

Soins et services

**Lignes directrices en
regard de la vie sexuelle des
personnes hospitalisées au
Programme de psychiatrie en
déficience intellectuelle**

Février 2013



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

APPRIÈRE
Université 
de Montréal

Lignes directrices en regard de la vie sexuelle des personnes hospitalisées au

Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Lyne Taillefer, Ph. D., psychologue
Lucie Langlois, chef d'unités 4^e Riel
Céline Pommier et Marie-Josée Prévost, cogestionnaires

En collaboration avec
Isabelle Hénault, M. A., Ph. D., sexologue, psychologue
Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQE-TGC)

Février 2013

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN 978-2-923984-04-9

© Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2014

Tous droits réservés

Distribué par le Centre de documentation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Téléphone : 514 251-4000 poste 2964 - Télécopieur : 514 251-0270

Site web : www.iusmm.ca

Courriel : centrededocumentation.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Introduction

Depuis plusieurs années, les cliniciens et gestionnaires du programme de psychiatrie en déficience intellectuelle se soucient et se préoccupent des enjeux entourant la vie affective et sexuelle de sa clientèle. Des interventions en matière de sexualité se font régulièrement dans les unités du programme que ce soit au plan préventif, éducatif ou thérapeutique. En effet, notre clientèle, qui a des besoins importants au plan des différentes sphères adaptatives peut aussi nécessiter de l'aide au plan de la sphère sexuelle.

Une partie importante de la clientèle séjourne à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) depuis plusieurs années et est relativement stable au plan clinique. Cette clientèle est en attente d'une intégration en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) ou en Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Cette clientèle peut avoir créé des liens significatifs avec des usagers de leur unité, d'autres unités du programme ou de l'hôpital (interne ou externe). Pour cette clientèle, l'IUSMM a représenté et représente encore leur chez soi, jusqu'à ce qu'elle intègre un nouveau milieu de vie.

Une autre partie de la clientèle n'est pas encore assez stable pour qu'une orientation résidentielle soit réalisée. Cette clientèle, hospitalisée depuis plusieurs années, a souvent peu ou pas de liens avec des personnes autres que celles séjournant ou travaillant à l'IUSMM.

Ces différentes clientèles et ces différents contextes font ressortir des disparités importantes qui peuvent évidemment influencer le positionnement en regard des contacts sexuels entre usagers : durée d'hospitalisation, lien d'intimité créé avec d'autres usagers, traitement psychiatrique actif versus attente d'hébergement (milieu de vie), état clinique de la personne, vie résidentielle ou non. Il importe de considérer ces aspects en pensant aux effets pour les personnes pour qui nous avons une responsabilité pendant leur séjour.

Ce cadre de référence vise à orienter et baliser les interventions à l'égard de la vie affective et sexuelle de la clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI) ou une DI et un trouble envahissant du développement (TED) à qui nous offrons des services cliniques. Il prend en considération le contexte particulier dans lequel se situe la personne, dans une philosophie de soutien et de protection.

Notre souhait est que ce cadre guide la réflexion et l'action au quotidien afin que les aspects de la vie affective et sexuelle de nos usagers, qui sont des aspects intimes mais combien importants de l'expérience humaine, soient considérés, discutés, analysés et compris plutôt qu'évités ou ignorés, par manque d'orientations, de directives, de soutien, d'accompagnement de notre personnel.

Contexte de l'offre de services et clientèles desservies

Ce document présente également des éléments de la recension des écrits en ce qui a trait à la vie affective et sexuelle des personnes présentant une DI ou une DI-TED, permettant de renforcer nos connaissances et de saisir différents aspects et enjeux de cette sphère de la vie de nos usagers.

Enfin, l'implantation de ce cadre de référence sera présentée afin de s'assurer d'une appropriation du cadre de référence par tout le personnel.

Objectifs du cadre de référence

Pour les personnes et leurs proches

- ❖ Reconnaître le droit à l'expression de la vie affective et sexuelle en tenant compte des caractéristiques des personnes et du contexte d'offre de services de notre programme.
- ❖ Reconnaître le droit d'avoir accès à une évaluation et une intervention adaptée en regard des troubles au niveau de la sexualité, particulièrement quand ceux-ci compromettent l'intégration communautaire et résidentielle.
- ❖ Permettre d'obtenir les services requis (évaluation, information, formation, soutien, accompagnement, traitement, thérapie) en matière de vie affective et sexuelle.

