

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Guide d'accompagnement à l'intervention en matière de santé sexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA

Janvier 2021

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement de pratiques cliniques s'inspirant des meilleures pratiques.

Caroline Bouffard, coordonnatrice du programme spécialisé TSA 7 ans et plus
Laurence Pérusse-Tardif, coordonnatrice des programmes spécialisés TC-TGC et Nexus
Annie Couture, directrice adjointe, direction programmes déficiences

Véronique Longtin, psychoéducatrice et conseillère-experte au SQETGC ainsi que Carole Boucher, sexologue, pour la relecture du guide.

Nous remercions aussi les autres CISSS et CIUSSS de la province pour avoir partagé leurs documents et leur expertise dans le cadre du séminaire provincial de développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles. Ce guide d'intervention s'est inspiré des documents provenant du CRDITED-Estrie (2011) et du CISSS des Laurentides (2015). Les travaux d'Isabelle Hénault et Yves Claveau, sexologues, ont grandement guidé le contenu de ce présent guide.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, janvier 2021.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
LEXIQUE	6
AVANT-PROPOS	8
INTRODUCTION	9
1. CHAMPS D'APPLICATION	10
1.1. Clientèle cible	10
1.2. Problématique	10
2. OBJECTIFS DU GUIDE	11
3. ATTITUDES ET COMPÉTENCES REQUISES	11
4. MODALITÉS	13
4.1. Développement des connaissances et compétences des intervenants et professionnels	13
4.2. Sensibilisation et soutien aux proches et aux partenaires	13
4.3. Éducation à la santé sexuelle	13
4.4. Mise en œuvre d'un continuum de soutien clinique	14
4.4.1. Cheminement d'une demande de soutien clinique	15
4.4.2. Les modalités de soutien	17
5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	19
6. THÉMATIQUES ET ORIENTATIONS CLINIQUES	20
6.1. Développement psychosexuel	20
6.2. Comportements sains et appropriés	21
6.3. Thématiques et orientations cliniques	21
6.4. Troubles graves de la sexualité et orientations cliniques	22
CONCLUSION	65
LISTES DES ANNEXES	66
RÉFÉRENCES	67
ANNEXE A SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE	72
ANNEXE B AIDE-MÉMOIRE CLINIQUE – COLLECTE DE DONNÉES EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ	73
ANNEXE C AIDE À LA RÉFLEXION QUANT À L'ORIENTATION D'UNE DEMANDE VERS LA MODALITÉ DE SOUTIEN CLINIQUE	75

ANNEXE D CATÉGORISATION DES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES	77
ANNEXE E DÉVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL	78
ANNEXE F RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	80
ANNEXE G TABLEAU RÉSUMÉ DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)	84
ANNEXE H DÉFINITIONS DES TROUBLES PARAPHILIQUES	87

Liste des abréviations et des acronymes

CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'acte criminel
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
DIS	Déficiência intellectuelle sévère
DIP	Déficiência intellectuelle profonde
DPD	Direction des programmes Déficiences
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
MDA	Maintien des acquis
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressource de type familial
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TC	Trouble du comportement
TGC	Trouble grave du comportement
TGS	Trouble grave de la sexualité
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Lexique

Autodétermination	« Habilétés et attitudes requises chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus. » (Lachapelle et Wehmeyer, 2003; CISSSMO, 2019)
Intimité avec soi	L'intimité avec soi se caractérise par la capacité d'être en relation avec son individualité en fonction de ses talents, qualités, limites, aptitudes, goûts, projets de vie, peurs, rêves, croyances, etc. Le concept de soi est relié au degré de connaissance de soi ainsi qu'à la qualité du rapport à soi-même. Il peut se manifester de différentes façons telles que par les sensations du corps, aux pensées et aux émotions (CISSS des Laurentides, 2015).
Intimité avec autrui	L'intimité avec autrui est propre à chacun. De façon générale, elle se définit par la qualité et la profondeur qu'une personne perçoit des échanges et de la relation de proximité avec l'autre. Elle comprend les notions de proximité, d'acceptation, de réciprocité, de complicité, d'empathie, d'approbation, de confiance, d'engagement, de partage, de révélation de soi et d'accueil de l'autre dans le respect. Elle se vit dans les différentes relations familiales, amicales, amoureuses et sexuelles. Une relation intime mature demande une reconnaissance et une conscience de soi et de l'autre comme étant deux êtres uniques et distincts (CISSS des Laurentides, 2015).
Participation sociale	La participation sociale est « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux ». La participation sociale optimale, quant à elle, « correspond à un certain équilibre, une convenance entre les facteurs personnels et environnementaux qui permet une réalisation des habitudes de vie jugée satisfaisante par l'utilisateur, ses proches » (CISSSMO, 2019).
Personne en situation de vulnérabilité	« C'est une personne majeure dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique. » (<i>Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité</i> , 2016)
Santé sexuelle	« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » (Santé Canada, 2008)
Situation de handicap	« La situation de handicap provient du fait que les caractéristiques de la déficience entraînent, ou risquent d'entraîner, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) qui risquent de réduire la réalisation des habitudes de vie, ce qui entrave l'actualisation d'un projet personnel de réadaptation. » (CISSSMO, 2019)
Sexualité	Selon l'Organisation mondiale de la santé (2002) et Santé Canada (2003), « la sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité peut inclure toutes ces dimensions, qui ne sont toutefois pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La

sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels ».

Ces différents facteurs influencent le développement de l'identité tout au long de la vie. La sexualité évolue dans le temps et est régulée par des normes sociales qui indiquent ce qui est valorisé, normal ou interdit. Elle est interreliée et influencée par l'estime de soi. L'expression de la sexualité est un droit qui suppose des responsabilités autant sociales qu'individuelles (CRDITED-Estrie, 2011).

Usager

Désigne la personne qui reçoit des services à la DPD (CISSSMO, 2019).

Vie affective

La vie affective comprend l'ensemble des émotions qu'une personne ressent ainsi que ses états d'âme et sensations internes (peur, joie, paix, sérénité, accomplissement, lâcher-prise, bonheur, insatisfaction, conflit, détresse, découragement, etc.). Elle peut se vivre avec soi ou autrui et se manifester dans différentes relations (familiales, amicales, professionnelles, amoureuses, relations d'aide, etc.) (CISSS des Laurentides, 2015).

Vie amoureuse

La vie amoureuse est une relation entre deux personnes fondée sur l'existence d'un sentiment amoureux partagé. Cette relation présente un mouvement continu de l'expérience émotionnelle et des besoins affectifs (Larivey, 2001). La vie amoureuse comprend, à différents degrés, les dimensions suivantes : intimité, sexualité, attachement, préoccupation de l'autre et sincérité.

Vie intime

La vie intime se réfère à ce qui est privé et intime. Ce sont des aspects de soi ou de notre vie que l'on souhaite garder secrets, pour soi, ou que l'on choisit de partager avec une ou des personnes intimes. La vie intime peut se vivre avec soi-même ou avec autrui.

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

La Direction des programmes Déficiences (DPD) offre des services d'adaptation et de réadaptation à une clientèle qui présente une déficience physique (DP) motrice, auditive ou langagière, une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

La DPD a pour mandat d'offrir des services spécifiques sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et des services spécialisés sur l'ensemble de la Montérégie.

L'offre de service est structurée par programmes afin d'offrir des services spécialisés et adaptés aux besoins de la population. Le présent guide d'accompagnement à l'intervention s'adresse spécifiquement aux intervenants travaillant auprès de la clientèle ayant un diagnostic de **TSA** ou de **DI** recevant des services spécialisés de réadaptation. Ces services visent à favoriser l'intégration ainsi que la participation sociale des usagers. Cette clientèle se retrouve dans les programmes spécialisés suivants :

- Déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme – déficience motrice et déficience du langage 0-6 ans (DI-TSA-DM-DL 0-6);
- Déficience intellectuelle (DI) 7 ans et plus;
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) 7 ans et plus;
- Intégration scolaire et communautaire – déficience intellectuelle sévère et profonde et déficiences multiples (PISC-DIS-DIP-DMS);
- Intégration au travail (PIT) et logement à soutien gradué (LSG);
- Trouble du comportement (TC) et trouble grave du comportement (TGC);
- Nexus (comportements antisociaux);
- Services résidentiels : ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF).

Le mandat ainsi que la clientèle des centres de réadaptation qui offraient auparavant les services à ces usagers ont évolué dans les dernières années. D'une clientèle ayant majoritairement une DI s'est ajoutée une clientèle ayant un TSA sans DI. Les problématiques se sont aussi complexifiées, demandant davantage d'expertise et de spécialisation de la part des intervenants et professionnels œuvrant auprès de cette clientèle. Parallèlement, les mœurs et coutumes de la société ont évolué donnant place à une plus grande ouverture et acceptation des personnes vivant avec un handicap. Il est maintenant souhaité et attendu de permettre à ces personnes de s'épanouir dans leur vie intime, affective, amoureuse et sexuelle.

Ce guide s'inscrit dans un contexte d'élaboration d'un continuum de soutien clinique aux intervenants en matière de santé sexuelle chez la clientèle présentant une DI ou un TSA. Il se veut un outil général pour l'ensemble des programmes spécialisés. D'une part, il permet de bonifier et clarifier le soutien clinique offert aux équipes à la DPD et, d'autre part, il permet d'offrir des balises claires aux intervenants afin d'harmoniser l'éducation à la santé sexuelle et l'encadrement des situations à risque pour la clientèle, son entourage et le personnel. Il fera donc état des dernières données sur les thèmes concernés ainsi que la prévention de l'apparition et de l'aggravation des problématiques sexuelles. Le tout en conformité avec les meilleures pratiques, les normes sociales et les principes légaux concernés.

La participation à la série de séminaires en matière de santé sexuelle et la communauté de pratique organisée par le SQETGC ont permis de valider notre démarche afin de s'assurer que le niveau de soutien fourni permet de respecter les limites des mandats de chacun et de répondre adéquatement aux besoins de la personne présentant une DI ou un TSA.

1. Champs d'application

1.1. Clientèle cible

Ce guide concerne l'ensemble des usagers, de tous âges, présentant un diagnostic de TSA et/ou de DI (DI-TSA) recevant des services spécialisés à la DPD. Parmi ces usagers, nous retrouvons aussi des personnes ayant un trouble de la communication sociale, un trouble de comportement (TC), un trouble grave de comportements (TGC), un trouble grave de la sexualité (TGS) ainsi que des comportements antisociaux. Certains vivent dans leur milieu familial, un milieu de vie autonome ou dans des ressources d'hébergement comportant divers niveaux d'encadrement selon les besoins spécifiques de chacun.

1.2. Problématique

Une des particularités principales des personnes présentant un **TSA** est un déficit au niveau des interactions et de la communication sociale. Par exemple, les particularités au niveau de la conscience sociale ainsi que la théorie de l'esprit (soit la capacité d'une personne d'attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui) peuvent les amener à s'engager dans des comportements socialement inacceptables. De plus, elles vivent souvent un écart dans leur maturité, la maturité physique se développant plus rapidement que la maturité sociale.

Pour les personnes présentant une **DI**, il est souvent plus ardu pour elles de s'adapter à leur environnement, d'établir un lien de cause à effet ou encore de se projeter dans le temps. Leurs limitations peuvent les amener à être plus influençables, donc plus vulnérables dans les situations de séduction. Une prédominance de l'affectif sur l'intellectuel peut aussi être observée, ce qui les amène parfois à prôner le principe de plaisir sur le principe de réalité (Dionne et Dupras, 2014).

Vulnérabilité

Un grand pourcentage de la clientèle présentant une DI ou un TSA se retrouve malheureusement en **situation de vulnérabilité** quant à leur santé sexuelle. Par exemple, des expériences sociales plus limitées, la présence de déficits dans les habiletés sociales, un décalage dans la maturité affective, des difficultés de communication ainsi qu'une certaine dépendance à autrui sont des obstacles considérables aux relations interpersonnelles, celles-ci étant déterminantes pour favoriser l'intégration et la participation sociale.

D'ailleurs, cette clientèle reçoit moins d'éducation à la santé sexuelle que la population générale et possède moins d'informations quant à leurs droits (Schaafsma, Kok, Stoffelen et Curfs, 2015; Héneault, 2018). L'absence ou la mauvaise **information** sont des facteurs de risque à l'apparition de comportements sexuels inappropriés.

La clientèle présentant une DI ou un TSA vit souvent dans des **milieux** plus restrictifs ou empreints de surprotection. Il est important de noter que les interdits liés à la sexualité peuvent mener à un refoulement des pulsions et à un accroissement des risques d'apparition de comportements inappropriés ou problématiques. Ceux-ci peuvent mettre la personne dans des situations à risque ou même être judiciairisés.

Situation de handicap

Une réponse suffisante à la prévention des problématiques sexuelles chez la clientèle présentant une DI ou un TSA est un défi de taille pour les services de première ligne. D'ailleurs, les services d'éducation sexuelle à la population générale sont peu adaptés ce qui amène une plus faible

acquisition de connaissances ainsi qu'un environnement d'enseignement peu propice à leur participation. Ceci crée une situation de handicap importante pour ces personnes.

Éducation et prévention

L'augmentation des habiletés sociales ainsi que l'accès à une éducation sexuelle sont des facteurs de protection reconnus aux situations d'abus (Miller et al., 2016, cités dans INESS, 2019). Augmenter les connaissances des intervenants ainsi que les habiletés de la clientèle est indispensable et permettrait de favoriser l'expression saine, normative et positive des comportements sexuels. Dans ce contexte, le défi des intervenants reste à trouver un équilibre entre l'autodétermination des usagers et la protection contre les abus (INESS, 2019).

2. Objectifs du guide

- Promouvoir une vie affective, intime, amoureuse et sexuelle saine chez la clientèle présentant une DI ou un TSA ainsi que son épanouissement;
- Outiller les intervenants afin de prévenir l'apparition, le développement ou l'aggravation des comportements problématiques liés à la sexualité ainsi que les situations d'abus, d'exploitation ou de discrimination.
- Déployer un soutien clinique aux intervenants afin d'assurer des services spécialisés adaptés aux besoins de chaque usager;
- Soutenir la conscientisation des familles et des milieux de vie des usagers sur les enjeux entourant leur sexualité et leur vie intime, affective et amoureuse afin qu'ils soient mieux outillés et informés;

3. Attitudes et compétences requises

Afin d'assurer des interventions propices à l'apprentissage et au développement d'une santé sexuelle et d'une vie intime, affective et amoureuse, les intervenants œuvrant auprès de la clientèle présentant une DI ou un TSA doivent avoir certaines compétences ainsi que des attitudes facilitantes (tableau I).

Tableau I²
Attitudes et compétences requises

	À privilégier	À éviter
Savoir-être (attitudes)	• Connaître et respecter ses limites personnelles • Identifier et gérer ses réactions émotives • Faire preuve d'objectivité et de distance émotive (neutralité) • Adopter une attitude d'ouverture, d'acceptation, de souplesse et d'empathie • Faire preuve d'introspection afin de se questionner sur ses propres valeurs et croyances • Se référer au soutien clinique de son programme lorsque nécessaire • Respecter les droits de la personne, son intimité et la légitimité de ses besoins	• Éviter d'accoler une étiquette à la personne • Éviter toute attitude infantilissante, répressive, contrôlant, culpabilisante ou punitive

² Inspiré de Claveau, 2018 et basé sur le *Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés* (CISSSMO, 2019).

Savoir (connaissances)	• Maîtriser les approches et concepts entourant la santé sexuelle • Connaître le développement psychosexuel • Connaître les problématiques et l'éthique en matière de santé sexuelle • Connaître son rôle, en lien avec sa propre expertise	• Ne pas intervenir si vous n'avez pas les connaissances ni les compétences ou si vous vivez un inconfort
Savoir-faire (habiletés, capacités)	<u>Approches</u> • Adopter une approche d'intervention positive, constructive, proactive et responsabilisante (viser l'autodétermination) • Adopter une approche personnalisée et considérer les valeurs culturelles et religieuses de l'utilisateur et de son entourage • Utiliser les forces, capacités et intérêts de l'utilisateur afin d'augmenter la collaboration et la motivation • Procéder à une analyse multidimensionnelle des besoins ainsi qu'une analyse fonctionnelle du comportement; • Adopter une approche constante et cohérente (s'assurer que les outils et moyens soient disponibles dans les différents milieux de vie de l'utilisateur) • Favoriser une approche collaborative avec les différents milieux, lorsque pertinent (ne porte pas préjudice), avec l'autorisation de l'utilisateur <u>Interventions</u> • Intervenir dans un endroit neutre à un moment où l'utilisateur est réceptif et disposé • Offrir des moyens éducatifs clairs, simples et appuyés sur du matériel visuel adapté à l'utilisateur (aide à conceptualiser, comprendre et généraliser les connaissances) • Utiliser des jeux de rôles, mises en situation et interventions éducatives ludiques proposés dans les programmes spécialisés, tout en conservant la rigueur clinique	• Éviter les changements d'intervenants ou d'être trop nombreux à intervenir sur la sexualité (questions intrusives non justifiées) • Ne jamais intervenir dans la chambre de l'utilisateur • Ne jamais intervenir dans une pièce commune du milieu de vie en présence de tierces personnes ou de pairs • Éviter les messages ou propos contradictoires • Éviter de vous prendre en exemple

De plus, les **valeurs** qui doivent sous-tendre chaque intervention sont :

- Le respect de la vie privée et de l'intimité de la personne (ne pas être intrusif, la santé sexuelle est personnelle et ne regarde que la personne à moins d'une problématique ou qu'elle ait des préoccupations à ce sujet);
- La reconnaissance du droit à l'expression d'une vie saine en matière de santé sexuelle des personnes présentant une DI et/ou un TSA;
- La responsabilisation et l'autodétermination (participation active de l'utilisateur et de ses proches);
- Le respect de l'individualité et de l'unicité de la personne;
- Le respect d'égalité des personnes et du consentement libre et éclairé;
- Le respect de la liberté de l'orientation sexuelle, de l'identité, des désirs et des choix.

4. Modalités

4.1. Développement des connaissances et compétences des intervenants et professionnels³

Considérant l'importance d'intervenir en amont des difficultés au niveau sexuel, il est souhaité de développer des modalités de formation afin d'augmenter l'expertise des intervenants et professionnels œuvrant auprès de la clientèle présentant une DI ou un TSA.

Formation de base

La formation de base vise une **sensibilisation** à la santé sexuelle. Elle concerne des thèmes de nature **préventive** et permet de guider le dépistage des situations à risque ou pouvant bénéficier d'une analyse plus approfondie. La formation vise un changement d'attitude vis-à-vis la santé sexuelle de la clientèle pour ainsi la promouvoir. Il est important que chaque équipe clinique tienne à jour ses connaissances dans le domaine.

Formation spécialisée

La formation spécialisée vise le développement des **compétences** des différents intervenants et professionnels en matière de santé sexuelle, plus particulièrement aux professionnels offrant le soutien clinique à leur programme⁴, aux psychologues et aux intervenants ciblés pour animer les groupes d'éducation sociosexuelle. Cette formation explore plus en détail les **difficultés sexuelles**, les interventions à préconiser ainsi que les **TGS**. Elle est généralement d'une durée de plusieurs jours.

4.2. Sensibilisation et soutien aux proches et aux partenaires

D'une part, ce service est offert aux milieux, à la famille, aux proches, aux ressources d'hébergement ou toute autre personne impliquée dans la vie d'un usager et pouvant bénéficier d'un soutien (modalités de groupe ou individuelle). Il permet de transmettre de l'information sur les **stratégies d'interventions** à préconiser ainsi qu'offrir du **coaching**. Ce soutien est offert par les intervenants dans le cadre de leurs interventions et de leur collaboration avec les divers milieux.

D'autre part, un service de soutien spécialisé est offert aux partenaires qui accueillent ou desservent des personnes présentant une DI ou un TSA qui ne sont pas forcément desservies par un des programmes.

4.3. Éducation à la santé sexuelle

Afin de faire l'éducation à la santé sexuelle auprès de la clientèle présentant une DI ou un TSA, des **programmes** d'éducation sociosexuelle ont été développés pour accompagner les intervenants dans la mise en place d'activités d'éducation⁵. Cette éducation peut se faire afin d'éviter, limiter ou diminuer les problématiques futures. Elle peut aussi se réaliser lorsque l'usager vit déjà avec des

³ Les modalités précises de l'offre de services sont à définir.

⁴ Dans le présent document, ces professionnels font référence aux titres d'emploi relevant de fonctions similaires (ex. : spécialiste en activités cliniques, soutien clinique aux gestionnaires, professionnel responsable du soutien clinique, etc.)

⁵ Pour une liste de programmes, consulter l'annexe D du guide d'interventions cliniques du Service québécois d'expertise en trouble grave de comportements (SQETGC) à l'adresse suivante : http://sqetgc.org/developper_l'expertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/

difficultés afin d'être informé et éduqué sur les comportements sains, adéquats et socialement acceptables.

Une éducation efficace en matière de **santé sexuelle** vise les éléments suivants (Agence de la santé publique du Canada, 2008) :

- Acquérir des connaissances au sujet de questions précises concernant la santé sexuelle;
- Acquérir la confiance, la motivation et le discernement nécessaires pour appliquer ces connaissances;
- Acquérir les aptitudes et habiletés nécessaires pour rehausser la santé sexuelle et ainsi éviter les difficultés;
- Participer à la création d'un milieu sûr, sécuritaire et inclusif favorisant la santé sexuelle.

Lors de l'éducation à la santé sexuelle, il importe de considérer l'**âge** de la personne, son niveau de **maturité** et de **développement** ainsi que ses références **culturelles** et **sociales** afin de s'assurer de ne pas instaurer des préoccupations plus importantes que ce qu'elle est en mesure/prête à comprendre ou au contraire à l'infantiliser.

À la DPD, plusieurs programmes sont accessibles. D'abord, des **groupes d'éducation sociosexuelle** sont offerts dans le programme TSA pour les usagers présentant un TSA âgés de 12 ans et plus ainsi qu'à leurs parents. Ces groupes sont la première modalité à envisager pour cette clientèle. Pour les usagers ne pouvant faire partie de ces groupes, des modalités individuelles ou de groupes restreints peuvent être envisagées ainsi que des demandes interprogrammes pour les usagers provenant d'un autre programme.

Le **programme PÉSSADI** (programme d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une DI) est disponible pour la clientèle ayant une DI légère à moyenne âgée entre 10 et 15 ans. Ce programme est donné en individuel à l'usager et se fait en co-intervention avec les parents, ou le milieu familial, qui ont la responsabilité de cette éducation.

Le **programme ÉVAAS** (éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle) est accessible pour la clientèle présentant une DI moyenne âgée de 16 ans et plus. Ce programme peut être donné en groupe, groupe restreint ou en individuel selon les besoins.

D'autres programmes d'éducation sexuelle peuvent être accessibles. Se référer au soutien clinique du programme et au centre de documentation.

Il revient à l'intervenant, en collaboration avec le soutien clinique du programme, de juger cliniquement ce qui convient le mieux à un usager selon la situation de chacun. Les modalités peuvent différer. L'intervenant et le soutien clinique du programme détermineront ensemble le programme et les thèmes qui conviennent à l'usager.

4.4. Mise en œuvre d'un continuum de soutien clinique

Lorsqu'un élément dans le domaine de la santé sexuelle ressort de l'analyse multidimensionnelle des besoins d'un usager, un processus de **soutien clinique** est offert à l'ensemble des programmes spécialisés desservant la clientèle présentant une DI-TSA à la DPD.

Si des besoins, questionnements, enjeux ou problématiques ressortent de l'évaluation faite par l'intervenant pivot, ou lors du suivi avec l'usager, une demande de soutien clinique **doit** se faire. En présence d'un TGS⁶, ou en cas de doutes, une demande de soutien clinique est aussi exigée. À ce moment, différentes modalités de soutien sont offertes selon les besoins de l'intervenant ainsi que la gravité de la situation. Les modalités vont d'une consultation avec le soutien clinique du programme jusqu'à une consultation avec un sexologue clinicien spécialisé. L'[annexe A](#) illustre l'ensemble de ces services.

⁶ Voir section sur les [TGS](#) pour plus d'informations.

4.4.1. Cheminement d'une demande de soutien clinique

D'abord, l'intervenant pivot fait une demande afin de rencontrer le soutien clinique de son programme. Toute demande doit passer par ce dernier. Ensuite, les différentes modalités de soutien offertes suivent une trajectoire telle que résumée dans le schéma suivant (voir l'[annexe A](#) pour la trajectoire détaillée) :

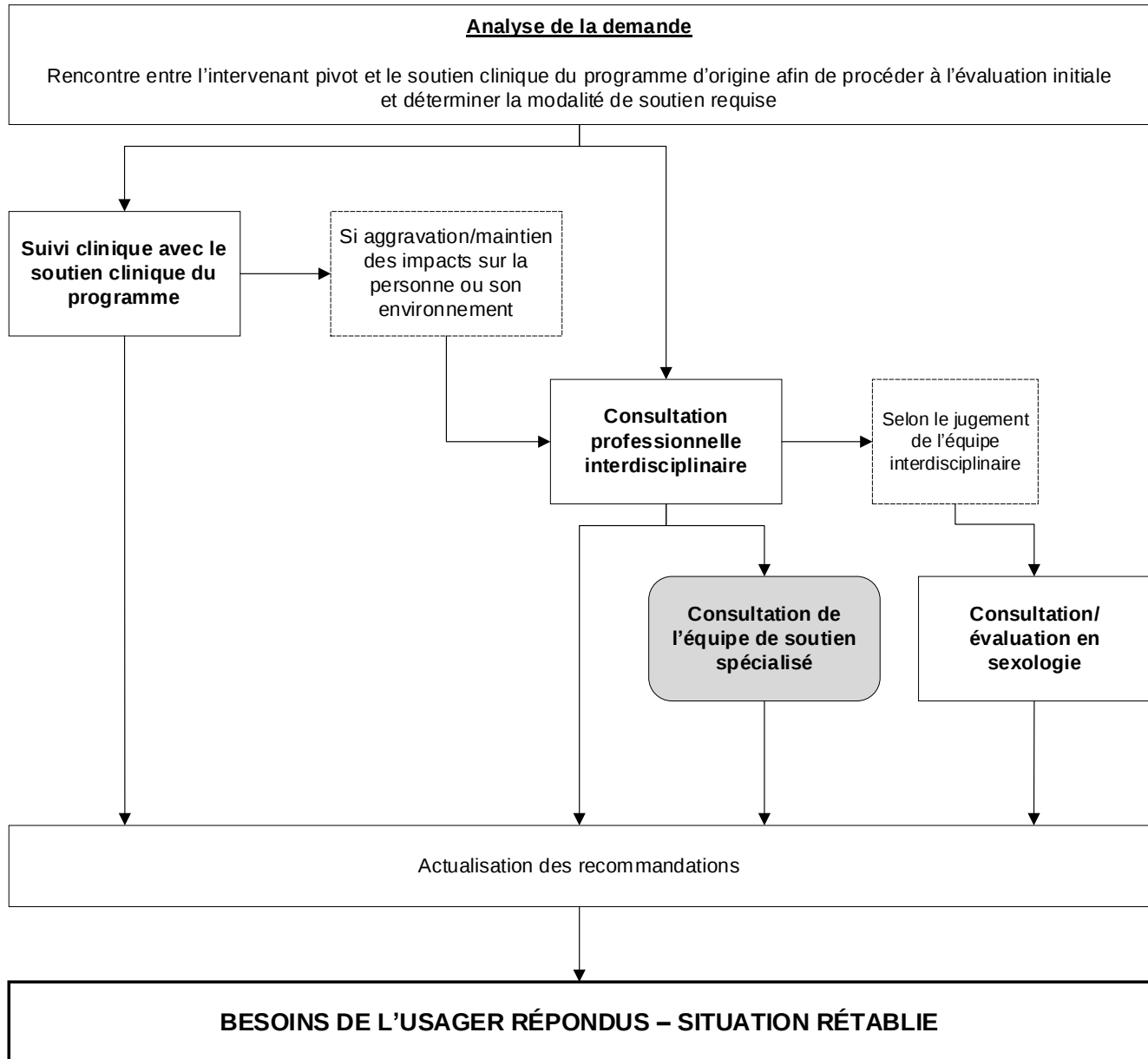


Schéma 1 – Cheminement d'une demande de soutien clinique

En **préparation** à la rencontre initiale, l'intervenant pivot doit s'assurer d'avoir les informations pertinentes permettant une analyse juste et objective de la situation (voir l'[annexe B](#) – *Aide-mémoire à la préparation d'une consultation en matière de sexualité*). Ce document guide la collecte de données et est laissé au jugement clinique de l'intervenant selon ce qui est approprié et pertinent. En aucun cas, un intervenant n'est dans l'obligation de questionner un usager sur un sujet qui le rend mal à l'aise ou qui n'est pas pertinent dans l'analyse de la situation (éviter les questions intrusives).

