



**GUIDE
D'ORIENTATIONS
CLINIQUES**

LES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES

chez les personnes présentant
une DI ou un TSA

SQETGC

Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

Québec 



**GUIDE
D'ORIENTATIONS
CLINIQUES**

LES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES

**CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT
UNE DI OU UN TSA**

Yves Claveau, M.A.
Sexologue clinicien, psychothérapeute
Expert-conseil au SQETGC

En collaboration avec :
Carole Boucher, B.A.
Sexologue en DI-TSA

Novembre 2018

SQETGC

Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

Publié au Québec en novembre 2018.

Par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

ISBN - 978-2-550-82795-5

© SQETGC | CIUSSS MCQ (2018)

Tous droits de traduction et d'adaptation par tous procédés réservés pour tous pays. Ce document est disponible en ligne (www.sqetgc.org) et peut-être imprimé.

Document rédigé par :

Yves Claveau, M.A., sexologue clinicien et psychothérapeute, consultant et formateur spécialisé en DI-TSA et expert-conseil au SQETGC

En collaboration avec Carole Boucher, B.A., sexologue en DI-TSA

Coordination : Véronique Longtin, conseillère experte en TGC, SQETGC

Édition : Marianne Reux, APPR, SQETGC

Révision : Diane Touten, attachée de direction, SQETGC.

Ce document devrait être cité comme suit : Claveau, Y. (2018). Les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA - Guide d'orientations cliniques. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

2021, avenue Union | Bureau 870 | Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734 | Télécopieur : 514 525-7075 | www.sqetgc.org



TABLE DES MATIÈRES

Lexique	5
Introduction	7
Présentation du guide	8
Objectifs du guide	8
Valeurs véhiculées par le guide	8
Contenu du guide	9
Importants rappels concernant l'utilisation du guide	9
Chapitre 1 : prévention des comportements sexuels inappropriés et des problématiques sexuelles chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	10
Facteurs facilitants la prévention des problématiques sexuelles	12
Références	14
Chapitre 2 : comportements sexuels sains et catégories des problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA	15
Comportements sexuels sains et normaux liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle	16
Comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires (catégorie 1)	17
Troubles du comportement sexuel liés à la déviance contrefaite (catégorie 2)	22
Paraphilies bénignes et non offensives (catégorie 3)	32
Troubles graves de la sexualité (TGS) : troubles paraphiliques et paraphilies offensives, agressions sexuelles, trouble hypersexuel et délinquance sexuelle (catégorie 4)	36
Références	46
Lectures suggérées	47
Autres sources d'information	47

Chapitre 3 : Évaluation des problématiques sexuelles en DI-TSA et estimation du risque	48
Évaluation sexologique.....	49
Estimation du risque et analyse des facteurs de protection	50
Références.....	53
Lectures suggérées	54
Chapitre 4 : Autres éléments à considérer afin de favoriser l'atteinte des objectifs de l'intervention clinique.....	55
Collaboration et mobilisation de la personne	56
Collaboration de l'environnement immédiat.....	56
Transfert des informations concernant la problématique sexuelle.....	57
Traitement pharmacologique adéquat.....	57
Sensibilisation et collaboration avec les policiers	57
Judiciarisation	57
Références.....	58
Conclusion.....	59
Annexe A : Consignes de base pour toutes formes d'intervention	i
Annexe B : Demande relative à une problématique sexuelle	iii
Annexe C : Aide à la réflexion sur la pertinence d'une référence en sexologie clinique en DI-TSA	v
Annexe D : Programmes d'éducation à la sexualité et programmes de développement des habiletés sociales reconnus et créés spécifiquement pour les adolescents ou les adultes présentant une DI ou un TSA	X





LEXIQUE

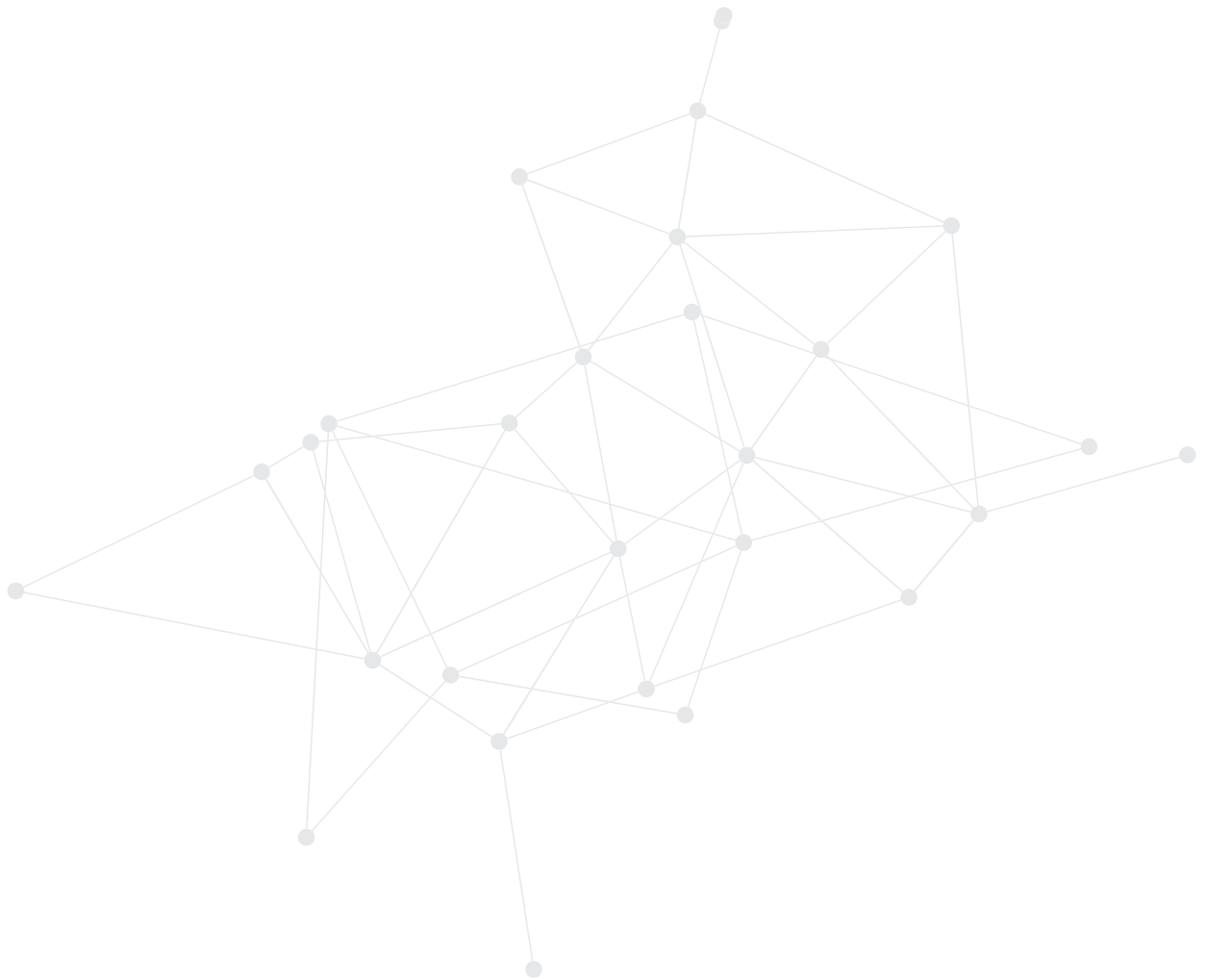
- **Comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires** : ces comportements se traduisent par des propos, des attitudes et des conduites susceptibles de surprendre ou de choquer les valeurs morales de certaines personnes; ils sont immoraux pour certains individus, mais ils sont très rarement illégaux ou criminels. Il s'agit souvent des comportements sexuels relevant de besoins tout à fait sains, normaux et légitimes, mais qui s'expriment maladroitement dans des contextes ou des endroits inadéquats.
- **Comportements sexuels sains et normaux liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle** : il s'agit de comportements sexuels qui prennent la forme de jeux naïfs et qui sont liés à un désir d'apprendre, d'expérimenter et de se situer dans l'exploration de leur propre corps ou celui d'autrui. Ils font partie du développement psychosexuel normal.
- **Délinquance sexuelle** : il n'existe aucune définition précise ou officielle de la délinquance sexuelle. Cependant, toute personne ayant commis une agression sexuelle ou d'autres formes d'infractions à caractère sexuel peut être qualifiée de délinquante sur le plan sexuel puisqu'il y a transgression des lois. Le profil de délinquance sexuelle est souvent associé à un historique judiciaire incluant plusieurs agressions sexuelles, infractions à caractère sexuel, délits sexuels graves ou armés ou à des récidives sexuelles en dépit de mesures judiciaires et thérapeutiques.
- **Déviance contrefaite** : la déviance contrefaite relève de comportements qui de prime abord s'apparentent à une paraphilie ou à une déviance sexuelle, mais dont la fonction ne vise pas à satisfaire des pulsions ou des fantasmes sexuelles réellement déviantes. Comportements qui sont atypiques et déviantes 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. Les comportements sexuels liés à la déviance contrefaite ne sont pas motivés par la malveillance, la violence ou la recherche de pouvoir, même s'ils sont susceptibles de choquer et de bousculer les valeurs morales de l'environnement ou de causer parfois certains préjudices pour la personne elle-même ou pour autrui.
- **Déviance sexuelle** : l'expression déviance sexuelle est synonyme de paraphilie, qu'elle soit bénigne ou offensive; il s'agit d'intérêts ou de comportements sexuels atypiques jugés hors norme sur le plan moral ou légal.
- **Estimation du risque** : l'estimation du risque représente un exercice clinique complexe, même pour un clinicien formé à l'utilisation des outils actuariels standardisés et aux outils de jugement clinique structurés qui doivent tenir compte des éléments suivants : nature, fréquence, sévérité, imminence et probabilité des comportements problématiques.
- **Paraphilie bénigne et non offensive** : une paraphilie qui n'engendre pas de détresse psychologique, qui ne perturbe pas le fonctionnement normal de la personne, qui ne cause pas de préjudice ni à la personne elle-même ni à autrui ou qui prend forme en privé dans le cadre d'une relation égalitaire entre adultes matures et consentants.
- **Paraphilie** : attirances ou des pratiques sexuelles hors normes et atypiques qui diffèrent des pratiques traditionnellement considérées comme étant normales. Le terme paraphilie renvoie à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant. Certaines pratiques paraphiliques sont prosrites par la loi et considérées comme étant des délits ou des crimes sexuels; cependant, toute pratique paraphilique n'est pas systématiquement problématique ou illégale.
- **Trouble hypersexuel** : comportements sexuels normaux ou normophiliques qui sont excessifs, répétitifs ou désinhibés. La personne peut alors se sentir envahie et complètement contrôlée par ses préoccupations, ses pensées et ses pulsions sexuelles. Le trouble hypersexuel engendre chez

la personne la présence d'une détresse cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'un autre domaine important, dues à la fréquence et à l'intensité des fantasmes ou des comportements sexuels.

- **Trouble paraphilique et paraphilie offensive** : la paraphilie est considérée comme un trouble paraphilique si elle génère une détresse cliniquement significative et persistante chez le sujet lui-même. Si elle entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour une autre personne, le trouble paraphilique peut être qualifié de paraphilie offensive. Huit troubles paraphiliques font l'objet d'une attribution de critères diagnostiques spécifiques : voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme, masochisme sexuel, sadisme sexuel, pédophilie, fétichisme et travestisme. Plusieurs autres paraphilies (zoophilie, urophilie, coprophagie, etc.) sont répertoriées et presque toutes peuvent, en vertu de leurs conséquences négatives pour la personne ou pour autrui, atteindre un niveau de trouble paraphilique.
- **Troubles graves de la sexualité** : n'est pas une classification diagnostique, mais désigne plusieurs problématiques sexuelles graves hautement problématiques et à caractère immoral, illégal et criminel (troubles paraphiliques, paraphilies offensives et délinquance sexuelle). Ces comportements à risque élevé ont des impacts très néfastes et préjudiciables pour la personne elle-même et pour autrui. Ils sont souvent associés à des causes multiples et à d'autres troubles et diagnostics concomitants. La problématique sexuelle associée au TGS est en général fortement ancrée, déviante et associée à une situation clinique complexe.



INTRODUCTION



Les problématiques sexuelles peuvent être déstabilisantes et lourdes de conséquences pour les adultes et les adolescents présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et leur entourage; il existe cependant diverses solutions permettant de les encadrer, de les amoindrir ou de les traiter.

PRÉSENTATION DU GUIDE

Ce guide propose des interventions éducatives et thérapeutiques adaptées aux personnes présentant une DI ou un TSA afin de soutenir et d'accompagner les personnes elles-mêmes, mais aussi leur famille et leurs proches. Les orientations cliniques qui y sont présentées sont destinées à des professionnels ou à des équipes d'intervenants spécialisés accompagnant des adolescents ou des adultes présentant une DI ou un TSA et ayant des comportements sexuels inappropriés, des problématiques sexuelles liées au phénomène de déviance contrefaite ou des troubles graves de la sexualité (TGS).

Ce document remplace le guide en ligne « Comportements sexuels inappropriés et troubles graves de la sexualité chez les personnes présentant une déficience intellectuelle – Orientations cliniques » élaboré en 2007 par Yves Claveau, Carole Boucher et Gaëtan Tremblay.

OBJECTIFS DU GUIDE

- ☑ Sensibiliser les intervenants et les professionnels aux problématiques sexuelles existantes chez les personnes présentant une DI ou un TSA.
- ☑ Présenter des orientations cliniques, ainsi que des pistes d'interventions adaptées aux caractéristiques et aux vulnérabilités des personnes présentant une DI ou un TSA en matière de problématiques sexuelles.
- ☑ Outiller les professionnels à intervenir auprès des personnes présentant une DI ou un TSA ayant certaines problématiques sexuelles tout en assurant une cohérence clinique interdisciplinaire dans l'intervention auprès de cette clientèle.
- ☑ Sensibiliser les intervenants et les professionnels à l'importance de la collaboration de l'entourage dans le soutien, l'encadrement et l'éducation à offrir aux personnes présentant une DI ou un TSA et ayant des problématiques sexuelles.
- ☑ Outiller les intervenants et les professionnels à soutenir la famille, les proches et les partenaires dans l'application d'interventions visant la diminution du risque, l'optimisation des facteurs de protection et la réduction des problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA.

VALEURS VÉHICULÉES PAR LE GUIDE

- ☑ Dans une perspective d'inclusion et de participation sociales, le guide encourage l'autodétermination de la personne présentant une DI ou un TSA ainsi que le respect de ses droits et de ses libertés, tout comme la valorisation de ses responsabilités en ce qui concerne l'expression de sa sexualité.
- ☑ Le guide s'inscrit dans une philosophie d'intervention où la personne est considérée comme indissociable de l'environnement et physique dans lequel elle évolue.
- ☑ Le guide propose une approche écosystémique, environnementale et positive, qui valorise et responsabilise la personne en cohérence avec son projet de vie.
- ☑ Les approches proposées dans le guide favorisent l'expression saine, respectueuse et responsable des besoins sexuels de la personne dans une optique de promotion de la santé sexuelle.

CONTENU DU GUIDE

Le guide est divisé en quatre chapitres qui comportent chacun des références et des suggestions de lecture utiles pour soutenir les professionnels et les équipes d'intervenants.

Le premier chapitre, propose plusieurs éléments liés à la prévention des problématiques sexuelles. Le deuxième chapitre, constituant le cœur de l'ouvrage, décrit quatre grandes catégories de problématiques sexuelles rencontrées chez les adolescents et les adultes présentant une DI ou un TSA : 1) les comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires; 2) les troubles du comportement sexuel associés à la déviance contrefaite; 3) les paraphilies bénignes et non offensives et 4) les troubles graves de la sexualité.

La présentation de chaque catégorie comprend une définition de la problématique; plusieurs exemples cliniques; une méthode d'analyse des besoins de la personne et de son environnement; des suggestions d'interventions et d'orientations cliniques générales auprès de la personne (encadrement requis) et de son environnement, ainsi qu'une proposition de la répartition des rôles et des responsabilités professionnelles.

Le troisième chapitre concerne les modalités générales liées à l'évaluation sexologique des problématiques sexuelles chez les adolescents et les adultes présentant une DI ou un TSA, en plus de présenter les grands enjeux de l'estimation du risque de récurrence en matière de problématiques sexuelles. Le quatrième chapitre fait quant à lui état de multiples éléments à considérer pour favoriser l'atteinte des objectifs d'intervention clinique tels que : la collaboration et la mobilisation de la personne et de son environnement immédiat, le transfert des informations concernant la problématique sexuelle, le traitement pharmacologique, la sensibilisation et la collaboration avec les policiers et, finalement, la judiciarisation de certains comportements liés à la sexualité.

IMPORTANTS RAPPELS CONCERNANT L'UTILISATION DU GUIDE

- ☑ Ce guide permet d'orienter la réflexion et les interventions cliniques des équipes travaillant auprès des personnes présentant une DI ou un TSA qui sont aux prises avec une problématique sexuelle. **Son utilisation ne se substitue en aucun cas à une évaluation sexologique, psychologique ou psychiatrique de la dynamique psychosexuelle de la personne.**
- ☑ Les interventions cliniques proposées dans le guide doivent en tout temps être réalisées par une équipe interdisciplinaire composée d'intervenants soutenus par des professionnels qualifiés et idéalement formés en matière de problématiques sexuelles auprès des personnes présentant une DI ou un TSA.
- ☑ Lorsque les informations contenues dans ce guide ne permettent pas de clarifier la problématique sexuelle vécue par une personne, parce que la situation est plus nuancée ou plus complexe, il est recommandé de faire appel aux services d'un sexologue ou d'un autre professionnel qualifié dans l'évaluation du trouble sexuel chez cette clientèle. Ce type d'évaluation spécialisée constitue un acte réservé par les ordres professionnels; ce sujet sera abordé au chapitre 3 du présent guide.
- ☑ Au besoin, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) peut offrir des services de soutien-conseil, de formation, d'évaluation sexologique et d'estimation du risque dans des situations complexes.

CHAPITRE 1

PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS ET DES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI OU UN TSA



Il est d'abord essentiel de rappeler la nécessité de prévenir les comportements sexuels problématiques chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Toutefois, alors que les besoins sont importants, bien peu de programmes préventifs sont mis de l'avant pour cette clientèle, et ce, même s'il est démontré que l'éducation sexuelle adaptée et l'enseignement des habiletés sociales contribuent à prévenir significativement l'apparition de comportements sexuels inappropriés ou plus problématiques. En effet, puisque certains comportements sexuels inappropriés relèvent d'un manque important de connaissances sociosexuelles, il peut être relativement simple d'y remédier par l'entremise d'une démarche d'éducation sexuelle adaptée aux caractéristiques de la personne et réalisée en collaboration avec ses proches.

L'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle représente le meilleur moyen de prévenir les comportements sexuels inappropriés et les troubles de la sexualité. Pour être efficace, elle doit être structurée, adaptée aux caractéristiques des personnes présentant une DI ou un TSA et être offerte à long terme, soit sur plusieurs semaines ou plusieurs mois. L'acquisition des connaissances et des habiletés sociales et sociosexuelles, ainsi que le développement du jugement moral, sont des aspects devant faire l'objet d'une évaluation régulière permettant des ajustements suivant l'évolution de la personne. Le travail de sensibilisation auprès des proches de la personne et la collaboration de l'entourage représentent également des éléments essentiels de l'intervention préventive.

Il existe plusieurs programmes d'éducation à la sexualité ou de développement des habiletés sociales reconnus et créés spécifiquement pour les adolescents ou les adultes présentant une DI ou un TSA. Ces programmes, qui offrent aux intervenants une multitude d'activités à réaliser, comprennent du matériel de réflexion et d'intervention permettant de sensibiliser leurs collègues, les parents et les responsables de milieux résidentiels. Certains d'entre eux, créés il y a plusieurs années, demeurent très pertinents. Plusieurs sont présentés, par date de parution, à l'Annexe D de ce guide.

Les principales composantes des programmes d'éducation sexuelle sont les suivantes :

- | | |
|--|---|
| ▪ Développement de la connaissance de soi, de l'estime de soi et de l'affirmation de soi (autodétermination) | ▪ Relations amoureuses |
| ▪ Reconnaissance et expression des émotions | ▪ Relation sexuelle : égalité, normes et milieu sécuritaire |
| ▪ Identité sexuelle et identité sociale | ▪ Orientations sexuelles |
| ▪ Hygiène personnelle | ▪ Masturbation et satisfaction sexuelle |
| ▪ Anatomie et reproduction | ▪ Contraception |
| ▪ Développement des habiletés sociales et sociosexuelles : privé-public, pudeur, distance sociale, cercles d'intimité, étapes relationnelles | ▪ Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) |
| ▪ Consentement | ▪ Prévention des agressions sexuelles |
| ▪ Relations amicales | ▪ Cyberprévention en matière de sexualité |
| | ▪ Développement du jugement moral |
| | ▪ Normes sociosexuelles |
| | ▪ Lois en matière de sexualité |

Certains comportements sexuels sont attribuables à un manque d'encadrement ou à un environnement peu respectueux des besoins intimes et sexuels de la personne. Il est alors possible de prévenir l'apparition de comportements sexuels problématiques par la mise en place d'un encadrement plus adapté, par un soutien adéquat et par le respect de l'unicité de la personne, de ses droits et de ses libertés, tout en tenant compte de ses responsabilités. Les recommandations d'interventions préventives faites dans ce guide sont complémentaires aux recommandations concernant la prévention des troubles graves du comportement (TGC) décrites dans le document *Prévention des troubles du comportement et des troubles graves du comportement - Cadre de référence* (Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).

FACTEURS FACILITANTS LA PRÉVENTION DES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES

FACTEURS DE PRÉVENTION GÉNÉRAUX LIÉS À LA QUALITÉ DE VIE

- Vivre dans un milieu de vie (milieu naturel, milieu substitut, appartement) où chacun est respecté et valorisé contribue au développement de l'estime de soi de la personne et favorise les apprentissages au plan des habiletés sociales et sociosexuelles.
- Participer à des activités de jour valorisantes augmente le sentiment de satisfaction personnelle en plus de permettre l'inclusion et la participation sociales (Longtin, Lapointe, Labbé et Castonguay, 2016). L'absence d'occupation de jour structurée peut engendrer un style de vie oisif et priver les personnes présentant des problématiques sexuelles d'un projet de vie sensé et mobilisateur.
- Participer à des activités de loisirs ou sportives permet à la personne d'avoir du plaisir, de se réaliser en développant ses compétences et de créer des liens affectifs avec d'autres personnes ou un groupe. L'investissement social et le sentiment d'appartenance ont des effets bénéfiques sur la prévention des comportements sexuels inappropriés. L'appartenance à un groupe de connaissances ou d'amis permet en outre de mieux se connaître, d'apprendre à respecter les autres et augmente l'estime de soi.

FACTEURS DE PRÉVENTION ENVIRONNEMENTAUX

- Développer des codes de vie résidentiels, qui reconnaissent et permettent le droit à l'intimité amicale, amoureuse et sexuelle chez la personne, adolescente et adulte, favorise l'apprentissage du respect de soi et de l'autre. De plus, le respect de ces droits par l'entourage encourage le développement d'habiletés sociales liées à l'intimité et à la sexualité. L'ensemble des milieux de vie, tant les familles naturelles que les milieux de vie substitués ou spécialisés (résidences à assistance continue, ressources intermédiaires, ressources de type familial, etc.), doivent permettre l'accès à ces apprentissages pour contribuer à la prévention des comportements sexuels inappropriés et autres troubles de la sexualité.
- Dispenser des activités de sensibilisation et de mobilisation auprès des parents et des proches dans les services d'éducation et de réadaptation. C'est par le biais de programmes spécialisés, de conférences et d'activités de partage avec d'autres parents et des professionnels que les proches apprennent et comprennent mieux les liens entre la prévention et les troubles de la sexualité chez les personnes présentant une DI ou un TSA. De telles activités de sensibilisation et de mobilisation doivent être répétées et maintenues selon les besoins de l'entourage de la personne. Il est rare qu'une seule rencontre avec des proches permette de bien comprendre les problématiques sexuelles, d'en saisir tous les enjeux et de briser les préjugés à l'égard de ce type de difficultés.
- Éduquer une personne à la sexualité et sensibiliser ses proches afin de prévenir les agressions sexuelles commises à l'endroit des personnes présentant une DI ou un TSA. Les statistiques démontrent que les personnes présentant une DI ou un TSA sont très vulnérables aux agressions sexuelles. Le taux de victimisation ou d'agression sexuelle avant 18 ans et à l'âge adulte est deux fois plus élevé chez cette clientèle que dans la population en général (Couture et al., 2013). Il a également été démontré que peu, sinon pas, d'interventions sont réalisées auprès de la personne victime après les gestes d'agression. L'enfant ou l'adolescent présentant une DI ou un TSA victime d'agression sexuelle comprend, par l'absence d'intervention, tant à son égard qu'auprès de la personne qui l'a agressée, que le comportement est en quelque sorte normal et non répréhensible.

(Claveau et Boucher, 2012). Par conséquent, il y a de fortes chances que la personne victime reproduise à son tour les gestes d'agression. Dans ce cas, l'intervention psychosociale, tout comme le fait de vivre des conséquences légales à la suite d'une agression sexuelle, aide la personne à comprendre que le comportement est inapproprié, illégal et qu'il engendre des conséquences. L'intervention auprès de la personne victime constitue une action préventive visant à s'assurer que les gestes d'agression ne soient pas répétés.

FACTEURS DE PRÉVENTION ORGANISATIONNELS

ANCRAGE ORGANISATIONNEL

- Élaborer et implanter un cadre de référence sur la vie amicale, amoureuse et sexuelle pour soutenir l'ensemble des intervenants des services de réadaptation d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le cadre de référence doit promouvoir la santé sexuelle, être mis à jour régulièrement, idéalement tous les cinq ans, et être présenté aux équipes afin que les besoins et les droits des personnes présentant une DI ou un TSA soient respectés en matière de vie affective, amoureuse et sexuelle. Le cadre de référence doit également permettre aux intervenants de s'y référer en cas de questionnement par rapport à un comportement sexuel et pour y retrouver des interventions à privilégier. Il permet aussi aux nouveaux intervenants de prendre connaissance des orientations cliniques à suivre concernant la vie affective des personnes présentant une DI ou un TSA.
- Développer une trajectoire de services flexibles, en matière de santé sexuelle et de problématiques sexuelles, répondant aux besoins spécifiques de la personne et de ses proches.
- Favoriser l'atteinte des objectifs liés à la santé sexuelle et à la prise en charge des problématiques sexuelles par l'accès, dans l'établissement, à des sexologues et à des équipes dédiées en matière de sexualité, tant au plan de l'éducation sexuelle que de l'intervention en matière de problématiques sexuelles.
- Favoriser la mise sur pied de groupes d'éducation à la santé sexuelle pour répondre aux besoins des personnes en fonction de leur âge et de leurs expériences affectives, amoureuses et sexuelles.

