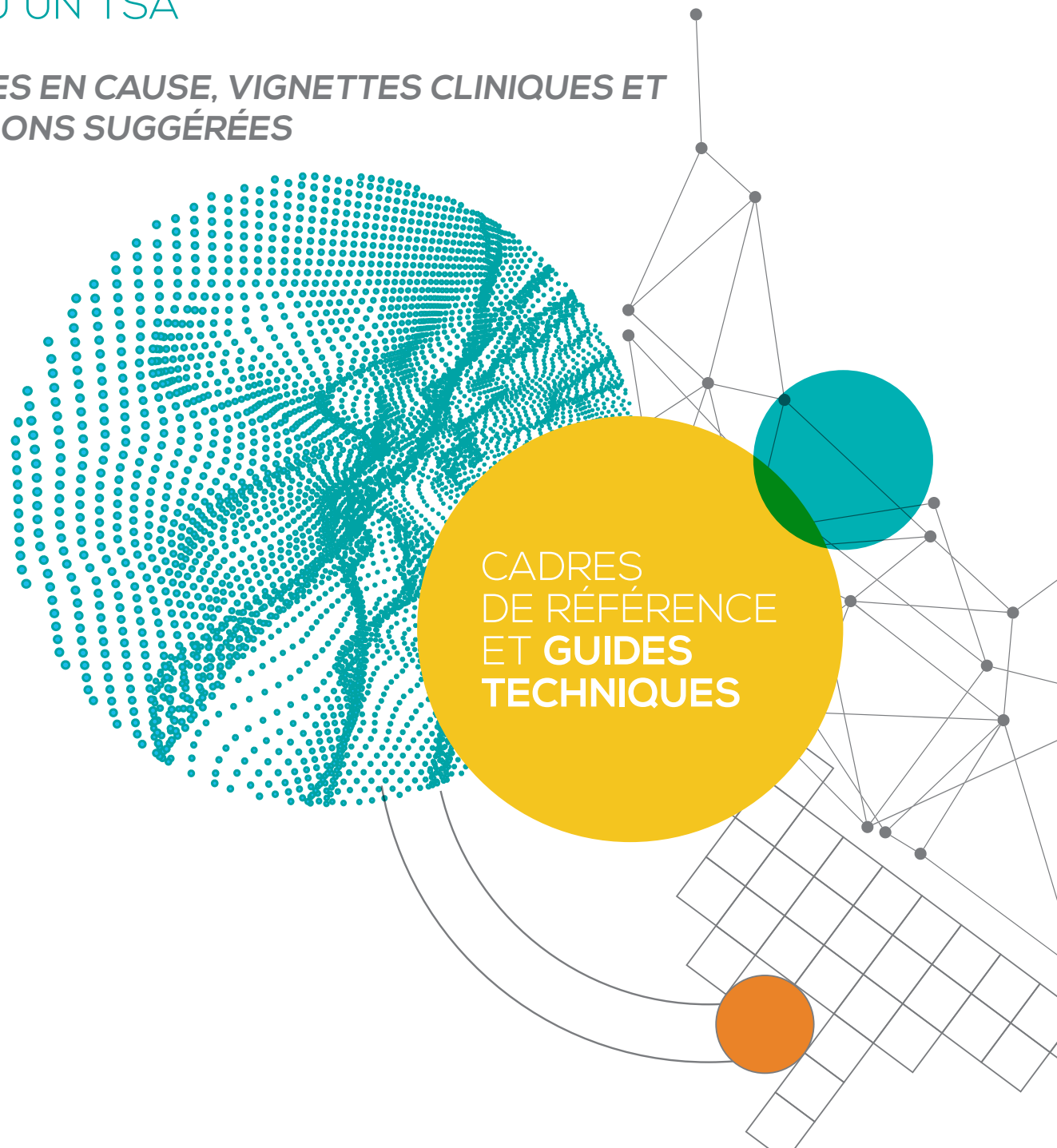


LA DÉVIANCE CONTREFAITE

CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT
UNE DI OU UN TSA

*HYPOTHÈSES EN CAUSE, VIGNETTES CLINIQUES ET
INTERVENTIONS SUGGÉRÉES*



CADRES
DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES
TECHNIQUES

SQETGC

Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement

Québec 

LA DÉVIANCE CONTREFAITE

CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT
UNE DI OU UN TSA

HYPOTHÈSES EN CAUSE, VIGNETTES
CLINIQUES ET INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



CADRES
DE RÉFÉRENCE
ET **GUIDES**
TECHNIQUES

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

Mai 2019

Publié au Québec en mai 2019.

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 - 978-2-551-26433-9

© SQETGC | CIUSSS MCQ (2019)

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, psychothérapeute, consultant et formateur spécialisé en DI-TSA et expert-conseil au SQETGC

Coordination : Véronique Longtin, conseillère experte en TGC, SQETGC

Édition : Marianne Reux, APPR, SQETGC

Révision : Diane Touten

Ce document devrait être cité comme suit : Claveau, Y. (2019). La déviance contrefaite chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Hypothèses en cause, vignettes cliniques et interventions suggérées. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

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

Téléphone : 514 873-2090 | Télécopieur : 514 525-7075 | www.sqetgc.org

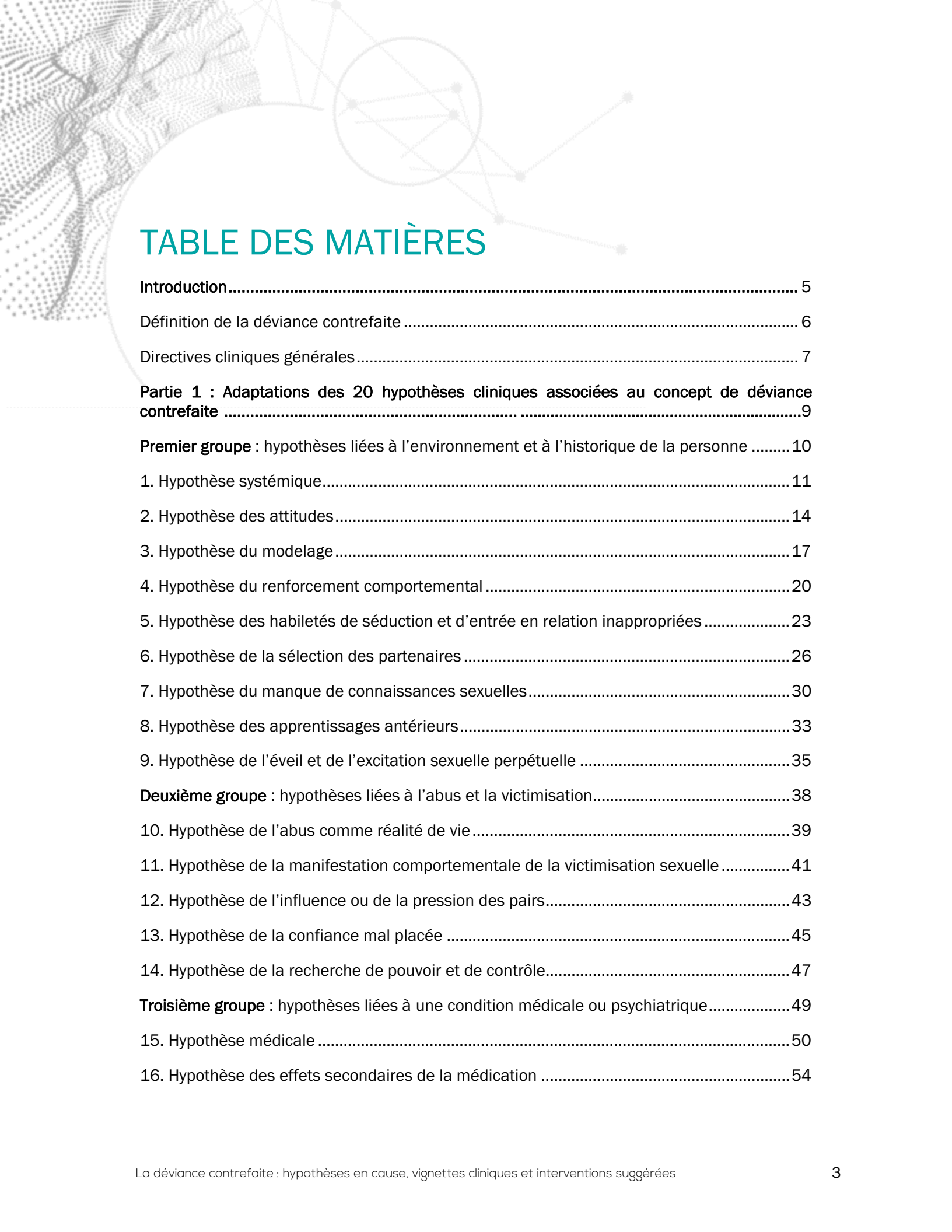


TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Définition de la déviance contrefaite	6
Directives cliniques générales.....	7
Partie 1 : Adaptations des 20 hypothèses cliniques associées au concept de déviance contrefaite	9
Premier groupe : hypothèses liées à l'environnement et à l'historique de la personne	10
1. Hypothèse systémique.....	11
2. Hypothèse des attitudes	14
3. Hypothèse du modelage	17
4. Hypothèse du renforcement comportemental	20
5. Hypothèse des habiletés de séduction et d'entrée en relation inappropriées	23
6. Hypothèse de la sélection des partenaires	26
7. Hypothèse du manque de connaissances sexuelles.....	30
8. Hypothèse des apprentissages antérieurs.....	33
9. Hypothèse de l'éveil et de l'excitation sexuelle perpétuelle	35
Deuxième groupe : hypothèses liées à l'abus et la victimisation.....	38
10. Hypothèse de l'abus comme réalité de vie	39
11. Hypothèse de la manifestation comportementale de la victimisation sexuelle	41
12. Hypothèse de l'influence ou de la pression des pairs.....	43
13. Hypothèse de la confiance mal placée	45
14. Hypothèse de la recherche de pouvoir et de contrôle.....	47
Troisième groupe : hypothèses liées à une condition médicale ou psychiatrique.....	49
15. Hypothèse médicale	50
16. Hypothèse des effets secondaires de la médication	54

17. Hypothèse médicale élargie et psychiatrique	57
18. Hypothèse de la panique homosexuelle	60
19. Hypothèse de l'hypersexualité	63
Quatrième groupe : hypothèses liées à la présence d'une réelle déviance sexuelle (paraphilie) ou d'un trouble paraphilique	65
20. Hypothèse des paraphilies bénignes et non offensives.....	66
21. Hypothèse de la déviance	69
Partie 2 : Autres hypothèses provenant de la pratique clinique.....	75
Cinquième groupe : autres hypothèses à considérer en DI-TSA	76
22. Hypothèse du recours au sexe comme stratégie adaptative ou comme mécanismes d'autorégulation des émotions négatives ou indésirables.....	77
23. Hypothèse de l'absence de capacités fantasmatiques	80
Sixième groupe : hypothèses spécifiquement liées aux caractéristiques des personnes présentant un TSA sans DI	82
24. Hypothèse des déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales réciproques	83
25. Hypothèse du recours à la sexualité comme mécanisme d'autorégulation des surcharges neurosensorielles	85
26. Hypothèse des intérêts restreints ou des comportements répétitifs et stéréotypés	88
27. Hypothèse du champ perceptuel visuel différent.....	91
28. Hypothèse des comportements associés aux phénomènes Ecchi et Hentai	93
Conclusion.....	95
Références.....	96

INTRODUCTION

Le présent guide est un outil de sensibilisation, d'analyse et d'orientation clinique qui vise à soutenir la réflexion clinique et la prise de décision chez les équipes multidisciplinaires en ce qui concerne les comportements sexuels problématiques relevant de la déviance contrefaite chez les adolescents et les adultes présentant une déficience intellectuelle (DI) et un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Il présente l'ensemble des hypothèses cliniques répertoriées dans la littérature concernant le concept de déviance contrefaite en DI, en DI-TSA et en TSA sans DI, ainsi que d'autres hypothèses relevant d'observations en pratique clinique. Ce document est un outil de sensibilisation, puisque les hypothèses sont décrites et expliquées en détail, un outil d'analyse, puisque de brèves vignettes cliniques¹ sont présentées pour illustrer concrètement chacune des hypothèses et un guide d'orientations cliniques, divers types d'interventions (individuelles, environnementales, multidisciplinaires et organisationnelles) étant proposés pour chacune d'entre elles. Cet outil ne constitue pas un inventaire complet de toutes les hypothèses possibles liées à la déviance contrefaite. En effet, considérant que la pratique clinique et la clientèle évoluent, et que de nouvelles situations complexes apparaissent au fil du temps, la liste des hypothèses cliniques sera toujours sujette à des bonifications, des nuances et des améliorations. Le lecteur constatera d'ailleurs que certaines hypothèses s'entrecoupent et sont intimement interreliées.

Même si l'exercice s'inscrit dans le respect des concepts théoriques et des visions cliniques générales des auteurs de référence, il est important de mentionner que les hypothèses rapportées sont l'objet d'une traduction libre et d'adaptations culturelles et structurelles qui sont liées à l'offre de service de réadaptation en DI-TSA au Québec. Ceci étant dit, les hypothèses demeurent en phase avec les valeurs et les grandes orientations cliniques qui les sous-tendent.

Contenu

La première partie de ce document présente des adaptations des 20 hypothèses cliniques associées au concept de déviance contrefaite telles que présentées par Hingsburger, Dalla Nora et Tough (2010) dans leur ouvrage *The Key: A community approach to assessment, treatment and support for people with intellectual disabilities who sexually offend*. Afin de réaliser ces adaptations, le contenu de cette partie s'inspire des articles de Hingsburger, Griffiths, et Quinsey (1991) et de Griffiths, Hingsburger, Hoath et Ioannou (2013). Cette première partie regroupe quatre groupes d'hypothèses : les hypothèses liées à l'environnement et à l'historique de la personne; les hypothèses liées à l'abus et à la victimisation; les hypothèses liées à une condition médicale ou psychiatrique et les hypothèses liées à la présence d'une réelle déviance sexuelle (paraphilie) ou d'un trouble paraphilique.

La seconde partie présente des hypothèses n'ayant pas fait l'objet d'études scientifiques, mais apparaissant de façon distinctive dans la pratique clinique. Elles sont tout aussi essentielles à considérer tant pour l'analyse clinique que pour la définition d'interventions suggérées pour les personnes présentant une DI ou un TSA. Cette partie regroupe deux groupes d'hypothèses : les autres hypothèses à considérer en DI-TSA et les hypothèses spécifiquement liées aux caractéristiques des personnes présentant un TSA sans DI.

¹ Le niveau de déficience intellectuelle des personnes est précisé dans certaines vignettes cliniques, car les comportements sexuels problématiques relevant de la déviance contrefaite sont fortement associés aux vulnérabilités et particularités des personnes présentant une DI ou un TSA sur le plan diagnostique, adaptatif et fonctionnel ainsi qu'à leurs réalités de vie spécifiques et distinctes. Bien que, dans certains cas, cette précision puisse contribuer à la stigmatisation, à la marginalisation ou à la perpétuation des préjugés ou des fausses croyances à l'égard de ces personnes, dans le présent document, elle permet d'illustrer tant les déficits que les aptitudes inhérentes aux différents niveaux de DI, de donner un aperçu global des capacités adaptatives et des niveaux de compréhension et de fonctionnement de la personne, afin de préjuger de sa disponibilité en regard des types d'interventions pouvant être réalisées. Préciser le niveau de DI permet également au professionnel de mettre en perspective les comportements sexuels problématiques avec la vulnérabilité psychosexuelle de la personne et le niveau de soutien qu'elle requière pour apporter les nuances cliniques requises à la compréhension de la problématique sexuelle et au type de prise en charge nécessaire. Le lecteur peut se référer à la légende suivante : déficience intellectuelle légère (DIL); déficience intellectuelle modérée (DIM); déficience intellectuelle sévère (DIS) et déficience intellectuelle profonde (DIP).

DÉFINITION DE LA DÉVIANCE CONTREFAITE²

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 fantasmes 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.**

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 déviations 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 certaines hypothèses différentielles. Initialement développé pour les personnes présentant une DI et désormais transposé aux personnes présentant un TSA, le concept de la déviance contrefaite est encore méconnu 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.

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 plus susceptible de s'exprimer à travers un comportement hors normes 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 concept de déviance contrefaite. En effet, même s'ils sont susceptibles de choquer et de bousculer les valeurs morales de l'environnement, les comportements sexuels liés à la déviance contrefaite ne sont pas motivés par la malveillance, la violence ou la recherche de pouvoir. 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 ou à des expériences sexuelles difficiles et traumatisantes telles 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 des effets secondaires de la médication peuvent contribuer à l'apparition de comportements sexuels en apparence inappropriés et déviants.

La déviance contrefaite se présente sous deux formes, bénigne ou offensive, selon ses impacts sur la personne et sur son environnement : a) la déviance contrefaite bénigne, aucunement ou peu préjudiciable pour la personne elle-même ou pour autrui; et b) la déviance contrefaite offensive, moyennement ou fortement préjudiciable pour la personne elle-même ou pour autrui.

La déviance contrefaite bénigne ne présente aucune, voire très peu, de conséquences de détresse psychologique ou de perturbation du fonctionnement normal ou adaptatif chez la personne présentant un comportement sexuel de ce type. Par contre, une détresse psychologique ou une perturbation du

² Cette définition est extraite du document : Claveau, Y. (2018). Les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA – Guide d'orientations cliniques. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

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 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.

La **déviance contrefaite offensive** moyennement ou fortement préjudiciable pour la personne elle-même ou pour autrui présente diverses conséquences pour la personne, 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 en 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 offensive peuvent parfois prendre un caractère illégal et être judiciairisés.

Finalement, le phénomène de la déviance contrefaite ne fait pas abstraction de la présence réelle de 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.

DIRECTIVES CLINIQUES GÉNÉRALES³

Avant de mettre en place des interventions, les équipes multidisciplinaires doivent réaliser une analyse clinique concertée dans le but d'établir les hypothèses cliniques et ainsi d'élaborer un plan d'intervention individualisé et écosystémique détaillé. Le Plan d'action multimodal en troubles graves du comportement (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.

Les interventions suggérées dans le présent document ne peuvent en aucun cas se substituer à un plan d'intervention individualisé résultant d'une analyse multidisciplinaire poussée ou d'une évaluation sexologique du trouble sexuel. L'évaluation diagnostique différentielle est parfois essentielle pour confirmer ou infirmer la présence d'une déviance contrefaite. Le diagnostic différentiel permet

³ Cette section est extraite du document : Claveau, Y. (2018). Les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA – Guide d'orientations cliniques. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

également de prévenir la mise en place de mesures d'encadrement basées uniquement sur la restriction en établissant plutôt le type d'interventions et d'encadrement requis en fonction des facteurs contributifs aux comportements sexuels problématiques. De plus, cela permet d'éviter que l'approche pharmacologique ne soit envisagée comme seul traitement et que la personne fasse l'objet d'une castration chimique non justifiée ou ait à subir des conséquences légales non adaptées susceptibles de la vulnérabiliser davantage plutôt que de la soutenir et de l'aider à se responsabiliser.

Même si elles semblent attribuables au phénomène de déviance contrefaite, certaines problématiques sexuelles sont cliniquement plus complexes. Dans certains cas, les causes sont multifactorielles et peuvent être associées à d'autres troubles concomitants. Il peut être compliqué de bien évaluer la prépondérance clinique de chaque hypothèse associée à la déviance contrefaite chez une même personne et de déterminer les aménagements préventifs et les interventions prioritaires requises pour favoriser l'autodétermination et l'inclusion sociale de celle-ci. Il peut alors 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.

Les critères suivants peuvent justifier le recours aux services d'un sexologue :

- Les comportements sexuels problématiques paraissent 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 troubles du comportement (TC) ou troubles graves du comportement (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.



PARTIE 1 :

ADAPTATION DES 20 HYPOTHÈSES CLINIQUES ASSOCIÉES AU CONCEPT DE DÉVIANCE CONTREFAITE

PREMIER GROUPE

HYPOTHÈSES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT ET À L'HISTORIQUE DE LA PERSONNE

La grande majorité des personnes présentant une DI ou un TSA dépendent, à des degrés variables, de leur environnement pour bien fonctionner et pour évoluer dans une perspective d'intégration et de participation sociale. Elles sont ainsi plus sujettes à être influencées par différentes variables environnementales dans leur façon d'être, d'apprendre, de s'adapter et de se comporter. De plus, leurs particularités, leurs plus grandes vulnérabilités et les besoins qui s'y rattachent font en sorte que leur historique de vie est aussi différent des individus ayant un développement typique. Il en est de même concernant l'historique de leur développement psychosexuel. Nombre de malaises, de tabous, de mythes, de fausses croyances et d'attitudes nuisibles subsistent dans l'environnement des personnes présentant une DI ou un TSA en ce qui concerne leur sexualité. Les structures familiales, résidentielles, scolaires et réadaptatives ne sont pas toujours en mesure de bien répondre aux besoins d'éducation et d'accompagnement sur le plan des besoins liés au développement sexuel. Il arrive encore que les personnes présentant une DI ou un TSA vivent dans des milieux où leurs besoins intimes et sexuels ne sont pas reconnus, où les espaces-temps d'intimité font défaut, où l'expression saine et adéquate de la sexualité est impossible, interdite ou même punie et où les frontières sont absentes ou mal définies.

Dans ce cadre, certaines personnes font parfois l'objet de ce qu'il est possible de qualifier de castration environnementale. Or, les environnements de vie plus atypiques sont susceptibles de mener à des manières plus atypiques de découvrir ou d'exprimer la sexualité. Des milieux de vie moins normalisants et plus restrictifs sont aussi plus susceptibles d'engendrer des stratégies adaptatives hors normes visant à satisfaire des besoins normaux et légitimes, soit par des comportements inappropriés et l'utilisation de méthodes inadéquates pour s'ajuster ou pour contourner le système. Conséquemment, un grand nombre d'hypothèses liées à l'environnement et à l'historique de la personne sont à considérer dans le concept de déviance contrefaite, soit : l'hypothèse systémique, l'hypothèse des attitudes, l'hypothèse du modelage, l'hypothèse comportementale, l'hypothèse des habiletés de séduction et d'entrée en relation inappropriées, l'hypothèse de la sélection du partenaire, l'hypothèse du manque d'éducation sexuelle, l'hypothèse des apprentissages antérieurs et celle de l'éveil et de l'excitation sexuelle perpétuelle.