La rencontre d'**analyse initiale de la demande** se fait donc avec le soutien clinique du programme, l'intervenant pivot et les autres intervenants au dossier (si pertinent).

Une première analyse se fait afin de comprendre et situer les besoins ainsi qu'orienter et déterminer la modalité de soutien requise. Une cueillette de données peut suivre si des besoins de précisions ou d'informations complémentaires sont nécessaires. Cette modalité s'établit selon les **hypothèses** soulevées par le soutien clinique et le ou les intervenants au dossier.

Le document « *Aide à la réflexion quant à l'orientation d'une demande de soutien clinique* » (voir l'[annexe C](#)) est complété par le soutien clinique du programme lors de cette analyse afin de bien orienter la demande selon la trajectoire. Ce document est un guide détaillant davantage les comportements observables ainsi que leurs impacts et ne permet pas de poser un diagnostic ni de remplacer l'évaluation et le jugement clinique d'un professionnel qualifié.

Protection de la clientèle vulnérable

L'intervenant a une obligation **légal, éthique et professionnelle** de protéger la clientèle vulnérable. Se référer à la politique sur la *Lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité* ainsi que la [Loi sur la protection de la jeunesse](#).

- Dans le cas où il y a des doutes d'**agression sexuelle** ou une divulgation d'un acte d'agression sexuelle, le *Protocole d'intervention en situation d'abus et de violence* en vigueur doit d'abord être appliqué. De plus, un psychologue doit être impliqué dans l'équipe de soutien⁷.

Un signalement à la DPJ doit être fait lorsqu'il s'agit d'une personne mineure et il est nécessaire d'informer le curateur lorsqu'il s'agit d'un majeur sous régime de protection (évaluer l'urgence, si possible préparer le signalement en informant et impliquant la personne dans le processus).

⁷ Une demande interprogrammes doit être actualisée s'il y a absence de psychologue dans le programme qui dessert l'utilisateur.

4.4.2. Les modalités de soutien

Les modalités de soutien sont inspirées de la catégorisation des problématiques sexuelles d'Yves Claveau (2018) (voir l'[annexe D](#) pour les détails). Les catégories s'étendent des comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires aux troubles graves de la sexualité.

L'actualisation des recommandations se fait selon le jugement clinique de l'équipe en regard de la situation et de l'expertise de chacun. Elle peut se faire par l'intervenant au dossier, le soutien clinique du programme, le psychologue ou tout autre intervenant ou professionnel pertinent. S'il y a présence d'aggravation ou d'un maintien des impacts des comportements sur la personne ou sur son environnement, la modalité de soutien requise est sollicitée.

Suivi clinique

1^{re} modalité de soutien :
Suivi clinique avec le soutien clinique du programme

La première modalité est la poursuite du suivi clinique avec le soutien clinique du programme ainsi que le ou les intervenants au dossier de l'usager. Cette modalité est requise lorsque l'analyse relève des éléments s'apparentant à :

- Des comportements sexuels sains et normaux liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle;
- Des comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires;
- Toute autre situation pouvant nécessiter un soutien clinique.

Des rencontres de suivi permettront d'émettre des recommandations d'intervention à mettre en place.

Équipe interdisciplinaire

2^e modalité de soutien :
Consultation professionnelle interdisciplinaire

La deuxième modalité fait appel à la consultation professionnelle interdisciplinaire. Un psychologue ainsi que d'autres professionnels (infirmier, ergothérapeute, etc.) viennent se joindre au soutien clinique du programme et aux intervenants et professionnels déjà impliqués au dossier, selon les besoins soulevés. Pour obtenir ces services professionnels, une requête de service interprogramme pourrait être nécessaire. Cette modalité est requise lorsque l'analyse relève des doutes ou des questionnements concernant :

- Des comportements pouvant s'apparenter à un trouble du comportement sexuel lié à la déviance contrefaite;
- Des comportements pouvant s'apparenter à une paraphilie bénigne et non offensive;
- Une aggravation ou un maintien des impacts sur la personne ou sur autrui, de la 1^{re} modalité, malgré les mesures mises en place;
- Toute autre situation pouvant nécessiter un suivi interdisciplinaire.

L'actualisation des recommandations se poursuit avec le soutien clinique du programme, du psychologue ou d'un autre membre de l'équipe interdisciplinaire au besoin. L'intervenant pivot et le soutien clinique du programme se partagent la responsabilité de

la demande de consultation à l'équipe interdisciplinaire et le soutien clinique du programme est responsable de la demande interprogrammes.

Équipe de soutien spécialisé

3^e modalité de soutien :

Consultation de l'équipe de soutien spécialisé en santé sexuelle

La troisième modalité de soutien est l'équipe de soutien spécialisé en santé sexuelle. Cette équipe est la dernière modalité de soutien offerte à l'interne au sein de la DPD. Une seule équipe est présente dans l'ensemble de la direction. Elle est composée de professionnels (psychologue, infirmier, psychoéducateur, ergothérapeute, etc) choisis de par leur expertise ou ayant reçu une formation spécialisée et continue en sexualité chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Il est possible que pour certains programmes des professionnels de l'équipe interdisciplinaire soient similaires à l'équipe de soutien spécialisé.

Cette modalité est davantage un soutien aux intervenants et peut être requise lorsqu'un besoin est relevé au niveau de :

- Soutien au développement de la pratique en santé sexuelle pour la DI-TSA (ex. formations, transfert de connaissances, développement d'outils en collaboration avec les intervenants ciblés, recherche et lecture des meilleures pratiques, etc.);
- Soutien aux équipes interdisciplinaires (ex. compréhension des problématiques en santé sexuelle, mise en place d'interventions, compréhension des limites de son rôle en lien avec la problématique sexuelle, etc.).

À ce niveau, c'est le soutien clinique du programme ou le psychologue qui est responsable d'acheminer la demande d'accès à l'équipe de soutien spécialisé.

Consultation en sexologie

4^e modalité de soutien :

Consultation/évaluation en sexologie

La quatrième et dernière modalité de soutien fait appel à un sexologue clinicien spécialisé en DI-TSA, en partenariat externe à la DPD. Des ententes de collaboration ainsi qu'un calendrier de consultation est présentement en place afin de répondre aux besoins spécifiques de certains usagers. Cette modalité est requise lorsque l'analyse relève des doutes ou des questionnements concernant :

- Des comportements pouvant s'apparenter à un trouble grave de la sexualité :
 - Trouble paraphilique.
 - Trouble hypersexuel;
 - Délinquance sexuelle,
 - Aggression sexuelle,
 - Comportements inappropriés chez une personne victime d'agression sexuelle;
- Une aggravation ou un maintien des impacts sur la personne ou sur autrui, de la 2^e modalité, malgré les mesures mises en place;
- Toute autre situation pouvant nécessiter un suivi clinique en sexologie.

À ce moment, le **sexologue** clinicien peut faire une consultation ou une évaluation sexologique ayant comme finalité l'évaluation du comportement et du développement sexuel de l'utilisateur, des interventions de traitement ou des recommandations pour l'équipe clinique. L'actualisation des recommandations se fait par l'intervenant ou le professionnel le mieux désigné. Toutefois, c'est un professionnel de l'équipe interdisciplinaire qui est responsable d'assurer le suivi de l'application des recommandations.

À ce niveau, c'est un psychologue qui est responsable d'acheminer la demande d'accès au sexologue (ou un membre de l'équipe de soutien clinique spécialisé). Toute demande doit nécessairement passer par une rencontre avec l'équipe interdisciplinaire du programme.

5. Rôles et responsabilités⁸

Les rôles et responsabilités font référence à tous les programmes spécialisés en DI-TSA. Seul ce qui est spécifique au présent guide est énoncé ici. Il est important de noter que tous les acteurs sont responsables de s'assurer du respect des meilleures pratiques en santé sexuelle,

Intervenant des services spécialisés (lorsque différent de l'intervenant pivot) :

- Participer à la cueillette de données et d'informations entourant les besoins en sexualité;
- Actualiser le plan d'intervention et les recommandations cliniques;
- Animer les programmes d'éducation à la santé sexuelle;
- Soutenir l'utilisateur et son milieu dans l'application des recommandations;
- Collaborer avec les partenaires et milieux de vie de l'utilisateur;
- Soutenir les proches et partenaires.

Intervenant pivot de l'établissement :

- Identifier et analyser les besoins de l'utilisateur à l'aide des outils pertinents;
- Compléter la demande au soutien clinique de son programme et remplir les documents pertinents;
- Élaborer le plan d'intervention en fonction des besoins identifiés;
- Convenir, avec le soutien clinique du programme, des stratégies d'intervention pertinentes;
- Informer l'utilisateur et/ou son représentant des démarches de consultation et obtenir les autorisations requises au besoin;
- Informer le secteur ressource lorsque davantage de services sont demandés à la ressource.

Soutien clinique du programme :

Mêmes responsabilités que les membres des équipes interdisciplinaires en plus de :

- Réaliser l'analyse initiale et diriger l'équipe d'intervenants vers la modalité de soutien requis;
- Émettre des recommandations cliniques en lien avec la situation de l'utilisateur;
- Faire une demande interprogrammes selon les modalités convenues si nécessaire.

Membres des équipes interdisciplinaires :

- Collaborer avec d'autres professionnels afin que l'utilisateur reçoive les services dont il a besoin;
- Connaître le présent guide et assurer son application;
- Participer à l'évaluation multidimensionnelle de la situation;
- Proposer des pistes de réflexion ou des analyses plus approfondies lorsque requis;
- Recommander des interventions cliniques et la modalité de soutien appropriée lorsque requis;
- Actualiser les demandes de consultation à l'équipe de soutien spécialisé et en assurer le suivi (psychologues uniquement);

⁸ Les rôles et responsabilités peuvent varier selon les compétences et l'aisance de chacun. Se référer au *Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés* et le *Guide d'accompagnement RI-RTF* pour plus de détails.

- Actualiser les demandes de consultation au sexologue et en assurer la gestion (psychologues uniquement).

Membres de l'équipe de soutien spécialisé en santé sexuelle:

Mêmes responsabilités que les membres de l'équipe interdisciplinaire en plus de :

- Soutenir le développement de la pratique en santé sexuelle ainsi que les équipes interdisciplinaires en cas de besoin;

Chef de programme :

- Actualiser les demandes interprogrammes;
- S'assurer que les besoins de son équipe, en matière de formation continue, soient répondus;
- S'assurer que les conditions de l'offre de service soient favorables pour les usagers à risque.

Intervenant qualité ressource :

- Mettre à jour la grille de classification selon les nouveaux services à rendre;
- Assurer le suivi de la qualité des services donnés aux usagers dans le cadre de l'hébergement.

Ressources d'hébergement :

- Collaborer et mettre en place les recommandations de l'équipe clinique;
- Assurer un milieu de vie sécuritaire et la protection contre les abus;
- Favoriser l'établissement et le maintien des liens de l'utilisateur avec ses proches et sa communauté.

Milieu familial et proches impliqués :

- Collaborer et mettre en place les recommandations de l'équipe clinique;
- Assurer un milieu de vie sécuritaire et la protection contre les abus.

6. Thématiques et orientations cliniques

6.1. Développement psychosexuel

Le développement psychosexuel suit une **trajectoire comportementale** qui se transforme à travers les différentes étapes de la vie d'une personne. Les personnes présentant une DI ou un TSA franchissent essentiellement les mêmes étapes du développement psychosexuel que la population générale. L'âge de début et de fin de chacune des étapes peut varier en fonction de différents facteurs cognitifs, affectifs, biologiques ou environnementaux (Claveau, 2018) (voir l'[annexe E](#) pour un tableau récapitulatif du développement psychosexuel).

Toute personne a des besoins et des désirs similaires et suit une courbe de développement, peu importe sa condition. Il est important de garder en tête les particularités de chacun, tant au niveau social, intellectuel que physique afin de bien comprendre leur situation. Par exemple, le développement psychosexuel d'une personne présentant une DI peut être influencé par les déficits au niveau de ses fonctions intellectuelles telles que la réflexion, le jugement et le raisonnement (Vaginay, 2006, cité dans Dionne et Dupras, 2014) ainsi que ses capacités adaptatives au quotidien.

6.2. Comportements sains et appropriés

La présente section du guide vise à sensibiliser, informer et orienter cliniquement les intervenants sur différentes thématiques et problématiques sexuelles, touchant l'ensemble des comportements sexuels allant des comportements sexuels sains et appropriés jusqu'aux troubles graves de la sexualité.

Les comportements sexuels sains et appropriés sont des comportements liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle. Ils prennent la forme de jeux naïfs et sont liés à un désir d'**apprendre**, d'**expérimenter** et de se situer dans l'**exploration** de leur propre corps ou de celui de l'autre. Ces comportements font partie du développement psychosexuel sain (Claveau, 2018).

Parfois, des manifestations comportementales peuvent être saines et, d'autres fois, elles illustrent une problématique qui peut s'étendre de simples questionnements jusqu'à un trouble de la sexualité. Une analyse de la situation, au niveau de développement, de l'éducation ainsi que de l'environnement, donne des indices importants afin de situer les comportements. Les éléments dans l'encadré de droite sont de bons indicateurs de ce qui est jugé sain et approprié.

Les concepts d'âge chronologique et développemental doivent tous deux être considérés⁹. Ainsi, un adolescent peut manifester des comportements atypiques pour son âge chronologique, mais qui, comparés à ceux d'enfants du même niveau de développement social, sont semblables et font référence à des jeux naïfs.

Comportements

- Spontanés
- Intermittents
- Mutuels
- Ludiques
- Non coercitifs

Ne causent pas

- Détresse émotionnelle
- Perturbations

Impliquent des personnes

- Âge développemental (psychoaffectif et psychosexuel) semblable

6.3. Thématiques et orientations cliniques

Les thématiques qui suivent peuvent faire partie de l'éducation à la santé sexuelle, mais peuvent aussi comporter certains éléments problématiques. Pour chacune des thématiques, une description ainsi que des orientations cliniques sont détaillées afin de guider les interventions. Une section sur les considérations de la clientèle permet de mettre en lumière des éléments importants à tenir compte dans l'analyse multidimensionnelle des besoins de l'usager. En présence d'un questionnement, d'un enjeu ou d'une problématique avec un ou plusieurs de ces thèmes, il est essentiel de faire appel au soutien clinique de son programme.

Des ressources supplémentaires sont données pour ceux qui souhaitent s'informer davantage. Pour une liste détaillée de ressources et d'outils voir l'[annexe F](#).

- Favoriser et privilégier l'utilisation des programmes adaptés et reconnus dans le domaine. Les fiches qui suivent ne sont qu'un guide succinct et accessible pour l'ensemble des intervenants.
- **IMPORTANT** : En tout temps, les intervenants doivent respecter leur champ d'exercices et s'abstenir d'évaluer et d'intervenir lorsque les actions à poser sont réservées à des professionnels membre d'un ordre ou inscrit au registre des droits acquis d'un ordre professionnel. En cas de doute, se référer au soutien clinique de son programme avant de mettre en place des interventions.

⁹ Rester prudent pour les contacts sexuels, car, selon la loi, c'est l'âge chronologique qui est considéré pour le consentement. Voir la fiche 4 sur le consentement à une activité sexuelle pour plus de détails.

Ressources d'hébergement

Pour l'ensemble des fiches thématiques, se référer au *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* (2016) pour davantage de précisions.

- **IMPORTANT** : En présence d'**indicateurs de risque** (ou en cas de doutes), les intervenants **doivent** interpeller le soutien clinique de leur programme et ne pas rester seuls avec la situation.

6.4. Troubles graves de la sexualité et orientations cliniques

Les troubles graves de la sexualité (TGS) requièrent tous un minimalement **suivi avec le soutien clinique** du programme. Ils réfèrent à des comportements sexuels qui ont des conséquences nocives et dommageables pour l'usager ou pour autrui. Ce sont des comportements sexuels hautement problématiques à caractère immoral, illégal et criminel. À noter que l'appellation TGS ne fait pas référence à une classification diagnostique (mais peut référer à des diagnostics du DSM-5) et que les informations suivantes découlent principalement des travaux d'Yves Claveau (2018).

Les fiches **21** à **23** abordent trois types de troubles graves de la sexualité :

1. [Comportements s'apparentant à un trouble paraphilique](#);
2. [Trouble hypersexuel](#);
3. [Comportement d'agression sexuelle](#).

Ces troubles sont évalués et diagnostiqués uniquement par un professionnel habilité à le faire et les interventions à mettre en place doivent être en cohérence avec les recommandations émises.

Impacts

Parce qu'ils transgressent des normes sociales, les TGS peuvent choquer les valeurs personnelles et morales d'autrui ainsi que créer de l'embarras et de la gêne, tant chez l'usager que chez les personnes de l'entourage. Les TGS peuvent limiter significativement le développement et le maintien des relations interpersonnelles de la personne, entraîner des victimes de manière directe ou indirecte ainsi que causer des préjudices graves. De plus, sa manifestation peut entraîner des infractions criminelles, tels que des vols et des agressions sexuelles, qui peuvent conduire à la judiciarisation.

Facteurs de risque

Le manque de connaissances sexuelles, la faible estime de soi, les difficultés sociales et de communication, les déficits dans la théorie de l'esprit (empathie, langage non verbal) et les particularités sensorielles sont des facteurs de risque dans le développement de TGS (Turner, Briken et Shcöttle, 2017; Shcöttle, Briken, Tüsher et Turner, 2017).

Des facteurs externes tels que l'exposition à du matériel pornographique, un manque d'éducation sexuelle et un manque de surveillance peuvent favoriser l'apparition de TGS. Les comportements peuvent devenir **récurrents** dans des situations anxiogènes ou des facteurs de stress (transition, deuil, etc.) ou **épisodiques/cycliques** lors de périodes émotionnellement difficiles pour la personne (ex. : Noël).

Soutien clinique

Devant ce type de comportement sexuel chez un usager, ou en cas de doutes, l'intervenant doit faire appel au soutien clinique de son programme et documenter les comportements s'apparentant au TGS. Les interventions requises, incluant l'orientation vers un professionnel spécialisé, sont ensuite identifiées selon les besoins spécifiques de chaque situation.

1. Description

L'**affirmation** et l'**estime de soi** sont des éléments centraux de la vie intime, affective, amoureuse et sexuelle. Ces deux éléments sont les fondements d'une éducation à la santé sexuelle sur lesquels se développeront d'autres aspects de la sexualité (relations, consentement, orientation sexuelle, etc.). D'une part, ils doivent être pris en considération dans une perspective de prévention et, d'autre part, dans la construction de l'identité de la personne.

Plusieurs habiletés sont importantes à développer chez la personne afin qu'elle puisse se protéger, faire des choix éclairés et sécuritaires ainsi que prendre les meilleures décisions pour elle-même. Une personne qui développe une bonne connaissance de soi est plus sujette à avoir une meilleure estime personnelle.

L'affirmation de soi comporte d'être en mesure de **faire des choix** selon ses besoins, préférences et limites. Elle permet de prendre des décisions et de développer l'autodétermination de la personne. L'habileté à faire des choix dans la vie en général est un précurseur à faire des choix en lien avec la sexualité.

2. Considérations pour la clientèle DI-TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent éprouver davantage de difficultés d'affirmation et d'estime de soi ainsi qu'avoir une plus faible connaissance d'elles-mêmes et de leur corps. En présence de **limitations intellectuelles**, il importe de considérer les habiletés à faire des choix, à aller chercher de l'aide, à anticiper les conséquences (se projeter dans le futur) ainsi que la compréhension de certaines notions, la dépendance à l'autre et la désirabilité sociale.

Protection contre les abus

L'affirmation de soi est importante autant dans la communauté qu'auprès des personnes de l'environnement direct. Il est important de rester vigilant envers les personnes en situation de dépendance à l'autre ainsi que ceux présentant une faible estime de soi.

3. Quand consulter le soutien clinique

- Observation d'une situation à risque due à la vulnérabilité de l'usager (histoire personnelle, diagnostics, etc.);
- Observation d'indices que l'usager est victime d'exploitation (financière, sexuelle ou autre) ou de violence psychologique.

4. Orientations cliniques

Connaissances et estime de soi

- Offrir du support afin de développer une meilleure connaissance de soi (recadrage diagnostic, cahier de vie : qui je suis, mes intérêts, mes qualités, mes forces, mes défis, ma ligne de vie, ce que j'aime, etc.);
- Développer une meilleure connaissance de son corps et de l'anatomie (masculine, féminine, parties intimes);
- Augmenter les connaissances quant aux changements à la puberté (menstruation, pilosité, voix qui change, etc.) afin de mieux se connaître et normaliser/rendre prévisible les changements;
- Développer les connaissances et habiletés en lien avec l'hygiène de vie (corporelle et générale);
- Permettre et favoriser l'expérimentation de diverses activités afin de développer la connaissance et l'estime de soi (c'est dans l'action que la personne développera son estime de soi);
- Explorer les services et les activités de la communauté afin de favoriser un sentiment d'appartenance et de fierté;
- Développer l'autonomie et l'autodétermination.

Affirmation de soi

- Enseigner et informer sur le droit de refuser et de s'affirmer;
- Développer les habiletés d'affirmation de soi (besoins et limites) ainsi que le sentiment de compétence;
- Développer les habiletés à aller chercher de l'aide (qui, comment, dans quelles occasions, etc.);

- Impliquer le milieu de vie de l'utilisateur (offrir des choix, augmenter les occasions à faire des choix dans la vie quotidienne et de prise de décision, éviter de décider pour la personne, etc.).

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- L'estime et l'affirmation de soi peuvent aussi inclure la possibilité pour la personne d'avoir recours au processus légal en cas de non-respect de ses choix;
- L'office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ainsi que la politique du CISSS de la Montérégie-Ouest sur la *Lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité* peuvent être consultés.

6. Ressources supplémentaires

Caron Santha, J. et Prud'homme, M. (2018). Être autiste et ado : stratégies pour mieux composer avec les défis et les réalités de la vie quotidienne. Québec : Midi trente éditions.

1. Description

Les **habiletés sociales** font partie intégrante des relations interpersonnelles (familiales, amicales, amoureuses, etc.). Il est primordial de développer les habiletés de base, le respect de soi et des autres afin de détenir les outils nécessaires au développement de relations saines et enrichissantes.

La reconnaissance et l'expression adéquate des **émotions** influent sur le développement et le maintien des relations interpersonnelles. Une gestion appropriée des émotions facilite l'expression saine des besoins et des émotions et diminue la probabilité d'apparition des comportements impulsifs.

2. Considérations pour la clientèle DI TSA

Comme tout le monde, les personnes présentant une DI ou TSA souhaitent développer des relations avec les autres. Vivre diverses expériences permet d'augmenter les occasions d'apprentissages ainsi que le développement d'habiletés spécifiques. Plus une personne se sent compétente, plus elle est encline à utiliser ses compétences.

Les défis que présentent les interactions et la communication sociales étant partie intégrante du diagnostic de **TSA**, il est important de cibler le développement des compétences sociales qui sont à consolider afin d'aider la personne dans son intégration et sa participation sociale ainsi que de l'outiller à mieux composer avec les défis de la vie intime et à prévenir les problématiques comportementales d'ordre sexuel.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'utilisateur a des difficultés avec ses frontières interpersonnelles ou les notions de comportements privés/publics et se met dans des situations à risque pour lui ou pour autrui;
- Observation d'une situation à risque due à la vulnérabilité de l'utilisateur (histoire personnelle, diagnostics, etc.);
- Observation d'indices que l'utilisateur est victime d'exploitation (financière ou autre) ou de violence psychologique, physique ou sexuelle.

4. Orientations cliniques

Réseau et habiletés sociales

- Développer les connaissances et habiletés liées à la pudeur, aux comportements privés et publics;
- Développer les habiletés de la théorie de l'esprit (considérer le point de vue de l'autre, reconnaître les besoins de l'autre, etc.);
- Enseigner les habiletés à entrer en relation avec autrui (initier une conversation, aborder l'autre, montrer son intérêt, exprimer ses désirs sans les imposer, etc.);
- Développer les connaissances sur la manière de respecter l'autre dans ses paroles et ses gestes (demander son accord, accepter le refus, faire des compromis, etc.);
- Faire l'enseignement des cercles sociaux (famille, amis proches, étrangers, etc.);
- Impliquer le milieu de vie de l'utilisateur (permettre des sorties, développer le réseau, etc.).

Se référer à la fiche 3 pour les relations amoureuses.

Gestion des émotions

- Reconnaître et nommer ses émotions;
- Développer les habiletés et des outils de gestion des émotions (lorsque requis).

5. Ressources supplémentaires

<http://www.autisme-ressources-lr.fr/habiletes-sociales>

<http://www.jai-des-amis.ca/> (amitié DI)

1. Description

Une **relation privilégiée** est un rapport significatif et réciproque avec une autre personne qui implique une confiance mutuelle, un partage d'aspects intimes de soi ou encore des expériences, projets, rêves, sentiments et pensées. La relation peut être de nature amicale, familiale, amoureuse ou sexuelle.

Quant à la **relation de couple**, elle se développe généralement entre deux personnes qui partagent des sentiments amoureux. Chaque couple se définit à sa manière selon ses valeurs, principes, besoins et désirs, et décide de ce qui lui convient le mieux. La relation de couple peut impliquer des contacts sexuels ou non.

Le **contact sexuel** se définit comme étant un toucher ou une caresse des parties sexuelles ou des autres parties intimes de la personne, dans le but de satisfaire un désir sexuel, peu importe s'il s'agit d'un toucher direct ou sur les vêtements¹⁰. Les contacts sexuels sont un choix et non une obligation et doivent être consentis en tout temps. Ils ne sont pas non plus un gage de la réussite d'une relation.

2. Considérations pour la clientèle DI-TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent souhaiter être en relation. La cohabitation ou la relation de couple peut faire partie de leur projet de vie. Elles rencontrent toutefois davantage de défis à trouver ou à maintenir une relation de tous genres¹¹. Il arrive que certaines personnes se satisfont de relations qui ne leur conviennent pas suite à des échecs répétés ou par manque d'occasions de rencontrer.

Les concepts d'une relation doivent être mis de l'avant afin d'éviter des perceptions ou des associations erronées. Toutefois, chaque personne peut définir à sa façon ce qu'est une relation amicale ou amoureuse. Les personnes présentant un TSA peuvent accorder davantage d'importance à la personne qu'au sexe ou à l'âge. Leurs relations peuvent être davantage utilitaires qu'affectives, orientant ainsi leurs choix de partenaires.

Ressources d'hébergement

Il peut arriver que deux usagers en hébergement vivent une relation de couple ou s'adonnent à des contacts sexuels. **Les contacts sexuels entre usagers** peuvent se produire si les conditions¹² suivantes sont respectées :

- Les usagers sont aptes à donner un consentement libre et éclairé et sont d'accord à avoir un contact sexuel ensemble;
- Le fait d'avoir des contacts sexuels ne pose pas préjudice aux partenaires compte tenu de leur situation;
- Le contact sexuel se fait dans un endroit qui préserve l'intimité et la vie privée des personnes impliquées et d'autrui (généralement dans la chambre d'une des deux personnes).

Se référer à la fiche 4 sur le consentement pour les relations sexuelles.