FORMATION ET SOUTIEN DES PROFESSIONNELS ET DES INTERVENANTS

- Développer des ateliers ou des formations favorisant l'implantation de cadres de références concernant la vie affective, amoureuse et sexuelle des personnes présentant une DI ou un TSA pour permettre aux intervenants de connaître les balises d'intervention et les droits à respecter concernant la sexualité de cette clientèle.
- Offrir du soutien spécialisé aux professionnels et de la supervision aux intervenants leur permettant : d'être à jour concernant les nouveaux programmes d'éducation à la sexualité, d'être sensibilisés aux meilleures pratiques face aux problématiques sexuelles, de bonifier leurs connaissances théoriques, d'échanger sur leurs pratiques cliniques et de remettre en question leurs valeurs, leurs croyances et parfois même leurs attitudes en ce qui concerne la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA.

RÉFÉRENCES

Claveau, Y. et Boucher, C. (2012). Les adolescents présentant une déficience intellectuelle. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques* (p. 403-408). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

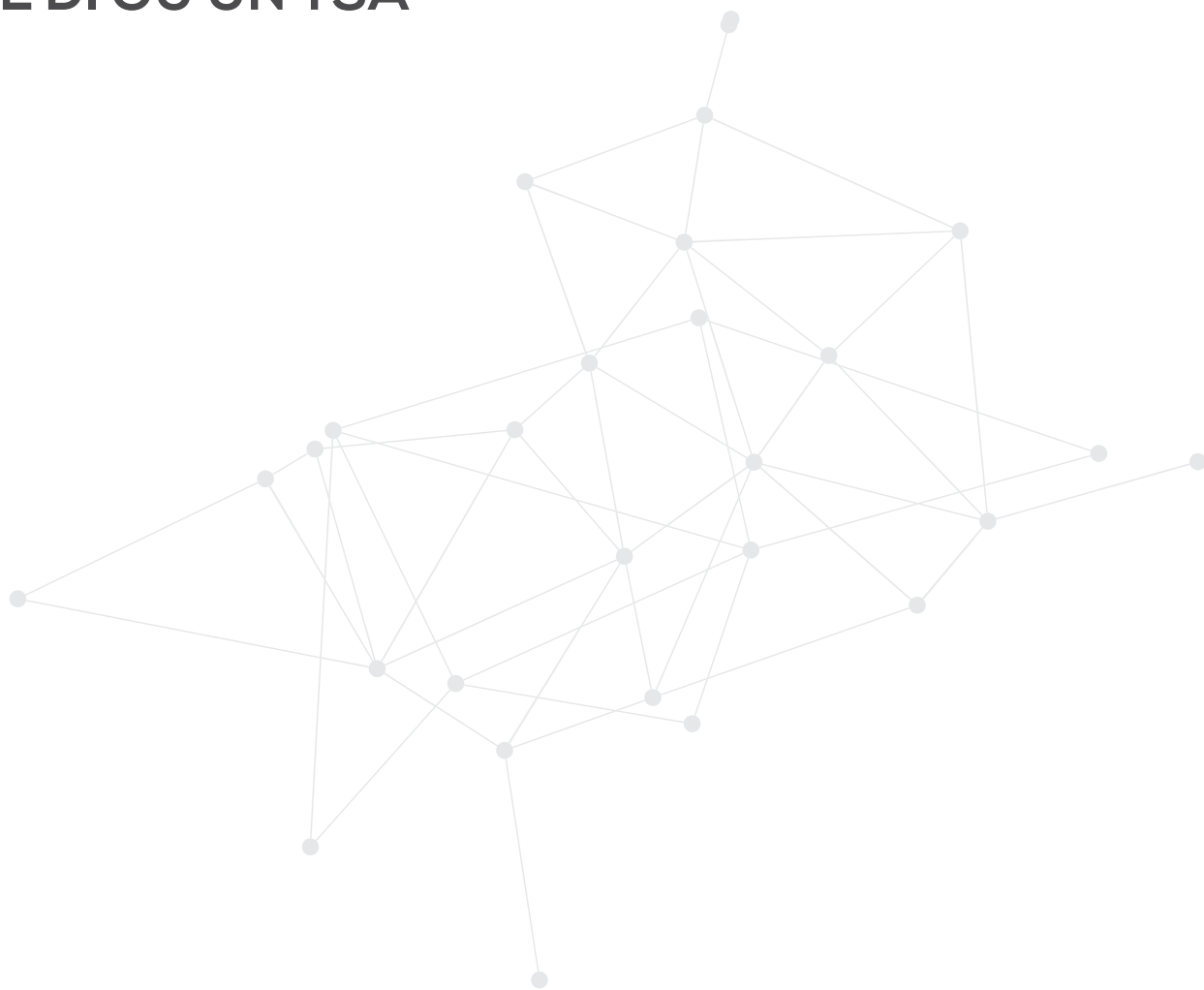
Couture, G., Boucher, C., Mathieu, C., Paquette, G., Dion, J. et Tremblay, K. N. (2013). *Les agressions sexuelles subies par les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle. Rapport de recherche présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Trois-Rivières, Québec : CRDITED MCO – Institut universitaire.

Labbé, L., Choquette, P. et Turgeon, M.-J. (2014). *Prévention des troubles du comportement et des troubles graves du comportement - Cadre de référence*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

Longtin, V., Lapointe, A., Labbé, L. et Castonguay, J. (2016). *Activités de jour valorisantes : définition et Recommandations pour l'intégration des personnes manifestant un TGC*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCO)

CHAPITRE 2

COMPORTEMENTS SEXUELS SAINS ET CATÉGORIES DES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI OU UN TSA



Avant d'aborder les comportements sexuels inappropriés et problématiques, il apparaît pertinent de faire brièvement état des comportements sains et normaux du développement psychosexuel liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA.

COMPORTEMENTS SEXUELS SAINS ET NORMAUX LIÉS À LA CURIOSITÉ ET À L'EXPLORATION SEXUELLE



DÉFINITION

Les personnes qui présentent une DI ou un TSA traversent majoritairement les mêmes stades du développement psychosexuel que les individus de la population générale. L'âge où débutent et se terminent les différentes étapes du développement psychosexuel peut cependant varier d'une personne à l'autre en fonction de différents facteurs cognitifs, affectifs, biologiques et environnementaux. Il arrive cependant, comme c'est le cas dans plusieurs sphères de leur développement, que les personnes présentant une DI ou un TSA accusent un certain retard dans cette sphère de vie. Il est donc possible que les questions, les attitudes ou les comportements liés à la curiosité, à l'exploration et à l'expérimentation sexuelle qui se manifestent généralement à l'enfance ou à l'adolescence apparaissent pour elles quelques années plus tard sur le plan chronologique. Ainsi, certains adolescents ou jeunes adultes présentant une DI ou un TSA manifestent des comportements sexuels exploratoires tout à fait sains et normaux et comparables à ceux expérimentés par les enfants et les adolescents de la population générale. 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 celui d'autrui.

Le maintien de plusieurs mythes et fausses croyances concernant la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA fait en sorte que des attitudes sociosexuelles normales et des comportements sexuels adéquats sont plus susceptibles d'être perçus comme inadéquats ou problématiques chez cette clientèle. Pour cette raison, il est très important de ne pas confondre des comportements d'exploration sexuelle sains et normaux avec des comportements sexuels inappropriés ou problématiques. Les comportements d'exploration sexuelle sains et normaux sont spontanés, intermittents, mutuels, ludiques et non coercitifs lorsqu'ils impliquent une autre personne. Dans la majorité des cas, ils ne causent pas de perturbations, de détresse émotionnelle et ils ne sont pas accompagnés de colère, de peur ou d'anxiété. Par contre, des perturbations émotionnelles peuvent apparaître lorsque la réaction de l'environnement est punitive, restrictive ou culpabilisante. Pour qu'ils soient qualifiés de sains et normaux lorsqu'ils se manifestent en interaction, il est nécessaire qu'ils impliquent des personnes dont l'âge et le niveau de développement psychoaffectif et psychosexuel s'apparentent. Cependant, il est important de noter que l'immaturation psychoaffective et développementale présente chez les personnes présentant une DI ou un TSA peut faire en sorte qu'on observe une discordance d'âge lorsque des comportements sexuels exploratoires réciproques sont manifestés.

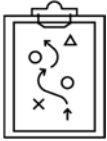


EXEMPLES DE COMPORTEMENTS SEXUELS SAINS ET NORMAUX LIÉS À LA CURIOSITÉ ET À L'EXPLORATION SEXUELLE

- Deux enfants de 8 et 10 ans présentant une DI et un fonctionnement cognitif et adaptatif similaire se retrouvent seuls dans une pièce. Ils se dévêtissent d'un commun accord et ils comparent leurs organes génitaux sans se toucher et en rigolant. Après un moment, ils se rhabillent et retournent à leurs activités.
- À la suite du visionnement d'un reportage télévisé sur la reproduction animale, une adolescente de 12 ans présentant un TSA et une DI pose beaucoup de questions à ses parents sur le corps humain. Elle est particulièrement curieuse de comprendre quelles sont les différences anatomiques entre le masculin et le féminin. Auparavant très pudique, elle passe du temps à sa chambre assise nue devant

son miroir à explorer ses parties intimes dans les moindres détails. Elle demande à ses parents si elle peut inviter un garçon de sa classe pour regarder ses parties intimes.

- Un jeune homme adulte présentant une DI vivant dans un milieu de vie substitut de type résidence à assistance continue (RAC) est surpris dans la chambre d'une jeune femme qui présente un profil cognitif et fonctionnel similaire. Ils sont nus sur le sol et entourés des poupées et des toutous de la résidente. Ils mentionnent en riant à l'intervenante qu'ils s'amuse à avoir des enfants et une famille.



ORIENTATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS PRÉCONISÉES

Des interventions sexuéducatives normalisantes, adaptées à l'âge et au développement de la personne et respectueuses de la personne et de son environnement suffisent habituellement à baliser les comportements sexuels sains et normaux liés à la curiosité et à l'exploration sexuelle. Ces interventions aident la personne à répondre à son besoin de comprendre, d'apprendre et d'explorer en toute sécurité. Un travail de sensibilisation auprès de l'environnement est également indiqué pour favoriser des interventions cohérentes.

COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS DE TYPE IMMATURES ET EXPLORATOIRES (CATÉGORIE 1)



DÉFINITION

Les comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires se traduisent par des propos, des attitudes et des conduites susceptibles de surprendre ou de choquer les valeurs morales de certaines personnes dans l'environnement immédiat (ex. : parents, responsables de ressources d'hébergement, proches, pairs). Ces attitudes ou comportements transgressent certaines normes ou conventions sociosexuelles, le plus souvent établies de manière informelle. Ils sont immoraux pour certains individus, mais ils sont très rarement illégaux ou criminels. Il s'agit souvent de comportements sexuels relevant de besoins tout à fait sains, normaux et légitimes, mais qui s'expriment dans des contextes ou des endroits inadéquats.

Les comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires sont davantage gênants, embarrassants et dérangeants, pour la personne ou pour ses proches, qu'ils ne sont problématiques, dangereux ou à risque pour la personne elle-même, son entourage ou la communauté. Ils ne représentent pas de manifestations problématiques ou graves associées à une situation clinique complexe. Ils sont plutôt associés à la curiosité et à la naïveté de l'éveil sexuel.

Ils sont conséquents à une immaturité psychoaffective et psychosexuelle, à de l'inconscience, à beaucoup de maladresse et à un grand manque de pudeur. Ils relèvent d'un manque flagrant d'éducation et d'habiletés sociosexuelles. Ils peuvent également être liés à de l'incompréhension ou à de la confusion générée par les changements pubertaires et hormonaux chez les adolescents. Ils ne comportent aucune intention malveillante, hostile ou même agressive, pas plus qu'ils ne sont associés à une recherche de contrôle ou de pouvoir.



IMPACTS SUR LA PERSONNE ET SUR SON ENVIRONNEMENT

- ☑ Il n'y a pas de conséquences importantes ou préjudiciables de ces comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires pour la personne elle-même, pas de détresse psychologique ou de perturbation du fonctionnement. Une détresse psychologique et une perturbation du fonctionnement de la personne peuvent cependant apparaître si l'environnement réagit à ce comportement par une attitude punitive ou restrictive.
- ☑ Certains comportements sexuels inappropriés peuvent limiter le développement ou le maintien des relations interpersonnelles de la personne, exposer la personne au jugement, au rejet, à l'exclusion, ce qui peut miner son estime de soi et nuire à son fonctionnement psychosocial.
- ☑ Dans certains cas, ces comportements augmentent la vulnérabilité de la personne en l'exposant à des risques accrus de subir diverses formes d'abus ou d'agressions puisqu'ils témoignent de la fragilité et de la naïveté de la personne.
- ☑ Il n'y a pas de victime directe ou indirecte lors de ces comportements. Il n'y a pas de conséquences graves ou préjudiciables pour autrui. Le danger ou les risques pour les proches et la communauté sont absents ou très faibles puisqu'ils ne portent pas atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des personnes qui en sont témoins ou qui y sont exposées.



HISTORIQUE ET FRÉQUENCE

Ces comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires sont non répétitifs. Il s'agit souvent des premières tentatives d'expression des besoins amoureux ou sexuels de la personne. S'ils sont déjà apparus auparavant, souvent il n'y a pas eu de recadrages comportementaux ni d'interventions adaptées. Toutefois, s'ils ne sont pas pris en charge rapidement, ils risquent de se répéter et de s'aggraver.



EXEMPLES DE COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS IMMATURES OU EXPLORATOIRES¹

- Une jeune femme présentant une DI regarde intensément les parties génitales des hommes qu'elle rencontre.
- Un jeune homme présentant une DI et un TDAH fixe les parties génitales des hommes lors de son activité de natation.
- Un adolescent de 15 ans présentant un TSA sans DI ne peut s'empêcher de regarder les seins de sa nouvelle intervenante qui porte un décolleté.
- Un jeune homme de 21 ans présentant un TSA et une DI observe de la fenêtre de sa chambre ses voisines adolescentes en bikini dans la piscine.
- Une jeune fille de 12 ans présentant un TSA demande à voir les parties intimes de plusieurs de ses pairs au salon de son milieu de vie substitut (ressource de type familial - RTF).
- Un adolescent de 16 ans présentant une DI demande aux responsables de sa RTF s'il peut les observer lorsqu'ils font l'amour.

¹ Avis important : Les informations descriptives suivantes constituent des exemples que l'on rencontre chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. Certaines situations exceptionnelles ou complexes exigent une analyse plus approfondie de la situation par des professionnels qualifiés. Peu importe la situation, un travail de concertation en équipe interdisciplinaire demeure essentiel dans l'établissement d'un plan d'intervention et d'encadrement adapté.

- Une femme de 35 ans présentant une DI raconte les détails de sa vie privée et sexuelle à n'importe qui, sans discernement.
- Un homme de 27 ans présentant une DI devient rapidement familier avec les nouvelles personnes qu'il rencontre. Il entretient alors un langage grossier et fait des blagues à connotation sexuelle parfois très vulgaires.
- Une adolescente de 14 ans présentant un TSA et une DI manque de pudeur. Elle sort de la salle de bain sans être vêtue et elle ne ferme pas la porte lorsqu'elle va aux toilettes.
- Une femme de 42 ans présentant une DI décide d'enlever son soutien-gorge sur le terrain, lors de sa partie de balle lente. Il fait trop chaud et elle est inconfortable. Elle expose ainsi ses seins à ses pairs et aux personnes dans l'assistance.
- Un jeune homme de 18 ans présentant une DI regarde des films érotiques sur une chaîne de télévision la nuit dans le salon de sa ressource d'hébergement.
- Une adolescente de 17 ans présentant une DI complimente les jeunes ouvriers qui font des travaux dans sa ressource d'hébergement. Elle leur dit qu'ils sont sexys et elle leur demande s'ils ont des amoureuses.
- Un adolescent de 14 ans présentant un TSA avec une DI et une stature imposante étreint intensément toute personne du sexe opposé, même les personnes inconnues.
- Un couple s'embrasse et se caresse langoureusement dans le salon devant des pairs.
- Un jeune homme de 25 ans présentant une DI se masturbe jusqu'à éjaculation dans le salon de la RTF devant la télévision alors qu'il voit une scène d'amour et de sensualité. Il est seul au salon, mais il est surpris par la responsable de la RTF qui est sous le choc par ce qu'elle constate. Le jeune homme n'avait jamais manifesté d'intérêt ni de comportement sexuel par le passé.
- Un adolescent de 14 ans touche constamment son pénis par-dessus ses vêtements à l'école. Il est très souvent en érection en classe depuis quelque temps.
- Un adolescent de 13 ans, présentant une DI et un TDAH baisse le pantalon et la petite culotte de sa cousine de 5 ans, dans un contexte de jeu, afin de regarder ses parties génitales. Il n'y a pas d'attouchement, de menace ou de contrainte. C'est la première fois qu'il a ce comportement.
- Un jeune homme de 20 ans présentant une DI tente de détacher le soutien-gorge des filles par-dessus leurs chandails pour faire rire ses pairs lors d'une activité au camp de vacances.
- Un adolescent de 14 ans présentant un DI se masturbe dans sa chambre et joue avec son sperme après l'éjaculation. La famille découvre du sperme sur ses draps, sur ses vêtements et sur différents objets.
- Après avoir reçu un cours d'éducation sexuelle, une jeune femme de 28 ans présentant une DI passe de longs moments aux toilettes de l'école pour explorer et découvrir ses parties intimes.

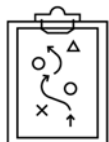


ANALYSE DE LA SITUATION ET DES BESOINS

Lorsque des comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires sont observés ou rapportés, il est important de réaliser dans les plus brefs délais une collecte des données entourant le comportement, puis de tenir une rencontre d'équipe. L'analyse de la situation en équipe permet d'identifier l'attitude ou le comportement sexuel inapproprié afin d'en comprendre l'origine, le sens et la fonction. L'équipe définit alors les interventions initiales à réaliser à court terme ainsi que les aménagements préventifs à mettre en place.

La collecte des données s'effectue auprès de la personne et de son entourage par l'intervenant de référence. Celui-ci doit être soutenu ou accompagné par un professionnel. La collecte doit inclure une description des comportements sexuels observés ou rapportés, sans jugement ou commentaire, et indiquer leur fréquence et leur contexte d'apparition. Il est aussi primordial de connaître le profil diagnostique et

développemental de la personne concernée, les informations relatives à son milieu de vie et, si possible, les attitudes et les croyances de ses proches en ce qui concerne la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA. Toute autre information disponible concernant la vie affective, amoureuse et sexuelle de la personne peut être utile pour réaliser une analyse clinique, éclairer la prise de décision de l'équipe et établir un plan d'intervention personnalisé permettant de soutenir la personne et son entourage.



ORIENTATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS PRÉCONISÉES

INTERVENTIONS PRÉCONISÉES AUPRÈS DE LA PERSONNE PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS DE TYPE IMMATURES ET EXPLORATOIRES²

- ☑ Effectuer avec calme, neutralité, bienveillance et sans jugement un recadrage comportemental aussitôt qu'il y a apparition des propos, de l'attitude ou du comportement sexuel inapproprié ou problématique.
- ☑ Expliquer à la personne le caractère inapproprié de son comportement et ses diverses conséquences, si nécessaire.
- ☑ Orienter la personne vers un comportement sociosexuel adéquat ou vers un endroit plus approprié pour émettre le comportement.
- ☑ S'assurer que la personne ait accès à un lieu et à des moments d'intimité pour vivre adéquatement et en toute sécurité sa sexualité : accès à sa chambre, porte fermée, respect de son intimité, etc.
- ☑ Clarifier les attentes, en fonction de l'environnement, et expliquer à la personne le code de vie des milieux où elle évolue (résidentiel, scolaire, travail, communauté). Assurez-vous qu'elle comprend et intègre correctement l'information et répéter si nécessaire.
- ☑ Faire bénéficier la personne d'un programme d'éducation sexuelle adapté à son groupe d'âge et à son niveau de compréhension (voir l'Annexe D).
- ☑ Permettre à la personne d'avoir un contrôle positif et valorisant sur certains aspects de sa vie comme faire certains choix quotidiens (vestimentaires, alimentaires) et lui permettre de s'affirmer.
- ☑ Référer au cadre de référence en matière de vie amicale, amoureuse et sexuelle de votre établissement pour connaître les balises et déterminer l'intervention.

INTERVENTIONS ÉCOSYSTÉMIQUES OU ENVIRONNEMENTALES PRÉCONISÉES

- ☑ Sensibiliser les proches, les parents et les responsables de milieu de vie afin qu'ils favorisent une approche éducative qui reconnaît la normalité des besoins intimes et sexuels des personnes présentant une DI ou un TSA.
- ☑ Établir une collaboration cohérente avec l'environnement afin que la personne intègre les connaissances et les aptitudes requises à l'expression adéquate de ses besoins affectifs, amoureux et sexuels.

² Avis important : Les informations suivantes constituent des orientations cliniques générales. Elles ne peuvent pas se substituer à un plan d'intervention individualisé ni à l'avis d'un professionnel qualifié dans l'évaluation de la problématique ou du trouble sexuel. Pour consulter les consignes de base pour toutes les formes d'interventions, se référer à l'Annexe A.

- ☑ Offrir du soutien aux parents, aux proches ou aux responsables du milieu de vie (rencontres, conférences, groupes de discussion, etc.).
- ☑ Référer au cadre de référence en matière de vie amicale, amoureuse et sexuelle de votre établissement pour connaître les balises et déterminer l'intervention.



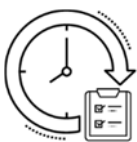
MESURES D'ENCADREMENT DE LA PERSONNE ET FACTEURS DE PROTECTION

Les mesures d'encadrement de la personne, ainsi que les aménagements visant la protection de l'environnement, sont relativement légers lorsque les comportements sexuels inappropriés sont de type immatures et exploratoires. Toutefois, dans ce cas, il est essentiel de s'assurer que la personne exprime ses besoins intimes et sexuels dans un endroit approprié et sécuritaire. Il est aussi opportun de maintenir un certain niveau de vigilance préventive et bienveillante à son égard.



QUI FAIT QUOI?

Les équipes interdisciplinaires sont généralement en mesure d'analyser la situation et de déterminer les interventions individuelles et environnementales à mettre en place pour soutenir la personne ayant des comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires. Les interventions de sensibilisation éducative auprès des proches et les interventions sexoéducatives adaptées auprès de la personne présentant une DI ou un TSA peuvent être réalisées par des éducateurs spécialisés ou des professionnels formés à l'éducation sexuelle.



DURÉE, INTENSITÉ ET SUIVI DE L'INTERVENTION

Chaque situation est unique et seule une analyse détaillée peut aider à déterminer précisément l'intensité, la durée ou le type de suivi d'intervention nécessaire pour modifier les comportements sexuels inappropriés de type immatures et exploratoires. Généralement, ce type de comportement requiert une intervention éducative plus soutenue au départ, répétée à plusieurs reprises et ajustée au comportement sexuel inapproprié et au niveau de compréhension de la personne. Dans certains cas, il est aussi pertinent de répéter les consignes chaque jour, sinon chaque semaine afin que la personne intègre bien le comportement souhaité. La constance et la continuité dans l'intervention sont un gage de réussite.

Lorsque plusieurs thèmes d'un programme d'éducation sexuelle doivent être offerts à la personne, l'intervention doit s'étendre sur une période approximative d'une année, à raison d'une activité par semaine. Une rencontre de concertation d'équipe, en présence des parents ou des responsables du milieu de vie et des intervenants, doit se tenir dans les deux à trois mois suivants l'intervention initiale dans le but d'effectuer un bilan et une évaluation de l'intégration des connaissances et de la généralisation des acquis chez la personne concernée. C'est en tenant compte des résultats observés, que l'équipe décide alors de poursuivre ou non les interventions ou de modifier celles-ci pour obtenir de meilleurs résultats. Il est nécessaire de s'assurer régulièrement que les aménagements environnementaux sont efficaces, maintenus en place et que les proches soutiennent adéquatement la personne présentant une DI ou un TSA. Finalement, même s'il s'agit de comportements sexuels inappropriés présentant très peu de risques pour la personne et son entourage, un suivi de l'application des interventions et des recommandations de qualité assure une meilleure prévention et une intégration des attitudes et des comportements sociosexuels adéquats et sains.

TROUBLES DU COMPORTEMENT SEXUEL LIÉS À LA DÉVIANCE CONTREFAITE (CATÉGORIE 2)



DÉFINITION

Selon Griffiths, Hingsburger, Hoath et Ioannou (2013), la déviance contrefaite relève de comportements qui, de prime abord, s'apparentent à une paraphilie ou à une déviance sexuelle, mais dont la fonction ne vise pas à satisfaire des pulsions ou des fantaisies sexuelles paraphiliques ou déviantes. **Il s'agit donc de comportements qui sont 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.**

Répondant à des besoins fondamentaux chez l'humain, la pulsion sexuelle peut difficilement être complètement contenue ou longuement refoulée. Lorsqu'elle est sujette à des restrictions environnementales ou qu'elle se trouve influencée par des facteurs biomédicaux, psychologiques et adaptatifs, elle est parfois contrainte d'emprunter des voies de contournement. Conséquemment, elle est alors plus susceptible de s'exprimer à travers un comportement hors norme ou déviant. Dans ce contexte, cette déviation de la pulsion n'est pas attribuable à la présence d'intérêts sexuels réellement déviants, même si le comportement peut sembler l'être.

Chez les personnes présentant une DI ou un TSA, les comportements sexuels problématiques s'apparentant à la déviance ou à la délinquance sexuelle sont souvent confondus avec le phénomène de déviance contrefaite. Les comportements sexuels liés à la déviance contrefaite ne sont pas motivés par la malveillance, la violence ou la recherche de pouvoir, même s'ils sont susceptibles de choquer et de bousculer les valeurs morales de l'environnement. Ils résultent plutôt du fait que la personne manque d'intimité, qu'elle évolue dans un environnement infantilisant, restrictif ou punitif ou dans un système où elle n'a pas le soutien approprié pour faire l'expérience d'une vie affective, amoureuse et sexuelle saine. La déviance contrefaite peut aussi être attribuable à des apprentissages inadéquats, à des expériences sexuelles difficiles et traumatisantes telle que la victimisation sexuelle. D'autres aspects comme l'absence d'éducation sexuelle, le manque de jugement moral, un déficit important des habiletés sociosexuelles ou les effets secondaires de la médication peuvent contribuer à l'apparition de comportements sexuels inappropriés et déviants en apparence.