L'expérience clinique démontre que ces hypothèses sont très fréquemment en cause lorsqu'il s'agit de troubles du comportement sexuel liés à la déviance contrefaite. Les variables environnementales et historiques qu'elles représentent sont donc des piliers essentiels de l'analyse et de l'intervention.

1 HYPOTHÈSE SYSTÉMIQUE



DÉFINITION

Il arrive encore fréquemment que la structure familiale, résidentielle, réadaptative, scolaire ou psychosociale qui entoure la personne ne soit pas en mesure d'offrir l'éducation et l'accompagnement requis au bon développement psychosexuel de la personne présentant une DI ou un TSA.

L'éducation sexuelle en milieu familial est encore peu répandue, les programmes sexoéducatifs adaptés sont peu déployés et le développement et l'implantation de cadres de référence en matière de santé sexuelle constituent un défi. Conséquemment, rares sont les parents, les proches, les responsables de milieux de vie ou le personnel sensibilisés et formés en matière de problématiques sexuelles. De plus, les spécialistes qualifiés dans l'évaluation et le traitement des problématiques sexuelles auprès de la clientèle DI-TSA ne sont pas nombreux.

Il arrive également que la structure ou que l'intervention mette exclusivement l'accent sur l'arrêt des comportements sexuels problématiques sans toutefois reconnaître la légitimité des besoins intimes et sexuels de la personne. Dans ce contexte, il est alors possible que rien ne soit mis en place pour favoriser une expression sexuelle adéquate plus saine, plus normative et plus responsable. L'environnement est souvent très volontaire pour favoriser l'arrêt des troubles du comportement sexuel sans pour autant être disposé à permettre une expression sexuelle plus normative, adéquate et responsable puisque cela représente souvent pour ceux-ci une autre forme de « trouble » à gérer. L'intervention est alors plus restrictive ou répressive qu'éducative ou réadaptative.

Il arrive également que certaines frontières interpersonnelles soient absentes, ou mal définies dans certains milieux ou environnements. Par exemple, certaines personnes évoluent dans des milieux où leur intimité n'est pas respectée et dans lesquels elles n'ont pas la possibilité d'avoir accès à des lieux ou à des moments d'intimité. L'expression saine, adéquate et normative de la sexualité est alors impossible, interdite, perçue comme déviante ou même punie. La personne évolue donc dans un « chez-soi » partiel ou fragmenté où elle n'est pas considérée comme un individu à part entière puisque certains de ses droits et libertés sont brimés. Ainsi privée d'un lieu intime, adéquat et sécuritaire pour exprimer ses besoins intimes et sexuels, il peut arriver que la personne se retrouve dans un endroit inadéquat ou public pour répondre à ses besoins, ce qui est susceptible de la marginaliser, de la vulnérabiliser ou même d'engendrer des conséquences sur le plan légal.



VIGNETTES

Un adolescent de 16 ans présentant un TSA et une DIL et une adolescente de 17 ans présentant une DIL sont amoureux depuis plusieurs mois. Ils vivent tous les deux dans la même résidence spécialisée. Ils doivent obtenir des coupons après avoir répondu à certaines exigences comportementales pour avoir la permission de se coller quelques moments sur le divan au salon lorsque leurs pairs sont absents. Les interactions plus intimes et les relations sexuelles sont formellement interdites. Au retour de l'école et lors de certaines sorties, ils prennent l'habitude de se cacher dans un parc avoisinant pour avoir des relations sexuelles où ils sont repérés par un gang de rue. On leur propose d'obtenir de l'argent pour se louer une chambre d'hôtel en échange de certains « services » qu'ils pourraient rendre à leurs nouveaux amis. Les policiers interviennent à temps, mais ils sont tout de même accusés de grossière indécence en raison de leurs activités sexuelles en public. Les deux jeunes n'ont eu aucun accompagnement dans leur développement sociosexuel.

Un jeune adulte de 23 ans (TSA-DIM) fait l'objet d'attitudes très restrictives dans son milieu de vie, il n'a pas le droit d'exprimer ou de satisfaire ses besoins amoureux et sexuels. Il a été sévèrement puni par son père lorsqu'il a commencé à explorer sa sexualité et à se masturber dans sa chambre. Depuis, il doit constamment laisser sa porte de chambre ouverte. Il a une amoureuse de son âge et de son niveau de développement, mais ils ne peuvent se fréquenter à l'extérieur du milieu de stage. L'importance de cette relation est banalisée par les deux familles. Le jeune homme a été surpris par des policiers à se masturber jusqu'à l'éjaculation derrière un buisson dans un terrain de jeu situé à proximité d'enfants. Il est arrêté et judiciairisé. Il reçoit un diagnostic de trouble d'exhibitionnisme et de pédophilie. Les parents sont alarmés. Un cadre ultra restrictif, incluant la castration chimique, est mis en place.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



1. Hypothèse systémique

- ☑ S'assurer que la personne a 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 avec la personne les attentes de l'environnement et lui expliquer les codes de vie des milieux dans lesquels elle évolue (résidentiel, scolaire, travail, communauté), puis s'assurer qu'elle comprenne et intègre correctement l'information;
- ☑ Élaborer, déployer et implanter des politiques, des cadres de référence ainsi que des codes de vie en matière de vie intime, amoureuse et sexuelle des personnes DI-TSA visant à sensibiliser, éduquer et à soutenir les diverses structures dans le but d'offrir à la clientèle l'éducation et l'accompagnement préventif requis en ce qui concerne leurs besoins particuliers associés à un développement psychosexuel sain, responsable et normatif;
- ☑ Développer et offrir des activités de sensibilisation aux parents, aux proches, ainsi qu'aux responsables de milieux d'hébergement afin de réduire les fausses croyances, les mythes, les tabous et les peurs, en plus de faire la promotion des droits, des libertés et des responsabilités concernant la vie intime, amoureuse et sexuelle des personnes présentant une DI ou un TSA. Viser par cet exercice la réduction de la vulnérabilité psychosexuelle et la prévention des comportements sexuels inappropriés et problématiques;
- ☑ Assurer l'accès à des programmes sexoéducatifs adaptés et actualisés, à du personnel formé ou à des équipes spécialisées en matière d'éducation sexuelle et de problématiques sexuelles et à des spécialistes qualifiés dans l'évaluation et le traitement des troubles sexuels chez la clientèle;
- ☑ Assurer une trajectoire de services qui ne met pas uniquement l'accent sur l'arrêt des comportements sexuels problématiques, mais qui reconnaît aussi la légitimité des besoins intimes et sexuels de la personne tout en favorisant une expression sexuelle plus saine, plus normative et plus responsable, et ce, dans l'optique d'une intervention plus réadaptative que restrictive.



2 HYPOTHÈSE DES ATTITUDES



DÉFINITION

Nombre de préjugés, d'attitudes nuisibles, de fausses croyances et de mythes persistent chez les proches et chez certains intervenants en ce qui concerne la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA. Les attitudes infantilisantes, surprotectrices, déresponsabilisantes, répressives, restrictives et punitives sont encore bien présentes. Elles limitent le développement identitaire, psychosocial et psychosexuel des personnes qui y sont exposées. Ces dernières se retrouvent alors privées d'un environnement leur permettant d'exprimer leurs besoins affectifs et sexuels de manière respectueuse, égalitaire et responsable. Elles sont ainsi plus à risque d'être vulnérabilisées et de développer des conduites sexuelles atypiques, hors normes ou problématiques.

En dépit de la présence de politiques, de cadres de référence ou de codes de vie en matière de vie intime, amoureuse et sexuelle, il arrive que certains responsables de milieux de vie ou certains intervenants soient davantage guidés par leurs propres références, croyances ou valeurs (moralisantes, trop restrictives ou trop laxistes) en ce qui concerne la sexualité. Les attitudes libérales (laisser-aller, banaliser et refuser le questionnement), ou d'indifférence (d'autres priorités à gérer) sont aussi liées à l'apparition de conduites sexuelles apparemment déviantes et problématiques.

Il est fréquent que des proches ou les intervenants soient très mal à l'aise et se sentent bousculés dans leurs valeurs, leurs propres vécus ou qu'ils soient craintifs lorsque des comportements sexuels problématiques se manifestent chez les personnes présentant une DI ou un TSA, notamment lorsqu'ils ciblent les enfants ou qu'ils sont accompagnés d'agressivité. Des jugements, des étiquettes et des réactions punitives ou très contraignantes peuvent alors être observés. D'autres proches ou intervenants ne sont réellement pas motivés ni intéressés, ou ne présentent ni le savoir-être ni le savoir-faire requis, pour intervenir au niveau de la sexualité ou des problématiques sexuelles. Dans certains cas, les intervenants n'ont tout simplement pas la supervision et le soutien nécessaires au sein de leur établissement.

En outre, l'infantilisation, phénomène encore très présent chez les personnes présentant une DI ou un TSA, contribue largement à la stagnation de leur développement psychoaffectif, psychosexuel et identitaire. Ces personnes sont donc plus susceptibles de s'identifier aux enfants ou aux adolescents, même si elles sont adultes. Conséquemment, elles sont à risque d'explorer ou d'exprimer leur sexualité à l'endroit des personnes auxquelles elles ont accès ou s'identifient dans un registre inégalitaire. Elles risquent alors d'être perçues comme étant sexuellement déviantes tandis que cette déviation est surtout attribuable aux attitudes de l'environnement. Cependant, lorsque des comportements sexuels à l'endroit de personnes d'un autre niveau de développement persistent, qu'ils sont renforcés par l'excitation et le plaisir sexuel, et qu'ils ne peuvent être remplacés par des expériences égalitaires agréables et positives, ils risquent de s'enraciner et de devenir des intérêts sexuels déviants plus difficiles à déloger.



VIGNETTES

Un jeune homme de 21 ans présentant une DIM est surpris par ses proches alors qu'il effectue, sous forme de jeux, des attouchements sexuels à deux jeunes cousins âgés de 7 et 9 ans au sous-sol de leur maison. À la suite de cet incident, les garçons ont révélé que cela s'était produit à une autre occasion dans le même contexte. Lorsqu'elle est questionnée, la fille des responsables de la ressource d'hébergement âgée de 8 ans fait peu après des révélations similaires. Craignant qu'il ne soit pédophile, plusieurs de ses proches décident de ne plus l'inviter lors des activités et des fêtes familiales tant qu'il n'a pas été « médicalement et guéri ». Certains affirment même « qu'il n'y aura rien à faire avec lui puisqu'il est déficient, qu'il ne peut pas comprendre et qu'il ne pourra jamais contrôler sa sexualité ». Après analyse, l'équipe comprend que le jeune homme en question a l'apparence d'un préadolescent sur le plan morphologique et qu'il est très infantilisé par ses parents et par les responsables de la ressource. On lui parle en enfant, puis on le traite et on l'habille comme un enfant. Les murs de sa chambre sont tapissés d'affiches de Bob l'Éponge et de Caillou. Il écoute des épisodes de Caillou et de Passe-Partout quasi quotidiennement. Lorsque les membres de sa famille souhaitent lui faire plaisir, ils lui offrent des toutous ou ils l'invitent au cinéma voir des films pour enfants. Lorsque la famille ou de la visite se présente chez ses parents ou dans sa RTF, les adultes en présence l'invitent à jouer et à manger avec les enfants. Lorsqu'il va en visite chez ses parents et que son père est absent pour le travail, il dort avec sa mère. On lui interdit d'aller au parc avec un ami de son âge qui présente un profil cognitif similaire, de peur qu'il ne lui arrive quelque chose. Récemment, il semble plus curieux sur le plan sexuel, mais ses questionnements n'ont pas été pris au sérieux.

Un homme de 33 ans présentant une DIM est surpris par des parents d'enfants d'âge primaire à se masturber dans un parc derrière un buisson. Alarmés par l'allure étrange et par le format colossal de la personne qui regardait dans la direction de leurs enfants lorsqu'il se masturbait, ils appellent sans attendre la police afin de dénoncer un exhibitionniste aux allures pédophiles. Les intervenants responsables de son milieu de stage ont également rapporté qu'il se serait masturbé dans la cour arrière de l'atelier qui se trouve tout près d'une garderie. À la suite d'une investigation clinique plus approfondie, on découvre que l'homme vit avec ses parents et qu'il a été sévèrement puni par son père lorsqu'il a découvert la masturbation au début de la trentaine. Il a fait l'objet d'une éducation restrictive et très culpabilisante en regard de la sexualité. Sa mère lui a dit que les déficients n'ont pas de blonde, pas de sexualité et pas d'enfant. Les parents ont toujours refusé qu'il bénéficie d'interventions sexoéducatives. Le père a même menacé les intervenants de faire une plainte à la direction s'ils parlaient de sexe avec leur fils. Le père a retiré la porte de sa chambre à coucher pour pouvoir l'entendre à tout moment et le superviser plus étroitement. Le fils n'a donc aucune intimité ni opportunité d'apprendre à exprimer ses besoins sexuels adéquatement. Il n'a aucun intérêt sexuel envers les enfants. Il est même amoureux d'une femme de son âge qui fréquente le même atelier de travail.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



2. Hypothèse des attitudes

- ☑ Encourager, par les politiques et les cadres de référence en matière de vie intime, amoureuse et sexuelle, des attitudes positives et responsabilisantes ainsi que le respect des droits et des libertés des personnes présentant une DI ou un TSA dans la promotion de l'expression légitime de leurs besoins intimes, amoureux et sexuels en tenant compte de l'âge et du niveau de fonctionnement et de développement psychosexuel;
- ☑ Former et outiller les intervenants et les professionnels afin qu'ils puissent développer et offrir aux parents, aux proches et aux responsables de milieux de vie des activités de sensibilisation. Ces activités devraient inclure les enjeux de la conscientisation (coûts-bénéfices), la réduction des attitudes nuisibles, des fausses croyances, des mythes, des tabous, des peurs, les conséquences des mythes sur l'estime et l'image de soi et sur l'intégration et la participation sociale, la réduction de la vulnérabilité psychosexuelle et la prévention des comportements sexuels inappropriés et problématiques;
- ☑ Faire en sorte que les intervenants et les professionnels qui accompagnent les personnes présentant une DI ou un TSA aient l'intérêt, la motivation, le savoir-être, le savoir-faire et la supervision requise.



3 HYPOTHÈSE DU MODELAGE



DÉFINITION

L'apprentissage par observation et par imitation est à la base du développement et de l'évolution des individus. Les personnes présentant une DI ou un TSA sont plus sujettes à reproduire naïvement ce qu'elles observent dans leur environnement, télévisuel ou virtuel, croyant que cela est approprié ou normal. Il arrive parfois dans certains milieux de vie que les parents, les intervenants ou les employés voient les résidents nus ou qu'ils interviennent de façon intrusive sans respecter leur intimité. Certaines personnes présentant une DI ou un TSA reproduisent les comportements dont ils sont témoins. Conséquemment, il se peut que des comportements sexuels inadéquats ou intrusifs soient perçus comme des comportements aidants ou appropriés.

Nombre de personnes de tous âges présentant une DI ou un TSA ont un accès non supervisé ou non balisé à la télévision, aux médias sociaux, à des sites Internet et à certains jeux vidéo aux contenus très violents et sexualisés. Privées d'éducation sexuelle préventive adaptée, plus rigides sur le plan cognitif et adaptatif, peu accompagnées dans le développement de leur jugement moral, ces personnes sont plus à risque d'être influencées par des contenus pornographiques. Elles peuvent prendre des initiatives sociosexuelles qui sont calquées sur des représentations pornographiques utilitaires, hors normes, dégradantes, déviantes, hostiles, voire même illégales et lourdes de conséquences (tant pour la personne que pour autrui), et ce, sans qu'elles ne soient à la base mal intentionnées. Sans références ni expériences sexuelles saines, positives et normalisantes, leurs vulnérabilités font en sorte qu'elles sont aussi plus à risque de développer rapidement des intérêts sexuels déviants en fonction du niveau d'exposition et du renforcement généré par le plaisir (conditionnement lié aux premières expériences de gratification sexuelle). L'expérience clinique démontre que le libre accès aux contenus sexuels hautement inadéquats et perturbants est à l'origine de plusieurs problématiques sexuelles liées à la déviance contrefaite chez les personnes présentant une DI ou un TSA.



VIGNETTES

Un homme de 38 ans présentant une DIM aux limites inférieures intègre un nouveau milieu de vie en raison de troubles graves du comportement qui ne sont pas de nature sexuelle. Parmi les résidents se trouve une jeune femme non verbale qui n'est pas autonome au niveau de son hygiène personnelle. Elle doit être assistée au bain par différents membres masculins et féminins du personnel qui laissent parfois la porte entrouverte pour garder un œil et une oreille sur ce qui se passe dans la résidence lorsque le climat est tendu. Quelques semaines après son arrivée, l'homme est surpris seul avec la femme en question dans la salle de bain. Elle est à moitié nue dans le bain alors qu'il est en train de lui faire des attouchements sexuels aux parties intimes. Un protocole d'abus est entamé. Les membres de l'équipe se demandent pourquoi ils n'avaient pas été avisés que le résident avait aussi une problématique d'agression sexuelle. Après analyse, il s'est avéré que l'homme avait interprété qu'il pouvait lui aussi, tout comme les intervenants, donner des soins à la résidente.

Une adolescente de 16 présentant un TSA et une DIL visionne avec sa famille une émission de télé humoristique à connotation sexuelle de type « *Sexy Cam* ». Ses parents et son frère aîné rigolent beaucoup. Ils ne contextualisent pas ce qu'ils observent. Quelques jours plus tard, l'adolescente montre ses seins à ses pairs de l'école pour les surprendre et les faire rire. Quelques jeunes du parcours scolaire régulier lui demandent par la suite de leur montrer ses seins et elle s'exécute. Isolée, très timide et maladroite socialement, elle cherche à se faire des ami(e)s. Les parents sont rapidement contactés par la direction de l'école qui qualifie ses comportements d'exhibitionnistes. La direction exige qu'elle soit rencontrée par un spécialiste pour la poursuite de sa scolarisation.



VIGNETTES

Un adolescent de 14 ans présentant une DIM et un TDAH reproduit avec sa petite sœur neurotypique de 6 ans des comportements sexuels génitalisés tels qu'observés dans une vidéo pornographique infantile vue sur Internet. Le jeune n'a reçu aucune éducation sexuelle. Il est dans une phase d'éveil et de curiosité sexuelle. Il a accès à Internet et il n'est pas encadré dans l'utilisation de sa tablette numérique. Les comportements sont apparus à plusieurs occasions avant que la fillette en parle à ses parents. Elle est très perturbée par ce qu'elle a vécu et ne veut plus être en présence de son frère. Celui-ci est préoccupé par la sexualité et il est très anxieux depuis que ses parents contrôlent tous les appareils électroniques et qu'ils ont sécurisé le réseau sans fil. Tout contenu pornographique ou érotique est désormais strictement interdit d'accès et il n'est jamais seul en présence de sa sœur.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



3. Hypothèse du modelage

- ☑ Réaliser un travail de sensibilisation et d'éducation préventive, tant auprès de la personne que de son entourage, en ce qui concerne le libre accès à certaines émissions ou chaînes de télévision, types de jeux vidéo, médias sociaux et sites Internet afin de réduire le risque d'influences sociosexuelles négatives, inadéquates, hors normes, déviantes, hostiles ou illégales;
- ☑ Éviter qu'une personne de moins de 16 ans ait librement accès à Internet et aux médias sociaux sans la supervision d'un adulte averti. Il est important de tenir compte davantage des vulnérabilités et des caractéristiques de la personne présentant une DI ou un TSA que de l'âge lorsqu'il s'agit de ce sujet;
- ☑ Prévenir toute consommation de matériel pornographique chez les personnes de moins de 18 ans puisque cela est illégal. Orienter, au besoin, la personne de 16 ans et plus vers des contenus de substitution érotiques *softs* et normalisants (DVD ou revues) lorsque cela est cliniquement pertinent et recommandé par une équipe multidisciplinaire ou un professionnel qualifié ayant analysé la situation et évalué le comportement sexuel problématique;
- ☑ Encadrer l'emploi du matériel technologique (ordinateurs, tablettes électroniques, téléphones intelligents, consoles de jeux vidéo) afin qu'il soit utilisé dans une pièce commune du milieu de vie sous la supervision d'adultes responsables (jamais dans la chambre à coucher);
- ☑ Installer sur le matériel technologique un contrôle parental efficace et mis à jour régulièrement. Sécuriser l'accès au réseau sans fil par un code de sécurité. Analyser l'historique de recherche au besoin;
- ☑ Assurer le développement et l'offre de programmes adaptés de cyberéducation et de cyberprévention;
- ☑ S'assurer que les personnes responsables dans l'environnement de la personne (parents, proches et intervenants) constituent des modèles adéquats et respectueux de l'intimité d'autrui :
 - S'assurer que les soins d'hygiène demeurent privés et qu'ils ne s'effectuent pas à la vue des résidents;
 - S'assurer que les personnes comprennent bien les rôles des intervenants lorsque ceux-ci ont à intervenir sur le plan de leur intimité.
- ☑ Établir un code de vie résidentiel ou familial et travailler la distance sociale à l'aide de l'outil des cercles sociaux et d'intimité avec la personne.

4 HYPOTHÈSE DU RENFORCEMENT COMPORTEMENTAL



DÉFINITION

L'humain a tendance à adopter de manière assez créative toute une variété de comportements dans le but d'obtenir de l'attention, des gains, des bénéfices ou encore afin d'éviter certaines tâches ou responsabilités déplaisantes ou exigeantes. L'hypothèse comportementale fait référence à cette recherche d'attention et d'évitement de tâches. Dans des milieux ou environnements de vie où plusieurs personnes présentent des troubles du comportement ou des besoins de soins, d'intervention et de supervision élevés, il se peut que la compétition attentionnelle soit importante et qu'elle génère une grande rivalité au niveau de la recherche d'attention.

Les comportements sexuels étant très difficiles à ignorer, ils passent rarement inaperçus. Ils génèrent plutôt instantanément une grande source d'attention, et ce, d'autant plus lorsqu'ils sont inadéquats, atypiques, problématiques ou lourds de conséquences pour la personne elle-même ou pour autrui.

Toute recherche d'attention témoigne du besoin fondamental et légitime de reconnaissance. La personne cherche à sentir qu'elle existe, qu'elle est considérée, qu'elle est incluse dans son environnement et qu'elle peut prendre sa place. Lorsqu'elle ne peut être obtenue positivement, l'attention négative constitue une autre stratégie pour contrer le sentiment d'isolement, de solitude, d'ennui, d'exclusion, de rejet, d'abandon ou de négligence, sentiments qui sont fréquemment rapportés par les personnes présentant une DI ou un TSA.