Les intervenants, tout comme les responsables de ressources, se doivent de favoriser le développement et le maintien des relations significatives de la personne. Selon le cadre de référence RI-RTF¹³, la ressource doit procurer un milieu de vie et offrir les services requis par la condition de l'utilisateur. Entre autres, ils doivent :

- Favoriser le maintien des liens de l'utilisateur avec sa famille et les personnes significatives pour lui;
- Accueillir, à des heures raisonnables, les personnes significatives pour l'utilisateur et faciliter les relations.

À l'opposé, une approche restrictive a des conséquences considérables sur l'établissement des frontières personnelles, l'intégrité de la personne, le nombre d'occasions de socialisation ainsi que les opportunités d'acquisition d'habiletés sociosexuelles¹⁴. Il importe de rappeler l'importance du sentiment d'un **chez-soi** et d'un espace **intime** et **privé**. Une personne qui ne peut vivre sa vie affective et intime chez elle la vivra ailleurs et peut-être même dans un moment ou un endroit inapproprié.

¹⁰ Samowitz, 2009; dans Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015

¹¹ Schaafsma, Kok, Stoffelen et Curfs, 2015

¹² Inspirées du cadre de référence du CRDI de Québec (2004) et de la politique du CRDITED-Estrie (2011).

¹³ MSSS, 2016

¹⁴ Pariseau-Legault et Holmes, 2017

Bien qu'il y ait consentement, une **vigilance** doit demeurer afin de prévenir les risques d'abus, d'exploitation ou de violence. Par désirabilité sociale, faible estime de soi ou par manque d'opportunités, certaines personnes sont à risque de s'engager ou demeurer dans une relation au détriment de leurs besoins ou de leur intégrité.

3. Quand consulter le soutien clinique

- Deux usagers souhaitent/démontrent l'intérêt d'avoir des contacts sexuels et rencontrent des difficultés;
- Des contacts sexuels se font entre deux personnes où il est difficile de déterminer le consentement;
- L'usager a des propos relevant de situations d'exploitation, de domination, d'abus ou de violence;
- La relation est non égalitaire (écart d'âge, de développement ou de capacités adaptatives, situation de dépendance, rapport de pouvoir, écart au niveau de l'expérience ou du vécu sexuel, contraintes de s'exprimer ou d'agir, etc.);
- L'usager désire vivre sa relation dans son milieu (RI-RTF, Résidence à assistance continue - RAC, familial) et celui-ci interdit les contacts.

4. Orientations cliniques

Niveau personnel

- Respecter les valeurs de l'usager et de son milieu (ne pas imposer sa vision de la vie de couple);
- Ne pas prendre parti ou énoncer une opinion personnelle, à l'exception des comportements à risque;
- Soutenir et respecter l'usager dans ses choix et dans l'importance qu'il accorde à cette relation (éviter tout jugement ou infantilisation) ainsi que lorsqu'il vit une rupture;
- S'assurer du consentement libre et éclairé de l'usager ainsi que de sa capacité à consentir (*voir la fiche 4 sur le consentement*);
- Accompagner l'usager dans une réflexion et une conscientisation menant à une responsabilisation.

Niveau relationnel

- S'assurer du respect de chacun (respect de son rythme en lien avec ses besoins intimes, affectifs et sexuels) et rester attentif aux signes que la personne n'agit pas en réaction à une pression extérieure;
- Enseigner les notions de relation égalitaire, réciproque et respectueuse;
- Enseigner les étapes d'une relation ainsi que les étapes d'une rencontre;
- Développer les habiletés sur la manière de développer, maintenir une relation et les signes d'intérêts;
- Enseigner les règles et les normes sociales quant aux marques d'affection dans les lieux publics;
- Enseigner les notions d'intimité, de respect de soi et de l'autre.

Ressources d'hébergement/milieus de vie

- Sensibiliser et outiller le milieu de vie aux besoins et aux droits des usagers ainsi qu'à l'expression de leur vie intime et sexuelle, car elle est légitime, répond à des besoins fondamentaux et peut influencer sur leur bien-être;
- S'assurer de donner accès à un lieu intime et adéquat afin de soutenir les usagers désirant des rapprochements intimes ou des activités sexuelles (collaborer avec le milieu de vie);
- Favoriser le développement et le maintien de relations (incluant les occasions de socialisation et d'activités).

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- Toute personne a droit au respect de sa vie privée, ne pas faire d'ingérence dans la vie intime des usagers;
- En aucun cas, conformément à l'article 153.1 du Code criminel, le personnel de l'organisation, les responsables de ressources résidentielles, les stagiaires et les bénévoles ne peuvent établir une relation amoureuse ou sexuelle avec un usager en raison de leur position d'autorité;
- Selon la politique de *Lutte contre la maltraitance [...]*¹⁵, toute personne œuvrant pour l'établissement a l'**obligation éthique et professionnelle de signaler** les actes de maltraitance dont sont victimes les usagers.

Ressources d'hébergement

- Rester prudent à ce que la gestion du risque entre les usagers n'entrave pas les droits et libertés de chacun.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>

¹⁵ CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019

1. Description

Le consentement sexuel est l'accord qu'une personne donne à son partenaire au moment de participer à une activité sexuelle. C'est un accord manifesté de façon **volontaire, libre et éclairé**, pour chaque activité sexuelle et peut être retiré à tout moment (même pendant l'activité sexuelle)¹⁶.

Au Canada, l'âge du consentement à une activité sexuelle est de **16 ans**. Donc, lorsqu'une personne a une activité sexuelle avec un mineur de moins de 16 ans, le consentement du jeune de moins de 16 ans n'est pas reconnu par la loi, même si les contacts sont volontaires et même si les parents ou tuteurs ont consenti. Cela est considéré comme une agression sexuelle. Toutefois, la loi prévoit une défense en faveur des jeunes qui ont des contacts sexuels **volontaires entre eux**, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

Partenaire le moins âgé	Partenaire le plus âgé
Jeune de 11 ans et moins : Aucun consentement possible	
12 ans	Maximum 14 ans
13 ans	Maximum 15 ans
14 ans	Maximum 19 ans
15 ans	Maximum 20 ans
Jeune de 16-17 ans : Consentement reconnu par la loi	

En aucun cas, des contacts sexuels sont acceptés avec un mineur si la personne plus âgée est en situation d'**autorité** ou de confiance, le mineur est en situation de **dépendance** ou est **exploité** par la personne plus âgée.

C'est la responsabilité de la personne qui prend l'initiative de l'activité sexuelle de s'assurer que l'autre y consent. Avant de poser un geste, elle doit prendre des **mesures raisonnables** pour s'assurer de l'âge et du consentement du partenaire. Attention, dans certains cas, le consentement n'est **pas valide** (ex. : intoxication volontaire).

2. Considérations pour la clientèle DI-TSA

Les notions de **consentement** ne sont pas aussi bien intégrées par les personnes ayant des difficultés au niveau de leurs habiletés sociales et cognitives. Elles doivent être transmises le plus concrètement possible.

Le concept de consentement doit être développé et enseigné afin d'éviter ou de limiter les situations problématiques ou à risque. Il ne faut pas tenir pour acquis que la personne sait. Le consentement doit être expliqué autant pour protéger l'usager d'une situation pouvant être judiciairisée (ex. : faire des attouchements exploratoires à une personne mineure) que pour le protéger de possibles abus (ex. : se sentir obligé d'avoir des relations sexuelles).

Il peut parfois être ardu d'évaluer le consentement d'un usager qui participe à des contacts sexuels (ex. : usager non verbal). Dans ce cas, il importe d'analyser la situation dans son ensemble afin de ne pas le brimer dans son identité sexuelle et dans ses désirs, tout en assurant sa protection contre de possibles contacts non consentis. Par ailleurs, dans tous les cas, une attention particulière doit être portée au niveau de développement (intellectuel, psycho-affectif, adaptatif) des deux partenaires, à leurs connaissances au plan socio-sexuel (ex.: droits et normes socio-sexuelles, contraception, etc.) ainsi qu'à leurs expériences et vécu sexuel respectifs (ex.: historique de victimisation), à leurs capacités de communication et d'affirmation de soi, afin d'assurer la sécurité, l'égalité et le respect des partenaires (relation égalitaire).

Les habiletés de **théorie de l'esprit** sont essentielles à prendre en considération dans l'évaluation de la compréhension du consentement chez les personnes TSA.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'usager a des propos nous laissant soupçonner une situation d'exploitation, de domination, d'abus ou de violence;

¹⁶ Éducaloi (2019). Le consentement sexuel. Repéré à l'adresse <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-sexuel>

- Des contacts sexuels entre deux usagers où il est difficile de déterminer le consentement (ex. : usager non verbal);
- Des contacts sexuels entre usagers se déroulent à l'intérieur des ressources d'hébergement ou des installations (besoin d'évaluer la capacité à consentir et protéger les personnes en situation de vulnérabilité);
- L'usager désire avoir des contacts sexuels dans son milieu (RI-RTF, RAC ou familial) et le milieu l'interdit.

4. Orientations cliniques

- L'intervenant a la responsabilité de soutenir et d'aider l'usager à effectuer des choix sans contrainte ni pression liées à l'acceptation ou la désirabilité sociale.

Indicateurs du consentement sexuel

- Ouvrir la discussion et s'assurer du consentement sexuel de l'usager;
- S'assurer de la compréhension du consentement sexuel à l'aide d'indicateurs du consentement sexuel¹⁷ :
 - L'usager possède une « connaissance de la sexualité et de la capacité de choisir/s'abstenir d'émettre un comportement sexuel, en connaissance de cause »;
 - L'usager possède une connaissance sur les ITSS, de la prévention et de la contraception (*voir les fiches 7 et 8 sur le sujet*);
 - L'usager comprend qu'il doit limiter son comportement sexuel en fonction du moment et de l'endroit;
 - L'usager comprend que certaines activités sexuelles sont contre la loi et peuvent avoir des conséquences graves;
- Présenter au minimum deux mises en situation pour assurer la compréhension;
- S'assurer que la personne a la capacité de dire non à d'autres situations dans sa vie;
- S'assurer que la personne comprenne bien les émotions de base (ex. : se sentir bien, se sentir mal).

Éducation

- Enseigner les signes non verbaux du consentement et du non-consentement ainsi que les mots d'alerte;
- Enseigner comment prendre des « mesures raisonnables » pour s'assurer du consentement de l'autre;
- Informer que le consentement peut être retiré à tout moment lors de la relation ou lors des contacts sexuels (oui ne veut pas dire oui à tout et pour toutes les fois);
- Développer les habiletés de théorie de l'esprit (ex. : bulle de pensée, impacts de ses actions sur l'autre, considérer l'autre, etc.);
- Informer l'usager et son milieu des notions légales liées au consentement à une activité intime et sexuelle;
- S'assurer que l'usager comprend les conséquences à enfreindre les lois en vigueur;
- Déceler les changements de comportement suite à des contacts sexuels lorsque requis (ex. : doute sur le consentement d'une personne non verbale).

Ressources d'hébergement

- L'intervenant a la responsabilité de prendre les décisions nécessaires afin de protéger les usagers;
- Les responsables ont la responsabilité d'appliquer les mesures et la supervision nécessaires afin de protéger les usagers.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

Lorsqu'une personne sous **curatelle** a des contacts sexuels, il importe de demander un soutien clinique dans le but de faire l'analyse de la situation et convenir des actions à mettre en place, ou non, afin d'assurer le bien-être moral et physique de la personne. Il faudra aviser le curateur seulement si la situation est problématique (l'usager a droit à sa vie privée).

Une attention particulière doit être portée dans les **ressources d'hébergement** où les usagers sont en contact régulier entre eux et où certains vivent avec de grandes vulnérabilités.

- En aucun cas, conformément à l'article 153.1 du Code criminel, le personnel de l'organisation, les responsables de ressources résidentielles, les stagiaires et les bénévoles ne peuvent établir une relation amoureuse ou sexuelle avec un usager en raison de leur position d'autorité;
- En raison de leur position, ces personnes sont habituellement considérées en **situation d'autorité** : enseignant, employeur, entraîneur, etc.

¹⁷ Hénault, 2018

6.	Ressources supplémentaires
-----------	-----------------------------------

Lamarche, M-M. (2017). <i>Guide de sexualité pour les autistes au pays des neurotypiques</i>. https://www.educaloi.qc.ca/ https://www.sexandu.ca/fr/consent/
--

1. Description

L'orientation sexuelle se définit par l'attirance physique, émotionnelle et affective ressentie pour des personnes du même genre, du genre opposé ou de plusieurs genres. L'orientation sexuelle n'est pas un concept binaire. Il existe une variété d'orientation autre que l'**homosexualité** et l'**hétérosexualité**¹⁸. Chacun se définit à sa façon.

Certaines personnes disent se retrouver à mi-chemin (**hétéroflexibilité**, **homoflexibilité**) ou encore disent être attirées par la personne plutôt que par son genre (**pansexualité**). Une terminologie variée et évolutive décrit les types d'orientation sexuelle. Voici quelques-uns d'entre eux :

Ambisexualité : Coexistence égale, simultanée ou successive et sans préférence des conduites homosexuelles et hétérosexuelles, avec une fantasmagorie d'abord axée sur la situation sexuelle plutôt que sur le sexe du partenaire¹⁹.

Asexualité : Condition où une personne ne ressent aucune attirance sexuelle. Contrairement à celles qui se disent abstinences, ce n'est pas un choix. Certaines personnes ont des relations affectives et intimes, mais sans la dimension sexuelle.

Bisexualité : Attirance affective, émotionnelle et sexuelle à la fois pour les hommes et les femmes, de façon plus ou moins égale.

Queer : Personne qui n'adhère pas à la division binaire traditionnelle des genres et des sexualités, s'identifiant à une identité de genre (*voir la fiche 6 sur l'identité et l'expression de genre pour plus de détails*) ou à une orientation sexuelle non conforme ou fluide²⁰.

L'orientation peut évoluer dans le temps. Elle peut être plus ou moins précise ou la personne peut se questionner suite à une période d'exploration. Si on lui interdit de vivre son orientation sexuelle, la personne vivra des difficultés et pourrait développer des attitudes et comportements inappropriés ou problématiques. Il est sain de vivre des questionnements ou une ambivalence, particulièrement à l'adolescence.

Comportements sexuels

Certains auteurs²¹ rapportent que plusieurs personnes se définissent avec une certaine orientation sexuelle tout en adoptant des comportements sexuels divergents (ex. : se dire hétérosexuel et avoir des relations sexuelles avec une personne du même sexe). Les comportements sexuels, l'attirance sexuelle et l'identification à une orientation sexuelle sont des concepts qui peuvent tous faire partie de l'orientation sexuelle.

2. Considérations pour la clientèle DI-TSA

Les personnes présentant un **TSA** sont souvent libres de tabous concernant ce qui entoure la diversité des genres²². Elles peuvent être attirées par la personne avant tout, par ses qualités, sa personnalité et leurs intérêts communs, que ce soit un homme ou une femme.

Selon des études²³, les personnes présentant une **DI**, quant à elles, auraient davantage une perception limitée de l'homosexualité ainsi que des attitudes plus négatives à cet égard. L'homosexualité chez ces personnes apporterait davantage d'isolement, de réactions négatives et de difficultés sociales.

Par ailleurs, il est possible que certaines personnes vivant avec une DI ou un TSA aient adopté une orientation sexuelle plutôt qu'une autre en raison du manque de partenaires possibles, de l'absence de mixité dans leur milieu de vie, d'un manque d'opportunités pour de nouvelles rencontres ou en raison d'une confusion causée par une agression sexuelle commise par une personne du même sexe²⁴.

¹⁸ Veltman et Chaimowitz, 2014

¹⁹ CISSS des Laurentides, 2015

²⁰ Chambre de commerce gaie du Québec, 2014

²¹ Waite et Denier, 2019; Badgett, 2009

²² Hénault, 2006; dans CISSS des Laurentides, 2015

²³ Schaafsma Kok et Stoffelen, 2015

²⁴ CISSS des Laurentides, 2015

Rappelons que, encore aujourd'hui, les personnes qui ne sont pas hétérosexuelles vivent malheureusement plus de **discrimination** que les autres. Ce facteur peut influencer l'expression de l'orientation sexuelle de la personne lorsque celle-ci vit avec une condition qui la rend différente (DI-TSA) et que la discrimination est déjà présente.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'ambivalence entraîne l'usager dans des situations à risque ou de vulnérabilité;
- L'usager vit une détresse psychologique quant à l'affirmation de son orientation sexuelle;
- L'usager exprime des comportements vexatoires ou problématiques à l'égard d'un groupe de personnes ayant une certaine orientation sexuelle (ex. : homophobie).

4. Orientations cliniques

- Respecter l'orientation sexuelle de l'usager;
- Éduquer sur les différentes orientations sexuelles et sur l'importance du respect de l'autre;
- Informer l'usager sur le sujet et l'orienter vers des sources d'informations fiables;
- Explorer les sentiments de l'usager et offrir un cadre favorisant l'écoute et l'acceptation;
- Favoriser l'affirmation de soi et offrir un soutien afin que l'usager puisse exprimer son orientation sexuelle de manière libre et responsable;
- Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires;
- Favoriser la collaboration avec des organismes communautaires et d'entraide et s'y référer au besoin;
- Soutenir l'environnement et les différents milieux de vie de l'usager dans l'acceptation de l'orientation sexuelle de la personne ainsi que dans des pratiques de soutien à son égard.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- La communauté des lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers, et bi-spirituelles (LGBTQ2) est de plus en plus reconnue, mais des efforts restent à faire afin de les soutenir pour diminuer la discrimination à leur égard. Les intervenants doivent rester à l'écoute et sensibles aux conséquences découlant d'une possible discrimination;
- Les problèmes au niveau de l'orientation sexuelle (confusion, ambivalence, etc.) sont des thèmes d'intervention réservés aux professionnels détenteurs d'un permis de psychothérapeute. Un intervenant ne peut pas intervenir sur ces problématiques et doit consulter son soutien clinique dans ce cas.

6. Ressources supplémentaires

<https://interligne.co/> (orientation sexuelle, identité de genre)
<https://www.educaloi.qc.ca/lgbtq>

1. Description

Le **sexe** d'une personne est déterminé par ses organes génitaux, son anatomie et ses chromosomes. Le sexe est aussi appelé genre biologique.

L'**identité de genre** est l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre. L'identité de genre peut différer du genre biologique donné à la naissance. Il s'agit du sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre ou d'être à un point dans le continuum des genres²⁵. Elle inclut les rôles, les relations, les comportements et l'influence que la société attribue à un sexe ou l'autre.

L'**expression de genre** est la manière dont la personne exprime ouvertement son genre, de par ses vêtements, son langage, son maquillage, sa coiffure, son nom, etc. L'expression et l'identité peuvent être différentes.

La **dysphorie de genre** est caractérisée, entre autres, par une incongruence entre l'expression de genre et le genre biologique à la naissance, une identification intense et persistante à l'autre sexe, le sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou le sentiment d'être inadéquat par rapport à l'identité de rôle correspondant²⁶. Elle est souvent associée à une anxiété, une dépression et une irritabilité. Les personnes vivant avec une dysphorie de genre sont souvent appelées transsexuelles, terme qui était auparavant utilisé.

Le fait de vivre une incongruence entre son sexe biologique et son identité de genre n'est pas une pathologie en soi. C'est la souffrance cliniquement significative qui en découle ou encore l'altération du fonctionnement qui amène le trouble de dysphorie de genre²⁷. Les garçons sont malheureusement plus à risque de discrimination et de stigmatisation que les filles, car davantage acceptés socialement (ex. : une fille qui porte des vêtements dits masculins versus un garçon qui porte une robe féminine).

IMPORTANT

Les jeunes avec une variance de genre sont 14 fois plus à risque pour les tentatives de suicide et 8 fois plus à risque d'y parvenir (Ghosh, 2017). Il importe de considérer et d'être sensible aux sentiments d'**anxiété** et de **dépression**.

2. Considérations pour la clientèle DI-TSA

Chez les personnes présentant un **TSA**, la prévalence d'identité transgenre, de dysphorie de genre ou d'identité de genre non conventionnelle est plus élevée que dans la population générale²⁸. Elles sont plus nombreuses à vivre une sexualité dite non conventionnelle. Toutefois, elles vivent une plus grande marginalisation, victimisation et davantage de difficultés sociales (ex. : exclusion, rencontres difficiles, moins de relations avec qui discuter, etc.).

Il est important de rester prudent dans l'**hypothèse de la concomitance** du TSA et de la dysphorie de genre en raison des difficultés à différencier ces deux conditions. Par exemple, le sentiment de se sentir différent des autres, la rigidité de pensée sur les stéréotypes sexuels, les déficits dans la communication et les interactions sociales (ex. : interprétation erronée de la représentation du genre) et les intérêts restreints peuvent illustrer des symptômes ressemblants à la dysphorie de genre, mais qui appartiennent plutôt au TSA²⁹. En aucun cas, l'intervenant ne peut se positionner sur la présence ou non de ce trouble. Seul un professionnel habilité peut le faire.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'utilisateur vit de l'incongruence entre son genre biologique et son identité de genre;
- L'utilisateur a des idées noires, des symptômes dépressifs ou d'anxiété quant à son identité de genre;
- L'incongruité entre l'identité de genre et le sexe biologique entraîne une détresse psychologique ou perturbe le fonctionnement de l'utilisateur;
- L'utilisateur parle de son désir de changer de genre ou veut faire appel à des interventions médicales (hormonales, chirurgicales, etc.);

²⁵ Gouvernement du Canada, 2016.

²⁶ Ghosh, 2017; APA, 2013

²⁷ APA, 2013

²⁸ Leef. s.d.; McGuire et Zener, 2019

²⁹ Van Der Missen, 2016

- Le milieu de vie désapprouve l'ambivalence ou l'incongruence de genre de l'usager par leurs paroles ou leurs interventions.

4. Orientations cliniques

Lors de questionnements

- Accueillir les questionnements avec bienveillance et sans jugement, ouvrir la discussion;
- Discuter sur les raisons sous-jacentes aux questionnements et s'informer des stéréotypes ou préjugés sexuels auxquels l'usager adhère;
- Informer l'usager sur le sujet et normaliser ce que la personne vit;
- Développer la connaissance de soi (*voir la fiche 1*);
- Favoriser l'estime et l'affirmation de soi (*voir la fiche 1*);
- Outiller l'usager dans la gestion des émotions, lorsque requis (*voir la fiche 2*);
- Informer l'usager sur l'identité et l'orientation sexuelle (*voir les fiches 5 et 6*).

En présence d'indicateurs de risque (avec le soutien clinique)

- Personnaliser l'intervention selon les besoins de l'usager;
- Sensibiliser, soutenir et outiller l'usager face aux risques de discrimination et de stigmatisation;
- Travailler en collaboration avec les milieux de vie et les sensibiliser à la situation de l'usager tout en respectant la confidentialité si la personne désire ou non que son entourage soit mis au courant;
- Reconnaître et respecter l'autonomie et la capacité de l'usager à se définir lui-même, même si son identité et ses sentiments sont fluctuants;
- Respecter le nom que l'usager veut que vous utilisiez pour le définir ou encore le pronom (ex. : il ou elle);
- Recommander l'usager aux professionnels et ressources désignés et collaborer avec eux, lorsque requis.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- L'intervenant ne peut imposer sa vision du genre ou tenter de convaincre la personne que son genre biologique est le genre auquel elle doit s'identifier. Le respect de l'identité et des sentiments de la personne est primordial;
- L'usager mineur de **14 ans** et plus est supposé apte à consentir seul aux soins. Le **consentement de ses parents ou de son tuteur est obligatoire** lorsque les soins représentent un **risque sérieux pour sa santé** et peuvent lui causer des **effets graves et permanents**³⁰;
- Les problèmes au niveau du genre, de l'identité sexuelle et de la dysphorie de genre sont des thèmes d'intervention réservés aux professionnels détenteurs d'un permis de psychothérapeute.

6. Ressources supplémentaires

<https://interligne.co/> (orientation sexuelle, identité de genre)

<https://www.autisme.qc.ca/la-boite-a-outils/sexualite-relations-sociales>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.).

³⁰ Éducaloi (2019). Le consentement aux soins d'un mineur de 14 ans ou plus. Repéré à l'adresse <https://www.educaioli.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-mineur-de-14-ans-et-plus>

1. Description

Les **ITSS** (voir l'[annexe G](#) pour un tableau récapitulatif) désignent des infections qui se transmettent par voie sexuelle et sanguine. Le terme « infection » est privilégié au terme « maladie » en raison de l'absence fréquente de symptômes. Les ITSS affectent la santé, le bien-être et la capacité reproductrice des personnes affectées³¹. Seul le **test de dépistage** permet de confirmer leur présence. La sensibilisation est importante dans leur prévention.

Modes de transmission

Le mode de transmission est généralement sexuel, mais peut aussi être par contact peau à peau, sang ou literie³². Certaines ITSS infectent la personne à vie alors que d'autres peuvent survenir plusieurs fois.

2. Considérations pour la clientèle DI-TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA ont significativement moins de connaissances sur une sexualité sécuritaire que la population générale. Il importe de les sensibiliser aux risques entourant les contacts sexuels non protégés³³. Si une ITSS est suspectée chez un usager, il est important d'être sensible aux **émotions** vécues. L'usager peut ressentir de la honte, culpabilité, crainte, colère, déni, etc.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'usager a une vie sexuelle active et ne semble pas comprendre les enjeux ou risques;
- L'usager a une ITSS et ne semble pas comprendre les enjeux ou risques ou ne prend pas les moyens afin de se protéger ou protéger les autres.

4. Orientations cliniques

- Promouvoir la santé sexuelle en favorisant une bonne hygiène personnelle;
- Éduquer et sensibiliser l'usager et son entourage sur les ITSS afin qu'ils soient mieux informés;
- Éduquer et sensibiliser l'usager sur les pratiques sécuritaires;
- Encourager l'usager à adopter des méthodes de protection (condom);
- Informer l'usager de ne pas se fier aux apparences (plusieurs personnes n'ont pas de symptômes);
- Encourager l'usager à discuter avec son partenaire de son état de santé et prendre des décisions éclairées sur la protection;
- Encourager l'usager à passer un test de dépistage régulièrement pour les personnes sexuellement actives et avant d'arrêter l'usage du condom (ex. : désir d'une grossesse).

Lorsque l'usager est infecté par une ITSS

- Accueillir les émotions vécues par l'usager;
- Sensibiliser l'usager aux risques de propagation et aux précautions à prendre;
- Orienter et accompagner, au besoin, l'usager dans une démarche médicale afin de pouvoir maintenir une vie sexuelle active, satisfaisante et sécuritaire;
- Encourager et soutenir, au besoin, l'usager à suivre le traitement tel que prescrit et à informer les partenaires;
- Susciter la réflexion concernant les comportements préventifs et promouvoir la responsabilisation.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

Les ITSS sont de nature confidentielle (respect de la vie privée). Aucune loi canadienne n'oblige la divulgation à moins d'un **risque important** de lésions corporelles **graves** ou d'une **possibilité réaliste** de transmission du **VIH**. Le Code civil rappelle que toute personne a l'obligation de se comporter de façon à ne pas porter préjudice à autrui. Une responsabilisation éthique et morale est souhaitée.

6. Ressources supplémentaires

<http://itss.gouv.qc.ca/jai-une-itss.dhtml>

³¹Santé Canada, 2006

³²Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019

³³Schaafsma, Kok, Stoffelen et Curfs, 2015

1. Description

La **contraception** est un ensemble de méthodes réversibles qui visent à empêcher ou à réduire les risques d'une grossesse. Ces méthodes incluent :

- Les condoms (féminin et masculin);
- Les méthodes hormonales (pilule contraceptive, anneau vaginal, timbre contraceptif, injection);
- Les méthodes intra-utérines (stérilet);
- Les méthodes spermicides avec des substances chimiques qui bloquent les spermatozoïdes;
- Les méthodes d'urgence (pilule du lendemain, jusqu'à 72 h après la relation sexuelle non protégée).