Cependant, le phénomène de la déviance contrefaite ne fait pas abstraction de la présence de réelles déviances sexuelles ni d'autres troubles graves de la sexualité chez les personnes présentant une DI ou un TSA. La déviance contrefaite ne doit pas contribuer à déresponsabiliser la personne qui commet des inconduites sexuelles susceptibles d'engendrer de lourdes conséquences pour elle-même ou pour les personnes ciblées ou victimes. Il demeure donc indispensable de ne jamais banaliser ce phénomène.

HYPOTHÈSES ASSOCIÉES À LA DÉVIANCE CONTREFAITE³

Le concept de déviance contrefaite élaboré par Hingsburger, Griffiths et Quinsey (1991) est apparu dans la littérature scientifique en 1991. Onze hypothèses différentielles ont alors été mises de l'avant pour aider les cliniciens à distinguer les comportements sexuels atypiques et apparemment déviants des réelles paraphilies et déviances sexuelles. Plusieurs facteurs socio environnementaux, développementaux, psychologiques et biomédicaux propres aux personnes présentant une DI permettent d'effectuer cette distinction sur le plan clinique et légal. En 2013, Griffiths et al., ont revisité et actualisé le concept de la déviance contrefaite et ajouté cinq hypothèses différentielles. Ces seize hypothèses, présentées brièvement ci-après, permettent de comprendre la nature, le sens et la fonction du comportement afin de mieux définir le soutien et l'encadrement requis pour la personne. Toutefois, comme les auteurs le soulignent, cette liste ne constitue pas un inventaire complet de

³ Adaptée de Griffiths et al. (2013). Traduction libre.

toutes les hypothèses possibles liées à la déviance contrefaite. Puisque la pratique clinique et la clientèle évoluent, et que de nouvelles situations complexes apparaissent, la liste des hypothèses cliniques sera toujours sujette à des ajouts, des nuances et des bonifications. Il convient donc de demeurer très alerte lors de l'évaluation d'une problématique sexuelle afin de considérer les diverses hypothèses explicatives qui détermineront les interventions appropriées et l'encadrement requis.

1. HYPOTHÈSE SYSTÉMIQUE

Les préjugés, les fausses croyances et les tabous concernant la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA demeurent tenaces au sein de la communauté et dans leurs structures environnementales. Conséquemment, des attitudes ou des pratiques qui interdisent l'expression de la sexualité, même si elles se manifestent de manière saine et responsable, peuvent être induites dans l'entourage de la personne. Dans des conditions de vie restrictives ou punitives, les personnes présentant une DI ou un TSA sont plus susceptibles d'exprimer leurs besoins sexuels hors de la vue des proches ou des intervenants pour tenter d'éviter les réprimandes, les sanctions et en contournant les interdits. Elles peuvent ainsi manifester des comportements sexuels en public sans pour autant présenter de problématique exhibitionniste.

2. HYPOTHÈSE DU MODELAGE

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont vécu dans des institutions, des milieux résidentiels ou d'autres types de milieux de vie où l'espace privé et le droit à l'intimité n'étaient pas respectés lors des soins quotidiens. Elles ont aussi été privées d'opportunités de faire valoir et respecter leurs limites et leurs frontières personnelles. Certaines d'entre elles n'ont pas pu intégrer les concepts d'intimité et de pudeur et ont en quelque sorte appris par modelage à reproduire des attitudes ou des comportements qui peuvent être intrusifs. L'influence des représentations pornographiques est également à considérer.

3. HYPOTHÈSE DU RENFORCEMENT COMPORTEMENTAL

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont compris que l'émission de certains comportements sexuels attirait particulièrement l'attention et leur permettaient d'éviter ou de retarder une situation ou une tâche indésirable. Le comportement sexuel inapproprié renforcé par les interventions aura alors tendance à perdurer.

4. HYPOTHÈSE DE LA SÉLECTION DES PARTENAIRES

De nombreuses personnes présentant une DI ou un TSA ont un réseau social peu développé ou vivent dans l'isolement. Les opportunités de rencontres amicales et amoureuses, tout comme celles de développer des compétences sociales, sont donc plus limitées. Dans ce contexte, il est difficile d'apprendre à établir des relations de manière adéquate. Ce vide relationnel ou cette absence de pairs, peut conduire la personne à essayer d'entrer en relations de façon inappropriée avec des enfants, des personnes vulnérables ou des intervenants.

5. HYPOTHÈSE DE LA SÉDUCTION INAPPROPRIÉE

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont vécu dans des milieux de vie contraignants (institution, milieu carcéral, etc.), souvent avec des personnes du même sexe, et n'ont pas eu l'occasion de développer leurs compétences au plan des habiletés de séduction. Ainsi, leur mode de séduction peut être très maladroit, intrusif ou parfois même agressif. Dans ces milieux, l'absence d'interventions éducatives ou la présence d'interventions inadéquates, parfois brusques et humiliantes, ont pu contribuer au manque d'habiletés sociales chez ces personnes.

6. HYPOTHÈSE DU MANQUE DE CONNAISSANCES SEXUELLES

Le manque d'éducation sexuelle ou encore la présence de fausses informations ou croyances concernant la sexualité constitue souvent la cause d'un comportement sexuel inapproprié ou problématique chez les personnes présentant une DI ou un TSA.

7. HYPOTHÈSE DE L'ÉVEIL SEXUEL PERPÉTUEL

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA vivent un état chronique d'excitation sexuelle qui peut se manifester par des activités masturbatoires plus fréquentes, plus longues ou plus intensives sans qu'elles n'arrivent à atteindre l'orgasme. Certains individus s'arrêtent avant d'atteindre l'orgasme par peur de cette sensation inconnue qui s'accroît en intensité. D'autres sont aux prises avec des effets secondaires pharmacologiques ou une condition physique ou neurosensorielle qui diminuent leur capacité à atteindre l'orgasme. Le manque d'intimité ou la peur d'être punis peuvent aussi les empêcher d'expérimenter l'orgasme. Des activités masturbatoires répétées ou intensives peuvent alors être perçues à tort comme de l'hypersexualité.

8. HYPOTHÈSE DE L'APPRENTISSAGE

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont vécu dans des environnements où elles ont été victimes ou témoins de diverses conduites sexuelles inappropriées ou abusives et peuvent croire que cela est tout à fait normal et acceptable. Conséquemment, elles sont plus susceptibles de recourir à des comportements sexuels problématiques, liés à leur histoire de vie, pour exprimer leurs besoins amoureux ou sexuels.

9. HYPOTHÈSE DE LA MORALE DÉFAILLANTE

De nombreuses personnes présentant une DI ou un TSA n'ont jamais pu faire d'apprentissages liés aux normes sociosexuelles et aux valeurs morales véhiculées en société en matière de sexualité. En développant leurs propres normes, il est possible qu'elles manifestent des attitudes et des comportements sexuels inappropriés par insouciance, croyant qu'elles agissent de la bonne manière.

10. HYPOTHÈSE MÉDICALE

Il peut arriver qu'une personne présentant une DI ou un TSA émettent des comportements sexuels excessifs ou se manifestant dans des endroits inappropriés en raison d'une affection médicale, génitale ou autre, non diagnostiquée (ITSS, démangeaisons, douleurs lors des règles, douleurs au bas ventre, constipation, etc.). La personne tente ainsi d'exprimer ou de soulager un inconfort ou de la douleur. Elle doit alors être orientée vers une consultation médicale pour évaluer la situation.

11. HYPOTHÈSE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS

Certains médicaments fréquemment utilisés chez les personnes présentant une DI ou un TSA ont des effets secondaires qui perturbent les étapes de la réponse sexuelle (ex. : troubles érectiles, troubles éjaculatoires, sécheresse vaginale) et qui peuvent parfois engendrer des comportements sexuels inappropriés. Il est donc important de valider auprès de professionnels qualifiés les effets secondaires de chaque médicament ainsi que les effets probables de leurs interactions sur le fonctionnement sexuel.

12. HYPOTHÈSE DE L'ABUS

Il arrive fréquemment que des personnes présentant une DI ou un TSA ayant été victimes d'abus physiques, psychologiques ou sexuels reproduisent exactement les mêmes attitudes et comportements abusifs dont elles ont été témoin ou victimes croyant qu'il s'agit de la seule manière d'exprimer ou de satisfaire leurs besoins sexuels. Il arrive donc que l'apparition de conduites sexuelles inappropriées ou abusives constitue une forme de divulgation comportementale de la victimisation sexuelle.

13. HYPOTHÈSE DE LA PRESSION PAR LES PAIRS

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA sont utilisées ou manipulées par des personnes qui ne présentent pas de déficits cognitifs ou qui en présentent moins. Elles sont utilisées pour faire des blagues à caractère sexuel et pour s'amuser de leurs réactions. Ces comportements sont fréquents chez les adolescents en milieu scolaire ou chez des collègues du milieu de travail. Puisque les personnes présentant une DI ou un TSA veulent faire partie d'un groupe social et qu'elles ont parfois moins de discernement, elles peuvent plus facilement être manipulées et ainsi accepter de réaliser des comportements inappropriés afin d'être appréciées par le groupe.

14. HYPOTHÈSE DE L'ADAPTATION SEXUELLE

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont des comportements de type pédophiles qu'on pourrait qualifier de « situationnels » puisque le comportement sexuel à l'égard d'un enfant peut se manifester pour d'autres raisons que l'attraction sexuelle. Le manque de partenaires du même âge, l'encouragement de l'entourage à jouer avec des enfants et le peu d'activités disponibles pour son groupe d'âge peuvent favoriser ce type de comportement. De plus, il arrive que des personnes aient recours à des conduites sexuelles comme mécanisme adaptatif dans le but d'autoréguler leurs émotions tel que le stress et l'anxiété. Si un adulte ou un l'adolescent s'identifiant aux enfants trouve un soulagement à son stress dans le comportement sexuel avec des enfants, son comportement déviant sera plus susceptible de se reproduire.

15. HYPOTHÈSE DE LA RECHERCHE DU POUVOIR ET DU CONTRÔLE

Pour certaines personnes présentant une DI ou un TSA, qui ont peu d'opportunité d'exercer leur autonomie ou pour qui toutes les décisions du quotidien sont prises par des tiers (ex. : des parents, des proches, des intervenants), l'exercice du pouvoir ou du contrôle par un comportement sexuel peut représenter un grand renforçateur. Le comportement sexuel déviant répond alors à un besoin d'exercer son pouvoir ou son contrôle et n'est pas nécessairement sexualisé.

16. L'HYPOTHÈSE MÉDICALE ÉLARGIE ET PSYCHIATRIQUE

Certains comportements sexuels inappropriés ou déviants peuvent être associés à des syndromes génétiques ou à des troubles psychiatriques. Par exemple, les personnes présentant le syndrome Smith-Magenis peuvent avoir tendance à insérer divers objets dans leurs orifices corporels, y compris dans le vagin et l'anus. Ces comportements sont souvent identifiés comme paraphiliques sans qu'il n'y ait pourtant de signes démontrant qu'ils sont générés par de l'intérêt sexuel. Sur le plan psychiatrique, les personnes présentant un trouble bipolaire peuvent manifester une hypersexualisation durant un épisode maniaque ou hypomaniaque.



IMPACTS SUR LA PERSONNE ET SUR SON ENVIRONNEMENT

La déviance contrefaite se présente sous deux formes, bénigne ou offensive, ayant des impacts différents sur la personne et son environnement. Ces impacts sont définis ci-dessous.

A) DÉVIANCE CONTREFAITE BÉNIGNE : AUCUNEMENT OU PEU PRÉJUDICIALE POUR LA PERSONNE ELLE-MÊME OU POUR AUTRUI

- Il n'y a aucune, voire très peu de conséquences, de détresse psychologique ou de perturbation du fonctionnement normal ou adaptatif chez la personne présentant un comportement sexuel associé à la déviance contrefaite bénigne. Par contre, une détresse psychologique ou une perturbation du

fonctionnement peuvent survenir si l'environnement réagit au comportement sexuel inapproprié par une attitude punitive ou restrictive.

- ☑ La déviance contrefaite bénigne peut parfois constituer une limite dans le développement ou le maintien des relations interpersonnelles de la personne. Elle peut aussi exposer la personne au jugement ou au rejet, ce qui peut porter atteinte à son estime personnelle et nuire à son fonctionnement psychosocial.
- ☑ Dans certains cas, la déviance contrefaite bénigne peut augmenter la vulnérabilité de la personne en l'exposant à des risques de subir diverses formes d'abus ou d'agressions.
- ☑ Il n'y a pas de victime directe ou indirecte. Il n'y a pas de conséquences pour autrui. Le danger ou le risque est absent pour l'entourage ou la communauté. Le comportement sexuel ne porte pas atteinte à l'intégrité de l'entourage.

B) DÉVIANCE CONTREFAITE OFFENSIVE : MOYENNEMENT OU FORTEMENT PRÉJUDICIABLE POUR LA PERSONNE ELLE-MÊME OU POUR AUTRUI

- ☑ Il y a présence de diverses conséquences chez la personne présentant un comportement sexuel associé à la déviance contrefaite offensive, ainsi qu'un risque d'entrave à sa santé sexuelle et à son intégrité physique. La personne peut présenter une détresse psychologique et son fonctionnement normal ou adaptatif peut être perturbé. Si l'environnement réagit au comportement sexuel inapproprié en adoptant une attitude punitive ou restrictive, la détresse psychologique et la perturbation du fonctionnement normal de la personne peuvent s'accroître.
- ☑ La déviance contrefaite offensive peut parfois constituer une limite significative dans le développement ou le maintien des relations interpersonnelles de la personne. Elle peut aussi l'exposer à encore plus de jugement et de rejet, ce qui peut affecter plus significativement son estime personnelle et son fonctionnement psychosocial et psychosexuel.
- ☑ Dans certains cas, la déviance contrefaite offensive peut augmenter la vulnérabilité de la personne l'exposant à des risques accrus de subir diverses formes d'abus ou d'agressions.
- ☑ Il peut y avoir des victimes directes ou indirectes. Ces victimes peuvent subir des atteintes à leur intégrité psychologique, physique et psychosexuelle. Le danger ou le risque pour l'entourage est donc plus important à ce niveau. Les animaux de compagnie parfois utilisés dans ce type de comportements sont généralement considérés par la personne comme des objets d'exploration sexuelle ou de compensation.
- ☑ Les comportements attribuables à la déviance contrefaite peuvent parfois prendre un caractère illégal et être judiciairisés.



HISTORIQUE ET FRÉQUENCE

- ☑ Les attitudes ou comportements attribuables à la déviance contrefaite sont fréquents et ils peuvent être répétitifs et persistants. La personne peut ne pas avoir présenté des comportements de cette nature dans son historique de vie, mais il est également possible que le comportement soit apparu à plusieurs reprises et qu'il n'y ait jamais eu de recadrage comportemental ou d'interventions appropriées. Il est aussi possible que le comportement ait été observé à quelques reprises par le passé, mais que les interventions effectuées n'aient pas eu les résultats souhaités.
- ☑ Des circonstances extérieures à la personne favorisent l'apparition du comportement sexuel inapproprié, et ce, surtout lorsque la personne est exposée à des situations anxigènes ou à des facteurs de stress importants comme une transition, un déménagement, un deuil, un changement de structure et d'encadrement, un changement de personnel ou de routine, etc. Les comportements peuvent apparaître de manière épisodique ou cyclique comme durant la période

des fêtes, des vacances, lors du camp de jour, lors de répit, de sorties ou des changements de saison, ces situations étant symboliquement chargées pour la personne.

- ☑ Dans la mesure où ils génèrent de l'excitation, du plaisir sexuel ou d'autres bénéfices tels que de l'attention de la part des personnes présentes dans l'environnement, ces comportements sont susceptibles de persister ou de s'aggraver s'il n'y a pas de prise en charge. Les comportements sexuels attribuables à la déviance contrefaite peuvent également apparaître lorsqu'il y a un manque de continuité ou de cohérence de l'intervention et un déficit dans l'accompagnement de l'ensemble du réseau de soutien de la personne (parents, responsables de ressources d'hébergement, intervenants, enseignants, etc.).



EXEMPLES DE COMPORTEMENTS SEXUELS ATTRIBUABLES À LA DÉVIANCE CONTREFAITE⁴

- Un adolescent de 14 ans présentant une DI ainsi qu'un TDAH reproduit avec sa petite cousine de 5 ans des comportements sexuels observés dans une vidéo pornographique sur Internet. Le jeune n'a reçu aucune éducation sexuelle. Il est dans une phase d'éveil et de curiosité sexuels. Il a accès à Internet sans encadrement parental. Il est infantilisé, il n'a pas de réseau amical de son âge et on le laisse jouer avec des enfants. Le comportement est apparu à deux reprises.
- Un jeune adulte de 23 ans présentant un TSA et une DI se masturbe jusqu'à éjaculation derrière un buisson dans un terrain de jeux à proximité d'enfants. Il fait l'objet d'attitudes restrictives dans son milieu de vie où il n'a pas le droit de satisfaire ses besoins amoureux et sexuels. Il a une amoureuse de son âge et de son niveau de développement, mais ils ne peuvent pas se fréquenter à l'extérieur du milieu de travail. L'importance de cette relation est banalisée par les deux familles. Après avoir été arrêté et judiciairisé, il reçoit un diagnostic d'exhibitionnisme et de pédophilie. Les parents sont alarmés, ils mettent en place un cadre super restrictif et souhaitent que leur fils soit revu en psychiatrie afin qu'on lui prescrive un traitement pharmacologique visant à réduire ses pulsions sexuelles.
- Une adolescente non verbale de 16 ans présentant un TSA, une DI et un trouble anxieux porte depuis peu sa main très régulièrement à ses parties génitales. Elle insère également des objets dangereux dans son vagin. L'équipe considère que les masturbations sont compulsives et qu'elle est hypersexualisée. Une analyse médicale révèle qu'elle fait une vaginite ainsi qu'une infection urinaire en raison de problèmes d'hygiène.



ANALYSE DE LA SITUATION ET DES BESOINS

Initialement développé pour les personnes présentant une DI et désormais transposée aux personnes présentant un TSA, le concept de la déviance contrefaite est encore méconnue de plusieurs intervenants et professionnels. Cette méconnaissance occasionne plusieurs défis liés à l'intervention et à la gestion du risque tant pour la personne présentant une DI ou un TSA que pour les dispensateurs de services. L'évaluation diagnostique différentielle est essentielle pour confirmer ou infirmer la présence d'une déviance contrefaite et ainsi éviter d'entretenir toute forme d'idée préconçue sur le comportement. Le diagnostic différentiel permet également de prévenir la mise en place de mesures d'encadrement basées strictement sur la restriction en établissant plutôt le type d'interventions et d'encadrement requis en fonction des facteurs contributifs aux comportements sexuels problématiques. Cela permet également d'éviter que l'approche pharmacologique soit envisagée comme seul traitement et que la personne fasse l'objet d'une castration chimique non justifiée ou de conséquences légales non adaptées susceptibles de la vulnérabiliser davantage plutôt que de la soutenir et de l'aider à se responsabiliser.

⁴ Avis important : Les informations descriptives suivantes constituent des exemples que l'on rencontre parfois chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Cependant, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. Il peut s'avérer que des situations plus exceptionnelles ou complexes exigent une analyse plus approfondie de la situation par des professionnels qualifiés. Peu importe la situation, le travail d'équipe et de concertation demeure essentiel dans la réalisation d'un plan d'intervention individualisé et d'encadrement adapté.

Lorsque des comportements sexuels problématiques qu'on croit attribuables à la déviance contrefaite sont observés ou rapportés, il est important, après avoir sécurisé la personne et l'environnement, de réaliser une collecte de données sur les comportements émis, puis d'organiser rapidement une concertation d'équipe. Cela permet d'amorcer une analyse clinique et d'obtenir des pistes concernant l'origine, le sens, le contexte et la fonction du comportement sexuel problématique.

La collecte de données s'effectue d'abord auprès de l'entourage de la personne, puis en consultant son dossier. Une équipe multidisciplinaire évalue ensuite la pertinence que la personne présentant une DI ou un TSA soit rencontrée pour valider sa compréhension de son comportement problématique. La collecte de données doit inclure l'ensemble des faits observés ou rapportés, leur fréquence et leur contexte d'apparition, le profil diagnostique de la personne concernée, les informations relatives à son milieu de vie et aux attitudes et croyances de l'environnement en ce qui concerne la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA, l'historique de son développement psychosexuel et toute autre information disponible concernant sa vie affective, amoureuse et sexuelle, les interventions réalisées à ce jour, ainsi que les résultats obtenus. Pour soutenir la collecte de données, l'équipe peut, entre autres, utiliser l'outil *Demande relative à une problématique sexuelle* disponible à l'Annexe B.

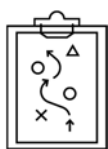
L'équipe doit ensuite réaliser une analyse clinique concertée plus précise dans le but d'établir un plan d'intervention individualisé et écosystémique détaillé. Pour ce faire, le Plan d'action multimodal en TGC (SQETGC, 2014) peut être utilisé pour approfondir l'analyse clinique. Cette première étape permet de définir les aménagements préventifs requis ainsi que les interventions de réadaptation et de traitement à mettre en place à court terme pour soutenir la personne, sa famille, ses proches, les responsables de son milieu de vie ou l'équipe d'intervention.

L'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II-révisée (Sabourin, Senécal et Paquet, 2016) peut aussi être utilisée. Toutefois, il est très fortement recommandé que l'interprétation des données ou des résultats relatifs aux comportements sexuels problématiques soit effectuée en collaboration avec un professionnel qualifié dans l'évaluation du trouble sexuel. Il est aussi important de considérer le fait que les cotations peuvent ne pas être représentatives de la réalité (ex. : la personne qui présente des troubles du comportement sexuel vit dans un environnement protégé et sécurisé au sein duquel des aménagements préventifs externes font en sorte que les manifestations comportementales problématiques sont fortement diminuées ou absentes). La gravité du ou des comportements sexuels problématiques, tout comme le risque potentiel, peuvent être faussement sous-estimés dans la perspective d'une plus grande autonomie ou inclusion sociale. L'EGCP-II-R (Sabourin et al., 2016) est surtout utile dans les premières étapes de l'analyse clinique pour faire ressortir l'ampleur des difficultés comportementales déjà observées par l'entourage immédiat. Il s'agit cependant d'un outil de dépistage de premier niveau qui ne permet pas de conclure à la présence d'un trouble sexuel. Il ne peut se substituer à une évaluation sexologique ou spécialisée du trouble sexuel.

En effet, même si elles semblent attribuables au phénomène de déviance contrefaite, certaines problématiques sexuelles sont cliniquement plus complexes. Les causes sont multifactorielles et peuvent être associées à d'autres troubles concomitants. Il peut alors être compliqué de bien évaluer la prépondérance clinique de chaque hypothèse associée à la déviance contrefaite chez une même personne, de déterminer les aménagements préventifs et les interventions prioritaires requises pour favoriser l'autodétermination et l'inclusion sociale de celle-ci. Même si l'exercice d'analyse clinique est réalisé par une équipe interdisciplinaire, il peut être recommandé de faire appel aux services d'un sexologue, idéalement familier avec la clientèle DI-TSA, accrédité par l'Ordre professionnel des sexologues du Québec, pour l'évaluation du trouble sexuel. Le sexologue pourra soutenir l'équipe interdisciplinaire dans l'analyse de la situation et dans l'élaboration d'un plan d'intervention et d'encadrement. Au besoin, il pourra aussi recommander la production d'une évaluation sexologique détaillée du trouble sexuel. Des informations relatives à l'évaluation sexologique se retrouvent dans le Chapitre 3 du présent guide.

Les critères suivants peuvent justifier le recours aux services d'un sexologue. Celui-ci peut appuyer l'équipe et voir à la production d'une évaluation sexologique du trouble sexuel incluant une estimation de risque.

- Les comportements sexuels problématiques semblent liés au phénomène de déviance contrefaite, mais plusieurs autres hypothèses sont présentes et les causes semblent multifactorielles et associées à d'autres troubles concomitants de type TC ou TGC.
- La personne présente un grand nombre de diagnostics concomitants (DI, TSA, trouble de l'attention avec hyperactivité, trouble obsessionnel-compulsif, atteintes neurologiques, trouble de l'attachement, trouble d'opposition, etc.) et a besoin d'une prise en charge psychiatrique, psychosociale et de réadaptation nécessitant une concertation interdisciplinaire ainsi que d'une intensité de service.
- Les comportements sexuels problématiques persistent ou s'aggravent malgré les tentatives d'interventions adaptées. Il y a récurrence causant des préjudices à la personne ou à autrui et le risque apparaît élevé.
- La personne présente un historique de victimisation sexuelle dont les répercussions et les conséquences sont toujours présentes ou ont été réactivées récemment. Elle présente un niveau significatif de perturbation comportementale, fonctionnelle et de détresse psychoaffective.
- La personne présente simultanément plusieurs types de comportements sexuels problématiques. La ligne ou la frontière entre la déviance contrefaite et le trouble grave de la sexualité apparaît très mince ou difficile à tracer pour l'équipe clinique.



ORIENTATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS PRÉCONISÉES

Lorsqu'il y a présence de comportements sexuels problématiques associés à la déviance contrefaite, la mise en place d'une programmation de réadaptation sexoéducative individualisée adaptée, ainsi que des interventions écosystémiques plus intensives, sont généralement recommandées. Le plan d'intervention doit s'actualiser dans un encadrement bienveillant afin de réduire les facteurs de risque et de permettre à la personne de satisfaire ses besoins sexuels de manière adéquate et saine. Dans ce cas, le travail d'équipe demeure prioritaire. Les informations suivantes constituent des orientations cliniques générales. Elles ne peuvent pas se substituer à un plan d'intervention individualisé ni à l'avis d'un professionnel qualifié dans l'évaluation de la problématique ou du trouble sexuel. Certaines consignes de base pour toutes les formes d'intervention se trouvent à l'Annexe A.

INTERVENTIONS PRÉCONISÉES AUPRÈS DE LA PERSONNE PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS LIÉS À LA DÉVIANCE CONTREFAITE

- ☑ Effectuer avec calme, neutralité, bienveillance et sans jugement, un recadrage comportemental aussitôt qu'il y a apparition de propos, d'attitude ou de comportements sexuels problématiques.
- ☑ Expliquer simplement, et de manière non culpabilisante, à la personne ses difficultés sur le plan sexuel. Lui indiquer les conséquences associées, pour elle-même et pour les autres personnes, s'il y a lieu.
- ☑ Orienter la personne vers un comportement sexuel adéquat ou vers un endroit alternatif approprié, si nécessaire.
- ☑ S'assurer que la personne ait accès à un lieu et à des moments d'intimité pour vivre adéquatement et en toute sécurité sa sexualité : accès à sa chambre, porte fermée, respect de son intimité, etc.
- ☑ Clarifier les attentes en fonction de l'environnement et expliquer le code de vie des milieux où évolue la personne (résidentiel, scolaire, travail, communauté). S'assurer qu'elle comprenne et intègre correctement l'information, et répéter si nécessaire.
- ☑ Faire bénéficier la personne d'un programme d'éducation sexuelle adapté à son groupe d'âge et à son niveau de compréhension.