Lorsque des tâches ou des responsabilités sont déplaisantes, qu'elles ne sont pas valorisées ou qu'elles n'ont aucun sens pour la personne, l'apparition d'un comportement problématique, sexuel ou non, redirige l'attention sur autre chose et crée ainsi une stratégie d'évitement.

Les attitudes et les réactions de l'environnement présentent un immense potentiel de maintien, de renforcement ou d'augmentation du comportement sexuel inadéquat ou problématique.



VIGNETTES

Un homme de 52 ans présentant une DIM, nouvellement arrivé dans une ressource d'hébergement, est référé en sexologie pour des conduites sexuelles masturbatoires occasionnelles, mais persistantes en présence des pairs de son nouveau milieu de vie. Après analyse, on constate que les comportements problématiques ont toujours lieu dans la cuisine lorsque vient son tour de vider le lave-vaisselle et de sortir les déchets. Il porte alors systématiquement la main dans son pantalon, il touche intensément ses parties génitales en émettant des cris et en se sortant la langue. On apprend qu'il avait ce type de conduites dans son ancien milieu de vie et qu'on le redirigeait immédiatement à sa chambre dès qu'il portait la main à ses pantalons pour qu'il puisse se satisfaire en toute intimité.

Une adolescente présentant une DIL attire l'attention de ses pairs en sortant nue de la salle de bains pour se rendre à sa chambre. La jeune est nouvellement arrivée dans un milieu de vie en présence de pairs mixtes. Elle cherche à obtenir plus d'attention que les autres filles de la résidence auprès de ses pairs masculins.



VIGNETTES

Un adolescent de 15 ans présentant une DIL, un TDAH, un trouble de l'attachement et de l'adaptation vit dans sa famille naturelle à la campagne avec cinq frères et sœurs plus jeunes. Tous les enfants ont des besoins particuliers plus exigeants que les siens. Le milieu est désorganisé et les parents sont eux-mêmes vulnérables. Ils consomment de l'alcool et des drogues. Ils sont peu outillés pour éduquer et encadrer leurs enfants, mais ils sont surtout épuisés et dépassés par la situation. Un signalement a été fait à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour négligence ainsi que pour questionner les aptitudes et les habiletés parentales. Le signalement n'a pas été retenu puisque les parents collaborent et qu'ils acceptent les services de réadaptation. Plusieurs mois après la prise en charge par les services de réadaptation, les parents rapportent que leur fils aîné expose ses parties intimes et joue avec son pénis devant les autres enfants en leur présence. Les parents n'avaient pas communiqué cette information à l'intervenante de peur que leurs enfants ne leurs soient retirés par la DPJ. L'adolescent est alors retiré du milieu familial, placé en foyer de groupe au centre jeunesse, puis référé en évaluation pour exhibitionnisme et de possibles agressions sexuelles à l'endroit de sa fratrie. Après évaluation, il s'avère que l'adolescent n'avait pas de troubles exhibitionnistes ni de propension à l'abus sexuel envers sa fratrie ou d'autres enfants. Il n'est pas en érection lorsqu'il s'exhibe et joue avec son pénis. Il ne retire aucune forme d'excitation ou de satisfaction sexuelle pendant ou après les gestes, même s'ils sont très inappropriés. Il s'agit plutôt d'une stratégie ultime pour faire en sorte que ses parents réagissent, qu'il lui accorde de l'attention et qu'ils s'occupent de lui. Ce type de comportement n'est pas réapparu lorsqu'il s'est retrouvé en foyer de groupe avec des pairs de son âge, une structure occupationnelle valorisante et de l'attention positive de la part des intervenants.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



4. Hypothèse du renforcement comportemental

- ☑ Réaliser face à tout comportement problématique (sexuel ou non) une analyse fonctionnelle du comportement pour déterminer l'apport des attitudes et les réactions de l'environnement dans le renforcement (maintien ou augmentation) du comportement et, plus spécifiquement, en termes de recherche d'attention ou d'évitement de tâche ou de la responsabilité;
- ☑ Offrir à la personne une diète attentionnelle positive et valorisante préventive (avant que la recherche d'attention négative se manifeste) qui est susceptible de rivaliser ou de dépasser les bénéfices attentionnels associés aux comportements sexuels problématiques. Offrir à la personne, au minimum, l'équivalent des bénéfices attentionnels lorsqu'elle adopte les stratégies de remplacement qu'on lui enseigne;
- ☑ Intervenir avec fermeté, mais avec calme et neutralité émotionnelle, lorsque des recadrages sont nécessaires. Intervenir avec plus d'enthousiasme et d'intensité émotionnelle lorsque les comportements attendus ou adéquats se présentent. Dans certains cas, l'ignorance intentionnelle peut contribuer à la réduction des comportements problématiques;
- ☑ Réaliser un travail sur l'estime de soi et la valorisation personnelle à l'aide du cahier ou livre de vie, le cahier des aspects positifs, des bons coups et de réalisations de la personne;
- ☑ Proposer des tâches et des responsabilités qui mobilisent les intérêts, les aptitudes et les compétences de la personne;
- ☑ Éviter de réaliser les tâches à la place de la personne et opter pour une approche motivationnelle et comportementale valorisante en renforçant positivement l'accomplissement des tâches et des responsabilités en incluant des systèmes d'émulation adaptés;
- ☑ Recourir à la technique du renforcement vicariant ou indirect, c'est-à-dire renforcer positivement et valoriser avec enthousiasme les comportements attendus ou adéquats chez les pairs en présence de la personne afin que celle-ci soit tentée d'imiter ses pairs en vue d'obtenir les mêmes bénéfices. Utiliser la même technique en ce qui concerne les tâches que réalisent les pairs ou les responsabilités qu'ils assument. Puisque la compétition attentionnelle est parfois inévitable dans certains milieux ou contextes, faire en sorte qu'elle soit positive.



5 HYPOTHÈSE DES HABILÉTÉS DE SÉDUCTION ET D'ENTRÉE EN RELATION INAPPROPRIÉES



DÉFINITION

Les habiletés visant à démontrer de l'intérêt amoureux ou sexuel à l'endroit d'une personne, qu'elle soit du sexe opposé ou de même sexe, sont souvent les plus complexes à comprendre et les plus difficiles développer, puis à maîtriser chez les êtres humains. Manifester de l'intérêt amoureux ou sexuel requiert un certain niveau de confiance, de compétences et de délicatesse.

Si les habiletés sociales sont souvent déficitaires et peu développées chez les personnes présentant une DI ou un TSA, celles-ci sont encore plus démunies et bien souvent très maladroitement lorsqu'il s'agit de signifier un intérêt amoureux ou sexuel ou de développer et de maintenir une relation intime. Il arrive qu'elles émettent alors des propos ou qu'elles aient des attitudes ou des comportements très inappropriés.

Elles ont naturellement tendance à projeter leurs propres intentions et perceptions sur autrui sans tenir compte de la volonté ou de la perspective des autres. Leur capacité de projection altruiste est plus limitée, ce qui peut être encore plus marqué chez les personnes présentant un TSA sans DI.

Elles sont également plus susceptibles d'interpréter des marques de politesse, de gentillesse ou d'amabilité comme étant des signes ou encore des preuves d'un intérêt amoureux ou même sexuel réciproque tandis qu'il n'en est rien. Plusieurs ont de la difficulté à faire la distinction entre un comportement sexuel et non sexuel, un comportement inadéquat et adéquat et entre ce qui est privé et public. Conséquemment, il arrive qu'elles tentent de nouer des liens intimes en prenant des initiatives ou des moyens qui sont intrusifs et qui sont vécus comme abusifs, même si ces stratégies de séduction ou d'entrée en relation ne sont pas motivées par une quelconque intention négative ou malveillante.

Que ce soit par manque d'aptitudes ou de compétences, par maladresse ou parce que la personne perçoit un intérêt ou un consentement mutuel qui ne l'est pas, certaines initiatives ou manifestations d'intérêt amoureux ou sexuel peuvent parfois être perçues à tort comme étant déviantes ou abusives.



VIGNETTES

Un adolescent de 15 ans présentant un TSA et une DIL fait une demande d'amitié sur Facebook à une amie de sa sœur aînée qui est âgée de 19 ans. Il trouve la jeune femme très attirante et il est fasciné par celle-ci. Par politesse et sympathie, la jeune femme finit par accepter sa demande. L'adolescent constate malheureusement par son statut qu'elle est en couple. L'adolescent consulte quotidiennement son profil et ses albums photo où on la voit parfois en bikini ou sur son lit en sous-vêtements. Il lui écrit des messages et elle lui répond avec humour et cordialité. Un jour, il constate avec joie que son statut vient de changer pour célibataire. Sous l'effet de l'excitation, il prend spontanément une photo de son pénis en érection et il lui envoie pour lui signifier ce que cela lui fait d'apprendre qu'elle est célibataire. Sous le choc, elle envoie un message à une partie de sa liste de contacts pour les prévenir que le jeune est un désaxé sexuel, en plus d'être bizarre. Stupéfaits, les parents lui interdisent tout accès à Internet et ils l'amènent au poste de police pour lui faire peur.

Une femme de 32 ans présentant une DIM aux limites inférieures vient d'intégrer un nouveau milieu de vie. Elle constate rapidement qu'il y a un pair adulte qu'elle trouve particulièrement joli, aimable et souriant. L'homme en question présente une DI plus importante et il est non verbal. À une occasion, elle a été surprise à lever son chandail et à lui montrer ses seins. L'homme a rigolé et le personnel a banalisé la situation. Quelques jours plus tard, le veilleur de nuit est réveillé par des cris. La femme est retrouvée nue dans le lit de l'homme en question en train de l'embrasser sur la bouche et de lui toucher le pénis. Le résident est par la suite très anxieux lorsqu'il se trouve en présence de la nouvelle résidente et il éprouve des perturbations du sommeil.

Un homme de 58 ans présentant une DIM et un TSA fait l'objet d'une plainte policière pour grossière indécence. Il a été surpris à différentes reprises à exhiber son pénis à des hommes et à des adolescents alors qu'il se trouvait dans des toilettes publiques. Les comportements se sont produits lors de sorties en communauté alors qu'il était sans supervision dans les toilettes. Manifestant divers troubles graves du comportement, l'homme a eu un vécu institutionnel de longue durée au cours de sa vie adulte. Il a aussi fait plusieurs longs séjours en milieu hospitalier de soins psychiatriques. L'analyse clinique de l'historique psychosexuel révèle qu'il avait des relations homosexuelles dans les toilettes de certains milieux institutionnels, psychiatriques et hospitaliers. Il lui suffisait alors de montrer son pénis pour manifester son intérêt.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



5. Hypothèse des habiletés de séduction et d'entrée en relation inappropriées

- ☑ Enseigner à la personne des habiletés et des compétences sociales et hétérosociales de base, puis approfondir l'exercice au niveau des habiletés de séduction et de démonstration de l'intérêt amoureux et sexuel (habiletés sociosexuelles);
 - Réaliser des mises en situation et des jeux de rôles en donnant des exemples concrets appuyés par des moyens visuels adaptés. Favoriser des apprentissages en groupe si possible;
 - Éviter de dire ou de promettre à la personne que le fait de développer ses habiletés de séduction ou de manifestation de son intérêt amoureux ou sexuel la mènera systématiquement à la rencontre d'un partenaire. Cela peut, à juste titre, augmenter ses chances, mais il faut aussi préparer la personne à la possibilité d'une non-réciprocité, d'un refus et à un sentiment de déception ou de rejet. Il est donc important d'aider celle-ci à comprendre et à respecter la notion de liberté de choix.
- ☑ Faire en sorte que la personne puisse bien conceptualiser les notions de relation égalitaire, de consentement, de réciprocité.



6 HYPOTHÈSE DE LA SÉLECTION DES PARTENAIRES



DÉFINITION

Nombre de personnes présentant une DI ou un TSA manquent non seulement d'habiletés sociales et sociosexuelles pour manifester leur intérêt amoureux ou sexuel, mais également d'opportunités leur permettant de rencontrer de potentiels partenaires de leur âge ou de leur niveau de fonctionnement, qui sont intéressés et consentants. Certaines personnes, vivant par exemple en régions plus éloignées, évoluent parfois dans un monde sans pairs en dépit d'une bonne intégration et d'une bonne participation sociale. L'absence ou la rareté des pairs fait en sorte qu'elles peuvent tenter de créer des liens affectifs ou intimes avec des personnes de la communauté parfois plus jeunes (enfants ou adolescents) puisqu'elles correspondent davantage à leur niveau de développement psychoaffectif. Dans ces cas, les gestes de séduction peuvent parfois causer des préjudices au destinataire, puis entraîner d'importantes conséquences cliniques et légales pour l'adulte présentant une DI ou un TSA, surtout lorsque les initiatives sont intrusives ou inadéquates.

Par ailleurs, certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont accès à un réseau de pairs avec lequel ils pourraient créer des liens privilégiés. Cependant, elles refusent catégoriquement de s'identifier ou d'être identifiées à ce groupe et souhaitent rencontrer un partenaire amoureux ou sexuel sans DI ou TSA. Dans ce contexte, elles peuvent parfois devenir insistantes, persistantes, intrusives et inappropriées dans leurs initiatives à l'endroit de personnes dans la communauté ou des intervenants. Elles peuvent être perçues comme étant déviantes ou abusives par leurs stratégies de séduction atypiques.

En général, les responsables de milieux de vie, les intervenants et les professionnels sont des personnes agréables et bienveillantes qui offrent une présence et une attention de qualité dans le cadre de leurs responsabilités et de leurs interventions. Peu conscientes des balises qui encadrent la relation d'aide et des différents types de relations, il peut arriver qu'une personne présentant une DI ou un TSA développe des sentiments amoureux ou une attirance sexuelle pour une personne qui est en position d'aide ou d'autorité.

Il arrive aussi que la tenue vestimentaire de certain(e)s intervenant(e)s soit trop suggestive ou inappropriée, ce qui peut créer de la confusion chez la personne présentant une DI ou un TSA qui cherche un partenaire et qui est plus sujette au transfert amoureux et érotique. Dans certains cas, cela peut susciter une excitation sexuelle susceptible de mener à des comportements sexuels inadéquats ou intrusifs envers le personnel.

Finalement, l'accès aux réseaux sociaux et à des sites de rencontres fait en sorte que plusieurs personnes présentant une DI ou un TSA sont tentées de se tourner vers ces avenues pour compenser l'absence de partenaires potentiels dans leur environnement immédiat. Or, comme elles sont là aussi plus à risque de manquer d'habiletés sociosexuelles et de jugement dans la sélection de partenaires, cela peut engendrer diverses conséquences.



VIGNETTES

Une adolescente de 17 ans présentant une DIL, un TDAH, un trouble de l'attachement et un trouble d'opposition avec provocation, est la plus forte de son groupe sur le plan cognitif et adaptatif, mais elle n'entretient pas de relations avec ses pairs. Elle affirme qu'elle n'est pas une « débile », qu'elle ira vivre en appartement l'année prochaine et qu'elle aura un chum et des enfants. Depuis le début de la nouvelle année scolaire, elle est amoureuse du stagiaire de son professeur. Il s'agit d'un charmant jeune homme qui est particulièrement attentionné et dévoué avec les élèves. Elle lui a écrit une lettre d'amour dans laquelle elle lui fait des propositions à connotations sexuelles et l'a suivi dans les toilettes des hommes pour la lui remettre en privé. Elle lui a donné un baiser sur la joue, lui a confié qu'elle pensait toujours à lui lorsqu'elle se masturbait. En dépit des interventions et des recadrages réalisés par son enseignant en présence de son stagiaire, elle persiste et devient de plus en plus intrusive dans ses propos, attitudes et comportements. Mal à l'aise et craignant pour sa réputation, le stagiaire demande à être changé de classe. L'adolescente est par la suite identifiée par certains comme étant obsédée et à risque pour le personnel masculin de l'école.

Un homme de 23 présentant un TSA et une DIM fait une fixation sur une intervenante. Il ne parle que d'elle, il l'attend impatiemment à la porte de la résidence une heure avant le début de son quart de travail et il cherche toujours à être en sa compagnie. Sans signe précurseur, alors qu'elle fait une intervention à sa chambre, il la pousse sur son lit et lui fait des attouchements aux seins. Surprise et fortement perturbée, l'intervenante se retrouve en arrêt de travail pendant plusieurs semaines. L'intervenante avait l'habitude de faire des massages de tête et d'épaules au jeune homme lorsqu'il était trop anxieux, ce qui a été interprété par lui comme un intérêt amoureux partagé. Le psychiatre de l'homme envisage un traitement hormonal pour calmer ses pulsions sexuelles.

Un homme de 22 ans présentant un TSA vient d'obtenir une tablette électronique pour son anniversaire. Il se crée des comptes sur plusieurs réseaux sociaux et différents sites de rencontres afin de maximiser ses chances de rencontrer une partenaire sexuelle. Il cible les filles qu'il trouve jolies et il prend des initiatives peu subtiles sans valider leur âge. Il échange sans le savoir des propos et des photos à connotation sexuelle avec des mineures.

Un homme de 19 ans présentant une DIL et des troubles schizophréniques traités par la médication est orienté vers une sexologue en service privé pour réaliser une éducation sexuelle plus pointue suite à l'émission de comportements sexuels problématiques. La sexologue, peu familière avec la DI, constate rapidement que l'homme semble être très attiré par elle, qu'il est aussi très excité par leurs discussions et par les images sexoéducatives qu'elle lui montre. Il lui confie qu'il est en érection pendant toutes les rencontres. Il décide spontanément de lui montrer son pénis pour lui prouver qu'il est en érection. Démunie, la sexologue décide de suspendre le suivi et d'aller chercher de la supervision. Le jeune homme se dit en peine d'amour et il vit alors beaucoup de tristesse. Il laisse plusieurs messages vocaux à la sexologue en lui disant qu'il veut parler de sexe avec elle. Un intervenant dans son milieu de vie l'entend laisser des messages. Il décide de ne pas intervenir, mais il laisse une note au dossier de la personne en mentionnant qu'il fait des appels obscènes.



VIGNETTES

Deux jeunes hommes présentant une DIL se rendent dans un bar dans le but de rencontrer des jeunes femmes. Après avoir consommé une bière, l'un d'entre eux approche plusieurs jeunes femmes et il se montre insistant malgré leur refus. Après que quelques clientes se soient plaintes au gérant, celui-ci décide d'évincer brusquement les deux jeunes hommes en les menaçant d'appeler les policiers et de les faire arrêter pour harcèlement sexuel si jamais ils revenaient.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



6. Hypothèse de la sélection des partenaires

- ☑ Accompagner la personne dans le développement ou l'élargissement d'un réseau social et affectif avec des pairs de son groupe d'âge et de son niveau de développement. Aider la personne à trouver des opportunités sécuritaires pour rencontrer de nouveaux pairs;
- ☑ Utiliser les cercles relationnels ou d'intimité afin d'aider la personne à bien comprendre les différents niveaux relationnels, les rôles associés et la distance sociale;
- ☑ Développer son jugement moral et sa connaissance des lois;
- ☑ Aider la personne à comprendre et à accepter ses particularités diagnostiques afin qu'elle puisse mieux se connaître et s'identifier à ses pairs pour développer un réseau social et affectif positif et valorisant. Utiliser une approche positive, mais réaliste en mettant aussi l'emphasis sur les qualités, les aptitudes et les compétences de la personne;
- ☑ Référer au besoin la personne en psychothérapie afin qu'elle puisse travailler son acceptation de soi;
- ☑ Réaliser auprès de la personne une sensibilisation ou une démarche éducative plus approfondie concernant l'utilisation appropriée et sécuritaire des réseaux sociaux ou des sites de rencontres;
- ☑ S'assurer que les intervenants et les professionnels qui accompagnent les personnes présentant une DI ou un TSA ou qui gravitent dans leur environnement quotidien aient une tenue vestimentaire adéquate. Établir un code vestimentaire entériné par l'établissement.



7 HYPOTHÈSE DU MANQUE DE CONNAISSANCES SEXUELLES



DÉFINITION

Au-delà de la transmission d'informations et de connaissances sur les dimensions anatomique et reproductive, l'éducation sexuelle vise à développer le jugement critique et moral. L'éducation sexuelle sert aussi à transmettre des valeurs ainsi que des connaissances et des habiletés sociosexuelles à la personne dans un ensemble de dimensions complexes et nuancées concernant la sexualité humaine et tenant compte de son environnement de vie. Malgré le nombre croissant de programmes spécialisés d'éducation sexuelle en DI-TSA, très peu d'adolescents et d'adultes présentant une DI ou un TSA bénéficient d'une éducation sexuelle préventive et proactive en milieu familial, scolaire ou de réadaptation. Or, les attitudes infantilissantes ou surprotectrices, les fausses croyances, les mythes, les tabous et les peurs qui persistent concernant la sexualité des personnes présentant une DI ou un TSA, combinés aux lacunes dans la structure des services, font en sorte que les démarches d'éducation sexuelle sont encore peu accessibles.

Conséquemment, l'absence de connaissances justes, d'habiletés en matière de sexualité et de jugement critique ainsi que la faiblesse du jugement moral, font en sorte que les besoins des personnes présentant une DI ou un TSA risquent de s'exprimer de manière inappropriée, atypique, hors normes, de manière problématique ou même déviante sans que ces personnes ne soient pour autant mal intentionnées.

L'hypothèse du manque de jugement moral et du manque d'empathie est une sous-hypothèse de l'hypothèse du manque d'éducation sexuelle.

Les concepts de moralité, de bien, de mal, de norme ou de règle sociale sont souvent plus abstraits pour les personnes présentant une DI ou un TSA. Leurs connaissances et leur compréhension des lois en matière de sexualité sont limitées, voire absentes dans certains cas, puisqu'elles développent rarement intuitivement ou implicitement ces connaissances. Les connaissances doivent être enseignées de manière accessible, puis généralisées dans le bon contexte.

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont parfois plus de difficulté à anticiper et à comprendre tous les impacts de leurs comportements chez autrui. Elles sont plus enclines à être centrées sur la satisfaction immédiate de leurs propres besoins sans tenir compte des conséquences pour autrui ou des impacts dans leur environnement. Conséquemment, l'empathie cognitive et affective, tout comme la bienveillance altruiste, doivent être enseignées et développées.

Les comportements sexuels hors normes, problématiques, déviants et même abusifs, peuvent, dans certains cas, survenir en raison d'un manque de jugement et d'empathie qui est directement lié à la condition neurodéveloppementale de la personne et à son manque d'éducation.