Aucune méthode n'est sûre à 100 % et seul le condom protège des ITSS. La méthode contraceptive est un choix personnel. Un suivi médical régulier et une attention particulière en lien avec les indications d'utilisation et les effets secondaires peuvent être requis pour certaines méthodes. Une référence vers un médecin est nécessaire afin de faire le meilleur choix. Dans certains services publics, des infirmiers peuvent prescrire une contraception.

L'interruption volontaire de grossesse se produit lorsqu'une femme enceinte choisit d'interrompre sa grossesse. Au Québec, l'avortement est accessible, légal et gratuit. Il n'est pas une méthode de contraception.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Pour les personnes présentant une DI ou un TSA, il importe de rester vigilant afin d'encourager et de favoriser un suivi médical et pharmacologique rigoureux en lien avec les effets secondaires et les interactions de la contraception avec les autres médicaments.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'utilisateur a une vie sexuelle active et ne semble pas comprendre les enjeux malgré les interventions;
- L'utilisateur comprend les enjeux, mais n'arrive pas à mettre en place les stratégies proposées.

4. Orientations cliniques

Contraception

- Favoriser la réflexion et la responsabilisation en offrant l'information nécessaire sur l'importance de la contraception et des diverses méthodes;
- Diriger l'utilisateur vers les ressources appropriées et collaborer avec eux, lorsque requis;
- Soutenir l'utilisateur dans la compréhension et l'utilisation du moyen de contraception choisi.

Avortement (lors de questionnements, se référer à la fiche 10 sur la parentalité pour plus de détails)

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Diriger vers les ressources médicales requises et collaborer avec eux, lorsque requis;
- S'assurer du soutien offert aux usagers impliqués.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- À partir de 14 ans, une personne mineure peut demander seule une méthode de contraception et consentir à un avortement;
- Même si une personne a été jugée inapte, elle doit être **consultée** avant qu'une décision ne soit prise et en être **informée** une fois que cette décision est prise (droit à l'information);
- Une personne inapte a le droit de **consentir à des soins** ou de les refuser en toute légalité si elle en **comprend la nature et la portée** (droit de consentir à des soins). Il en est de même pour la contraception.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>
<http://itss.gouv.qc.ca/>

1. Description

La **stérilisation** est une méthode contraceptive qui consiste en une intervention chirurgicale visant la stérilité permanente. La personne doit consentir et bien comprendre ce en quoi consiste l'intervention.

- Chez l'homme : la vasectomie (pratiquée sous anesthésie locale dans le bureau du médecin);
- Chez la femme : la ligature des trompes de Fallope (intervention chirurgicale effectuée en milieu hospitalier).

La stérilisation est généralement **non thérapeutique** et **volontaire**. Elle est effectuée à la demande de la personne qui renonce à la possibilité de procréer, sans raison médicale.

Il peut arriver qu'une personne devienne stérile pour des raisons médicales (ex. : favoriser la guérison d'une maladie, soulager des symptômes liés à une condition physique) ou en conséquence à une condition médicale. Dans des conditions très particulières, elle peut être **non volontaire** et provenir d'une demande de l'entourage de la personne.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Les particularités de certaines personnes peuvent rendre le processus de **consentement** aux soins plus complexe. Dans ce cas, le respect de leurs droits demande la mise en place de mesures rigoureuses. Il est important que l'intervenant reste vigilant aux pressions exercées sur un usager par l'environnement social.

3. Quand consulter le soutien clinique

- Un usager demande la stérilisation et ne semble pas comprendre les enjeux ou conséquences;
- Une tierce personne demande la stérilisation d'un usager.

4. Orientations cliniques

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Informer l'usager sur le sujet ainsi que sur les méthodes de contraception (*se référer à la fiche 8*);
- Soutenir, informer et sensibiliser le milieu de vie et l'entourage sur le sujet ainsi que les aspects légaux;
- Solliciter le soutien d'un travailleur social, lorsque requis;
- Orienter l'usager et/ou son milieu vers les services médicaux requis.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- L'intervenant ne doit pas soutenir ou encourager une demande de stérilisation qui n'est pas conforme à la loi ou lorsque l'usager refuse une telle procédure;
- Lors d'une stérilisation **non volontaire**, elle doit être autorisée par l'équipe médicale suite à un processus de consultation et de décision impliquant un comité d'éthique du milieu hospitalier. Une telle demande doit se retrouver devant un tribunal. La Cour suprême du Canada a déjà établi des limites liées à ce type de stérilisation qui décourage cette pratique.

Aptitude au consentement de personne sous régime de protection

- La personne jugée inapte doit être **consultée** avant qu'une décision ne soit prise et en être **informée** une fois que cette décision est prise (droit à l'information);
- Une personne inapte a le droit de **consentir à des soins** ou de les refuser en toute légalité si elle en **comprend la nature et la portée** (droit de consentir à des soins);
- Lorsque la personne est sous curatelle, le curateur doit être informé de toute demande de stérilisation.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>

1. Description

La parentalité n'est pas seulement le fait de donner naissance à un enfant.

« La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant [...] dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant. » (CNSP, 2011)

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Toute personne a le droit et la liberté de concevoir un enfant. Toutefois, les limitations et ressources de certaines personnes peuvent rendre difficile, voire impossible, de mettre à terme le projet d'éduquer un enfant. La présence de limitations influe sur la capacité à répondre aux besoins d'un enfant sur l'ensemble de ses plans (physique, éducatif, affectif, financier et moral).

La **déficiência intellectuelle** est malheureusement un facteur de risque de **négligence** parentale. Toutefois, cette négligence proviendrait davantage « d'une ignorance et d'une incapacité à procurer les soins nécessaires, plutôt que d'un manque de volonté ou d'intérêt envers l'enfant »³⁴.

Facteurs de risque

Les personnes avec des limitations intellectuelles ont elles-mêmes vécu davantage de stigmatisation, ruptures de lien, mauvais traitements, négligence et abus dans l'enfance. Arrivées à l'âge adulte, elles sont plus à risque de vivre de l'isolement social, d'avoir un statut socio-économique faible et des conditions de précarité. Elles sont également plus sujettes à l'exploitation, de rester dans une relation abusive et à d'avoir une faible estime de soi.

Ces **facteurs de risque** ajoutés aux déficits intellectuels et adaptatifs représentent un défi considérable pour la parentalité et influent sur le niveau de stress parental³⁵. L'ensemble des facteurs personnels et environnementaux doivent être pris en considération dans l'analyse de la situation.

Pour les personnes présentant une DI ou un TSA, d'autres enjeux à prendre en considération se situent au niveau de la réciprocité sociale, la communication non verbale, la capacité à reconnaître les émotions d'autrui ainsi que le développement, le maintien et la compréhension de la relation. Au quotidien, l'adaptation des pratiques éducatives au développement et aux besoins de l'enfant ainsi que la rigidité des comportements et des routines sont à considérer.

Bien souvent, les services au grand public sont peu adaptés à la clientèle présentant une DI ou un TSA (ex. : cours prénataux) et elle peut vivre des difficultés à assimiler et généraliser leurs apprentissages. Les services doivent être adaptés à leurs besoins afin d'offrir les outils nécessaires au développement de leur potentiel.

3. Quand consulter le soutien clinique

- Un usager avec des limitations à prendre soin d'un enfant désire ou est en voie d'être parent;
- Une usagère avec des limitations à prendre soin d'elle-même est enceinte;
- Un usager-parent qui manifeste des difficultés à assumer son rôle parental.

³⁴ Guay et al., 1997; dans Milot, Turcotte et Tétreault 2014

³⁵ Milot, Turcotte et Tétreault, 2014

4. Orientations cliniques

Usager qui envisage être parent

- Adopter une approche positive, à l'écoute, sans jugement, flexible et qui reconnaît les forces de l'usager;
- Traiter l'usager comme un adulte et éviter les interventions infantilisantes;
- Encourager la prise de contraception pendant le processus de prise de décision si l'usager se questionne et l'informer sur les méthodes de contraception (*se référer à la fiche 8*);
- Questionner et comprendre les motivations et les raisons sous-jacentes au désir d'avoir un enfant (vérifier s'il y a des perceptions erronées);
- Sensibiliser l'usager aux besoins de l'enfant, responsabilités et exigences parentales, ainsi qu'aux enjeux associés;
- Soutenir l'usager dans ses choix et lui offrir les services adaptés à sa situation;
- Orienter et collaborer avec les services communautaires qui proposent des ateliers d'information pour les futurs parents;
- Travailler en collaboration avec le milieu de vie de l'usager.

La **collaboration** avec les divers partenaires et services est importante, car, bien souvent, les intervenants de ces milieux sont peu outillés et les services peu adaptés à la clientèle.

Grossesse non planifiée

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Informer l'usager sur ses droits, ses choix et les conséquences associées afin de faire un choix libre et éclairé : pilule du lendemain, avortement (*se référer à la fiche 8*), poursuite de la grossesse avec possibilité de placement dans une famille d'accueil ou d'adoption, poursuite de la grossesse;
- S'assurer que le soutien psychosocial est offert et travailler en collaboration avec d'autres services si nécessaire (ex. : référence à des centres spécialisés si la grossesse provient d'une relation non consentie);
- Informer et éduquer sur les méthodes contraceptives (*se référer à la fiche 8*).

Accompagnement à la parentalité

- Développer le réseau de soutien de l'usager ainsi que l'utilisation des services dans la communauté (ex. : services spécifiques, friperie, banque alimentaire, maison de la famille);
- Enseigner les aptitudes et comportements de base afin de prendre soin d'un enfant et assurer sa sécurité;
- Éduquer sur le développement et les comportements d'un enfant (ex. : reconnaître les maladies, les pleurs);
- Augmenter les habiletés de résolution de problèmes et les habiletés pour les activités de la vie quotidienne;
- Développer les connaissances sur la gestion des comportements de l'enfant;
- S'assurer qu'un suivi à long terme soit offert à l'usager afin de bien l'outiller durant les différentes étapes du développement de l'enfant (visée d'intervention à long terme est souhaitée).

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- Il est important que l'intervenant reste vigilant aux conflits de valeurs qui peuvent orienter la manière qu'il a de renseigner sur l'éducation et les soins prodigués aux enfants, ainsi que d'éviter une attitude de prise en charge;
- Si nécessaire, effectuez un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) en cas de doutes pour la santé ou la sécurité d'un enfant (il n'est pas du ressort de l'intervenant de juger de l'aptitude ou l'inaptitude du parent).

6. Ressources supplémentaires

Cueillette d'informations : *Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales* (ICBE), *Guide d'évaluation des capacités parentales 0-5 ans* (disponibles sur Santécom)

Motifs de compromission DPJ : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-838-02F.pdf>

1. Description

La masturbation est un comportement naturel qui consiste en l'expérimentation du plaisir par des caresses et touchers aux organes génitaux et aux autres zones érogènes du corps, sur soi ou sur autrui. Elle peut se faire manuellement ou avec des objets sexuels. La masturbation est un **comportement sexuel** faisant partie du développement psychosexuel normal. Elle peut se manifester à tout âge et sa fréquence fluctue selon chaque personne et les divers moments de la vie. Les adolescents en général se masturbent une à cinq fois par jour³⁶.

C'est un choix personnel de s'y adonner ou non, car, même s'il s'agit d'un geste sain, il **n'est pas nécessaire au bien-être sexuel**. Les techniques de masturbation diffèrent entre les hommes et les femmes, ainsi que d'une personne à l'autre. Les personnes qui se masturbent peuvent le faire pour diverses raisons telles que le plaisir et la détente.³⁷ La **motivation** à la masturbation n'a pas toujours comme finalité la satisfaction sexuelle. Parfois, elle peut permettre l'apaisement d'une tension telle que l'anxiété, l'ennui, la solitude, l'inconfort physique, etc.³⁸

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Chaque personne a ses désirs et sa manière unique de vivre sa sexualité. Il en est de même pour les personnes présentant une DI ou un TSA. Toutefois, le fait de **toucher** à ses organes génitaux n'est pas nécessairement de la masturbation. Cela peut provenir d'un inconfort physique (vêtements trop serrés, irritation), une cause médicale (ITSS, infection urinaire ou vaginale, mauvaise hygiène génitale, allergie à un détergent), une cause pharmacologique (effets secondaires sur la réponse sexuelle), une cause comportementale (obtenir de l'attention, éviter une tâche), etc.³⁹

Chez les hommes présentant une DI, les problèmes liés à la masturbation sont la **problématique sexuelle** la plus fréquente⁴⁰. Aussi, chez les personnes présentant un TSA, la masturbation inappropriée est fréquente⁴¹. Il peut donc arriver que, par exemple par manque d'habiletés sociales, des difficultés de compréhension sociale, une répression des pulsions ou des déficits cognitifs, la personne présentant une DI ou un TSA exprime des comportements masturbatoires dans des endroits, contextes ou moments inappropriés.

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA s'arrêtent avant l'orgasme (peur de la sensation, d'être punie, etc.) et vivent ensuite avec un état chronique d'excitation sexuelle, ce qui résulte en une masturbation plus fréquente et intensive.⁴² Les **particularités sensorielles** doivent aussi être considérées, car elles peuvent avoir des répercussions importantes sur la satisfaction sexuelle.

Comme dans la population générale, les hommes présentant une DI ou un TSA peuvent avoir des érections spontanées et les femmes des lubrifications spontanées. Ces réactions sont normales, et ce, sans qu'elles soient associées à une excitation sexuelle ou suite à la masturbation.

Intimité

Les personnes présentant une DI ou un TSA vivent davantage dans des milieux restrictifs et punitifs qui peuvent limiter une expression saine de leur sexualité. Des tabous entourant la sexualité chez cette clientèle sont toujours présents et les conditions du milieu (ex. : interdits, attitudes infantilisantes, manque d'intimité, etc.) doivent être considérées dans l'analyse de la situation afin de bien saisir le comportement de l'utilisateur. Il y a moins de risque qu'un comportement devienne excessif s'il est accepté et orienté plutôt qu'interdit. Suite à une **recommandation professionnelle**, une boîte d'intimité, pour des usagers majeurs uniquement, peut être recommandée (ex. : boîte avec des photos érotiques, du gel, des lingettes, etc.).

³⁶ Héneault, 2006; dans CISSS des Laurentides, 2015

³⁷ Taillefer et Héneault, 2014

³⁸ Claveau, 2018

³⁹ Idem.

⁴⁰ Cambridge, Carnaby et McCarthy, 2003; dans Kok, Stoffelen et Curfs, 2014

⁴¹ Héneault, s.d.

⁴² Claveau, 2018

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'inconfort ou les questionnements perdurent malgré l'éducation sexuelle de base (voir orientations cliniques);
- Le comportement enfreint les normes sociales (ex. : lieu inapproprié) et légales;
- Le comportement est accompagné d'un fort sentiment de culpabilité, honte, anxiété ou des reviviscences traumatiques;
- L'utilisateur fait l'utilisation d'un objet non sécuritaire ou adopte des comportements pouvant occasionner des blessures;
- Les comportements conduisent à un isolement excessif;
- Une boîte d'intimité est à développer (un intervenant ne peut pas développer cet outil seul);
- La masturbation est excessive où l'utilisateur se sent envahi et complètement contrôlé par ses préoccupations, ses pensées ou ses pulsions sexuelles;
- Présence d'une détresse significative et d'une altération du fonctionnement dues à la fréquence ou à l'intensité des fantasmes ou des comportements sexuels (*se référer à la fiche 22 sur le trouble hypersexuel*).

Questions à se poser (Claveau, 2018):

- Qu'est-ce qui est problématique?
- Pourquoi cela est-il problématique?
- Pour qui est-ce problématique?
- À partir de quels critères?
- Selon quelles informations, indices, observations ou propos?

4. Orientations cliniques

- Favoriser l'utilisation de programmes adaptés et reconnus dans le domaine;
- Développer une attitude positive, responsable, non culpabilisante, ni moralisatrice, ni intrusive;
- Enseigner les principes liés à l'intimité et à l'hygiène personnelle (fermer la porte et les rideaux, se laver les mains, endroit adéquat et non adéquat, notion de privé et public, etc.);
- Enseigner les connaissances sur l'anatomie et les réponses physiologiques (érection, érection spontanée, lubrification, étapes de l'excitation, impact de la médication sur la réponse sexuelle, etc.);
- Normaliser l'érection spontanée chez l'utilisateur et son entourage, et outiller l'utilisateur sur les moyens à prendre (n'a pas nécessairement besoin de se masturber);
- Normaliser et contextualiser le comportement masturbatoire (droit à l'intimité, où et quand c'est adéquat) et le réorienter avec neutralité bienveillante, lorsque requis;
- Développer les connaissances des normes sociales et des lois;
- Diversifier les activités et sources de plaisir de l'utilisateur lorsque le comportement est compulsif et qu'il a peu d'activités à l'horaire (peut répondre à l'ennui, l'anxiété, etc.);
- Soutenir et collaborer avec les milieux de vie de l'utilisateur afin de lui permettre d'avoir des moments d'intimité dans un endroit approprié (respect de ses besoins et de son intimité, avoir un réel lieu privé).

Se référer à la fiche 12 pour l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux, à la fiche 13 pour l'utilisation de matériel érotique et pornographique, et à la fiche 17 pour les comportements sexuels en public.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- Un intervenant peut enseigner les normes et contextes favorables à une masturbation saine. Toutefois, il ne peut faire l'enseignement de techniques de masturbation (*se référer aux programmes d'éducation sexuelle*);
- Le visionnement de vidéo éducatif (ex. : *Hand made love*, *Finger tips*) doit être recommandé par l'équipe interdisciplinaire ou un professionnel qualifié;
- Il est important de respecter l'intégrité, l'intimité, le droit à la confidentialité et à la vie privée de la personne.

6. Ressources supplémentaires

Héneault, I. (2018). *La sexualité et le syndrome Asperger*.

1. Description

Internet et les réseaux sociaux permettent l'**accessibilité** à une diversité grandissante d'informations ainsi qu'à des possibilités infinies. Internet, ainsi que les différentes plateformes qui s'y trouvent, offrent des occasions de faire de nouvelles rencontres, rester en contact avec des personnes éloignées ou encore maintenir des liens par l'entremise de contacts indirects. Les réseaux sociaux sont un outil non négligeable dans le domaine des interactions sociales.

Au-delà des interactions, Internet permet aussi de visionner des vidéos, vendre et acheter des objets, effectuer des recherches, acheter et offrir des services, etc. Malgré que ces actions soient légales pour la plupart, certaines peuvent mettre des personnes dans des **situations à risque** (ex. : par manque de connaissances). D'ailleurs le foisonnement de la pornographie (*se référer à la fiche 13 sur l'utilisation de matériel érotique et pornographique*) sur Internet propose une vision non réaliste, et souvent violente, de la sexualité qui peut favoriser des comportements sexuels inappropriés et illégaux chez les personnes vulnérables. D'autres actions sont, quant à elles, illégales et englobent plusieurs actes, transactions et interactions illicites.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Une plus grande vulnérabilité et naïveté peuvent être observées chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Reconnaître les intentions d'autrui ainsi que les risques associés à l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux sont des éléments abstraits ou moins bien intégrés pour ces personnes. Elles peuvent plus facilement se mettre dans des **situations à risque** (ex. : donner des informations personnelles et bancaires, partager des photos/vidéos intimes, rencontrer des inconnus, être incitées à commettre des gestes illégaux, ouvrir des partages de vidéo illicite, etc.).

Une **curiosité** saine peut aussi mener vers des sites illégaux en quelques clics. Il est important de rester prudent aux informations et sites Internet accessibles, car ce qui est vu et perçu peut devenir la norme pour l'utilisateur derrière son écran, selon le niveau de jugement qu'il dispose. De plus, une prudence ainsi qu'une vigilance peuvent permettre de prévenir des situations de **cyber intimidation**. De manière générale, près de 70 % de la clientèle présentant une DI ou un TSA a un historique d'intimidation⁴³.

Pour les personnes présentant une **DI**, une **naïveté** est souvent présente et peut mener l'utilisateur à s'engager dans des situations à risque, particulièrement sur les réseaux sociaux et les amitiés entretenues sur ceux-ci (ex. : difficultés à comprendre les notions d'amitié et les cercles sociaux lorsque tous les contacts sont sous la même nomination : amis). L'utilisateur peut ainsi vivre une vulnérabilité dans la relation.

Pour les personnes présentant un **TSA**, l'utilisation d'Internet est un médium intéressant afin d'entrer en contact avec autrui. Ce médium permet de se centrer sur le contenu de ce qui est partagé sans la surcharge d'informations non verbales à traiter.

Les personnes présentant un TSA avec un haut niveau de fonctionnement (particulièrement chez les asperger) peuvent développer un grand nombre de connaissances informatiques et, dans certains cas, en faire un usage inapproprié (*dark web* piratage, etc.). Les salles de clavardage, la masturbation devant l'ordinateur et l'utilisation de la caméra peuvent mener vers des actes illégaux ou encore des situations de vulnérabilité pour l'utilisateur.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'utilisateur fait une utilisation illégale d'Internet ou des réseaux sociaux;
- L'utilisateur est victime ou initiateur de cyberintimidation;
- L'utilisateur de moins de 18 ans fait une utilisation de sites pornographiques ou illicites;
- Présence d'une utilisation d'Internet non encadrée menant à l'exposition à du contenu non approprié pour l'âge ou le développement de l'utilisateur;
- Usage non sécuritaire pouvant mener à des situations à risque;
- Usage d'Internet ou des réseaux sociaux qui nuit au fonctionnement quotidien de l'utilisateur.

⁴³ Héneault, s.d.

4. Orientations cliniques

- Sensibiliser l'utilisateur et ses proches aux risques liés à l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux (cyberprévention);
- Informer sur les effets d'Internet et des réseaux sociaux et concrétiser les interventions (ex. : portée des publications, personne inconnue derrière son écran, informations confidentielles, police informatique, etc.);
- Outiller l'utilisateur afin de prendre des mesures de protection nécessaires et d'utiliser Internet et les réseaux sociaux de manière sécuritaire;
- Éduquer et informer sur les risques et les mesures à prendre pour le partage de fichiers et de photos;
- Enseigner les lois, les conséquences légales et les droits des personnes concernant l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux;
- Éduquer sur les étapes d'une rencontre sur Internet et outiller sur les moyens de protection (ex. : lieu public);
- Sensibiliser sur l'utilisation de la pornographie, lorsque requis (*se référer à la fiche 13 sur l'utilisation de matériel érotique*);
- Favoriser le développement du jugement critique (ex. : ce qui est sur Internet ne représente pas la réalité);
- Instaurer un contrôle parental, lorsque requis, et expliquer le rationnel derrière l'intervention ainsi qu'impliquer l'utilisateur dans la prise de décision (ne pas seulement interdire);
- Collaborer avec le milieu de vie afin de faire de la prévention et tenter de limiter l'accès pour que le contenu soit adapté à l'âge et au développement de l'utilisateur;
- Favoriser l'utilisation des technologies dans une pièce commune en fonction de l'âge (en prévention et lorsque requis).

Ressources d'hébergement

L'utilisation et l'accessibilité d'Internet et des réseaux sociaux sont à baliser selon les besoins et la situation de chaque usager. Une évaluation multidimensionnelle de la situation en équipe clinique est à privilégier.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- Publier ou partager des images intimes (photo, vidéo) d'une personne sans son accord est illégal. Si la publication concerne un mineur, la personne est à risque d'être accusée de distribution de pornographie juvénile (même avec le consentement de la personne mineure);
- Le droit à la liberté d'expression se limite aux droits d'autrui, soit au droit à la vie privée, à la réputation et à la sécurité;
- Entre autres, il est interdit : de harceler une autre personne en lui envoyant des messages qui lui font craindre pour sa sécurité, nuire à la réputation d'une personne en publiant quelque chose qui pousserait les gens à la haïr, la mépriser ou la trouver ridicule, d'écrire des insultes graves contre quelqu'un, de menacer de mort ou de blessures, de menacer de briser les objets de quelqu'un, d'inciter fortement une personne à se tuer.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>
<https://spvm.qc.ca/fr/jeunesse>
<https://aqpv.ca/la-cyberviolence-dans-les-relations-amoureuses-des-jeunes/>

1. Description

Le matériel érotique ou pornographique peut comprendre des revues, photos, films, écrits, vêtements, objets sexuels ainsi que l'utilisation d'Internet, du clavardage et des réseaux sociaux. Il a pour but de rehausser ou stimuler l'excitation et le désir sexuel. Il est important de distinguer l'érotisme de la pornographie :

Érotisme : Toute attitude ou représentation qui a rapport au plaisir, à l'amour physique ainsi qu'aux désirs sexuels et amoureux. L'érotisme éveille le désir sexuel, est suggestif, sollicite l'imaginaire, touche la sentimentalité et peut avoir une approche esthétique ou artistique.

Pornographie : Réfère à une représentation sexuelle de choses obscènes destinées à être partagée afin de provoquer l'excitation sexuelle. Ce sont souvent des représentations explicites et grossières qui s'éloignent de la réalité. L'acte sexuel est simplifié, vulgarisé et axé sur les organes génitaux. La pornographie démontre souvent des représentations qui réduisent les personnes à leur sexualité avec la présence de stéréotypes, de violence et de soumission.

Les effets néfastes et perturbateurs de l'exposition à la pornographie sur le développement psychosexuel des adolescents et des enfants ont été démontrés. Il existe des liens directs entre la consommation de pornographie à l'enfance ou à l'adolescence et certains éléments, dont la multiplicité des partenaires sexuels, l'activité sexuelle plus précoce, les transgressions sexuelles, les conduites délinquantes, la dépression, la faiblesse des liens affectifs, le risque d'isolement social et d'inadaptation sociale et plus encore⁴⁴.

Les contenus sont **perturbateurs** pour les enfants et les jeunes adolescents, car ils ne sont pas outillés afin de recevoir de telles informations. Ils sont plus fragiles, n'ont pas ou peu de filtres de valeurs, n'ont pas la maturité, les connaissances ni le jugement pour agir avec discernement suite à de tels visionnements. Ces contenus peuvent être percutants et perçus comme des modèles à suivre.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA sont plus **vulnérables** à l'exposition précoce de la pornographie que la population générale. Leur développement psychosexuel peut être davantage perturbé en raison des déficits au niveau cognitif et adaptatif ainsi que la présence de rigidités⁴⁵. Le décalage dans l'immaturité doit être considéré dans l'évaluation des effets d'une telle consommation ou exposition. Leur compréhension peut être limitée et ces personnes peuvent faire des associations erronées ou encore ne pas différencier la fiction de la réalité.

La pornographie amène un visuel rapide, gratuit et accessible avec des instructions à suivre (ex. : cliquer ici). Les liens peuvent rapidement diriger vers de la pornographie illégale, même si la recherche initiale est légitime. Dans certains cas, les personnes présentant un **TSA** peuvent développer une fixation sur une image ou un site web.⁴⁶

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'utilisateur demande à se procurer du matériel (ou en démontre l'intérêt) et ne peut le faire par lui-même en raison de limitations;
- L'utilisateur utilise du matériel pornographique illégal ou à caractère déviant (ex. : violent, bestial, infantile, *hentai* ou mangas pornographiques);
- L'utilisateur utilise du matériel pouvant causer des lésions physiques ou s'inflige des lésions avec du matériel;
- L'utilisateur se sent envahi et complètement contrôlé par ses préoccupations, pensées et pulsions sexuelles;
- La consommation du matériel est compulsive, récurrente, soutenue et compromet l'intégration sociale de l'utilisateur;
- Un usager mineur consomme de la pornographie (légale ou illégale);
- Un usager adulte utilise des objets ou des contenus à symbolique infantile tels que des sous-vêtements, toutous, émissions pour enfants (présence d'un risque d'érotisation des symboles infantiles)⁴⁷.