- ☑ Permettre à la personne d'avoir un contrôle positif et valorisant sur certains aspects de sa vie, comme faire certains choix vestimentaires ou alimentaires, lui permettre de s'affirmer, etc.
- ☑ Développer les aptitudes à la communication chez la personne pour qu'elle puisse formuler ses besoins et des demandes d'aide.
- ☑ Développer les aptitudes à la reconnaissance et à l'expression des émotions. Lui offrir un programme de gestion de la colère et de résolution de conflits si nécessaire.
- ☑ Accompagner la personne dans le développement de la connaissance de soi, ainsi que de son identité personnelle et sociale afin qu'elle s'identifie davantage à des personnes correspondant à son âge chronologique et à son niveau de fonctionnement et qu'elle comprenne ses responsabilités de citoyen.
- ☑ Développer l'estime de soi et la confiance personnelle. Accompagner la personne dans la reconnaissance et le développement de ses forces, de ses aptitudes, de ses qualités et de ses intérêts. Il est essentiel que la personne reçoive des messages positifs et constructifs de son entourage. Il est tout aussi essentiel de favoriser l'expression et la sensation du « meilleur d'elle-même » dans plusieurs sphères de sa vie (vie affective, loisirs, activités sportives, travail, etc.) à travers des projets de vie réalistes à court et à moyen termes, qui sont source de satisfaction et de fierté.
- ☑ Soutenir le développement d'un réseau social et affectif pour favoriser l'établissement et le maintien de relations satisfaisantes et enrichissantes avec des pairs de son âge et de son niveau de fonctionnement.
- ☑ Effectuer, après avoir obtenu le consentement de la personne ou de son représentant, un exercice de sensibilisation et de renforcement des conduites sociosexuelles adéquates en collaboration avec les policiers sociocommunautaires. Cet exercice, fait sans culpabiliser la personne, peut favoriser la consolidation des acquis concernant les normes sociosexuelles et les lois liées à la sexualité. Une telle démarche doit être très bien préparée avec les policiers sans s'inscrire dans une approche punitive ou répressive. Elle correspond à un processus de responsabilisation de la personne.
- ☑ Référer au cadre de référence en matière de vie amicale, amoureuse et sexuelle de l'établissement pour baliser et déterminer l'intervention auprès de la personne et de son environnement.

INTERVENTIONS ÉCOSYSTÉMIQUES OU ENVIRONNEMENTALES

- ☑ Sensibiliser les proches, parents et responsables de milieu de vie, à favoriser une approche éducative en reconnaissant la normalité des besoins intimes et sexuels des personnes présentant une DI ou un TSA.
- ☑ Établir une collaboration cohérente avec son environnement afin que la personne intègre les connaissances et les aptitudes adéquates à l'expression de ses besoins affectifs, amoureux et sexuels.
- ☑ Offrir du soutien aux parents, aux proches ou aux responsables du milieu de vie.
- ☑ Superviser régulièrement l'équipe clinique.



MESURES D'ENCADREMENT DE LA PERSONNE ET FACTEURS DE PROTECTION

Les mesures d'encadrement de la personne et la protection de l'environnement sont nécessaires lorsqu'il s'agit de troubles du comportement sexuel liés à la déviance contrefaite. Les aménagements préventifs doivent être évalués par l'équipe et par un professionnel qualifié en fonction de la gravité de la problématique et des risques associés. Si la déviance contrefaite est de type offensif et qu'elle est

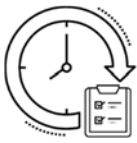
préjudiciable pour la personne elle-même ou pour autrui, il est essentiel de s'assurer qu'elle bénéficie d'un encadrement qui empêche une récurrence. La personne ne doit pas se trouver en présence de victimes potentielles. Si les comportements se sont produits à l'extérieur du milieu de vie ou à l'égard de personnes présentant une grande vulnérabilité, il faut alors adopter une attitude de vigilance bienveillante, accompagner et superviser tout contact avec des personnes vulnérables, que ce soit des enfants ou des pairs. Il est également essentiel de réorienter la personne vers des lieux appropriés pour qu'elle puisse vivre son intimité, et ce, afin d'éviter que les comportements ne se répètent à l'extérieur du milieu de vie.

De plus, il est important d'évaluer les facteurs contextuels ou les circonstances susceptibles de faire réapparaître les comportements problématiques afin d'établir les mesures préventives nécessaires. Si la personne utilise du matériel pornographique illégal ou des objets dangereux lors de ses activités sexuelles, il est recommandé d'évaluer, en rencontre de concertation, la pertinence de l'utilisation d'objets sécuritaires habituellement disponibles dans des boutiques érotiques et de lui apprendre à les utiliser et à les entretenir adéquatement. Une consultation auprès d'un sexologue est recommandée pour valider la démarche.



QUI FAIT QUOI?

Les équipes interdisciplinaires, composées d'intervenants et de professionnels, sont en général en mesure d'analyser la situation lorsqu'il s'agit de troubles du comportement sexuel liés à la déviance contrefaite et de définir les interventions à mettre en place tant pour la personne que pour son environnement. Si la situation s'avère plus complexe, l'équipe peut recourir aux services d'un professionnel en évaluation du trouble sexuel afin d'obtenir du soutien clinique ou une évaluation sexologique. L'intervention éducative auprès de l'environnement et l'intervention sexoéducative adaptée auprès de la personne peuvent être réalisées par des éducateurs spécialisés ou des professionnels. Au besoin, ces interventions peuvent être soutenues ou même réalisées par un psychologue ou un sexologue.



DURÉE, INTENSITÉ ET SUIVI DE L'INTERVENTION

Les comportements sexuels problématiques relevant de la déviance contrefaite requièrent généralement une intervention intensive à court et à moyen termes. Les interventions individualisées devraient avoir lieu sur une base hebdomadaire, pendant une période variable selon la problématique, allant possiblement jusqu'à une année si la personne participe à une démarche complète d'éducation sexuelle. Une rencontre de concertation en présence des parents, des proches, des responsables du milieu de vie et des intervenants doit se tenir au cours des deux à trois mois suivant l'intervention initiale afin d'évaluer l'intégration des connaissances et la généralisation des acquis chez la personne concernée. L'équipe peut ensuite, en tenant compte des résultats observés, décider de poursuivre, de modifier ou d'arrêter les interventions pour obtenir de meilleurs résultats. Il est nécessaire de s'assurer régulièrement que les aménagements préventifs sont en place et soutiennent adéquatement la personne. Bien que chaque situation soit unique et que seule une analyse détaillée peut aider à déterminer précisément l'intensité, la durée ou le type de suivi d'intervention nécessaire, la constance et la continuité dans l'intervention sont un gage de réussite. Finalement, même s'il s'agit de comportements sexuels inappropriés présentant très peu de risques pour la personne et son entourage, un suivi intensif des comportements sexuels problématiques liés à la déviance contrefaite assure une meilleure prévention des comportements plus graves et une progression vers un comportement sexuel adéquat.

PARAPHILIES BÉNIGNES ET NON OFFENSIVES (CATÉGORIE 3)



DÉFINITION

L'étymologie du mot paraphilie vient du grec *para* qui signifie « à côté de » et *philia* signifiant « amour » ou « préférence ». Le terme paraphilie réfère donc à la présence de pratiques, d'intérêts ou de préférences sexuelles qui sont à côté ou en dehors des normes établies dans une société à une époque donnée. Les paraphilies constituent donc l'ensemble des attirances ou des pratiques sexuelles hors normes et atypiques qui diffèrent des pratiques traditionnellement considérées comme étant normales. Sur le plan psychiatrique, selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), le terme paraphilie renvoie à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant. Certaines pratiques paraphiliques sont prosrites par la loi et considérées comme étant des délits ou des crimes sexuels (ex. : la pédophilie et la zoophilie). Il en est de même lorsque la pratique paraphilique prend forme sans le consentement d'autrui ou dans le cadre d'une agression sexuelle. Cependant, toute pratique paraphilique n'est pas systématiquement problématique ou illégale.

Lorsqu'une paraphilie n'engendre pas de détresse psychologique, qu'elle ne perturbe pas le fonctionnement normal de la personne, qu'elle ne cause pas de préjudice ni à la personne elle-même ni à autrui ou qu'elle prend forme en privé dans le cadre d'une relation égalitaire entre adultes matures et consentants, on peut la qualifier de bénigne ou de non offensive. Même si elles ne sont pas cliniquement problématiques ni illégales, elles peuvent cependant surprendre, choquer et bousculer les valeurs personnelles et morales de certaines personnes puisqu'elles transgressent des normes ou des conventions sociosexuelles qui sont le plus souvent établies de manière informelle. Elles sont aussi susceptibles de créer de la gêne ou de l'embarras chez la personne concernée ou pour ses proches lorsqu'elles sont dévoilées au grand jour.



IMPACTS SUR LA PERSONNE ET SUR SON ENVIRONNEMENT

- ☑ Il n'y a pas ou très peu de conséquences, de détresse psychologique ou de perturbation du fonctionnement normal ou adaptatif chez la personne présentant un comportement sexuel associé à la paraphilie bénigne ou non offensive. Par contre, une détresse psychologique ou une perturbation du fonctionnement peuvent survenir si l'environnement réagit au comportement sexuel inapproprié par une attitude punitive ou restrictive.
- ☑ La paraphilie bénigne ou non offensive peut parfois constituer une limite dans le développement ou le maintien des relations intimes de la personne. Elle peut aussi exposer la personne au jugement ou au rejet, ce qui peut porter atteinte à son estime personnelle et nuire à son fonctionnement psychosocial.
- ☑ Dans certains cas, la paraphilie bénigne ou non offensive peut augmenter la vulnérabilité de la personne en l'exposant à des risques de subir diverses formes d'abus ou d'agressions.
- ☑ Il n'y a pas de victime directe ou indirecte. Il n'y a pas de conséquences pour autrui. Le danger ou le risque est absent pour l'entourage ou la communauté. Le comportement sexuel ne porte pas atteinte à l'intégrité de l'entourage.



HISTORIQUE ET FRÉQUENCE

L'historique et la fréquence des paraphilies bénignes et non offensives sont des éléments très variables d'un individu à l'autre.



EXEMPLES DE PARAPHILIES BÉNIGNES ET NON OFFENSIVES⁵

- Depuis de nombreuses années, un homme de 47 ans présentant une DI utilise, dans l'intimité de sa chambre des sous-vêtements féminins d'adultes lors de ses activités masturbatoires occasionnelles et sécuritaires. Cela lui procure de l'excitation et de la satisfaction sexuelle. Il achète discrètement les sous-vêtements avec son argent. Il en fait lui-même l'entretien et il les range dans une boîte dans le fond de son garde-robe. Ses pairs, tant au travail que dans son milieu résidentiel, ne sont pas au courant de cette pratique. Les responsables de la RTF sont informés et ils respectent l'intimité du client. Malheureusement, un des responsables de la RTF décède. Le client doit alors être relocalisé rapidement vers un autre milieu de vie. Les responsables du nouveau milieu sont moins tolérants et plus intrusifs concernant l'intimité de cet homme. Ils entrent dans sa chambre sans frapper et ils le surprennent à se masturber avec les sous-vêtements féminins. Outrés, ils lui ordonnent de cesser tout de suite cette activité et ils lui disent qu'ils ne tolèrent pas de comportements indécents dans leur maison. Ils décident sans l'aviser de fouiller sa chambre et ils jettent tous ses sous-vêtements féminins. Ils l'avisent que cela est formellement interdit. Quelques semaines plus tard, l'homme est surpris par la voisine à se masturber dans sa cour avec des sous-vêtements qu'il a subtilisés sur sa corde à linge. Sous l'influence des responsables du nouveau milieu de vie, qui perçoivent le client comme étant pervers, la voisine décide de porter plainte à la police. L'incompréhension et le jugement se manifestant par des attitudes intolérantes et restrictives contribuent à créer une problématique au départ inexistante.
- Un homme de 35 ans présentant un TSA ainsi qu'une lenteur intellectuelle aime particulièrement se regarder dans le miroir de sa chambre alors qu'il est vêtu en femme et maquillé. Il se sent bien, cela l'excite sexuellement et il se masturbe à l'occasion en s'observant. Présente depuis son adolescence, cette pratique sexuelle s'exprime toujours dans son intimité. L'homme utilise des vêtements qu'il se procure dans une friperie. Sa sœur lui offre parfois des produits cosmétiques en cadeau. À part quelques personnes de confiance à qui il s'est confié, nul ne peut se douter de ses pratiques intimes. Il est socialement adéquat et fonctionne très bien en communauté.
- Une jeune femme présentant un TSA utilise des gants de vaisselle pour la masturbation, elle n'aime pas la sensation de ses doigts sur ses organes génitaux. Elle s'achète elle-même ses gants dans un magasin à bas prix, elle les nettoie régulièrement et les replace dans leur sac de plastique d'origine après le nettoyage. Ils sont dans son tiroir de sous-vêtements. La masturbation se fait dans l'intimité et seule sa mère connaît son secret.



ANALYSE DE LA SITUATION ET DES BESOINS

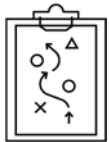
Les exemples précédents concernent des personnes adultes chez qui les pratiques et les intérêts sexuels paraphiliques bénins et non offensifs sont présents depuis une longue période. Ils sont bien installés dans leurs habitudes et leurs préférences sexuelles et il n'est pas nécessaire de les modifier.

Puisque les personnes présentant une DI ou un TSA vivent dans des environnements davantage protégés et supervisés, il arrive que leur intimité ne soit pas toujours respectée ou que leur sexualité soit scrutée à la loupe. Ainsi, elles ont beaucoup moins de latitude ou de liberté pour expérimenter ou pour exprimer des

⁵ Les informations descriptives suivantes constituent des exemples que l'on rencontre parfois chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Cependant, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. Il peut s'avérer que des situations plus exceptionnelles ou complexes exigent une analyse plus approfondie de la situation par des professionnels qualifiés. Peu importe la situation, le travail d'équipe et de concertation demeure essentiel dans la réalisation d'un plan d'intervention individualisé et de l'encadrement adapté.

pratiques sexuelles dites normales. Les paraphilies bénignes ou non offensives génèrent plus d'inquiétudes et sont davantage perçues à tort comme problématiques chez les personnes présentant une DI ou un TSA que chez la population neurotypique. Elles engendrent souvent des attitudes ou des interventions répressives, punitives et culpabilisantes. Afin de contourner les restrictions mises en place dans l'environnement, la personne peut alors développer des comportements paraphiliques plus à risque ou qui prennent forme dans des endroits inappropriés.

Les personnes présentant un TSA ont parfois des comportements stéréotypés et atypiques d'exploration et la satisfaction sexuelle qui sont susceptibles de se manifester dès l'éveil sexuel. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il s'agit de personnes mineures, de jeunes adultes ou d'un comportement sexuel atypique qui émerge, il ne faut systématiquement conclure à des conduites paraphiliques bénignes et non offensives. Il est plutôt recommandé de procéder, en équipe interdisciplinaire, à une analyse de la situation afin de proposer à la personne des moyens d'exploration ou de satisfaction sexuelle normalisants. Cette approche permet de réduire le risque de développement ou d'enracinement de paraphilies bénignes. Lorsqu'il s'agit de modifier des pratiques sexuelles ou des intérêts sexuels émergents inappropriés, l'intervention d'un professionnel qualifié est recommandée pour évaluer la situation et pour proposer des interventions adaptées.



ORIENTATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS PRÉCONISÉES

INTERVENTIONS PRÉCONISÉES AUPRÈS DE LA PERSONNE PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS LIÉS À LA DÉVIANCE CONTREFAITE

- S'assurer que les comportements sexuels hors normes ne causent pas de préjudices à la personne ou à autrui.
- S'assurer qu'ils se manifestent en privé dans un endroit approprié.
- S'assurer qu'ils prennent forme dans le cadre d'une relation égalitaire entre adultes consentants.
- S'assurer qu'ils n'engendrent pas de détresse psychologique et qu'ils ne perturbent pas le fonctionnement de la personne.
- S'assurer que la personne respecte les lois, qu'il n'y a pas de délits comme le vol d'objets ou de vêtements.

INTERVENTIONS ÉCOSYSTÉMIQUES OU ENVIRONNEMENTALES

- Sensibiliser les proches, les parents et les responsables de milieu de vie afin d'éviter des attitudes négatives ou l'utilisation d'interventions inadéquates et punitives auprès de la personne.
- Établir une collaboration cohérente avec son environnement afin que la personne intègre les connaissances et les aptitudes hygiéniques ou sécuritaires dans ses pratiques sexuelles.
- Offrir du soutien aux parents, aux proches ou aux responsables du milieu de vie.
- Superviser au besoin l'équipe clinique.



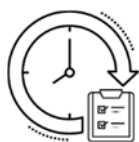
MESURES D'ENCADREMENT DE LA PERSONNE ET FACTEURS DE PROTECTION

Les mesures d'encadrement de la personne ainsi que les aménagements visant la protection de l'environnement sont plus légers lorsque les comportements sexuels inappropriés relèvent de paraphilies bénignes et non offensives. Toutefois, dans ce cas, il est essentiel de s'assurer que la personne exprime ses besoins intimes et sexuels dans un endroit approprié et sécuritaire. Il est aussi opportun de maintenir un certain niveau de vigilance préventive et bienveillante à son égard.



QUI FAIT QUOI?

Afin de déterminer si la paraphilie est bénigne ou non offensive, les équipes interdisciplinaires, composées d'intervenants et de professionnels doivent travailler en étroite collaboration avec un professionnel qualifié en évaluation du trouble sexuel qui procèdera à une évaluation spécialisée, s'il le juge nécessaire, pour mieux définir les interventions à mettre en place tant pour la personne que pour son environnement. L'intervention éducative auprès de l'environnement et l'intervention sexoéducative adaptée auprès de la personne peuvent être réalisées par des éducateurs spécialisés ou des professionnels, en collaboration avec un psychologue ou un sexologue.



DURÉE, INTENSITÉ ET SUIVI DE L'INTERVENTION

Les comportements sexuels relevant de la paraphilie bénigne ou non offensive requièrent généralement une intervention à intensité variable à court et à moyen termes. Une rencontre de concertation en présence des parents, des proches, des responsables du milieu de vie et des intervenants doit se tenir au cours des deux à trois mois suivant l'intervention initiale afin d'évaluer l'efficacité des interventions éducatives et des aménagements préventifs mis en place. Tenant compte des résultats observés, l'équipe peut alors décider de poursuivre, de modifier ou de cesser les interventions pour obtenir de meilleurs résultats. Il est nécessaire de s'assurer régulièrement que les aménagements préventifs sont en place et soutiennent adéquatement la personne. Bien que chaque situation soit unique et que seule une analyse détaillée puisse aider à déterminer précisément l'intensité, la durée ou le type de suivi d'intervention nécessaire, la constance et la continuité dans l'intervention sont un gage de réussite. Même s'il s'agit de comportements sexuels inappropriés présentant très peu de risques pour la personne et son entourage, un suivi intensif de la paraphilie bénigne ou non offensive assure une meilleure prévention des comportements plus graves et une progression vers un comportement sexuel adéquat. Finalement, même s'il s'agit de comportements sexuels non offensifs et présentant très peu de risques pour la personne et son entourage, un suivi ponctuel assure un meilleur soutien à la personne et à son entourage.

TROUBLES GRAVES DE LA SEXUALITÉ (TGS) : TROUBLES PARAPHILIQUES ET PARAPHILIES OFFENSIVES, AGRESSIONS SEXUELLES, TROUBLE HYPERSEXUEL ET DÉLINQUANCE SEXUELLE (CATÉGORIE 4)



DÉFINITIONS

TROUBLES GRAVES DE LA SEXUALITÉ

L'expression « troubles graves de la sexualité » (TGS) n'est pas une classification diagnostique. Elle désigne à quelques différences près plusieurs problématiques sexuelles graves qui ont une signification semblable. Les termes *troubles paraphiliques* et *paraphilies offensives*, *agressions sexuelles* et *délinquance sexuelle* déterminent généralement les mêmes types de comportements sexuels hautement problématiques à caractère immoral, illégal et criminel. Ces comportements à risque élevé ont des impacts très néfastes et préjudiciables pour la personne elle-même et pour autrui. Ils sont souvent associés à des causes multiples et à d'autres troubles et diagnostics concomitants. La problématique sexuelle associée au TGS est en général fortement ancrée, déviante et associée à une situation clinique complexe. La personne présente habituellement un nombre important d'antécédents de même nature et diverses interventions peuvent avoir été effectuées sans aucun résultat.

Il existe peu de données probantes sur la prévalence des problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Toutefois, les TGS sont plus rares que les comportements sexuels inappropriés ou relatifs à la déviance contrefaite chez cette population.

TROUBLES PARAPHILIQUES ET PARAPHILIES OFFENSIVES

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), le terme paraphilie renvoie « à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant ». Cela fait donc référence à des activités ou à des cibles sexuelles anormales. Le terme paraphilie fait également référence à « des patterns d'excitation sexuelle persistants dont la source provient de stimuli atypiques ou bizarres, accompagnés d'une détresse psychologique significative et perturbant le fonctionnement normal de la personne ». La paraphilie est considérée comme un trouble paraphilique si elle génère une détresse cliniquement significative et persistante chez le sujet lui-même. Si elle entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour une autre personne, le trouble paraphilique peut être qualifiée de paraphilie offensive.

Huit troubles paraphiliques font l'objet d'une attribution de critères diagnostiques spécifiques (American Psychiatric Association, 2013). Il s'agit des troubles suivants : voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme, masochisme sexuel, sadisme sexuel, pédophilie, fétichisme et travestisme. Relativement courants par rapport aux autres paraphilies, ces troubles ont un caractère nocif, ou pouvant potentiellement porter préjudice à quelqu'un et ils peuvent prendre la forme d'une pratique sexuelle délinquante et criminelle. Plusieurs autres paraphilies (zoophilie, urophilie, coprophagie, etc.) sont répertoriées et presque toutes peuvent, en vertu de leurs conséquences négatives pour la personne ou pour autrui, atteindre un niveau de trouble paraphilique. Les diagnostics « autre trouble paraphilique spécifié ou non spécifié » sont conséquemment indispensables et requis dans de nombreux cas. Il est essentiel de faire appel à un professionnel qualifié pour faire la distinction entre la paraphilie bénigne et non offensive et le trouble paraphilique.

AGRESSION SEXUELLE

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, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, 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 personne (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001).

Les agressions sexuelles sont avant tout des actes de domination et de pouvoir commis envers des personnes, sans leur consentement. Lorsque le besoin récurrent de faire usage d'agressivité ou de contrôle s'inscrit dans le profil psychosexuel d'une personne, on peut ainsi dire qu'elle présente une problématique d'agression sexuelle. Que la victime ait été agressée physiquement ou non, elle est blessée dans sa dignité en raison de paroles et d'attitudes dégradantes. Une agression sexuelle peut prendre plusieurs formes en fonction des gestes posés ou du degré de violence utilisée (Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal, 2018). Le Code criminel distingue trois niveaux de gravité d'agression sexuelle : le premier niveau regroupe les voies de fait commises dans des circonstances de nature sexuelle lorsqu'il y a atteinte à l'intégrité sexuelle de la victime; le second regroupe les agressions sexuelles armées, les menaces et les inflexions de lésions corporelles; le troisième regroupe les agressions qui blessent, mutilent ou défigurent la victime ou qui mettent sa vie en danger. L'agression sexuelle de niveau 1 ne cause pas ou presque pas de blessures corporelles à la victime (Ministère de la justice du Canada, 2016).

TROUBLE HYPERSEXUEL

Le trouble hypersexuel, qui n'est pas spécifiquement répertorié dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se distingue des troubles paraphiliques par le fait qu'il soit représenté par des comportements sexuels normaux ou normophiliques qui sont excessifs, répétitifs ou désinhibés. La personne peut alors se sentir envahie et complètement contrôlée par ses préoccupations, ses pensées et ses pulsions sexuelles. Il peut, par exemple, s'agir de comportements masturbatoires, de comportements ou de relations sexuelles avec un adulte consentant, du recours à des lignes érotiques ou à des sites de rencontres, de consommation de matériel érotique ou pornographique, de la fréquentation de bars de danseurs nus ou de danseuses nues ou de tout autre comportement sexuel non paraphilique.

Ces compulsions ou dépendances sexuelles sont à distinguer des paraphilies, mais leur présence n'exclut pas la possibilité d'un trouble paraphilique concomitant, ce qui complexifie le profil clinique et risque de causer des préjudices ou d'engendrer des conséquences légales pour la personne. Quoiqu'il en soit, le trouble hypersexuel engendre chez la personne la présence d'une détresse cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'un autre domaine important, dues à la fréquence et à l'intensité des fantasmes ou des comportements sexuels. Dans certains cas, le trouble hypersexuel peut entraîner des lésions ou des blessures aux organes génitaux et mettre en péril la santé sexuelle de la personne (ex. : conduites sexuelles non protégées ou à risque).

Plutôt rare chez les personnes présentant une DI ou un TSA, le trouble hypersexuel peut toutefois être associé à la présence de d'autres diagnostics de santé mentale comme un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble anxieux, un trouble neuropsychologique (persévération et rigidité) ou le TSA lui-même (intérêts spécifiques et restreints sexualisés, trouble d'intégration ou de modulation sensorielle). Différentes hypothèses cliniques doivent être prises en considération lors de l'évaluation du trouble hypersexuel afin de déterminer les traitements sur les plans pharmacologique, psychologique, sexothérapeutique et environnemental. L'avenue pharmacologique est généralement priorisée.