VIGNETTES

Un préadolescent de 11 ans présentant un TSA et une DIL est surpris à se faire lécher le pénis par son chien MIRA dans la salle de bain de sa ressource d'hébergement. Il trouve ça drôle parce que son pénis grossit et que ça le chatouille. Il tente à une autre occasion de toucher le phallus du chien pour voir s'il réagira de la même manière. Il est très naïf et il n'a jamais reçu aucune forme d'éducation sexuelle. Inquiété, le responsable de la ressource alarme l'éducateur du jeune en lui exprimant qu'il a déjà hébergé un autre résident qui a fait la même chose et que ce dernier est devenu zoophile.

Une femme de 38 ans présentant une DIM insère toute sorte d'objets insolites et dangereux dans son vagin depuis quelques semaines. Les intervenants se demandent pourquoi elle est soudainement obsédée par la masturbation. On se questionne pour savoir s'il ne serait pas approprié de lui acheter des gadgets sexuels pour éviter qu'elle ne se blesse ou d'envisager une médication pour la calmer. La femme est très naïve et immature sur le plan affectif et sexuel. Sa sœur cadette vient d'accoucher il y a tout juste deux mois. Elle cherche à l'imiter et elle souhaite elle aussi avoir un enfant.

Un homme de 34 ans présentant une DIM urine dans le bosquet de la cour de sa ressource d'hébergement qui est adjacente à une école primaire. Un enfant l'a aperçu et il a rapporté en pleurant l'information au surveillant des élèves. Celui-ci est allé voir les responsables de la ressource pour leur dire de contrôler leurs déviants sexuels. L'homme vient tout juste d'intégrer la ressource. Il vivait auparavant avec ses parents sur une ferme à la campagne. Il avait habitude d'uriner dehors dans la nature.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



7. Hypothèse du manque de connaissances sexuelles

- ☑ Faire en sorte que les personnes puissent bénéficier d'une démarche d'éducation sexuelle adaptée à leur âge et à leur niveau de fonctionnement en groupe ou en individuel et tenant compte de leurs besoins spécifiques. Évaluer préalablement leur niveau de connaissances et de croyances sociosexuelles et utiliser les programmes et les outils spécialisés et reconnus en DI-TSA;
- ☑ Former et outiller les intervenants et les professionnels afin qu'il puissent développer et offrir aux parents, aux proches et aux responsables de milieux de vie des activités de sensibilisation concernant les différents bénéfices de l'éducation sexuelle : amélioration de l'estime et de l'image de soi, de la reconnaissance et de la gestion des émotions, des habiletés sociales et sociosexuelles, meilleure intégration et participation sociale, réduction de la vulnérabilité psychosexuelle et prévention des comportements sexuels inappropriés et problématiques;
- ☑ Effectuer un suivi régulier si nécessaire avec les parents, les proches ou les responsables de milieux de vie et leur offrir du soutien au besoin. La collaboration (acceptation, engagement, continuité, cohérence) des parents et des proches de la personne demeure l'élément indispensable pour faire en sorte que les retombées et les bénéfices de la démarche d'éducation sexuelle s'inscrivent et prennent forme concrètement dans l'expérience de vie de la personne et qu'ils ne constituent pas simplement des acquis théoriques;
- ☑ Lorsque des comportements exploratoires, inadéquats ou sexuels inappropriés ont lieu avec des animaux de compagnie, il faut d'abord faire en sorte que la personne soit bien supervisée dans ses interactions avec l'animal et que ses comportements soient adéquats et respectueux. La personne ne devrait plus se retrouver seule avec l'animal dans une pièce fermée, dans sa chambre ni dormir avec celui-ci. Il est recommandé que la personne soit formellement rencontrée par un responsable de la SPA ou de MIRA, s'il y a lieu, pour être informée plus en détail de ses responsabilités envers l'animal et des conséquences légales de la maltraitance animale. Le développement d'un outil visuel sous la forme d'un scénario social peut être utilisé pour mieux comprendre les lois et les normes sociosexuelles.



8 HYPOTHÈSE DES APPRENTISSAGES ANTÉRIEURS



DÉFINITION

Les apprentissages liés à la vie intime, amoureuse ou sexuelle sont également liés aux expériences de vie et à leur interprétation. Ainsi, certaines expériences, ou ce qu'une personne en décode, peuvent contribuer au développement de comportements sexuels appropriés comme inappropriés. Compte tenu de leur particularité et de leur plus grande vulnérabilité, les personnes présentant une DI ou un TSA ont un historique de vie souvent plus fragilisé que les individus de la population générale, notamment en ce qui a trait à leur développement psychosexuel. Elles ont parfois vécu dans des environnements où elles ont été victimes ou témoins de conduites sexuelles déplacées, inappropriées ou abusives croyant que cela est tout à fait normal et acceptable. Conséquemment, elles sont également plus susceptibles de se baser sur ces points de référence liés à leur historique pour exprimer leurs besoins amoureux ou sexuels considérant que cela est convenable.



VIGNETTES

Un homme de 27 ans présentant une DIM vient de rencontrer un nouveau partenaire, un homme un peu plus jeune que lui, de même niveau de fonctionnement, mais qui est peu expérimenté sur le plan sexuel. À la première occasion où ils se retrouvent seuls dans l'intimité, l'homme prend l'initiative et demande à son partenaire s'il veut faire l'amour. Celui-ci lui répond que non. Il amorce tout de même des contacts sexuels. Il baisse ses pantalons et le masturbe jusqu'à éjaculation. Quelques jours plus tard, son partenaire confie à son éducatrice qu'il a été abusé par son amoureux. Après investigation, on réalise que l'homme qui n'a pas respecté la volonté de son partenaire a évolué dans différents environnements où il n'était pas respecté lorsqu'il s'affirmait. Lorsqu'il disait qu'il ne voulait pas manger certains types de repas, il devait les manger quand même. Lorsqu'il affirmait qu'il ne voulait pas faire une activité, il devait se plier aux demandes des intervenants. Lorsqu'il ne voulait pas prendre sa médication, il devait la prendre tout de même. Ses expériences antérieures lui ont en quelque sorte appris qu'un « non » peut signifier « oui », qu'on peut imposer sa volonté sans qu'il n'y ait de graves conséquences.

Un adolescent de 13 ans présentant un TSA et une DIM récemment retiré de son milieu naturel par la DPJ tente, dès qu'il n'est pas sous supervision, d'avoir des activités sexuelles avec les enfants et les préadolescents de sa ressource d'hébergement. Après une analyse plus approfondie de son dossier, des informations révèlent qu'il a évolué dans un milieu familial très négligent et hypersexualisé. Sa mère, prise avec une problématique de dépendance aux drogues, recevait plusieurs partenaires sexuels à la maison et avait des relations sexuelles devant ses enfants. Il était commun que les jeunes frères et sœurs aient des activités sexuelles ensemble. Cela était perçu par les enfants comme des jeux et comme une manière de donner et de recevoir de l'affection, tel que leur avait expliqué leur mère. Le jeune est convaincu que ses agissements sont acceptables et il ne comprend pas pourquoi il doit être constamment supervisé lorsqu'il est en présence des autres jeunes de la résidence.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



8. Hypothèse des apprentissages antérieurs

- ☑ Analyser l'historique du développement général et psychosexuel de la personne afin de dégager de possibles apprentissages antérieurs qui sont susceptibles de générer des comportements sexuels inappropriés, intrusifs ou abusifs;
- ☑ Effectuer, auprès de la personne, un travail de rééducation comportementale et sexuelle. Proposer de nouveaux apprentissages en planifiant des opportunités de généralisation et de transferts de connaissances pour que la personne puisse adopter des attitudes ou des conduites sociosexuelles adéquates;
- ☑ Faire en sorte que la personne puisse vivre des expériences positives et normalisantes en présence de personnes adéquates présentant des valeurs sociosexuelles normatives afin qu'elle puisse en tirer des enseignements adéquats;
- ☑ Évaluer la pertinence que la personne soit référée en psychothérapie ou en sexothérapie lorsque l'historique de vie comporte des événements traumatiques.



9 HYPOTHÈSE DE L'ÉVEIL ET DE L'EXCITATION SEXUELLE PERPÉTUELLE



DÉFINITION

Il arrive que certaines personnes présentant une DI ou un TSA ne soient pas à l'aise avec des sensations physiques lorsqu'elles sont nouvelles et étrangères, parce qu'elles n'ont pas sens pour elles ou qu'elles sont anxiogènes, voire déstabilisantes lorsqu'elles deviennent trop intenses. Le manque d'éducation sexuelle, la présence de fausses croyances, les restrictions environnementales, les approches culpabilisantes et punitives font en sorte que cela peut être encore pire face aux sensations et aux réactions morphologiques normales générées par l'excitation, le plaisir et la jouissance sexuelle. Les personnes présentant une DI ou un TSA se retrouvent souvent dans l'incompréhension des réactions physiologiques et sensorielles qui sont associées à la courbe de la réponse sexuelle (le désir, l'excitation, le plateau, l'orgasme, la résolution et la période réfractaire chez l'homme). En interrompant leurs activités sexuelles lorsque l'excitation est trop forte ou lorsque l'orgasme point, certaines personnes se retrouvent dans une forme d'éveil ou d'excitation sexuelle perpétuelle puisqu'elles ne peuvent jamais arriver à leur fin et que la tension subsiste. Dans de telles situations, des activités masturbatoires peuvent alors sembler plus fréquentes ou plus persistantes sans qu'elles ne soient pour autant réellement excessives ou compulsives. Les tensions et l'anxiété non résolue (surcharge ou frustration) peuvent parfois mener à d'autres comportements (par exemple, le bris de matériel, les crises de colère).

Cette hypothèse n'est pas liée à la présence d'une condition médicale ou d'une autre affectation clinique ou pharmacologique qui serait susceptible de nuire ou de perturber la réponse sexuelle de la personne au niveau des phases de l'excitation, du plaisir et de l'orgasme. La personne est donc techniquement fonctionnelle à ces niveaux. Cette hypothèse est plutôt rarement rencontrée dans la pratique clinique.



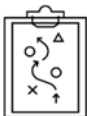
VIGNETTES

Une femme de 37 ans présentant un TSA et une DIL se plaint de ne jamais pouvoir atteindre l'orgasme. Elle dit se masturber tous les jours à différentes reprises et avec différentes techniques dans l'intimité de sa chambre, mais sans pouvoir arriver jusqu'au bout. Elle exprime sa frustration. Cela la rend aussi triste et anxieuse. Lorsqu'elle se retrouve dans cet état, elle est plus irritable avec les pairs du milieu d'hébergement et elle peut parfois être agressive à leur endroit. La masturbation est perçue comme problématique et excessive par les responsables de son milieu de vie. En outre, la femme devient inquiète lorsqu'elle ressent l'excitation sexuelle et qu'elle sent son cœur battre de plus en plus fort. Elle croit qu'elle pourrait faire une crise cardiaque comme sa mère et mourir si elle continue. Ayant visionné du matériel pornographique à quelques reprises, elle a été surprise, et même marquée par les puissants cris des femmes qui avaient des orgasmes. Elle craint également de perdre le contrôle d'elle-même si elle a un orgasme et d'être entendue par tout le monde dans la résidence, ce qui serait très gênant pour elle.



VIGNETTES

Un homme de 28 ans présentant une DIM, un trouble obsessionnel compulsif ainsi qu'un trouble anxieux se masturbe fréquemment dans sa chambre, mais il cesse ses activités masturbatoires dès que l'excitation est trop forte et qu'il sent qu'il va éjaculer. Cela le met dans un état de fébrilité affective et comportementale important. Il doit souvent prendre de la médication pour se calmer. Il lui est arrivé de se masturber jusqu'à éjaculation plusieurs fois par jour pendant une courte période par le passé. Il avait constaté que son éjaculat (quantité de sperme à l'éjaculation) diminuait à chaque éjaculation. Célibataire et ayant comme projet de vie de rencontrer une amoureuse et d'avoir des enfants, il s'est alors dit qu'il ne lui resterait plus assez de sperme pour sa blonde et pour faire des enfants s'il continuait de se masturber jusqu'à éjaculation. Il a alors cessé ses activités masturbatoires avant l'éjaculation afin de conserver son sperme, ce qui le maintenait régulièrement dans un état d'excitation sexuelle perpétuelle générant une source importante de frustration. Il était très souvent préoccupé par la quantité de sperme qu'il lui restait. Il a également pris des initiatives plus ou moins adéquates pour rencontrer une amoureuse le plus rapidement que possible. L'homme a été référé pour une hypothèse d'obsessions sexuelles.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



9. Hypothèse de l'éveil et de l'excitation sexuelle perpétuelle

- ☑ S'assurer que cette hypothèse ne soit pas liée à la présence d'une condition médicale ou d'une autre affection clinique ou pharmacologique qui serait susceptible de nuire ou de perturber la réponse sexuelle de la personne au niveau des phases de l'excitation, du plaisir et de l'orgasme;
- ☑ Faire en sorte que la personne puisse bénéficier d'une démarche d'éducation sexuelle et sensorielle individuelle et adaptée qui met l'accent sur le niveau des sensations et des réactions morphologiques normales générées par l'excitation, le plaisir et la jouissance sexuelle :
 - Expliquer simplement, en rassurant et en normalisant la personne, quelles sont les différentes étapes de la courbe de la réponse sexuelle : le désir, l'excitation, le plateau, l'orgasme, puis la résolution et la période réfractaire chez l'homme;
 - Démystifier les stéréotypes qui sont véhiculés par la pornographie;
 - Réaliser un travail de restructuration cognitive pour corriger ou nuancer les fausses croyances susceptibles d'interférer avec la réponse sexuelle.
- ☑ Effectuer un travail au niveau de la normalisation des émotions qui accompagnent l'excitation, le plaisir et la jouissance sexuelle. Voir à la réduction des peurs et de l'anxiété non justifiée;
- ☑ Réaliser un travail de sensibilisation avec l'environnement immédiat de la personne et s'assurer que celle-ci ait des moments d'intimité lui permettant de satisfaire adéquatement ses besoins sexuels;
- ☑ Référer à un sexologue pour soutenir ou élaborer un protocole individualisé de désensibilisation affective et sensorielle, puis d'enseignement concernant la masturbation.



DEUXIÈME GROUPE

HYPOTHÈSES LIÉES À L'ABUS ET À LA VICTIMISATION

Selon le ministère de la Sécurité publique du Québec (2007), une femme de la population générale sur trois et un homme sur six sera victime d'une agression sexuelle au cours de sa vie.

Les personnes présentant une DI ou un TSA sont des individus vulnérables, plus à risque de subir diverses formes d'abus sexuels, physiques, psychologiques et financiers (Claveau et Boucher, 2012). Le risque d'être victime d'une agression sexuelle est encore plus élevé chez les personnes présentant une DI, et ce, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes (Bowers Andrews et Veronen, 1993; Dion, Bouchard, Gaudreault, et Mercier, 2012; Sobsey, 1994; Petersilia, 2001). Plus de 50 % des personnes présentant une DI seront victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie (Couture, Boucher, Mathieu, Paquette, Dion et Tremblay, 2013). Entre 39 à 68% des femmes présentant une DI seront victimes d'au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2010). Une étude américaine (Kupper, 1992), réalisée auprès d'enfants ayant un trouble du développement, conclut que le taux d'abus sexuels est 1,7 fois plus élevé chez ces enfants comparativement aux enfants de la population générale. Les personnes présentant une DI ou un TSA qui sont victimes d'abus sont parfois sans mots pour divulguer l'agression et leur crédibilité est souvent mise en doute, parce qu'elles manquent de confiance et de moyens pour s'affirmer et se protéger.

Les abus et la victimisation sexuelle ont une incidence majeure sur le développement psychosexuel des personnes qui présentent des vulnérabilités et des défis adaptatifs. Des expériences d'abus sexuels peuvent même entraîner des comportements inadéquats chez les personnes présentant un TSA sans DI, parce qu'elles pourraient avoir tendance à reproduire les comportements dont elles ont été victimes (Hénault, 2006). Hingsburger, Dalla Nora et Tough (2010) démontrent que plus de 90 % des agresseurs sexuels présentant une DI ont eux-mêmes été victimisés sexuellement. Toutefois, même si la victimisation sexuelle peut souvent expliquer les comportements sexuels abusifs ou offensifs chez les personnes présentant une DI ou un TSA, elle ne peut en aucun cas les justifier.

Les hypothèses cliniques présentées dans ce deuxième groupe sont : l'hypothèse de l'abus comme réalité de vie, l'hypothèse de la manifestation comportementale de la victimisation sexuelle, l'hypothèse de l'influence ou de la pression des pairs, l'hypothèse de la confiance mal placée, ainsi que l'hypothèse de la recherche de pouvoir et de contrôle.

10 HYPOTHÈSE DE L'ABUS COMME RÉALITÉ DE VIE



DÉFINITION

Il arrive que la violence, l'abus ou la victimisation sexuelle fassent malheureusement partie de la réalité quotidienne de certaines personnes présentant une DI ou un TSA. Lorsque l'abus fait partie du fonctionnement, de la culture ou des valeurs d'un environnement, il est fort probable que les personnes présentant une DI ou un TSA, qui sont à la fois plus vulnérables et plus influençables, risquent davantage de s'en imprégner. Elles sont susceptibles de considérer que cela est en quelque sorte « normal ». Elles sont ainsi plus à risque de reproduire très naïvement ou naturellement des comportements abusifs graves, y compris sur le plan sexuel, sans pour autant porter des intentions nuisibles ou hostiles. Elles sont alors peu conscientes des torts ou des préjudices causés à autrui. Elles s'identifient inconsciemment à leur agresseur et elles reproduisent les mêmes types de gestes comme si cela allait de soi.



VIGNETTES

Un jeune homme de 14 ans présentant une DIM vient d'être retiré de son milieu familial en urgence. Il est orienté vers une ressource d'hébergement qui accueille d'autres jeunes en difficulté. Dès le premier soir, il s'enferme dans la salle de bain avec un enfant plus jeune et plus vulnérable. Sous la menace, il exige que ce dernier lui fasse une fellation. Puisque ce dernier refuse, il le pousse alors dans le bain. Lorsqu'il est rencontré, le jeune admet spontanément ses gestes sans aucune forme de remords ou de culpabilité. Son père et ses oncles se comportaient de la même manière avec lui depuis de nombreuses années. Témoin, puis victime de multiples formes d'abus, il apparaissait convaincu que ces comportements étaient normaux.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



10. Hypothèse de l'abus comme réalité de vie

- ☑ Offrir à la personne un milieu de vie sécurisant, protecteur, bienveillant en présence de modèles d'adultes adéquats, respectueux et aimants avec lesquels elle pourra progressivement créer des liens qui pourront l'aider à s'imprégner d'une tout autre culture fonctionnelle et relationnelle;
- ☑ Évaluer la pertinence clinique de faire éventuellement bénéficier la personne d'une démarche d'éducation sexuelle offerte en individuel et tenant compte de sa réalité et des besoins spécifiques qui s'y rattachent;
- ☑ Signaler l'information à la DPJ si la personne est mineure ou à son représentant légal si elle est adulte;
- ☑ Faire en sorte que le profil psychoaffectif, psychosocial, psychosexuel, ainsi que les impacts de la victimisation soient évalués, et ce, afin d'établir l'encadrement préventif requis et de déterminer les interventions thérapeutiques adaptées et nécessaires au niveau de la victimisation physique, psychologique ou sexuelle;
- ☑ Assurer l'accessibilité des services d'accompagnement psychothérapeutiques ou sexothérapeutiques adaptés et spécialisés lorsque la situation l'exige. Favoriser une approche thérapeutique environnementale ou une thérapie de milieu.



11

HYPOTHÈSE DE LA MANIFESTATION COMPORTEMENTALE DE LA VICTIMISATION SEXUELLE



DÉFINITION

Les personnes présentant une DI ou un TSA qui ont très peu ou pas d'aptitudes verbales ont parfois tendance à remettre en scène, à rejouer ou à reproduire ce qu'elles ont vécu pour s'exprimer. Dans nombre de cas, l'apparition soudaine de comportements sexuels inhabituels, inadéquats, problématiques, excessifs ou abusifs chez des personnes non verbales plus lourdement handicapées sur le plan intellectuel représente une stratégie communicationnelle comportementale visant à divulguer le fait qu'elles ont été victimes d'abus sexuels. Il s'agit donc de comportements sexuels problématiques réactifs et symptomatologiques de la victimisation sexuelle qui ne sont pas associés à une réelle déviance sexuelle ni à un véritable trouble paraphilique.



VIGNETTES

Une femme de 24 ans non verbale présentant une DIS est perçue par ses proches comme une enfant dans un corps d'adulte. Elle est considérée comme étant plutôt asexuée. Récemment, elle a montré ses seins au responsable de sa famille d'accueil, un homme avec lequel elle a un très bon lien. Elle a également tenté de lui toucher les parties génitales à deux occasions alors qu'ils étaient seuls dans la cuisine. Depuis les dernières semaines, elle ne cesse de porter sa main dans ses pantalons au niveau de ses parties génitales lorsqu'elle se retrouve en présence d'intervenants masculins. Surpris et alarmé, le responsable de son milieu de vie a rapidement appelé l'éducatrice de la jeune femme pour lui signaler les incidents. Il craint qu'on l'accuse de quelque chose, il est inquiet pour sa réputation et pour son travail. La présence de la jeune femme dans le milieu de vie est remise en question par le responsable. Le grand-père de la jeune femme est connu pour des antécédents d'agressions sexuelles à l'endroit de mineurs. La femme a passé beaucoup de temps seul avec le grand-père à son chalet durant l'été, il y a tout juste quelques semaines.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



11. Hypothèse de la manifestation comportementale de la victimisation sexuelle

- ☑ Sécuriser la personne en évitant qu'elle ne se retrouve en contact ou seule en présence de la personne présumée mal intentionnée ou abusive;
- ☑ Analyser la situation en détail, en équipe multidisciplinaire, pour évaluer la pertinence d'amorcer un protocole de situation d'abus ou d'agression sexuelle;
- ☑ Effectuer un signalement à la DPJ si la personne est mineure ou à son représentant légal si elle est adulte;
- ☑ Évaluer les impacts de la victimisation, en rencontre multidisciplinaire, afin d'établir l'encadrement préventif requis et déterminer les interventions éducatives ou thérapeutiques adaptées tenant compte du niveau de fonctionnement et de réceptivité de la personne. Référer au cadre de référence en matière de vie affective, amoureuse et sexuelle pour déterminer les orientations cliniques en ce qui concerne l'intervention recommandée lorsqu'il y a victimisation sexuelle;
- ☑ Référer à un professionnel qualifié, si nécessaire, afin de soutenir l'analyse clinique et développer le plan de protection et d'interventions adaptées.