Pour les intervenants

- ❖ Préciser les attentes en regard des attitudes et des comportements attendus face aux intervenants en lien avec les aspects de la vie affective, amoureuse et sexuelle de nos usagers.
- ❖ Reconnaître le droit des usagers d'avoir accès à une évaluation et une intervention adaptée en regard des troubles au niveau de la sexualité, particulièrement quand ceux-ci compromettent l'intégration communautaire et résidentielle.

Pour le programme et l'établissement

- ❖ Permettre de baliser et soutenir les interventions en regard de l'expression de la vie affective et sexuelle et des problématiques et troubles sexuels.

Éléments de la recension des écrits en lien avec le cadre de référence

Il ne s'agit pas ici de faire une recension des écrits exhaustive en matière de sexualité des personnes ayant une DI ou une DI-TED, mais plutôt de faire ressortir quelques aspects qui nous apparaissent importants et pertinents à considérer dans l'établissement du cadre de référence.

Réalités et enjeux concernant la sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle

- ❖ Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont souvent perçues comme des d'éternels enfants asexués. La surprotection peut entraîner une «sur-sexualisation» en réaction aux restrictions et limites imposées par l'environnement. Ainsi, la personne risque d'agir de façon impulsive, sans tenir compte des limites de l'environnement.
- ❖ La sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle a été largement ignorée.
- ❖ Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont rarement eu une éducation sexuelle complète. L'information reçue est habituellement axée sur les comportements sexuels problématiques. Il existe peu de données empiriques concernant la nature et la fréquence des comportements sexuels adaptatifs.
- ❖ Les pairs des personnes présentant une DI ont souvent eux-mêmes peu de connaissances et d'expériences en matière de sexualité.
- ❖ Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont un accès limité aux ressources éducationnelles appropriées et disponibles.
- ❖ Les proches, les intervenants, les accompagnateurs sont souvent mal à l'aise lorsqu'il est question de la vie sexuelle des personnes présentant une déficience intellectuelle.
- ❖ Les professionnels ont parfois tendance à penser qu'ils ont le droit de gérer les comportements sexuels des personnes présentant une déficience intellectuelle souvent jusqu'au point de ne pas consulter la personne concernée.
- ❖ Les professionnels ont tendance à surprotéger les personnes présentant une déficience intellectuelle leur niant ainsi la *dignité du risque*. La surprotection empêche alors toute forme d'expression sexuelle.
- ❖ Le personnel a une attitude plus ouverte envers les comportements sexuels des personnes ne présentant pas de déficience intellectuelle par rapport aux personnes présentant une déficience intellectuelle.
- ❖ En vue de protéger les usagers vulnérables, il faut tenir compte des aptitudes, du niveau de maturité et de l'âge développemental de ces derniers afin qu'ils aient l'opportunité de faire des choix en regard de leurs relations sociales, leurs expressions sexuelles, la contraception et les décisions en regard de la grossesse. Par protection, nous sous-entendons l'importance d'agir avec prudence, de favoriser l'éducation sociosexuelle, le soutien et l'évaluation adaptée des besoins des usagers.

Les usagers ont le droit:

- À l'intimité;
- À la confidentialité;

- De choisir librement leur orientation sexuelle;
- De choisir d'exprimer librement leur sexualité, en respectant le choix des autres.

L'aptitude à consentir est un enjeu majeur. Afin de tenir compte de cette complexité, plusieurs éléments doivent être pris en compte :

Protéger ceux qui n'ont pas l'habileté de prendre certaines décisions au plan de la sexualité.

- ❖ Procéder à l'évaluation du consentement sexuel aussitôt que requis.
- ❖ Même si la personne a l'habileté de consentir, cela ne signifie pas qu'elle aura des comportements sexuels responsables.
- ❖ Une éducation sexuelle ou un accompagnement additionnel pourrait être bénéfique pour la personne mais n'est pas nécessairement un pré-requis pour avoir une activité sexuelle.