DÉLINQUANCE SEXUELLE

Il n'existe aucune définition précise ou officielle de la délinquance sexuelle. Cependant, toute personne ayant commis une agression sexuelle ou d'autres formes d'infractions à caractère sexuel peut être qualifiée de délinquante sur le plan sexuel puisqu'il y a transgression des lois. Sur le plan de l'analyse clinique, il est toutefois important de faire la distinction entre un individu ayant commis une agression sexuelle ou une autre forme d'infraction à caractère sexuel (geste grave, mais isolé et contextualisé) qui présente un profil de délinquance sexuelle et un individu qui n'en présente pas. Le profil de délinquance sexuelle est souvent associé à un historique judiciaire incluant plusieurs infractions à caractère sexuel, agressions sexuelles, délits sexuels graves ou armés ou à des récidives sexuelles en dépit de mesures judiciaires et thérapeutiques. Légalement, certaines inconduites sexuelles relevant du phénomène de déviance contrefaite peuvent être considérées comme des infractions à caractère sexuel menant à des accusations et à une judiciarisation sans que la personne ne présente nécessairement un profil clinique de délinquance sexuelle. Pour plus d'information concernant le cadre légal en matière d'agression sexuelle et d'infraction à caractère sexuel, le site de l'Institut national de santé publique du Québec peut être consulté (Institut national de santé publique du Québec, 2018).



IMPACTS SUR LA PERSONNE ET SON ENVIRONNEMENT

Il y a systématiquement présence de conséquences importantes, graves ou préjudiciables pour la personne présentant un TGS (ex. : risque d'entrave à sa santé sexuelle et à son intégrité physique). La personne présente un niveau significatif de détresse psychologique, son fonctionnement normal est clairement perturbé et peut s'aggraver si l'environnement réagit au comportement sexuel inapproprié en adoptant une attitude punitive ou restrictive.

- ☑ La problématique sexuelle associée au TGS représente une limite significative pour le développement ou le maintien des relations interpersonnelles de la personne qui est souvent confrontée au jugement, au rejet et à l'exclusion, ce qui peut miner significativement son estime personnelle et son fonctionnement psychosocial et sexuel.
- ☑ Il y a des victimes directes et indirectes, donc des conséquences graves et préjudiciables (ex. : atteintes à l'intégrité psychologique, physique et psychosexuelle). Les victimes peuvent être des personnes mineures, des personnes plus vulnérables ou des adultes de l'entourage, mais plus rarement des personnes étrangères. Le danger ou le risque pour l'entourage ou la communauté est élevé et il peut y avoir des conséquences importantes chez les témoins des événements.
- ☑ Les animaux de compagnie, lorsqu'ils sont considérés par la personne comme des objets de satisfaction sexuelle, peuvent aussi être victimes de ce type de comportements.



HISTORIQUE ET FRÉQUENCE

- ☑ Les troubles graves de la sexualité peuvent être circonstanciels, épisodiques ou persistants. La personne présente souvent des comportements de même nature dans son historique. Il est également possible que le comportement soit apparu à diverses reprises parce qu'il n'y a jamais eu de recadrage comportemental, ni d'interventions appropriées tant éducatives, thérapeutiques que judiciaires.
- ☑ Des circonstances extérieures à la personne, comme l'exposition à du matériel pornographique, un manque important d'habiletés sociales et d'éducation sexuelle ou un manque de surveillance et de supervision de l'entourage, peuvent aussi favoriser l'apparition du comportement.
- ☑ Les comportements peuvent apparaître de manière récurrente lorsque la personne est exposée à des situations anxiogènes ou à des facteurs de stress ou déstabilisants comme une transition, un déménagement, un deuil, un changement de structure, de personnel ou de routine, etc.

- ☑ Les comportements peuvent également apparaître de manière épisodique, cyclique ou saisonnière comme lors d'une période symboliquement chargée pour la personne (la période des Fêtes, les vacances, le répit, les sorties, les changements de saison, etc.).
- ☑ Les comportements peuvent également apparaître lorsqu'il y a un manque de continuité ou de cohérence au niveau des interventions et de l'accompagnement du réseau de soutien de la personne.
- ☑ Les comportements peuvent apparaître régulièrement ou aussitôt que la supervision et l'encadrement sont relâchés.
- ☑ Les comportements peuvent aussi apparaître dès que la personne est exposée à des stimuli correspondant à son profil d'excitation sexuelle (ex. : la présence d'enfants).



EXEMPLES DE TROUBLES GRAVES DE LA SEXUALITÉ⁶

- Un jeune homme de 26 ans présentant une DI et un TDAH, négligé pendant son enfance et victime d'agressions sexuelles à plusieurs reprises par des hommes étrangers au cours de sa jeunesse a entretenu des activités sexuelles avec des enfants et des préadolescents à de multiples occasions entre l'âge de 16 et 25 ans. Il a été reconnu coupable d'incitations à des contacts sexuels et de contacts sexuels avec des personnes mineures, puis incarcéré à deux reprises au début de sa vie adulte. Il présente plusieurs antécédents de même nature qui n'ont pas fait l'objet de mesures judiciaires lorsqu'il avait moins de 16 ans. Il a déjà commis des vols, allumés des feux et a eu des comportements sexuels inappropriés avec des animaux de compagnie. Il est aux prises avec des problèmes de consommation, des conflits familiaux et il fréquente des personnes à influences négatives lorsqu'il se retrouve en communauté. Il ne respecte pas ses conditions de remise en liberté. Les différents services sexoéducatifs et thérapeutiques adaptés et spécialisés en DI reçus pendant de nombreuses années ne l'ont pas empêché de récidiver. Il manipule souvent l'information qu'il partage aux intervenants et nomme ce que l'équipe souhaite entendre. Il ne reconnaît ni la gravité ni les conséquences de ses délits sexuels et il continue d'affirmer qu'il ne faisait qu'exprimer de l'amour à ces jeunes. Il considère même l'une de ses victimes comme son amoureux. Il exprime à quel point les activités sexuelles avec ces jeunes sont secondaires et comment il se sent important lorsqu'il prend soin d'eux et qu'il les protège. Immature, ayant peu confiance en lui et carencé sur le plan affectif, il n'a jamais entretenu de relation amoureuse ou sexuelle égalitaire.
- Un jeune homme de 24 ans présentant une DI, avec un historique de violence et de victimisation sexuelle accompagné d'un profil complexe de santé mentale, suit une jeune femme neurotypique de 19 ans à la sortie du métro jusqu'à son appartement. Ayant recours à des menaces et à de la contrainte physique, il entre chez elle et la force à avoir une relation sexuelle complète non protégée. Il est particulièrement excité sexuellement par le pouvoir, le contrôle et la domination.
- Un homme de 37 ans présentant un TSA leurre des adolescentes de 12 à 14 ans via les réseaux sociaux sur Internet. Son stratagème fait en sorte que quelques-unes d'entre elles se sont rendues chez lui. Sous la manipulation et la contrainte, l'homme a filmé certaines des adolescentes pendant qu'il abuse d'elles. L'homme présente une préférence exclusive et persistante pour les activités sexuelles avec des adolescentes de cet âge. Il a été judiciairisé pour des gestes de nature pédophile lorsqu'il était jeune adulte.

⁶ Lorsque des troubles graves de la sexualité sont suspectés, chaque situation exige qu'une évaluation spécialisée (sexologique ou psychiatrique) soit réalisée par un professionnel qualifié dans l'évaluation du trouble sexuel, ce qui constitue un acte réservé. Cette évaluation permet de déterminer le profil psychosexuel de la personne, le niveau de risque, ainsi que les aménagements préventifs, l'encadrement et l'ensemble des interventions et des traitements requis.

- Un jeune homme de 24 ans présentant une DI exhibe son pénis en érection et se masturbe en public de manière volontaire et planifiée devant des femmes âgées dans le but de les choquer et d'obtenir du plaisir sexuel.
- Une femme de 27 ans présentant un TSA, une DI, un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ainsi qu'un trouble anxieux est envahie par des fantasmes sexuels. Elle se masturbe de manière excessive et intense plusieurs heures par jour. Elle utilise ses mains, des gadgets sexuels qu'elle a volés à une amie ainsi que des objets à risque. Elle visionne également des vidéos de type Hentai (dessins ou vidéos pornographiques japonais) lors de ses activités masturbatoires. Elle ne sort presque plus de chez elle. Elle n'est plus en mesure de participer à ses activités régulières au quotidien. Elle mentionne que c'est plus fort qu'elle et qu'elle est triste de ne plus voir ses amis à son stage et dans ses activités de loisirs. Depuis quelques jours, elle entretient des pensées suicidaires.
- Un jeune homme de 31 ans présentant une DI ainsi que des atteintes neurologiques a depuis plusieurs années un historique important de comportements sexuels intrusifs avec des animaux de la ferme (bovins et chevaux). En dépit d'interventions sexoéducatives adaptées, de l'implication de plusieurs professionnels et de la mise en place de différents aménagements préventifs au cours des années, les comportements persistent. L'usager se dit envahi par des pensées sexuelles envers les animaux lorsqu'il n'a pas d'amoureuse. Selon lui, sa consommation de matériel zoophilique sur Internet l'empêche de passer à l'acte. Aucune plainte n'a été officiellement portée et il n'a jamais été judiciairisé. L'usager est désemparé et il souhaite obtenir de l'aide. Le contexte familial est complexe et non facilitant.
- Un jeune homme de 27 ans présentant un TSA, une lenteur intellectuelle, des dysfonctions exécutives majeures ainsi que plusieurs TGC entretient des fantasmes sexuels violents à l'endroit de plusieurs éducatrices de son milieu de vie. Il profère des menaces de viol et d'agression sexuelle à leur endroit. Récemment, il a isolé une intervenante et a utilisé la contrainte physique pour toucher ses parties génitales.
- Un homme 39 ans présentant une DI, un trouble d'opposition avec provocation et une personnalité antisociale a eu plusieurs activités sexuelles (attouchements, masturbation, sexe oral, pénétration vaginale et anale) avec des enfants et des préadolescents (garçons et filles) de son quartier au cours des deux dernières années. Il attirait les enfants avec des friandises dans un cabanon et il verrouillait la porte. Il appréciait particulièrement jouer à les attacher avec le fil de la tondeuse et les immobiliser avant de les abuser. Et il aime se sentir plus fort qu'eux et leur donner des ordres sexuels. Malgré la présence de pairs de son âge et de son niveau de fonctionnement, il préfère les activités sexuelles avec les jeunes de moins de 12 ans. Il n'a jamais eu de relation amoureuse et sexuelle avec une personne de son âge. Il a déjà reçu de l'éducation sexuelle par le passé. Il a été suivi par un psychologue alors qu'il était jeune adulte pour des inconduites sexuelles présentes depuis son adolescence. Il a été abusé physiquement et sexuellement par plusieurs hommes adultes entre l'âge de 8 et 12 ans. On le forçait à regarder de la pornographie, puis à reproduire ce qu'il voyait. Il est un grand consommateur de pornographie juvénile et zoophilique. Il aimerait enlever un enfant pour faire ses propres films pornographiques. À la suite de l'achat d'un téléphone intelligent, il s'est récemment filmé alors qu'il avait un rapport sexuel avec le chien de son oncle. Il consomme de l'alcool et des drogues. Il est actuellement en processus de judiciairisation.



ANALYSE DE LA SITUATION ET DES BESOINS

Lorsque des TGS sont observés ou rapportés, il est d'abord essentiel de sécuriser rapidement la personne et l'environnement en s'assurant de prévenir un nouveau passage à l'acte par des aménagements nécessaires. Il est ensuite nécessaire de réaliser dans les meilleurs délais une collecte de données et d'organiser une rencontre de concertation en équipe. Cela permet d'amorcer l'analyse clinique puis de préciser l'ensemble des aménagements sécuritaires et préventifs requis tant sur le plan individuel qu'environnemental. Ce type de problématique nécessite également qu'il y ait la production d'une évaluation spécialisée en sexologie, en psychologie ou en psychiatrie. Cette évaluation doit être réalisée par des professionnels qualifiés dans l'évaluation du trouble sexuel afin de déterminer le profil psychosexuel de

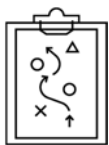
la personne, de procéder à une estimation du risque et de proposer des recommandations d'encadrement et de traitement. Dans certains cas, il est également possible que d'autres types d'évaluations professionnelles spécialisées (neuropsychologique, ergothérapeutique, endocrinologique) soient requises pour appuyer l'analyse sexologique clinique.

La collecte de données requise pour l'évaluation sexologique doit s'effectuer auprès de l'entourage de la personne, puis en consultant son dossier. L'intervenant de référence doit alors être accompagné d'un psychoéducateur, d'un psychologue ou d'un sexologue au besoin. La collecte de données doit inclure l'ensemble des faits observés ou rapportés, leur fréquence et leur contexte d'apparition, le profil diagnostique et développemental de la personne concernée, les informations relatives à son milieu de vie et aux attitudes et croyances de l'environnement en ce qui concerne la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA. La collecte doit aussi comprendre, l'historique du développement psychosexuel de la personne et toute autre information disponible concernant sa vie affective, amoureuse et sexuelle, les interventions réalisées par le passé ainsi que les résultats obtenus. Pour soutenir la collecte de données, l'équipe peut, entre autres, utiliser l'outil *Demande relative à une problématique sexuelle* disponible à l'Annexe B.

L'équipe doit ensuite réaliser une analyse clinique concertée plus précise dans le but d'établir un plan d'intervention individualisé et écosystémique détaillé. Pour ce faire, le Plan d'action multimodal en TGC (SQETGC, 2014), en complémentarité avec le tableau d'analyse de la déviance contrefaite, peuvent être utilisés pour approfondir l'analyse clinique. Cette première étape permet de définir les aménagements préventifs requis ainsi que les interventions de réadaptation et de traitement à mettre en place à court terme pour soutenir la personne, sa famille, ses proches, les responsables de son milieu de vie ou l'équipe d'intervention.

L'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II-révisée (Sabourin et al., 2016) peut aussi être utilisée. Toutefois, il est très fortement recommandé que l'interprétation des données ou des résultats relatifs aux comportements sexuels problématiques soit effectuée en collaboration avec un professionnel qualifié dans l'évaluation du trouble sexuel. Il est aussi important de considérer le fait que les cotations peuvent ne pas être représentatives de la réalité (ex. : la personne qui présente des troubles du comportement sexuel vit dans un environnement protégé et sécurisé au sein duquel des aménagements préventifs externes font en sorte que les manifestations comportementales problématiques sont fortement diminuées ou absentes). La gravité du ou des comportements sexuels problématiques, tout comme le risque potentiel peuvent être fausement sous-estimés dans la perspective d'une plus grande autonomie ou inclusion sociale. L'EGCP-II-R (Sabourin et al., 2016) est surtout utile dans les premières étapes de l'analyse clinique pour faire ressortir l'ampleur des difficultés comportementales déjà observées par l'entourage immédiat. Il s'agit cependant d'un outil de dépistage de premier niveau qui ne permet pas de conclure à la présence d'un trouble sexuel. Il ne peut se substituer à une évaluation sexologique ou spécialisée du trouble sexuel.

Dans certains cas (pédophilie, agression sexuelle), il est également possible qu'une plainte à la police soit déposée pour amorcer un processus judiciaire. Lorsque c'est le cas, l'équipe doit accompagner la personne dans les démarches légales et tout au cours du processus judiciaire. La mise en place d'un cadre légal dissuasif et responsabilisant, compréhensif des particularités et des besoins de la personne, représente dans plusieurs cas un atout, voire un tremplin pour l'accès aux services professionnels d'évaluation et de traitement. Il permet également le déploiement de mesures plus serrées d'encadrement difficiles à actualiser sans l'aide du processus judiciaire.



ORIENTATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS PRÉCONISÉES

Contrairement aux trois catégories précédentes, l'intervention en matière de TGS se situe au-delà des interventions sexoéducatives, psychoéducatives et thérapeutiques de base. Le plan d'intervention comporte généralement tout un ensemble d'interventions biopsychosociales et thérapeutiques

spécialisées. Ces interventions exigent un continuum de services interdisciplinaires, incluant une prise en charge par une équipe spécialisée en TGC, ainsi qu'une concertation favorisant la cohérence de la part de tous les acteurs significatifs dans la vie de la personne. Il est important de demeurer conscient des effets paradoxaux du déploiement d'une telle structure de soutien et d'encadrement, la personne risque en effet d'y trouver une importante source d'attention négative et de multiples bénéfices secondaires sur le plan existentiel. La personne peut alors avoir la sensation de valorisation ou le sentiment d'exister et d'avoir enfin un certain contrôle sur sa vie à travers sa problématique et les multiples interventions. Il devient dès lors indispensable de procurer à la personne des sources d'attention positive pour éviter de renforcer les comportements gravement problématiques. Dans cette optique, encadrer et structurer signifie également être en mesure d'orienter la personne vers diverses expériences de vie qui lui permettront d'explorer ses champs d'intérêt, de reconnaître ses qualités, ses aptitudes et d'en favoriser la croissance et l'expression à travers des projets qui lui correspondent.

INTERVENTION SPÉCIFIQUES AUPRÈS DE LA PERSONNE PRÉSENTANT DES TGS

- ☑ Établir en fonction de l'estimation du risque produite par un professionnel qualifié et en collaboration avec la personne et son environnement, un plan de prévention de la récurrence et de gestion du risque (incluant l'évitement des situations à risque élevé, la réduction des facteurs de risque, l'optimisation des facteurs de protection et l'ajustement de l'encadrement). L'approche d'intervention *Old me – becoming new me model* (Lindsay, 2009) constitue un type d'intervention concret, efficace et motivant.
- ☑ Aider la personne à comprendre et à respecter ses conditions légales, s'il y a lieu, en développant un outil visuel adapté et simplifié tenant compte de son niveau de compréhension.
- ☑ Faire en sorte que la personne puisse bénéficier d'un suivi psychothérapeutique ou sexothérapeutique individualisé lorsque recommandé dans le cadre d'une évaluation spécialisée.
- ☑ Faire bénéficier la personne d'interventions psychoéducatives et sexuéducatives spécialisées et individualisées. Les méthodes, les programmes et les objectifs doivent être établis en fonction de l'analyse de sa problématique sexuelle, de son niveau de réceptivité et de sa capacité de mobilisation en regard de l'intervention.
- ☑ S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi psychiatrique et d'un traitement pharmacologique approprié, si nécessaire.
- ☑ Considérer l'ensemble des interventions éducatives et thérapeutiques dans une perspective à long terme et les faire évaluer périodiquement par l'entremise du soutien d'une équipe interdisciplinaire.
- ☑ Depuis les années 2000, le Good Lives Model (Yates, Prescott et Ward, 2010) ou modèle des vies saines (GLM), grandement inspiré de la psychologie positive, est présenté comme une approche complémentaire dans le traitement des agresseurs sexuels et de la gestion du risque de récurrence. Selon ce modèle, tous les comportements humains visent à combler un besoin de vie fondamentale et les agresseurs sexuels ne constituent pas une exception. Ces derniers utilisent toutefois des moyens inadéquats pour atteindre leurs buts. Le GLM est basé sur l'épanouissement personnel de la personne à travers la satisfaction des besoins fondamentaux, ainsi que sur les forces et les capacités de l'individu. L'objectif est d'outiller la personne en fonction de ses capacités internes et externes nécessaires à la satisfaction de ses besoins, et ce, d'une manière socialement acceptable et en accord avec ses aspirations profondes. L'estimation du risque et l'analyse des facteurs de protection doit inclure une étude approfondie des qualités, des forces, des aptitudes, des intérêts et des aspirations de la personne afin d'arrimer le plan de gestion de risque à son projet de vie comme principale source motivationnelle.

INTERVENTIONS ÉCOSYSTÉMIQUES OU ENVIRONNEMENTALES

- ☑ Établir rapidement une étroite collaboration avec les parents, les proches, les responsables de milieux de vie et les intervenants scolaires, socioprofessionnels et de loisirs afin de maximiser la cohérence, la continuité et la complémentarité de la mise en place et du maintien du plan de gestion de risque, de la prévention de la récurrence et du plan d'intervention individualisé.
- ☑ Offrir, au besoin, un suivi psychosocial aux parents et aux proches de la personne.
- ☑ Réaliser un exercice de sensibilisation pour les proches, les parents et les responsables de milieu de vie, afin de favoriser la reconnaissance des besoins affectifs et sexuels de la personne et de s'assurer de lui offrir des moments et des lieux sécuritaires et sans contraintes pour y répondre.
- ☑ Offrir un soutien sexologique et de la formation nécessaire à l'équipe clinique pour optimiser leur sentiment de confiance et de compétence professionnelle et s'assurer du bon déploiement des interventions recommandées.
- ☑ Offrir de la supervision régulière à l'équipe.
- ☑ S'assurer de l'implication des gestionnaires de services.



MESURES D'ENCADREMENT DE LA PERSONNE ET FACTEURS DE PROTECTION

- ☑ Les modalités d'encadrement de la personne et de protection de l'environnement sont plus nombreuses et plus intenses dans les situations de TGS que dans les autres catégories de problématiques sexuelles. Le plan de gestion du risque est établi en fonction d'une estimation réalisée par un professionnel qualifié s'appuyant sur l'utilisation d'outils actuariels et de jugement clinique structuré⁷. Le but est de prévoir la récurrence violente ou sexuelle et de statuer sur des facteurs individuels et environnementaux de risque et de protection. Les aménagements préventifs sont donc élaborés par un professionnel en collaboration avec l'équipe de réadaptation.
- ☑ L'encadrement recommandé doit empêcher ou réduire significativement de nouveaux passages à l'acte chez la personne. La personne ne doit pas se trouver en présence de la personne victime et ne doit pas être seule, sans supervision, en présence de personnes vulnérables susceptibles d'être de nouvelles victimes.
- ☑ Lorsque les comportements se sont produits à l'extérieur du milieu résidentiel ou envers des personnes mineures ou présentant une vulnérabilité importante, il est recommandé d'adopter une attitude de vigilance bienveillante, d'évaluer les types de pairages lors des activités et d'éviter tout contact avec les victimes potentielles.
- ☑ La supervision ou l'accompagnement doivent être mis en place à moyen ou long terme lors d'activités ou de déplacements. Il est possible d'ajuster, et même de minuter, les horaires de sorties et les déplacements.
- ☑ En cas de troubles pédophiles, il doit être interdit à la personne de fréquenter les endroits tels que les parcs, les piscines publiques, les terrains de jeux ou tout autre lieu à proximité d'écoles, de garderies, de centres commerciaux, etc. Dans certains cas, elle doit éviter les déplacements dans les transports en commun pendant les heures correspondant au début et à la fin des classes.
- ☑ Il est déterminant d'offrir à la personne des activités de jour valorisantes et positives afin d'éviter qu'elle ne se retrouve dans un mode de vie oisif et peu structuré. Il faut soutenir la personne et lui offrir des occasions de bâtir un réseau amical et social adéquat et sain. Le défi est de proposer à la personne une certaine autonomie même dans un cadre structuré et contraignant. Il faut éviter

⁷ Des informations sur l'estimation du risque sont disponibles dans le Chapitre 5 du présent guide.

que la personne ne se retrouve seule ou sans supervision en présence de personnes présentant des influences sociales ou sociosexuelles négatives.

- ☑ Il est nécessaire d'aider la personne à élargir ses champs d'intérêt et ainsi éviter les longues périodes de solitude ou d'inoccupation (ex. : éviter que la personne ne passe trop de temps seule dans sa chambre).
- ☑ Lorsqu'une personne manifeste des TGS à l'endroit d'animaux, il faut retirer les animaux de son entourage.
- ☑ Si une personne érotise et utilise des objets et des accessoires dangereux ou du matériel pornographique illégal pour ses activités sexuelles il faut lui retirer les objets ou le matériel à risque. Après avoir sécurisé l'environnement, il est alors recommandé de rencontrer l'équipe clinique afin d'évaluer la possibilité de lui rendre accessibles des objets sexuels de remplacement ou du matériel érotique sécuritaire. Il faut aussi lui apprendre à les utiliser adéquatement dans un endroit intime et approprié. Le professionnel qui procède à l'évaluation et à l'élaboration du plan de réadaptation et de traitement doit valider la démarche d'achat du matériel érotique. La justification de ces achats doit être inscrite au plan d'intervention sexologique et validée par l'équipe et les supérieurs.
- ☑ Si la personne a besoin d'un hébergement spécialisé à court, moyen ou long terme, il est essentiel de s'assurer d'un pairage sécuritaire. Si la situation est judiciairisée, il appartient la Cour de décider du type de milieu de vie requis.



QUI FAIT QUOI?

Concernant les TGS, les équipes interdisciplinaires composées d'intervenants et de professionnels sensibilisés et formés en matière de problématiques sexuelles et en TGC doivent travailler en étroite collaboration avec différents professionnels tels que sexologue clinicien, psychiatre, neuropsychologue, ergothérapeute, etc., selon les besoins. L'évaluation sexologique doit être réalisée par un sexologue qualifié dans l'évaluation du trouble sexuel, accrédité par l'Ordre professionnel des sexologues du Québec. Les résultats de l'évaluation sexologique doivent être présentés à l'équipe clinique et aux proches pour expliquer les thèmes plus délicats et vulgariser les aspects plus techniques, le sexologue positionne alors son rôle d'expert et les résultats attendus des interventions.

L'intervention psychothérapeutique ou sexothérapeutique individualisée peut être offerte par des sexologues ou autres professionnels détenteurs d'un permis de psychothérapie octroyé par l'Ordre des psychologues du Québec idéalement familier avec la clientèle DI-TSA.

Thèmes d'interventions thérapeutiques réservées aux détenteurs d'un permis de psychothérapie et présentant des compétences dans le traitement des troubles de la sexualité (Claveau et Boucher, 2012) :

- La compréhension de la démarche thérapeutique, consentement, confidentialité, reconnaissance, engagement et motivation;
- La reconnaissance et la compréhension de la problématique sexuelle : dévoilement et perception des passages à l'acte;
- L'inventaire des distorsions cognitives et des croyances en faveur des délits ou des troubles sexuels : restructuration cognitive et rééducation sexuelle;
- L'apprentissage de techniques d'autocontrôle : arrêt de la pensée, outils et moyens d'autocontrôle (prioritaire pour vivre dans la communauté où le potentiel de risque est plus élevé);
- Le travail sur les résistances au changement, les mécanismes de défense (négation, minimisation, blâme, déresponsabilisation);
- Les intérêts sexuels déviants ou les préoccupations sexuelles hors normes;
- Le travail sur l'excitation sexuelle appropriée et l'actualisation des besoins intimes et sexuels. Propositions de moyens alternatifs aux pratiques sexuelles inappropriées ou déviantes;
- Les compulsions, les dépendances ou les aversions sexuelles.

- La victimisation psychique, psychologique et sexuelle : évènements traumatiques et états de stress post-trauma;
- Les problèmes au niveau de l'orientation sexuelle (confusion, ambivalence, orientation sexuelle égodystonique);
- Les problèmes au niveau de l'identité sexuelle, de la genralité ou de la dysphorie de genre;
- Le travail thérapeutique de couple;
- Le plan de prévention de la récidence : identification des facteurs de risque et de protection individuels et environnementaux. Travail de collaboration avec l'équipe de réadaptation et les proches.
- Le soutien au niveau du maintien des acquis et le suivi post-traitement.