12 HYPOTHÈSE DE L'INFLUENCE OU DE LA PRESSION DES PAIRS



DÉFINITION

Plusieurs personnes présentant une DI ou un TSA sont encore isolées socialement et marginalisées. Elles se retrouvent parfois désespérément à la recherche d'amis ou d'un groupe d'appartenance, et ce, particulièrement à l'adolescence où les besoins d'appartenance et d'inclusion se font davantage sentir. De plus, il peut être flatteur, valorisant et normalisant pour une personne présentant une DI ou un TSA de compter des amis neurotypiques. Conséquemment, il peut arriver que certains pairs neurotypiques profitent de leur quête amicale, de leur grande naïveté, de leur manque d'éducation et de connaissances des normes sociosexuelles pour leur jouer de mauvais tours et les influencer de manière négative ou malicieuse sur le plan sociosexuel. Les personnes présentant une DI ou un TSA peuvent être la cible de personnes malintentionnées qui visent par leur influence malicieuse ou malveillante à s'amuser de l'embarras dans lequel elles les mettent ou du tort qu'elles leur causent.



VIGNETTES

Une adolescente de 15 ans présentant un TSA et un TDAH est intégrée dans une classe régulière de son école secondaire. Très timide, malhabile en relation et en marge du groupe, elle cherche désespérément à se faire des amis et à être valorisée. Particulièrement coquette et soucieuse de son apparence physique et vestimentaire, ses pairs lui font des remarques humoristiques et des compliments au sujet de son apparence. Progressivement, ses pairs masculins la complimentent davantage lorsqu'elle porte des vêtements plus courts ou plus ajustés. Un jeune l'approche et lui propose un moyen de se faire rapidement de l'argent avec lequel elle pourrait s'acheter de nouveaux vêtements. Il lui dit qu'elle pourrait prendre des photos sexy d'elle et lui partager par texto. Il lui offre 5 \$ par photo. L'adolescente accepte et elle lui fait parvenir plusieurs photos d'elles où elle est pratiquement nue. L'adolescent fait suivre les photos à plusieurs de ses amis de l'école via les réseaux sociaux. Elle montre même ses seins à des pairs de l'école en échange de 10 \$ et accepte le défi de faire un *strip-tease* dans un parc à la fin des cours. Après quelque temps, elle est suspendue de l'école puisqu'elle a affirmé qu'elle aimait faire ça et qu'elle se sentait importante. À son retour l'école, elle se fait traiter de pute, de salope et d'exhibitionniste par les autres filles.

Un homme de 28 ans présentant une DIL amorce un nouveau stage dans une usine d'emballage. Il est jumelé à une équipe d'hommes neurotypiques qui ont l'habitude de faire des blagues sexuelles dont le bon goût est plus que discutable. Le lundi matin, il est chose commune pour ces travailleurs de se raconter leurs expériences sexuelles de la fin de semaine. Ils parlent fréquemment de sexe entre eux. Rapidement, le jeune homme est questionné sur sa sexualité. Timide au départ, on l'incite à se dévoiler pour qu'il puisse faire partie de la gang. Valorisé par toute cette attention, imaginatif, ayant visionné du matériel pornographique par le passé, mais peu expérimenté, il invente toutes sortes d'histoires au sujet de ses rencontres et de ses prouesses sexuelles. Après seulement quelques semaines, il devient le centre d'attention, la mascotte et le conteur du groupe. Ses pairs sont conscients de ses lubies et de ses exagérations, mais ils s'amuse à le laisser aller dans ses histoires qu'ils trouvent très divertissantes. Il parle fréquemment de sexe de manière inappropriée en dehors du travail et ses proches sont préoccupés. Un jour, un collègue de travail lui confie que la secrétaire de l'usine apprécie aussi les histoires de sexe, qu'elle est nouvellement célibataire et qu'elle a un œil sur lui. Il a aussi entendu dire à plusieurs reprises qu'elle aime les gros pénis. Pour rire, ses pairs lui conseillent d'écrire une histoire de sexe à la secrétaire et le lui envoyer une photo d'un gros pénis. Le jeune homme les prend au sérieux et il s'exécute. Le lendemain matin, il est rencontré par le patron de l'usine pour l'aviser que la secrétaire a porté plainte et qu'il perd son stage.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



12. Hypothèse de l'influence ou de la pression des pairs

- ☑ Aider la personne à développer ses compétences sociales et sociosexuelles et parallèlement à développer son jugement moral en plus de mieux se représenter les intentions d'autrui;
- ☑ Voir au développement d'un réseau de pairs de son âge, du même niveau de fonctionnement et représentant des influences saines, positives et valorisantes au sein duquel la personne pourra répondre à ses besoins d'inclusion et d'appartenance;
- ☑ Éviter ou réduire les influences sociosexuelles négatives ou malicieuses dans l'environnement;
 - Sensibiliser les responsables ou les personnes stratégiques dans les environnements plus critiques ou à risque (ex. : personnel de direction, professionnels et enseignant en milieu scolaire, responsable de milieux socioprofessionnels ou communautaires).
- ☑ Développer l'estime personnelle et l'affirmation de soi de la personne;
- ☑ Faire en sorte que la personne puisse bénéficier d'une démarche d'éducation sexuelle adaptée à son âge et à son niveau de fonctionnement en groupe ou en individuel et tenant compte de ses besoins spécifiques. Évaluer préalablement son niveau de connaissances et de croyances sociosexuelles et utiliser les programmes et les outils spécialisés et reconnus en DI-TSA.



13 HYPOTHÈSE DE LA CONFIANCE MAL PLACÉE



DÉFINITION

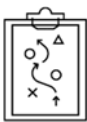
Poser des questions à quelqu'un au sujet de la sexualité témoigne de l'important niveau de confiance et d'ouverture qu'on accorde à la personne à qui on s'adresse. Les personnes présentant une DI ou un TSA sont souvent plus naïves et elles ne savent pas toujours à qui faire confiance. Elles ont tendance à faire naturellement confiance aux gens sans avoir tout le discernement requis. Ne sachant pas toujours à qui s'adresser lorsqu'elles se questionnent au sujet de la sexualité, elles risquent parfois d'obtenir de mauvaises informations puisque tous ne présentent pas de bonnes connaissances ou valeurs sociosexuelles. De plus, ceux et celles en qui elles devraient avoir confiance (parents, médecins, intervenants) ne sont pas toujours dignes de cette confiance puisque les questions concernant la sexualité peuvent ne pas être bienvenues dans l'entourage des personnes présentant une DI ou un TSA. Il arrive même que des informations essentielles ne soient pas transmises à la personne pour éviter de cautionner ou d'encourager l'expression de sa sexualité. Cette hypothèse fait aussi référence à la désinformation délibérée. Il s'agit d'informations fausses, mensongères ou encore des mythes ou des fausses croyances qui sont intentionnellement communiquées à la personne pour lui faire peur et ainsi la dissuader de s'engager dans des activités sexuelles. Le refus d'informer, la désinformation et l'entretien volontaire de mythes ou de fausses croyances en ce qui concerne la sexualité représentent une forme d'abus de confiance qui augmente le risque de conduites inappropriées, hors normes ou atypiques.



VIGNETTES

On mentionne à un jeune homme présentant une DIM qui vient d'amorcer sa première relation amoureuse et qui n'a ni connaissances ni expérience sexuelle qu'il peut attraper de graves maladies, dont certaines mortelles (VIH-SIDA), s'il touche les parties intimes d'une femme. Inquiété et présentant un trouble anxieux, le jeune homme se met à faire des cauchemars où il se voit mort après avoir fait des caresses intimes à sa compagne. De plus en plus anxieux, il croule sous la pression de ses proches et il met fin à la relation. Il se met par la suite à raconter à qui veut bien l'entendre qu'il n'a plus d'amoureuse et que ça lui est interdit puisqu'il était devenu un malade du sexe dans sa tête et qu'il n'en dormait plus la nuit. Étiqueté comme déviant et potentiellement dangereux, il ne peut plus être seul en présence de pairs de sexe féminin à son stage ou dans ses activités sociocommunitaires.

Un adolescent de 15 ans présentant un TSA pose des questions concernant l'âge du consentement sexuel aux responsables de sa ressource d'hébergement. Mal à l'aise et craignant de susciter trop d'intérêt sexuel, ils contourneront la question et lui répondent qu'ils en reparleront lorsqu'il aura 18 ans. Insatisfait et curieux, il se tourne vers Internet pour obtenir des réponses. Il consulte sur un blogue douteux et fait spontanément confiance aux informations qui lui sont transmises à travers les clavardages dont les contenus semblent banalisés, voire encouragés, les contacts sexuels entre les adolescents et les préadolescents de 10 à 12 ans. Il ne consulte aucune autre source. Il se retrouve quelques jours plus tard à initier des contacts sexuels avec la petite fille des responsables de la ressource qui est âgée de 11 ans.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



13. Hypothèse de la confiance mal placée

- ☑ Apprendre à la personne à identifier les bonnes sources d'information pour faire en sorte que les questionnements concernant la sexualité soient orientés vers des personnes-ressources qualifiées, dignes de confiance et en mesure d'offrir des informations adéquates tenant compte des besoins et de la réalité de la personne présentant une DI ou un TSA. Dans le doute ou en l'absence de réponse, nommez à la personne que sa question est importante, que vous n'avez pas la réponse pour l'instant et que vous allez entreprendre les démarches pour la trouver ou pour l'orienter vers une personne-ressource qualifiée;
- ☑ Évaluer les connaissances sociosexuelles et le système de croyances de la personne présentant une DI ou un TSA. Cette évaluation doit s'effectuer à l'aide d'outils et de programmes recommandés et être réalisée par du personnel expérimenté et qualifié. Un travail de rééducation sexuelle peut être réalisé pour corriger les mauvaises informations et les distorsions cognitives et pour enrayer les fausses croyances au profit d'informations valides et de croyances justes;
- ☑ Réaliser, dans le cas où la personne fait l'objet de désinformation délibérée dans son environnement (proche ou intervenant), une intervention de sensibilisation éducative écosystémique par les personnes qualifiées ayant un rôle stratégique, saisissant bien les enjeux sous-jacents et capables de définir un plan d'action (ex. : sexologue, psychologue, travailleur social).



14 HYPOTHÈSE DE LA RECHERCHE DE POUVOIR ET DE CONTRÔLE



DÉFINITION

Lorsque l'ensemble des décisions qui les concernent sont prises par d'autres, l'absence de pouvoir, de contrôle et d'autodétermination que certaines personnes présentant une DI ou un TSA ont sur leur existence peut constituer une source majeure d'impuissance et de frustration.

Le fait de subir à long terme de l'oppression ou de la répression est susceptible de créer un refoulement qui place la personne sous une forte tension sur le plan psychoaffectif. Éventuellement, cette surcharge peut mener certains individus, habituellement très assujettis, à expérimenter de vives impulsions d'affirmation de leur besoin de pouvoir en manifestant sans préavis des excès de colère ou d'agressivité. Ces intenses et violentes poussées de recherche de pouvoir peuvent se manifester par des agressions physiques ou sexuelles.

Il s'agit d'un mécanisme adaptatif ou d'autorégulation de dernier recours (effet presto), d'une décharge agressive spontanée liée à des conditions environnementales (trop plein d'impuissance) qui n'est pas motivée par des intentions hostiles ou offensives planifiées ni par une recherche de gratification sexuelle.



VIGNETTES

Un homme de 32 ans, décrit comme poli et plutôt timide, présentant une DIL, vit seul avec sa mère depuis plusieurs années. De manière imprévisible et très impulsive, il déchire le haut de la robe de sa mère après le déjeuner et l'agrippe violemment par les seins. Cette femme est reconnue pour entretenir des attitudes extrêmement contrôlantes ainsi que des propos dégradants à l'endroit de son fils depuis qu'il est enfant. La veille, il avait visionné dans sa chambre une série télé dans laquelle était présentée une scène similaire et avait décodé que les femmes pouvaient être contrôlées de cette manière. Choquée par son comportement, la mère craint qu'il agisse de la même façon avec d'autres femmes. Elle le perçoit désormais comme un agresseur sexuel, le punit sévèrement et lui interdit de sortir pendant plusieurs jours.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



14. Hypothèse de la recherche de pouvoir et de contrôle

- ☑ Éviter tout excès de pouvoir ou de contrôle et toute forme d'attitude oppressante dans l'environnement de la personne en prenant les initiatives cliniques ou administratives nécessaires;
- ☑ Favoriser l'accroissement de l'autodétermination de la personne afin qu'elle puisse exercer plus de pouvoir et de contrôle sur son expérience de vie. Développer les aptitudes à l'affirmation de soi et faire en sorte que la personne puisse effectuer certains choix;
- ☑ Réaliser une intervention de sensibilisation éducative dans l'environnement de la personne (proches ou intervenants) et offrir du soutien psychosocial aux proches concernés lorsque jugé pertinent.



TROISIÈME GROUPE

HYPOTHÈSES LIÉES À UNE CONDITION MÉDICALE OU PSYCHIATRIQUE

Certains comportements sexuels sont susceptibles de prendre une forme atypique, déviante, excessive ou problématique sans qu'ils ne soient nécessairement associés à une recherche de satisfaction sexuelle ou à un réel trouble sexuel. Les différentes causes médicales, pharmacologiques ou psychiatriques constituant ce troisième groupe d'hypothèses sont fréquemment à l'origine de comportements sexuels associés au phénomène de déviance contrefaite. La considération de ce groupe d'hypothèses représente également des éléments indispensables de l'analyse et de l'intervention, et ce, surtout en ce qui concerne l'hypothèse médicale, l'hypothèse des effets secondaires de la médication et l'hypothèse médicale élargie et psychiatrique. Les hypothèses de la panique homosexuelle et de l'hypersexualité sont également à considérer, mais la littérature et l'expérience clinique démontrent qu'elles sont beaucoup plus rares.

15 HYPOTHÈSE MÉDICALE



DÉFINITION

Les personnes présentant une DI ou un TSA ne sont pas toujours en mesure d'identifier et d'exprimer verbalement certains inconforts physiques, maux, infections ou maladies. Elles ont parfois peu de moyens pour s'exprimer au sujet de leur condition médicale ou de leurs symptômes. Elles ont parfois recours à des stratégies inadaptées, inadéquates, voire à risque, pour exprimer ou tenter de soulager leurs malaises corporels ou leurs souffrances. Conséquemment, certaines de ces tentatives peuvent prendre l'apparence de conduites sexuelles problématiques ou de troubles sexuels.

Certains syndromes génétiques associés à la DI ont également des effets sur la composante sexuelle et sur le développement des organes génitaux. Le syndrome de Down crée souvent de l'infertilité chez l'homme. Le syndrome de Prader-Willi génère souvent un sous-développement du pénis tandis que le syndrome de Gilles de la Tourette est associé à de l'impulsivité et à des tics verbaux et comportementaux prenant la forme de grossièretés ou de vulgarités. Dans de plus rares cas, le syndrome de Smith-Magenis est associé à de la polyembolokoilamania (tendance à l'insertion d'objets dans les orifices naturels), ce qui peut être confondu avec des pratiques masturbatoires insolites ou déviantes.

La présence de déséquilibres hormonaux ou endocrinologiques, tel un niveau de testostérone anormalement élevé, peut aussi engendrer des conduites sexuelles excessives ou des comportements sexuels agressifs chez certains individus. Compte tenu de leurs diverses vulnérabilités, les adolescents ou les hommes présentant une DI ou un TSA sont généralement plus perturbés par ce type de déséquilibre et plus à risque de développer des conduites sexuelles problématiques.

La présence de traumatismes crâniens cérébraux (TCC) peut engendrer, en plus des déficits cognitifs, des lacunes significatives au niveau du jugement moral ainsi que dans la capacité à inhiber les pulsions sexuelles. Des désinhibitions sexuelles majeures peuvent dans certains cas être observées. Il en est de même lorsque la personne présentant une DI ou un TSA a des atteintes neurologiques de types frontales et des dysfonctions exécutives significatives. L'impulsivité sexuelle occasionnée par ces conditions médicales neurologiques et neuropsychologiques peut entraîner des inconduites sexuelles majeures qui ne sont pas pour autant liées à des intentions sexuellement malveillantes ou à des intérêts sexuels véritablement déviants, mais qui peuvent être lourds de conséquences pour la personne ou pour autrui.



VIGNETTES

Un jeune de 13 ans présentant une DIL et un TDAH se masturbe sans cesse depuis les derniers mois. Ses parents rapportent qu'il est presque toujours en érection. Il a récemment forcé un autre jeune de son âge à le masturber au parc. Il affirme que c'est plus fort que lui et on s'inquiète qu'il ne devienne un potentiel agresseur sexuel. Il s'agit d'un jeune homme très grand et très costaud pour son âge. On rapporte qu'il a le « format » et la pilosité d'un homme depuis l'âge de 11 ans, âge auquel il a vécu une forte poussée de croissance. Des analyses endocrinologiques révèlent que l'adolescent présente un taux anormalement élevé de la testostérone. Il a vécu un éveil pubertaire et sexuel prématuré. Il n'est pas en mesure de composer avec les fortes pulsions sexuelles qu'il vit.

Un jeune homme non verbal de 24 ans présentant une DIP se stimule l'anus intensément avec ses doigts et différents objets depuis son arrivée dans son nouveau milieu de vie. Ses comportements sont perçus comme déviants, non hygiéniques et ils engendrent des saignements. On souhaite lui enseigner la masturbation de manière appropriée et acceptable. Après analyse clinique et investigation médicale, on réalise qu'il souffre de constipation depuis peu et qu'il présente des fissures anales.

Un jeune homme de 22 ans ayant subi un TCC et présentant une DIL fait des propositions sexuelles à toutes les jeunes intervenantes de son milieu de vie spécialisé. À plusieurs reprises, il leur fait des attouchements sexuels aux seins et aux fesses. Désespéré, il regrette ses gestes, mais il affirme que c'est plus fort que lui. Il doit toujours être accompagné d'un intervenant masculin lors de ses rares sorties et activités en communauté pour éviter qu'il n'ait des conduites sexuelles inadéquates envers des femmes. Il mentionne qu'il ne cesse de penser au sexe et qu'il aimerait avoir une blonde. Il est très malheureux et on suspecte un état dépressif. Une jeune éducatrice qui a été particulièrement ciblée par ses attouchements sexuels est actuellement en arrêt de travail.

Un jeune homme non verbal de 18 ans présentant un TSA et une DIM se masturbe de plus en plus fréquemment depuis quelques mois. Il porte la main à ses organes génitaux à tout moment de la journée et dans tous les endroits qu'il fréquente. Les interventions éducatives avec les séquences imagées et les pictogrammes n'ont aucun effet. La problématique s'est exacerbée au cours des dernières semaines. Considérant son âge et son profil diagnostique, on suspecte un trouble obsessionnel compulsif ou un déséquilibre hormonal. On considère même l'hormonothérapie comme avenue de traitement. Après investigation médicale, on constate que le jeune homme présente un phimosis au pénis et une accumulation durcie de smegma sous son prépuce à la base du gland. Il s'agit d'une condition très douloureuse qui mérite une intervention chirurgicale rapide.



VIGNETTES

Une femme de 34 ans présentant une DIS se masturbe de manière intensive et excessive depuis quelque temps. Elle insère toutes sortes d'objets dans son vagin, ce qui occasionne des lésions et des saignements. Ses parents se demandent pourquoi elle est devenue soudainement obsédée par la masturbation. Après investigation, il s'est avéré qu'elle présentait une infection vaginale probablement causée par l'utilisation de nouveaux produits d'hygiène bon marché. Les comportements visaient donc à tenter de soulager ses démangeaisons et ses inconforts.

Une adolescente de 14 ans peu verbale et présentant une DIM se masturbe constamment dans sa classe depuis le début de la semaine. Elle fait en réalité une infection urinaire. Elle semble être allergique au savon utilisé pour nettoyer ses petites culottes.

Un homme de 64 ans présentant une DIM a des propos sexuels grossiers de manière quotidienne. Il tente plusieurs fois par semaine de faire des attouchements sexuels à la responsable de sa ressource d'hébergement et aux autres résidentes qui vivent avec lui et cela semble s'aggraver. On ne comprend pas pourquoi un si gentil monsieur est en train de devenir un agresseur sexuel. Des analyses neurologiques démontrent la présence d'une démence mixte qui évolue rapidement.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



15. Hypothèse médicale

- ☑ Évaluer la condition médicale, l'état de santé global et la santé sexuelle de la personne pour, lorsque la cause est médicale, envisager un traitement adapté visant à arrêter le comportement problématique. L'étroite collaboration avec les professionnels de la santé est incontournable pour réaliser cette évaluation;
- ☑ Obtenir une consultation médicale (généraliste) dans les meilleurs délais. Référer la personne à un médecin spécialiste (généticien, gynécologue, urologue, gastro-entérologue) au besoin;
- ☑ Référer la personne à un médecin spécialiste en endocrinologie afin d'évaluer la possibilité d'un déséquilibre hormonal et d'envisager un traitement spécifique;
- ☑ Lorsqu'un TCC ou que des dysfonctions exécutives sont présents ou suspectés et concomitants avec la DI et le TSA, le travail en étroite collaboration avec des neurologues et des neuropsychologues qui sont spécialisés en TC-TGC est essentielle. Cette collaboration permet de comprendre plus clairement le fonctionnement cognitif, neurologique, neuropsychologique et adaptatif de la personne pour déterminer les avenues d'intervention efficaces, ainsi que les modalités d'encadrement et de supervision les plus efficaces. La production d'une évaluation neuropsychologique, notamment des fonctions exécutives, représente souvent un exercice clinique complémentaire indispensable à l'évaluation sexologique spécialisée pour déterminer la réceptivité en regard de l'intervention, puis pour estimer plus précisément le risque.



16 HYPOTHÈSE DES EFFETS SECONDAIRES DE LA MÉDICATION



DÉFINITION

Plusieurs types de médications engendrent des effets secondaires ayant des impacts sur la sexualité. Différentes étapes de la réponse sexuelle (le désir, l'excitation, le plateau, l'orgasme, la résolution et la période réfractaire chez l'homme) peuvent ainsi être perturbées par la prise de médicaments. Les antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) sont souvent liés à la baisse ou à la perte (ou à la hausse dans de plus rares cas) du désir sexuel, à des orgasmes retardés ou à de l'anorgasmie tant chez l'homme que chez la femme. Certains neuroleptiques ou antipsychotiques peuvent être liés à la dysfonction érectile chez l'homme ou à des éjaculations douloureuses ou rétrogrades. Ils peuvent aussi entraîner des troubles du désir ou de la lubrification chez la femme. Les antiépileptiques, dont certains sont utilisés comme stabilisateurs de l'humeur, peuvent entraîner une diminution ou une perte du désir sexuel et d'excitabilité ainsi qu'une anorgasmie.