Vulnérabilité aux agressions sexuelles

- ❖ De nombreuses recherches indiquent que les personnes présentant une déficience intellectuelle ont été, à un moment ou l'autre de leur vie, agressées ou abusées sexuelles dans une proportion pouvant aller jusqu'à 90%. De plus, les abus sexuels sont répétitifs.
- ❖ Plusieurs facteurs de vulnérabilité peuvent contribuer à rendre la personne ayant une déficience intellectuelle plus à risque d'être victime d'une agression sexuelle ou d'émettre un comportement sexuel inapproprié par rapport à la population générale. En voici quelques-uns :
 - Leurs difficultés de communication;
 - Le peu de crédibilité qui leur est accordé;
 - Leur manque de connaissances et d'éducation sur la sexualité;
 - Leur difficulté à reconnaître un danger potentiel;
 - Leur difficulté à discerner les gestes appropriés de ceux qui sont inappropriés ou de nature criminelle;
 - Leur isolement;
 - Leur besoin d'affection et d'attention;
 - Leur dépendance économique, physique et psychologique;
 - Leurs déficits dans les compétences interpersonnelles;
 - Leur expérience générale de soumission et d'obéissance aux règles;
 - Leur manque de pouvoir décisionnel et de contrôle sur leur vie;
 - Leur manque d'estime de soi;
 - Leur ignorance en regard de leur droit à refuser de se prêter à des actions auxquelles ils n'ont pas envie de prendre part.

Quelles sont les conséquences d'une agression sexuelle?

Conséquences physiques :

- ❖ Infections transmises sexuellement;
- ❖ Grossesse;
- ❖ Lésions génitales.

Conséquences psychologiques et comportementales:

- ❖ Dépression, états dépressifs;
- ❖ Angoisse;
- ❖ Régression à un stade inférieur de développement;
- ❖ Difficultés sur le plan des relations interpersonnelles, s'isole des autres;
- ❖ Manifestation d'un inconfort lorsque touché;
- ❖ Manifestation d'un inconfort à l'endroit d'une personne en particulier;
- ❖ Manque d'efficacité à l'école ou au travail;
- ❖ Trouble de la sexualité;
- ❖ Problèmes de santé;
- ❖ Peur, anxiété, stress post-traumatique;
- ❖ Faible estime de soi;
- ❖ Troubles du sommeil, insomnie;
- ❖ Troubles du comportement, comportements sexuels inadéquats.

Comment prévenir les agressions sexuelles des personnes présentant une déficience intellectuelle ?

Prévention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle

On peut apprendre aux personnes, à l'aide de programmes d'éducation et d'outils adaptés à leur niveau de compréhension, des moyens de prévenir les agressions sexuelles (ex : déceler les circonstances susceptibles d'entraîner une agression, refuser ce type de situations; apprendre à se défendre contre des individus qui pourraient leur causer du tort). À long terme, une diminution des agressions sexuelles devrait être observée, suite à l'implantation des lignes directrices et des ateliers d'éducation socio-sexuelle, à titre d'objectif indirect.

❖ Prévention organisationnelle

Selon l'Association québécoise pour l'intégration sociale, la prévention organisationnelle doit faire partie de tous les services offerts aux personnes ayant une DI. Chaque organisation devrait:

- Former son personnel et ses bénévoles en fonction de la vulnérabilité de la clientèle.
- Mettre en place des mécanismes permettant la divulgation et la gestion des situations d'agression.
- Favoriser le soutien, à court et long terme, des victimes (ex. protocole d'intervention en situation d'agression).
- Participer, en partenariat, à toute démarche de prévention ou de gestion de situation d'agression.

Selon la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, les facteurs principaux de réussite d'une démarche de prévention sont :

- La supervision constante des travailleurs et des bénévoles qui agissent auprès de la clientèle;
- La diffusion d'un guide visant à sensibiliser les intervenants à la prévention.

Interventions auprès des personnes victimes d'agression sexuelle

Les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent informer leur entourage de ces événements soit par la parole, soit par des comportements plus ou moins appropriés. Malheureusement, l'entourage n'écoute pas les personnes, ne les croit pas ou n'arrive pas à décoder les changements survenus dans leurs comportements.

- ❖ Les intervenants doivent:
 - Faire cesser l'abus,
 - Offrir un soutien adapté aux besoins de la victime,
 - S'assurer qu'il y aura un suivi de la situation et que tout sera mis en place pour que l'agression ne se reproduise pas.

Lignes directrices générales du programme psychiatrie en déficience intellectuelle

Les lignes directrices sont en grande partie tirées et adaptées des travaux d'Haracopos (2009).