Interventions complémentaires à la démarche psychothérapeutique ou sexothérapeutique lorsque recommandées par le sexologue ou le professionnel qualifié et pouvant être réalisées par l'équipe d'intervenants de la personne (Claveau et Boucher, 2012) :

- Le développement de l'individualité et de la maturité psychoaffective (image de soi et identification psychoaffective aux personnes du même groupe d'âge).
- La reconnaissance, la gestion et l'expression adéquate du stress et de l'anxiété.
- La reconnaissance, la gestion et l'expression adéquate de la colère.
- L'entraînement aux habiletés sociosexuelles : intimité et vie privée, distance sociale et frontières personnelles, éducation concernant les relations amoureuses et sexuelles, habiletés relationnelles et de séduction, notions d'égalité, de consentement et de respect, normes sociosexuelles et lois en matière de sexualité et développement du jugement moral.
- Rencontre de sensibilisation auprès des policiers sociocommunautaires (effet dissuasif et responsabilisant, expérience éducative et renforcement des acquis du nouveau moi en devenir de la personne).

L'intervention de sensibilisation auprès des proches, ainsi que l'intervention sexoéducative adaptée auprès de la personne peut être réalisée par des éducateurs spécialisés ou des psychoéducateurs formés et supervisés en matière de problématiques sexuelles. Les interventions psychiatriques et pharmacologiques sont assumées par les professionnels des services spécialisés en santé mentale sensibilisés aux particularités des personnes présentant une DI ou un TSA.



DURÉE, INTENSITÉ ET SUIVI DE L'INTERVENTION

Les comportements sexuels problématiques relevant des TGS requièrent généralement des interventions beaucoup plus soutenues et exigeantes à moyen et long termes. Ces comportements graves nécessitent une prise en charge beaucoup plus intensive et plus exigeante en termes d'interventions individuelles, environnementales et de gestion de risque.

Les interventions individualisées devraient avoir lieu sur une base bihebdomadaire ou minimalement hebdomadaire, et ce, pendant une période pouvant varier de plusieurs mois à plusieurs années. Selon Lindsay (2009), la durée moyenne des interventions et des traitements varie entre deux et quatre ans avant que des résultats significatifs ne soient observés chez les personnes motivées et réceptives qui évoluent dans des environnements humains mobilisés et collaborants. Certains plans d'intervention, misant davantage sur des stratégies adaptatives et sur des aménagements préventifs externes que sur la réadaptation ou l'intervention directe auprès de la personne, doivent être maintenus à très long terme, voire à vie, dans de rares situations.

Deux à trois rencontres de concertation interdisciplinaire en présence des parents, des proches ou des responsables du milieu de vie doivent se tenir au cours de la première année suivant l'intervention initiale. Cela permet d'effectuer un bilan des interventions, de réajuster le plan d'intervention, les aménagements préventifs et d'évaluer l'intégration des connaissances et la généralisation des acquis chez la personne

concernée. Cela permet aussi de voir comment les proches et l'équipe composent avec la situation, puis de revoir les besoins en termes de soutien clinique et de supervision. En tenant compte des résultats observés, une certaine réduction de l'intensité de l'intervention auprès de la personne et de son environnement pourrait par la suite être envisagée. Il est aussi important d'évaluer à quel point les aménagements environnementaux recommandés pour favoriser une expression plus appropriée des besoins sexuels de la personne sont maintenus en place. De plus, il est essentiel de revoir le niveau de soutien que l'environnement requiert pour maintenir la cohérence et la continuité du plan d'intervention. Chaque situation, personne et milieu de vie est unique et seule une analyse évolutive détaillée peut aider à déterminer l'intensité, la durée ou le type de suivi de l'intervention.

Dans plusieurs cas de TGS, la personne sera judiciairisée, vivra un procès et assumera une sentence de prison ou d'hébergement spécialisé. Dans ces situations, la personne est alors prise en charge par le milieu d'hébergement et souvent, la mise en place des interventions éducatives et de réadaptation concernant la problématique ne sera possible que lors de sa sortie du milieu spécialisé. Le professionnel qualifié dans l'évaluation du TGS, pourra alors reprendre le processus d'évaluation et recommander les interventions possibles.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association.
- Claveau, Y. et Boucher, C. (2012). Les adolescents présentant une déficience intellectuelle. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques* (p. 403-408). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle: plan d'action*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Griffiths, D., Hingsburger, D., Hoath, J. et Ioannou, S. (2013). 'Counterfeit Deviance' Revisited. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 471-480.
- Hingsburger, D., Griffiths, D. et Quinsey, V. (1991). Detecting counterfeit deviance: Differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. *The Habilitative Mental Health Newsletter*, 10, 51-54.
- Institut national de santé publique du Québec (2018). Trousse média sur les agressions sexuelles en vertu du code criminel Canadien. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/loi/cadre-legal#tab1-1>
- Lindsay, W. R. (2009). *The treatment of sex offenders with developmental disabilities: a practice workbook*. Malden, MA : Wiley-Blackwell.
- Ministère de la justice du Canada (2016). Agression sexuelle et autres infractions d'ordre sexuel. Repéré à : http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr14_01/p10.html
- Sabourin, G., Sénécal, P. et Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R – Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur)*. Montréal, Canada : SOETGC | CIUSSS MCQ.
- SOETGC (2014). Plan d'action multimodal en troubles graves du comportement (PAMTGC). Montréal, Canada : FQCRDITED | SOETGC.
- Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal (2018). Définition d'une agression sexuelle. Repéré à : <http://agressionsexuellemontreal.gtvr.com/vous-avez-vecu-une-agression-sexuelle--/definition-d-une-agression-sexuelle>
- Yates, P. M., Prescott, D. et Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and self-regulation models to sex offender treatment*. Vermont: The Safer Society Press.

LECTURES SUGGÉRÉES

- Blasingame, G. D. (2011). *Introduction to autism spectrum disorders, sexual behaviors and therapeutic intervention*. Fitchburg, MA : NEARI Press.
- Blasingame, G. D., Boer, D. P., Guidry, L., Haaven, J. et Wilson, R. J. (2014). *Assessment, treatment, and supervision of individuals with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Beddows, N. et Brooks, R. (2016). Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder: what education is recommended and why: ASD: Inappropriate sexual behaviour. *Early Intervention in Psychiatry, 10*(4), 282-289.
- Couture, M. et Proulx, I. (2014). Le trouble hypersexuel. *Psychologie Québec, 31*(2), 44-46.
- Dassylva, B. (1999). Prise en charge des délinquants sexuels atteints de retard mental en clinique externe. *Forensic, Revue de psychiatrie et psychologie légales, 21*, 23-25.
- Griffiths, D. M. et Fedoroff, P. (2014). Persons with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. *Psychiatric Clinics of North America, 37*(2), 195-206.
- Hénault, I. (2006). Le syndrome d'Asperger et la sexualité. De la puberté à l'âge adulte. Montréal : Chenelière éducation.
- Hingsburger, D., Dalla Nora, M. et Tough, S. (2010). *The key: a community approach to assessment, treatment and support for people with intellectual disabilities who sexually offend*. Richmond Hill : Diverse City Press and Vita Community Services.
- Kafka, M. P. (2013). The developpement and Evolution of the criteria for a Newly Proposed Diagnosis for DSM-5 : Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity, 20*(1-2), 19-26.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder : a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 377-400.
- Lambrick, F. et Glaser, W. (2004). Sex offenders with an intellectual disability. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*(4) 381-392.
- Langevin, R. et Curnoe, S. (2002). Assessment and Treatment of Sex Offenders who have a Developmental Disability. Dans D. M. Griffiths, D. Richards, P. Fedoroff et S. L. Watson (dir.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability* (p. 387-416). Kingston, New-York : NADD Press.
- Tudiver, J., Broekstra, S., Josselyn, S., Barbaree, H. (2000). *Comment répondre aux besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Un guide*. Ottawa, Ontario : Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Wilson, R.J. et Burns, M. B. (2011). *Intellectual Disability and Problems in sexual Behavior. Assessment, Treatment, and Promotion of Healthy Sexuality*. Fitchburg, MA : NEARI Press

AUTRES SOURCES D'INFORMATION

<https://www.educaloi.qc.ca/capsules/lage-du-consentement-sexuel>

<http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/pratiques-sexuelles-deviantes-paraphilies-perversions.html>

CHAPITRE 3

ÉVALUATION DES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES EN DI-TSA ET ESTIMATION DU RISQUE



ÉVALUATION SEXOLOGIQUE

L'évaluation sexologique permet d'obtenir une compréhension détaillée du profil clinique et du fonctionnement psychosexuel de la personne. Elle permet aussi d'estimer le niveau de risque et de définir les diverses modalités d'interventions spécialisées et d'encadrement adapté. Dans des situations plus complexes, l'évaluation sexologique permet de faire la distinction entre une problématique sexuelle relevant du phénomène de déviance contrefaite, d'une paraphilie bénigne, d'un trouble paraphilique ou d'une autre forme de trouble grave de la sexualité. Cette démarche doit être réalisée en étroite collaboration avec une équipe spécialisée en TGC et doit s'arrimer avec les outils reconnus et utilisés au Québec auprès de cette clientèle (par exemple, les composantes essentielles identifiées dans le Guide de pratique en TGC (FQCRDITED, 2010). Avant d'amorcer le processus d'évaluation, il demeure essentiel de mettre en place des mesures préventives de protection permettant de sécuriser la personne et son environnement. **L'évaluation d'un trouble sexuel constitue un acte réservé qui doit être réalisé par un professionnel qualifié membre d'un Ordre professionnel (sexologue, psychologue, psychiatre) présentant une expertise dans le domaine des troubles paraphiliques ou auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel et ayant, si possible, une connaissance de la clientèle DI-TSA.** En ce qui concerne les professionnels de la sexologie, seuls les sexologues détenteurs d'une attestation d'évaluation du trouble sexuel octroyée par l'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ) sont autorisés à évaluer ces troubles sexuels, qu'ils soient graves ou bénins. Le professionnel mandaté pour réaliser les entrevues avec la personne ou ses proches doit utiliser des techniques adaptées tenant compte des diagnostics, du mode fonctionnel, du mode de communication de la personne ainsi que de son historique psychosexuel. Il n'existe jusqu'à maintenant aucune batterie de tests empiriquement validés permettant d'évaluer les personnes qui présentent une DI ou un TSA et qui sont aux prises avec des troubles sexuels ou qui ont commis des délits sexuels. Même si plusieurs orientations cliniques sont disponibles quant aux procédures d'évaluation adaptées, **le jugement clinique de l'évaluateur demeure le principal atout dans cette démarche interdisciplinaire et écosystémique.**

Le professionnel responsable de l'évaluation et ses collaborateurs de l'équipe clinique doivent jouer un rôle actif dans la cueillette d'informations auprès de multiples sources pour préciser les diagnostics connus et le ou les contextes entourant les comportements sexuels problématiques. Il est déterminant que l'équipe clinique fournisse à l'évaluateur spécialisé tous les diagnostics de la personne et toutes les informations provenant d'une collecte de données substantielles. Pour cette raison, il est important d'obtenir rapidement auprès de la personne ou de son représentant légal des autorisations de partage de l'information et de divulgation des renseignements confidentiels.

Pour soutenir la collecte de données, l'équipe peut, entre autres, utiliser des outils tels que *Demande relative à une problématique sexuelle* disponible à l'Annexe B. Le processus d'évaluation est effectué dans une perspective écosystémique et interdisciplinaire, il peut donc prendre plusieurs jours ou semaines. La collaboration des proches et du réseau de soutien est un atout essentiel à la réalisation d'une évaluation sexologique. Lorsque la personne est judiciairisée, l'évaluation doit s'effectuer en collaboration avec les partenaires du réseau de la justice.

OBJECTIFS DÉTAILLÉS DE L'ÉVALUATION SEXOLOGIQUE

- Dresser un portrait détaillé des faits et des observations concernant le ou les comportements sexuels qui posent problème.
- Dresser un portrait détaillé du développement psychosexuel de la personne : historique et vécu psychosexuel.
- Établir un portrait des connaissances, des croyances et des valeurs sociosexuelles de la personne et de son entourage.
- Établir le fonctionnement psychosexuel actuel de la personne en tenant compte de son environnement physique et humain.

- ☑ Présenter une compréhension détaillée du trouble sexuel, des hypothèses cliniques et des facteurs contributifs et précipitants en tenant compte de l'environnement physique et humain de la personne et de l'ensemble de ses autres diagnostics.
- ☑ Émettre un diagnostic différentiel ainsi que des observations sexologiques permettant de faire la distinction entre un trouble du comportement sexuel relevant du phénomène de déviance contrefaite, d'une paraphilie bénigne ou d'un trouble paraphilique plus grave ou offensif.
- ☑ Réaliser une estimation de risque en utilisant des outils actuariels standardisés et des outils de jugement clinique structuré propres au domaine de l'intervention auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel adaptés et nuancés pour les personnes présentant une DI ou un TSA. L'estimation du risque doit tenir compte d'un ensemble de facteurs de risque et de protection stables et dynamiques (individuels et environnementaux).
- ☑ Établir un plan de gestion du risque et d'encadrement et proposer des mesures de protection et des aménagements préventifs concrets et réalistes.
- ☑ Émettre, en référence aux meilleures pratiques dans le domaine, des recommandations d'interventions adaptées à la personne en réadaptation, en sexoéducation ou en sexothérapie. Ces recommandations doivent tenir compte de la réceptivité de la personne, de sa mobilisation et de ses capacités à généraliser ses connaissances.
- ☑ Émettre des recommandations spécifiques à l'intention du réseau de soutien de la personne pour la sensibilisation, l'accompagnement, la formation ou la supervision.
- ☑ Évaluer la nécessité de recourir à des expertises plus spécifiques (psychiatrie, neuropsychologie, médicale, ergothérapie, endocrinologie, etc.) afin d'obtenir une meilleure compréhension du trouble sexuel ou des enjeux concernant le risque individuel ou collectif. Dans tous les cas, pour offrir le soutien maximal à la personne présentant une DI ou un TSA et à son entourage, il s'avère incontournable de favoriser la concertation et la collaboration clinique.

ESTIMATION DU RISQUE ET ANALYSE DES FACTEURS DE PROTECTION

Le terme *risque* réfère à la « possibilité, probabilité d'un fait, d'un évènement considéré comme un mal ou un dommage » ; il est aussi décrit comme un « danger ou inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé » (Dictionnaire Larousse en ligne, 2018). Le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) définit le risque par « l'éventualité d'un évènement futur, incertain ou d'un terme indéterminé, ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage » ou encore comme un « danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité » (CNRTL, 2018).

Selon Lamoureux et McKibben (2002), il s'agit d'un péril dont les conditions d'actualisation ne sont pas parfaitement documentées et dont l'apparition est incertaine. Le risque est un concept multidimensionnel et son estimation doit tenir compte des éléments suivants : nature, fréquence, sévérité, imminence et probabilité. Il n'est jamais connu, mais estimé. Il est toujours lié à un contexte ou à des facteurs.

Selon Boucher et Sabourin (1995), la notion de dangerosité (potentiel de risque) est présentée comme :

1. La probabilité qu'il y ait des passages à l'acte (verbaux ou comportementaux) de nature agressive ou violente envers autrui ou produisant des impacts psychologiques, affectifs ou corporels nuisibles et dommageables pour autrui;
2. La probabilité qu'il y ait des passages à l'acte envers la personne elle-même produisant des impacts psychologiques, affectifs ou corporels nuisibles et dommageables sévères : automutilation, masturbations compulsives causant des blessures ou avec des objets dangereux;
3. La probabilité que la personne commette un acte criminel ou répréhensible devant la loi;

4. La probabilité d'apparition de psychopathologies plus sévères chez la personne, de la détérioration de sa condition psychoaffective, de la détérioration de son autonomie fonctionnelle et sociale ou de sa qualité de vie.

Puisque le risque ne peut jamais être prédit de manière exacte et précise et qu'aucune certitude n'est possible, on fait préférentiellement référence à l'expression *estimation* plutôt qu'à *évaluation* du risque. L'estimation du risque auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel constitue un exercice clinique complexe, même pour un clinicien formé à l'utilisation des outils actuariels standardisés et aux outils de jugement clinique structurés. Cet exercice se complexifie davantage lorsqu'il concerne les personnes présentant une DI ou un TSA puisque les outils adaptés à cette clientèle sont pratiquement inexistantes. Dans ces conditions, il faut tenir compte d'un ensemble de facteurs de risque biopsychosociaux spécifiques aux personnes présentant des troubles neurodéveloppementaux. L'estimation du risque impute une importante responsabilité au professionnel puisqu'il tente de définir avec le plus de précision possible le juste point d'équilibre entre des aménagements qui assurent la protection de la personne elle-même et des individus vulnérables ou à risque tout en respectant les droits et libertés de la personne qui se retrouve parfois au cœur d'un processus judiciaire. Lorsque le risque est estimé comme étant important ou élevé, les contraintes préventives établies par l'encadrement ont comme résultantes de réduire l'autonomie et la liberté de la personne. Toutefois, sans la présence de ces mêmes contraintes, l'éventualité d'une récidive ou l'aggravation de la situation aura comme effet de restreindre encore davantage sa liberté, son autonomie, son inclusion et sa participation sociale et citoyenne.

Dans un contexte non judiciairisé, où les services sont volontaires, il est recommandé de s'assurer de la collaboration et de la motivation de la personne, puis de déterminer des aménagements préventifs à mettre en place. Il est alors essentiel de s'appuyer sur une approche motivationnelle positive pour illustrer clairement à la personne les divers bénéfices associés au respect des mesures de protection et des aménagements préventifs. L'encadrement vise à offrir la protection nécessaire, en plus de miser sur la qualité de vie et sur la réalisation du projet de vie de la personne. Lorsqu'il y a judiciairisation, la personne concernée doit respecter les conditions préventives imposées par le cadre légal pendant une période déterminée. Ces exigences légales n'empêchent en rien le recours à une approche motivationnelle positive et responsabilisante.

La qualité de l'estimation du risque est majoritairement tributaire de la qualité et de la quantité d'informations disponibles lors de l'évaluation. Une bonne connaissance des caractéristiques et des spécificités des personnes présentant une DI ou un TSA ne peut qu'augmenter la valeur du jugement clinique de l'évaluateur. Tout comme pour l'évaluation du trouble sexuel, il est fortement recommandé que l'estimation du risque soit produite par un professionnel spécialiste du trouble sexuel. Ce dernier doit également être formé à l'utilisation des outils actuariels standardisés et de jugement clinique structuré en matière d'estimation de risque en délinquance sexuelle juvénile et adulte. De plus, il doit tenir compte dans son analyse des lignes directrices et des adaptations qui sont suggérées dans l'utilisation de ces outils auprès de la clientèle DI-TSA.

Des adaptations permettant d'effectuer l'estimation différentielle du risque de violence sexuelle auprès des adultes présentant des déficits cognitifs ou des particularités neurodéveloppementales ont été proposées pour le HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20) et le SVR-20 (Sexual Violence Risk-20) (Boer, Frise, Pappas, Morrissey et Lindsay, 2010). Cependant, les balises et règles standardisées qui permettent d'effectuer l'estimation différentielle du risque spécifiquement auprès des personnes présentant une DI ou un TSA n'ont pas encore été établies. Seul l'ARMIDILLO-S (*The Assessment of Risk and Manageability of Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend – Sexually*; Boer et al., 2013) a été spécifiquement conçu pour être utilisé auprès d'adultes présentant des limitations intellectuelles, avec ou sans troubles d'apprentissage, qui ont commis des délits sexuels ou qui ont démontré des comportements sexuels offensants.

L'estimation du risque doit tenir compte, en priorité, des facteurs de risque les plus critiques, des situations où le risque est le plus élevé et des stratégies d'évitement pour mettre en place une fiche de prévention active tenant compte des facteurs contributeurs et déclencheurs des comportements sexuels problématiques. En plus du risque de récidive, il est également important d'estimer le risque d'enracinement

et d'aggravation du trouble sexuel. Sauf dans des cas d'exception, la validité clinique d'une estimation du risque n'est pas définitive. En effet, même si l'estimation du risque s'appuie sur différentes variables stables, relevant de l'historique de la personne, elle repose également sur un ensemble de facteurs dynamiques individuels et environnementaux dont la mouvance est variable et parfois plus difficilement prédictible. L'estimation de risque et l'analyse des facteurs de protection doivent toujours faire parties des préoccupations cliniques des équipes concernées et doivent être revues en profondeur dans un délai ne dépassant pas cinq ans chez les adultes. Le délai de ré-estimation peut être plus court advenant une récurrence, des changements significatifs (positifs ou négatifs) sur le plan du fonctionnement de la personne ou de son écosystème. Le but est alors d'appuyer cliniquement soit le maintien, l'allègement ou l'alourdissement des mesures de protection et des aménagements préventifs. L'évolution et les changements rapides qui se produisent à l'adolescence sur le plan social, familial, sexuel, affectif, physique, hormonal et psychologique nécessitent qu'il y ait une nouvelle estimation de risque dans un délai qui ne devrait pas dépasser deux ans.

Lorsqu'il s'agit d'estimer le risque de récurrence chez des individus présentant une DI, il est suggéré d'évaluer différents aspects soit : la sévérité ou la gravité des comportements sexuels problématiques, la fréquence d'apparition, la persistance dans le temps et l'apparition récente (Mikkelsen et Stelk, 1999). Finalement, la réduction du risque et l'optimisation de la protection doivent s'appuyer tant sur les aménagements préventifs (facteurs internes et externes) que sur l'intervention directe auprès de la personne (réadaptation et traitement) dans un équilibre propre à chaque personne et en tenant compte du contexte.

Liste d'outils de jugement clinique structuré permettant l'estimation du risque pour les personnes adultes présentant une DI ou un TSA

- ARMIDILLO-S 2013 (The Assessment of Risk and Manageability of Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend – Sexually; Boer et al., 2013)
- Statique-99R (Phenix et al., 2017). Un outil actuariel à utiliser avec l'ARMIDILLO-S 2013.
- HCR-20 (Historical Clinical Risk Management). Adaptations proposées par Boer et al. (2010), dans l'ouvrage de référence Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: A Handbook.
- SVR-20 (Sexual Violence Risk). Adaptations proposées par Boer et al. (2010), dans l'ouvrage de référence Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: A Handbook.

Liste d'outils de jugement clinique structuré permettant l'estimation du risque utilisés pour les populations neurotypiques.

Adolescents

- ERASOR 2.0 (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism; Worling et Curwen, 2001).
- J-SOAP-II (Juvenile Sex Offender Assessment, Protocol-II; Prentky et Rightland, 2003).
- DASH-13 (Desistance for Adolescents who Sexually Harm; Worling, 2013). Outil concernant les facteurs de protection à utiliser en complémentarité avec le ERASOR 2.0 ou le J-SOAP-II.

Adultes

- HCR-20 (Historical Clinical Risk Management; Boer et al., 2010).
- SVR-20 (Sexual Violence Risk; Boer et al., 2010).
- START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability; Webster, Martin, Brink, Nicholls et Desmarais, 2009).
- VRAG (Violence Risk Appraisal Guide; Quinsey, Harris, Rice et Cormier, 2006).
- SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide; Quinsey et al. 2006).
- ROSAC (Risk of Sexual Abuse of Children; McGrath, Allin et Cumming, 2015)
- CPORT (Children Pornography Offender Risk Tool; Eke et Seto, 2016).
- SAPROF (Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk; de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, 2007). Outil concernant les facteurs de protection à utiliser en complémentarité avec le HCR-20.

RÉFÉRENCES

- Boer, D. P., Frize, M., Pappas, R., Morrissey, C. et Lindsay, W. R. (2010). Suggested adaptations to the HCR-20 for offenders with intellectual disabilities. Dans L. Craig, W. R. Lindsay et K. D. Browne (dir.), *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: A Handbook* (p. 177-192). Malden, MA : Wiley-Blackwell.
- Boer, D. P., Haaven, J. L., Lambrick, F., Lindsay, W. R., McVilly, K. R., Sakdalan, J. et Frize, M. (2013). ARMIDILO-S Manual. Repéré à : <http://www.armidilo.net/files/Web-Version-1-1-2013-Intro-Manual.pdf>
- Boucher, C., Sabourin, G. (1995). *Double diagnostic et problématiques sexuelles*. Atelier présenté au 2^e congrès de l'Association scientifique de la modification du comportement - Diagnostic, traitement et services ... des moyens pour relever le défi. Longueuil, Qc.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. et de Vries Robbé, M. (2007). Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk - (SAPROF). Repéré à : <https://www.cognitivecentre.com/assessment/structured-assessment-protective-factors-violence-risk-saprof-new-saprof-youth-version/>
- Eke, AW. et Seto, M.C. (2016). Scoring guide for the child pornography offender risk tool. Repéré à : http://www.internetbehavior.com/watsa2017/cport_guide_manual.pdf
- FQCRDITED. (2010). *Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC)* (FQCRDITED). Montréal, Canada.
- Lamoureux, B, Mckibben, A. (2002). *Évaluation et gestion du risque de passage à l'acte : indicateurs cliniques*. Communication présentée au colloque « Agresseurs sexuels : gestion, risque et travail des résistances ». Montréal, Qc : Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- McGrath, R. J., Allin, H. M. et Cumming, G. F. (2015). *Risk of Sexual Abuse of Children (ROSAC): Structured professional guidelines for assessing the risk a sexual abuser poses to a child and making contact decisions*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Mikkelsen, E. J. et Stelk, W. J. (1999). *Criminal offenders with mental retardation: risk assessment and the continuum of community-based treatment programs*. Kingston, N.Y.: NADD Press.
- Phenix, A., Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Helmus, M. Hanson, K. R. et Thornton, D. (2017). Statique-99R - Règles de cotation révisées - 2016. Repéré à : <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sttc-2016/sttc-2016-fr.pdf>
- Prentky, R. et Rightland, S. (2003). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II). Manual. Repéré à : <http://www.csom.org/pubs/jsoap.pdf>
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C.A. (2006). *Violent offenders: appraising and managing risk* (2nd ed). Washington D.C: American Psychological Association.
- Risque. (2018). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557?q=risque#68805>
- Risque. (2018). CNRTL. Repéré à : <http://www.cnrtl.fr/definition/risque>
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., et Desmarais, S. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1)*. Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.

Worling, J. R. (2013). DASH-13. Desistence for adolescents who sexually harm. Repéré à : <http://www.drjamesworling.com/dash-13.html>

Worling, J. R. et Curwen, T. (2001). The « ERASOR ». Estimate of risk of adolescent sexual offense recidivism. Version 2.0. Toronto, Canada: Thistletown Regional Centre.

LECTURES SUGGÉRÉES

Blasingame, G. D. (2011). *Introduction to autism spectrum disorders, sexual behaviors and therapeutic intervention*. Fitchburg, MA: NEARI Press.

