égard d'un objet (Moscovici, 1976 ; Jodelet, 1989). L'asexualité des personnes handicapées y apparaît non comme un fait, mais comme une représentation collective : une manière instituée de penser le corps handicapé qui en exclut a priori la dimension sexuelle.

Le deuxième apport est le modèle social du handicap, qui distingue la déficience - l'attribut corporel - du handicap proprement dit, ce dernier étant compris comme le produit d'une organisation sociale qui disqualifie et exclut (Oliver, 1990). Dans cette perspective, l'asexualité attribuée aux personnes handicapées ne découle pas de la déficience, mais d'une assignation produite par le regard collectif. Les travaux anthropologiques sur la place historique du corps infirme dans les sociétés en éclairent la profondeur (Stiker, 1982).

Le troisième apport relève du constructivisme de la sexualité, selon lequel les conduites sexuelles ne sont pas régies par une nature, mais par des scripts socialement institués qui définissent qui peut désirer, qui peut être désiré et dans quelles conditions (Gagnon et Simon, 1973 ; Bozon, 2018). La désexualisation des personnes handicapées se comprend alors comme leur exclusion des scripts sexuels légitimes : non que le désir leur soit interdit par décret, mais que les cadres collectifs rendant la sexualité pensable et dicible ne leur ménagent aucune place.

Le quatrième apport est l'analyse du stigmate (Goffman, 1963) et de la violence symbolique (Bourdieu, 1998). Le handicap fonctionne comme un attribut disqualifiant qui déborde sur l'ensemble de l'identité sociale, et la curiosité ordinaire à l'égard de la sexualité des personnes handicapées - les questions intrusives sur la manière dont « elles font » - opère comme une domination qui s'exerce sans se reconnaître comme telle. La dimension de genre, omniprésente, s'y articule : la femme handicapée cumule la disqualification liée au handicap et celle liée au genre.

De cet ensemble, nous proposons le concept de **fabrique sociale de l'asexualité** : l'ensemble des opérations discursives, familiales, communautaires et institutionnelles par lesquelles une

société produit et entretient la représentation de la personne handicapée comme être non sexué. Le terme de fabrique insiste sur le caractère actif et processuel de cette assignation : l'asexualité n'est pas constatée, elle est fabriquée, transmise et entretenue.

3. Méthodologie

L'étude est qualitative, à visée compréhensive. Ce choix se justifie par l'objet - le vécu et les représentations - qui relève de la signification que les acteurs donnent à leur expérience et non de la mesure. La posture est interprétative : il s'agit de reconstruire le sens que les jeunes handicapé·e·s attribuent à leur sexualité dans un contexte qui la leur dénie.

Les données ont été produites lors d'un atelier de cocréation de contenus d'éducation à la santé sexuelle, tenu à Bohicon du 17 au 19 juin 2026 et organisé par une organisation béninoise de la société civile, en collaboration avec des associations de personnes handicapées et des institutions publiques, avec l'appui financier d'une agence du système des Nations Unies. Le recueil a reposé sur vingt entretiens individuels et un entretien de groupe, tous non directifs, portant sur le vécu des personnes handicapées en matière de sexualité et de reproduction. Conformément au principe de la parole des jeunes en premier, ces entretiens laissaient les participant·e·s s'exprimer librement, sans grille de questions imposée, sur leurs perceptions, représentations et expériences relatives à la santé sexuelle et reproductive, à la planification familiale et aux violences basées sur le genre.

L'ensemble des échanges s'est déroulé dans un langage facile à comprendre, et une interprétation continue en langue des signes en garantissait l'accessibilité aux participant·e·s sourd·e·s. La parole recueillie a été consignée par quatre enquêteurs assurant une prise de notes simultanée ; ces notes ont ensuite été mises en commun et confrontées afin de constituer le corpus soumis à l'analyse.

Les participants étaient de jeunes scolaires et étudiants handicapé·e·s, membres d'associations de jeunes handicapés, issus de huit communes du département de l'Atlantique (Allada, Toffo, Zè, Abomey-Calavi, Sô-Ava, Ouidah, Kpomassè et Tori-Bossito). L'atelier réunissait vingt jeunes, diversifiés selon le sexe

et le type de handicap : onze présentaient un handicap physique ou moteur (dont quatre femmes), six un handicap visuel (dont deux femmes) et trois un handicap auditif (toutes des femmes), soit neuf femmes pour onze hommes. L'adaptation aux différents handicaps était intégrée à chaque session plutôt que traitée comme un module isolé.