- ❖ Les usagers ont le droit d'avoir une vie affective et sexuelle en accord avec leurs besoins et leurs désirs et doivent pouvoir la gérer à leur façon en autant qu'elle ne brime pas autrui ou qu'elle ne lui porte pas préjudice.
- ❖ Les intervenants véhiculent une approche positive, individualisée, respectueuse, responsabilisante et sécuritaire dans l'intervention en matière de sexualité auprès des personnes.
- ❖ Les usagers ont le droit de recevoir un soutien et un accompagnement dans l'apprentissage et l'expression des dimensions affectives et sexuelles.
- ❖ Les usagers ont le droit de recevoir un soutien et un accompagnement en lien avec leurs problématiques sexuelles non résolues.
 - Le type d'accompagnement devrait être en lien avec la manifestation de la problématique sexuelle de la personne dans l'environnement. Il est important de déterminer et d'évaluer si les signes de comportements sexuels sont définis, incertains ou absents.
 - Si la personne présente des signes définis de comportement sexuel consistant en un problème sexuel non résolu, une intervention est requise.
 - Si la personne montre des signes incertains de comportement sexuel consistant en un problème sexuel non résolu, des observations et des

informations supplémentaires devraient être recueillies afin de déterminer s'ils concernent ou non une problématique sexuelle.

- Si la personne présentant une déficience intellectuelle ne montre pas de signes de comportement sexuel consistant en un problème sexuel non résolu, l'environnement ne devrait pas stimuler délibérément les pulsions sexuelles.
 - Il est obligatoire qu'un plan d'accompagnement soit préparé pour approbation :
 - Une analyse systématique du comportement sexuel de la personne devrait démontrer que les besoins de la personne résultent d'une problématique sexuelle non résolue.
 - Un plan pour l'éducation et l'accompagnement sexuel devra être élaboré afin d'aider la personne à répondre à ses besoins sexuels et, dans la mesure du possible, lui enseigner à répondre à ses besoins par elle-même, en lien avec les normes et les règles sociales.
 - Avant d'appliquer le plan, il doit être discuté et approuvé par l'équipe interdisciplinaire, les personnes concernées et leurs familles, afin d'éviter les critiques et les jugements erronés. La responsabilité devrait donc être partagée. Un soutien peut aussi être fourni aux proches significatifs, au besoin, pour assurer une cohérence dans les interventions et une généralisation des apprentissages.
 - Le plan devrait être élaboré en concertation avec l'utilisateur. Il doit donc être approuvé par celui-ci afin que l'accompagnement sexuel se fasse avec son accord.
 - Si la personne n'est pas apte à décider ou approuver le plan, l'équipe sera responsable des décisions qui tiennent compte des besoins et réalité de cette dernière.
- ❖ Les gestionnaires et les cliniciens du programme s'engagent à offrir le soutien et la formations nécessaires afin de favoriser chez le personnel impliqué l'aisance et la compétence d'intervenir en matière de sexualité.

Positionnement du programme en regard de certains thèmes relatifs à la sexualité

Inspiré du cadre de référence du CRDI de Québec (2004) et de la politique du CRDITED Estrie (2011). Les thématiques suivantes sont relevées dans la littérature et pertinentes dans le contexte de notre programme.

Contacts sexuels entre usagers

Un contact sexuel se définit comme étant un toucher ou une caresse des parties sexuelles ou des autres parties intimes de la personne, dans le but de satisfaire un

désir sexuel, peu importe s'il s'agit d'un toucher direct ou sur les vêtements (Samowitz, 2009).

De façon générale, les relations sexuelles entre usagers, qu'ils soient de sexe opposé ou de même sexe, peuvent se produire en autant que les conditions suivantes sont respectées :

- ❖ les 2 personnes sont aptes à donner un consentement éclairé et sont d'accord à avoir un contact sexuel ensemble.
- ❖ le fait d'avoir une relation sexuelle ne risque pas d'être préjudiciable pour la personne compte tenu de sa situation clinique. Ce point est particulièrement important pour les personnes en évaluation.
- ❖ Le contact sexuel se fait dans un endroit qui préserve l'intimité et la vie privée des personnes.

En somme, nous ne voyons pas de quel droit nous interdirions des contacts sexuels entre des personnes consentantes et aptes à comprendre ce qu'elles font si les comportements posés ne risquent pas de leur porter préjudice et s'ils se font en contexte privé.

Toute forme de pouvoir, de domination ou de dépendance doit aussi être absente dans le choix, librement exprimé, d'avoir un contact sexuel. Un soutien aux personnes, afin de les aider à faire des choix éclairés, à comprendre les raisons de notre positionnement, à trouver des alternatives au comportement souhaité, pourra alors être fourni de la façon la moins intrusive et contraignante possible.

Masturbation

La masturbation est une autostimulation des organes génitaux avec les mains ou un objet ou une partie du corps en vue d'obtenir du plaisir sexuel. Les personnes qui se masturbent le font pour des raisons variées liées au plaisir et à la détente. La masturbation est un comportement sexuel normal qui peut se manifester à tout âge. Chaque personne, homme ou femme, peut choisir de s'adonner ou non à la masturbation.