Blasingame, G. D., Boer, D. P., Guidry, L., Haaven, J. et Wilson, R. J. (2014). *Assessment, treatment, and supervision of individuals with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.

Boer, D. P., Mcvilly, K.R. et Lambrick, F. (2007). Contextualizing risk in the assessment of intellectual disabled individuals. *Sexual Offender Treatment, 2*(2), 1-4.

Boer, D. P., Tough, S. et Haaven, J. (2004). Assessment of risk manageability of intellectual disabled sex offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*(4), 275-283.

Claveau, Y. et Boucher, C. (2012). Les adolescents présentant une déficience intellectuelle. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques* (p. 403-408). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Griffiths, D. M. et Fedoroff, P. (2014). Persons with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. *Psychiatric Clinics of North America, 37*(2), 195-206.

Hénault, I. (2006). Le syndrome d'Asperger et la sexualité. De la puberté à l'âge adulte. Montréal : Chenelière éducation.

Jones, E. et Chaplin, E. (2017). *A systematic review of the effectiveness of psychological approaches in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities*. Prépublication. doi: 10.1111/jar.12345

Lindsay, W. R. et Taylor, J. L. (2010). Assessing Recidivism Risk in Sex Offenders with Intellectual Disabilities. Dans L. Craig, W. R. Lindsay et K. D. Browne (dir.), *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: A Handbook* (p. 137-151). Malden, MA: Wiley-Blackwell.

Langevin, R. et Curnoe, S. (2002). Assessment and Treatment of Sex Offenders who have a Developmental Disability. Dans D. M. Griffiths, D. Richards, P. Fedoroff et S. L. Watson (dir.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability* (p. 387-416). Kingston, New-York: NADD Press.

Martinello, E. (2015). Reviewing risks factors of individuals with intellectual disabilities as perpetrators of sexually abusive behaviors. *Sexuality and Disability, 33*(2), 269-278.

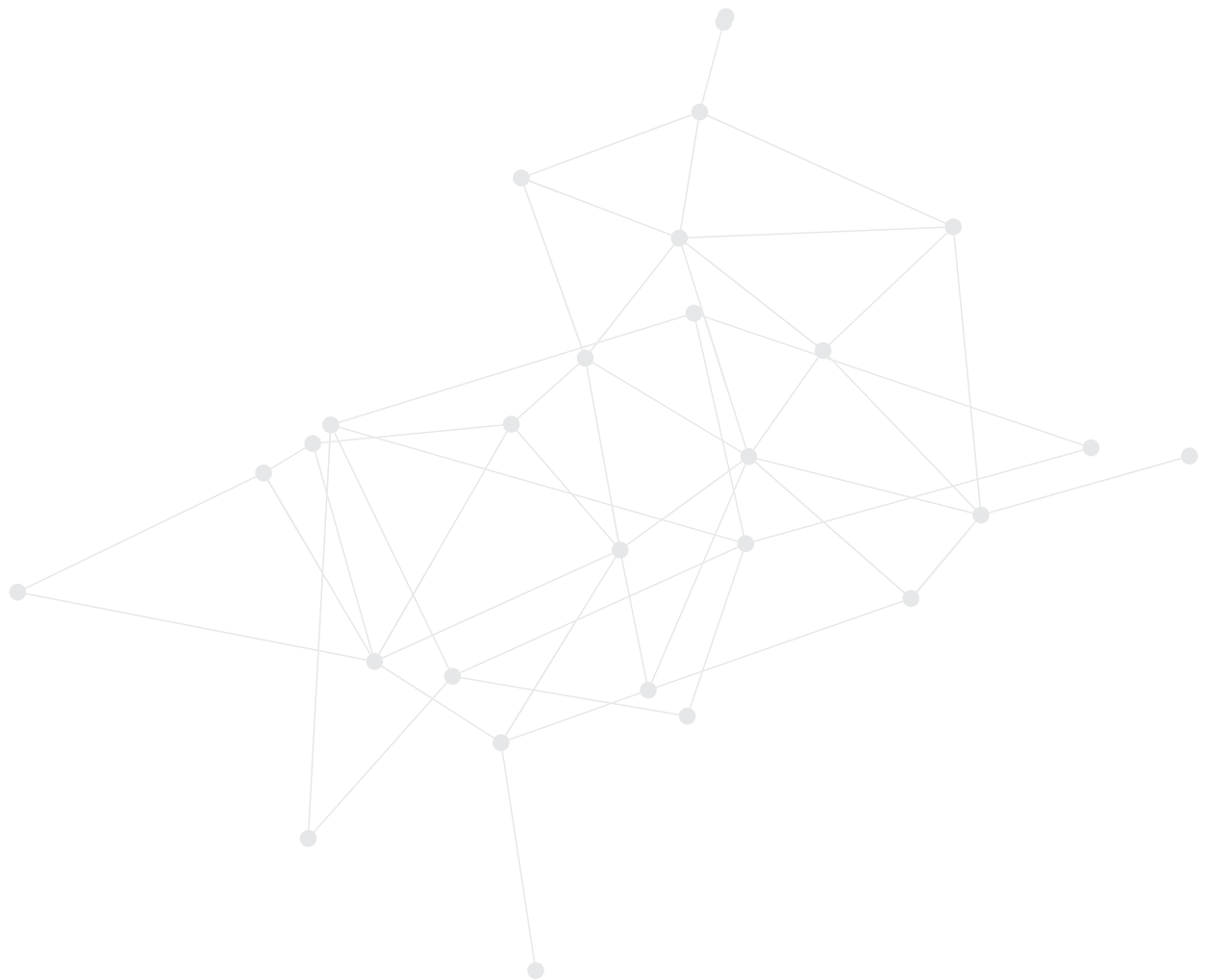
Rousseau, K. (2016). *Les instruments actuariels d'évaluation du risque de récidive : applicables aux auteurs d'infractions sexuelles ayant une déficience intellectuelle?* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.

Tudiver, J., Broekstra, S., Josselyn, S., Barbaree, H. (2000). *Comment répondre aux besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Un guide*. Ottawa, Ontario : Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Wilson, R.J. et Burns, M. B. (2011). *Intellectual Disability and Problems in sexual Behavior. Assesment, Treatment, and Promotion of Healthy Sexuality*. Fitchburg, MA: NEARI Press.

CHAPITRE 4

AUTRES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AFIN DE FAVORISER L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION CLINIQUE



COLLABORATION ET MOBILISATION DE LA PERSONNE

La collaboration est **optimale et facilitante** lorsque la personne réagit positivement au recadrage comportemental, qu'elle collabore aux interventions éducatives et qu'elle ne présente pas de résistance au changement.

La collaboration est décrite comme **modérée** lorsque la personne réagit négativement à l'arrêt d'agir, qu'elle accepte plus difficilement les interventions éducatives et qu'elle a des résistances mineures aux changements. Le degré modéré de collaboration résulte parfois de la non-compréhension par la personne des conséquences associées à son comportement ou aux bienfaits de l'intervention. Avec du temps, de la répétition, des explications et des modèles adéquats, le niveau de collaboration peut s'améliorer assez rapidement. La qualité de l'alliance de travail dans l'accompagnement, tout comme la mobilisation des forces et des intérêts de la personne, sont des éléments essentiels pour obtenir des résultats optimaux. L'encadrement de la personne doit être très structuré et l'ensemble des partenaires interdisciplinaires doit faire preuve d'une grande cohérence et de complémentarité.

Il arrive qu'une personne puisse présenter des résistances importantes, s'opposer ou réagir très négativement au plan d'intervention et à l'encadrement ou qu'elle refuse de recevoir de l'aide. Dans certains cas, elle peut se désorganiser et adopter des comportements agressifs (menaces verbales, automutilation, comportements violents envers autrui, etc.). Ce **faible** degré de collaboration peut être causé par des mécanismes de défense tels que la négation et la projection du blâme, ou résulter du fait que la personne est davantage concernée par ses propres pertes de privilèges. Comme les résistances au changement sont très enracinées, des interventions soutenues à long terme seront nécessaires pour augmenter le niveau de collaboration. Dans de telles situations, si la personne ne reconnaît pas qu'elle présente des difficultés, la mise en place de mesures spéciales peut alors être nécessaire (ex. : aménagements préventifs, interventions de sensibilisation policière ou consultation en psychiatrie).

COLLABORATION DE L'ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT

La collaboration est **optimale et facilitante** lorsque l'environnement immédiat (parents, intervenants, responsables de ressources d'hébergement, etc.) reconnaît et accepte la présence des besoins affectifs et sexuels de la personne dans la mesure où ils s'actualisent de façon saine, respectueuse et égalitaire. La famille ou les proches démontrent de l'intérêt à collaborer à l'épanouissement de la personne dans cette sphère de sa vie. Ils n'accrochent pas d'étiquette à la personne et adoptent une approche d'intervention positive et responsable. Ils acceptent de collaborer à la mise en place des interventions éducatives proposées. Ils sont en mesure de reconnaître leurs limites et de demander du soutien et de la supervision au besoin.

La collaboration est considérée comme **modérée ou faible** lorsque l'environnement immédiat ne reconnaît pas la présence d'une vie affective, amoureuse et sexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Dans ce cas, la famille ou les proches sont en désaccord avec l'actualisation de ces besoins chez la personne puisque cela va à l'encontre de leurs valeurs personnelles et morales. Ils ne reconnaissent pas les bienfaits de l'intervention éducative concertée et ne démontrent ni intérêt ni ouverture à développer les attitudes nécessaires à une meilleure collaboration. Dans de telles situations, il sera nécessaire pour les intervenants et les professionnels de faire un travail de sensibilisation plus intensif en utilisant l'écoute et l'accompagnement et en usant de patience. Le sexologue peut aussi être mis à contribution directement pour réaliser ce travail de sensibilisation.

Il arrive que des résistances importantes existent dans l'environnement immédiat de la personne. Lorsque c'est le cas, la famille ou les proches présentent des résistances majeures au regard des difficultés de la personne et de ses besoins sexuels et s'opposent à toute forme de collaboration. Des attitudes répressives et culpabilisantes sont parfois présentes. Lorsque la collaboration est absente, en dépit de toutes les stratégies mises en place, une transition résidentielle doit alors être envisagée.

TRANSFERT DES INFORMATIONS CONCERNANT LA PROBLÉMATIQUE SEXUELLE

L'absence de transmission des informations spécifiques à la problématique sexuelle, souvent causée par les changements d'intervenants ou d'équipe, est un des facteurs contribuant à l'échec des interventions cliniques. Lors d'un transfert de dossier, l'intervenant de référence doit prendre le temps bien connaître le dossier de la personne. Afin de pouvoir s'appropriier le plan d'intervention et d'encadrement, le nouvel intervenant doit être sensibilisé à la problématique sexuelle par les intervenants et les professionnels déjà impliqués. Les équipes doivent s'assurer de la continuité et de la cohérence des interventions en établissant un plan de transition (Longtin, Gagné, Soulières et Lapointe, 2017).

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE ADÉQUAT

Tout traitement pharmacologique visant à réduire les pulsions sexuelles doit être accompagné d'un plan d'intervention éducatif ou thérapeutique spécifique aux besoins de la personne. Les effets de la médication sont variables d'un individu à l'autre et différent en fonction du type de médication et du dosage. Certains médicaments engendrent des effets secondaires qui peuvent causer des perturbations à différentes étapes de la réponse sexuelle : troubles érectiles, perte de sensibilité, troubles de l'éjaculation, etc. Il demeure essentiel de bien s'informer des effets secondaires possibles afin d'effectuer des observations justes et appropriées et de travailler en étroite collaboration avec le médecin pour discuter des ajustements médicamenteux nécessaires au besoin.

La réduction de l'intérêt sexuel ou les perturbations de la réponse sexuelle peuvent entraîner de l'anxiété ou de la frustration chez la personne, ce qui pourrait engendrer d'autres comportements problématiques, sexuels ou autres. La castration chimique, qui contribue à réduire le désir et l'intérêt sexuels, ne modifie cependant pas les intérêts sexuels déviants d'une personne. L'utilisation de la médication pour obtenir une castration chimique doit donc être une solution à court ou moyen terme, puisqu'à long terme, les effets secondaires peuvent être importants et dommageables pour l'organisme.

SENSIBILISATION ET COLLABORATION AVEC LES POLICIERS

Dans certain cas, il peut être très avantageux de réaliser, en s'assurant d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal, un travail de sensibilisation en collaboration avec les policiers sociocommunitaires. Lorsque nécessaire, l'intervention des policiers doit être planifiée avec l'équipe d'intervention afin que les attentes et les enjeux soient bien compris par tous. Dans ce cas, l'objectif principal de l'intervention consiste à développer ou à consolider les acquis de la personne au niveau des normes sociosexuelles et à développer ses connaissances concernant les lois en matière de sexualité. Il est nécessaire que la personne soit accompagnée d'un intervenant lors de cette rencontre. L'intervention policière peut s'effectuer dans le cadre d'une visite au poste de police du quartier, en milieu scolaire, en milieu communautaire ou même en milieu résidentiel. Même si elle inclut un aspect dissuasif, cette intervention ne doit pas être utilisée dans chaque situation, elle correspond surtout à un processus de responsabilisation de la personne et mise sur une expérience éducative concrète.

JUDICIARISATION

Il est important que les personnes présentant une DI ou un TSA ayant commis des infractions à caractère sexuel qui sont jugées aptes à comparaître, puissent vivre des conséquences légales adaptées à leur réalité et à leurs capacités. L'équipe d'intervenants et les proches de la personne ont la responsabilité de s'assurer

que les démarches policières et judiciaires sont équitables et respectueuses. Une étroite collaboration doit alors s'établir entre le milieu de la réadaptation et le réseau de la justice pour offrir à la personne les services auxquels elle a le droit.

Comme les services de réadaptation sont offerts sur une base volontaire, la personne présentant une DI ou un TSA est en droit de les refuser à moins qu'ils fassent l'objet d'une ordonnance légale. Si le risque de récidive est estimé trop élevé, la personne doit être orientée vers des services spécialisés préconisés par la cour ou par des professionnels qualifiés. Dans la mesure où la personne reçoit des services de réadaptation dans le cadre d'une incarcération, il est recommandé que le milieu de la réadaptation collabore et soutienne le milieu carcéral. Le fait d'avoir une sentence et de vivre une période d'incarcération représente une expérience punitive et dissuasive qui ne résout pas les problématiques sexuelles paraphiliques ou délictuelles. Dans bien des cas, l'incarcération contribue à vulnérabiliser davantage la personne ou à aggraver la problématique sexuelle déjà existante. Lors de son retour en communauté, la personne devrait bénéficier d'un soutien adapté et d'un plan d'intervention éducatif et thérapeutique balisé par le milieu de la réadaptation.

RÉFÉRENCES

Longtin, V., Gagné, M., Soulières A et Lapointe, A. (2017). Plan de transition en troubles graves du comportement (3ème éd.). Montréal, Canada : SOETGC|CIUSSS MCQ.

CONCLUSION



L'intervention sexoéducative auprès de la personne et de son environnement représente la meilleure stratégie permettant à la fois de prévenir l'apparition de problématiques sexuelles et de réduire la vulnérabilité psychosexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA. L'accès à des programmes adaptés d'éducation sexuelle ainsi que le développement de moyens de sensibilisation des proches demeurent des facteurs-clés.

Pour prévenir et pour traiter adéquatement les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA, il est également indispensable que leurs besoins sexuels soient reconnus comme étant légitimes lorsqu'ils s'expriment de manière saine, positive, respectueuse et égalitaire. Pour soutenir la reconnaissance de ces besoins, il est essentiel que chaque individu puisse vivre dans un milieu de vie où sa sexualité peut s'exprimer de manière responsable et en toute sécurité. L'impossibilité pour une personne de vivre sa sexualité dans un environnement bienveillant et sécuritaire peut mener à des conduites sexuelles dans des lieux ou des contextes inappropriés, ce qui contribue souvent à vulnérabiliser, à stigmatiser ou à marginaliser la personne.

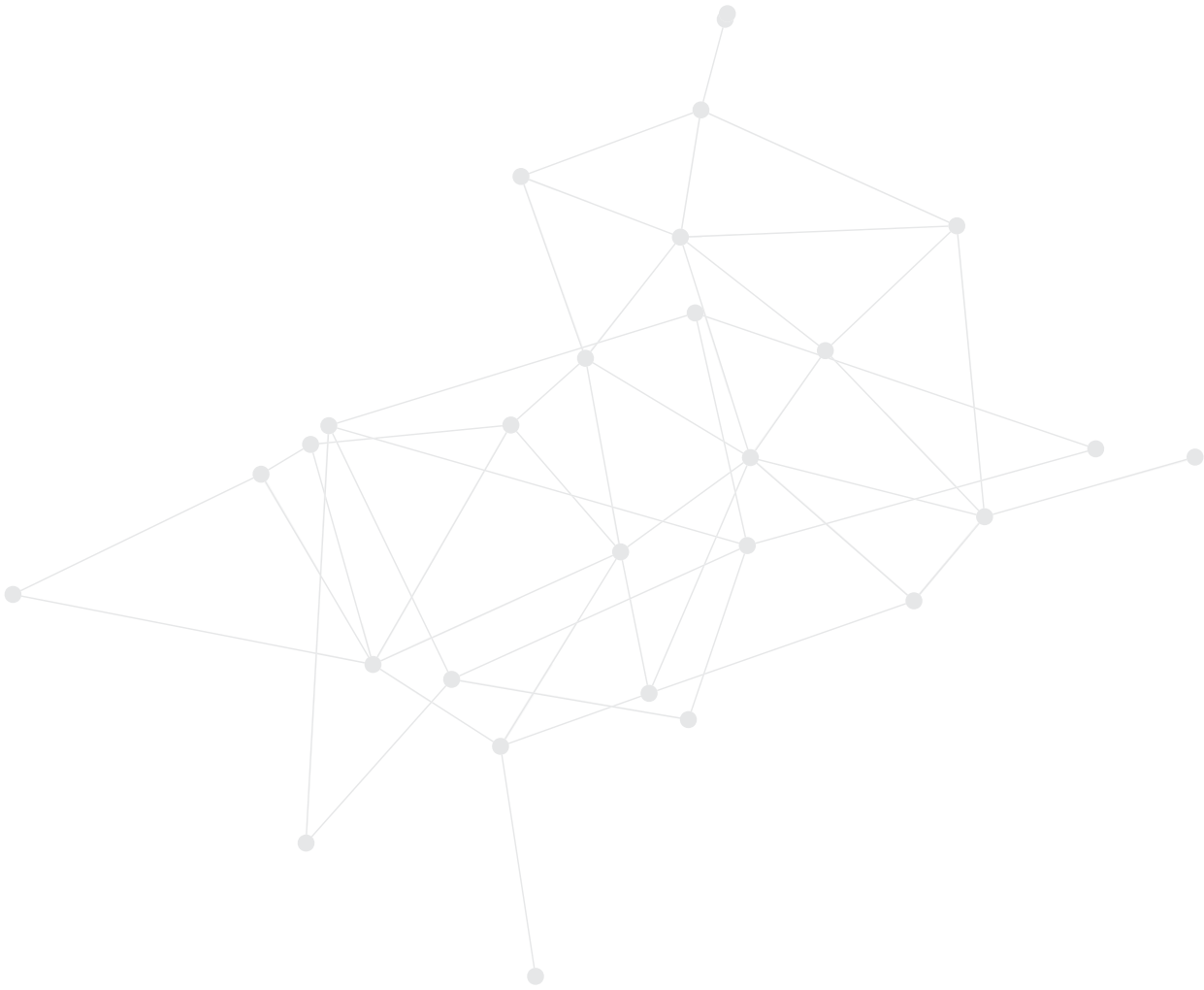
Les problématiques sexuelles, lorsqu'elles relèvent de situations complexes, exigent une évaluation spécialisée réalisée par des professionnels qualifiés en troubles sexuels. Dans ces cas, réaliser une analyse clinique approfondie permet de déterminer si les comportements sexuels problématiques sont associés au phénomène de déviance contrefaite qui est assez fréquent chez les personnes présentant une DI ou un TSA ou s'ils sont plutôt attribuables à un TGS. L'analyse permet aussi d'élaborer des aménagements préventifs et d'offrir des pistes d'interventions spécialisées et adaptées aux caractéristiques spécifiques de la personne et à son contexte de vie. Toutefois, il est important de demeurer conscient qu'une prise en charge intensive et soutenue de la personne ayant une problématique sexuelle peut représenter une source majeure d'attention négative pour cette même personne qui a souvent vécu du rejet, de l'abandon et de l'exclusion. Il devient dès lors indispensable de lui procurer des sources positives d'attention et de reconnaissance afin d'éviter de renforcer une problématique sexuelle à travers laquelle la personne à l'impression d'exister, d'être importante et d'être entourée de manière bienveillante. Dans cette optique, l'encadrement et la structure signifient non seulement de minimiser le risque de récurrence et d'optimiser les facteurs de protection, mais également d'être en mesure d'orienter la personne vers des activités valorisantes qui lui permettront d'explorer ses champs d'intérêt, de reconnaître ses qualités, ses aptitudes et ses forces à travers des objectifs contributifs à son projet de vie.

Pour ce faire, toute forme d'intervention concernant les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA nécessite une prise en charge par une équipe clinique dans une perspective interdisciplinaire ainsi qu'une grande concertation entre tous les acteurs significatifs dans la vie de la personne. La collaboration, l'attitude positive et la mobilisation de l'environnement (parents, proches et responsables de milieux de vie) sont particulièrement essentielles pour assurer la cohérence, la constance et la réussite des interventions. Le développement et l'implantation de cadres de références en matière de vie intime, affective, amoureuse et sexuelle dans les CISSS et les CIUSSS, l'embauche de sexologues et la mise en place de la supervision clinique spécialisée sur les problématiques sexuelles constituent également des atouts essentiels.

À l'ère des réseaux sociaux, et compte tenu de l'accessibilité déconcertante à tous types de contenus pornographiques sur Internet, il sera aussi déterminant de développer davantage d'outils préventifs et éducatifs adaptés aux personnes présentant une DI ou un TSA. Il sera également important de porter une attention spécifique aux problématiques sexuelles vécues par les enfants présentant une DI ou un TSA, mais également à celles vécues par les personnes de tous âges présentant une déficience physique, et ce, en développant des cadres de référence et des guides d'orientations cliniques permettant de répondre adéquatement à leurs besoins et à ceux de leurs proches.

De plus, considérant le rythme effréné et l'importante charge de travail des équipes cliniques, l'intervention auprès de personnes présentant des TGS constitue un défi professionnel et personnel important. Dans ces circonstances, il serait humainement et financièrement efficace que les établissements puissent prendre les moyens nécessaires et mettre en place les services visant la prévention de l'épuisement professionnel, de la traumatisation secondaire et de l'usure de compassion.

ANNEXES





ANNEXE A : CONSIGNES DE BASE POUR TOUTES FORMES D'INTERVENTION

Consignes de base pour toutes formes d'intervention

- Toute forme d'intervention qui concerne l'intimité et la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA, avec ou sans problématique sexuelle, exige un *savoir-être* exemplaire et un grand respect des personnes et de leur intimité. Les éléments suivants représentent des consignes de base de la mise en place des interventions.
- Adopter une approche d'intervention positive, constructive et responsabilisante. Éviter toute attitude infantilisante, répressive, contrôlante, culpabilisante ou punitive.
- Intervenir en individuel dans un endroit neutre (bureau ou salle de travail) à un moment où la personne est réceptive et disposée. Ne jamais intervenir dans la chambre à coucher de la personne ou dans une pièce commune de son milieu de vie en présence de tierces personnes ou de pairs.
- Reconnaître la normalité et la légitimité des besoins intimes, amoureux et sexuels chez la personne et accepter l'expression saine, adéquate, respectueuse et égalitaire de ces mêmes besoins.
- Faire une distinction entre l'individu et sa problématique. Éviter de lui accoler toute forme d'étiquette.
- Opter pour la neutralité affective lors des recadrages et des interventions afin d'éviter de renforcer ou d'accorder trop d'attention aux attitudes inadéquates ou aux comportements inappropriés ou problématiques. Faire preuve de compréhension et éviter la réactivité.
- Miser sur la constance et éviter de multiplier les changements d'intervenants. Éviter d'être trop nombreux à intervenir au plan de la sexualité ou de la problématique sexuelle de la personne par respect et afin d'éviter des propos ou messages contradictoires. Cibler plutôt un ou deux intervenants stratégiques pour intervenir. Clarifier, puis organiser stratégiquement la complémentarité des rôles au sein de l'équipe.
- Utiliser des moyens éducatifs adaptés, clairs, simples et toujours appuyés par du matériel visuel (scénarios sociaux et sociosexuels, séquences visuelles, pictogrammes) pour aider à la personne à mieux conceptualiser, comprendre et généraliser les connaissances. Faire en sorte que les outils et les moyens se retrouvent dans les différents environnements (milieu de vie, milieu familial, milieu scolaire, milieu socioprofessionnel, transport adapté ou scolaire, etc.).
- Utiliser une approche motivationnelle positive en développant les outils et moyens visuels avec la personne plutôt que *pour* la personne pour favoriser une meilleure appropriation du matériel, plus d'autodétermination et un sentiment de fierté.
- Favoriser des techniques d'apprentissage interactionnelles (jeux de rôles, mises en situation et intervention éducationnelle ludique), tout en préservant la rigueur clinique.
- Utiliser les forces, les capacités et les intérêts de la personne pour augmenter sa motivation et sa collaboration (écriture, dessin, musique).
- Répéter régulièrement les interventions et s'assurer que les connaissances sont bien intégrées.
- Effectuer du renforcement vicariant en soulignant positivement les attitudes et les comportements appropriés chez les pairs. Le **renforcement vicariant** intervient lorsqu'une personne anticipe une récompense après un comportement pour lequel une autre personne a été récompensée. Cet apprentissage s'élabore en trois temps : tout d'abord, le sujet observe le comportement d'autrui, ensuite il prend connaissance des conséquences engendrées par ce comportement et, enfin, il agit en espérant une récompense comparable à celle observée chez autrui. Par exemple, une personne observe un pair être félicité pour avoir fourni très rapidement la bonne réponse à une question. Il s'efforcera de répondre rapidement à la question suivante dans l'espoir d'être récompensé.
- Fixer des objectifs réalistes à court et à moyen termes et renforcer positivement leur atteinte.
- Éviter ou minimiser les gains et bénéfices secondaires aux comportements problématiques et gérer les réactions de l'environnement (proches, pairs et intervenants) afin d'éviter qu'ils soient renforcés.

A decorative graphic in the top-left corner consisting of a light gray grid, a solid orange circle, and several overlapping light gray curved lines.