Le dispositif garantissait l'accessibilité de la parole : présence continue d'interprètes en langue des signes, supports en gros caractères et en version « facile à lire », recours aux pictogrammes, salle et sanitaires accessibles aux personnes à mobilité réduite. Un dispositif de sécurité et de sauvegarde - personne focale et mécanisme d'écoute et de référencement - était disponible, en particulier autour des échanges relatifs aux violences. Ces aménagements sont décisifs sur le plan méthodologique : sans eux, les personnes sourdes - toutes des femmes dans notre échantillon -, précisément désignées par le corpus comme les plus exposées aux abus, auraient été exclues de l'expression.

Le traitement repose sur une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016 ; Braun et Clarke, 2006), conduite avec l'appui du logiciel NVivo. Le corpus a été codé, regroupé en thèmes et sous-thèmes, puis interprété au regard du cadre théorique, autour de trois axes : les représentations fondant le déni, les instances de la désexualisation, et les formes de réception et de contestation. La dimension de genre a été codée de façon transversale à chaque thème.

Sur le plan éthique, la participation reposait sur un consentement libre et éclairé, recueilli dans un format accessible à chaque type de handicap ; les énoncés sont restitués de manière anonyme ; la vulnérabilité du groupe et la sensibilité des thèmes ont justifié une vigilance renforcée et le dispositif de sauvegarde mentionné. Trois limites doivent être soulignées. Le matériau a été produit dans un cadre collectif, ce qui peut induire des effets de groupe et de désirabilité sociale ; l'échantillon, raisonné, n'a pas de prétention à la représentativité statistique ; enfin, l'étude se limite à un département. Ces limites n'entament pas la validité compréhensive des résultats, mais en circonscrivent la portée.

4. Résultats

4.1. Les représentations qui fabriquent l'asexualité

Le premier ensemble de résultats confirme que l'asexualité des personnes handicapées procède d'une double opération. Elle combine un tabou général de la sexualité et une disqualification spécifique du corps handicapé. Les participants situent d'emblée le handicap dans le prolongement d'un interdit déjà actif :

« Parler de la sexualité était déjà un sujet tabou ; maintenant que la personne porte un handicap, elle est doublement stigmatisée. »

De ce redoublement naît la représentation centrale : la personne handicapée n'aurait pas accès à la sexualité, ni comme sujet désirant ni comme objet de désir. Le déni du droit au sexe est formulé explicitement :

« Tout se passe comme si la personne handicapée n'avait pas droit au sexe. »

Cette désexualisation s'appuie sur une disqualification du corps handicapé comme corps désirable et reproductif. Les femmes handicapées en sont les premières visées : on les juge incapables de tenir un foyer ou de mener une grossesse, et l'on redoute qu'elles ne « transmettent » le handicap.

« Les gens disent que les femmes handicapées ne peuvent pas exécuter les activités ménagères ni garder la grossesse. »

« Être une femme handicapée est encore plus difficile, car les gens disent qu'elles enfanteront des personnes handicapées. »

La disqualification s'étend à la valeur sociale de la personne, assimilée à une charge et arrimée à la pauvreté. Le handicap est posé comme synonyme de dépendance économique, jusqu'à disqualifier l'investissement éducatif lui-même :

« La personne handicapée est une charge sociale. »

« Pour certaines personnes, investir dans l'éducation d'une personne handicapée est une dépense inutile. »

La dimension reproductive du déni se donne ici à voir : parce qu'on suppose les personnes handicapées hors du champ de la sexualité, on les suppose aussi sans besoin de planification familiale. Le corpus rapporte cette présomption avec netteté - les femmes handicapées « n'auraient pas besoin de contraception » -, présomption que les pratiques effectives, on le verra, démentent.

4.2. Les instances et mécanismes de la désexualisation

Le deuxième ensemble de résultats confirme que la fabrique de l'asexualité est portée d'abord par les instances de proximité, avant d'être confortée par les institutions. Contrairement à une intuition courante qui situerait la discrimination d'abord dans l'espace public ou sanitaire, les participants désignent la famille comme premier lieu de la stigmatisation :

« La discrimination ou la stigmatisation des personnes handicapées est au niveau de la famille. »

La belle-famille apparaît comme une instance déterminante de contrôle de l'alliance, capable de rompre des unions au seul motif du handicap :

« Six ans de relation interrompue par la belle-famille pour cause de la situation de handicap. »