L'intervention éducative peut consister à aider la personne, les proches et les intervenants à connaître la masturbation féminine et masculine ainsi qu'à connaître les endroits, les comportements sécuritaires et les règles d'hygiène pour s'y adonner.

Au besoin, un entraînement à la masturbation pourrait être fait auprès de la personne, à partir d'un protocole déterminé, dans le cadre d'un plan entériné selon les lignes directrices générales décrites précédemment.

Il faut également être attentif lors des interventions afin d'adopter des attitudes éducatives responsabilisantes, non culpabilisantes et non intrusives.

Utilisation de matériel érotique

Au plan des relations intimes, l'objectif est de favoriser des échanges interpersonnels, dans la mesure de la capacité et de l'intérêt de l'utilisateur. De plus,

l'aptitude au consentement doit prévaloir dans une philosophie de protection des usagers.

Mentionnons d'emblée que l'utilisation de matériel pornographique est proscrite. La pornographie est une représentation complaisante de sujets, de détails obscènes, dans une œuvre artistique, littéraire ou cinématographique. Les scènes, photos valorisent les organes génitaux en gros plan, sans représentation des corps ou de l'interaction entre les individus. Un film pornographique, aussi appelé film X par abus de langage, est un film contenant des scènes où l'acte sexuel humain est explicitement et délibérément montré dans le but d'exciter le spectateur.

Le matériel érotique peut être toléré dans la mesure où la personne en fait un usage sécuritaire et qu'elle respecte le contexte privé et les normes sociosexuelles. L'érotisme, le désir amoureux, désigne l'ensemble des phénomènes qui éveillent le désir sexuel, et les diverses représentations, en particulier culturelles et artistiques, qui expriment ou suscitent cette affection des sens. L'érotisme peut aussi désigner, par extension, la nature de la relation qui s'instaure entre des individus suite à cette attirance. Les scènes, photos valorisent les corps partiellement dénudés ou totalement nus mais sans représentation directe des organes génitaux. L'accent est mis sur l'interaction et le désir sexuel, érotique.

Le matériel érotique comprend des objets ou des médiums utilisés afin de stimuler ou de rehausser l'excitation et le plaisir sexuel. Ce type de matériel peut aussi représenter une alternative acceptable pour la personne qui utilise des objets susceptibles de nuire à sa santé ou à sa sécurité personnelle (ex : utilisation d'objets dangereux pour se masturber). Dans ce type de situation, le remplacement et l'utilisation de matériel plus sécuritaire pour la personne pourrait être envisagé avec elle pour remplacer un objet ayant la même fonction. Ce soutien se ferait alors dans le cadre d'une démarche sexoéducative adaptée à la personne, lui permettant de faire des choix plus adaptés et moins préjudiciables pour elle quant à l'utilisation de ce type de matériel.

Il importe évidemment que la personne soit informée et éduquée en regard des enjeux et des règles de sécurité entourant l'utilisation de ce type de matériel.

Compte tenu du profil et des caractéristiques des personnes, on doit également porter une attention particulière aux consommateurs compulsifs de ce genre de matériel afin d'éventuellement les aider à développer une vision moins réductrice de la sexualité. L'objectif est aussi d'éviter de contribuer au développement de comportements de dépendance à ce type de matériel.

Utilisation de fétiches

Un fétiche est une partie du corps ou l'utilisation d'un objet qui permet d'obtenir une satisfaction sexuelle.

L'utilisation de fétiches, seul ou avec une autre personne, est tolérée en autant qu'elle ne porte pas préjudice aux personnes, qu'elle soit sécuritaire sans devenir envahissante ou compulsive.

Contraception

La contraception comprend un ensemble de méthodes biologiques, techniques ou naturelles, qui empêche la procréation. Elle est un élément important de la santé sexuelle et du bien-être général des personnes.

L'intervention éducative dans ce domaine consiste à :

- ❖ Donner l'information et guider dans le choix de la méthode de contraception la plus appropriée pour la personne,

- ❖ Offrir l'aide nécessaire dans les moyens de contraception choisis.

Prévention des infections transmissibles sexuellement

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) affectent la santé en général, le bien-être et la capacité reproductrice des personnes affectées. Plusieurs moyens peuvent aider les personnes à prévenir et contrôler les ITS et leurs effets secondaires.