⁴⁴ Claveau, 2017

⁴⁵ Claveau, 2017

⁴⁶ Héneault, 2018

⁴⁷ Claveau, 2018

4. Orientations cliniques

- Éduquer de manière préventive;
- Éduquer l'utilisateur quant aux notions d'hygiène entourant l'usage d'objets érotiques;
- Promouvoir une éducation sexuelle adaptée et axée sur la promotion de la santé sexuelle afin de permettre à l'utilisateur d'effectuer des choix éclairés sur l'usage du matériel;
- Informer et aider l'utilisateur à réfléchir aux enjeux et aux règles de sécurité sur l'utilisation du matériel;
- Éduquer afin d'aider à repérer ou déconstruire les messages ou les stéréotypes sexuels véhiculés;
- Élaborer une boîte d'intimité (ex. : boîte avec des photos érotiques, du gel, des lingettes, etc.) si pertinent et, selon le contexte, se référer à l'équipe interdisciplinaire ou un professionnel qualifié dans ce cas et ne pas l'élaborer seul;
- Renseigner sur les lois concernant l'interdiction et l'illégalité de la possession ou la consultation de matériel érotique ou pornographique portant sur des mineurs ainsi que les conséquences légales;
- Éduquer, sensibiliser et renseigner les différents milieux de vie sur les lois et l'usage de matériel érotique et pornographique;
- Rester vigilant à ce que l'utilisation ne compromette pas l'intégration sociale de l'utilisateur ou sa sécurité;
- Sensibiliser, dans les **ressources d'hébergement**, les responsables et intervenants sur les besoins de l'utilisateur et le respect de son intimité et intégrité.

Se référer à la fiche 12 pour l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- L'usage de matériel érotique ou pornographique est **acceptable** lorsque le matériel est légal (ex. : ne concerne pas des personnes ou des représentations de mineurs), l'utilisateur est âgé de 18 ans et plus, l'utilisation est faite de manière sécuritaire, individuellement ou entre partenaires consentants;
- L'intervenant ne doit pas procurer le matériel érotique à l'utilisateur, à moins d'une recommandation faite par un professionnel qualifié;
- L'intervenant ne peut encourager l'usage de matériel pornographique à un utilisateur;
- Toute possession, accès, production, distribution de contenu à caractère sexuel concernant une personne de moins de 18 ans est passible d'une infraction de pornographie juvénile.

6. Ressources supplémentaires

<https://spvm.qc.ca/fr/jeunesse>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-314-03.pdf>

1. Description

Un **fétiche** fait référence soit à un objet, une partie du corps autre que génitale ou une caractéristique physique qui provoque une excitation sexuelle chez la personne qui en fait l'usage⁴⁸. Le cuir, le latex, les uniformes, la forme corporelle, les pieds et les chaussures sont des exemples de fétiches fréquents.

L'utilisation de **fétiches** fait partie de la vie sexuelle de nombreuses personnes et il n'est pas pathologique en soi, mais peut devenir une **paraphilie** si son utilisation est intense et récurrente (*se référer à la fiche 21 sur les troubles paraphiliques*). Comme pour les autres paraphilies, il devient problématique lorsqu'il constitue une condition essentielle à l'obtention du plaisir érotique, est source de détresse psychologique, nuit au fonctionnement de la personne ou qu'il implique une personne non consentante.

À noter qu'il revient à un professionnel qualifié de faire l'évaluation sexologique afin de déterminer s'il y a présence ou non d'un trouble.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Pour certaines personnes présentant un TSA, le recours à un fétiche permet de **concrétiser** l'excitation sexuelle. Ainsi, le plaisir provient de la vue du fétiche et de son contact⁴⁹. Certaines peuvent aussi y avoir recours en raison de difficultés avec l'imagination.

Compte tenu de leurs caractéristiques, les personnes présentant un **TSA** sont plus susceptibles d'adopter des comportements stéréotypés et atypiques d'exploration sexuelle, et ce, dès son éveil. Un intérêt spécifique dans l'enfance peut devenir un intérêt sexuel majeur lors de la puberté. Par exemple, un intérêt restreint pour les loups pourrait être sexualisé et des objets s'y référant deviendraient source d'excitation sexuelle, par la vue ou le toucher⁵⁰.

Lorsqu'elles vivent dans un **milieu encadrant ou strict**, les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent ne pas être en mesure d'exprimer et vivre librement leurs préférences sexuelles, soit par manque de connaissances, d'espace, d'intimité ou d'opportunité.

3. Quand consulter le soutien clinique

- Les comportements ne sont pas sécuritaires et sont envahissants ou compulsifs;
- Les comportements engendrent une détresse psychologique ou perturbent le fonctionnement de l'utilisateur;
- Les comportements ne s'expriment pas dans un endroit approprié et privé;
- Les comportements ne respectent pas les lois en vigueur ou ils entraînent des délits;
- Les comportements s'actualisent avec des personnes non consentantes (*se référer à la fiche 4*);
- L'utilisateur utilise des objets d'enfance.

4. Orientations cliniques

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Expliquer à l'utilisateur, selon ses capacités, sa situation sur le plan sexuel ainsi que les conséquences possibles pour lui-même et pour autrui;
- Enseigner les notions de sécurité, d'intimité et d'hygiène personnelle;
- Collaborer avec l'environnement afin de reconnaître et comprendre les besoins de l'utilisateur, assurer un moment et un lieu d'intimité sécuritaire ainsi qu'éviter les attitudes et interventions négatives ou punitives;
- Maintenir un niveau de vigilance préventive avec bienveillance à son égard.

⁴⁸ Hénault, 2006; dans Fraser, D. et Moscato, M., 2015

⁴⁹ Hénault, 2006; dans Fraser, D. et Moscato, M., 2015

⁵⁰ Glowacz, F., Courtain, A. et Dassylva, B., 2017

5.	Aspects légaux / éthiques à considérer
-----------	---

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• L'utilisation de fétiches n'est pas nécessairement problématique ou délictuelle. Toutefois, parce qu'elle transgresse parfois des normes sociosexuelles, elle peut choquer les valeurs personnelles et morales de certaines personnes et créer de l'embarras et de la gêne, tant chez l'utilisateur que chez les personnes de l'entourage. Il est essentiel d'être prudent face aux jugements dans les interventions auprès de l'utilisateur;• Il est important de rester prudent afin de préserver l'intimité de l'utilisateur ainsi qu'éviter les questions intrusives. |
|--|

6.	Ressources supplémentaires
-----------	-----------------------------------

http://sgetgc.org/developper_lexpertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/

1. Description

Une **paraphilie** réfère à des **préférences** ou à des **pratiques sexuelles** qui sont considérées comme hors-normes ou atypiques. Les paraphilies sont donc des pratiques qui diffèrent de celles traditionnellement considérées comme étant normales par la société et à une époque donnée. Le DSM-5⁵¹ définit la paraphilie comme étant un « intérêt sexuel intense et persistant autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypique normal, sexuellement mature et consentant ».

À noter qu'il revient à un professionnel qualifié de faire l'évaluation sexologique afin de déterminer s'il y a présence ou non d'un trouble.

Une paraphilie n'est pas pathologique en soi. Elle est dite **bénigne et non offensive** lorsqu'elle n'engendre pas de détresse psychologique chez la personne, ne perturbe pas son fonctionnement normal ou adaptatif, ne cause pas de préjudice à elle-même ou à autrui et qu'elle s'actualise en privé, dans le cadre d'une relation égalitaire entre adultes matures et consentants⁵². Toutefois, si la paraphilie ne répond pas à l'un de ces éléments, elle pourrait faire partie d'un trouble paraphilique (*se référer à la fiche 21*).

Le fétichisme, le masochisme, le voyeurisme et le transvestisme sont des exemples de paraphilies qui peuvent demeurer bénignes et non offensives. Toutefois, même dans ces cas, la paraphilie peut nuire au développement ou au maintien de relations saines et satisfaisantes ainsi qu'exposer la personne au rejet et au jugement. Elle peut aussi rendre la personne plus vulnérable aux abus et aux agressions⁵³.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Lorsqu'elles vivent dans un **milieu encadrant ou strict**, les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent expérimenter des contraintes à exprimer et vivre librement leur sexualité et leurs préférences sexuelles. Un manque d'intimité, des restrictions ainsi que des attitudes répressives et culpabilisantes mettent davantage à risque l'usager de développer des comportements paraphiliques à risque ou qui s'actualisent dans un endroit inapproprié⁵⁴.

Les personnes présentant un TSA sont plus susceptibles d'adopter des **comportements stéréotypés et atypiques** d'exploration sexuelle, et ce, dès l'éveil sexuel. Un environnement qui réagit de façon négative, restrictive ou punitive à la manifestation d'une paraphilie bénigne peut susciter une détresse psychologique et une perturbation du fonctionnement normal chez la personne⁵⁵.

La sexualité de cette clientèle est malheureusement davantage jugée et perçue négativement. Il importe de bien analyser la situation afin de ne pas présumer à tort que des comportements atypiques sont problématiques.

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant ce type de comportement, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel spécialisé, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation d'un professionnel ni l'avis d'une équipe clinique spécialisée.

4. Orientations cliniques

- Accueillir avec calme, bienveillance et ouverture;
- S'informer et documenter si les comportements :
 - sont sécuritaires, non envahissants ni compulsifs;
 - n'engendrent pas de détresse psychologique et ne perturbent pas le fonctionnement de l'usager;

⁵¹ American Psychiatric Association, 2015

⁵² Claveau, 2018

⁵³ Claveau, 2018

⁵⁴ CRDITED-Estrie, 2011; Claveau, 2018

⁵⁵ CRDITED-Estrie, 2011; Claveau, 2018

- s'expriment dans un endroit approprié et privé;
- sont respectueuses des lois en vigueur et qu'ils n'entraînent pas de délits;
- s'actualisent avec des personnes de plus de 16 ans **et** consentantes (*se référer à la fiche 4*).
- Enseigner les notions de sécurité, d'intimité et d'hygiène personnelle;
- Expliquer à l'usager les comportements attendus dans les différents milieux et s'assurer de sa compréhension;
- Expliquer à l'usager, selon ses capacités, sa situation sur le plan sexuel ainsi que les conséquences possibles (pour elle-même et pour autrui);
- Collaborer avec l'environnement afin de reconnaître et comprendre les besoins de l'usager, assurer un moment et un lieu d'intimité sécuritaire ainsi qu'éviter les attitudes et interventions négatives ou punitives;
- Établir une collaboration cohérente avec son environnement afin que l'usager intègre les connaissances et les aptitudes hygiéniques ou sécuritaires dans ses pratiques sexuelles.

5. Aspects légaux/éthiques à considérer

- Les paraphilies peuvent choquer les valeurs personnelles et morales des gens autour ainsi que créer de l'embarras et de la gêne, tant chez l'usager que chez les personnes de son entourage⁵⁶;
- Certaines paraphilies sont proscrites par la loi et considérées comme des délits sexuels (ex. : pédophilie, zoophilie). *Se référer à la fiche 21 sur les comportements s'apparentant à un trouble paraphilique.*

6. Ressources supplémentaires

http://sqetqc.org/developper_lexpertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/

⁵⁶ Claveau, 2018

1. Description

Plusieurs endroits incitent à des activités sexuelles tels que les bars de danseurs, les saunas, les salons de massage, etc. Plusieurs de ces endroits sont légaux et réservés aux personnes de **18 ans et plus**.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent fréquenter ces lieux lorsqu'ils ont l'**âge légal**. Elles sont toutefois davantage à risque d'être exploitées ou encore de se mettre dans des situations à risque (ex. : être encouragées à commettre des actes illégaux, se faire abuser financièrement, etc.). La difficulté à reconnaître les intentions d'autrui ou encore une naïveté sociale peut rendre ces personnes vulnérables aux situations d'abus.

3. Quand consulter le soutien clinique

- L'utilisateur souhaite fréquenter un lieu d'incitation à des activités sexuelles légales, mais n'a pas les habiletés nécessaires;
- Un usager mineur fréquente des lieux d'incitation à des activités sexuelles;
- L'utilisateur est entraîné (ou présence de doutes) dans de tels lieux sans consentement libre et éclairé;
- L'utilisateur vit une situation d'exploitation (ou présence de doutes);
- La fréquence ou l'intensité de la fréquentation de ces lieux entraîne des difficultés personnelles importantes (ex. : finances) et limite son fonctionnement social.

4. Orientations cliniques

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Informer l'utilisateur sur le sujet afin de développer sa capacité à faire des choix libres et éclairés ainsi que sa responsabilisation;
- Éduquer et informer sur les comportements acceptables et non acceptables socialement dans de tels lieux;
- Outiller l'utilisateur afin de prévenir les situations à risque (ex. : exploitation, pratiques illégales, etc.) et l'aider afin de faire des liens entre les conséquences et les gestes posés;
- Informer l'utilisateur sur les risques associés à la fréquentation de tels lieux et les conséquences légales des pratiques illégales (exploitation, abus, violence, prostitution);
- Signaler la situation à la DPJ pour un usager mineur lorsque requis.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- L'intervenant ne peut pas accompagner l'utilisateur dans de tels lieux ni encourager ou interdire ces pratiques;
- Il est important de rappeler que l'achat de services sexuels (prostitution, escorte, etc.) est, quant à lui, illégal;
- Il est illégal d'obtenir des services sexuels moyennant rétribution (prostitution). Selon la loi, lesdits services sexuels inclus : rapports sexuels, masturbation, relations sexuelles orales, danse avec contact et activités sado-masochistes.

Se référer à la fiche 19 sur les services sexuels et l'exploitation sexuelle pour plus de détails.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>

1. Description

Les gestes à caractère sexuel ne sont pas tolérés dans les endroits publics et les endroits privés où se retrouvent d'autres personnes. Des comportements tels que se masturber, se dénuder ou autres activités sexuelles peuvent être dérangeants, choquer, heurter les valeurs ainsi qu'être passibles de plaintes policières et être judiciairisés.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent démontrer des comportements sexuels en public. Ces comportements ne sont pas nécessairement liés à l'exhibitionnisme (*se référer à la fiche 21 sur les troubles paraphiliques*). En raison de certaines de leurs particularités, leurs comportements peuvent être expliqués par diverses **causes et fonctions** : manque d'inhibition, manque d'autorégulation, provocation, manque d'amitiés de son groupe d'âge, manque d'opportunités pour exprimer sa sexualité, manque de connaissances sociosexuelles ou d'endroit intime pour répondre à ses besoins sexuels.

Il est important de rappeler que certaines personnes proviennent des **milieux institutionnalisés** où les frontières et la pudeur étaient peu considérées (ex. : changer un usager devant d'autres personnes, ouvrir la porte de chambre sans prévenir, etc.). Des comportements tels que se dénuder ont longtemps été banalisés et acceptés ce qui peut, dans certains cas, expliquer qu'ils se produisent dans des moments ou lieux inappropriés.

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant ce type de comportement, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel spécialisé, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation d'un professionnel ni l'avis d'une équipe clinique spécialisée.

4. Orientations cliniques

- Enseigner les notions d'intimité, public et privé (rediriger vers ce qui est acceptable concernant le moment et le lieu);
- Enseigner les règles et normes sociales en public ainsi que les lois et conséquences entourant les comportements sexuels en public;
- Encourager le milieu afin que l'usager ait accès à un endroit privé et à des moments intimes afin de répondre à ses besoins;
- Informer, sensibiliser et outiller le milieu de vie en lien avec les notions d'intimité (ex. : lors des soins d'hygiène, porte fermée).

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- Selon la loi, il est interdit de poser des **gestes indécents*** :
 - Dans un endroit public où se trouvent d'autres personnes (ex. : montrer ses parties génitales);
 - Dans un endroit privé dans l'intention de choquer (ex. : simuler de se masturber pour choquer des passants).
- Il est interdit d'être **nu** dans un endroit public sans raison valable ainsi qu'être nu dans un endroit privé, lorsque visible par d'autres personnes (ex. : laver sa voiture dans son entrée en étant nu).

*Pour qu'un geste soit considéré indécent légalement, il n'y a pas de définition précise et le geste dépend du lieu et du contexte.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>

1. Description

La **déviance contrefaite*** réfère à des comportements sexuels atypiques et déviants qui s'apparentent à une paraphilie (*se référer à la fiche 15*) ou à une déviance sexuelle. Toutefois, après analyse, les comportements ne sont pas attribuables à des intérêts sexuels réellement déviants ni ne sont motivés par la malveillance, la satisfaction de pulsions sexuelles déviantes ou la recherche de pouvoir. Ils se distinguent d'un trouble paraphilique ou d'un problème de délinquance sexuelle et ne doivent pas être considérés comme tels⁵⁷.

Les pulsions sexuelles répondent à un besoin fondamental de l'être humain et ne peuvent pas être complètement contenues ou refoulées sur une longue période de temps. Dans des situations où une personne est soumise à d'importantes restrictions ou influencée par divers facteurs (médicaux, adaptatifs, psychologiques, etc.), les pulsions peuvent emprunter une voie atypique et s'exprimer par des comportements déviants, d'où l'appellation de déviance contrefaite.

La déviance contrefaite peut être : **offensive** (conséquences chez la personne ou sur autrui, parfois judiciairisées) ou **bénigne** (danger ou risque absent pour l'entourage, peu ou pas de préjudice pour la personne). Elle se distingue de la déviance sexuelle et de la délinquance sexuelle.

La **déviance sexuelle** réfère à des comportements sexuels atypiques ou hors-normes selon les standards socioculturels donnés.

La **délinquance sexuelle** fait référence à une personne ayant transgressé les lois en lien avec une agression sexuelle commise ou d'autres formes d'infractions à caractère sexuel. Elle est souvent associée à un historique judiciaire incluant plusieurs infractions malgré les mesures éducatives ou judiciaires mises en place.⁵⁸

*À noter que la déviance contrefaite n'est pas une classification diagnostique (DSM-5) et **il revient à un professionnel qualifié de faire l'évaluation sexologique afin de déterminer s'il y a présence ou non d'un trouble.**

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Chez les personnes présentant une DI ou un TSA, les comportements sexuels problématiques sont souvent considérés à tort comme de la délinquance ou une déviance sexuelle. Plusieurs **facteurs** et hypothèses différentiels aux personnes présentant une DI ou un TSA peuvent être en cause dans la manifestation des comportements relatifs à la déviance contrefaite : restrictions (manque d'intimité, milieu infantilisant, restrictif ou punitif), manque de soutien afin d'expérimenter une vie amoureuse et sexuelle saine, absence d'éducation sexuelle, manque de jugement moral, déficit important des habiletés sociosexuelles, expériences sexuelles difficiles et traumatisantes, apprentissages inadéquats et effets secondaires de la médication.⁵⁹

Un **environnement** qui réagit de manière négative, restrictive ou punitive à la manifestation des comportements peut susciter une détresse psychologique et une perturbation du fonctionnement normal chez l'utilisateur⁶⁰.

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant ce type de comportement, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'utilisateur, incluant l'orientation vers un professionnel spécialisé, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation d'un professionnel ni l'avis d'une équipe clinique spécialisée.

⁵⁷ Griffiths, Hingsburger, Hoat et Ioannou, 2013; dans Claveau, 2018

⁵⁸ Claveau, 2018

⁵⁹ Claveau, 2018

⁶⁰ Claveau, 2018

4. Orientations cliniques

Interventions à court terme

- Accueillir avec calme, bienveillance et ouverture;
- Sécuriser la personne et l'environnement (aménagements), lorsque requis et dans les limites du mandat;
- Valider avec l'utilisateur sa perception de la situation;
- S'informer des connaissances de l'utilisateur sur les lois en vigueur et donner l'information complémentaire (ex. : délits, vol, implication de personnes mineures ou non consentantes, etc.);
- Expliquer à l'utilisateur, selon ses capacités, le caractère inapproprié ou illégal de ses gestes ainsi que les conséquences possibles pour lui-même et pour autrui;
- Expliquer les comportements attendus dans les différents milieux et s'assurer de sa compréhension;
- S'assurer, dans la mesure du possible, que l'utilisateur ait accès à un lieu et à des moments d'intimité dans son milieu de vie (accès à sa chambre, porte fermée, etc.);
- Documenter les comportements et ses impacts pour la personne et l'environnement et mettre les mesures en place pour assurer la sécurité au besoin.

Interventions à moyen/long terme

- Appliquer les recommandations émises par les professionnels impliqués;
- Travailler en équipe afin d'assurer le suivi des recommandations en cohérence et en cohésion;
- Valider la compréhension de l'utilisateur en lien avec sa situation et l'adhésion à son plan d'intervention;
- Développer les habiletés de base (*se référer aux fiches 1 et 2*) ainsi que les habiletés de communication;
- Offrir le soutien requis à l'utilisateur qui est impliqué dans un processus judiciaire et l'informer du processus;
- Offrir des activités valorisantes et orienter l'utilisateur afin qu'il expérimente de nouveaux intérêts ou projets;
- Soutenir et développer le réseau social de l'utilisateur afin de favoriser l'établissement et le maintien de relations satisfaisantes avec des personnes de son âge et de son niveau de fonctionnement;
- Permettre à l'utilisateur d'avoir un contrôle positif et valorisant dans certaines sphères de sa vie;
- Orienter l'utilisateur vers un programme d'éducation sexuelle adapté et développer la responsabilisation;
- Instaurer un encadrement qui prévient les récidives lors d'une déviance contrefaite offensive;
- Maintenir un niveau de vigilance préventive avec bienveillance.

Interventions environnementales

- Sensibiliser l'environnement à la situation et assurer, autant que possible, leur adhésion aux interventions ainsi que leur compréhension de la situation;
- Collaborer avec l'environnement afin de reconnaître et comprendre les besoins de l'utilisateur, assurer un moment et un lieu d'intimité sécuritaire ainsi qu'éviter les attitudes et interventions négatives, restrictives ou punitives;
- Recommander aux ressources pertinentes l'utilisateur qui se retrouve impliqué ou potentiellement impliqué dans un processus judiciaire et collaborer avec eux;
- Sensibiliser les personnes (policiers, enquêteurs, avocats, etc.) travaillant auprès de l'utilisateur sur les particularités associées à son diagnostic et son fonctionnement.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- Bien que la déviance contrefaite ne soit pas attribuable à une réelle déviance, les comportements ne doivent pas être banalisés et la personne doit tout de même se responsabiliser quant aux gestes qu'elle commet;
- Rester prudent dans les réactions, car les comportements peuvent choquer et bousculer les valeurs morales;
- L'utilisateur peut faire face à des poursuites judiciaires ou criminelles si les comportements enfreignent la loi.

6. Ressources supplémentaires

http://sqetqc.org/developper_lexpertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/

http://sqetqc.org/wp-content/uploads/2019/06/D%C3%A9viance-contrefaite_27_05_2019_WEB.VF_.pdf

1. Description

Le fait de vendre des services sexuels, à un nombre indéterminé de personnes, en échange d'une forme quelconque de rétribution est aussi appelé **prostitution**. Au Canada, ce genre de services est considéré comme de l'exploitation sexuelle. Des personnes (hommes, femmes, jeunes garçons et jeunes filles) choisissent ou, plus souvent, sont contraintes à vendre leurs services sexuels. D'autres consomment et achètent ces services.

L'**exploitation sexuelle** est « une pratique par laquelle une ou des personnes obtiennent une gratification sexuelle, un gain financier ou un avancement quelconque en exploitant la sexualité ou la nudité d'une autre personne ou d'un groupe de personnes »⁶¹. Elle peut prendre plusieurs formes : services d'escorte, prostitution, massages érotiques, pornographie, trafic sexuel, tourisme sexuel, union forcée, etc.

Le **proxénète** (personne qui tire profit de la prostitution d'autrui) utilise divers moyens pour soumettre les victimes d'exploitation sexuelle tels que l'isolement, la manipulation affective, le chantage, l'intimidation, la violence, etc.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent choisir d'avoir recours à des services sexuels. Plusieurs facteurs peuvent augmenter les risques qu'un usager présentant une DI ou un TSA utilise des services sexuels : peu d'occasions de créer des liens, faible réseau social, difficultés à entrer en relation avec autrui, etc.⁶²

Elles peuvent aussi offrir leurs propres services ou être incitées à le faire, voire y être contraintes. Dans de telles situations, en raison de leur plus grande **vulnérabilité**, elles sont davantage à risques de compromettre leur intégrité, leur santé sexuelle et de se mettre en danger⁶³.

Également, les personnes présentant une DI ou un TSA sont plus enclines à vivre de la sollicitation ou de l'**exploitation sexuelle**⁶⁴. Elles sont plus à risque d'être la proie de proxénète ou d'offrir par elles-mêmes leurs services en échange de cadeaux ou d'argent. Il importe de rester vigilant dans l'observation de vulnérabilités d'un usager qui est à risque de s'engager ou de se faire engager dans la vente de services sexuels.

Utiliser les services sexuels d'une tierce personne ou offrir ses propres services sexuels peut cacher des **besoins** aux niveaux affectif, relationnel, financier ou encore une difficulté à s'affirmer et à faire valoir ses limites. Cela peut également signifier que la personne n'a tout simplement pas appris qu'elle pouvait refuser de se prostituer⁶⁵.

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant le dévoilement de tels comportements (offre ou consommation) chez un usager, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel spécialisé, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation d'un professionnel ni l'avis d'une équipe clinique spécialisée.

4. Orientations cliniques

- Accueillir avec calme, bienveillance et ouverture;
- Enseigner les notions de consentement (*fiche 4*) ainsi que les risques associés aux relations non protégées;
- Informer sur les lois en vigueur et les conséquences légales possibles;
- Informer sur les droits de la personne;
- Soutenir l'usager et s'informer des motivations sous-jacentes à ses comportements et identifier des alternatives répondant à ses besoins;
- Maintenir un niveau de vigilance préventive avec bienveillance à son égard;

⁶¹ CLES, 2017

⁶² Fraser, D. et Moscato, M., 2015

⁶³ CRDITED-Estrie, 2011; Sallafranque-St-Louis, 2015; dans Bernard, 2018

⁶⁴ Sallafranque-St-Louis, 2015 dans Bernard, 2018

⁶⁵ CRDITED-Estrie, 2011

- Se référer, s'informer ou travailler en collaboration avec le service de police communautaire lorsque requis.

Usager qui offre ses propres services sexuels :

- Signaler à la DPJ lorsqu'il s'agit d'une personne mineure qui est victime d'exploitation sexuelle;
- Écouter, croire et soutenir l'usager de manière constructive sans porter de jugement;
- Encourager les forces et qualités de l'usager;
- Démontrer de la patience et respecter le rythme et le cheminement de l'usager (ne pas hâter ou presser);
- Déculpabiliser ainsi que normaliser et valider les émotions que l'usager vit;
- Outiller l'usager afin qu'il puisse se protéger contre l'exploitation sexuelle (scénarios de protection);
- Soutenir et informer sans imposer de solution (le désir et la volonté de changer doivent provenir de la personne victime d'exploitation sexuelle);
- Favoriser le développement de l'affirmation et de l'estime de soi (*fiche 1*), la gestion des émotions (*fiche 2*) ainsi que les divers centres d'activités et de plaisir;
- Favoriser l'autonomie de l'usager;
- Diriger l'usager et collaborer avec les ressources dans la communauté.

Usager qui consomme des services sexuels :

Les interventions devraient viser à faire cesser ces pratiques, car la prostitution constitue une activité illégale.

- Enseigner des alternatives appropriées (légalles et sécuritaires) dans la réponse à ses besoins;
- Offrir un soutien à l'usager qui se retrouve impliqué ou potentiellement impliqué dans un processus judiciaire.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

Depuis 2014, une nouvelle loi canadienne est entrée en vigueur : *La Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*. Cette loi considère la prostitution comme une forme d'exploitation sexuelle. Elle a pour but de protéger les personnes qui offrent leurs propres services sexuels, de protéger la communauté et de réduire la demande de prostitution et de son incidence⁶⁶.