Les personnes qui présentent une DI ou un TSA bénéficient fréquemment de traitements pharmacologiques qui peuvent engendrer un grand nombre d'effets secondaires, synergiques ou paradoxaux qui sont susceptibles d'avoir des impacts sur leur sexualité : perte partielle ou totale du désir ou de l'intérêt sexuel, dysfonctions érectiles et éjaculatoires partielles, significatives ou majeures, troubles de lubrification et sécheresse vaginale, retard de l'orgasme et anorgasmie ou désinhibition sexuelle. Lorsqu'une personne présentant une DI ou un TSA perd partiellement ou totalement sa fonction sexuelle, et par le fait même les bénéfices qui y sont associés, sans comprendre ce qu'il se passe, il est possible que cela engendre de la peur, de l'incompréhension, de l'agressivité, des perturbations du comportement sexuel ou l'apparition de comportements en apparence déviants ou excessifs pour retrouver sa fonctionnalité sexuelle.

Certaines personnes présentant une DI ou un TSA font l'objet de puissants traitements pharmacologiques ou de traitements hormonaux visant à réduire leurs pulsions sexuelles suite à l'émission de comportements sexuels problématiques qui relèvent de la déviance contrefaite et non de troubles graves ou paraphiliques offensifs de la sexualité. Ces traitements sont alors injustifiés sur le plan clinique, éthique et déontologique, même s'ils augmentent le sentiment de sécurité des médecins et des proches de la personne.

Par conséquent, une personne ayant peu ou pas d'expériences référentielles saines, positives et normalisantes, qui se voit privée à tort de sa pleine fonctionnalité sexuelle, ne sera plus en mesure de profiter de certaines opportunités pour apprendre à exprimer et satisfaire ses besoins sexuels en développant des intérêts sexuels normalisants (égalitaires, consensuels, respectueux). Ainsi, lorsqu'une personne dont les seules références au niveau du vécu sexuel sont la victimisation sexuelle ou la reproduction de conduites sexuelles inappropriées ou déviantes, il sera difficile pour elle de faire évoluer ses représentations et ses modes d'expression sexuelle si elle est prisonnière d'une contention chimique injustifiée qui la prive de sa fonctionnalité sexuelle.

Enfin, le refus d'un traitement pharmacologique indiqué ou l'arrêt de la médication contre l'avis du médecin peut aussi constituer une hypothèse menant à des conduites sexuelles problématiques ou déviantes de nature contrefaites.



VIGNETTES

Un homme de 48 ans présentant une DIM, un TDAH, un trouble anxieux généralisé ainsi qu'un trouble schizophrénique se masturbe plusieurs heures par jour dans sa chambre lorsqu'il revient de ses activités quotidiennes. Les intervenants rapportent qu'il est obsédé par la masturbation depuis quelque temps. Il va même jusqu'à se blesser (lésions et saignements) tellement il y met de l'ardeur. Les comportements masturbatoires n'avaient jamais posé problème auparavant. Lors de sa dernière hospitalisation, sa médication a complètement été revue et augmentée. Depuis, il n'arrive plus à obtenir d'érection ni à éjaculer. Il persiste, en durée et en intensité, dans ses tentatives de se satisfaire sexuellement, mais sans succès. Il vit de la frustration et ses blessures génèrent de la douleur et des inquiétudes. Il ne comprend pas ce qui lui arrive et son niveau d'anxiété augmente significativement.

Un homme de 52 ans présentant une DIM et un trouble bipolaire se masturbe occasionnellement dans l'intimité de sa chambre à sa ressource d'hébergement en regardant des images érotiques de femmes en lingerie fine. Depuis un mois, il tente d'observer les femmes qui vivent avec lui lorsqu'elles vont aux toilettes ou lorsqu'elles prennent leur bain. Il demande à l'une d'entre elles de le suivre dans sa chambre et de se déshabiller. Il lui demande alors s'il peut toucher ses seins. L'équipe cherche à comprendre pourquoi une problématique de voyeurisme est apparue et se questionne à savoir s'il est à risque d'agression sexuelle pour les résidentes de la ressource. Après analyse, on constate qu'il y a eu un changement de psychiatre et de médication dernièrement. L'homme arrive à obtenir une érection, mais il n'arrive plus à éjaculer. Il a pensé que ses images ne lui suffisaient plus et il a voulu voir s'il allait pouvoir éjaculer avec de vraies femmes.

Une femme de 47 ans présentant une DIM demande à son partenaire de longue date de mettre des liquides (huile d'olive, savon à vaisselle) sur son pénis avant d'avoir des relations sexuelles. Celui-ci trouve ses nouvelles demandes très étranges. Il mentionne à son éducateur qu'il a peur qu'elle veuille faire des choses encore plus bizarres comme dans les films qu'ils ont écoutés ensemble. Après investigation, on réalise que les effets secondaires de la médication combinés à une préménopause génèrent une importante sécheresse vaginale rendant les pénétrations difficiles et douloureuses.

Un jeune homme de 20 présentant un TSA, une DIL, un TDAH, un trouble de l'attachement, un trouble du comportement et un trouble de stress post-traumatique associés à diverses formes d'abus est complètement désinhibé sur le plan sexuel. Il affirme ne plus être en mesure de contrôler ses comportements. Il est référé pour des troubles graves de la sexualité et une possible hypersexualité. Après plusieurs semaines, le psychiatre traitant affirme qu'un des médicaments qui lui a été prescrit pour réduire son impulsivité semble produire un effet paradoxal ou inverse à l'effet recherché.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



16. Hypothèse des effets secondaires de la médication

- ☑ Travailler en étroite collaboration avec les médecins, les psychiatres, les pharmaciens et les infirmières cliniciennes afin d'optimiser les effets bénéfiques recherchés dans le traitement pharmacologique tout en réduisant le plus que possible les effets secondaires néfastes sur la réponse ou la fonctionnalité sexuelle;
- ☑ Faire en sorte que la personne prenne sa médication de manière assidue et que le traitement pharmacologie soit régulièrement revu ou ajusté;
- ☑ Soutenir la personne dans sa compréhension, et parfois dans l'acceptation des effets secondaires de sa médication, afin qu'elle ait des attentes réalistes quant à sa possibilité de satisfaction sexuelle. Travailler parallèlement sur la gestion des émotions négatives que cela peut engendrer (peur, anxiété, frustration, tristesse) et optimiser les autres sources de plaisir et de satisfaction de vie;
- ☑ Lorsqu'un traitement pharmacologique ou hormonal visant la réduction des pulsions sexuelles semble injustifié, référer en sexologie clinique ou à un psychiatre familial avec les personnes présentant une DI ou un TSA et sensibilisé au phénomène de déviance contrefaite.



17 HYPOTHÈSE MÉDICALE ÉLARGIE ET PSYCHIATRIQUE



DÉFINITION

Les personnes présentant une DI ou un TSA sont davantage susceptibles de présenter un double diagnostic ou des diagnostics multiples incluant d'importantes vulnérabilités au niveau de la santé, de la santé mentale et de la personnalité créant ainsi des tableaux cliniques complexes.

Certaines conditions psychiatriques émergentes ou passagères peuvent générer une apparition de préoccupations ou de conduites sexuelles inappropriées, plus exacerbées, ou plus à risque chez certaines personnes. Par exemple, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble bipolaire et le trouble de personnalité limite sont plus fréquemment associés à des conduites sexuelles compulsives, plus impulsives ou à risque. Les personnes présentant une DI ou un TSA qui sont aux prises avec de telles vulnérabilités ne sont pas à l'abri de ce type de symptomatologie clinique.

Certains comportements sexuels inappropriés ou déviants peuvent aussi être associés à des syndromes génétiques. Par exemple, les personnes présentant le syndrome de 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.

Lorsque la problématique psychiatrique n'est pas prise en charge (suivi psychiatrique, soins pharmacologiques et psychothérapeutiques), certains comportements sexuels problématiques peuvent sembler déviants. La déviation, souvent passagère et contextuelle, est cependant, dans bien des cas, davantage liée à la condition psychiatrique ou syndromique de la personne plutôt qu'à ces réels intérêts sexuels déviants ou paraphiliques graves et persistants.



VIGNETTES

Une jeune femme de 19 ans présentant un TSA, une DIL, un trouble anxieux, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble d'opposition avec provocation et un trouble de stress post-traumatique chronique lié à des abus sexuels a des conduites sexuelles étranges et persistantes. Elle invente et dessine depuis peu des histoires sexuelles sordides incluant beaucoup de violence. Elle regarde ses dessins lorsqu'elle se masturbe. Elle raconte aussi avoir violé un intervenant récemment. Elle est perçue comme une déviante sexuelle et une perverse en devenir par certains intervenants. La jeune femme n'a jamais bénéficié de soins ou de traitements suite aux agressions sexuelles dont elle a été victime à l'enfance et à l'adolescence. Elle se trouve dans une phase d'éveil sexuel. Elle a consommé du cannabis il y a quelques semaines, ce qui a déclenché un épisode psychotique incluant des délires sexuels à connotations morbides. Les propos et les comportements sexuels préoccupants ont disparu après l'hospitalisation et l'ajustement de la médication.



VIGNETTES

Une femme de 26 ans présente une DIM, des dysfonctions exécutives majeures, un trouble anxieux, un trouble de personnalité histrionique, un trouble de personnalité limite ainsi qu'un profil marqué de carences, de dépendances affectives et de victimisation sexuelle. Depuis son arrivée en milieu urbain, elle multiplie les partenaires sexuels et propose même, sans discernement, des services sexuels à des hommes dès qu'elle se retrouve seule en communauté. Elle n'utilise aucune protection et demande de 10 \$ à 15 \$ pour ses services. Bien qu'on abuse d'elle sexuellement, physiquement et financièrement, elle ne considère que les bénéfices et affirme qu'elle ne pense qu'aux hommes. On observe qu'elle est très obsédée par la sexualité et qu'elle se met en danger. Elle est isolée de sa famille depuis son déménagement. Elle refuse l'aide et les traitements pharmacologiques. Après avoir développé un bon lien de confiance avec sa nouvelle éducatrice, elle accepte finalement d'obtenir de l'aide et de prendre de la médication. Elle recrée alors des contacts par Skype avec sa famille et obtient de l'attention et de la valorisation saine et positive (non sexualisée) de quelques bonnes figures masculines. Elle accepte la mise en place d'aménagements préventifs et envisage de vivre sa sexualité différemment.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



17. Hypothèse médicale élargie et psychiatrique

- ☑ S'assurer que les personnes concernées présentant une DI et un TSA puissent avoir accès à des services en santé mentale (évaluation, suivi, traitement);
- ☑ Travailler en étroite collaboration avec les différents intervenants et les professionnels spécialisés dans le domaine de la santé mentale (psychiatres, infirmiers, psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, intervenants psychosociaux) pour établir des plans d'intervention multidisciplinaires spécialisés et concertés;
- ☑ Référer aux équipes ou aux professionnels du milieu de la réadaptation qui ont le plus d'expertise en santé mentale et en double diagnostic;
- ☑ Former et sensibiliser les équipes et les professionnels au DSM-5 et à l'utilisation du DM-ID-II comme outil de référence clinique;
- ☑ S'assurer que la personne prenne sa médication de manière assidue et que le traitement pharmacologique soit revu ou ajusté régulièrement;
- ☑ Soutenir la personne dans sa compréhension, et parfois dans l'acceptation, de son état de santé mentale ainsi que des impacts que cela peut engendrer dans l'expression de sa sexualité :
 - Offrir une démarche d'éducation sexuelle individualisée adaptée, travailler parallèlement sur la gestion des émotions négatives que cela peut engendrer (peur, anxiété, frustration, tristesse) et optimiser les autres sources de plaisir et de satisfaction de vie.
- ☑ Référer en sexologie clinique lors de situations plus complexes afin d'établir un plan d'intervention et d'encadrement adapté plus détaillé;
- ☑ S'assurer que la personne puisse bénéficier de services d'accompagnement psychothérapeutiques ou sexothérapeutiques adaptés et spécialisés lorsque la situation l'exige.



18 HYPOTHÈSE DE LA PANIQUE HOMOSEXUELLE



DÉFINITION

Le terme « panique homosexuelle » fait référence à une classification diagnostique psychiatrique complètement désuète provenant du DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) qui n'est jamais réapparue dans les éditions subséquentes. La classification faisait sommairement référence aux individus qui se sentaient à ce point menacés par les avances homosexuelles qu'ils adoptaient des conduites défensives extrêmes (violence ou meurtre) pour justifier leurs actes. L'expression « panique homosexuelle » est encore utilisée dans de rares situations judiciaires mêmes s'il n'existe pas de législation officielle à ce sujet. Il s'agit plutôt d'une justification archaïque stipulant que les avances homosexuelles non désirées pourraient constituer une circonstance atténuante dans des cas de violences ou d'homicides à connotation homophobe.

À l'époque de l'institutionnalisation des personnes présentant une DI ou un TSA, la ségrégation des sexes était chose commune en milieux psychiatriques et hospitaliers. Les contacts avec les personnes de sexe opposé étaient hautement supervisés et même restreints. Dans un contexte où les personnes du sexe opposé sont inaccessibles, en guise de substitution, il arrive que les comportements sexuels entre des personnes de même sexe deviennent la norme pour des hétérosexuels. Dans ces cas, les comportements sexuels homosexuels sont liés aux circonstances environnementales et ne témoignent pas nécessairement d'une orientation homosexuelle. Au fil des ans, certaines personnes ont été étiquetées homosexuelles en raison de leurs comportements sexuels circonstanciels en institution, et parfois victimes de fortes critiques ou de mauvais traitements pour cette même raison. Afin de se dissocier de cette étiquette et des risques de représailles qu'elle représentait, certains individus ont pu commettre des délits sexuels pour prouver leur hétérosexualité à leur entourage. Le terme « panique homosexuelle » ne représente plus la réalité contemporaine et il faut nuancer cette hypothèse à la lumière de l'historique des personnes présentant une DI ou un TSA et des services qu'elles ont reçus.

Malgré les avancées considérables réalisées au cours des dernières décennies concernant la liberté de choix et les droits de la personne au niveau de l'orientation sexuelle, les propos, les attitudes et les comportements homophobes demeurent encore présents, même si les agressions ou les meurtres à connotation homophobe ont largement diminué. Cependant, le besoin de conformisme et d'approbation des personnes présentant une DI, leur grande désirabilité sociale, leur peur du rejet et de l'exclusion, leur sensibilité au jugement et à la critique, leur difficulté d'affirmation conjuguée à leur manque de connaissance et de compréhension de leurs droits et libertés font en sorte qu'il peut être plus difficile pour elles d'exprimer librement leur homosexualité. Dans de rares cas, il peut arriver qu'une personne présentant une DI prenne des initiatives sexuelles inappropriées ou nuisibles envers une personne de sexe opposé simplement pour prouver à l'entourage qu'elle n'est pas homosexuelle. Il s'agit alors d'une manière désadaptée de se débarrasser de cette étiquette menaçante. Il ne faut pas automatiquement y voir une agression sexuelle motivée par l'érotisation du contrôle ou du pouvoir ni banaliser les conséquences chez la personne et chez autrui.

En ce qui concerne les personnes présentant un TSA, le fait qu'elles soient moins soucieuses des standards et des stéréotypes sociaux et que leur orientation sexuelle soit souvent plus flexible, c'est-à-dire davantage définie par des caractéristiques individuelles de la personne et des champs d'intérêts communs que par son sexe d'appartenance génétique, cette hypothèse s'applique moins à cette clientèle même si elle n'est pas complètement exclue.

En conclusion, cette hypothèse fait référence à une certaine anxiété homosexuelle induite par des variables environnementales plutôt qu'à une « panique homosexuelle » telle que conceptualisée par le passé ou dans des pays où l'institutionnalisation demeure la norme.



VIGNETTES

Un adolescent de 16 ans, présentant une DIL, plutôt réservé, délicat et à l'allure frêle, fréquente une classe spécialisée dans une école secondaire. Il est presque fusionnel avec son meilleur ami, un adolescent de son âge et de son niveau de fonctionnement qui fréquente la même classe que lui. Depuis plusieurs mois, il se fait traiter de « tapette » et de « fif » par un groupe d'adolescents au régulier. Un midi à la cafétéria alors qu'il se trouve tout près du groupe d'adolescents qui l'intimide, il s'approche d'une adolescente neurotypique, puis il l'embrasse sur la bouche et lui touche les seins. Il est alors rencontré par la direction et suspendu de l'école pendant une semaine. Les parents de l'adolescente lance une pétition pour remettre en question la présence d'élèves présentant une DI ou un TSA dans l'école normale puisqu'ils sont, selon eux, sexuellement impulsifs et plus susceptibles de commettre des agressions sexuelles.

Une femme de 42 ans présentant une DIL vit librement son homosexualité, depuis plus de 10 ans, avec la même partenaire adulte qui présente elle aussi une DI. Elle vit en ressource d'hébergement et ses parents ne sont pas au courant de son orientation sexuelle ni de sa relation amoureuse. Ils présentent plusieurs préjugés en ce qui concerne l'homosexualité et ils ont même rompu tous contacts pendant plusieurs années avec leur fils aîné lorsqu'il a affiché son homosexualité. Après que ses parents aient prononcé des propos homophobes et qu'ils aient désapprouvé le choix de leur fils devant elle, celle-ci a commencé à tenir des propos sexualisés envers les hommes devant ses parents lors de chaque visite. Dernièrement, devant ses parents, elle aurait complimenté, puis agrippé les parties intimes d'un homme qui effectuait des travaux dans son milieu de vie. Très inquiets, les parents sont convaincus que leur fille est envahie par la sexualité et qu'elle devrait être médicamentée.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



18. Hypothèse de la panique homosexuelle

- ☑ Offrir à la personne une démarche d'éducation sexuelle, notamment en ce qui concerne l'orientation sexuelle, la diversité et la liberté de choix dans le cadre d'une relation égalitaire, consensuelle, responsable, normative et sécuritaire;
- ☑ Soutenir la personne dans la connaissance et la compréhension de ses droits, libertés et responsabilités;
- ☑ Soutenir le développement de son estime personnelle, de sa confiance en elle-même ainsi que de ses capacités d'affirmation de soi;
- ☑ Réaliser un exercice de sensibilisation et d'éducation environnementale (parents, proches, milieu de vie, milieu scolaire, milieux sociocommunautaires) afin de réduire les fausses croyances, les mythes, les tabous, les peurs et faire la promotion des droits, des libertés et des responsabilités en ce qui concerne l'orientation sexuelle des personnes DI-TSA :
 - La présence de politiques et de cadres de référence (à jour et implantés) en matière de vie intime, amoureuse et sexuelle ou de santé sexuelle aide à soutenir et à orienter ce travail auprès de l'environnement de la personne.



19 HYPOTHÈSE DE L'HYPERSEXUALITÉ



DÉFINITION

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 peut causer des préjudices ou avoir des conséquences légales pour la personne. 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, dû 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 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 pharmacologiques, psychologiques, sexothérapeutiques et environnementaux. L'avenue pharmacologique est généralement priorisée.



VIGNETTE

Une femme de 27 ans présentant un TSA, une DI, un trouble obsessionnel compulsif 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 ainsi que des gadgets sexuels qu'elle a volés à une amie. Elle visionne également des vidéos pornographiques plusieurs heures par jour. Elle est très active sur les réseaux sociaux et sur les sites de rencontres en ligne. Elle invite des hommes (inconnus) à la retrouver chez elle dans le but d'avoir des activités sexuelles. Il lui arrive d'accepter de ne pas utiliser de préservatifs. Elle ne sort presque plus de chez elle depuis les dernières semaines. Elle n'est plus en mesure de participer à ses activités régulières au quotidien. Dépassée par la situation, elle mentionne que ses besoins sexuels sont plus forts qu'elle. Elle est triste de ne plus voir ses amis à son stage et de ne plus pouvoir profiter de ses activités de loisirs.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



19. Hypothèse de l'hypersexualité

- ☑ Minimiser les facteurs individuels et environnementaux liés au risque plus immédiat et mettre en place les aménagements préventifs nécessaires en collaboration avec la personne ou son représentant légal;
- ☑ Faire une évaluation spécialisée en santé mentale, en sexologie clinique ou en psychologie afin de mieux comprendre la problématique et déterminer les traitements prioritaires sur les plans pharmacologiques, psychologiques, sexothérapeutiques et environnementaux. L'avenue pharmacologique est généralement priorisée avec les personnes présentant une DI ou un TSA afin de réduire les obsessions, l'impulsivité, puis d'augmenter leur disponibilité en regard de l'intervention et pour réduire les risques à court terme. Un suivi psychiatrique peut être requis dans certains cas;
- ☑ Offrir un suivi psychothérapeutique ou sexothérapeutique individualisé lorsque recommandé dans le cadre d'une évaluation spécialisée. La thérapie cognitivo-comportementale privilégiant le modèle de la prévention de la rechute similaire à celui utilisé dans le traitement des dépendances. Un plan de prévention de la récurrence et de gestion du risque inspiré de l'approche d'intervention *Old Me – Becoming New Me* (Lindsay, 2009) peut également constituer une intervention concrète, efficace et motivante;
- ☑ Offrir des interventions psychoéducatives et sexoéducatives spécialisées et individualisées tenant compte de l'évaluation des spécificités de la problématique d'hypersexualisation;
- ☑ Établir des collaborations avec des professionnels des services présentant une expertise en la matière (ex. : Clinique des troubles sexuels de l'Institut en santé mentale de Québec).



QUATRIÈME GROUPE

HYPOTHÈSES LIÉES À LA PRÉSENCE D'UNE RÉELLE DÉVIANCE SEXUELLE (PARAPHILIE) OU D'UN TROUBLE PARAPHILIQUE

Le phénomène de déviance contrefaite n'exclut pas la présence de réelles déviations sexuelles ni de d'autres troubles graves de la sexualité chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Conséquemment, il faut aussi tenir compte de la possibilité que la déviance dite contrefaite soit confondue avec une réelle déviance sexuelle (paraphilie bénigne ou trouble paraphilique). Dans des situations plus complexes, seuls les professionnels qualifiés sont en mesure de faire cette distinction et de poser un diagnostic différentiel.

Les hypothèses de ce groupe sont : l'hypothèse des paraphilies bénignes et non offensives et l'hypothèse de la déviance.

20 HYPOTHÈSE DES PARAPHILIES BÉNIGNES ET NON OFFENSIVES



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, du moins, de l'idée qu'on s'en fait.

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. Le terme paraphilie réfère également 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. 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. Ces paraphilies, même si elles ne sont pas cliniquement problématiques ni illégales, 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.