L'intervention éducative consiste à :

- ❖ Donner de l'information sur les ITS afin que les personnes puissent mieux les connaître et mieux les éviter.

- ❖ Donner de l'information et encourager l'utilisation de moyens pour prévenir ou se protéger des ITS :
 - Faire usage de condoms;
 - Adopter des pratiques sexuelles sécuritaires;
 - Les usagers du programme ont accès à des condoms au besoin.

Agressions sexuelles impliquant un autre usager : prévention et interventions

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 du 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» (Gouvernement du Québec, MSSS, 2010).

Il est important de mentionner que les établissements psychiatriques sont redevables envers les personnes qu'ils hébergent ou qui les fréquentent d'une obligation de sécurité qui est toutefois dans les circonstances une obligation de moyens. Les établissements devraient se doter d'une politique en matière de vie sexuelle.

Prévention

- ❖ Pour les personnes; apprendre à déceler les circonstances susceptibles d'entraîner une agression ainsi qu'à dire «NON» et refuser ce type de situations;
- ❖ Apprendre les comportements sexuels et sociaux appropriés;
- ❖ Apprendre qu'il est possible de garder un contrôle sur sa vie et apprendre à se défendre contre des individus qui pourraient causer du tort, etc.
- ❖ Pour les intervenants, reconnaître la possibilité que des formes de domination et de dépendance peuvent se produire entre les usagers et être considérées comme des abus;

Interventions auprès des usagers victimes d'agression sexuelle

L'ensemble du personnel est tenu de rapporter immédiatement toute situation susceptible d'entraîner une forme de domination et de dépendance entre les usagers. Un soutien sera offert au membre du personnel rapportant une situation. Lorsqu'un usager est victime d'une agression sexuelle, les interventions à faire sont les suivantes :

- ❖ Mettre en place des mesures afin d'assurer la protection de la personne;
- ❖ Tenir une rencontre clinique;
- ❖ Orienter la personne vers un centre hospitalier afin d'initier la procédure médico-légale dans les premières heures après l'agression. (Le protocole Trousse médico-légale est disponible dans les hôpitaux pour toutes situations d'agression sexuelle);
- ❖ Offrir un soutien adapté à la personne qui est victime;
- ❖ Offrir le soutien nécessaire à la famille de la victime;
- ❖ S'assurer qu'il y aura un suivi de la situation et que tout sera mis en place pour que l'agression ne se reproduise.

Interventions auprès de l'abuseur lorsqu'il s'agit d'un usager

- ❖ Offrir un soutien adapté à la personne;
- ❖ Tenir une rencontre clinique;
- ❖ Mettre en place des mesures afin d'assurer la protection de la personne;
- ❖ Offrir le soutien nécessaire à la famille;
- ❖ S'assurer qu'il y aura un suivi de la situation et que tout sera mis en place pour que l'agression ne se reproduise.

Troubles graves du comportement sexuel chez un usager

Les troubles du comportement sexuel consistent en des pratiques sexuelles qui portent atteinte à l'intégrité physique ou morale de la personne elle-même ou à

celle d'autrui. Ils comprennent l'ensemble des déviations sexuelles. Plusieurs de ces comportements peuvent faire l'objet de poursuites et de sentences judiciaires.

Notre programme reconnaît que de tels comportements peuvent porter atteinte à l'intégrité physique ou morale des personnes. Par conséquent, une attitude préventive et interventionniste est à privilégier, celle-ci visant à ce que les troubles du comportement sexuel soient identifiés rapidement et qu'un plan d'action soit instauré dans notre milieu.

Dans l'éventualité où les ressources médicales et professionnelles du programme ne seraient pas suffisantes en matière d'expertise spécifique au niveau des comportements sexuels inappropriés ou des troubles graves de la sexualité, un soutien surspécialisé devrait pouvoir être apporté aux usagers et au personnel (ex : Centre de psychiatrie légale de Montréal, SQE-TGC).

Il revient aux cogestionnaires du programme, soutenus par les codirecteurs de la DSC, d'établir les partenariats nécessaires afin que ce type d'aide puisse être disponible. Si la planification et la réalisation d'interventions nécessitent le soutien d'un professionnel expert dans le domaine, voici la façon de faire :

1. Le gestionnaire, le médecin traitant ou un professionnel au dossier fait part de la situation détaillée aux cogestionnaires du programme
2. Les cogestionnaires font les démarches nécessaires à l'obtention du soutien surspécialisé ou orientent les gestionnaires, médecins ou professionnels du programme qui en ont fait la demande en regard des démarches à réaliser pour obtenir ce soutien.
3. Un suivi est réalisé par les cogestionnaires du programme et les gestionnaires des unités du programme en regard de l'obtention du soutien surspécialisé.