Les personnes qui offrent leurs propres services sexuels en échange d'une rétribution ou en font la publicité bénéficient d'une **immunité en matière de poursuite**, exception faite des activités liées à la prostitution dans un endroit public et à proximité d'une garderie, d'une école ou d'un terrain de jeu. Toutefois, la prostitution demeure illégale pour les consommateurs et tierces parties qui risquent des poursuites judiciaires. En bref, ce qui est illégal :

- Obtenir des services sexuels rétribués en tout lieu;
- Communiquer dans un endroit public en vue d'obtenir des services sexuels rétribués;
- Faire de la publicité visant à offrir les services sexuels d'une autre personne;
- Obtenir, directement ou indirectement, un avantage matériel qui provient d'un achat de services sexuels;
- Faciliter l'interaction ou amener une personne à offrir ou à rendre des services sexuels rétribués;
- Exploiter ou faciliter l'exploitation sexuelle d'une personne;
- En aucun temps, un intervenant ne peut initier, favoriser ou faciliter le recours à des services de prostitution, car la prostitution constitue une activité illégale.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.justice.gc.ca/>
<http://www.lacles.org/wp/wp-content/uploads/Guide-FINAL.pdf>

⁶⁶ <https://www.justice.gc.ca/>

1. Description

La victimisation sexuelle fait référence aux personnes **victimes d'agression sexuelle** (voir fiche 23 sur l'agression sexuelle). La manière dont la personne est soutenue est déterminante dans son potentiel de résilience. Il est important que la personne ne soit pas exposée ou surexposée aux réactions vives ou intenses (colère, rage, dégoût, injustice, inquiétude, etc.) et aux charges affectives négatives des personnes qui l'entourent⁶⁷.

Important : Une personne qui est victime d'une agression sexuelle n'est pas responsable et n'a pas contribué aux gestes subis. Certains facteurs et contextes rendent plus à risque que la situation se produise, mais ils ne contribuent ni ne causent une agression. Les gestes commis sont la responsabilité de la personne qui fait l'acte.

Réactions

Les personnes victimes vivent l'événement de manière différente et peuvent avoir été traumatisées. Il est important de ne pas blâmer la personne de ses réactions, de ce qu'elle a fait ou non. Le cerveau réagit de manière automatique face à la peur ou la menace. Bien que de la prévention ait été faite et des habiletés enseignées, il se peut que sous l'effet de la peur, de la menace ou de la contrainte, une personne perde ses moyens et fige, ce qui est normal.⁶⁸

Conséquences

L'agression sexuelle provoque diverses conséquences dans la vie de la personne qui en est victime. Ces conséquences fluctuent d'une personne à l'autre, d'un événement à l'autre et peuvent varier en intensité et dans le moment d'apparition (peuvent apparaître des années après l'événement). Parmi celles-ci peuvent se trouver⁶⁹ :

- Problèmes physiques (maux de tête, fatigue, ITSS, blessures, etc.);
- Problèmes psychologiques (dépression, culpabilité, anxiété, tristesse, honte, peur, colère, faible estime de soi, idées suicidaires, automutilation, méfiance, traumatisme émotionnel, etc.);
- Difficultés sexuelles (confusion en lien avec la sexualité et l'intimité, douleurs lors des relations, dégoût, baisse de désir, hypersexualité, comportements sexuels inadaptés, etc.);
- Difficultés relationnelles (famille, conjoint, amis, etc.);
- Problèmes économiques, sociaux ou familiaux (difficultés au travail, séjour dans un centre d'hébergement ou de crise, perte de revenus, rejet des amis, isolement, difficultés à entrer en relation, etc.);
- Problèmes de dépendance (alcool, drogues, jeu, médicaments);
- Troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie);
- Diminution du fonctionnement adaptatif (capacité à s'occuper de soi, fonctionnement social, etc.).

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

La **prévalence** d'agression sexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA est préoccupante et largement plus élevée que la population générale, elles sont deux à trois fois plus à risque de subir de la violence sexuelle. Chez les personnes qui présentent une DI, 90% des femmes et 32 à 54% des hommes ont vécu une agression à caractère sexuel au cours de leur vie ⁷⁰.

Malheureusement, les femmes présentant une DI ou un TSA rapportent davantage de **facteurs de risque** liés à l'agression sexuelle : dépendance à l'autre, difficultés à reconnaître le caractère inacceptable de l'agression, difficultés de communication, confiance excessive en autrui, difficultés à se protéger, isolement social, méconnaissance de leur sexualité ainsi que des limites relationnelles et de leurs droits, perception de l'agresseur, grande crédulité et facilement manipulable, etc.

Les **facteurs environnementaux** tels que les ressources peu adaptées, le manque d'éducation ou l'éducation sexuelle peu adaptée, le manque de formation des intervenants psychosociaux et judiciaires ainsi que les attitudes

⁶⁷ CISSS des Laurentides, 2015

⁶⁸ Ministère de la justice, 2019

⁶⁹ Gouvernement du Québec, 2018; Mathieu, s.d.

⁷⁰ CALACS Châteauguay, s.d.;

sociales face au handicap (infantilisation, préjugés, discrimination, stigmatisation, etc.) sont aussi des facteurs de risque importants à considérer dans l'évaluation de la situation.

Il est important de faire l'enseignement de ce qui est normal, intime et intrusif. Une attitude infantilisante peut être nuisible à ce niveau (ex. : un adulte se fait laver alors qu'il serait en mesure de le faire lui-même et n'apprend pas que de tels gestes sont intrusifs). Dans la prévention, il est nécessaire d'aller au-delà de la théorie et des échanges d'informations verbales et écrites. La pratique d'habiletés lors des mises en situation peut largement améliorer la généralisation des acquis.

Divulgaration

Suite à un abus, la clientèle présentant une DI ou un TSA vit davantage d'**obstacles** face à la dénonciation : difficultés à obtenir du soutien, services peu sensibilisés à leur réalité, dépendance face à l'agresseur, peur d'être placée, peu de crédibilité accordée à leur témoignage, difficultés de communication ou à exprimer leur souffrance, difficultés à reconnaître qu'elle est victime d'une agression, contacts intrusifs (moins d'intimité), etc.⁷¹

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant une situation ou des doutes de victimisation chez un usager, l'intervenant doit rapidement faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel spécialisé, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation d'un professionnel ni l'avis d'une équipe clinique spécialisée.

4. Orientations cliniques

Prévention

La prévention consiste à augmenter les facteurs de protection, mais n'élimine pas le risque qu'un événement se produise. Il est important de partager des valeurs d'intervention d'ouverture, de bienveillance et non culpabilisante.

- Éduquer et informer sur les notions de consentement, de droit et des limites/frontières interpersonnelles;
- Augmenter les habiletés d'autodétermination ainsi que de connaissance et affirmation de soi (*voir fiche 1*);
- Développer les habiletés d'auto-observation (ça fait « oui ou non » à l'intérieur, confortable ou non);
- Éduquer sur les relations saines et égalitaires (*voir fiche 3*);
- Informer sur la manière d'aller chercher de l'aide, rapporter un incident et les ressources disponibles;
- Éduquer et informer sur les formes de violence sexuelle;
- Informer sur les conséquences d'une agression sexuelle;
- Grader les interventions dans l'acquisition de comportements de protection (ex. : donner des informations verbales et des instructions, faire du modelage et des jeux de rôles à plusieurs reprises, pratiquer et tester les habiletés dans des situations de la vie réelle – lorsque la situation s'y prête);
- Collaborer avec les ressources du milieu pour des ateliers de prévention sur la violence sexuelle;
- Sensibiliser les milieux de vie (famille, ressources d'hébergement) en lien avec l'autodétermination et les stratégies en lien avec les facteurs de protection.

Accompagnement de la victime lors d'un dévoilement* (ou lors de soupçons)

*référer et appliquer les protocoles d'intervention en vigueur selon la situation (situation de violence, maltraitance, déclaration d'accident, protocole d'abus, etc.).

⁷¹ CALACS Châteauguay; Mathieu, s.d.

Pendant le dévoilement

Important : Intervenir sur les conséquences vécues, ramener un sentiment de sécurité et rester vigilant avec le sentiment d'urgence et de protection.

- Adopter une attitude bienveillante, calme, sécurisante et chaleureuse (éviter les réactions vives, alarmistes ou culpabilisantes);
- Écouter sans jugement (rester neutre) et permettre de s'exprimer avec le médium de son choix;
- Favoriser l'écoute et le partage du vécu émotif, valider ses émotions (comment l'utilisateur se sent, les conséquences et non les gestes vécus);
- Croire ce que l'utilisateur confie sans banaliser ses propos (ne pas banaliser ce qu'il dit ni minimiser ou amplifier les faits);
- Éviter les questions suggestives afin de ne pas induire des propos et s'abstenir de questionner sur les faits;
- Déculpabiliser l'utilisateur (ce n'est pas de sa faute, ne pas questionner sur ses réactions ou pourquoi il n'a pas utilisé ses moyens/stratégies, etc.);
- Encourager ses forces, valoriser ses bons coups et nommer que ses réactions sont normales;
- Évaluer l'état de l'utilisateur à la fin de la rencontre.

Après la rencontre

- Évaluer l'urgence de la situation (nécessité d'intervenir ici maintenant, assurer la sécurité de la personne);
- Éviter la prise en charge et accompagner plutôt l'utilisateur vers une prise de décision afin de favoriser son autonomie (éducation versus surprotection);
- Supporter l'utilisateur et se montrer disponible à l'accompagner ou à parler selon ses besoins;
- Informer l'utilisateur des ressources et suites possibles (suivi individuel, groupe de soutien, plainte policière);
- Référer au soutien clinique et travailler en équipe (ne pas rester seul avec le dévoilement);
- Référer aux organismes spécialisés pour du soutien clinique;
- Référer aux protocoles d'intervention en vigueur (ex. : violence, maltraitance, etc.) et aviser le gestionnaire;
- Recommander et accompagner l'utilisateur afin qu'il obtienne de l'aide des organismes spécialisés (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel - CALACS, Centre d'aide aux victimes d'acte criminel - CAVAC) et assurer un travail de collaboration avec eux avec le consentement de la personne;
- Mettre les mesures de protection en place, dans les limites du rôle de l'intervenant et de la prestation de services, afin d'assurer la protection de l'utilisateur d'une récidive (avec l'accord de la personne);
- Faire un signalement* à la DPJ lorsqu'il s'agit d'une personne mineure et informer le curateur lorsqu'il s'agit d'un majeur sous régime de protection (évaluer l'urgence, si possible préparer le signalement en informant et impliquant la personne dans le processus).

Lors de la divulgation :

- Sécuriser et rassurer la personne, elle a pris la bonne décision d'en parler;
- Évaluer les risques dans l'immédiat et s'assurer que les mesures de protection sont en place;
- Écouter, prendre au sérieux et noter par la suite les faits (ne pas reprendre sur les mots ni interroger, éviter les questions suggestives);
- Informer sur l'intervention médico-légale et sociale.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- Lorsqu'un usager de moins de 18 ans est victime d'un abus sexuel, ou que l'intervenant a des motifs raisonnables de croire qu'il en est victime, l'intervenant a l'obligation légale de rapporter la situation à la DPJ;
- Lorsque la personne majeure est sous régime de protection, le représentant légal doit être informé de toute situation d'abus à l'égard de l'utilisateur;
- Toute situation ou soupçon d'une situation de maltraitance doit être rapporté à un supérieur.

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/agression-sexuelle-denonciation-aide-et-recours>
<http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Guide-AS-2018.pdf>
<https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/loi/cadre-legal>

1. Description

Selon le DSM-5, le **trouble paraphilique** est présent lorsque les comportements sexuels associés à une paraphilie (voir [fiche 15](#)) répondent à un ou plusieurs de ces critères⁷²:

- Ils sont la source d'une détresse cliniquement significative;
- Ils causent une altération du fonctionnement global;
- Ils posent un préjudice ou un risque de préjudice pour autrui.

Le trouble paraphilique est un diagnostic qui peut être émis uniquement par un professionnel habilité à le faire.

Bien qu'une multitude de paraphilies existe, les troubles paraphiliques* les plus fréquents dans le DSM-5 sont : voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme, masochisme sexuel, sadisme sexuel, pédophilie, fétichisme et travestisme (voir [annexe H](#) pour les définitions).

*À noter que pour être répertoriés comme trouble paraphilique, les comportements doivent provoquer une excitation sexuelle intense et récurrente. Par exemple, à lui seul, le fait de se travestir n'est pas un trouble paraphilique.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Bien que les données soient rares sur la prévalence des troubles paraphiliques chez les personnes présentant une DI ou un TSA, il est établi que ces problématiques sont moins fréquentes que les comportements sexuels inappropriés et ceux liés à la déviance contrefaite⁷³. Toutefois, plusieurs études indiquent que les fantasmes ou les comportements paraphiliques sont plus fréquents chez les personnes présentant un TSA que dans la population générale⁷⁴.

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant ce type de comportements, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel qualifié, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation et les recommandations d'un professionnel sollicité.

4. Orientations cliniques

Interventions à court terme*

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Sécuriser la personne et l'environnement (aménagements), lorsque requis et dans les limites du mandat;
- Valider avec l'usager sa perception de la situation;
- S'informer des connaissances de l'usager sur les lois en vigueur et donner l'information complémentaire (ex. : délits, vol, implication de personnes mineures ou non consentantes, etc.);
- Expliquer à l'usager, selon ses capacités, le caractère inapproprié ou illégal de ses gestes ainsi que les conséquences possibles pour lui-même et pour autrui;
- Expliquer les comportements attendus dans les différents milieux et s'assurer de sa compréhension;
- Documenter les comportements et ses impacts pour la personne et l'environnement, estimer le risque et mettre les mesures en place pour assurer la sécurité au besoin.

* Au besoin, référer et appliquer les protocoles d'intervention en vigueur selon la situation (situation de violence, maltraitance, déclaration d'accident, protocole d'abus, etc.).

Interventions à moyen/long terme

- Appliquer les recommandations émises par les professionnels impliqués;

⁷² American Psychiatric Association, 2015

⁷³ Claveau, 2018

⁷⁴ Schöttle et al., 2017

- S'assurer qu'un gestionnaire soit à l'affût de la situation et impliqué dans le dossier;
- Travailler en équipe afin d'assurer le suivi des recommandations en cohérence et en cohésion;
- Valider la compréhension de l'utilisateur en lien avec sa situation et l'adhésion à son plan d'intervention;
- Offrir le soutien requis à l'utilisateur qui est impliqué dans un processus judiciaire et l'informer du processus;
- Rester vigilant à ce que le soutien mis en place ne renforce pas le comportement négatif par l'attention accordée à la personne dans cette situation;
- Offrir des activités valorisantes et orienter l'utilisateur afin qu'il expérimente de nouveaux intérêts ou projets;
- Favoriser une participation active de l'utilisateur dans la recherche d'informations et des stratégies pour diminuer les impacts de ses comportements sur lui-même et sur autrui;
- S'assurer d'un calendrier de suivi à moyen / long terme jusqu'à ce que la situation se résorbe et réévaluer la situation périodiquement en équipe clinique interdisciplinaire;
- Maintenir un niveau de vigilance préventive avec bienveillance.

Interventions environnementales

- Sensibiliser l'environnement à la situation et assurer, autant que possible, leur adhésion aux interventions ainsi que leur compréhension de la situation;
- Collaborer avec l'environnement afin de reconnaître et comprendre les besoins de l'utilisateur, assurer un moment et un lieu d'intimité sécuritaire ainsi qu'éviter les attitudes et interventions négatives ou punitives;
- Recommander aux ressources pertinentes l'utilisateur qui se retrouve impliqué ou potentiellement impliqué dans un processus judiciaire et collaborer avec eux;
- Sensibiliser les personnes (policiers, enquêteurs, avocats, etc.) travaillant auprès de l'utilisateur sur les particularités associées à son diagnostic et son fonctionnement.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- Parmi l'ensemble des paraphilies, certaines sont prosrites par la loi et considérées automatiquement comme des délits sexuels, comme la pédophilie et la zoophilie.
- Toute paraphilie peut conduire à des accusations criminelles si elle prend forme sans le consentement d'autrui⁷⁵. Plus spécifiquement, les actes suivants constituent des infractions sexuelles⁷⁶ :
 - Observer, photographier ou filmer en secret une personne dans une situation intime ou dans un but sexuel;
 - Montrer ses parties génitales, simuler un acte sexuel ou être nu dans un endroit public;
 - Se livrer à des activités sexuelles avec un animal;
 - Incitation ou contacts sexuels sur des personnes de moins de 16 ans (*voir fiche 4 consentement*);
 - Tromper un mineur dans le but de commettre une infraction sexuelle;
 - Regarder, partager ou produire de la pornographie juvénile (comprend la représentation de certaines parties du corps dans un but sexuel, la simulation ou la perpétration d'un acte sexuel, un mineur témoin ou qui se livre à une activité sexuelle, la valorisation, l'encouragement, la simulation ou la description d'une activité sexuelle avec un mineur).

6. Ressources supplémentaires

<https://www.educaloi.qc.ca/>
<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques/infractions-sexuelles/definitions.html>

⁷⁵ Claveau, 2018

⁷⁶ Éducaloi.qc.ca

1. Description

Le **trouble hypersexuel** se rapporte à des comportements dits normaux dans leur nature, mais se distingue de par le caractère excessif, envahissant, désinhibé ou répétitif des pulsions et des comportements sexuels. Il peut prendre plusieurs formes : masturbation, consommation de pornographie, fréquentation de lieux d'incitation à des activités sexuelles, recours à des travailleurs du sexe, etc.⁷⁷ À noter que ce trouble n'est pas une classification diagnostique (DSM-5) et **il revient à un professionnel qualifié de faire l'évaluation sexologique afin de déterminer s'il y a présence ou non d'un trouble.**

C'est une forme de **dépendance**, où la personne atteinte a tendance à utiliser des comportements sexuels normaux comme stratégie d'évitement, en réponse à des événements stressants de la vie. La personne aux prises avec cette problématique se sent contrôlée et envahie par ses pulsions, pensées et préoccupations sexuelles, malgré des efforts infructueux pour les contrôler ou les réduire⁷⁸.

Le trouble hypersexuel engendre également une détresse cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autre domaine important de la personne, dues à la fréquence et l'intensité des fantasmes ou des comportements sexuels. Il peut aussi, dans certains cas, entraîner des lésions ou des blessures aux organes génitaux et mettre en péril la santé sexuelle de la personne⁷⁹.

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

À l'instar de la population générale, les comportements associés à un trouble hypersexuel, tel qu'il est défini plus haut, sont rares chez les personnes qui présentent une DI ou un TSA. Toutefois, ces comportements peuvent être **concomitants** à d'autres troubles de santé mentale tels qu'un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble anxieux par exemple⁸⁰.

Plutôt qu'un réel trouble hypersexuel, certains comportements observés chez les personnes présentant un **TSA** peuvent être l'expression d'intérêts restreints sexualisés ou d'un trouble d'intégration ou de modulation sensorielle (ex. : une masturbation compulsive peut être la manifestation d'une tendance aux comportements répétitifs)⁸¹. Également, il peut s'agir des conséquences d'une hypo sensibilité qui rend difficiles le ressenti des sensations physiques et l'expérimentation de l'orgasme. Ces comportements pourraient aussi refléter un désir d'être actif sexuellement, mais en être incapable en raison de difficultés sociales⁸².

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant ce type de comportements, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel qualifié, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation et les recommandations du professionnel sollicité.

4. Orientations cliniques

Interventions à court terme*

- Accueillir avec calme, bienveillance et sans jugement;
- Sécuriser la personne et l'environnement (aménagements), lorsque requis et dans les limites du mandat;
- Valider avec l'usager sa perception de la situation;
- S'informer des connaissances de l'usager sur les lois en vigueur et donner l'information complémentaire (ex. : délits, vol, implication de personnes mineures ou non consentantes, etc.);

⁷⁷ Couture et Proulx, 2014; Claveau, 2018

⁷⁸ Couture et Proulx, 2014

⁷⁹ Claveau, 2018

⁸⁰ Claveau, 2018; Kafka, 2016

⁸¹ Claveau, 2018

⁸² Claveau, 2018; Schöttle et al., 2017

- Expliquer à l'utilisateur, selon ses capacités, le caractère inapproprié ou illégal de ses gestes ainsi que les conséquences possibles pour lui-même et pour autrui;
- Expliquer les comportements attendus dans les différents milieux et s'assurer de sa compréhension;
- Documenter les comportements et ses impacts pour la personne et l'environnement et mettre les mesures en place pour assurer la sécurité au besoin.

* Au besoin, référer et appliquer les protocoles d'intervention en vigueur selon la situation (situation de violence, maltraitance, déclaration d'accident, protocole d'abus, etc.).

Interventions à moyen/long terme

- Appliquer les recommandations émises par les professionnels impliqués;
- S'assurer qu'un gestionnaire soit à l'affût de la situation et impliqué dans le dossier;
- Travailler en équipe afin d'assurer le suivi des recommandations en cohérence et en cohésion;
- Valider la compréhension de l'utilisateur en lien avec sa situation et l'adhésion à son plan d'intervention;
- Offrir le soutien requis à l'utilisateur qui est impliqué dans un processus judiciaire et l'informer du processus;
- Rester vigilant à ce que le soutien mis en place ne renforce pas le comportement négatif par l'attention accordée à la personne dans cette situation;
- Offrir des activités valorisantes et orienter l'utilisateur afin qu'il expérimente de nouveaux intérêts ou projets;
- Favoriser une participation active de l'utilisateur dans la recherche d'informations et des stratégies pour diminuer les impacts de ses comportements sur lui-même et sur autrui;
- S'assurer d'un calendrier de suivi à moyen / long terme jusqu'à ce que la situation se résorbe et réévaluer la situation périodiquement en équipe clinique interdisciplinaire;
- Maintenir un niveau de vigilance préventive avec bienveillance.

Interventions environnementales

- Sensibiliser l'environnement à la situation et assurer, autant que possible, leur adhésion aux interventions ainsi que leur compréhension de la situation;
- Collaborer avec l'environnement afin de reconnaître et comprendre les besoins de l'utilisateur, assurer un moment et un lieu d'intimité sécuritaire ainsi qu'éviter les attitudes et interventions négatives ou punitives;
- Recommander l'utilisateur aux ressources pertinentes (ex. : santé mentale) et collaborer avec eux;
- Sensibiliser les personnes (policiers, enquêteurs, avocats, etc.) travaillant auprès de l'utilisateur sur les particularités associées à son diagnostic et son fonctionnement, lorsque requis.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- Les comportements sexuels liés au trouble hypersexuel peuvent constituer des infractions sexuelles et mener à des poursuites judiciaires⁸³. Entre autres, les actes suivants constituent des infractions sexuelles^{*84} :
 - Observer, photographier ou filmer en secret une personne dans une situation intime ou dans un but sexuel;
 - Montrer ses parties génitales, simuler un acte sexuel ou être nu dans un endroit public;
 - Se livrer à des activités sexuelles avec un animal.
- Il est interdit d'harcéler une autre personne si l'acte en question a pour effet de lui faire raisonnablement craindre pour sa sécurité ou celle d'une de ses connaissances. Par exemple, il est interdit de :
 - Suivre cette personne ou une de ses connaissances de façon répétée;
 - Communiquer de façon répétée, même indirectement, avec cette personne ou une de ses connaissances;
 - Cerner ou surveiller sa maison d'habitation ou le lieu où cette personne ou une de ses connaissances réside, travaille, exerce son activité professionnelle ou se trouve;
 - Se comporter d'une manière menaçante à l'égard de cette personne ou d'un membre de sa famille.

**Voir fiche 21 sur le trouble paraphilique pour le détail des infractions sexuelles sous la même section.*

6. Ressources supplémentaires

<http://www.ifac-addictions.fr/les-dependances-sexuelles.html>

<https://www.cliniquenouveaudepart.com/blog/la-dependance-sexuelle-peut-on-abuser-dune-bonne-chose/>

⁸³ Claveau, 2018; Kafka, 2016

⁸⁴ Éducaloi.qc.ca

1. Description

Une **agression sexuelle** est « un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou [...] par une manipulation affective ou par chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne⁸⁵. »

C'est donc un déséquilibre de pouvoir où la personne qui commet les gestes utilise divers moyens afin de dominer. L'abus de pouvoir n'est pas uniquement physique, mais aussi psychologique, économique, etc. Lorsque le besoin d'avoir recours à l'agressivité ou le contrôle est récurrent, il est question d'une problématique d'agression sexuelle.

Types d'agressions à caractère sexuel

Les agressions à caractère sexuel sont des gestes, paroles ou attitudes commis par une personne sans le consentement de l'autre. Ce sont des actes de domination et d'abus de pouvoir qui visent à soumettre une personne à ses propres désirs en utilisant la menace ou l'humiliation par exemple. Il en existe plusieurs types :

- Agression sexuelle;
- Agression sexuelle par intoxication volontaire;
- Agression sexuelle collective;
- Appels et messages obscènes;
- Attouchements sexuels;
- Exhibitionnisme;
- Exploitation sexuelle;
- Harcèlement sexuel;
- Inceste;
- Voyeurisme.

Entre 50% et 80%
des agresseurs
adultes
commencent à
l'adolescence
(Poirier et Garon,
2009).

2. Considérations pour la clientèle DI – TSA

Chez les personnes présentant une **DI**, un déficit des fonctions adaptatives constitue un facteur de risque dans les problématiques d'agression sexuelle, tant au niveau social qu'au niveau du jugement et de la résolution de problèmes. Selon plusieurs auteurs⁸⁶, des lacunes au niveau des connaissances sociosexuelles pourraient également contribuer à des comportements sexuels illégaux.

Chez les personnes présentant un **TSA** sans DI, les particularités sociales et de communication constituent des facteurs de risques dans la perpétration d'agressions sexuelles. Notamment, une théorie de l'esprit non consolidée, une faible capacité à réguler les émotions et une faible reconnaissance des besoins des autres et des signes sociaux⁸⁷.

Ainsi, compte tenu de leurs particularités, la clientèle présentant une DI ou un TSA pourrait éprouver des difficultés à déterminer si une personne est consentante ou non. Dans certains cas, elle pourrait également poser des gestes de nature sexuelle sans intention malveillante envers la victime, mais plutôt par une incompréhension des indices sociaux liés aux contextes propices aux rapprochements intimes et au consentement d'autrui⁸⁸. Malgré cela, des accusations criminelles peuvent être déposées puisque le geste constitue une agression sexuelle au sens de la Loi⁸⁹.

3. Quand consulter le soutien clinique

Devant ce type de comportements, l'intervenant doit d'abord faire appel au soutien clinique de son programme. Les interventions requises auprès de l'usager, incluant l'orientation vers un professionnel qualifié, sont ensuite identifiées selon ses besoins spécifiques. Les orientations cliniques qui suivent sont générales et ne remplacent pas l'évaluation et les recommandations du professionnel sollicité.

⁸⁵ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; dans Claveau, 2018

⁸⁶ Glowacz, Courtain et Dassylva, 2017

⁸⁷ Idem

⁸⁸ Idem

⁸⁹ Claveau, 2018

4. Orientations cliniques

Interventions à court terme*

- Accueillir avec calme, bienveillance et ouverture;
- Sécuriser la personne et l'environnement (aménagements), lorsque requis et dans les limites du mandat;
- Valider avec l'utilisateur sa perception de la situation;
- S'informer des connaissances de l'utilisateur sur les lois en vigueur et donner l'information complémentaire (ex. : délits, vol, implication de personnes mineures ou non consentantes, etc.);
- Expliquer à l'utilisateur, selon ses capacités, le caractère inapproprié ou illégal de ses gestes ainsi que les conséquences possibles pour lui-même et pour autrui;
- Expliquer les comportements attendus dans les différents milieux et s'assurer de sa compréhension;
- Documenter les comportements et ses impacts pour la personne et l'environnement, estimer le risque et mettre les mesures en place pour assurer la sécurité au besoin.

* Au besoin, référer et appliquer les protocoles d'intervention en vigueur selon la situation (situation de violence, maltraitance, déclaration d'accident, protocole d'abus, etc.).