La communauté relaie ce travail de disqualification par le regard et par la question. La curiosité ordinaire, présentée comme anodine, fonctionne comme une violence symbolique qui réifie le corps handicapé en objet d'examen :

« On pose des questions embarrassantes sur la manière dont les personnes handicapées font l'amour. »

« Les hommes veulent découvrir comment elles font l'amour ; ils sont curieux juste pour découvrir, et non pour aller réellement au mariage. »

Cette curiosité dessine une frontière entre les corps légitimes et les corps disqualifiés, et expose particulièrement les femmes ayant un handicap sensoriel, dont la vulnérabilité est convertie en occasion d'abus :

« Les personnes sourdes sont abusées sexuellement. »

Les services de santé, enfin, confortent la désexualisation plutôt qu'ils ne la corrigent. L'accueil y est jugé de mauvaise qualité et les propos du personnel, désobligeants, en particulier dans les maternités :

« Les propos désobligeants de la part du personnel de santé, notamment dans les maternités. »

« L'accueil est de mauvaise qualité dans les centres de santé. »

À ce continuum d'instances s'ajoute une exclusion programmatique : les personnes handicapées sont tenues à l'écart des actions mêmes qui prétendent les informer et les protéger. Le

corpus signale que les personnes handicapées sont exclues des activités de sensibilisation - paradoxe qui redouble le déni en le privant de tout espace de contestation institué.

4.3. Réception, intériorisation et contestation

Le troisième ensemble de résultats confirme que les jeunes handicapé·e·s ne sont pas passives face à cette assignation. Une première modalité de réception est l'intériorisation : le regard social entame l'estime de soi et installe une auto-stigmatisation, jusqu'à transformer l'acceptation conjugale en dette.

« Le regard social entraîne parfois chez les personnes handicapées, le manque de confiance en elles. »

« Il faut que les personnes handicapées soient reconnaissantes envers ceux qui les acceptent. »

Mais à cette intériorisation répond une contre-parole qui revendique explicitement le statut de sujet sexuel et le droit à l'alliance et à la dignité :

« Les personnes handicapées ont droit au mariage et à une sexualité épanouie. »

« Les personnes handicapées doivent avoir confiance en elles-mêmes et lutter pour leur dignité. »

Cette revendication s'appuie sur des pratiques effectives qui démentent la présomption d'asexualité et de non-besoin contraceptif. Des jeunes handicapés vivent en couple, désirent espacer les naissances et recourent à la contraception au terme d'une décision conjugale délibérée :

« Je voudrais que ma femme se repose un peu avant de tomber enceinte ; pour cela, nous avons décidé qu'elle prenne une méthode contraceptive. »

« Le coït interrompu est inefficace, et c'est pour cela que nous avons eu deux enfants sans le programmer véritablement. »

Enfin, les participants perçoivent et nomment un changement social. La sortie de l'invisibilité est lue comme un progrès, même inachevé :

« Avant, les personnes handicapées étaient cachées ; aujourd'hui, les choses ont évolué et elles sont plus considérées et écoutées. »

La réception de l'assignation à l'asexualité oscille ainsi entre intériorisation et contestation, les jeunes handicapés travaillant

activement l'écart entre la norme sociale qui les désexualise et leur aspiration à une vie sexuelle, conjugale et reproductive.

5. Discussion

Les résultats valident les trois hypothèses de l'étude. La première - l'asexualité comme double opération combinant tabou de la sexualité et disqualification du corps handicapé - est confirmée par la convergence des énoncés sur le redoublement du tabou et sur l'incapacité présumée des femmes handicapées à la maternité et au foyer. Conformément au modèle social du handicap (Oliver, 1990) et au constructivisme de la sexualité (Gagnon et Simon, 1973 ; Bozon, 2018), l'asexualité n'apparaît pas comme une propriété de la déficience, mais comme une représentation sociale (Jodelet, 1989) qui exclut les personnes handicapées des scripts sexuels légitimes.

La deuxième hypothèse - la primauté des instances de proximité - est elle aussi confirmée, avec un résultat notable : la famille, et singulièrement la belle-famille, précède la communauté et les services dans le travail de désexualisation. Ce constat déplace l'attention habituellement portée sur les barrières sanitaires vers l'espace domestique, qui constitue le premier maillon de la fabrique. Les services de santé n'en sont pas exonérés : l'accueil défavorable et les propos désobligeants y prolongent la disqualification, illustrant comment le stigmate (Goffman, 1963) circule du domestique à l'institutionnel. La curiosité intrusive documentée dans le corpus relève quant à elle de la violence symbolique (Bourdieu, 1998) : elle s'exerce sous les espèces de l'anodin et trace une frontière entre corps légitimes et corps disqualifiés.