Conclusion

Le but du présent ouvrage est de permettre l'expression sexuelle des usagers à l'intérieur de paramètres. En balisant l'intervention, ils auront accès à un bien-être, tenant compte de leurs conditions et besoins.

De plus, par ce cadre de référence, nous souhaitons démystifier les tabous et les préjugés entourant la sexualité des personnes à qui nous offrons des services cliniques au quotidien. Nous sommes désireux de mieux outiller notre personnel à intervenir en regard de cette sphère adaptative afin que l'amélioration de leur savoir, savoir-être et savoir-faire permette aux usagers de vivre leur sexualité de la façon la plus saine possible, dans le plaisir et le respect de soi et des autres.

Enfin, puisse ce cadre de référence encourager de meilleures pratiques d'évaluation, d'intervention et d'accompagnement en matière de sexualité ainsi que l'actualisation de projets de recherche permettant d'en apprécier les impacts.

Références

- Association du Québec pour l'intégration sociale (1990). *La déficience et la sexualité*. Montréal : La collectivité.
- Bouchard, G. (1999). *Rapport d'évaluation des besoins en matière d'éducation sexuelle*. Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Boutet, M., Desaulniers, M.-P. et Coderre, R., Caractéristiques personnelles, conditions de vie et expression de la sexualité (1995). *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 48-52.
- Brousseau, S. et Taillefer, L. (2005). *Programme d'éducation sexuelle pour les personnes présentant une schizophrénie et séjournant en milieu psychiatrique*. Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Caron, C. et Dufour, C. (1995). *PARI : programme d'apprentissage des relations interpersonnelles*. Sainte-Foy, Québec : GREDD, Université Laval, Département de psychopédagogie, Faculté des sciences de l'éducation.
- Craft, A. et Craft, M. (1983). *Sex education and counselling for mentally handicapped people*. MD: University Park Press.
- Centre de réadaptation La Myriade. Les troubles de la sexualité (en ligne). http://www.crlamyriade.qc.ca/troubles_sexualite (page consultée le 12 juillet 2011).
- Choquette, M.-C. et Prévost, M.-J. (1997). Programme de prévention des abus sexuels. 3^{ième} Riel, Hôpital L.-H. Lafontaine. Montréal.
- CRDITED Estrie (2011). *Cadre de référence en matière de santé sexuelle – Vie intime, affective, amoureuse et sexuelle*. Estrie, Québec: Direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche – DSPQR, CRDITED – Estrie.
- CRDI de Québec (2004). *Politique en matière de vie affective, amoureuse et sexuelle*. Québec, Québec: Direction des services professionnels, CRDI de Québec.
- Desaulniers, M.-P. (1990). *L'éducation sexuelle : définition*. Montréal : Éditions Agence d'Arc.
- Desaulniers, M.-P. (2001). *L'éducation sexuelle : fondements théoriques pour l'intervention*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Fegan, L., Rauch, A. et McCarthy, W. (1993). *Sexuality and people with intellectual disability (2nd ed.)*. MD: Paul H. Brookes.
- Gouvernement du Canada. Ministère de la Justice Canada (2010). <http://www.justice.gc.ca/fra/min-dept/clp/faq.html> (page consultée le 10 juin 2011).
- Gouvernement du Canada. Agence de la Santé Publique du Canada (2008). <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/fvmentalhandicap-fra.php> (page consultée le 9 mars 2011).

Gouvernement du Canada. Santé Canada (2006). <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/sti-its-fra.php> (page consultée en octobre 2011).

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2010). <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux-comprendre/index.php> (page consultée le 12 juillet 2011).

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2001). *Orientation gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : MSSS.

Griffiths, D., Richards, D., Fedoroff, P. et Watson, S. L. (2002). *Ethical Dilemmas: Sexuality and Developmental Disability*. New York: NADD Press.

Griffiths, D., Fedoroff, J. P., Richards, D., Cox-Lindenbaum, D., Langevin, R., Lindsay, W. R., Hucker, S. et Goldman, M. (2007). Sexual and Gender Identity Disorders dans R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki et M. First (eds.), *Diagnostic Manual – Intellectual Disability: A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. (p. 249-275). Kingston, New York: NADD Press.