VIGNETTES

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.

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 ressource d'hébergement sont informés et ils respectent l'intimité de l'homme. Malheureusement, un des responsables de la ressource décède. Le résident 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 ce genre 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 l'homme 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.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



20. Hypothèse des paraphilies bénignes et non offensives

- ☑ S'assurer que les comportements sexuels hors normes ne causent pas de préjudices à la personne ou à autrui, qu'ils se manifestent en privé dans un endroit approprié et qu'ils prennent forme dans le cadre d'une relation égalitaire entre adultes consentants;
- ☑ S'assurer que ces comportements n'engendrent pas de détresse psychologique, qu'ils ne perturbent pas le fonctionnement de la personne, que la personne respecte les lois et qu'il n'y a pas de délits comme le vol d'objets ou de vêtements;
- ☑ Enseigner des habiletés et des compétences sociales et hétérosociales de base à la personne, puis approfondir l'exercice au niveau des habiletés de séduction et de démonstration de l'intérêt amoureux et sexuel (habiletés sociosexuelles);
- ☑ 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.



21

HYPOTHÈSE DE LA DÉVIANCE

(TROUBLES PARAPHILIQUES ET PARAPHILIES OFFENSIVES,
AGRESSIONS SEXUELLES ET DÉLINQUANCE SEXUELLE)



DÉFINITION

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. Le terme paraphilie fait donc référence à des activités ou à des cibles sexuelles anormales, mais également 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 qualifié 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.

21

HYPOTHÈSE DE LA DÉVIANCE

(TROUBLES PARAPHILIQUES ET PARAPHILIES OFFENSIVES,
AGRESSIONS SEXUELLES ET DÉLINQUANCE SEXUELLE)



DÉFINITION (suite)

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 deuxième regroupe les agressions sexuelles armées, les menaces et les inflications 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).

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 eu transgression de la loi. 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).



VIGNETTES

Un homme de 24 ans présentant une DI, avec un historique de violence et de victimisation sexuelles accompagné d'un profil complexe de santé mentale, suit une jeune femme neurotypique de 19 ans, de 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 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.

Un 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 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, allumé 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 ayant une influence négative. 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 étant carencé sur le plan affectif, il n'a jamais entretenu de relation amoureuse ou sexuelle égalitaire.



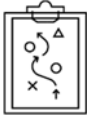
VIGNETTES

Un 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, au cours des années, de différents aménagements préventifs, 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 désespéré et il souhaite obtenir de l'aide. Le contexte familial est complexe et non facilitant.

Un 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 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 pédophilique lorsqu'il était jeune adulte.

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. 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.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



21. Hypothèse de la déviance (troubles paraphiliques et paraphilies offensives, agressions sexuelles et délinquance sexuelle)

- ☑ 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 récidive 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 bénéficier la personne d'un suivi psychothérapeutique ou sexothérapeutique individualisé lorsque recommandé dans le cadre d'une évaluation spécialisée;
- ☑ Faire bénéficier la personne d'interventions psychoéducatives et sexoéducatives 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;
- ☑ 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 (GLM) (Ward, Mann, Gannon, 2007) ou modèle de vies saines 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 récidive. Selon ce modèle, tous les comportements humains visent à combler un besoin de vie fondamental 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 SUGGÉRÉES (suite)



21. Hypothèse de la déviance (troubles paraphiliques et paraphilies offensives, agressions sexuelles et délinquance sexuelle)

- ☑ S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi psychiatrique et d'un traitement pharmacologique approprié, si nécessaire;
- ☑ 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 récidive 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 son 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.





PARTIE 2 :

AUTRES HYPOTHÈSES PROVENANT DE LA PRATIQUE CLINIQUE

CINQUIÈME GROUPE

AUTRES HYPOTHÈSES À CONSIDÉRER EN DI-TSA

Ce groupe présente des hypothèses n'ayant pas fait l'objet d'études scientifiques, mais apparaissant de façon distinctive dans la pratique clinique. Elles sont essentielles à considérer tant pour l'analyse clinique que pour la définition d'interventions suggérées pour les personnes présentant une DI ou un TSA. Considérant que la pratique professionnelle concernant les problématiques sexuelles est en constante évolution et que les besoins de la clientèle, des équipes et des organisations amènent parfois de nouveaux défis, la liste des hypothèses cliniques concernant la déviance contrefaite demeure sujette à des bonifications, des nuances et des améliorations.

Les hypothèses de ce groupe sont : l'hypothèse du recours au sexe comme stratégie adaptative ou comme mécanismes d'autorégulation des émotions négatives ou indésirables et l'hypothèse de l'absence de capacités fantasmatiques.

22

HYPOTHÈSE DU RECOURS AU SEXE COMME STRATÉGIE ADAPTATIVE OU COMME MÉCANISME D'AUTORÉGULATION DES ÉMOTIONS NÉGATIVES OU INDÉSIRABLES



DÉFINITION

La sexualité humaine présente quatre grandes fonctions. Elle sert à la reproduction (fonction reproductive), à obtenir du plaisir (fonction hédonique), à répondre aux besoins affectifs et de connexion à l'autre (fonction affective et d'union), puis finalement à gérer et à se protéger de conflits et de menaces intrapsychiques ou encore à composer avec des affects négatifs et des sensations désagréables ou douloureuses (fonction défensive et adaptative). Lorsqu'elle sert à des fins défensives ou adaptatives, l'excitation, la satisfaction générée par le comportement sexuel aide momentanément une personne à fuir ou à masquer plusieurs pensées négatives envahissantes (malaise, mal-être, ennui, solitude, déplaisir, anxiété, angoisse, tristesse, souffrance, détresse, sensation de vide, etc.). Le plaisir que la sexualité procure sert ainsi d'anesthésiant ou de remède temporaire (sexualité PRN).

Dans d'autres cas, la sensation globale liée à la décharge orgasmique engendre un état de bien-être qui est généré par la réduction ou la libération des tensions neuropsychologiques et physiologiques. La sexualité peut donc servir de moyen de délivrance du trop plein d'émotions négatives ou encore de défoulement. Elle peut également viser à combler un manque d'estime personnelle ou de reconnaissance. La personne recherche ainsi, souvent inconsciemment, à rétablir un certain équilibre sur le plan psychique, psychologique, affectif, identitaire ou relationnel.

Lorsque la fonction défensive ou adaptative est surinvestie ou prédominante, il peut arriver qu'elle se manifeste par des comportements sexuels excessifs, atypiques, hors normes ou parfois abusifs sans qu'il n'y ait une intention de nuisance, de malveillance ou d'hostilité envers autrui.

Les personnes présentant une DI ou un TSA sont souvent aux prises avec différents tourments ou malaises psychologiques, affectifs et physiques sans avoir de bonnes stratégies adaptatives. Puisque le plaisir ou la satisfaction sexuelle sont toujours à « portée de main », il arrive fréquemment qu'elles aient recours au sexe comme stratégie défensive et adaptative.

Lorsqu'elle cible plus directement ou plus consciemment la recherche de pouvoir, de contrôle, de domination et l'expression de la colère, de la frustration ou de l'hostilité, la fonction défensive ou adaptative est davantage associée aux troubles graves de la sexualité (agressions sexuelles, paraphilies offensives et délinquance sexuelle grave). Cela nécessite alors systématiquement une évaluation du trouble sexuel réalisée par un professionnel qualifié.



VIGNETTES

Un jeune homme de 19 ans présentant un TSA sans DI ainsi qu'un trouble grave du comportement est hospitalisé suite à une désorganisation agressive majeure. Rapidement, l'équipe médicale observe qu'il se masturbe compulsivement pendant de nombreuses heures chaque jour. Les activités masturbatoires excessives engendrent d'abord des irritations puis des lésions à ses organes génitaux. On envisage une contention chimique ou même physique pour éviter qu'il ne se blesse davantage. Dans son milieu familial, le jeune homme avait habitude de passer de nombreuses heures par jour à jouer à des jeux vidéo en ligne. Il ne présentait pas de problématique au niveau de la masturbation. Hospitalisé, il n'a plus accès à ses jeux et il n'a aucune occupation quotidienne de substitution. Il est ainsi privé de sa principale source occupationnelle de plaisir et d'émotions fortes. La masturbation est donc surinvestie comme mécanisme adaptatif contextuel de compensation.

Une adolescente de 17 ans présentant une DIL, un TDAH ainsi qu'un trouble anxieux a développé l'habitude de se masturber en pleine nuit. Puisqu'elle mentionne que c'est plus fort qu'elle et qu'elle partage sa chambre avec sa jeune sœur de 11 ans, ses parents sont très préoccupés. En visite chez une copine, elle a récemment écouté plusieurs films d'horreur et elle fait depuis d'intenses cauchemars pratiquement chaque nuit. Elle mentionne en consultation que le fait de se masturber l'aide à se changer les idées, que cela chasse les mauvais esprits, qu'elle n'a plus peur lorsqu'elle donne du plaisir à son corps et que cela l'aide aussi à se rendormir après la jouissance.

Une femme de 33 ans présentant une DIM cherche des toilettes publiques pour se masturber dès qu'elle fait des sorties dans la communauté. Même si elle est toujours accompagnée lors de ses sorties, elle insiste pour aller aux toilettes et elle se désorganise lorsqu'on ne répond pas à sa demande. Elle émet également beaucoup de sons (soupirs et gémissements) lorsqu'elle se masturbe. On ne comprend pas la nature de ce qui est décrit comme des urgences sexuelles et l'équipe se demande si elle ne fait pas une certaine forme d'exhibitionnisme sexuel sonore pour attirer l'attention ou pour être renvoyée à la ressource. La femme a récemment intégré une nouvelle ressource d'hébergement où les résidents sont invités à faire beaucoup de sorties et d'activités en communauté. Les sorties et les activités sont souvent imprévues ou non annoncées. Les comportements ne sont pas observés lorsqu'elle se retrouve dans des endroits qu'elle connaît bien et où elle se sent en sécurité. Le relâchement des tensions psychoaffectives et physiques suivant l'orgasme l'aide alors à s'autoréguler et la libère momentanément de sa surcharge de stress provoquée par un niveau d'inquiétude, d'insécurité et d'anxiété très élevé lors de ses sorties.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



22. Hypothèse du recours au sexe comme stratégie adaptative ou comme mécanisme d'autorégulation des émotions négatives ou indésirables

- ✓ Réaliser une analyse fonctionnelle du comportement sexuel problématique en tenant compte de la fonction défensive et adaptative de la sexualité humaine;
- ✓ Aider la personne (en collaboration avec son environnement) à développer des stratégies adaptatives ayant la même fonction ou visant à satisfaire les mêmes besoins, mais de manière plus adéquate et plus normative :
 - Offrir une structure occupationnelle positive et valorisante qui est source de plaisir et qui génère un sentiment d'utilité et de fierté;
 - Réduire les sources de stress et d'anxiété, puis voir au développement de moyens concrets et adaptés d'autorégulation des tensions psychoaffectives.
- ✓ Collaborer avec les professionnels qualifiés tels un psychologue ou un sexologue compte tenu du fait que cette hypothèse concerne plusieurs dimensions individuelles (psychoaffective, psychosexuelle, biologique, environnementale).



23 HYPOTHÈSE DE L'ABSENCE DE CAPACITÉS FANTASMATIQUES



DÉFINITION

Une des fonctions de la fantasmagie sexuelle consiste à permettre de vivre de manière imaginative ce que l'on ne peut expérimenter dans le réel. Elle permet aussi d'aller au-delà de certaines frontières morales personnelles ou sociales. Elle permet de trouver satisfaction en l'absence de partenaire ou encore de scénariser dans l'intimité de nos pensées une relation sexuelle avec une personne réelle, mais qui n'est pas accessible, disponible, consentante ou même informée de l'intérêt qui lui est porté. On dit alors que cette personne n'est qu'un fantasme. La fantasmagie sexuelle permet également d'enrichir et de diversifier l'expérience sexuelle lorsqu'elle est saine et qu'elle ne comporte pas d'éléments pathologiques. Certains individus peuvent cependant satisfaire ou sublimer des intérêts sexuels hors normes ou déviants via leur fantasmagie sexuelle pour éviter les possibles conséquences négatives dans le réel.

En plus de leurs difficultés d'apprentissage, de compréhension, de mémoire, de communication et de jugement, les personnes présentant des limitations cognitives plus marquées (DIM, DIS ou DIP avec ou sans TSA) ont des capacités imaginatives et fantasmagiques très peu développées, voire absentes. Elles doivent alors composer avec des besoins et des insatisfactions sexuelles qu'elles ne sont pas en mesure de comprendre, de se représenter et de combler via l'imaginaire. Conséquemment, il arrive que certaines personnes plus limitées cognitivement agissent ou touchent davantage puisqu'elles ne sont pas en mesure d'imaginer ou de fantasmer. Beaucoup plus concrètes et plus directes, dépourvues de toute forme de repères et de moyens adéquats de satisfaction sexuelle, elles peuvent parfois manifester des conduites sexuelles exploratoires impulsives et intrusives envers autrui en toute inconscience et sans aucune forme de malveillance. Sans en banaliser les conséquences, ce type de comportements sexuels problématiques se distingue également des troubles paraphiliques et des véritables déviations sexuelles.



VIGNETTES

Un homme de 34 ans présentant une DIP fait des attouchements sexuels aux seins et aux fesses des résidentes de son nouveau milieu de vie. Il a aussi tenté des comportements similaires à l'endroit d'une surveillante engagée par les responsables de la ressource d'hébergement. Il a toujours été jumelé avec des hommes par le passé. Il semble excité par la présence de femmes dans son environnement. Les responsables lui ont remis des images érotiques de femmes en lingerie et avec les seins nus, mais il ne semble pas du tout intéressé. On rapporte qu'il ne sait pas quoi faire avec ces images et que ses comportements problématiques persistent lorsqu'il n'est pas étroitement supervisé. Il semble avoir des érections seulement lorsqu'il se rapproche de ses pairs de sexe féminin.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



23. Hypothèse de l'absence de capacités fantasmatiques

- ☑ Assurer la supervision de la personne et mettre rapidement en place des aménagements préventifs dans l'environnement afin d'éviter l'accès aux personnes plus vulnérables :
 - Évaluer le pairage et la nécessité d'accompagnement en « un pour un » pendant un certain temps.
- ☑ Assurer le développement de la notion de frontière et de distance sociale en ayant recours à des techniques d'intervention comportementales répétitives et soutenues par des images ou pictogrammes. S'appuyer sur un système d'émulation qui concerne les comportements attendus et appropriés;
- ☑ Référer à un professionnel qualifié pour mieux évaluer la situation et établir un plan d'intervention spécialisé, lorsque les comportements sexuels problématiques persistent et que la personne n'a pas la capacité d'obtenir une satisfaction sexuelle, c'est-à-dire qu'elle n'a pas les moyens de se satisfaire elle-même adéquatement par la masturbation dans un contexte approprié.



SIXIÈME GROUPE

HYPOTHÈSES SPÉCIFIQUEMENT LIÉES AUX CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TSA SANS DI

Le sixième groupe propose un ensemble d'hypothèses cliniques qui sont plus spécifiques aux personnes présentant un TSA sans DI ou aux caractéristiques associées aux TSA. Cependant, cela ne signifie pas qu'elles ne peuvent pas être considérées chez les personnes présentant un TSA et une DI ou une DI sans TSA. Plusieurs des caractéristiques neurodéveloppementales et diagnostiques associées au TSA sont parfois liées à des conduites sexuelles dont certaines sont lourdes de conséquences, même si elles se distinguent des paraphilies et des troubles graves de la sexualité.

Les hypothèses de ce groupe sont : l'hypothèse des déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales réciproques, l'hypothèse du recours à la sexualité comme mécanisme d'autorégulation des surcharges neurosensorielles, l'hypothèse des intérêts restreints ou des comportements répétitifs et stéréotypés, l'hypothèse du champ perceptuel visuel différent et l'hypothèse des comportements associée aux phénomènes Ecchi et Hentai.

24

HYPOTHÈSE DES DÉFICITS PERSISTANTS DE LA COMMUNICATION SOCIALE ET DES INTERACTIONS SOCIALES RÉCIPROQUES



DÉFINITION

Les personnes présentant un TSA doivent souvent composer avec déficits importants et persistants au niveau de la réciprocité socio émotionnelle et des moyens de communication permettant l'interaction sociale. La difficulté à se représenter les intentions, les attentes et les émotions d'autrui (la théorie de l'esprit) fait en sorte qu'elles sont plus susceptibles de projeter leurs propres intentions, attentes et émotions sur autrui sans valider avec l'autre leurs perceptions ni de tenir compte de la réciprocité. Elles ont aussi des difficultés sur le plan du décodage et de l'interprétation des signes non verbaux. Conséquemment, toute la dimension essentielle du consentement sexuel présente un défi de compréhension et d'adaptation.

Sans réciprocité ni consentement libre et éclairé, toute forme d'initiative sociosexuelle risque d'être perçue ou vécue comme une intrusion ou une agression sexuelle, même si elle n'est ni initiée ni associée à une intention agressive, hostile ou malveillante. Chez les personnes présentant un TSA, il est donc essentiel de considérer cette hypothèse afin d'éviter que les inconduites sexuelles ne soient confondues avec des agressions sexuelles qui sont réellement liées à l'érotisation de l'exercice du pouvoir, du contrôle et de la domination sur autrui.



VIGNETTES

Un jeune homme de 23 ans présentant un TSA sans DI rencontre une jeune femme de 18 ans sur un site de rencontre. Après avoir dialogué avec elle pendant quelques jours, il l'invite à son domicile familial pendant que ses parents sont absents. Après son arrivée, il l'amène rapidement à sa chambre à coucher. Il prend alors des initiatives sexuelles. Surprise et déconcertée, la jeune femme fige et elle se laisse faire. Ils ont une relation sexuelle complète pendant laquelle la jeune femme est muette et très peu participative. Mentionnant qu'elle devait retourner chez elle, elle quitte rapidement les lieux et elle texte sa meilleure amie pour lui dire qu'elle vient de se faire agresser sexuellement. Quelques heures plus tard, des policiers se présentent au domicile du jeune homme pour l'arrêter. Considérant les quelques échanges à connotation sexuelle dans les dialogues, le fait que la jeune femme ait accepté son invitation et qu'elle était très souriante à son arrivée, celui-ci était convaincu qu'elle souhaitait tout comme lui avoir une relation sexuelle. Il avait même présumé qu'il s'agissait désormais de son amoureuse et qu'ils allaient se revoir.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



24. Hypothèse des déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales réciproques

- ✓ Réaliser un travail approfondi d'éducation sexuelle concernant les thèmes de la réciprocité, du consentement sexuel et de la cyberprévention;
- ✓ Développer parallèlement le jugement moral, sociosexuel ainsi que les habiletés sociosexuelles;
- ✓ Soutenir au besoin la personne dans les démarches judiciaires et légales : offrir un accompagnement à chacune des étapes et s'assurer que la personne comprend et respecte ses conditions légales s'il y a lieu;
- ✓ Dans un contexte légal ou de judiciarisation, demander une expertise sexologique ou psychosexuelle afin de procéder à une distinction clinique spécialisée entre le phénomène de déviance contrefaite, le trouble paraphilique ou l'agression sexuelle. S'assurer que les mesures judiciaires, réadaptatives ou thérapeutiques sont adaptées au fonctionnement de la personne, à sa compréhension et à la gravité de sa problématique sexuelle.



25

HYPOTHÈSE DU RECOURS À LA SEXUALITÉ COMME MÉCANISME D'AUTORÉGULATION DES SURCHARGES NEUROSENSORIELLES



DÉFINITION

Considérant la présence de troubles de modulation et d'intégration neurosensorielle chez plusieurs personnes présentant un TSA, il arrive que certaines circonstances, certains environnements ou évènements soient excessivement sollicitants sur les plans neurologique et sensoriel. Conséquemment, certaines personnes peuvent avoir recours à la fonction défensive et adaptative de la sexualité pour évacuer leurs surcharges psychiques ou physiques. La sensation globale liée à la décharge orgasmique engendre un état de bien-être qui est généré par la réduction ou la libération des tensions neuropsychologiques et physiologiques. La recherche du plaisir et la satisfaction sexuelle permettent aussi de rediriger l'attention sur d'autres sensations fortes plus agréables.

Lorsque la personne ne possède pas d'autre moyen d'autorégulation plus adapté ou tout aussi efficace, la fonction défensive ou adaptative risque d'être surinvestie ou prédominante. Il peut alors arriver qu'elle se manifeste par des comportements sexuels excessifs, atypiques, hors normes ou parfois abusifs sans qu'il n'y ait une intention de nuisance, de malveillance ou d'hostilité envers autrui. Ces comportements problématiques se distinguent toutefois, à divers degrés, des réels troubles paraphiliques. Lorsqu'ils engendrent d'importantes conséquences pour la personne ou pour son environnement, ils nécessitent une évaluation sexologique réalisée par un professionnel qualifié.



VIGNETTES

Un adolescent de 15 ans présentant un TSA, un TDAH ainsi qu'un trouble anxieux exhibe son pénis devant sa petite sœur de 8 ans de une à deux fois par semaine depuis plusieurs mois. Après avoir tenté sans succès de multiples interventions, les parents sont dépassés. Ils craignent que leur fils devienne exhibitionniste et qu'il reproduise les mêmes comportements devant ses petites cousines ou à l'école. Le jeune vit dans un milieu familial très peu structuré, voire chaotique, et sans routines. La radio et la télévision fonctionnent simultanément tout au long de la journée. Les parents parlent fort et ils crient pour se parler. Le chien aboie régulièrement et sa petite sœur fait souvent des crises. Lorsque l'adolescent exhibe son pénis à sa sœur, les parents arrêtent toutes leurs activités pour intervenir physiquement (le serrent fort dans leurs bras) afin de le ressaisir, puis ils le dirigent vers sa chambre en guise de conséquence. Après analyse, on observe que l'intervention physique et le retrait à la chambre ont un effet libérateur et d'apaisement de ses surcharges psychiques et sensorielles. Les gestes d'exhibition n'ont rien de sexualisés.