La troisième hypothèse - l'existence d'une contre-parole - est confirmée par la coexistence, chez les mêmes acteurs, d'une auto-stigmatisation et d'une revendication active du droit au désir, à la conjugalité et à la reproduction. Les pratiques contraceptives décrites par des couples handicapés démentent empiriquement la présomption de non-besoin et révèlent l'écart entre l'assignation sociale et l'expérience vécue. Les jeunes handicapés se constituent ainsi en sujets qui négocient leur place plutôt qu'en objets passifs du regard social.

La dimension de genre traverse l'ensemble : la femme handicapée subit une disqualification cumulative, à la fois comme femme et comme personne handicapée, qui la rend plus vulnérable au rejet conjugal, aux abus et au déni de maternité. Cette double stigmatisation appelle, dans les interventions, une attention spécifique. La composition même de l'échantillon - neuf femmes sur vingt, et la totalité des participants sourds de sexe féminin - donne à cette double stigmatisation une résonance empirique directe.

Sur le plan programmatique, ces résultats invitent à dépasser les approches centrées sur la seule accessibilité des services. Agir sur la fabrique de l'asexualité suppose d'intervenir simultanément sur les représentations familiales et communautaires - premier maillon du déni -, d'améliorer la qualité de l'accueil et la formation des prestataires, et d'inclure effectivement les personnes handicapées dans les dispositifs de sensibilisation dont elles sont aujourd'hui exclues. L'approche de cocréation, qui place les jeunes handicapés en position d'auteurs, constitue à cet égard une piste prometteuse de reconfiguration des représentations.

Les limites déjà évoquées - cadre collectif de production des énoncés, échantillon raisonné, terrain départemental unique - invitent à la prudence dans la généralisation. Des recherches ultérieures pourraient comparer les départements, distinguer plus finement les types de handicap et croiser le point de vue des familles et des prestataires avec celui des jeunes.

Conclusion

Cet article a analysé la manière dont l'asexualité des jeunes handicapé·e·s est socialement fabriquée au Bénin et ses effets sur leur vécu de la santé sexuelle et reproductive. L'asexualité n'y est pas un fait de nature, mais une représentation produite par une double opération - tabou de la sexualité et disqualification du corps handicapé -, portée d'abord par la famille et la communauté avant d'être confortée par les services, et contestée par une contre-parole qui revendique le droit au désir, à la conjugalité et à la maternité. En nommant cette fabrique, l'étude entend déplacer le regard de la déficience vers les opérations sociales qui la transforment en handicap sexuel, et fonder des interventions qui agissent sur les représentations autant que sur les services.

Reconnaître les jeunes handicapé·e·s comme sujets sexuels à part entière constitue la condition première de l'effectivité de leurs droits.

Références

BOURDIEU Pierre, 1998. *La domination masculine*, Seuil, Paris

BOZON Michel, 2018. *Sociologie de la sexualité* (4e éd.), Armand Colin, Paris

BRAUN Virginia & CLARKE Victoria, 2006, « Using thematic analysis in psychology », in Qualitative Research in Psychology, Vol. 3, N°2, pp. 77-101

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES HANDICAPÉES DU BÉNIN (FAPHB), 2024, « Cinquième Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH5) : la FAPHB invite toute la population, en particulier les personnes handicapées, à se faire recenser », Droits Humains Infos.

GAGNON John H. & SIMON William, 1973. *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*, Aldine, Chicago

GOFFMAN Erving, 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE), 2013. *Quatrième Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH4), Tome 6 : Caractéristiques des groupes spécifiques*, INSAE, Cotonou

JODELET Denise (dir.), 1989. *Les représentations sociales*, PUF, Paris

MOSCOVICI Serge, 1976. *La psychanalyse, son image et son public* (2e éd.), PUF, Paris

NATIONS UNIES, 2006. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, Nations Unies, New York

OLIVER Michael, 1990. *The Politics of Disablement*, Macmillan, Basingstoke

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, 1994. *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, ONU, Le Caire

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2022. *Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées*, OMS, Genève

PAILLÉ Pierre & MUCCHIELLI Alex, 2016. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.), Armand Colin, Paris
STIKER Henri-Jacques, 1982. *Corps infirmes et sociétés*, Aubier Montaigne, Paris