Guimond, C. & Hamel, C. (2011). *Cadre de référence en matière de santé sexuelle*. Estrie, Québec : CRITED Estrie.

Haracopos, D. (2009). *Policies, ethics, laws and regulations*. Centre for autism in Denmark. Seminar on sexuality and autism. Athènes, Grèce.

Hard, S. (1986). *Sexual abuse of the developmentally disabled: A case*. In: Paper presented at the National Conference of Executives of Associations for Retarded Citizens. Omaha, NE.

Haroian, L. (2000). Child sexual development. *Journal of Human Sexuality*. Site Internet : <http://www.ejhs.org/tocv3.htm>.

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

Hingsburger, D., Griffiths, D. et Quinsey, V. (1993). Détecter la déviance contrefaite. Dans *Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles* (p. 38-48). Repentigny, Québec : Association scientifique pour la modification du comportement.

Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006). *Énoncé de valeurs éthiques*. Montréal, Québec : Direction des ressources humaines, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Hudon, J. & Legris, L. (2007). *Rapport de la démarche : Mandat d'intervention sexologique*. Montréal, Québec : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Hudon, J. et Legris, L. (mai 2007; révision – septembre 2009). *Cadre de référence – Promotion et éducation au mieux-être affectif et sexuel*. Montréal, Québec: Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Maksym, D. (1991). *Échange de sentiments: Guide des parents pour l'éducation sexuelle des enfants, adolescents et adultes ayant un handicap intellectuel. Traduction de Shared feelings: A parent guide to sexuality education for children, adolescents and adults who have a mental handicap*. North York, Ontario: L'Institut Roehér.

- Mercier, C. (2005). La victimisation chez les personnes avec une déficience intellectuelle. *Journal international de victimologie*, 3, 10.
- Monat-Haller, R. (1992). *Understanding and expressing sexuality: responsible choices for individuals with developmental disabilities*. MD: Paul H. Brookes.
- Lemay, M. et Belley, C. (1996). *Sexo-trousse*. Gatineau, Québec : Pavillon du Parc.
- Pan American Health Organization & World Health Organization (2000). *Promotion of sexual Health. Recommendations for action*. Antigua Guatemala, Guatemala.
- Pilon, W. et Brousseau, G. (1980). *La sexualité de l'adulte : manuel de l'éducateur*. Québec : Centre audio-visuel.
- Roehrer Institute (1995). *Harm's way : The many faces of violence and abuse against persons with disabilities*. Ontario: The G. Allan Roehrer Institute.
- Samowitz, P. (2009). *Sexual consent assessment*. YAI National Institute for People with Disabilities Network.
- Taillefer, L. (2009). *La sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle. Sexualité et éducation sexuelle : Première partie*. Présentation à HLHL : 24 mars 2009: Comité programmation clinique, Programme Psychiatrie en déficience intellectuelle, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Taillefer, L. (2009). *La sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle. Victimes d'agression sexuelle: Deuxième partie*. Présentation du 26 mai 2009 : Comité programmation clinique, Programme Psychiatrie en déficience intellectuelle, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Tremblay, G. et Boucher, C. (2003). La sexualité. Dans M. J. Tassé et D. Morin (dir.), *La Déficience intellectuelle*. (p. 319-331). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Tremblay, G., Desjardins, J. et Gagnon, J.-P. (1993). *Programme de développement psychosexuel*. Eastman, Québec : Behaviora.
- Trudel, G. et Desjardins, G. (1991). *L'attitude du personnel face à la sexualité des personnes séjournant en institution psychiatrique*, Rapport de recherche remis au comité d'étude sur la sexualité de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, 142pp.
- Van Bourgondien, M. E.; Reichle, N. C. et Palmer, A. (1997). Sexual behaviour in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(2), 113-125.
- Zwecker, P. (1985). *Assessment of staff attitudes toward sexual behaviors of mentally retarded and nonretarded people: A discrepancy analysis*. (Doctoral dissertation, University of Minnesota, 1985). UMI's Dissertation Abstract.

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal offre des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie. Chef de file dans son domaine, l'établissement a mis en place un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation qui répond aux besoins multiples de sa clientèle.

À la fine pointe des connaissances, le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal est le plus important lieu de recherche en santé mentale dans le milieu francophone canadien. Il regroupe le plus important nombre de chercheurs en santé mentale des facultés de médecine, des arts et des sciences et des sciences infirmières de l'Université de Montréal et d'autres universités.

iusmm.ca

Collections



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

UNIVERSITÉ
de Montréal