**ANNEXE B : DEMANDE RELATIVE
À UNE PROBLÉMATIQUE SEXUELLE,
JOINTE AU FORMULAIRE DE
DEMANDE DE SERVICES-CONSEILS
DU SQETGC**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICES-CONSEILS POUR DEMANDE RELATIVE À UNE PROBLÉMATIQUE SEXUELLE

SECTION A : BRÈVE DESCRIPTION DE LA DEMANDE

1. Une description synthèse des caractéristiques de la personne et de son niveau de fonctionnement incluant :

- Sexe, âge, profil cognitif et profil diagnostique complet
- Milieu de vie et occupations

2. Une description synthèse de la problématique sexuelle :

- Le type de comportements sexuels problématiques (les manifestations concrètes et factuelles de la problématique);
- Le moment de leur apparition et la durée;
- Le contexte d'apparition et la fréquence;
- La présence de personnes victimes : nombre, âge, lien, profil;
- Victimisation sexuelle;
- Judiciarisation ou plainte;
- La présence de d'autres TC ou TGC.

3. Les éléments liés à la gravité et au risque :

- Les risques ou les enjeux pour la personne;
- Les risques ou les enjeux pour les pairs, proches, parents;
- Les risques ou les enjeux pour la communauté;
- La compromission de l'intégration et la participation sociale.

4. L'AIMM/PAMTGC ont-ils été amorcés ou complétés?

5. Les interventions réalisées et les mesures préventives mises en place jusqu'à maintenant :

6. Les résultats obtenus :

7. Les préoccupations, attentes et besoins de l'équipe :

Signature, titre professionnel : _____

Date : _____



**ANNEXE C : AIDE À LA
RÉFLEXION SUR LA PERTINENCE
D'UNE RÉFÉRENCE EN SEXOLOGIE
CLINIQUE EN DI-TSA**



Aide à la réflexion sur la pertinence d'une référence en sexologie clinique en DI-TSA

Ce que l'outil permet de faire :

- ✓ Guide le professionnel dans son jugement clinique avant de faire une référence en sexologie clinique.
- ✓ Bonifie le processus clinique en suggérant des pistes de réflexion et des orientations cliniques.
- ✓ Identifie les Indicateurs gravement problématiques en lien avec une problématique sexuelle, c'est-à-dire les indicateurs pouvant nécessiter une référence en sexologie clinique.
- ✓ Identifie les Indicateurs de complexité en lien avec une problématique sexuelle, c'est-à-dire les indicateurs qui complexifient la situation sans nécessiter automatiquement une référence en sexologie clinique.
- ✓ Met en évidence le besoin de recourir à un sexologue clinicien si plusieurs indicateurs sont présents.

Ce que l'outil ne permet pas de faire :

- ✗ Diagnostiquer ou estimer le risque. L'évaluation d'un trouble sexuel constitue un acte réservé et doit être réalisé par un(e) professionnel(le) qualifié(e) (sexologue clinicien, psychiatre, psychologue, criminologue). L'usage de cet outil à cet effet est donc **à proscrire**.

Recommandations d'utilisation :

- ⊗ Devrait être complétée par des professionnels ayant reçu une formation en trouble grave de la sexualité (TGS) et qui reçoivent un soutien d'un sexologue clinicien lors de rencontres interdisciplinaires
- ⊗ Devrait s'inscrire à l'intérieur d'un processus clinique rigoureux.

Consigne d'interprétation :

- 🔍 Plus il y a d'indicateurs présents, plus la situation est complexe et requiert une évaluation rigoureuse. Le poids clinique de chacun des indicateurs présents ainsi que leurs interactions doivent être considérés. Lorsque les indicateurs gravement problématiques ou les indicateurs de complexité sont « potentiellement présents », il est nécessaire de demeurer vigilant et de documenter les comportements problématiques.

Aide à la réflexion sur la pertinence d'une référence en sexologie clinique en DI-TSA



Consignes d'utilisation :

Indiquez pour chacun des énoncés si l'indicateur est présent ou partiellement présent.



Présent : Des indicateurs clairs, des observations factuelles ou des informations fiables et validées témoignent de la présence irréfutable de ces éléments.



Potentiellement présent : Certains indicateurs, observations ou informations portent à croire que ces éléments pourraient être présents, mais ils ne sont validés par des observations.

Indicateurs gravement problématiques

Indices ou préoccupations concernant de possibles problématiques psychosexuelles graves :	Présent	Potentiellement présent
La personne force ou tente de forcer quelqu'un à avoir des contacts sexuels, par exemple : baisers, caresses, masturbation, pénétration (agression sexuelle) en ayant recours à des menaces, à de la contrainte ou à de la manipulation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne adulte présente des intérêts sexuels ou émet un comportement impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou un adolescent de moins de 16 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne adolescente présente des intérêts sexuels ou émet un comportement impliquant une activité sexuelle avec un enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne insiste, fait des demandes persistantes ou harcèle verbalement quelqu'un dans le but d'avoir des activités sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne observe quelqu'un à son insu (nu, se dévêtant ou ayant une activité sexuelle) entraînant une excitation sexuelle évidente au-delà de la curiosité sexuelle ou des activités masturbatoires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne exhibe ses organes génitaux ou se masturbe devant public de manière volontaire et planifiée, dans le but de provoquer (surprendre ou choquer la personne) et d'obtenir de l'excitation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se frotte sur une personne non consentante de manière volontaire, planifiée et répétitive entraînant une excitation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne impose à une autre personne une souffrance physique ou psychologique afin d'obtenir une excitation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne est humiliée, battue, attachée ou vit tout autre acte causant de la souffrance, ce qui entraîne une excitation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se masturbe compulsivement (blessures, lésions) et est envahie par la sexualité. Elle n'est plus en mesure de participer à ses activités régulières ou quotidiennes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se stimule sexuellement de manière très inappropriée (excessive, blessante ou avec des objets dangereux), compromettant son intégrité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne consomme de manière importante et persistante du matériel pornographique juvénile, infantile, illégal, et ce, malgré la connaissance des lois et des normes en matière de sexualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne émet des comportements sexuels à l'endroit d'un animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Aide à la réflexion sur la pertinence d'une référence en sexologie clinique en DI-TSA

Indicateurs gravement problématiques


Problématiques n'étant pas considérées comme des troubles graves ou offensants de la sexualité, mais pouvant nécessiter une référence en sexologie clinique :	Présent	Potentiellement présent
La personne présente un mal-être marqué et accompagné d'une détresse psychologique et comportementale significative, en lien avec son orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne présente un mal-être marqué et accompagné d'une détresse psychologique et comportementale significative, en lien avec son identité sexuelle ou souhaite changer de sexe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se travestit, compromettant son intégration sociale et entraînant des conduites vulnérabilisantes ou problématiques (offensives et illégales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne utilise des objets ou a un intérêt hautement spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps entraînant une excitation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne prend des initiatives sociosexuelles qui la placent à haut risque d'être victime d'abus ou agressée sexuellement (exploitation sexuelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne fait ou tente de faire des attouchements à caractère sexuel (toucher aux seins, aux fesses ou aux parties génitales) non consentis à des adultes de son entourage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se masturbe ou tente de se masturber en présence d'adultes de son entourage ou d'inconnus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbation du développement ou du fonctionnement psychosexuel de la personne, à la suite d'une agression sexuelle subie ou à la suite d'une autre forme d'événement. Celle-ci présente une vulnérabilité ou une détresse psychologique ou physique (choc post-traumatique).	<input type="checkbox"/>	
Intervention à mettre en place sortant des aménagements ou orientations cliniques généralement appuyés par l'organisation dans son cadre de référence en matière de santé sexuelle (ex. : réflexion sur les méthodes alternatives de satisfaction sexuelle).	<input type="checkbox"/>	
Aggravation ou maintien de la situation malgré la mise en place d'interventions adaptées.	<input type="checkbox"/>	

Aide à la réflexion sur la pertinence d'une référence en sexologie clinique en DI-TSA



Indicateurs de complexité en lien avec la sexualité

Problématiques n'étant pas considérées comme des troubles graves ou offensants de la sexualité, mais pouvant nécessiter une référence en sexologie clinique :	Présent	Potentiellement présent
Récidive, réapparition des conduites sexuelles problématiques ou vulnérabilisantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque imminent de passage à l'acte (risque pour la personne, les pairs, les proches, les parents ou la communauté). Aspect de préméditation, recherche active d'accès à des victimes potentielles ou à des personnes plus vulnérables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation de la fréquence ou de l'intensité des préoccupations sexuelles et des comportements sexuels problématiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de rupture du fonctionnement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compromission au niveau de l'intégration sociale (ex : hébergement, scolaire, travail).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résistance individuelle de la personne (fermeture, refus de collaborer, manque de motivation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comorbidité avec d'autres types de trouble du comportement (TC-TGC-TGS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de diagnostics complexes et multiples (ex : DI, TSA, TDAH, trouble de l'attachement, atteintes neurologiques, trouble de santé mentale, trouble de personnalité, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de dépendance altérant le fonctionnement de la personne (ex : alcool, jeux, drogue, alimentaire).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil pharmacologique complexe (pouvant entraîner des dysfonctions sexuelles, désinhibition).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsivité ou trouble d'inhibition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence ou écroulement du réseau de soutien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pairage à risque, tout type de milieu confondu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résistance de l'environnement ou non-collaboration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement immédiat préoccupant au niveau sociosexuel (ex : morale ou valeurs sociosexuelles douteuses, restrictives, laxisme, promiscuité malsaine ou inquiétante, absence de frontières intimes et personnelles).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence ou insuffisance de ressources professionnelles jugées requises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de facteur de satisfaction autre que la sexualité pour la personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judiciarisation d'une situation en matière de problématiques sexuelles entraînant un besoin d'accompagnement dans le respect des conditions légales.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ANNEXE D : PROGRAMMES
D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ
ET PROGRAMMES DE
DÉVELOPPEMENT DES HABILITÉS
SOCIALES RECONNUS ET CRÉÉS
SPÉCIFIQUEMENT POUR LES
ADOLESCENTS OU LES ADULTES
PRÉSENTANT UNE DI OU UN TSA**

PROGRAMMES D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT DES HABILITÉS SOCIALES RECONNUS ET CRÉÉS SPÉCIFIQUEMENT POUR LES ADOLESCENTS OU LES ADULTES PRÉSENTANT UNE DI OU UN TSA

ATTENTION! ÇA PEUT ARRIVER À TOUT LE MONDE, 1993

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme de formation et de sensibilisation face aux sollicitations ou aux abus sexuels auprès des adultes ayant une déficience intellectuelle et leur entourage
- Auteur et Édition : Hélène Auclair et al.; CECOM Hôpital Rivière-des-Prairies, 1993
- Clientèle cible : Déficience intellectuelle légère et moyenne

Contenu du programme :

- Un document DVD de 40 minutes qui contient 10 saynètes présentant diverses sollicitations ou d'abus sexuels dans 10 lieux différents.
- Un guide pédagogique à l'intention des intervenants
- Une fiche de préparation et de suivi d'activité à photocopier

Les thèmes abordés :

- Prévention de l'agression sexuelle dans les situations suivantes :
 - 1) Dans l'autobus; 2) Dans les toilettes; 3) Dans la rue; 4) Au centre d'achats; 5) Au travail;
 - 6) Dans le transport adapté; 7) Party de Noël; 8) Dans la chambre; 9) Au restaurant; 10) À la discothèque
- Les situations d'agressions sexuelles montrent toujours une victime avec un agresseur.
- Les agresseurs sont des pairs, connaissances, membres de la famille, intervenants, chauffeurs de taxi, inconnus, collègues de travail...

P.A.R.I., PROGRAMME D'APPRENTISSAGE DES RELATIONS INTERPERSONNELLES, 1995

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Une approche d'enseignement des habiletés sociales favorisant la création de liens d'amitié
- Programme de développement des habiletés relationnelles
- Auteurs et Édition : Chantal Caron et Claude Dufour, GREDD Université Laval, 1995
- Clientèle cible : Déficience intellectuelle légère et moyenne avec communication verbale

Contenu du programme :

- 1. Les orientations privilégiées par le programme
- 2. Un outil d'élaboration du plan d'action pour la réalisation d'un projet
- 3. Un instrument d'évaluation des participants
- 4. La sensibilisation des proches
- 5. Plan des rencontres de groupe
- 6. Suggestion d'un plan d'action individuel

Les thèmes abordés :

- L'amitié et les liens sociaux
- Écouter une personne qui parle
- Les intérêts
- Commencer et terminer une conversation en temps opportun
- Les forces et les faiblesses
- Soigner son apparence personnelle
- Exprimer ses émotions
- Les difficultés de la vie
- Exprimer ses émotions
- Les aspirations
- Identifier et réagir aux émotions d'autrui

SEXO-TROUSSE, 1996

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme d'éducation sexuelle
- Auteurs et Édition : Jaël Fergusson et al.; CRDITED Pavillon du Parc, 1996
- Clientèle cible : Déficience légère avec communication verbale

Contenu du programme :

- Le programme comprend 8 valisettes contenant chacune un outil.
- Chaque outil contient une fiche d'évaluation de l'outil, une description de la problématique, un cahier de référence et des jeux ou des photos, des exercices, du matériel d'enseignement etc.

Les thèmes abordés :

- Outil 1 : FAIRE CONNAISSANCE; évaluer l'état des connaissances en matière de sexualité et identifier les besoins d'information et d'éducation pour le participant.
- Outil 2 : LE MINI-PROGRAMME; outil qui répond aux besoins de base en intervention sexoéducative.
- Outil 3 : LES ÉTAPES D'UNE RELATION; permet de visualiser les différentes étapes d'une relation.
- Outil 4 : LES ÉMOTIONS; souligne le rôle prépondérant des émotions et des sentiments au cœur d'un comportement sexuel.
- Outil 5 : TU AS LE DROIT DE DIRE « NON »; interventions préventives en matière d'agression et d'abus sexuels
- Outil 6 : DES MOTS POUR « ÇA »; aide la personne à décrire sa réalité sexuelle, intervention sexoéducative qui permet de véhiculer un vocabulaire populaire et normalisant.
- Outil 7 : PROPRE À SOI; sensibilisation à la propreté et à la contraception.
- Outil 8 : PLAISIR ET NORMES; familiariser les participants au code sexuel de la collectivité; lois, normes, valeurs et responsabilités.

LA PRÉVENTION DU SIDA ET DES AUTRES MTS DANS UNE PERSPECTIVE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES ÉLÈVES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, 1999-2000

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme d'éducation sexuelle
- Auteurs et Édition : Lucie St-Onge, MSSS, Gouvernement du Québec, 1999-2000
- Clientèle cible : Adolescents présentant une déficience intellectuelle légère et moyenne du milieu scolaire secondaire
- Disponible : Site Internet du Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Contenu du programme :

- Première partie : ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION; comprend de l'information sur le thème du VIH/SIDA et MTS, mais aussi des éléments de réflexion sur les attitudes, les croyances et les réactions concernant l'intervention de prévention.
- Seconde partie : DÉMARCHE ÉDUCATIVE; propose des activités d'apprentissage à réalisées avec les adolescents.
- En annexe : on trouve du matériel appuyant les activités ainsi que des renseignements utiles à l'intervenant.

Les thèmes abordés :

- Éléments de réflexion pour l'intervenant
- Approche éducative à privilégier
- Thèmes éducatifs : 1) Parler de sexualité; 2) Connaître son corps; 3) Découvrir les changements pubertaires; 4) Démystifier la masturbation; 5) Se faire confiance et s'affirmer; 6) Se confier; 7) Réagir à l'exploitation sexuelle; 8) Avoir un « chum », avoir une « blonde »; 9) Connaître les MTS; 10) Savoir utiliser un condom

DES FEMMES ET DES HOMMES, 2000

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales
- Auteurs et Édition : Jacqueline Delville, Michel Mercier, Carine Merlin; Presses universitaires de Namur, Belgique, 2000
- Clientèle cible : Adolescents et adultes vivant avec une déficience intellectuelle légère et moyenne

Contenu du programme :

Valisette contenant :

- Un manuel d'animation (544 pages)
- Un dossier d'images (113 dessins et 56 photos)
- Un DVD de mises en situation (11 séquences)

Les thèmes abordés :

- Partie I : Information pour les animateurs
- Partie II : Le programme : 1) Pour commencer : qui suis-je, le fonctionnement de groupe; 2) Ma vie affective : j'éprouve des émotions, mes besoins, mes désirs, s'affirmer, les étapes de la vie...; 3) Mon

corps : mon corps, le corps des autres, la puberté l'intimité...; 4) Mes relations : moi et les autres, amitié ou amour, situation de vie, la relation de couple, vouloir être parent...; 5) Ma sexualité le plaisir sexuel à deux, la masturbation, le rapport sexuel, conception, grossesse, orientation sexuelle, la sexualité en dehors du sentiment amoureux...; 6) Ma santé sexuelle : mon hygiène, la contraception, les MST et le SIDA, l'examen gynécologique et urologique; 7) La loi : consentement mutuel, comportement sexuels interdits par la loi, être victime d'abus sexuel, commettre un abus sexuel

- Partie III : Le DVD de mises en situation

LE SYNDROME D'ASPERGER ET LA SEXUALITÉ. DE LA PUBERTÉ À L'ÂGE ADULTE, 2006

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme d'éducation sexuelle pour les personnes présentant un syndrome d'Asperger
- Auteur et Édition : Isabelle Hénault; Chenelière Éducation, 2006
- Clientèle cible : Adolescents et adultes présentant un syndrome d'Asperger

Contenu du programme :

- Un manuel contenant 12 ateliers d'activités à réaliser avec les adolescents ou les adultes

Les thèmes abordés :

- 1) Évaluation et présentation du programme
- 2) Introduction à la sexualité et exercices de communication
- 3) L'amour et l'amitié
- 4) Les aspects physiologiques de la sexualité
- 5) Les relations sexuelles et autres comportements
- 6) Les émotions
- 7) Les MTS, le sida et les moyens de préventions
- 8) L'orientation sexuelle
- 9) Alcool, drogues et sexualité
- 10) Les abus sexuels et les comportements inappropriés
- 11) Sexisme et violence dans les relations amoureuses
- 12) Théorie de la pensée, communication et intimité.

PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA VIE AFFECTIVE, AMOUREUSE ET SEXUELLE POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT DES INCAPACITÉS INTELLECTUELLES MODÉRÉES, 2^E ÉDITION (PÉVAAS), 2007

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme d'éducation sexuelle
- Auteurs et Édition : Desaulniers, M.P.et al.; Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007
- Clientèle cible : Personnes présentant une déficience intellectuelle moyenne âgées de 16 ans et plus

Contenu du programme :

- Un instrument d'évaluation des connaissances et des attitudes relatives à la sexualité (ÉCARS). Cet instrument est composé d'un questionnaire accompagné d'une série d'images. Il est utilisé par l'intervenant pour évaluer individuellement l'état des connaissances et les attitudes générales sur la sexualité des personnes présentant des incapacités intellectuelles.
- Un instrument d'animation : le Tri-de-cartes adapté.
- Cet instrument est utilisé par un animateur pour discuter, avec un groupe d'intervenants, de parents et de responsables de ressources d'hébergement, des besoins en éducation sexuelle des personnes présentant des incapacités intellectuelles. Le programme Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles modérées.

Les thèmes abordés :

Ce programme aborde 16 thèmes regroupés dans 10 fascicules et 85 images.

- Fascicule 1 : Connaissance de soi : Identité sexuelle, estime de soi et les émotions
- Fascicule 2 : Connaissance de son corps : L'anatomie et la physiologie
- Fascicule 3 : Fonction reproductive : La fécondation, la grossesse, l'accouchement
- La contraception, la stérilisation, l'avortement
- Fascicule 4 : Relations interpersonnelles : Les relations amicales, les relations amoureuses, les relations sexuelles
- Fascicule 5 : Masturbation
- Fascicule 6 : Orientations sexuelles
- Fascicule 7 : ITSS et VIH/SIDA
- Fascicule 8 : Prévention de l'agression sexuelle
- Fascicule 9 : Droits et normes sociosexuelles
- Fascicule 10 : Examens gynécologique et urologique

DÉFI-RÉSEAU : UN OUTIL INTERACTIF ET SIMPLE À UTILISER, 2013

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme de développement des habiletés sociales
- Auteurs et Édition : Beaulieu, Suzanne, Rondeau, Monique; La Gang à Rambrou , Montréal, 2013
- Clientèle cible : Adolescents et adultes présentant une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme

Contenu du programme :

- Jeu contenant : 3 guides, 1 planche de jeu, 1 CD-ROM, des cartes, 1 dé, 6 pions

Les thèmes abordés :

- Comprendre ce qu'est un réseau social
- Retenir l'importance de l'échange ou réciprocité dans les relations
- Être sensibilisé aux façons de créer de nouveaux liens
- Développer des habiletés sociales telles respecter son tour, écouter les autres
- Développer l'entraide, le travail en équipe en lien avec les caractéristiques et les intérêts de l'autre
- Respect de soi et de l'autre

PROGRAMME D'ÉDUCATION SEXUELLE, 2014

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Auteurs et Édition : Lise Durocher, Martine Fortier; Centre Jeunesse de Montréal, Institut universitaire, 1999 - DERNIÈRE VERSION DU PROGRAMME : JUIN 2014
- Clientèle cible : Adolescents et adolescentes en difficulté

Contenu du programme :

- Programme éducatif comprenant un guide d'animation pour les éducateurs ou les professeurs et 11 thèmes abordés auprès des adolescents. Le programme contient des jeux, des questionnaires, des mots croisés, des textes de référence, des références pour les adolescents et les intervenants. Dans chaque thème, on trouve aussi des informations importantes pour les éducateurs et les professeurs.

Les thèmes abordés :

- 1) Amour-Amitié
- 2) Changements à l'adolescence
- 3) Relations sexuelles
- 4) La contraception et la prévention
- 5) Les MTS et le VIH
- 6) L'orientation sexuelle
- 7) Alcool, drogues et sexualité
- 8) Paternité/Maternité
- 9) Sexisme et rôles sexuels
- 10) Les abus sexuels
- 11) La prostitution

ADOPRO, 2015

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme de développement des habiletés sociales
- Auteurs et Édition : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal, Montréal, Québec, 2015
- Clientèle cible : Adolescents de 12 à 17 ans présentant une déficience intellectuelle

Contenu du programme :

- Comprend un CD : programme d'enseignement et d'animation de groupe visant l'amélioration des compétences sociales à travers le développement d'habiletés en ce qui a trait spécifiquement à la régulation émotionnelle, à la communication avec l'entourage et à la gestion des problèmes sociaux dont des problèmes associés au besoin d'avoir une vie sociale, affective et sexuelle.

Les thèmes abordés

- Développement des habiletés sociales
- Développement et adoption de comportements sociaux adaptés durant l'adolescence, Participation sociale et épanouissement des jeunes dans différentes sphères de leur vie (vie familiale, affective et sexuelle, relations interpersonnelles et d'amitié, éducation, travail, loisirs, etc.).

PÉSSADI : PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE POUR LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, 2016

Type de programme, auteur(s) et clientèle(s)

- Programme d'éducation sexuelle
- Auteurs et Édition : Boucher, Carole; Côté, Carmen; Tremblay, Gaëtan et Labbé, Louise (2016). CIUSSS MCQ, Collections de l'Institut universitaire en déficience
- intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme, Trois-Rivières (Canada)
- Clientèle cible : Adolescents de 10 à 15 ans présentant une déficience intellectuelle

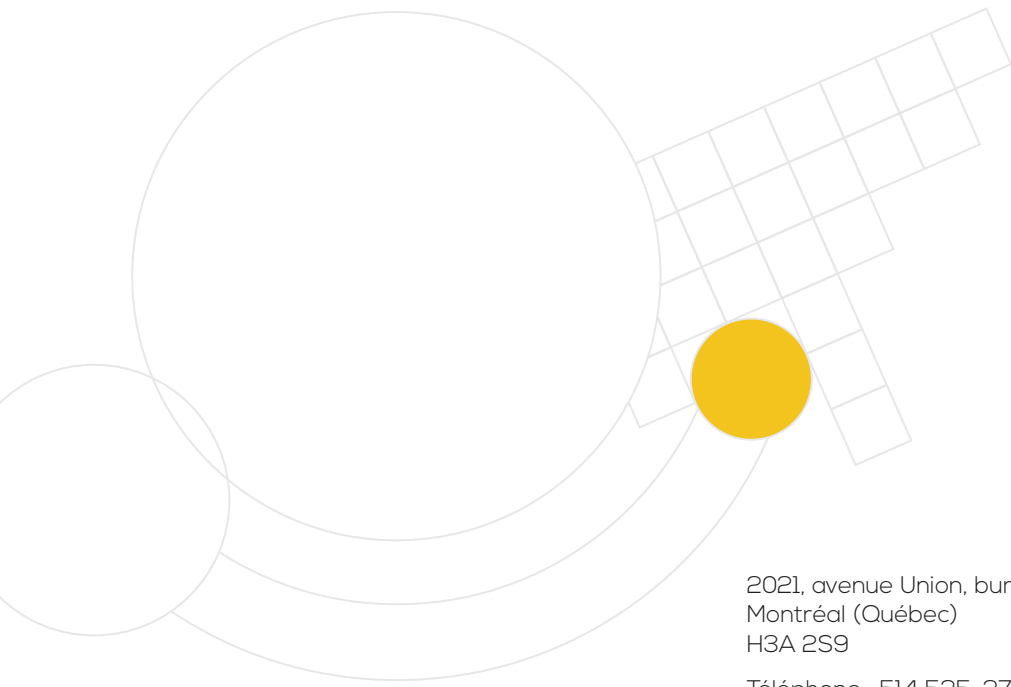
Contenu du programme :

Chaque thème comprend 5 parties :

- Partie 1 : Une vidéo de présentation du thème pour les parents et les intervenants;
- Partie 2 : Une présentation écrite du thème, les objectifs du programme et du thème;
- Partie 3 : Les activités éducatives à faire avec l'adolescent;
- Partie 4 : Les informations de conseils et de soutien aux parents;
- Partie 5 : Un questionnaire d'indicateurs d'acquisition des connaissances.

Les thèmes abordés

- Thème 1 : Fierté et émotions
- Thème 2 : Hygiène générale
- Thème 3 : La puberté
- Thème 4 : Anatomie des organes sexuels
- Thème 5 : Pudeur et masturbation
- Thème 6 : Les relations amicales
- Thème 7 : Prévention des agressions sexuelles
- Thème 8 : Les relations amoureuses
- Thème 9 : Orientation sexuelle
- Thème 10 : Cyberprévention



2021, avenue Union, bureau 870
Montréal (Québec)
H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734

www.sqetgc.org

SQETGC
Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 