VIGNETTES

Une jeune femme de 27 ans présentant un TSA se réfugie dans les toilettes de son milieu de stage plusieurs fois par jour, et ce, pendant de longs moments. Elle a été surprise à s'y masturber par deux de ses pairs et par l'intervenante responsable. Ces conduites sexuelles de plus en plus excessives et jugées inappropriées perturbent le groupe et réduisent sa fonctionnalité. Elle risque de perdre son milieu de stage et elle a été traitée d'obsédée sexuelle par certains de ses pairs. Supportant mal la luminosité intense, les forts bruits ambiants et la chaleur qui est accablante dans son milieu de stage en été, elle affirme que c'est plus fort qu'elle et qu'elle ne pourrait pas faire toute sa journée si elle ne se libère pas aux toilettes.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



25. Hypothèse du recours à la sexualité comme mécanisme d'autorégulation des surcharges neurosensorielles

- ☑ Réaliser une analyse fonctionnelle du comportement sexuel problématique ou hors normes tenant compte du profil neurosensoriel de la personne et de la fonction défensive et adaptative de la sexualité humaine;
- ☑ Soutenir la personne (en collaboration avec son environnement) dans le développement de stratégies adaptatives ayant la même fonction ou visant à satisfaire les mêmes besoins, mais de manière plus adéquate et plus normative :
 - Évaluer puis réduire les sources de tensions et de surcharge. Revoir les exigences et les routines. Proposer des pauses, des moments d'apaisement ou des activités physiques comme exutoires sains et positifs;
 - Diversifier les mécanismes alternatifs d'autorégulation et de libération des surcharges afin qu'ils soient plus adaptés et moins sexualisés.
- ☑ Référer, au besoin, la personne en ergothérapie afin que son profil neurosensoriel fasse l'objet d'une évaluation détaillée;
- ☑ Référer en sexologie clinique, dans le cas de situations plus complexes ou préjudiciables, afin qu'une évaluation soit réalisée par un professionnel qualifié.



26

HYPOTHÈSE DES INTÉRÊTS RESTREINTS OU DES COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS ET STÉRÉOTYPÉS



DÉFINITION

Étant source de curiosité, d'excitation, de plaisir, de satisfaction et jouant parfois un rôle adaptatif ou défensif, la sexualité constitue un thème qui est susceptible d'être associé à des intérêts restreints ou à des comportements répétitifs chez certaines personnes présentant un TSA. L'intérêt ou le comportement sexuel surinvesti risque occasionnellement d'être confondu avec la présence d'obsessions sexuelles manifestées dans le trouble obsessif compulsif ou dans un trouble hypersexuel.

Pour des raisons qui dépassent parfois notre compréhension, il arrive également que des personnes présentant un TSA développent des conduites ou des routines sexuelles stéréotypées et atypiques sans qu'elles ne soient nécessairement gravement problématiques ou associées à un trouble paraphilique. Elles peuvent cependant persister, prendre la forme de paraphilies bénignes et devenir source de préoccupations et de grandes inquiétudes pour les proches. Dans certains cas, la présence d'intérêts restreints ou de comportements répétitifs, de stéréotypies sexuelles ou de paraphilies bénignes peut exposer la personne au jugement, compromettre son intégration et sa participation sociales et miner son estime personnelle. La possible présence de cette hypothèse requiert une analyse approfondie réalisée dans le cadre d'une évaluation effectuée par un professionnel qualifié dans l'évaluation du trouble sexuel.



VIGNETTES

Un adolescent de 15 ans présentant un TSA est fasciné par le thème de la reproduction animale. Il en fait son principal sujet d'intérêt et de discussion. Il pose systématiquement de nombreuses questions aux gens qu'il côtoie et qu'il rencontre, ce qui crée parfois des malaises et de l'incompréhension. Dans le cadre d'un projet de recherche et de présentation orale en milieu scolaire, il pousse ses recherches sur Internet. Il consulte un grand nombre de sites incluant plusieurs sites pornographiques à caractère zoophilique. Il parle de bestialité aux pairs de son école et montre même des vidéos de type zoophilique à quelques-uns de ses camarades de classe via son téléphone intelligent. Informés, ses enseignants sont très préoccupés. La direction avise les parents que leur fils semble avoir développé des obsessions sexuelles déviantes, voire illégales, et qu'il contamine les autres élèves. L'adolescent insiste pour dire que ses intérêts sont purement scientifiques et qu'il tente de comprendre le sens historique et culturel des comportements sexuels entre les humains et les animaux.



VIGNETTES

Un jeune homme de 22 ans présentant un TSA est fasciné par les très jeunes enfants de 0 à 3 ans. Il insiste pour visiter les membres de sa famille qui ont des bébés afin de passer du temps avec ceux-ci. Il demande à être présent lors des changements de couche. Il mentionne répétitivement qu'il aimerait lui-même changer leurs couches et les entraîner à la propreté. Il s'est esclaffé de rire lorsqu'il a aperçu à quelques occasions des bébés garçons de son entourage en érection. Il affirme qu'il aime beaucoup voir les enfants nus parce qu'ils ont un corps parfait. Il se précipite spontanément vers les parents de jeunes bébés qu'il croise en communauté pour demander le nom et l'âge de l'enfant. Il insiste parfois pour demander si les fesses du bébé sont propres. Depuis quelques mois, il collectionne des peluches, des couches, des sucres et des biberons qu'il conserve dans sa chambre. À chaque fois qu'il rentre chez lui, il compte son inventaire grandissant affirmant que ça lui fait du bien et qu'il se sent plus détendu. Il a plusieurs photos des bébés de son entourage dans sa chambre. Il a récemment affiché des images de bébés en couches sur ses murs. Il projette de devenir éducateur en milieu de garde. Lorsque quelqu'un le questionne sur son intérêt particulier pour les bébés, il affirme avec vigueur qu'il n'est pas attiré sexuellement par les enfants et il dénonce les pédophilies en faisant allusion à des situations très médiatisées dans sa région. Ses parents sont préoccupés par son intérêt marqué pour les bébés, par sa collection et surtout par le fait qu'il se soit acheté des couches pour adultes pour les porter la nuit alors qu'il ne présente aucune problématique d'énurésie ou d'encoprésie.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



26. Hypothèse des intérêts restreints ou des comportements répétitifs et stéréotypés

- ☑ Réaliser des interventions éducatives individualisées concernant les normes sociosexuelles ainsi que les lois en matière de sexualité;
- ☑ Voir parallèlement au développement du jugement moral et sociosexuel;
- ☑ Recourir à des services en sexologie clinique afin de procéder à une analyse plus poussée des intérêts restreints ou des comportements répétitifs et stéréotypés qui concernent la sexualité. L'évaluation sexologique permettra de définir un plan d'intervention visant à ajuster ou à modifier certains intérêts restreints spécifiques ou stéréotypies sexuelles ou encore à réduire les répercussions personnelles et environnementales négatives. Cette démarche permettra également de définir une programmation sexoéducative adaptée;
- ☑ Référer en psychiatrie lorsque qu'un trouble obsessionnel compulsif ou qu'un trouble hypersexuel concomitant est suspecté. Un traitement pharmacologique pourrait alors être indiqué comme complément aux interventions réadaptatives et thérapeutiques.



27 HYPOTHÈSE DU CHAMP PERCEPTUEL VISUEL DIFFÉRENT



DÉFINITION

Les particularités neuropsychologiques de certaines personnes présentant un TSA font en sorte qu'elles ont un rapport différent à leurs sens et qu'elles ont conséquemment une manière distinctive d'appréhender et de concevoir leur environnement. En ce qui concerne la vue, certaines ont une tendance plus marquée à mettre l'accent sur les détails plutôt que sur la globalité d'un objet ou d'une personne. Moins informées et moins concernées par les conventions sociosexuelles et érotiques, il peut arriver que certaines d'entre elles érotisent certaines parties ou détails du corps humain autres que les parties normalement érotisées, soit les organes génitaux, les caractéristiques sexuelles secondaires, la bouche, les yeux, etc. Ces intérêts sexuels plus atypiques peuvent être confondus à du partialisme ou du fétichisme parcellaire considéré comme une paraphilie bénigne ou comme un trouble paraphilique non spécifié. Il peut aussi arriver que certaines parties du corps soient surinvesties et qu'elles constituent même un intérêt plus spécifique sans qu'elles ne génèrent de l'excitation ou du plaisir sexuel. Elles peuvent avoir une valeur strictement ludique, affective ou sensorielle.

Bien que la corrélation entre le champ perceptuel visuel des personnes TSA et la présence de partialisme ne soit pas confirmée par la littérature scientifique, elle est cliniquement observée. Lorsque la sécurité de la personne ou de celle d'autrui est compromise, que des lois sont transgressées, que le fonctionnement et l'intégration sociale de la personne sont perturbés ou que des proches sont fortement préoccupés, le soutien clinique en sexologie et la production d'une évaluation de la part d'un professionnel qualifié sont recommandés.



VIGNETTES

Un jeune homme de 21 ans présentant un TSA est particulièrement intéressé par les pieds des femmes et par les orteils aux ongles longs et sans vernis. Il prend plus ou moins subtilement, à l'aide de son téléphone intelligent, des photos des pieds des femmes qu'il croise dans la rue. Il fait par la suite des montages visuels sur sa tablette numérique. Il demande à son éducatrice et à son enseignante de voir leurs pieds et il leur pose des questions sur les soins de leurs orteils, ce qui les rend inconfortables. Il s'est récemment inscrit sur un site de rencontre en ligne. Il a confié à son éducatrice qu'il aborde les jeunes femmes en leur demandant des photos de leurs pieds et en leur posant des questions sur leurs ongles d'orteils. Dernièrement, ses parents ont reçu un appel des voisins les informant que leur fils aurait abordé leur adolescente de 17 ans au parc. Il l'aurait alors complimentée sur ses sandales et lui aurait demandé s'il pouvait prendre des photos de ses pieds. Les parents et les intervenants sont très préoccupés par la situation.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



27. Hypothèse du champ perceptuel visuel différent

- ☑ Réaliser des interventions éducatives individualisées concernant les normes sociosexuelles ainsi que les lois en matière de sexualité;
- ☑ Voir parallèlement au développement du jugement moral et sociosexuel et au développement des habiletés sociales;
- ☑ Recourir à des services en sexologie clinique afin de procéder à une analyse plus poussée des pratiques ou des intérêts sexuels atypiques. Définir un plan d'intervention visant à tenter d'ajuster ou de modifier certains intérêts sexuels atypiques ou encore d'en réduire les répercussions personnelles et environnementales négatives. Cette démarche permettra également de définir une programmation sexoéducative adaptée.



28 HYPOTHÈSE DES COMPORTEMENTS ASSOCIÉS AUX PHÉNOMÈNES ECCHI ET HENTAI



DÉFINITION

Qu'elles soient sous forme de bandes dessinées ou d'animations numérisées, les contenus de type Manga sont très populaires auprès des adolescents et de certains jeunes adultes. Cet engouement est encore plus marqué auprès des adolescents et des jeunes adultes présentant un TSA. Il arrive même que certains d'entre eux développent un intérêt restreint ou spécifique à l'égard de ce matériel. Certains types de Mangas (Ecchi et Hentai) présentent des contenus à connotation sexuelle, érotique, pornographique et pornographiques violents, infantiles ou bestiaux. La consommation de ces contenus peut, dans certains cas, avoir des impacts sur les cognitions, les croyances, les attitudes, les comportements et les intérêts sexuels des personnes dont le jugement moral et l'éducation sexuelle font parfois défaut, comme ça peut être le cas pour les personnes présentant un TSA. Puisque toute possession, production ou distribution de représentations sexuelles à connotation infantile est considérée comme étant illégale au Canada, ces contenus peuvent mettre la personne à risque de poursuites judiciaires.



VIGNETTES

Un adolescent de 14 ans présentant un TSA sans DI visionne des vidéos de Ecchi et de Hentai sur sa tablette numérique. Il est fasciné par l'aspect surdimensionné des seins des fillettes dans les animations vidéo. Il demande à sa petite sœur de 5 ans de porter le soutien-gorge de sa mère et de mettre des oranges dedans pour qu'elle ait de gros seins. Il incite ensuite sa petite sœur à enlever ses petites culottes, puis il la filme avec sa tablette en lui disant qu'il s'agit d'un jeu. Les parents retrouvent par hasard plusieurs vidéos de leur fille dans des mises en scène suggestives portant des soutiens-gorge rembourrés. Alarmés, les parents demandent une consultation d'urgence avec la psychiatre de leur fils.

Un jeune homme de 19 ans présentant un TSA sans DI fait preuve d'un intérêt marqué pour les bandes dessinées de type Hentai. Très talentueux en dessin, il en recrée lui-même des représentations génitalisées dont certaines incluent des contenus violents. Après avoir partagé ses créations sur les médias sociaux, il fait l'objet d'une enquête policière pour production et diffusion de matériel pornographique juvénile. Ses œuvres sont, selon lui, purement artistiques. Il dénonce vivement tout comportement s'apparentant à de la pédophilie et tout type de contenus visuels sexualisés avec de vrais enfants. Il aspire à publier des bandes dessinées pour adultes qui proposent un mélange d'érotisme, d'horreur et de fantastique.



INTERVENTIONS SUGGÉRÉES



28. Hypothèse des comportements associés aux phénomènes Ecchi et Hentai

- ☑ Réaliser un travail approfondi d'éducation sexuelle concernant les lois en matière de sexualité et de cyberprévention. Développer parallèlement le jugement moral et sociosexuel;
- ☑ Réaliser un travail de sensibilisation et d'éducation préventive auprès de la personne et de son entourage en ce qui concerne le libre accès à certaines émissions ou chaînes de télévision, certains types de jeux vidéo, de médias sociaux et Internet en général, afin de réduire le risque d'influences sociosexuelles négatives, inadéquates, hors normes, déviantes, hostiles ou illégales;
- ☑ Prévenir toute consommation de matériel pornographique chez les personnes de moins de 18 ans puisque cela est illégal. Orienter au besoin la personne de 16 ans et plus vers des contenus de substitution érotiques *softs* et normalisants (DVD ou revues) dans la mesure où il est établi que cela est cliniquement pertinent et recommandé par une équipe multidisciplinaire ou un professionnel qualifié après évaluation du comportement sexuel problématique;
- ☑ Ne jamais laisser une personne de moins de 16 ans avoir librement accès à Internet et aux médias sociaux sans la supervision d'un adulte averti. En DI-TSA, tenir davantage compte des vulnérabilités et des caractéristiques de la personne que de son âge;
- ☑ Localiser l'ordinateur dans une pièce commune du milieu de vie et jamais dans la chambre à coucher. L'utilisation des téléphones intelligents, des tablettes numériques ou consoles de jeux vidéo ayant accès à Internet devrait aussi avoir lieu dans une pièce commune en présence d'adultes responsables et sensibilisés;
- ☑ Installer un contrôle parental efficace et mis à jour régulièrement. Sécuriser l'accès au wifi par un code de sécurité. Analyser l'historique de recherche au besoin;
- ☑ Dans un contexte légal ou de judiciarisation, demander une expertise sexologique ou psychosexuelle afin de procéder à une distinction clinique entre le phénomène de déviance contrefaite, le trouble paraphilique ou l'agression sexuelle. S'assurer que les mesures judiciaires, réadaptatives ou thérapeutiques soient adaptées au fonctionnement de la personne, à sa compréhension et à la gravité de sa problématique sexuelle.



CONCLUSION

La présence de comportements sexuels problématiques associés à la déviance contrefaite exige la mise en place d'une programmation individualisée, adaptée et spécialisée ainsi que des interventions écosystémiques parfois soutenues s'inscrivant dans un esprit de collaboration et de cohérence avec l'environnement de la personne. Le plan d'intervention doit s'actualiser dans un encadrement bienveillant tenant compte du caractère préjudiciable ou non de la problématique afin de réduire les facteurs de risque et de permettre à la personne de satisfaire ses besoins sexuels de manière adéquate et saine. Le travail en équipe demeure essentiel afin de réaliser une analyse clinique approfondie et concertée permettant d'établir les hypothèses cliniques qui prévalent, puis de déterminer les interventions individuelles, environnementales, multidisciplinaires et organisationnelles qui seront requises. Il est aussi important de rappeler que les interventions suggérées dans le présent outil ne peuvent en aucun cas se substituer à un plan d'intervention individualisé résultant d'une analyse multidisciplinaire poussée ou d'une évaluation sexologique du trouble sexuel.

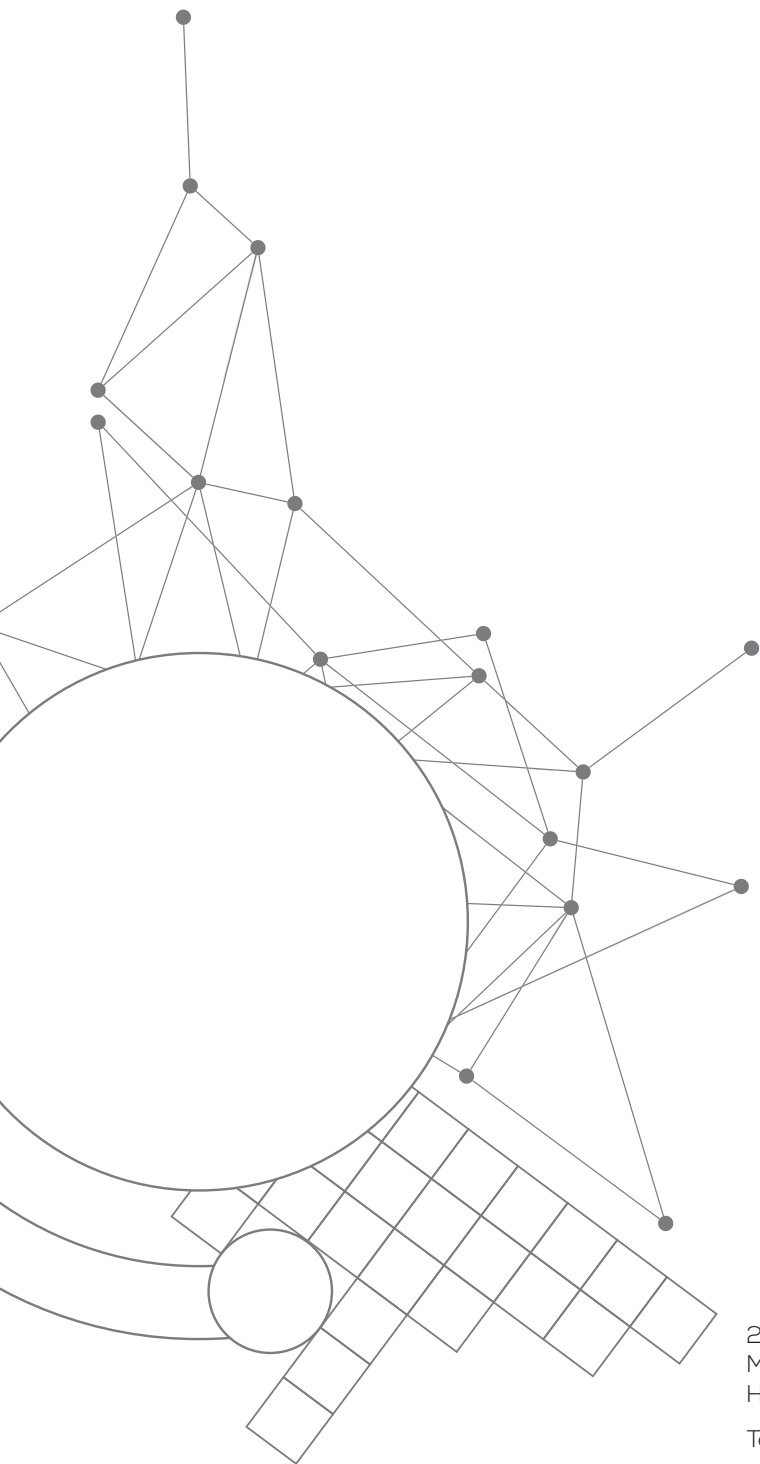
Cet outil a pour objectif de faire connaître davantage le concept de déviance contrefaite aux intervenants et aux professionnels afin qu'ils puissent mieux relever les défis liés à l'intervention auprès des personnes concernées, à l'accompagnement de leurs proches, puis à la sensibilisation des dispensateurs de services. Cette meilleure connaissance du concept devrait également permettre d'éviter que de fausses étiquettes de déviance sexuelle soient accolées, que des diagnostics de paraphilies soient émis à tort, que l'approche restrictive ou pharmacologique soit envisagée comme seul traitement, que la personne fasse l'objet d'une castration chimique non justifiée ou que des conséquences légales non adaptées et plus vulnérabilisantes que responsabilisantes soient envisagées comme mesures dissuasives. Il demeure également essentiel de ne jamais banaliser les différents impacts ou préjudices pouvant être causés par la déviance contrefaite.

La pratique clinique étant en constante évolution, de nouvelles situations complexes ne cesseront d'apparaître et les défis et besoins de la clientèle, des équipes et des organisations évolueront. Conséquemment, la liste des hypothèses cliniques concernant la déviance contrefaite sera toujours sujette à des bonifications, des nuances et des améliorations. En ce sens, il est important d'encourager la recherche et la production d'écrits scientifiques qui se font encore rarissimes considérant l'aspect incontournable de ce thème en DI-TSA. Ces recherches pourront faciliter l'innovation clinique et le développement d'outils d'analyse, d'intervention et d'accompagnement encore plus adaptés.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Bowers Andrews, A., et Veronen, L. J. (1993). Sexual assault and people with disabilities. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 8(2), 137-159.
- Claveau, Y. (2018). *Les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA – Guide d'orientations cliniques*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.
- 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*. Trois-Rivières, Québec : CRDITED MCQ – Institut universitaire.
- Dion, J., Bouchard, J., Gaudreault, L., et Mercier, C. (2012). L'agression sexuelle envers les enfants ayant une déficience intellectuelle : Enquête, traitement et prévention. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants. Tome II* (p. 9-54). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- 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.
- 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*. Diverse City Press and Vita Community Services, Toronto Ontario.
- Hingsburger, D., Griffiths, D. et Quinsey, V. (1991). *Detecting counterfeit deviance: Differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness*. The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 10(9), 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>
- Kupper, L. (1992). Sexuality education for children and youth with disabilities. *NICHCY News Digest*, 17, 1-37.
- 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*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr14_01/p10.html
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2007). *Statistiques 2006 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/infractions_sexuelles/2006/stats_agressions_sexuelles_2006.pdf
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2010). *Statistiques 2008 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/infractions_sexuelles/2008/agressions_sexuelles_2008.pdf
- Petersilia, J. R. (2001). Crime victims with developmental disabilities: A review essay. *Criminal Justice and Behavior*, 28(6), 655-694.
- SQETGC (2014). *Plan d'action multimodal en troubles graves du comportement (PAMTGC)*. Montréal, Canada : FQCRDITD | SQETGC.
- Sobsey, R. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: Paul H Brookes Publishing.
- 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-agressionsexuelle-/definition-d-une-agression-sexuelle>
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87-107.



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

Téléphone : 514 873-2090
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