Interventions à moyen/long terme

- Appliquer les recommandations émises par les professionnels impliqués;
- S'assurer qu'un gestionnaire soit à l'affût de la situation et impliqué dans le dossier;
- Travailler en équipe afin d'assurer le suivi des recommandations en cohérence et en cohésion;
- Valider la compréhension de l'utilisateur en lien avec sa situation et l'adhésion à son plan d'intervention;
- Offrir le soutien requis à l'utilisateur qui est impliqué dans un processus judiciaire et l'informer du processus;
- Rester vigilant à ne pas engager d'attention négative dans l'importance du soutien mis en place;
- Offrir des activités valorisantes et orienter l'utilisateur afin qu'il expérimente de nouveaux intérêts ou projets;
- Favoriser une participation active de l'utilisateur dans la recherche d'informations et des stratégies pour diminuer les impacts de ses comportements sur lui-même et sur autrui;
- S'assurer d'un calendrier de suivi à moyen / long terme jusqu'à ce que la situation se résorbe et réévaluer la situation périodiquement en équipe clinique interdisciplinaire;
- Maintenir un niveau de vigilance préventive avec bienveillance.

Interventions environnementales

- Sensibiliser l'environnement à la situation et assurer, autant que possible, leur adhésion aux interventions ainsi que leur compréhension de la situation;
- Collaborer avec l'environnement afin de reconnaître et comprendre les besoins de l'utilisateur, assurer un moment et un lieu d'intimité sécuritaire ainsi qu'éviter les attitudes et interventions négatives ou punitives;
- Recommander aux ressources pertinentes l'utilisateur qui se retrouve impliqué ou potentiellement impliqué dans un processus judiciaire et collaborer avec eux;
- Sensibiliser les personnes (policiers, enquêteurs, avocats, etc.) travaillant auprès de l'utilisateur sur les particularités associées à son diagnostic et son fonctionnement.

5. Aspects légaux / éthiques à considérer

- Au sens de la Loi, les trois éléments suivants doivent être présents pour qu'il y ait agression sexuelle⁹⁰ :
1) l'emploi de la force contre une personne, 2) dans un contexte sexuel, 3) sans le consentement de la personne.
- Une agression sexuelle peut prendre plusieurs formes en fonction des gestes posés ou du degré de violence utilisée. Le **Code criminel** prévoit un ensemble d'infractions sexuelles, avec ou sans contact, pour lesquelles une personne peut faire l'objet d'accusations criminelles (ex. : contact sexuel, incitation à des contacts sexuels sur une personne de moins de 16 ans, gestes indécents, agression sexuelle simple, armée ou grave, leurre d'enfants, voyeurisme, etc.⁹¹).

Voir fiche 4 pour les notions du consentement sexuel.

6. Ressources supplémentaires

www.educaloi.qc.ca
www.agressionsexuelle.com
www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle

⁹⁰ Institut national de santé publique, 2019

⁹¹ www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle

Conclusion

Ce guide d'accompagnement en matière de santé sexuelle a été élaboré en fonction des approches préconisées par l'établissement, soit l'approche positive, la participation sociale et l'autodétermination. L'énoncé « une personne à part entière » doit également prendre tout son sens lorsqu'il est question d'épanouissement en matière de santé sexuelle. En reconnaissant l'importance et la légitimité des besoins en matière de santé sexuelle, de vie affective, amoureuse et intime chez les personnes présentant une DI ou un TSA, il était cohérent d'encadrer les pratiques des services spécialisés auprès de la direction des programmes déficiences du CISSMO s'adressant à la clientèle-cible.

Les études démontrent clairement que l'oppression des besoins au plan intime et sexuel ne fait qu'augmenter le potentiel d'apparition de comportements à risque. Tout comme les caractéristiques associées à la DI ou au TSA font en sorte que ces personnes se retrouvent davantage en situation de vulnérabilité. La consultation des meilleures pratiques vient confirmer nos orientations quant à l'importance de développer les habiletés relationnelles et d'offrir de l'éducation sociosexuelle aux personnes présentant une DI ou un TSA. Nous favorisons ainsi l'adoption de saines habitudes de vie en matière de santé sexuelle, augmentons les facteurs de protection et diminuons par le fait même les facteurs de risque associés au développement de problématiques ou de victimisation sexuelle.

Les informations contenues dans ce guide permettront aux intervenants, de s'approprier les bonnes pratiques en matière de santé sexuelle saine afin qu'ils puissent à leur tour en faire la promotion auprès des usagers, de leur famille et des partenaires impliqués.

De plus, le continuum de soutien clinique présenté dans ce guide vient clarifier les modalités de soutien requis en fonction du niveau de complexité des situations à risque en matière de santé sexuelle. Le continuum vient aussi baliser les responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus clinique en fonction de leur mandat respectif. Les modalités de soutien clinique offertes aux intervenants et les orientations cliniques sur les divers thèmes sont des outils qui se veulent favorables à la prévention des difficultés sociosexuelles ainsi qu'à la réduction des facteurs de vulnérabilités liés à l'apparition ou à l'aggravation de telles problématiques.

Vingt-trois fiches thématiques sont dorénavant disponibles afin de baliser les interventions associées à la santé sexuelle et leur utilisation devrait susciter une démarche réflexive avant d'intervenir auprès des personnes-cible. Ces fiches ne devraient pas être les seules balises sur le plan clinique, le travail en équipe interdisciplinaire étant essentiel dans les situations à risque. En plus des fiches thématiques, la liste de ressources supplémentaires incluant des sites internet et des livres de référence fournie en annexe permettra d'enrichir les connaissances des en matière de santé sexuelle.

Aussi, le continuum de soutien clinique présenté dans ce guide met en évidence la pertinence d'offrir la formation nécessaire afin que chaque territoire puisse développer l'expertise en matière de santé sexuelle afin d'encourager et d'harmoniser l'utilisation des bonnes pratiques. Cette formation se veut offerte en continu via des activités offertes par l'équipe spécialisée en matière de santé sexuelle en plus des formations de base et spécialisées ciblées, retenues par l'établissement.

Finalement, rappelons que ce guide se veut évolutif et sera appelé à se transformer selon les besoins et les problématiques rencontrés, mais aussi en fonction de l'avancement des connaissances.

Listes des annexes

- ANNEXE A : Services en matière de santé sexuelle, vie intime, affective et amoureuse
- ANNEXE B : Aide-mémoire à la préparation d'une consultation en matière de sexualité
- ANNEXE C : Aide à la réflexion quant à l'orientation d'une demande en sexologie
- ANNEXE D : Catégorisation des problématiques sexuelles
- ANNEXE E : Développement psychosexuel
- ANNEXE F : Ressources supplémentaires
- ANNEXE G : Tableau résumé des ITSS
- ANNEXE H : Définitions des troubles paraphiliques

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Repéré à http://sieccan.org/wp-content/uploads/2018/05/2008-Guidelines_French.pdf
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Badgett, M.V.L. (2009). *Best Practices for Asking Questions about Sexual Orientation on Surveys*. Los Angeles, CA: Williams Institute.
- Boucher, C., Côté, C., Tremblay, G., et Labbé, L. (2016). CIUSSS MCQ. *Programme d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle*. Trois-Rivières (Canada), Collections de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, 311 pages.
- Centre d'Aide et de Lutte contre les Agressions à Caractère Sexuel Châteauguay (s.d.). *Les agressions sexuelles c'est non. Ensemble, réagissons*. Repéré à <http://calacs-chateauguay.ca>
- Centre d'expertise Marie-Vincent (2014). *Développement psychosexuel chez les enfants*. Repéré à l'adresse http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Grand_public/M_informer/vaml_21_doc1.ashx?la=fr
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Estrie (2011). *Cadre de référence en matière de santé sexuelle : Vie intime, affective, amoureuse et sexuelle*. Direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche - DSPQR.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est (2008). *Protocole d'intervention en cas de violence à l'endroit des personnes desservies par le CRDI Montérégie-Est*. Direction des services professionnels.
- Centre hospitalier universitaire mère-enfant St-Justine (2018). *Les comportements et les jeux sexualisés chez les enfants : Informations aux parents*. Repéré à https://www.chusj.org/getmedia/068734cb-2781-4964-a6be-c70031bf9dbd/depliant_F-160_les-comportements-et-les-jeux-sexualises-chez-les-enfants_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2019). *Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés*. Direction des programmes Déficiences.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2019). *Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité*. Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique.
- Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (2015). *Cadre de référence : vie affective et sexuelle clientèle DI-TSA*. Programme DI-TSA.
- Chambre de commerce gaie du Québec (2014). *Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre en milieu de travail*. Repéré à <https://cclgbtq.org/wp-content/uploads/2015/12/Lexique-LGBT.pdf>
- Claveau, Y. (2016, mai). *Les troubles du comportement sexuel en DI-TSA*. Communication présentée en conférence multimédia pour le SQETGC.
- Claveau, Y. (2017, avril). *Bases et incontournables*. Communication présentée lors du Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.

- Claveau, Y. (2018, mai). *Quelques lignes directrices concernant les interventions liées à la masturbation*. Communication présentée lors du Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.
- Claveau, Y. (2018). *Les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA – Guide d'orientations cliniques*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ. Repéré à http://sqetgc.org/developper_l'expertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/
- Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle (2017). *S'outiller pour mieux agir : Guide d'information destiné aux proches des victimes d'exploitation sexuelle*. Repéré à <http://www.lacles.org/wp/wp-content/uploads/Outils-pour-les-proches-des-victimes-v2.pdf>
- Couture, G., Boucher, C., Mathieu, C., Paquette, G., Dion, J., et Tremblay, K.N. (2013). Les agressions sexuelles subies par les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle. Rapport de recherche présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Québec : CRDITED MCQ – Institut universitaire.
- Couture, M. et Proulx, I. (2014). Le trouble hypersexuel. *Psychologie Québec*, 31(02), 44-46
- Dionne, H., et Dupras, A. (2014). La santé sexuelle de personnes ayant une déficience intellectuelle : Une approche écosystémique. *Sexologies*, 23(4), 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.003>
- Dupras, A. (2011). Handicap et sexualité : quelles solutions à la misère sexuelle? *ALTER European Journal of Disability Research*, 6(1), 13-23.
- Éducaloi (2019). *La loi expliquée en un seul endroit*. Repéré à l'adresse <https://www.educaloi.qc.ca>
- Fraser D. et Moscato M. (2015). Cadre de référence. Vie affective et sexuelle. Clientèle DI-TSA. CISSS des Laurentides. Programme DI-TSA. 76 pages.
- Ghosh, S. (2017). *La variance de genre chez les jeunes : la gestion et l'approche*. Communication présentée à l'hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, Qc. Résumé repéré à https://www.hopitalpourenfants.com/system/files/170315_ghosh.pdf
- Goldman, M. (2017). *Soutenir les personnes à risque d'émettre des comportements sexuels inappropriés dans la communauté : sécurité, traitement et considérations éthiques*. Communication présentée au Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.
- Gouvernement du Canada (2016). *Identité et expression de genre*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html>
- Gouvernement du Québec (2016). *Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)*. Repéré à www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss/
- Gouvernement du Québec (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*.
- Gouvernement du Québec (2018). *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*. Repéré à <http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Guide-AS-2018.pdf>
- Gouvernement du Québec (2018). *Guide de référence sur le développement psychosexuel des enfants de 4 à 12 ans*. Repéré à https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/SEXOcllc/Comprendre/Dev_psychosexuel_presco_primaire .pdf

- Griffiths, D. (2017, mai). *Comportements sexuels inappropriés des personnes présentant une DI ou un TSA*. Communication présentée au Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.
- Héneault, I. (s.d.). *TSA, sexualité et loi*. Repéré à http://www.rnetsa.ca/wp-content/uploads/2017/06/Isabelle-H%C3%A9neault2_Sexualit%C3%A9-et-Loi.pdf
- Héneault, I. (2018). *TSA, sexualité et la loi*. Communication présentée au Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide de pratique sur les interventions efficaces améliorant l'autonomie des jeunes de 6 à 21 ans qui présentent une déficience intellectuelle. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert, Viviane Lortie, Michel Mercier, Sybille Saury. Québec, Qc : INESSS, 2019, 239p.
- Institut national de santé publique (2019). Trousse média sur les agressions sexuelles. Repéré à www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle
- Kafka, M. P. (2014). *What Happened to Hypersexual Disorder?* *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1259-1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Lapointe, J.P. et Claveau, Y (2018, mai). *Vive la boîte de l'intimité!* Communication présentée au Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.
- Larivey, M. (2001), *L'engagement amoureux*, La lettre du psy, 6(9).
- Leef, J. (s.d.). *Sexuality, Gender Identity, and Consent in ASD (Autisme, sexualité, identité de genre et consentement) in Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*. Université de Toronto et Autism Research Centre, Holland Bloorview Kids Rehab
- Mathieu, J. (S.D). *La violence sexuelle faite aux femmes DI-TSA : Rencontre de sensibilisation faite aux intervenant-es*.
- McGuire, W. et Zener, D. (2019). *When autistic students are LGBTQ2+. What educators should know*. Education Canada.
- Ministère de la Justice (2019). *L'incidence des traumatismes sur les victimes d'agressions sexuelles d'âge adulte*. Repéré à <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/trauma/p3.html>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Des actions structurantes pour les personnes et leur famille – Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-824-06W.pdf>
- [Ministère de la Santé et des Services sociaux \(2019\). À bien y penser – MTS, ITS, ITSS... je ne vois pas la différence!](http://www.itss.gouv.qc.ca/mts-its-itss.dhtml) Repéré à <http://www.itss.gouv.qc.ca/mts-its-itss.dhtml>
- Ministère de l'Éducation (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-education-sexualite.pdf>
- Milot, É., Turcotte, D., et Tétreault, S. (2014). Parentalité et déficience intellectuelle : Enjeux de l'intervention auprès des familles. *Service social*, 60(1), 49. <https://doi.org/10.7202/1025133ar>

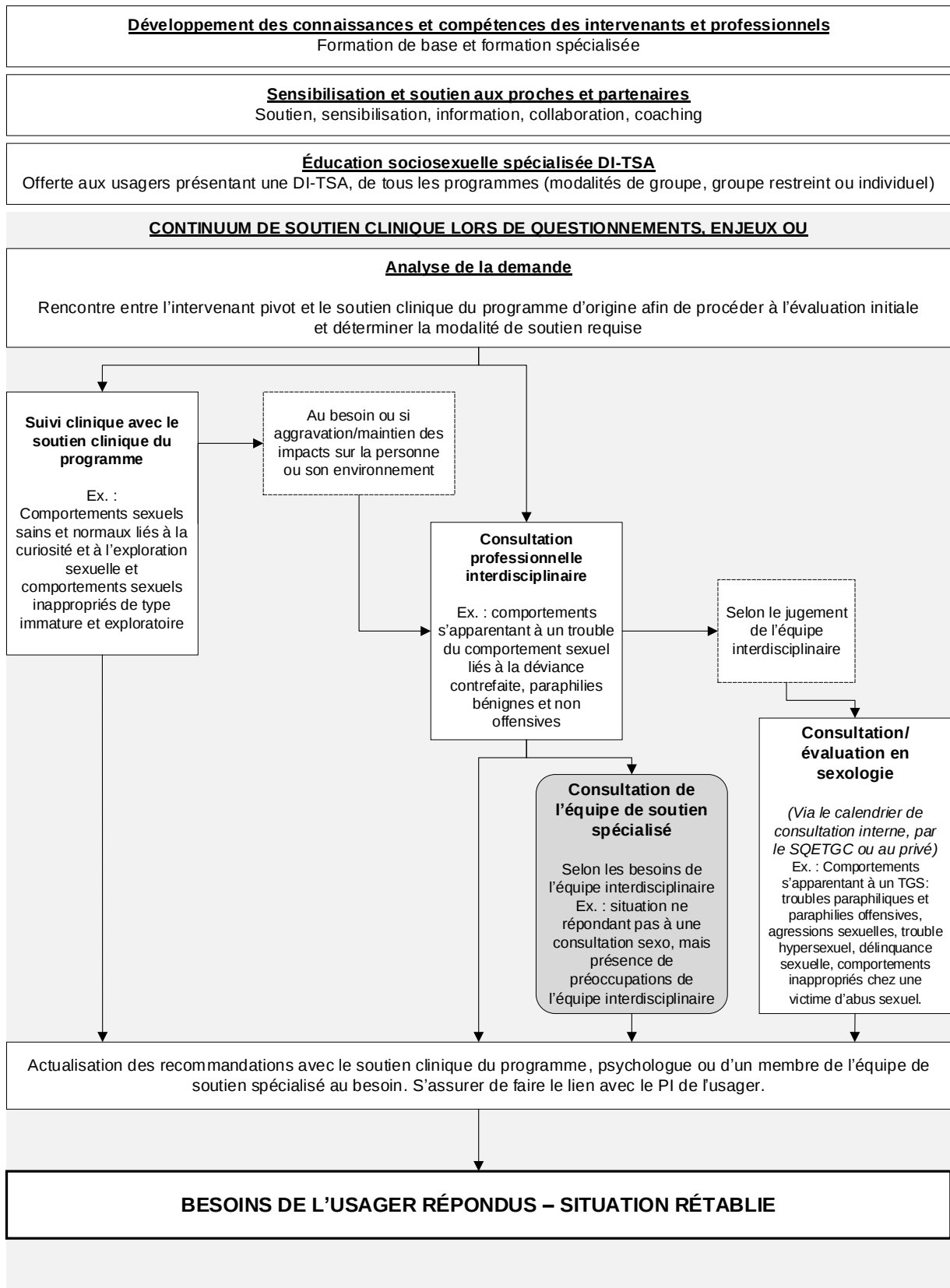
- Pariseau-Legault, P. et Holmes, D. (2017). (Re)penser l'accès aux espaces intimes en contexte de handicap intellectuel : Une question de droit et de participation sociale. *Revue générale de droit*, 47, 101. <https://doi.org/10.7202/1040519ar>
- Poirier, L. et Garon, J. (2009). *Hypersexualisation? : Guide pratique d'information et d'action*. Rimouski, Québec: CALACS de Rimouski. Repéré à http://www.rqcalacs.qc.ca/publicfiles/volume_final.pdf
- Sabourin, G. (2017, septembre). *Les troubles neuropsychologiques en DI-TSA et les troubles graves du comportement sexuel*. Communication présentée au Séminaire développement des compétences d'intervention face aux problématiques sexuelles : SQETGC, Montréal.
- Santé Canada (2006). *Infections transmises sexuellement (ITS)*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/maladies-affections/infections-transmises-sexuellement.html>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., et Curfs, L. M. G. (2015). Identifying Effective Methods for Teaching Sex Education to Individuals With Intellectual Disabilities : A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*, 52(4), 412-432. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.919373>
- Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O. et Turner, D. (2017). *Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder*. AICH – Servier Research Group.
- St-Laurent, D. et Poulin, M-H. (2017, mai). *La parentalité chez les adultes ayant un TSA : revue de littérature*. Communication présentée à la journée annuelle du RNETSA.
- Taillefer, L. et Hénault, I. (2014, novembre). *Parlons sexualité! – Implantation de lignes directrices visant à orienter et baliser les interventions à l'égard de la vie affective et sexuelle des usagers*. Communication présentée au Colloque du SQETGC, Montréal.
- Turner, D., Briken, P. et Schöttle, D. (2017). *Autism-spectrum disorders in adolescence and adulthood: focus on sexuality*. Wolters Kluwer Health, Inc. Vol. 30, No. 6. www.co-psychiatry.com
- Van Der Miesen, A. I. R., Hurley, H., et De Vries, A. L. C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder : A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Veltman, A. et Chaimmowitz, G. (2014). Soins et services de santé mentale à l'intention des lesbiennes, des gais, des bisexuels, des transgenres et des queers. *Canadian J. Psychiatry*, 59(11), 1-8.
- Waite, S. et Denier, N. (2019). A Research Note on Canada's LGBT Data Landscape : Where We Are and What the Future Holds. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 56(1), 93-117. <https://doi.org/10.1111/cars.12232>

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Joannie Lapierre, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	Septembre 2019
	Sophie Lepage, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	
Révisé par	Paméla Déry, adjointe à la direction, DSMREU	Janvier 2020
	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2020-11-05
Personnes consultées	<u>Comité de travail</u> Elaine Commerford, spécialiste en activités cliniques, programme TSA Marie-France Giard, psychologue, programme spécialisé TC-TGC continuum Ouest Catherine Joly, soutien clinique au gestionnaire, programme DI 7ans + et MDA Valérie Perreault, psychologue, programme spécialisé TC-TGC continuum Est Annie Tardif, psychologue, programme spécialisé TC-TGC continuum Estrie	2018 à 2020
	<u>Comité de lecture</u> Andréanne Blanchette, intervenante contrôle qualité, programme RI-RTF Stéphanie Bottier, psychoéducatrice, programme 0-6 ans Joëlle Charest, éducatrice, programme TSA 7 ans et plus Nathalie Fortier, chef de programme, programme spécialisé DI 7 ans et plus / clientèle MDA hébergée – Territoire CISSS Montérégie-Centre Josianne Héroux, psychologue, programme spécialisé TC-TGC Cinthia Latourelle, psychoéducatrice, programme DI 7 ans et plus Catherine Massé, psychoéducatrice et spécialiste aux activités cliniques, programme Nexus Marilynne Samson, éducatrice, programme spécialisé TC-TGC Joannie-Anabel Sirois, soutien clinique au gestionnaire, programme DIS-DIP	Novembre 2019
	<u>Consultants externes</u> Carole Boucher, sexologue Véronique Longtin, psychoéducatrice et conseillère-experte au SQETGC	2019-12-02 Octobre 2019

Historique du document		
Approuvé par	Le comité exécutif de la Direction des programmes Déficiences	2021-01-21

ANNEXE A

Services en matière de santé sexuelle



Aide-mémoire clinique – Collecte de données en matière de sexualité

La collecte de données constitue une étape essentielle à l'analyse clinique lors de questionnements, enjeux ou problématiques concernant la vie affective, intime, amoureuse et sexuelle d'un usager. Les informations à recueillir peuvent provenir de plusieurs sources (usager, évaluations au dossier, entourage, etc.) et varier selon la situation et en fonction du jugement clinique (toutes les sections n'ont pas systématiquement à être remplies). Ce document est conçu pour guider la collecte de données afin de préparer la rencontre avec le soutien clinique du programme pour l'analyse initiale ainsi que les rencontres subséquentes.

Avertissement : En aucun cas, un intervenant n'est dans l'obligation de questionner un usager sur un sujet qui le rend mal à l'aise ou qui n'est pas pertinent dans l'analyse de la situation (éviter les questions intrusives).

Caractéristiques de la personne et de son niveau de fonctionnement

- Diagnostics (santé physique et mentale);
- Autres évaluations pertinentes à la problématique (endocrinologie, ergothérapie, génétique, neurologie, psychologie, etc.);
- Profil cognitif/niveau de fonctionnement (degré de déficience intellectuelle, capacités adaptatives, mode de communication, etc.);
- Profil pharmacologique à jour (cibles de traitement et effets secondaires observés);
- Facteurs de vulnérabilité personnels (psychologiques, habiletés déficitaires, etc.).

Situation de vie actuelle

- Occupations quotidiennes (école, travail, loisirs, intérêts, etc.);
- Milieu de vie (pairage, type de ressource, historique des placements, etc.);
- Projets personnels;
- Évènement/changement significatif récent (décès, changement de milieu de vie, etc.);
- Habitudes de vie (consommation de drogues/alcool, consommation de la technologie, etc.).

Fonctionnement personnel

- Image de soi (identification à son groupe d'âge, estime de soi);
- Affirmation de soi (opportunités d'exprimer ses préférences, faire ses propres choix, etc.);
- Niveau de jugement et raisonnement moral (comprendre et anticiper les conséquences, notions de bien et de mal, capacités de résolution de conflits et de problèmes, etc.);
- Habiletés sociales (compréhension et adhésion des normes sociales).

Caractéristiques sociosexuelles

- Connaissances actuelles de la personne sur le plan de la sexualité;
- Particularités de l'histoire psychosociale pertinentes (négligence, traumatismes, etc.);
- Vie sociale, affective et amoureuse/réseau social et proche;
- Particularités du développement psychosexuel (abus, exposition précoce à du matériel sexuel, frontières et dynamiques familiales, etc.);
- Antécédents de nature sexuelle (judicialisés ou non) et autres antécédents criminels.

Description de la situation à l'origine de la demande de soutien

- Manifestations concrètes et factuelles de la situation et/ou des comportements sexuels problématiques (incluant la fréquence et la durée);
- Moments et contextes d'apparition (facteurs susceptibles de déclencher les comportements problématiques);
- Facteurs susceptibles de contribuer, déclencher et maintenir les comportements;
- Historique et évolution de la problématique/des comportements.

Interventions et suivis

- Les interventions tentées et les résultats obtenus (interventions sexoéducatives, programmes d'éducation, fréquence des rencontres, généralisation des apprentissages, mobilisation de l'utilisateur et de l'entourage lors des interventions, etc.);
- Services/suivis professionnels actuels et passés pertinents à la problématique (psychiatrie, neurologie, psychologie, sexologie, etc.);
- Consultations/évaluations/hospitalisations pertinentes à la problématique et conclusions obtenues;
- Mesures préventives mises en place dans les différents milieux.

Impacts et conséquences

- Impacts sur l'utilisateur, ses proches et son environnement/communauté;
- Mesures judiciaires en cours;
- Personnes victimes s'il y a lieu (âge, lien, contexte, fréquence, etc.);

Attitudes et perceptions face à la situation

- La personne reconnaît-elle ses difficultés ou le caractère inadéquat de ses comportements? Est-elle motivée à travailler la situation?
- Quelles sont les attentes de la personne face à la demande de consultation?
- Quelles sont les perceptions des proches (attentes, attitudes, motivations) face à la situation?
- Quelles sont les perceptions (attentes, attitudes, motivations) des responsables de la ressource d'hébergement face à la situation?

Attentes face à la demande de soutien

- Les préoccupations, questionnements, attentes et besoins de l'équipe, de l'utilisateur et de ses proches.

Aide à la réflexion quant à l'orientation d'une demande vers la modalité de soutien clinique

Cet outil s'adresse au soutien clinique du programme et permet d'appuyer la réflexion dans l'identification de la modalité de soutien requise lors de questionnements, enjeux ou problématiques concernant la vie affective, intime, amoureuse et sexuelle d'un usager. Il est utilisé principalement au moment de l'analyse initiale, mais reste pertinent tout au long du suivi afin d'ajuster la modalité de soutien à la situation. Il ne remplace en aucun temps le jugement clinique du professionnel et de l'intervenant.

Indicateurs pour un <u>suivi clinique avec le soutien clinique du programme</u> (modalité de soutien 1) <i>Exemples : comportements sexuels sains et normaux liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle et comportements sexuels inappropriés de type immature et exploratoire</i>	Cochez si présent
Les comportements ne causent pas de perturbations, de détresse émotionnelle chez la personne et ne sont pas accompagnés de colère, de peur ou d'anxiété.	☐
La personne présente des propos, attitudes et des conduites susceptibles de surprendre ou de choquer les valeurs de l'entourage.	☐
Les comportements génèrent chez la personne elle-même de la gêne et de l'embarras, mais sans conséquence importante ou préjudiciable .	☐
Attitudes ou comportements transgressant certaines normes ou conventions sociosexuelles, mais sans être illégales ou criminels .	☐
Le danger ou les risques pour les proches et la communauté sont absents ou très faibles (aucune victime directe ou indirecte lors de ces comportements).	☐
Les comportements n'ont aucune intention malveillante, hostile ou agressive et ne sont pas associés à une recherche de contrôle ou de pouvoir.	☐
Si les comportements impliquent une autre personne, ceux-ci sont spontanés (non prémédités), intermittents, mutuels, ludiques et non coercitifs .	☐
L'âge et le niveau de développement psychoaffectif et psychosexuel des personnes impliquées s'apparentent .	☐

Indicateurs pour consultation <u>professionnelle interdisciplinaire</u> (modalité de soutien 2) <i>Exemples : troubles du comportement sexuel liés à la déviance contrefaite, paraphilies bénignes et non offensives</i>	Cochez si présent
Comportements atypiques et déviants dans leur forme ou leur apparence, mais qui semblent correspondre à de la déviance contrefaite (voir INDICES DE DÉVIANCE CONTREFAITE page suivante).	☐
La personne présente des pratiques ou des intérêts/préférences sexuelles intenses et persistantes qui sont en dehors des normes établies par la société, sans toutefois être illégales ou causer préjudice à la personne ou à autrui.	☐
Les comportements génèrent un malaise ou des préoccupations chez la personne ou ses proches.	☐
Les comportements génèrent une perturbation du fonctionnement chez la personne et peuvent porter atteinte à son estime personnelle .	☐
Les comportements exposent la personne à des risques de subir diverses formes d'abus, d'agressions, de rejet ou autres conséquences préjudiciables.	☐
Les comportements de la personne ont pour conséquences de limiter le développement ou le maintien de ses relations intimes .	☐
Dévoilement ou signes d'abus/victimisation sexuelle chez un usager (protocole en cours)	☐

Pour la référence vers un sexologue, se référer à l'annexe C du document de Claveau (2018)⁹²: Aide à la réflexion sur la pertinence d'une référence en sexologie clinique en DI-TSA. Disponible [ici](#).

*INDICES DE DÉVIANCE CONTREFAITE

Indices de déviance contrefaite ⁹³	Cochez si présent
La personne n'a pas la possibilité d'exprimer ses besoins affectifs, amoureux et sexuels.	☐
La personne n'a pas accès à des moments et un endroit approprié pour vivre son intimité.	☐
La personne n'a pas bénéficié d'un programme d'éducation sociosexuelle adapté à son groupe d'âge et à son niveau de compréhension.	☐
La personne fait l'objet d'attitudes restrictives ou punitives quant à l'expression de ses besoins affectifs, amoureux et sexuels.	☐
La personne reproduit des attitudes ou des comportements intrusifs ou inadéquats présents dans son environnement humain.	☐
Les comportements sexuels problématiques génèrent beaucoup d'attention	☐
La personne n'a pas l'opportunité de développer son réseau social et de rencontrer un éventuel partenaire amoureux ou sexuel	☐
La personne reproduit des apprentissages inappropriés liés à des expériences antérieures et qui auraient une influence sur le plan sexuel	☐
La personne présente des lacunes au niveau de son jugement moral ou ignore les lois concernant la sexualité	☐
La personne prend un ou des médicaments qui ont des effets secondaires au niveau de la réponse sexuelle (ex. : baisse de désir, manque d'inhibition, troubles érectiles, troubles de l'orgasme)	☐
La personne a vécu des expériences sexuelles difficiles et traumatisantes (ex. : victimisation sexuelle)	☐

⁹² Claveau, Y. (2018). Les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA – Guide d'orientations cliniques. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

⁹³ Inspiré du document de préparation à une première consultation en sexologie clinique avec Yves Claveau, sexologue

ANNEXE D

Catégorisation des problématiques sexuelles⁹⁴

Catégorie 1 Comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires	• Propos, attitudes et conduites susceptibles de surprendre/choquer les valeurs morales de certaines personnes; • Comportements embarrassants et dérangeants associés à la curiosité, la naïveté et l'éveil sexuel qui peuvent être exprimés maladroitement (lieux et contextes inadéquats); • Comportements relevant de besoins tout à fait sains, normaux et légitimes; • Souvent causés par une immaturité psychoaffective/psychosexuelle, l'inconscience, la maladresse et un manque de pudeur, d'éducation et d'habiletés sociosexuelles.
Catégorie 2 Troubles du comportement sexuel liés à la déviance contrefaite	• Comportements qui peuvent causer certains préjudices pour la personne ou pour autrui; • Comportements atypiques et déviants dans leur forme ou leur apparence, mais qui après investigation clinique, se distinguent d'un véritable trouble paraphilique ou d'un problème de délinquance sexuelle; • Comportements hors-norme et déviants qui peuvent survenir suite à des restrictions ou influencés par des facteurs personnels (psychologiques, adaptatifs, médicaux ou pharmacologiques).
Catégorie 3 Paraphilies bénignes et non offensives	• Attirances ou pratiques sexuelles hors-normes et atypiques qui diffèrent des pratiques traditionnellement considérées comme étant normales; • Intérêt sexuel persistant et intense, autre qu'un intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humainement normal, sexuellement mature et consentant.
Catégorie 4 Troubles graves de la sexualité	• Comportements sexuels hautement problématiques et à caractère immoral, illégal et criminel; • Comportements qui ont des impacts très néfastes et préjudiciables pour la personne et pour autrui.

Troubles paraphiliques et paraphilies offensives

- La paraphilie génère une détresse cliniquement significative et persistante de la personne elle-même ;
- Est offensif lorsqu'il entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour autrui ;

Agressions sexuelles

- Gestes à caractère sexuel commis sans le consentement de la personne ou par la manipulation/chantage;
- Acte visant à dominer une autre personne pour ses désirs personnels par un abus de pouvoir, la menace implicite ou explicite, l'utilisation de la force ou de la contrainte;

Trouble hypersexuel

- Comportements sexuels normaux qui sont excessifs, répétitifs ou désinhibés (peut se sentir envahie et complètement contrôlée par ses préoccupations / pensées et pulsions sexuelles) ;
- Engendre une détresse cliniquement significative et une altération du fonctionnement (fréquence, intensité).

Délinquance sexuelle

- Commettre une agression sexuelle ou autres formes d'infractions sexuelles (transgression des lois);
- Profil souvent associé à un historique judiciaire ou à des récidives malgré la mise en place de mesures.

⁹⁴ Claveau, 2018

0 À 24 MOIS	
• Ressent du plaisir à explorer son environnement, porte tout à sa bouche; • Explore son corps avec curiosité et plaisir; • Peut ressentir du plaisir physique lorsque ses organes génitaux sont stimulés (touchers lors du changement de couche ou des sensations liés au besoin d'uriner par exemple), n'est pas associé à une érotisation ou des fantasmes sexuels; • Peut avoir des réflexes orgasmiques (érection chez le garçon et lubrification vaginale chez la fille); • Est initié à la propreté (vers 2 ans), à ce moment sa zone privilégiée est l'anus; • Aime le contact physique avec les autres; • Prend plaisir à identifier toutes les parties de son corps.	
PRÉSCOLAIRE : 3 À 5 ANS	
Comportements et intérêts	Relations interpersonnelles
• Pic des comportements sexuels; • Découvre les différentes parties de son corps, explore ses organes génitaux (autostimulation) et prend conscience qu'en les touchant il ressent du plaisir; • Curiosité et intérêt pour les différences anatomiques (homme/femme); • Prise de conscience et développement de son identité de genre; • Début du sentiment de pudeur lié au corps et à la sexualité; • Curiosité, intérêt et questionnement sur la sexualité (miction, grossesse, naissance, organes génitaux, etc.); • Se masturbe à l'occasion, motivé par le besoin de détente, de réconfort, la recherche de plaisir ou parce qu'il s'ennuie.	• Découvre et expérimente de nouveaux comportements à travers les jeux (exploration mutuelle, jouer au docteur, se regarder nu dans le miroir) avec ses amis ou sa fratrie; • Prend plaisir à se dévêtir, à s'exhiber et à regarder le corps des autres lorsqu'ils se déshabillent ou au moment du bain, toilette, habillage, etc.; • S'amuse avec des mots qui le font rire et provoquent des réactions.
ÂGE SCOLAIRE : 6 À 9 ANS	
Comportements et intérêts	Relations interpersonnelles
• Souhaite être plus autonome et a besoin de davantage d'intimité (souhaite s'habiller seul, choisir ses vêtements, etc.); • Se questionne sur le pourquoi des choses, curiosité et questionnements sur les fonctions sexuelles (conception, grossesse, naissance, etc.); • Comprend la constance des genres; • Peut être embarrassé ou avoir des réactions devant la nudité ou les références à la sexualité; • Peut s'autostimuler, mais le fait en privé ; • Ressent du plaisir physique lorsque ses organes génitaux sont stimulés (peut avoir un orgasme, rare que le garçon éjacule); • Vers 8-9 ans, pudeur associée aux contacts physiques et à la nudité; • Le sentiment d'identité sexuelle est bien établi.	• Développe sa conscience du monde et début de la conscience morale (respect des autres, collaboration, désir de se conformer aux conventions sociales et respecter les interdits face à la sexualité, etc.); • Par curiosité et plaisir, peut faire des jeux d'exploration sexuelle avec ses pairs du même âge (comparaison, touchers), les jeux ne sont pas indicatifs de l'orientation sexuelle future; • Peut faire des jeux compétitifs à caractère sexuel avec d'autres enfants; • Début des discussions sur la sexualité avec ses amis du même sexe.

⁹⁵ Inspiré de Ministère de l'éducation, 2003; Gouvernement du Québec, 2018; Centre d'expertise Marie-Vincent, 2014; Centre hospitalier universitaire mère enfant Ste-Justine, 2016.

PRÉADOLESCENCE : 10 À 12 ANS

Intérêts et découvertes	Relations interpersonnelles
- L'image corporelle et l'estime de soi sont en plein développement et sont influencées par les changements qui accompagnent le début de la puberté, ce qui le rend très sensible aux commentaires faits par les personnes de son entourage et les comparaisons; - Commence à percevoir des signes de puberté sur son corps (début des changements physiques, psychologiques et affectifs) et a plusieurs préoccupations quant à ces changements et au concept de normalité; - A souvent besoin de s'identifier aux personnes de son genre, les stéréotypes sexuels et culturels le questionnent; - Curiosité, ambivalence et gêne face à la sexualité (plusieurs préoccupations et questionnements, peut être anxieux face à la sexualité et être embarrassé lorsqu'on lui en parle); - Début de la compréhension du concept d'orientation sexuelle et prise de conscience de sa propre orientation; - Peut avoir des pensées sexuelles (fantasmes) hétérosexuelles ou homosexuelles (commence à comprendre le concept d'orientation sexuelle et prend davantage conscience de sa propre orientation); - Comprend que les relations sexuelles servent à la reproduction, mais également au plaisir sexuel; - Peut s'autostimuler et peut avoir un orgasme ou une éjaculation.	- Importance du groupe d'amis; - Premiers émois amoureux et éveil de l'attrait sexuel (premières expériences de séduction); - Peut avoir des expériences sexuelles hétérosexuelles ou homosexuelles; - Recherche davantage à plaire, à séduire et être séduit (sensible à son apparence); - Sensations sexuelles et masturbation en privé ou à deux (la motivation est plus clairement la recherche de plaisir orgasmique); - Manifeste un plus grand besoin d'intimité; - Recherche de l'information sur la fonction des organes sexuels et en discute avec ses pairs; - Utilise souvent un langage vulgaire pour taquiner ou faire rire les autres; - Notion de pudeur et d'intimité plus importante (peut devenir inconfortable devant des marques d'affection).

ADOLESCENCE : 13 À 17 ANS

Comportements et intérêts	Relations interpersonnelles
- Puberté : apparition des caractères sexuels secondaires et de leurs effets (morphologie et squelette, pilosité, peau, tissus adipeux, capacité musculaire, voix, etc.) ; - Renforcement de l'identité personnelle et consolidation de son identité sexuelle; - Imaginaire érotique se structure (masturbation peut prendre plus de place sous l'effet de pulsions sexuelles); - Questionnements sur l'orientation sexuelle.	- Fréquentation entre filles et garçons lors d'activités sociales; - Développe l'intimité affective et l'intimité sexuelle; - Relations amoureuses et relations sexuelles; - Présence d'invincibilité et de pensée magique.

Les ressources mentionnées ci-dessous sont des sources d'informations supplémentaires pour les intervenants qui souhaitent davantage d'informations sur les thèmes explorés. Cette liste est non exhaustive et présente des références, centres d'aide et ressources pour les usagers. Les ouvrages cités sont tous disponibles au centre de documentation du CISSMO au moment d'écrire le présent guide.

RESSOURCES GÉNÉRALES

www.teljeune.com
www.jeunessejecoute.ca
<https://www.autisme.qc.ca/la-boite-a-outils/sexualite-relations-sociales.html>
www.educaloi.qc.ca
<http://www.sexandu.ca/fr>
<https://onsexpliqueca.com/>
<http://www.ydesfemmesmtl.org/services-jeunesse/outils/>
<http://www.educationsensuelle.com/> (contient 7 clips vidéos adaptés)
<http://www.onsexprime.fr/>
<http://www.education.gouv.qc.ca/parents-et-tuteurs/education-a-la-sexualite/>
<http://www.oserenparler.com/> (site Chrétien qui parle de sexualité)
<http://www.sclera.be/fr/picto/cat/37> (banque de pictogrammes)
<https://kidshelpphone.ca/> (anglais)

(1-2) AFFIRMATION ET ESTIME DE SOI, HABILETÉS SOCIALES ET GESTION DES ÉMOTIONS

Ramey, E.M., Ramey, J.J (2008). *Autistics' guide to dating: a book by autistics, for autistics and those who love them or who are in love with them*. Philadelphia, États-unis : Jessica Kingsley Publishers.

Caron Santha, J. et Prud'homme, M. (2018). *Être autiste et ado : stratégies pour mieux composer avec les défis et les réalités de la vie quotidienne*. Québec : Midi trente éditions.

Shaina, R. et Royer, D. (2018). *Les rayures d'Arthur*. Saint-Lambert, Québec, Canada : Dominique et compagnie.

Harrison, B. et St-Charles, L. (2019). *L'estime de soi et l'autiste*. Montréal, Québec : Éditions Trécaré.

Nichols, S., Moravcik, G. et Tetenbaum, S. (2009). *Girls growing up on the autism spectrum: what parents and professionals should know about the pre-teen and teenage years*. Philadelphia, PA Jessica Kingsley Publishers.

<http://troussehypersexualisation.tcmfcq.com/animer>
<http://apourautre.ca/#> (habiletés sociales pour le TSA)
<https://needhelpnow.ca/app/fr/>
<http://www.autisme-ressources-lr.fr/habiletes-sociales>
<https://www.participate-autisme.be/go/fr/aider-mon-enfant-a-se-developper/aider-mon-enfant/promouvoir-les-relations-sociales/pour-aller-plus-loin/Reconnaitre-des-expressions-faciales.cfm>
<http://www.jai-des-amis.ca/> (amitié pour la DI)
<https://capsule.ydesfemmesmtl.org/> (capsules sur l'hypersexualisation)

(3) RELATIONS PRIVILÉGIÉES ET RELATIONS DE COUPLE

Beardon, L. et Worton, D. (2017). *Love, partnership, or singleton on the autism spectrum*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 272 pages. ISBN 9781785922060

Coulter, D. (2014). *The Puberty Video for Boys with Asperger Syndrome: and Autism Spectrum Disorder – Level*. 1 DVD (48 min)

<http://ctucadelabus.com/themes/>

<http://violenceconjugale.gouv.qc.ca>

<http://www.aimersansviolence.com/fr/video-roman/>

(4) CONSENTEMENT À UNE ACTIVITÉ INTIME ET SEXUELLE

http://www.adosante.org/Sante_sexuelle/01.shtml

<http://www.respectetoi.ca/>

(5) EXPRESSION DE L'ORIENTATION SEXUELLE

www.interligne.co (Centre de première ligne au sujet de la diversité sexuelle, anciennement gaiecoutte)

www.centrecyber-aide.com

<https://www.lejag.org> (organisme LGBT+ Montérégie)

<https://www.gris.ca/>

<https://lereseaudaideauxfamilles.ca/wp-content/uploads/2019/02/sss-vol-8-issue-2-FRENCH.pdf>

(6) IDENTITÉ ET EXPRESSION DE GENRE

www.conseil-lgbt.ca

<http://www.wikihow.com/Know-if-You-Are-Transsexual> (anglais)

<http://heartcorps.com/journeys/beginners/how-to-tell.htm> (anglais)

<https://atq1980.org/> (aide et ligne d'écouter pour personne transsexuelle)

<http://www.mainsbsl.qc.ca/>

www.p10.qc.ca (projet 10 pour le bien-être des jeunes LGBT+, 14-25 ans)

[Clinique de sexologie de l'UQAM](#)

(7) PRÉVENTION DES ITSS

Services en Montérégie : <https://santemonteregie.qc.ca/services/clinique-de-sante-sexuelle>

Services de ressources et informations confidentielles par textos (Sext'info) : <https://pvsq.org/sextinfo>

<http://www.itss.gouv.qc.ca/jai-une-itss.dhtml>

<https://pvsq.org/sextinfo>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000277/>

[références Éline C. \(dévoilement ITSS\)](#)

(8) CONTRACEPTION ET AVORTEMENT

Coulter, D. (2014). *The Puberty Video for Boys with Asperger Syndrome: and Autism Spectrum Disorder – Level*. 1 DVD (48 min).

Pour les filles? www.itss.gouv.qc.ca

(10) PARENTALITÉ

Coulter, D. (2014). *The Puberty Video for Boys with Asperger Syndrome: and Autism Spectrum Disorder – Level. 1 DVD (48 min).*

Et pour les filles?

www.ligneparents.com

Trousse d'outils: Moi, comme parent.

Ressources communautaires : Santé maternelle infantile, programme OLO, etc.

Centres mère-enfant

(11) MASTURBATION

Caron Santha, J. et Prud'homme, M. (2018). *Être autiste et ado : stratégies pour mieux composer avec les défis et les réalités de la vie quotidienne.* Québec : Midi trente éditions.

Coulter, D. (2014). *The Puberty Video for Boys with Asperger Syndrome: and Autism Spectrum Disorder – Level. 1 DVD (48 min).*

Elouard, P. (2010). L'apprentissage de la sexualité pour les personnes avec autisme et déficience intellectuelle: la masturbation est une compétence. Mouans Sartoux France : Autisme France Diffusion.

Reynolds, K. et Powell, J. (2015). *Ce que Elsa Aime: un livre sur la sexualité et la masturbation des filles et jeunes femmes avec autisme ou troubles assimilés.* Grasse : Autisme France Diffusion.

Reynolds, K. et Powell, J. (2015). *Ce que Tom Aime : un livre sur la sexualité et la masturbation des garçons et jeunes hommes avec autisme ou troubles assimilés.* Grasse : Autisme France Diffusion.

Reynolds, K. et Powell, J. (2015). *Things Ellie likes: a book about sexuality and masturbation for girls and young women with autism and related conditions.* Philadelphia, PA Jessica Kingsley Publishers.

Reynolds, K. et Powell, J. (2015). *Things Tom likes: a book about sexuality and masturbation for boys and young men with autism and related conditions.* Philadelphia, PA Jessica Kingsley Publishers.

(12) UTILISATION DE MATÉRIEL ÉROTIQUE ET PORNOGRAPHIQUE

Coulter, D. (2014). *The Puberty Video for Boys with Asperger Syndrome: and Autism Spectrum Disorder – Level. 1 DVD (48 min).* ISBN 888295052351.

Pour les filles?

www.spvm.qc.ca/fr/jeunesse

(13) UTILISATION D'INTERNET ET DES RÉSEAUX SOCIAUX

www.aidezmoisvp.ca (Site d'informations et d'aide afin de bloquer la propagation de vidéos ou photos)

www.reflechisquandtupublies.ca/

www.tefaispassextorquer.ca/

www.cyberaide.ca

<https://www.plusfort.org/>

www.spvm.qc.ca/fr/jeunesse

<https://aqpv.ca/la-cyberviolence-dans-les-relations-amoureuses-des-jeunes/>

www.media-awareness.ca

<https://cyberbullying.org/resources/parents>

<http://www.rcmp-grc.gc.ca/cycp-cpcj/is-si/index-fra.htm>

(14) UTILISATION DE FÉTICHES

http://sqetqc.org/developper_lexpertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/

(18) SERVICES SEXUELS

<https://www.justice.qc.ca>

www.spvm.qc.ca/fr/jeunesse

www.lacles.org (Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle)

Ligne provinciale en agression sexuelle : 1-888-933-9007

(19-20) COMPORTEMENTS S'APPARENTANT À UNE PARAPHILIE BÉNIGNE ET NON OFFENSIVE; TROUBLE DU COMPORTEMENT SEXUEL LIÉ À LA DÉVIANCE CONTREFAITE

http://sqetqc.org/developper_lexpertise/nos-publications/guides-dorientations-cliniques/

http://sqetqc.org/wp-content/uploads/2019/06/D%C3%A9viance-contrefaite_27_05_2019_WEB.VF_.pdf

(21) TROUBLES PARAPHILIQUES

<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques/infractions-sexuelles/definitions.html>

(22) TROUBLE HYPERSEXUEL

<http://www.ifac-addictions.fr/les-dependances-sexuelles.html>

<https://www.cliniquenouveaudepart.com/blog/la-dependance-sexuelle-peut-on-abuser-dune-bonne-chose/>

(23) AGRESSIONS SEXUELLES

www.agressionsexuelle.com

www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle

<http://www.civas.ca/> (CIVAS : centre d'intervention en violence et agressions sexuelles)

Ligne d'écoute et référence en agression sexuelle : 1888 933-9007 (ligne du DPCP)

(24) VICTIMISATION SEXUELLE

Cantin-Nantel, J. (2018). *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*. 3^e édition. Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal.

Robert, J. (2019). *L'art de dire non expliqué aux enfants*.

Vidéo sur la sidération pendant une agression sexuelle : <https://www.youtube.com/watch?v=dYAIWw8YnCU>

<https://cavac.qc.ca/> (CAVAC : Centre d'aide aux victimes d'acte criminel)

<http://www.rqcalacs.qc.ca> (regroupement québécois des CALAC : centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel)

<http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Guide-AS-2018.pdf> (guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle)

Ligne provinciale en agression sexuelle : 1-888-933-9007

Tableau résumé des Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Document inspiré des sites gouvernementaux (Gouvernement du Québec, 2016; MSSS, 2019).

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)	MODES DE TRANSMISSION	SYMPTÔMES (SI PRÉSENTS)	TRAITEMENTS	AUTRES INFORMATIONS
Chlamydia	Sexuel	<u>Souvent asymptomatique</u> S'ils se manifestent : • Douleurs en urinant • Écoulement anormal du vagin, pénis ou de l'anus; • Douleurs dans le bas du ventre; • Douleurs lors des relations sexuelles. Conséquences possibles sur la santé : • Infertilité; • Douleurs au bas du ventre; • Difficultés à devenir enceinte; • Difficultés durant la grossesse. • Risque accru de contracter ou de transmettre le VIH.	Antibiotiques	
Gonorrhée	Sexuel	<u>Peut être asymptomatique</u> S'ils se manifestent : • Douleurs en urinant • Écoulement anormal du vagin, pénis ou de l'anus; • Douleurs au rectum ou au bas du ventre; • Douleurs lors des relations sexuelles; • Maux de gorge ou pharyngite si transmission orale génitale. Conséquences possibles sur la santé : • Infertilité; • Douleurs au bas du ventre; • Difficultés à devenir enceinte; • Difficultés durant la grossesse; • Risque accru de contracter ou de transmettre le VIH.	Antibiotiques	Possible d'attraper la bactérie plus d'une fois dans sa vie. Les personnes sont souvent aussi infectées par la chlamydia.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)	MODES DE TRANSMISSION	SYMPTÔMES (SI PRÉSENTS)	TRAITEMENTS	AUTRES INFORMATIONS
Hépatite B et C	Sexuel (B) et sanguin (B et C)	<u>Souvent asymptomatique</u> S'ils se manifestent : - Fatigue (B et C); - Fièvre (B); - Douleurs au ventre (B et C); - Perte d'appétit (B et C); - Nausées avec ou sans vomissements (B et C); - Parfois une jaunisse (B et C). Conséquences possibles sur la santé : - Peut développer une cirrhose ou un cancer du foie.	Des traitements peuvent limiter la gravité de l'infection et, souvent, permettre la guérison.	Inflammation du foie causée par des virus. Souvent, le virus disparaît de lui-même et la personne devient immunisée. Si elle ne guérit pas, elle est porteuse et peut transmettre l'infection toute sa vie.
Herpès génital	Sexuel et contact peau à peau	<u>Très souvent asymptomatique</u> S'ils se manifestent : - Petits ulcères douloureux situés près de la région génitale, organes génitaux, anus, cuisses, fesses et intérieur du vagin. Conséquences possibles sur la santé : - Les ulcères peuvent réapparaître tout au long de la vie; - La fréquence et l'intensité de l'infection varient; - Risque accru de contracter ou de transmettre le VIH.	Aucun traitement. Des médicaments peuvent soulager les symptômes, réduire la durée et la fréquence d'apparition des lésions et diminuer le risque de transmission.	Les personnes atteintes sont infectées pour la vie. Infection très contagieuse, que les symptômes soient apparents ou non.
Morpions	Sexuel, peau à peau et literie	S'ils se manifestent, les symptômes sont : - Démangeaisons intenses dans la région du pubis; - Présence d'insectes brun pâle de la grosseur d'une tête d'épingle et des œufs blanchâtres sur les poils du corps; - Apparition de petites taches bleues, qui sont en fait des morsures.	Appliquer de la crème sur la région affectée. Laver à l'eau chaude ou nettoyer à sec la literie, serviette, etc.	
Syphilis	Sexuel et sanguin	<u>Peut être asymptomatique</u> S'ils se manifestent : - Ulcères non douloureux aux organes génitaux, anus, bouche ou gorge; - Symptômes similaires à ceux de la grippe (fièvre, toux, maux de tête, douleurs et courbatures, fatigue, nausées et vomissements); - Rougeurs ou boutons sur la paume des mains, plante des pieds ou ailleurs sur le corps. Conséquences possibles sur la santé : - Domages au cœur, cerveau, os, foie; - Risque accru de contracter ou transmettre le VIH.	Antibiotiques	Possible d'attraper la bactérie plus d'une fois dans sa vie. Les symptômes disparaissent spontanément après quelques mois, mais l'infection demeure dans l'organisme.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)	MODES DE TRANSMISSION	SYMPTÔMES (SI PRÉSENTS)	TRAITEMENTS	AUTRES INFORMATIONS
Virus de l'immunodéficience humaine - VIH	Sexuel et sanguin	<u>Peut être asymptomatique</u> S'ils se manifestent : • Fièvre; • Fatigue; • Maux de tête ou de gorge; • Douleurs musculaires ou articulaires; • Ganglions enflés au cou, aisselles ou l'aîne; • Perte de poids importante; • Diarrhée. Conséquences possibles sur la santé : • L'infection affaiblit le système immunitaire, la personne devient donc plus vulnérable aux maladies; • Graves complications comme pneumonies, cancers; • Plus susceptible de développer certains types de cancers; • Risque accru de contracter une autre ITSS; • Non traitée, elle peut évoluer vers le SIDA.	Aucun médicament ne permet de guérir complètement du virus. Toutefois, la recherche semble prometteuse et évolue rapidement.	L'infection s'attaque directement au système immunitaire et l'affaiblit. Les personnes atteintes sont infectées pour la vie.
Virus du papillome humain-VPH	Sexuel et contact peau à peau	<u>Souvent asymptomatique</u> S'ils se manifestent : • Petites bosses qui ressemblent à des verrues sur les organes génitaux, autour de l'anus et, plus rarement, dans la bouche; • Irritation et démangeaisons; • Lésions non visibles à l'œil peuvent se développer au col de l'utérus. Conséquences possibles sur la santé : • Certaines lésions peuvent devenir cancéreuses.	Traitements possibles pour éliminer les condylomes (produits chimiques, traitement au laser, azote liquide). La vaccination est le meilleur moyen de protection contre les infections par les VPH et leurs complications.	Souvent, les condylomes disparaissent naturellement dans un délai de 18 mois (ne veut pas dire que n'est plus infectée).

ANNEXE H

Définitions des troubles paraphiliques

PARAPHILIES	DÉFINITIONS
Exhibitionnisme	Excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'exhiber ses organes génitaux devant une personne prise aux dépourvues.
Fétichisme	Excitation sexuelle intense et récurrente provoquée soit par l'utilisation d'objets, soit par un intérêt hautement spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps.
Frotteurisme	Excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de toucher ou se frotter contre une personne non consentante.
Masochisme sexuel	Excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'être humilié, battu, attaché ou par tout autre acte entraînant de la souffrance.
Pédophilie	Présence de fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant des enfants pré pubère.
Sadisme sexuel	Excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne.
Transvestisme	Présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de se travestir, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions et de comportements.
Voyeurisme	Excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'observer une personne qui ne se doute de rien, nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

